Manual
para el Cuidado Integral de Personas Adultas en el Primer Nivel de Atención

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Componente: Servicios de Salud

Autoridades

Presidente de la Nación
Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud
Dr. Jorge Lemus

Secretario de Promoción, Programas Sanitarios y Salud Comunitaria
Dr. Néstor Pérez Baliño

Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos
Dra. Marina Kosacoff

Director de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles
Dr. Sebastián Laspiur

Manual para el cuidado integral de personas adultas en el primer nivel de atención

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

EQUIPO TÉCNICO ELABORADOR

- **Dra. Andrea Beratarrechea.**
- **Dr. Carlos Boissonet.**
- **Dra. Luciana Valenti.**
- **Dr. Daniel Ferrante.**
- **Dra. Mabel Moral.**

COLABORADORES:

- **Dra. Alejandra Alcuaz.**
- **Lic. Emilia Barrionuevo.**
- **Lic. Paola Bichara.**
- **Dra. Carina Calabrese.**
- **Dra. Brunilda Casetta.**
- **Dra. María Victoria Di Marco Entio.**
- **Dr. Gabriel González.**
- **Dr. Oscar Incarbone.**
- **Dra. Claudia Jaroslavsky**
- **Lic. Fernanda Miccoli.**
- **Dr. Gastón Perman.**
- **Lic. María Silvina Sosa.**
- **Dr. Alejandro Videla.**
- **Lic. Adriana Vince.**

REVISIÓN LITERARIA

- **Lic. Martin Bruzzone.**

REVISIÓN FINAL

- **Dr. Sebastián Laspiur.**

Participaron en la revisión de las recomendaciones:

- Programa Nacional de Control del Tabaco.
- Programa Nacional de Prevención y Control de personas con Diabetes Mellitus.
- Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares.
- Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Respiratorias Crónicas.
- Programa Nacional de Lucha Contra el Sedentarismo.
- Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones.
- Dirección de SIDA y ETS.
- Programa Nacional de Cáncer de Mama.
- Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino.
- Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal.
- Programa Nacional de Hepatitis Virales.
- Consejo Nacional de las Mujeres, Jefatura de Gabinete de Ministros.
- Programa de Envejecimiento Activo y Salud para Adultos Mayores.
- Programa Redes.

TABLA DE CONTENIDOS

8. Acerca de este manual

17. Capítulo 1: Reorientación de los servicios de salud. Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas.

33. Capítulo 2: Cuidados preventivos del adulto

55. Capítulo 3: Estratificación del riesgo cardiovascular

65. Capítulo 4: Diabetes Mellitus tipo 2

79. Capítulo 5: Hipertensión Arterial

89. Capítulo 6: Obesidad

97. Capítulo 7: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

113. Capítulo 8: Tabaquismo

121. Capítulo 9: Alimentación saludable

133. Capítulo 10: Actividad física

Acerca de este manual

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son patologías de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la inadecuada alimentación, entre otros factores.

En su conjunto son responsables del 60% de las muertes en el mundo cada año. El 80% de estas ocurren en países de bajos y medianos ingresos.

Las principales ECNT son las enfermedades vasculares (cardio, reno y cerebrovasculares), la diabetes, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la obesidad. Todas se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo: el tabaquismo, la alimentación inadecuada y la falta de actividad física.

En la actualidad se cuenta con medidas costo efectivas para el abordaje y correcto control de estas enfermedades, y sus factores de riesgo. Algunas de estas medidas son poblacionales (como por ejemplo la regulación de ambientes libres de humo o la reducción de sal en los alimentos procesados) y otras son de carácter individual a realizar en el marco de la consulta de salud.

La Estrategia Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades no Transmisibles tiene como objetivo reducir la prevalencia de factores de riesgo y la morbimortalidad por ECNT en la población en general. Las acciones desarrolladas están focalizadas en la promoción de la salud, la reorientación de los servicios de salud y la vigilancia epidemiológica. Dichas acciones están coordinadas por la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, ocupando un rol destacado en diferentes acciones de esta estrategia otros programas de la cartera sanitaria como Redes, Sumar, Remediar, Municipios Saludables, entre otros. Este Manual fue desarrollado considerando las guías de práctica clínica (GPC) elaboradas por la Dirección y otras guías y documentos técnicos de otras áreas del Ministerio de Salud de la Nación, fundamentalmente en lo referente a las recomendaciones del control periódico de salud. En algunos casos se realizó una revisión de la evidencia y se actualizaron las recomendaciones de las GPC, a la luz de las nuevas evidencias disponibles.

En aquellos casos en los que no se contaba con una guía de práctica clínica, como es el caso de hipertensión arterial, se realizó una revisión de las recomendaciones actuales, consolidadas en un capítulo y se actualizaron las recomendaciones pertinentes en el resto de los capítulos.

El conjunto de recomendaciones que se presentan, no ambiciona establecer normativas sino otorgar una herramienta que favorezca la atención de la población independientemente del profesional que lo asista.

Estas recomendaciones son válidas a partir de las fechas de publicación. Sin embargo, el estado de los conocimientos cambia rápidamente, por lo que se sugiere consultar la página web de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, donde, en forma periódica, se actualizarán las recomendaciones así como las Guías de Práctica Clínica.

Alcance del manual

Este manual constituye una herramienta que intenta integrar, consolidar y simplificar la implementación de recomendaciones dirigidas a las enfermedades no trasmisibles y sus factores de riesgo, a modo de facilitar su utilización por parte del equipo del Primer Nivel de Atención.

Intenta ser referencia para el rastreo y control de las ECNT y sus factores de riesgo: diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad y riesgo cardiovascular. Incluye un capítulo con las recomendaciones de las prácticas que deberían integrar el control periódico de salud del adulto, y un capítulo donde se desarrolla el modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC).

Es así como este manual nace a partir de comprender la importancia de integrar las distintas recomendaciones existentes sistematizando los procesos de prevención/atención centrados en la persona adulta en forma global y no en las patologías que pudiera padecer de forma aislada.

En ese sentido, también presenta una propuesta de adecuación de los servicios hacia

un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto que garantice una buena calidad de atención, y facilite su seguimiento continuo y longitudinal.

Propósito y objetivo

Propósito:

Este manual se propone sistematizar las prácticas preventivas, de detección temprana, control y consejería de las principales Enfermedades Crónicas No Trasmisibles y sus factores de riesgo, con el fin de disminuir la morbimortalidad asociada a problemas de salud o condiciones prevenibles o controlables, en el primer nivel de atención de nuestro país.

Objetivo general

Mejorar los procesos de prevención-atención en los servicios de salud del primer nivel de atención de nuestro país, a través de recomendaciones que han demostrado beneficio, son costo/efectivas, y aceptables para las personas en relación a los procedimientos de detección y control de los problemas de salud y sus consecuencias.

Convertirse en una herramienta de consulta y práctica en terreno, que facilite la tarea de los equipos de salud.

Brindar recomendaciones de los procedimientos de detección y control en los que se ha demostrado su beneficio, que son aceptables para las personas y cuyo costo es justificable para mejorar el proceso de atención en los servicios de salud del primer nivel de atención (PNA) en nuestro país.

Población destinataria

La población destinataria está constituida por personas de ambos sexos, mayores de 18 años, asistida en el PNA, independientemente del subsistema de salud al que ésta pertenezca.

Criterios de exclusión:

Menores de 18 años

Mujeres embarazadas.

Potenciales usuarios

Está dirigido principalmente a todos los miembros del equipo interdisciplinario de salud con actividad asistencial y de gestión en el PNA de instituciones públicas y privadas.

Organización del manual

Este manual comienza con una explicación sobre la propuesta del modelo de atención de pacientes con enfermedades crónicas. Luego se describe un capítulo con el control periódico del adulto y por último en una segunda parte se presentan versiones abreviadas de las guías de práctica clínica realizadas en Ministerio de Salud de la Nación, incluyendo algoritmos, cuadros y gráficos.

Definiciones / Glosario

- **Adherencia:** grado en el que el comportamiento de una persona corresponde con las recomendaciones acordadas con el prestador de la asistencia.
- **Aerosol:** dispositivo presurizado que suministra dosis medida de medicación inhalada.
- **Broncodilatadores:** son medicamentos que aumentan el calibre de los bronquios y bronquiolos provocando una disminución en la resistencia de la vía aérea y aumentando el flujo de aire, habitualmente mediante una modificación del tono muscular de las paredes bronquiales. **Asociación:** hace referencia a un único dispositivo o cápsula con dos grupos distintos de medicaciones, no necesariamente ambas broncodilatadores (ej. LABA/CI). **Doble broncodilatación:** hace referencia a un único dispositivo o cápsula con dos broncodilatadores de distinto mecanismo de acción, ß2 adrenérgicos y antimuscarínicos (ej. ultra-LABA/LAMA).
- **Broncodilatadores antimuscarínicos:** inhiben los receptores muscarínicos de la vía aérea. Los fármacos anticolinérgicos bloquean de forma competitiva el efecto de la acetilcolina sobre los receptores de la musculatura lisa del árbol bronquial (de distribución predominantemente central -bronquios grandes y medianos-). Esta familia comprende de acción corta (ej. ipratropio) y de acción larga (LAMA: tiotropio, glicopirronio).
- **Broncodilatadores ß2 adrenérgicos:** la mayoría de los receptores adrenérgicos de las vías aéreas son ß2, a predominio de las vías aéreas más pequeñas (en los alvéolos también hay receptores ß1). Los broncodilatadores ß2 estimulan los receptores adrenérgicos y así relajan la musculatura lisa, inhiben la liberación de mediadores de las células cebadas (mastocitos) e incrementan la depuración mucociliar. Además causan vasoconstricción inhibiendo así la secreción de las glándulas submucosas. La familia de BD ß2 adrenérgicos comprende los de acción corta (rápida acción y vida corta) y los de acción larga (LABA 12 hs, ej. salmeterol, formoterol) y ultra-LABA de acción ultra larga (24 hs, ej. Indacaterol, vilanterol). **Asociación LABA/CI:** broncodilatador ß2 adrenérgico de acción larga combinado con un corticoide en un único dispositivo (ej. salmeterol/fluticasona; formoterol/budesonida). **Doble broncodilatación ultra-LABA/LAMA:** broncodilatador ß2 adrenérgico de acción ultra larga combinado con un broncodilatador antimuscarínico de acción larga,
- **Bupropión:** fármaco antidepresivo atípico utilizado para la cesación. Actúa principalmente a nivel de la neurotransmisión de Noradrenalina y Dopamina.
- **Capacidad Vital Forzada (CVF):** volumen máximo de aire que se exhala de forma forzada y rápida tras una inspiración máxima en la maniobra de la espirometría.
- **Circunferencia de Cintura (CC):** será medida con cinta métrica inextensible colocada en plano horizontal al piso a nivel de la media distancia entre el reborde costal inferior y la cresta ilíaca luego de una espiración normal. Se necesita contar con cintas que midan más de 150 cm.
- **Cirugía Bariátrica:** cirugía realizada sobre el estómago y/o intestinos para ayudar a perder peso a una persona con obesidad mórbida. Incluye diversas técnicas como la banda gástrica ajustable (BGA), la manga gástrica (MG) o gastroplastía vertical (GV) y el by pass gástrico (BPG).
- **Comorbilidad:** enfermedad o condición asociada que puede modificar el tratamiento y/o influir en el pronóstico del paciente.
- **Craving:** manifestación intensa del síndrome de abstinencia. Es el deseo imperioso de fumar que se percibe como difícil de refrenar. Lo padecen más del 80% de los fumadores después de 8 a 12 horas sin fumar. Se relaciona con la tasa de recaída.
- **Dependencia del tabaco/ Adicción al tabaco:** conjunto de manifestaciones comportamentales, cognitivas y fisiológicas que se desarrollan tras un consumo repetido, y que suelen consistir en un intenso deseo de consumir tabaco, dificultad para controlar ese consumo, persistencia en éste pese a sus consecuencias graves,

asignación de mayor prioridad al consumo de tabaco que a otras actividades y obligaciones, aumento de la tolerancia y un estado físico de abstinencia, cuando se difiere o abandona el consumo. **Día D**: fecha propuesta para dejar de fumar.

- **Disnea:** sensación subjetiva de falta de aire. Puede evaluarse mediante escalas como Borg, análoga visual y mMRC.
- **Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):** enfermedad respiratoria prevenible y tratable caracterizada por una limitación al flujo aéreo persistente, donde la obstrucción puede presentar algún grado de reversibilidad –pero nunca normalizarse-, asociada a una anormal respuesta inflamatoria de los pulmones a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del humo de tabaco.
- **Entrevista motivacional:** método de asesoramiento dirigido y centrado en el paciente, que se utiliza para incrementar la motivación y facilitar el cambio.
- **Enfermedad Crónica no Transmisible (ECNT):** se denomina así a las enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Se hace referencia principalmente con este término a las enfermedades vasculares (cardiacas, cerebrales, renales) a la diabetes, cáncer y a la enfermedad respiratoria crónica. Todos estos comparten como factores de riesgo la mala alimentación, el sedentarismo y el tabaco.
- **Escala de disnea modificada del Consejo de Investigación Médica del Reino Unido (mMRC. Medical Research Council):** escala unidimensional de severidad de la disnea y su limitación funcional. Valoración:
  - grado 0**:** sólo me falta el aire cuando hago ejercicio intenso;
  - grado 1**:** me falta el aire cuando camino rápido en llano o subo una pendiente ligera;
  - grado 2: camino más despacio que otras personas de mi misma edad cuando camino en llano debido a que me falta el aire o tengo que detenerme a recuperar el aliento cuando camino en llano a mi propio paso;
  - grado 3: tengo que detenerme a recuperar aliento después de caminar unos 100 metros o después de unos pocos minutos de caminar en llano;
  - grado 4: me falta demasiado el aire como para salir de mi casa o me falta el aire para vestirme o desvestirme.
- **Guía de Práctica Clínica (GPC):** conjunto de recomendaciones desarrolladas en forma sistemática para asistir al profesional, al paciente y a los gestores en salud, acerca de las decisiones de la atención médica apropiada para circunstancias clínicas específicas. Este tipo de documentos pueden tratar sobre promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados crónicos de determinadas patologías, y buscan incidir en el nivel asistencial donde la actividad es más frecuente.
- **Hipertensión arterial:** es una enfermedad crónica que, librada a su curso natural, produce daño orgánico irreversible que causa invalidez o muerte prematura. Se considera como tal la presencia de una PA sistólica > 140 mm Hg, una PA diastólica > 90 mm Hg, o ambas.
- **Humo Ambiental de Tabaco:** constituido por humo de la corriente central (principal) que es la que inhala-exhala el fumador y la corriente lateral que se desprende del cigarrillo (7000 sustancias identificadas).
- **Índice de Masa Corporal (IMC):** peso en kilogramos dividido la altura en metros al cuadrado. IMC=Peso (kg)/ talla^2 (cm).
- **Intervención:** hace referencia a un abordaje, acción o programa que se extiende a más de una oportunidad de contacto. Se distinguen según la duración de cada contacto en: Intervención Mínima: menos de 3 minutos; Intervención Breve: entre 3 a 10 minutos; e Intervención Intensiva: más de 10 minutos.
- **Limitación al flujo aéreo:** comprende dos mecanismos patogénicos, la obstrucción bronquial y la pérdida de retracción elástica del pulmón debido a enfisema.
- **Líneas telefónicas con seguimiento (Proactivas):** intervención intensiva telefónica con llamados de seguimiento realizados por los consultores de la línea. Ofrecen principalmente evaluación de la adicción, consejería y apoyo comportamental.
- **Nomograma:** es una representación gráfica que consiste en un diagrama bidimensional en el que se inscriben diferentes variables, que permite de una manera rá-

pida y sencilla calcular, en forma aproximada, un determinado valor numérico. Por ejemplo, IMC de una persona teniendo en cuenta el peso y la talla.

- **Obesidad:** es un problema de salud epidémico, metabólico, crónico, heterogéneo y estigmatizado, caracterizado por un aumento de la grasa corporal cuya distribución y magnitud, condicionan la salud del individuo. Se cuantifica objetivamente a partir del IMC >=30.
- **Obesidad mórbida (obesidad grave u obesidad clase III):** término utilizado para la obesidad con un IMC >= 40 o IMC de >=35 en presencia comorbilidades significativas o discapacidad grave a causa del exceso de peso.
- **Paquetes/año o carga tabáquica (pack/ years):** estimación de la relación dosis/ respuesta. Medición de lo fumado para su correlación con el riesgo de desarrollar enfermedades por consumo de tabaco (más alta a mayor índice paquetes/ año). Un paquete/año equivale a 365 paquetes de 20 cigarrillos. Por ejemplo, un paquete/año es igual a fumar 20 cigarrillos al día durante 1 año, o 40 cigarrillos por día durante medio año. (paquetes/ año = [(paquetes de 20 fumados por día) x (años de fumador)].
- **Primera Línea de Tratamiento:** tratamiento farmacológico inicial (o de elección) por su eficacia y seguridad.
- **Rehabilitación respiratoria (RHR):** un programa interdisciplinario y multicomponente de actividad física reglada y supervisada. Su componente principal lo constituyen los ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento -ya sea en intervalos o continuos- con eventual asociación de educación para el cambio comportamental y apoyo psicológico, entre otros.
- **Síndrome de abstinencia:** es un indicador de dependencia caracterizado por la aparición de síntomas desagradables tanto somáticos (aumento del apetito, taquicardia, mareos, cefalea), como psíquicos (ansiedad, depresión, irritabilidad, trastornos del sueño) debidos al cese o reducción del consumo de nicotina. Desaparecen inmediatamente si se vuelve a consumir la sustancia. Estos síntomas interfieren en la actividad laboral y social y otras áreas importantes de la vida del individuo. Los síntomas no son atribuibles a enfermedad médica, efecto de fármacos u otro trastorno mental.
- **Registro Alimentario:** cuantificación oral y por escrito de alimentos en 24 hs. a 1 semana para conocer gustos y/o preferencias, distribución y horarios de consumo de alimentos por una persona y su familia.
- **Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC):** abordaje psicoterapéutico dirigido a identificar y modificar estilos de pensamiento negativos, defectuosos o distorsionados y las conductas maladaptativas asociadas.
- **Tos crónica:** presencia de tos en la mayoría de los días de 3 meses de evolución o bien tos que requiere varias consultas.
- **Volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF_1):** volumen espirado durante el primer segundo de la maniobra espirométrica.

Abreviaturas y enlaces

AAT: Alfa1 antitripsina.
AAS: Ácido acetil salicílico.
ACV: Ataque cerebro vascular.
ADO: Antidiabéticos orales.
AF: Actividad física.
AIT: Ataque isquémico transitorio.
ARA2: Bloqueantes del receptor de angiotensina II.
BD: Broncodilatador/es.
BPG: By pass gástrico.
CI: Corticoides inhalados (ej, budesonida, fluticasona (propionato y furoato), mometasona, beclometasona, triamcinolona).
CT: Colesterol total.
CV: Cardiovascular.
CVF: Capacidad vital forzada.
DC: Densidad calórica.
DBT1: Diabetes mellitus tipo 1.
DM: Diabetes mellitus.
DMT2: Diabetes mellitus tipo 2.
EC: Enfermedad coronaria.
ECG: Electrocardiograma.
ECNT: Enfermedad crónica no transmisible.
ECV: Enfermedad cardiovascular.
EMV: Enfermedad macrovascular.
ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.
ENT: Enfermedades no transmisibles. (Principalmente enfermedad cardiovascular, DMT2, respiratorias crónicas y neoplasias).
EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
FR: Factor de riesgo.
FRCV: Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares.
GA: Glucemia en ayunas.
GAA: Glucemia en ayunas alterada.
GPC: Guía de práctica clínica.
HbA1C: Hemoglobina glicosilada.
HC: Historia clínica.
HDLc: Colesterol HDL.
HTA: Hipertensión arterial.
IAM: Infarto agudo de miocardio.
IECA Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.
IMC: Índice de masa corporal. Se calcula dividiendo el peso (kg) sobre el cuadrado de la talla (m). IMC= Peso (kg)/ talla^2. Se considera normal entre 18,5 a 24,9.
LABA: Broncodilatadores ß2 adrenérgico de acción larga.
LABA/CI: Asociación en un único inhalador de broncodilatadores ß2 adrenérgico de acción larga y corticoide inhalado.
LAMA: Broncodilatadores antimuscarínicos de acción larga.
LDLc: Colesterol LDL.
mcg: Microgramos. La abreviatura µg se evita por posibles errores de comprensión en las dosis.
mMRC: Escala de disnea modificada del Consejo de Investigación Médica del Reino Unido (Medical Research Council).
MSN: Ministerio de Salud de la Nación. www.msal.gov.ar
NPH: Neutral protamine Hagedorn.
OCD: Oxigenoterapia crónica domiciliaria.
OMS: Organización Mundial de la Salud. www.who.org
OPS: Organización Panamericana de la Salud. www.paho.org
PA: Presión arterial.
PAD: Presión arterial diastólica.
PAS: Presión arterial sistólica.
PaO2: Presión arterial de oxígeno.
PHQ-9: Patient Health Questionnaire.
PNA: Primer nivel de atención.
PTOG: Prueba de tolerancia a la glucosa.
RCVG: Riesgo cardiovascular global.
SaO2: Saturación de oxígeno (oximetría de pulso).
SP: Sobrepeso.
SU: Sulfonilurea.
Ultra-LABA: Broncodilatador ß2 adrenérgico de acción ultra larga de una sola aplicación al día.
VEF_1: Volumen espiratorio forzado en el primer segundo.

Bibliografía utilizada

1. Barr V y col. The Expanded Chronic Care Model. Hospital Quarterly. Vol 7. N° 1. 2003
2. Canadian Cardiovascular Society Guidelines. The Use of Antiplatelet Therapy in the Outpatient Setting: Canadian Journal of Cardiology 27 (2011) S1–S59
3. Canadian Task Force on Preventive Health Care Screening for)/ obesity en adults, (2015)
4. Canadian Task Force on Preventive Health Care Screening for Prostate Cancer (2014)
5. Directrices de manejo de riesgo CV de OMS: Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular. Traducción al español de: Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. OMS, 2007.
6. Dorr D, Bonner LM, Cohen AN, Shoai RS, Perrin R, Chaney E, Young AS. Informatics systems to promote improved care for chronic illness: a literature review. Journal of the American Medical Informatics Association, 2007, 14(2):156-63.Using computerized registries in chronic disease care. California Healthcare Foundation, 2004. Disponible en: http://www.chcf.org/topics/view.cfm?itemID=21718.
7. Douglas M. Maurer, Do, Mph, Carl. R. Darnall. Screening for Depression American Family Physician Volume 85, Number 2 January 15, 2012
8. Fuerza de Tareas de Cuidados Preventivos – USA: Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2009;150:396-404.
9. Grupo de trabajo de HTA en SEMFYC . Puntos de buena práctica clínica en hipertensión arterial.
10. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012) Rev Esp Cardiol. 2012;65(10):937.e1-e66
11. Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores servicio promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Madrid
12. Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. ("ATP IV"): 2013 ACC/AHA
13. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA.2014; 311(5):507-520. doi:10.1001/jama.2013.284427. Disponible en: http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=1791497
14. Management of Blood Cholesterol in Adults: Systematic Evidence Review from the Cholesterol Expert Panel. The Evidence Report (Disponible en: http://www.nhlbi.nih.gov/health-pro/guidelines/in-develop/cholesterol-in-adults).
15. Ministerio de Salud de la Nación. Diagnóstico de VIH. Recomendaciones para el asesoramiento pre y post test. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000117cnt-2013-05_guia-diagnostico-asesoramiento-2013.pdf
16. Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
17. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular Prevención de las enfermedades cardiovasculares. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000075cnt-2012-11-27_Guía-prevencion-enfermedades-cardiovasculares.pdf
18. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica de prevención y detección precoz de enfermedad renal crónica en adultos para el Primer Nivel de Atención. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000069cnt-2012-08-02_Guía-prevencion-deteccion-precoz-enfermedad-renal-cronica-adultos.pdf
19. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/gra ficos/0000000072cnt-2013-09-03_Guía-tratamiento-adiccion-tabaco-2011.pdf
20. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnostico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. (versión extensa). http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000070cnt-2012-08-02_Guía-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitustipo-2.pdf
21. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 (versión breve). http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/gr aficos/0000000076cnt-2012-08-02_Guía-breve%20-prevencion-diagnostico-tratamiento-diabetes-mellitus-tipo-2.pdf
22. Ministerio de Salud de la Nación. Guía rápida de Diabetes. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000071cnt-2012-08-02_Guía-rapidadiabetes.pdf
23. Ministerio de Salud de la Nación. Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2014-10_gpc_obesidad.pdf
24. Ministerio de Salud de la Nación. Documento Técnico. Insulinización oportuna en el PNA. http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2015-02_curso-insulinizacion-doc-tecnico.pdf

25. Ministerio de Salud de la Nación. Manual Director de Actividad física y salud de la República Argentina. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/ graficos/0000000074cnt-2012-09-27-manualactividad-fisica.pdf
26. Ministerio de Salud de la Nación. Manual de autoayuda para dejar de fumar http://200.51.229.20/images/stories/ryc/graficos/0000000584cnt-2015-02_manual-autoayuda-dejar-de-fumar.pdf
27. Ministerio de Salud de la Nación. Programa nacional de cáncer de mama. El cáncer de mama en 8 palabras. Una guía breve para atencion primaria de la salud. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/Cancer_de_mama/El_cancer_de_mama_en_8_palabras_Guia_APS_2013.pdf
28. Ministerio de Salud de la Nación. Programa nacional de prevención y detección temprana del cáncer colorrectal. Guía para equipos de atención primaria de la salud. Información para la prevención y detección temprana del cáncer colorectal.
29. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino. Guía Programática Abreviada para el tamizaje de cáncer cervicouterino. http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000433cnt-Guia_Programatica_Abreviada_BAJA.pdf
30. Ministerio de Salud de la Nación. Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino. Prevención del cáncer de cérvico-uterino. Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres para la prevención del cancer cérvico-uterino en el marco de la incorporación de la prueba de VPHhttp://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000017cnt-16- Recomendaciones-tamizaje.pdf
31. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal.
32. NICE clinical guideline 146. Osteoporosis: assessing the risk of fragility fracture.August 2012 . Disponible en https://www.nice.org.uk/guidance/cg146/resources/guidance-osteoporosis-assessing-the-risk-of-fragility-fracture-pdf
33. NICE clinical guideline 161 Falls: Assessment and prevention of falls in older people June 2013. Disponible en http://www.nice.org.uk/guidance/cg161/evidence/cg161-falls-full-guidance2
34. Organización Panamericana de la Salud, Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud, Washington, D.C.: OPS, 2012 Disponible en *http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17794&Itemid*
35. Organización Panamericana de la Salud: "Redes Integradas de Servicios de Salud. Concepto, hoja de ruta, y opciones de política para su implementación en las Américas". Serie: La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en Las Américas. Nº 4.Washington.2010
36. Programa Remediar + Redes. Servicios de Salud en Red y Fortalecimiento de la APS en la Argentina. Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2012.
37. Rodríguez, Pablo et al. Estudio REHASE (Relevamiento de Hipertensión Arterial Severa en Servicios de Emergencia): características de la población y respuesta a una estrategia de manejo. Rev. argent. cardiol. [online]. 2006, vol.74, n.3, pp. 102-108 .
38. Rovere, M. Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.1999.
39. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. Recomendaciones P A P P S 2014 http://www.papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf
40. The Eighth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection,Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-8), 2014.
41. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). The Guide to Clinical Preventive Services 2014. Disponible en: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/tools-and-resources-for-better-preventive-care
42. Wagner, E. Quality Improvement in Chronic Illness Care: A Collaborative Approach. Journal on Quality Improvement Vol 27 N°2 Feb 2001
43. World Health Organization Global status report on alcohol and health 2014
44. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC 8)

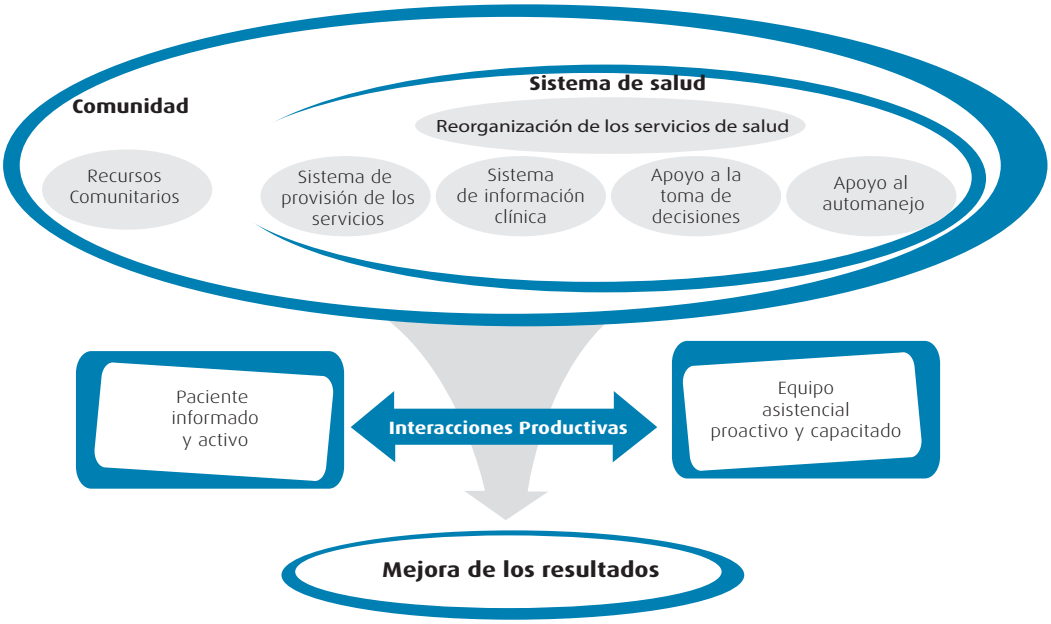
CAPÍTULO 1

Reorientación de los servicios de salud. Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas.

Introducción

Para enfrentar los desafíos que implica el cuidado de personas con enfermedades crónicas, se desarrolló un modelo de atención que se basa en seis pilares que mejoran la efectividad del cuidado. Es importante conocer este Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas (MAPEC)[1] porque nos permite focalizarnos en desarrollar y optimizar aquellos aspectos que nos ayudarán a que tanto el equipo de salud, como la persona/paciente y su entorno, puedan dar lo mejor de sí para mejorar los resultados en salud.
Según nuestro rol en el equipo (asistencial, de coordinación, etc.) puede que algunos de estos pilares nos sean más cercanos que otros. Pero si entre todos los que formamos parte del sistema de salud procuramos desarrollar el o los pilares que nos competan, es que obtendremos el máximo beneficio del modelo.

Gráfico 1.
Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas.



Rediseño a partir del gráfico de Wagner EH, MacColl Center for Health Care Innovation el 24 de mayo del 2012.

A continuación se describen cada uno de los componentes del MAPEC.

1. Organización de la atención a la salud

Para lograr una mejor atención de personas con condiciones crónicas, el sistema de salud debería reorganizarse para dejar de centrarse exclusivamente en las patologías agudas y para evitar la fragmentación de los procesos de atención. Esto incluye desde un marco legal (leyes, decretos, resoluciones) que favorezca acciones para la promoción de la salud y la prevención y control de las enfermedades crónicas, pasando por el desarrollo de liderazgos en todos los niveles del sistema de salud, hasta enfatizar la importancia de ciclos de mejora continua de la calidad.

1. En otros países es conocido como Modelo de Cuidado Crónico (Chronic Care Model).

Sugerencia para el equipo de salud:

- Identificar líderes en su organización que puedan marcar el camino a seguir.
- Investigar normativas (leyes, decretos, ordenanzas) y los programas nacionales, provinciales y/o municipales relacionados con las diferentes enfermedades crónicas, que se implementan en su jurisdicción, y pueden facilitar la atención de este grupo de enfermedades.

2. Sistema de provisión de los servicios de salud

Un sistema de salud orientado a la atención de personas con enfermedades crónicas, debe promover y facilitar que el equipo de atención pueda realizar controles periódicos, ajustar el tratamiento, poner en práctica medidas preventivas, fomentar la educación para el automanejo y hacer foco en la adherencia terapéutica.
Por tal motivo los servicios de salud requieren contar con determinadas características:

- **Equipamiento** mínimo requerido para la atención.
- Acceso a **determinaciones de laboratorio**, y demás **estudios complementarios**.
- **Nominalización de la población** (identificar cada una de las personas que se asiste y clasificar su riesgo) para planificar la atención y permitir un seguimiento activo según las necesidades de cada uno (por ej. enviando recordatorios de consultas y exámenes de seguimiento).
- **Gestión de turnos** que facilite el acceso a turnos programados en los diferentes niveles de atención.
- **Coordinación entre los diferentes niveles de atención** mediante un sistema de referencia y contrarreferencia con acceso en tiempo y forma a las interconsultas requeridas.
- **Provisión continua de medicamentos** que recibe el CAPS por las diferentes fuentes de financiamiento.
- **Abordaje interdisciplinario** que haga foco en la promoción de estilos de vida saludable, prácticas preventivas y adherencia al tratamiento, y que tenga en cuenta el contexto social y cultural de la persona.
- **Sistema de registro** que facilite el seguimiento a largo plazo de las personas.

Sugerencia para el equipo de salud:

- Ofrecer turnos programados.
- Turnos protegidos en el 2° nivel de atención.
- Trabajar en equipo.
- Conocer los profesionales de su red y los mecanismos para mejorar la referencia y contrarreferencia.
- Utilizar un sistema de registro de las personas atendidas que facilite el seguimiento.

3. Sistemas de información clínica

El sistema de información clínica organiza los datos clínicos de los pacientes y de la población de referencia para proveer atención eficiente y efectiva, facilitando la planificación, la identificación de grupos con necesidades especiales y la coordinación de la atención clínica integral. Además también permite generar recordatorios oportunos para los pacientes y los profesionales, facilitando la aplicación de recomendaciones basadas en evidencia contenidas en las guías de práctica clínica.
Pueden ir desde ficheros cronológicos o planillas de monitoreo adjuntas a la historia clínica que indiquen qué pacientes deben volver a la consulta, hasta historias clínicas electrónicas que generen recordatorios a los profesionales, e-mails o sms a los pacientes sobre intervenciones que necesitan recibir.

Sugerencia para el equipo de salud:

- Reconocer la importancia del registro en la HC.
- Confeccionar un padrón de personas con enfermedades crónicas más frecuentes.
- Confeccionar un fichero calendario para la citación activa de pacientes empadronados. Si se cuenta con HC electrónica, se pueden solicitar listados periódicos de personas con determinadas condiciones que queramos controlar proactivamente.

4. Apoyo a la toma de decisiones

Las guías de práctica clínica (GPC) ofrecen a los equipos de salud y a las personas con enfermedad crónica las recomendaciones basadas en evidencia que le permiten tomar las mejores decisiones para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones y preservar la calidad de vida.
Para lograr que las recomendaciones de las guía de práctica clínica se apliquen de forma

sistemática, es necesario desarrollar una estrategia de implementación que incluya la capacitación de los equipos de atención en su aplicación, y el acceso apropiado y permanente de las personas a la medicación, los servicios y las intervenciones recomendadas en las guías.

Sugerencia para el equipo de salud:

- Reconocer la importancia de las GPC para la toma de decisiones.
- Familiarizarse con el uso de las GPC del Ministerio de Salud de la Nación.
- Identificar necesidades de capacitación.

5. Apoyo al automanejo

Automanejo se refiere al rol central de la persona en el manejo de su propia salud. De alguna manera el término automanejo indica la participación del paciente en el tratamiento o la educación sobre su condición o enfermedad incluyendo los ámbitos biológico, emocional, psicológico y social. El apoyo al automanejo es el proceso de hacer cambios en diferentes niveles del sistema de atención de salud y de la comunidad para facilitar el automanejo del paciente.
Los programas eficaces de automanejo emplean un procedimiento de colaboración entre los pacientes y el equipo de salud para definir los problemas, establecer las prioridades, fijar las metas, crear planes de tratamiento y resolver los problemas sobre la marcha.

El apoyo al auto manejo puede brindarse de varias formas:

- Individualmente, en el contexto de una consulta clínica común;
- mediante un formato grupal en el marco de la atención de la salud;
- en el formato grupal de acciones comunitarias, o
- a distancia mediante un teléfono (fijo o móvil) o a través vehículos innovadores (páginas de internet, correo electrónico, mensajes de texto y las redes sociales como Facebook y Twitter).

El apoyo al automanejo brinda a la persona un rol fundamental en el manejo de su salud al reconocer su enfermedad y los signos de alarma de posibles complicaciones y saber cómo responder a ellas.

- **Recursos para el Apoyo al Automanejo (RAAM)**
  - Evaluación individualizada: incluye un análisis de las creencias del paciente, sus prioridades y preferencias concernientes a su enfermedad y su manejo, como así también sus posibilidades económicas y otras características de su contexto.
  - Establecimiento de objetivos en forma colaborativa: es esencial que el paciente participe en la toma de decisiones y en el establecimiento de objetivos terapéuticos.
  - Desarrollo de habilidades: relacionadas al comportamiento para manejar su problema de salud y alcanzar sus metas.
  - Seguimiento y apoyo proactivo: a través de la atención proactiva y preventiva, con la monitorización remota y el apoyo para la gestión de su enfermedad.
  - Acceso a recursos de la vida diaria: como por ejemplo los servicios de salud que se ofrecen a domicilio, y los grupos de apoyo.
  - Continuidad de los cuidados: mediante la planificación de la atención.

Los Recursos para el Apoyo al Automanejo pueden ser puestos en práctica usando diferentes estrategias terapéuticas como la “intervención de las 5 A” (averigüe, aconseje, acuerde, ayude y arregle) y la Entrevista Motivacional.

- **Adherencia al tratamiento.**

Adherencia es la habilidad de un individuo para adquirir y mantener un comportamiento referente a un plan de cuidados acordado con el equipo de salud.
La adherencia deficiente a los tratamientos crónicos, afecta aproximadamente a la mitad de las personas a las que se les prescribe un fármaco y el porcentaje es aún mayor para las medidas no farmacológicas. No es un problema exclusivo del paciente sino del sistema terapéutico (equipo de salud- paciente-red de cuidados).

Aspectos básicos, que se deben considerar al abordar cualquier intervención dirigida a mejorar la adherencia:
– Individualizar la intervención, adaptándola a las circunstancias y dificultades concretas del paciente en cada caso.
– Fortalecer la relación con el paciente, favoreciendo la confianza para que exprese abiertamente sus dudas, preocupaciones o dificultades para adherir a las recomendaciones de tratamiento que se le proponen, y poder asumirlas como suyas.

– Trabajar en forma interdisciplinaria, ya que tanto la prevención como la detección y abordaje de la falta de adherencia a los tratamientos no son competencia exclusiva del médico.

¿Cómo mejorar la adherencia?
– **Mantenga una actitud empática**. La escucha activa ayuda a conformar y consolidar el vínculo, fundamental para el seguimiento longitudinal de pacientes crónicos.
– **Ofrezca educación para el automanejo**. Es difícil que una persona pueda hacer lo que no comprende, por lo cual la educación es un componente clave.
– **Explore la dolencia** (percepción subjetiva de enfermedad).
– **Explore la adherencia:** *Muchas personas que necesitan tomar medicación a diario suelen olvidarse.*
✓ *¿Cómo le va a usted con eso?*
✓ *¿Qué aspecto de la enfermedad/tratamiento es el que más le preocupa?*
✓ *¿Qué es lo que más le cuesta?*
✓ *¿Qué es lo que más le molesta?*
✓ *¿Qué es lo que primero desea cambiar?*
– **Explore además:**
▪ Creencias familiares acerca de la enfermedad.
▪ Recursos familiares y extrafamiliares.
▪ Soluciones intentadas.
– **Arribe a un campo común** entre paciente, familia y equipo de salud en la definición de los problemas y el orden de prioridad para abordarlos.
– **Elabore un plan y acuerde una meta mínima.** Por ej, *Todos los lunes y los jueves, al regresar del trabajo, bajaré 4 paradas antes del colectivo para comenzar con caminatas (tener en cuenta que también se adhiere al tratamiento no farmacológico).*
– **Simplificar esquemas de tratamiento farmacológico**, recordatorios a pacientes, etc.
– **Agende una visita de seguimiento** para evaluar el grado de adherencia y continuar con el plan acordado.

6. Recursos comunitarios

Las comunidades pueden participar activamente en múltiples instancias; pueden contribuir al funcionamiento del sistema y prestar servicios que complementen y apoyen el cuidado de la salud. Pueden establecer un nexo entre los servicios de atención clínica organizada y el mundo real de las personas que padecen una enfermedad crónica y sus familias, potenciar las acciones de promoción de la salud, la identificación de los problemas y la organización de la atención.
Es importante que los sistemas y organizaciones de atención de salud aúnen esfuerzos con las organizaciones comunitarias para brindar apoyo y desarrollar intervenciones que llenen el vacío que pueda existir en servicios necesarios. Por lo tanto, es importante que los equipos de salud identifiquen recursos con los que cuentan en su comunidad que puedan dar apoyo a la atención de personas con enfermedades crónicas.

Sugerencia para el equipo de salud:
· Reconocer la importancia del trabajo extramuros.
· Identificar organizaciones que ofrezcan servicios o representen oportunidades para implementar acciones.
· Promover la participación comunitaria en las asociaciones de pacientes.
· Utilizar material dirigido a pacientes previamente elaborados. Algunos de ellos están disponibles en www.msal.gov.ar/ent

Para más información sobre el modelo de cuidados de crónicos: http://cursospaises.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=109 (Recurso abierto para consulta en el campus OPS).

A continuación se presentan el instrumento de evaluación:

Instrumentos EVALUACIÓN MAPEC:

(basado en la versión de la escala ACIC 3.5)	
Complete la siguiente información sobre usted y su Organización. Esta información será mostrada solamente a autoridades provinciales y nacionales responsables de los programas relacionados al cuidado de las personas con condiciones crónicas. Indique también si alguna pregunta le resulto confusa, no la entendió o le genero dudas y fundamente la respuesta.	
Fecha	- /
Organización o Dirección donde usted se desempeña:	Unidad sanitaria
	Hospital
	Servicio
	Otro:
Edad, cargo y disciplina	

Instrucciones para rellenar el cuestionario

Este cuestionario está diseñado para ayudar a los Sistemas de Salud a evaluar su actualidad en el manejo de las enfermedades crónicas. Los resultados pueden ser utilizados para colaborar con los equipos sanitarios identificando oportunidades de mejora. Las instrucciones de ejecución son las siguientes:

- Responda cada cuestión desde la perspectiva del sitio físico (consultorio de AP, hospital, gerencias), en el que usted provee servicios de salud para personas con enfermedades crónicas.
- Escriba el nombre de su sitio de trabajo (Ej. unidad sanitaria) ----------
- Responda cada apartado en referencia al funcionamiento de su organización respecto a servicios y enfermedades crónicas
- En cada fila, marque el puntaje que mejor describa el nivel de cuidados que actualmente existe en su sitio de trabajo para las enfermedades crónicas.
- Cada fila representa un aspecto clave en el cuidado de la enfermedad crónica. Estos aspectos están divididos en niveles según etapas de mejora en los cuidados crónicos. Estas etapas de mejora están representadas por puntos que oscilan de 0 a 11. La puntuación más alta indica que la acción descrita en ese punto es la que se realiza de forma óptima.

Evaluación Cuidados Crónicos Cliente Interno. (ECCCI 1.0)

Los Programas de manejo de enfermedades crónicas son más efectivos si la Organización está orientada y se tiene su foco en el cuidado de los pacientes crónicos

/	No existe o hay poco interés 0 1	Existe una planificación pero no hay recursos específicos para llevar a cabo el trabajo 3 4	Existe un liderazgo y se dotan recursos específicos (económicos y de personal) 6 7	Existe una estrategia a largo plazo, se reciben los recursos y hay personas dedicadas. 9 10 11
	No existen o están limitados a una condición o enfermedad. 0 1	Existen pero no se revisan de forma activa 3 4	Son medibles y se monitorizan 6 7	Son medibles, se monitorizan, y se incorporan a planes de mejora 9 10 11
	Se da circunstancialmente pero no se apoya de forma consistente 0 1	Se usa en forma empírica para problemas seleccionados cuando estos surgen 3 4	Basada en estrategias de mejora probadas para problemas seleccionados 6 7	Existe una estrategia de mejora probada y se busca que coincida con los objetivos de la Organización 9 10 11
	No se usan para conseguir objetivos de mejora de la calidad en la clínica 0 1	Sirven para influir en el uso y en los costes de los cuidados para enfermedades crónicas 3 4	Se usan sólo para apoyar los objetivos de cuidados del paciente 6 7	Se usan además para motivar y capacitar a los médicos, en busca de alcanzar los objetivos propuestos. 9 10 11
/	Desaconseja la admisión de los pacientes crónicos 0 1	No considera una prioridad la mejora de los cuidados en la enfermedad crónica 3 4	Alienta esfuerzos de mejora en los cuidados crónicos 6 7	Participa de forma visible en esfuerzos de mejora en las enfermedades crónicas 9 10 11
Beneficios del	Desaconseja el autocuidado de los pacientes o los cambios en el sistema que lo promueva. 0 1	Ni aconseja ni desaconseja el autocuidado o los cambios en el sistema 3 4	Aconseja el autocuidado de los pacientes o los cambios en el sistema 6 7	Diseño específico para promover mejoras en el autocuidado de pacientes crónicos 9 10 11

Organización del Sistema de Provisión de Servicios Sanitarios: Total:_____ Puntuación Promedio (Total / 6): _____

Las asociaciones entre los Proveedores de Servicios y los recursos comunitarios juegan un papel muy importante en el manejo de la enfermedad crónica

	No se hace de forma sistemática 0 1	Se limita a un listado de recursos disponibles en la comunidad 3 4	Se promueve el uso de los recursos comunitarios por pacientes y personal sanitario 6 7	Hay una coordinación activa entre el sistema sanitario, la comunidad y los pacientes 9 10 11
	No existen de manera formal 0 1	Se consideran pero no se implementan 3 4	Se realizan, para desarrollar programas de apoyo y medidas legislativas en particular 6 7	Programas de apoyo legislativos que abarcan en forma integral a todo el sistema. 9 10 11
	No existen Guías de Practica Clínicas (GPC) de cuidados para enfermos crónicos. Se utilizan otros instrumentos (Normas,consensos,protocolos) 0 1	Existen GPC pero no se evalúan ni se implementan los cambios 3 4	Existen GPC actualizadas, con instrumentos de evaluación, en 1 ó 2 enfermedades crónicas 6 7	Existen GPC actualizadas, con instrumentos de evaluación en la mayoría de enfermedades crónicas 9 10 11

Relaciones con la comunidad: Total:_____ Puntuación Promedio (Total / 3): _____

Existen componentes que han demostrado producir mejorías en los cuidados de los enfermos crónicos. Estos son: *Apoyo al autocuidado, Cambios en diseño y organización de los servicios, Apoyo en la toma de decisiones por el paciente, y Uso de los sistemas de información*

la educación en el autocuidado ayuda al paciente y a su familia a afrontar los cambios que suponen en su vida el vivir con una enfermedad crónica, con mejoría en los síntomas y disminución de complicaciones

	No se planifican ni se hacen 0 1	Se planifica pero no se hacen 3 4	Se realizan de acuerdo a algunos parámetros aislados. 6 7	Se realizan según un plan de cuidados disponible para el personal sanitario y pacientes 9 10 11
	No disponible. Existe información escrita (folletos, libros) 0 1	Derivación a clases de autocuidado o a entrevistas con educadores 3 4	Existe una organización en cada centro sanitario, en la derivación a educadores especializados 6 7	…los educadores ven a la mayoría de pacientes con enfermedades crónicas 9 10 11
	..no se suelen preguntar 0 1	…se preguntan a algunos pacientes 3 4	Se toma en cuenta la opinión de pacientes y familiares 6 7	Abordaje sistématico..Existen programas una sistemática para tener en cuenta la opinión de los pacientes 9 10 11
	No se imparten 0 1	Sólo a través de material escrito o se imparten eventualmente. 3 4	Se realizan solo en centros especializados 6 7	Disponibles de forma sistemática como una rutina en los cuidados de salud 9 10 11

Autocuidado. Total: Puntuación Promedio (Total / 4):) _____

El personal sanitario debe disponer de material de capacitación. Las GPC basadas en la mejor evidencia disponible constituyen herramientas sólidas para mejorar la calidad de atención. Los especialistas deben estar implicados en la mejora de la atención primaria, se debe recibir formación contínua en enfermedades crónicas, y se debe informar a los pacientes sobre las guías y protocolos implementados.

	No disponibles 0 1	Disponibles pero no incorporadas a los cuidados primarios 3 4	Disponibles y apoyadas por la educación del personal sanitario 6 7	Además existen sistemas de recuerdo al personal sanitario para conseguir cambios en su práctica clínica 9 10 11
	Mediante la derivación clásica 0 1	Se consigue mediante el liderazgo de los especialistas en la implementación de las guías 3 4	Existe liderazgo de los especialistas y además imparten formación profesionales de Atención Primaria 6 7	Los especialistas están implicados en la mejora global de la cuidados primarios de salud 9 10 11
	De forma esporádica 0 1	De forma sistemática mediante métodos habituales 3 4	Se incluye en la formación académica 6 7	La formación incluye el enfoque poblacional y el de autocuidado 9 10 11
	En forma aislada 0 1	S e hace si el paciente lo pide o mediante publicaciones informativas 3 4	Se informa al paciente para conseguir un aumento de la adherencia a la guía 6 7	Se realiza de forma sistemática, como parte del proceso de implementación de una GPC 9 10 11

Apoyo en toma de decisiones. Total_____ Puntuación Promedio (Total / 4):) _____

Para atender al paciente crónico, se requieren cambios en el sistema de organización de los cuidados, tradicionalmente centrados en el paciente agudo.

	No se plantea 0 1	Hay personal preparado en las fases clave del cuidado del paciente crónico 3 4	Hay reuniones periódicas para hablar sobre guías clínicas, roles del equipo y problemas del paciente crónico 6 7	Funciones definidas como educación en el autocuidado, seguimiento activo, coordinación de recursos, entre otras. 9 10 11
	No reconocido 0 1	Asumido por la organización para determinadas funciones 3 4	Hay un representante del equipo pero no están definidas las funciones de sus integrantes 6 7	El representante define las funciones y responsabilidades del equipo en cuidados crónicos 9 10 11
	Se realizan solamente visitas por patologías agudas, de seguimiento y preventivas. 0 1	Se asegura el seguimiento programado del paciente crónico 3 4	Se incorporan visitas flexibles en el tiempo y visitas grupales 6 7	Citación activa de pacientes. Se facilitan las visitas de múltiples consultas en el mismo día 9 10 11
	Es programado por el paciente o por el médico según cada caso 0 1	Se programa en base a la consulta según las guías clínicas 3 4	Se programa según la consulta y se monitoriza la frecuencia de visitas. 6 7	Según requerimientos del paciente y equipo de salud, bajo diferentes modalidades (teléfono, email, en persona) Respeta pautas de seguimiento sugeridas por las GPC 9 10 11
	No existen 0 1	Se usan ocasionalmente para pacientes complicados 3 4	Son una opción para pacientes interesados 6 7	A todos los pacientes, incluyen chequeos periódicos, actividades preventivas autocuidado 9 10 11
	No es una prioridad 0 1	Depende de la comunicación escrita entre Atención Primaria y especializada 3 4	Es una prioridad pero no se implementa de forma sistemática 6 7	Coordinación activa entre Atención primaria especializada - salud pública y otros grupos 9 10 11

Sistema de provisión de cuidados. Total_____ Puntuación Promedio (Total / 6):) _____

. La información sobre pacientes y poblaciones con enfermedades crónicas es clave en programas de manejo de estas enfermedades, en especial si se aplica el enfoque poblacional

,	No disponible 0 2	Se incluye nombre, diagnóstico, datos de contacto y última cita, en papel o en formato electrónico 3 4	Permite consultas sobre sub poblaciones según prioridades clínicas 6 7	Se asocia a guías que informan sobre servicios necesarios para esa sub población 9 10 11
	No disponibles 0 2	Incluye sólo la notificación general de existencia de una enfermedad crónica 3 4	Se añade la indicación del servicio necesario para esa sub población mediante mensajes periódicos 6 7	Incluye información sobre el grado de adherencia a las recomendaciones de la GPC en el momento de la visita 9 10 11
	No disponible 0 2	Disponible ocasionalmente y de forma general. 3 4	Ocurre a intervalos suficientes para la monitorización de la población específica en estudio 6 7	Un representante idóneo supervisa la tarea realizada y mejora la ejecución del equipo 9 10 11
	No disponible 0 2	Se puede obtener solo por esfuerzos aislados programación adicional 3 4	Se obtiene bajo demanda pero no de forma rutinaria 6 7	Se le facilita al personal sanitario de forma rutinaria para ayudarles en la planificación 9 10 11
	No disponible 0 2	Se consigue mediante un sistema estandarizado 3 4	Se consigue mediante la coordinación de cuidados e incluye objetivos de autocuidado. 6 7	Incluye autocuidado, manejo de situaciones clínicas y de seguimiento activo 9 10 11

, ,

. Un sistema de cuidados efectivo asociará los elementos del modelo de cuidados crónicos a los objetivos de autocuidado del paciente y a los sistemas de registro e información clínica

	No se hace 0 1 2	Se hace bajo demanda mediante publicaciones 3 4 5	Hay publicaciones específicas para pacientes en cada guía clínica 6 7 8	Se incluye el rol del paciente en la adherencia al tratamiento 9 10 11
	No incluye objetivos en autocuidado 0 1	Incluye resultados de evaluaciones (estado funcional, prácticas de autocuidado) pero no objetivos 3 4	Incluye además objetivos en autocuidado para el personal sanitario y el paciente 6 7	Además se usan sistemas recordatorios en el seguimiento y en la evaluación de objetivos para pacientes y personal sanitario 9 10 11
	No hay sistemas de evaluación sobre el progreso de los pacientes en los programas 0 1	Hay sistemas de evaluación ocasionales comunidad/ sistema de salud 3 4	Sistemas de evaluación en forma regular, como informes de progreso del paciente 6 7	Se tiene en cuenta el accionar del paciente en la modificación de los programas, adaptándolos a sus necesidades 9 10 11
Planificación	Se basa en un enfoque poblacional 0 1	Usa datos de los sistemas de información clínica para planificar los cuidados 3 4	La planificación incluye el desarrollo de programas de autocuidado y de articulación con recursos comunitarios 6 7	Se incluye un sistema de modificación y evaluación del éxito del programa en el tiempo 9 10 11
/	No se plantean 0 1 2	Se hacen esporádicamente, mediante citas 3 4 5	Se asignan responsabilidades específicas (ej enfermera para pacientes diabéticos) 6 7 8	El personal usa el registro y los sistemas de recordatorios para coordinar con los pacientes y el sistema sanitario 9 10 11
	No se comparten con el paciente 0 1	Se dan a los pacientes con interés en el autocuidado de su enfermedad 3 4	Se dan a todos los pacientes para ayudarlos en el autocuidado y en la modificación de conductas 6 7	Las revisan el médico en conjunto con el paciente para planificar objetivos y motivar predisposición al cambio 9 10 11

Integración del Modelo de EC. Total:_____ ➢ Puntuación Promedio (Total / 5): _____

,

Total. Organización Sistema de Provisión de Servicios Sanitarios	_____
Total Relaciones con la Comunidad	_____
Total Apoyo del autocuidado	_____
Total Apoyo en la toma de decisiones	_____
Total Sistema de Provisión de Cuidados	_____
Total Sistemas de Información Clínica	_____
Total Integración con el modelo de enfermedades crónicas	_____
Puntuación total del Programa (Suma de totales)	_____
Puntuación promedio (Total del Programa /7)	_____

¿Qué significa esto?

El ACIC se organiza de forma que la puntuación más alta (un 11) se refiere a cuidados óptimos en enfermedades crónicas y la más baja (un 0) corresponde a unos cuidados crónicos deficientes. Es decir:

Entre “0” y “2” = cuidados deficientes en enfermedades crónicas
Entre “3” y “5” = cuidados básicos en enfermedades crónicas
Entre “6” y “8” = cuidados buenos en enfermedades crónicas
Entre “9” y “11” = cuidados muy buenos en enfermedades crónicas

CAPÍTULO 2
Cuidados preventivos del adulto.

Introducción

Los cuidados preventivos son una oportunidad de intervenir tempranamente en el curso de las enfermedades o cuando éstas aún no se han presentado. Los beneficios de las prácticas preventivas se han vuelto más evidentes en los últimos 30-40 años, a medida que declinan enfermedades previamente comunes, en parte, por la introducción de prácticas preventivas efectivas.

En este capítulo desarrollaremos las prácticas preventivas que deben formar parte del control periódico de la persona adulta sana; las personas con enfermedades de base no son contempladas en las recomendaciones, y el seguimiento de sus enfermedades debe ser realizado según las recomendaciones pertinentes a cada caso en particular. Sin embargo, es de recordar, que aquella persona que presenta una enfermedad de base, también requiere el control periódico del resto de su salud, por lo que deben realizarse los cuidados preventivos de acuerdo a su sexo y edad, además del resto de los controles de su patología de base.

Si bien no existe consenso acerca de los componentes que se deben incluir en un control periódico de salud, ni la frecuencia con la que se debe realizar, se presentarán aquellas en las que la evidencia y su uso han demostrado ser costo-efectivas y son consideradas aceptables.

Para cada una de las prácticas recomendadas se señala cuál es el mejor examen para su detección y la conducta a seguir, cuando se encuentre alterado.

El capítulo está dividido en 8 categorías, según el agrupamiento de las recomendaciones: cardiovascular y respiratorio, estilo de vida, problemas psicosociales, cáncer, enfermedades infecciosas, inmunizaciones, adulto mayor, y por último accidentes y problemas sensoriales. Se presenta además una lista de verificación para ayudar en práctica diaria, reuniendo las recomendaciones según grupo etario y sexo.

Objetivos de los cuidados preventivos

Los cuidados preventivos, son diferentes acciones que se llevan a cabo en adultos sanos, con el propósito de evaluar los factores de riesgo para enfermar según edad y sexo. Se deben realizar a lo largo del ciclo vital con el propósito de reducir la morbimortalidad asociada a aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables.

Su objetivo es evitar la ocurrencia de la enfermedad, reduciendo la exposición a factores de riesgo, modificando conductas o indicando inmunizaciones; considerando características como grupo etario, sexo, estilos de vida y conducta entre otras.

En general el 80% de las consultas en los servicios de salud, a excepción de los lactantes menores y las mujeres durante el embarazo, se realiza por la presencia de patologías agudas, por ello es que estas prácticas preventivas deben ser ofrecidas a la toda población que consulta, independientemente del motivo inicial de la consulta.

Los objetivos de los cuidados preventivos son:

– Detectar oportunamente las patologías prevalentes para edad/sexo.
– Identificar posibles factores de riesgo,
– Lograr modificaciones en hábitos y/o comportamientos antes de que ocasionen un daño o enfermedad.

Los cuidados preventivos incluyen:

Rastreo o tamizaje (screening en inglés) que identifica pacientes que requieren intervenciones específicas.
Consejería para iniciar cambios de comportamientos o actitudes.
Inmunizaciones contra cierto número de enfermedades inmunoprevenibles.
Fármacos para disminuir el riesgo de ciertas enfermedades.

Todas las prácticas preventivas deben ser registradas en la Historia clínica.

Estilo de vida

Todas las personas y comunidades adoptamos diferentes maneras de comportarnos que pueden ser más favorables para la salud o más desfavorables. Dependiendo cual se elija, determinará un estilo de vida, que puede ser definido como "el conjunto de patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo"[2].

El glosario de promoción de la salud (O.M.S., 1999) define estilo de vida de una persona como aquel "compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con los padres, compañeros, amigos y hermanos, o por la influencia de la escuela, medios de comunicación, etc. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones".

Podemos pensar entonces que los estilos de vida de una persona pueden estar influenciados por distintos factores, a saber:

- Individuales: personalidad, intereses, educación recibida, etc.
- Del entorno micro social: familia, amigos, ambiente laboral y/o educativo, etc.
- Del entorno macro social: cultura imperante, medios de comunicación, modas, etc.
- Del medio físico-geográfico: características del entorno (medio urbano, rural, cercanía al mar, clima, etc.)

Tener en cuenta la presencia de estos factores nos pueden ayudar a pensar prácticas posibles de ser llevadas a cabo por las personas para generar estilos de vida más saludables.

Es así entonces como el estilo de vida que adoptamos tiene repercusión en la salud tanto física como psíquica y social.
Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, etc.

Un estilo de vida poco saludable es causa de numerosas enfermedades como la obesidad, diabetes, HTA, cáncer, estrés, entre otros. Comprende hábitos no saludables como el consumo de sustancias tóxicas (alcohol, drogas), el tabaquismo, el sedentarismo, la exposición a contaminantes, etc.

Sabemos que las enfermedades no transmisibles comparten 4 factores de riesgo:

- Inactividad física.
- Alimentación deficiente/insuficiente/ inadecuada.
- Tabaquismo.
- Consumo indebido de alcohol.

2. SÁNCHEZ BAÑUELOS, F. (1996). La actividad física orientada hacia la salud. Biblioteca Nueva: Madrid.
MENDOZA, R.; SÁGRERA, M.R. y BATISTA, J.M. (1994). Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud. Madrid: C.S.I.C.

Para desarrollar actividades que les permitan elegir estilos de vida saludables que previenen las enfermedades no transmisibles debemos pensar en:

Resumen de las recomendaciones de rastreo
Cuidados preventivos

Cardiovascular y respiratorio

Rastreo de Diabetes Mellitus tipo 2.

La diabetes está asociada a un incremento del riesgo cardiovascular y mortalidad prematura causada por algunos cánceres, enfermedades infecciosas, insuficiencia renal, causas externas, suicidio y trastornos degenerativos.
Su curso es progresivo, y se acompaña de lesiones microvasculares (retina, riñón, nervios) y macrovasculares (cerebro, corazón, miembros inferiores), cuando no se tratan adecuadamente la hiperglucemia y los factores de riesgo cardiovascular asociados.
Actualmente no existe evidencia suficiente a favor ni en contra del rastreo de DMT2 en la población general, sin embargo teniendo en cuenta el bajo costo y bajo riesgo del test, se recomienda realizarlo con el objetivo de aumentar su tasa de detección en grupos determinados.

¿Cómo realizar el rastreo?

- Mediante una glucemia de ayuno.

¿Cuándo realizar el rastreo?

- En todas las personas mayores de 45 años.
- Además se debe solicitar independientemente de la edad en personas con:
  · Intolerancia a la glucosa o glucemia en ayunas alterada.
  · Enfermedad cardiovascular (IAM, Angina de pecho, enfermedad vascular periférica o ACV).
  · Mujeres que hayan tenido diabetes gestacional o recién nacidos con peso mayor a 4.500 gr.
  · Adultos con HTA y/o dislipemia.

- Se recomienda una frecuencia anual.

El capítulo 4 de este manual está referido a diabetes. En el mismo encontrará el tratamiento y seguimiento recomendado para aquellos en los que se haya encontrado un valor alterado de glucemia.

Rastreo de Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que, librada a su curso natural, produce daño orgánico irreversible que causa invalidez o muerte prematura.
Es un factor de riesgo conducente a enfermedad coronaria, enfermedad cardíaca congestiva, ACV, ruptura de aneurisma aórtico, enfermedad renal y retinopatía.
Estas complicaciones están entre las enfermedades más comunes y de mayor gravedad en la población adulta.

¿Cómo realizar el rastreo?

- Mediante el control de la presión arterial[3].

Debido a la variabilidad en las mediciones de la presión arterial individuales, el diagnóstico de hipertensión se debe realizar sólo después de 2 o mas lecturas elevadas, por un profesional del equipo de salud, en al menos 2 visitas durante un período de 1 a varias semanas.

¿Cuándo realizar el rastreo?

- Se recomienda el rastreo de la presión arterial alta en personas de 18 años o más.

- Se recomienda realizar un control anual.

El capítulo 5 de este manual, está referido a hipertensión arterial.
En el mismo encontrará su tratamiento y seguimiento recomendado.

Rastreo de Dislipemias.

El incremento del colesterol sérico está relacionado con la mortalidad por cardiopatía isquémica, y es un importante factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular.
Su cuantificación tiene como objetivo identificar a personas con dislipemia y estimar su riesgo cardiovascular (CV).

3. Antes de la medición, las personas deben haber evacuado la vejiga y descansado por al menos 5 minutos. Si han hecho ejercicio físico intenso, han fumado o tomado café o alcohol durante la última media hora, deben prolongar el reposo durante 30 minutos. Si han tomado medicamentos que pueden elevar los niveles de PA o están con dolor al momento del examen, se debe dejar constancia en la historia clínica.

¿Cómo realizar el rastreo?

• Mediante un perfil lipídico (colesterol total, HDL y Trigliceridos[4]), según disponibilidad.

Los resultados anormales deben ser confirmados con una nueva determinación usando el promedio de los dos resultados para la evaluación del riesgo CV.

¿Cuándo realizar el rastreo?

• En todas las personas de entre 40 a 79 años.

• Se recomienda repetirlo cada 1-2 años (hasta cada 5 años) en pacientes con valores iniciales normales, o de acuerdo a la categoría de riesgo CV.

El capítulo 3 del manual, está referido a la estratificación de riesgo cardiovascular. En el mismo encontrará las tablas de estratificación y el tratamiento y seguimiento recomendado según la categoría de riesgo.

Rastreo de Obesidad.

El exceso de peso constituye el sexto factor principal de riesgo de muerte en el mundo. La obesidad se asocia a enfermedad coronaria, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar crónica, diabetes, artrosis, hipercolesterolemia, algunos cánceres y aumento de la mortalidad por todas las causas.

¿Cómo realizar el rastreo?

• Para identificar a adultos con sobrepeso u obesidad debe utilizarse el índice de masa corporal (IMC):

IMC = peso (kg) / talla^2.

¿Cuándo realizar el rastreo?

• Se debe buscar sobrepeso u obesidad en todos los pacientes mayores de 18 años.

• Se recomienda pesar en todas las consultas a las personas con sobrepeso u obesidad y cada 1 a 2 años a las personas con normopeso.

4. Con esos datos se calcula el LDLc: LDLc = CT - (HDLc + TG/5) en mg/dl (fórmula de Friedewald).

El capítulo 6 de este manual, está referido a obesidad. En el mismo encontrará recomendaciones para su tratamiento y seguimiento.

Rastreo de Tabaquismo.

El tabaquismo es responsable del 30% de las enfermedades cardiovasculares, el 30% de las neoplasias (85% de los cánceres de pulmón) y 85% de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, entre otros.

¿Cómo realizar el rastreo?

• Preguntar si fuma o alguna vez fumó, si actualmente fuma algunos o todos los días, o si es fumador pasivo.

En aquellas personas que son fumadoras activas consignar el nivel de dependencia (cantidad de cigarrillos/día), carga tabáquica (paquetes/año) y el estado de motivación (preparado o no) para dejar de fumar.

¿Cuándo realizar el rastreo?

• A toda persona que consulta a un servicio de salud.

El capítulo 8 de este manual, está referido al tratamiento del tabaquismo. En el mismo encontrará el estilo motivacional de la atención, la consejería práctica y opciones farmacológicas y el seguimiento recomendado para la cesación tabáquica.

Estimación del riesgo cardiovascular a 10 años.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. Afectan por igual a ambos sexos y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Sus causas más importantes están asociadas al estilo de vida: inactividad física, consumo de tabaco e inadecuada alimentación.

¿Cómo realizar el rastreo?

• Utilizando las tablas de predicción de riesgo de la OMS/IHS que indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave (IAM o ACV mortal o no) en un período de 10 años.

¿Cuándo realizar el rastreo?

- A todas las personas entre 40 y 79 años con diagnóstico de hipertensión o diabetes.

- La frecuencia de dicha evaluación dependerá de la categoría de riesgo CV del paciente.

En el capítulo 3 de este manual, encontrará las tablas de estratificación, las recomendaciones y la frecuencia de control recomendado según la categoría de riesgo CV.

Rastreo de Enfermedad Pulmonar Obstructiva crónica (EPOC).

La EPOC se define como una enfermedad respiratoria prevenible y tratable caracterizada por una limitación al flujo aéreo persistente, donde la obstrucción puede presentar algún grado de reversibilidad –pero nunca normalizarse-, asociada a una anormal respuesta inflamatoria de los pulmones a partículas nocivas y gases, principalmente derivados del humo de tabaco.

Sus manifestaciones clínicas más relevantes son la disnea (por lo general progresiva), tos crónica y producción de esputo.

Comprende la bronquitis crónica obstructiva caracterizada por tos productiva crónica de tres meses de evolución durante dos años consecutivos (previa exclusión de otras causas de tos crónica) y el enfisema definido por el agrandamiento anormal de los espacios aéreos distales al bronquiolo terminal acompañado de destrucción de las paredes y sin fibrosis evidente. Estas dos condiciones pueden presentarse solas o combinadas en un mismo paciente.

¿Cómo realizar el rastreo?

- Con espirometría pre y post broncodilatadores para diagnosticar obstrucción cuando la relación VEF1/CVF post broncodilatador es menor del 70%.[5]

- **¿Cuándo realizar el rastreo?**

Ante la presencia de algún síntoma respiratorio crónico como tos o expectoración de 3 meses; disnea o sibilancias (auscultadas o autoreportadas) tanto en fumadores o exfumadores.
- Ante carga tabáquica mayor a 40 paquetes/año (aun en quienes no presentan síntomas respiratorios) tanto en fumadores o exfumadores.

Para más información, puede consultar la Guía de Práctica Clínica Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco y la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC. (Ver publicaciones y enlaces relacionados).

Rastreo del aneurisma aórtico abdominal.

El aneurisma de aorta abdominal se presenta entre el 2 al 5% de la población mayor de 65 años. Sus factores de riesgo son el sexo masculino, antecedentes de tabaquismo, y la edad de 65 años o más. La historia natural de los aneurismas de la aorta depende de su tamaño y de la debilidad de la pared arterial. Cuando el aneurisma es mayor de 5 cm la incidencia de ruptura es de alrededor del 20%.

¿Cómo realizar el rastreo?

- Mediante una ecografía abdominal.

¿Cuándo realizar el rastreo?

- Se recomienda rastrear la presencia del aneurisma aórtico abdominal en la población de hombres entre 65 y 75 años que alguna vez fumaron.

Solo es necesario realizar el rastreo una vez. No hay beneficio para la salud en repetir el estudio en aquellos que tienen el diámetro aórtico normal en la ecografía inicial.

Uso de Aspirina.

En personas adultas, la toma diaria de aspirina en dosis bajas ha demostrado reducir el riesgo de eventos cardiovasculares (IAM en los hombres, ACV isquémico en las mujeres), pero a expensas de un aumento de riesgo de hemorragia, en particular hemorragia gastrointestinal, por lo cual debe valorarse en cada caso el riesgo-beneficio de este tratamiento preventivo.

5. Esta prueba diagnóstica también permite evaluar la gravedad y diagnósticos diferenciales (asma, enfermedades intersticiales del pulmón).

¿A quién considerar candidatos al tratamiento con aspirina?

- A las personas entre 40 y 79 años.

¿Cómo se selecciona al paciente para indicar aspirina?

- Por medio de la estratificación de riesgo cardiovascular:

1- Personas en categoría de **muy alto riesgo** cardiovascular (incluye a los pacientes en prevención secundaria): aspirina 75-100 mg/día.

2-Personas en categoría de **riesgo cardiovascular alto**: individualizar la indicación de aspirina 75-100 mg/día, considerando y respetando las preferencias del paciente ante un tratamiento puramente preventivo. En particular, recordar que el consumo regular de antiinflamatorios no esteroides, los síntomas de dolor gastrointestinal alto, o la historia de úlcera gastrointestinal aumentan el riesgo de hemorragia digestiva dos a cuatro veces.

3- Personas en categoría **de riesgo cardiovascular bajo o intermedio:** no indicar aspirina, dado que el riesgo supera el beneficio.

Estilo de vida

Consejería sobre el uso de ácido fólico.

Los defectos del cierre de tubo neural como la anencefalia, espina bífida y mielomeningocele, se presentan en alrededor de 1 cada 1000 nacimientos, y algunas son causa de interrupción del embarazo en forma espontánea.
Más de la mitad de los casos podrían haber sido evitados si la madre hubiera consumido suficiente ácido fólico.

¿A quién indicar?

- A todas las mujeres que buscan un embarazo o podrían embarazarse.

¿Cómo indicarlo?

- Se recomienda el uso preconcepcional de:

a.0,4 mg/día de ácido fólico, para prevenir la ocurrencia de defectos de tubo neural en mujeres sin antecedentes de gestación con defectos del cierre de tubo neural con deseo de gestación o en edad fértil con posibilidad de embarazo no planificado.

b.4 mg/día de ácido fólico, para prevenir la recurrencia en mujeres con antecedentes de niños con malformaciones del tubo neural.

Para más información:

Dirección Nacional de Maternidad e Infancia. Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal.
Disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf

Alimentación saludable.

La alimentación no saludable condiciona la aparición de hipertensión arterial, aumento del colesterol, diabetes, sobrepeso y obesidad a través de una ingesta elevada de sodio, grasas saturadas y trans e hidratos de carbono simples, y a través de una ingesta insuficiente de frutas, verduras y de otros alimentos ricos en fibras y grasas poliinsaturadas. La ingesta inadecuada de frutas y verduras ocasiona el 19% de los cánceres del tubo digestivo, 31% de la enfermedad coronaria y 11% de la enfermedad cerebrovascular.

¿A quiénes indicar?:

- Se debe ofrecer a todos los pacientes consejería acerca de alimentación saludable.

¿Qué indicar? 10 mensajes para la alimentación saludable

1. Incorporar a diario alimentos de todos los grupos y realizar al menos 30 minutos de actividad física.
2. Tomar a diario 8 vasos de agua segura.
3. Consumir a diario 5 porciones de frutas y verduras en variedad de tipos y colores.
4. Reducir el uso de sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.
5. Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos con elevado contenido de grasas, azúcar y sal.
6. Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.
7. Al consumir carnes quitarle la grasa visible,

aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.
8. Consumir legumbres, cereales preferentemente integrales, papa, batata, choclo o mandioca.
9. Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.
10. El consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Los niños, adolescentes y mujeres embarazadas no deben consumirlas. Evitarlas siempre al conducir.

El capítulo 9 de este manual, está referido a alimentación. Allí encontrará más información.

Actividad Física.

La actividad física regular reduce la morbimortalidad al disminuir la incidencia de enfermedad cardiovascular, diabetes, hipertensión, obesidad, depresión, osteoporosis y algunos cánceres.

¿A quiénes indicar?

• Se debe ofrecer a todos las personas consejería acerca de la práctica regular de actividad física.

¿Qué indicar?

• En adultos de 18 a 65 años: sumar al menos 30 minutos por día, todos los días de la semana de actividad física moderada en actividades de la vida diaria o con ejercicios + dos sesiones semanales de fortalecimiento muscular.

• En adultos mayores de 65 años: idem anterior y:
· Priorizar trabajar fundamentalmente sobre la postura, equilibrio, fortalecimiento de la masa muscular.
· En caso de no poder realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, recomendar mantenerse físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

El capítulo 10 de este manual, está referido a actividad física. Allí encontrará más información.

Problemas psicosociales

Rastreo de Abuso de alcohol y consejería breve.

En la actualidad, el consumo de alcohol constituye una de las principales causas de carga de enfermedad a nivel nacional e internacional; según la OMS explica el 5% de la morbimortalidad mundial. El consumo de alcohol puede conducir a enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, problemas en el embarazo, síndrome de muerte súbita del lactante, accidentes de tránsito y situaciones de violencia. La identificación temprana del consumo problemático de alcohol da la oportunidad de realizar intervenciones breves y efectivas, prevenir la evolución hacia complicaciones mayores.
Según los resultados de la Encuesta Nacional sobre Prevalencia de Consumo de Sustancias Psicoactivas (EnPreCoSP) de 2011[6], realizada a personas de entre 16 y 65 años, la edad de inicio promedio de consumo de alcohol se encuentra alrededor de los 17 años. El consumo problemático en cualquiera de sus modalidades se presenta en mayor medida en la población masculina.
Para conceptualizar el consumo problemático de alcohol, podemos identificar al consumo episódico excesivo y al consumo regular de riesgo:
• **El consumo episódico excesivo de alcohol** se define como el consumo de más de cinco tragos de cualquier bebida alcohólica en el lapso de un día, en el último mes.
• El **consumo de alcohol regular de riesgo**: Definido como el consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres y 2 tragos promedio por día en hombres.

De estas dos modalidades, el consumo episódico excesivo es más habitual en la población joven, mientras que el consumo regular de riesgo continúa siendo una problemática prevalente en toda la población adulta.

La capacidad de poder identificar el consumo de alcohol en el primer nivel de atención brinda

6. Disponible en http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-01-05_encuesta-nacional-sobre-prevalencias1.pdf

una la oportunidad para establecer pautas acerca de los riesgos que conlleva el uso excesivo de alcohol.

¿Cómo realizar el rastreo?

- A través de un interrogatorio dirigido.

Preguntar: *¿en los últimos 12 meses?:*

1) ¿Cuántas unidades de alcohol suele tomar en un día típico de los que bebe?	**0=** hasta 2 unidades (hasta 1 si es mujer) **1=** tres o más unidades (2 o más si es mujer)
2) ¿Con que frecuencia toma más de 5 unidades (más de 3 si es mujer) en un mismo día?	**0=** menos de una vez por mes **1=** más de una vez por mes
3) ¿Alguna vez no pudo cumplir con alguna de sus responsabilidades (como estudiar para un examen, llegar al trabajo u otra cita) a causa de la bebida?	**0=** No **1=** Si

Unidades: cerveza (lata individual o botella pequeña 330 cc); vino (vaso de 140 cc), licor o fernet (una medida / 40cc).
Si la respuesta es 1 a cualquiera de las tres preguntas, se considera positivo el rastreo.

Si el rastreo es positivo:

- **Consejo simple:**

Proporcionar al paciente herramientas para cambiar actitudes básicas y manejar una variedad de problemas subyacentes (no más de 5 minutos). Este consejo debe incorporar los siguientes elementos:
• Dar retroalimentación en cuanto a que la forma de beber del paciente está dentro de la categoría de beber de riesgo.
• Proporcionar información sobre los problemas específicos de continuar bebiendo a niveles de riesgo o perjudiciales.
• Permitir que el paciente establezca una meta para cambiar su patrón de consumo.
• Aconsejar sobre los límites en el consumo.
• Proporcionar estímulos, motivar al paciente, repitiéndole la necesidad de reducir el riesgo y alentándolo a que comience cuanto antes.

Otras herramientas disponibles son:

· Lineamientos para la atención del Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes Disponible en:
• http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2012-10-31_lineamientos-atencion-alcohol.pdf

• Pautas y Herramientas para la Atención Integral (PHAI) - Frente al Consumo Excesivo de Sustancias, en particular el Alcohol. Disponible en:http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2015-04-21_phai- web.pdf

• Línea Salud responde: consumo problemático de alcohol: 0800-222-1002, opción 6

Violencia

El Equipo de Salud tiene entre sus responsabilidades la detección de los signos y síntomas de violencia, cualquiera sea su expresión, de evaluar el riesgo y de actuar para disminuir su impacto. En general, la verdadera magnitud epidemiológica del problema no se conoce porque las prácticas sanitarias se concentran en el tratamiento de la lesión, sin percibir a veces que ésta es consecuencia de situaciones de violencia.
Algunos de los obstáculos que se presentan están referidos a considerar que es una cuestión privada, que debe resolverse “puertas

adentro", es decir, en el seno del hogar. También porque las víctimas de violencia suelen sentir culpa y vergüenza, como si fueran responsables de la situación.
La violencia en las familias y la violencia de género, son un problema de vulneración de derechos humanos y un tema que afecta a la salud de quienes están involucrado/as. En las últimas décadas se han producido avances para visibilizar esta problemática y el Estado ha impulsado y promovido normativas para prevenir, proteger y garantizar la vida e integridad de las víctimas de violencia.
Cualquier persona puede ser víctima de violencia, independientemente de la clase social, educación, edad, etc., y al hablar abiertamente de este tema, abrimos el diálogo para encontrar una salida a la violencia.

¿Cómo realizar el rastreo?

- A través de un interrogatorio dirigido.

Preguntar:

1 ¿Considera que Ud. o una persona cercana a su círculo familiar, se encuentra en una situación de violencia?

2. En caso de que conteste afirmativamente: ¿Por qué considera que está en esa situación?

3. Habitualmente, consideramos que hay violencia cuando hay golpes o heridas ¿Conoce otras formas de ejercer violencia?
4. ¿Considera que las críticas, los insultos, los celos, son formas de violencia?
5. Si una mujer quiere trabajar fuera de su hogar y su pareja no lo permite, ¿es violencia?
6. Mantener relaciones sexuales con la pareja sin consentimiento ¿es violencia?
7. Si una mujer no puede planificar los embarazos o el intervalo entre el nacimiento de cada hija/os, ¿es violencia?
8. ¿Conoce los lugares de su localidad donde puede pedir ayuda?

¿A quiénes?
- A todas las mujeres que consultan al sistema de salud.

Es recomendable que los equipos de salud conozcan los recursos que pueden ser ofrecidos en aquellas situaciones en las que se ha detectado violencia.
La línea 144 es una herramienta útil tanto para el asesoramiento de los equipos de salud acerca de las redes disponibles, y para la víctima de violencia o sus familiares.

Línea 144.

La Línea telefónica 144, brinda contención, información y asesoramiento en materia de violencia contra las mujeres. Funciona en todo el país, las 24 horas, los 365 días del año.
Es importante tener en cuenta que, en algunas ocasiones, el llamado telefónico a la línea se presenta como el primer contacto institucional al cual puede acceder una mujer en situación de violencia. En este sentido los y las orientadores/as telefónicos están entrenados/as en los principios básicos que fundamentan la ayuda a través de una línea telefónica, para que las mujeres obtengan el beneficio de encontrar una persona que se interesa por su problema, que valida su experiencia, que la respeta y le brinda un espacio de apoyo y contención que le permita encontrar soluciones viables a su problema.
De la misma manera, se concibe la atención para las personas que están en contacto directo con las víctimas de violencia y solicitan orientación a la Línea 144, ya que se procura reconstruir las redes sociales y familiares afectadas por la violencia.

Para más información:
- Modulo 10 Posgrado salud social y comunitaria PMC Disponible en http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/images/stories/Equipos/posgrado-salud-social-comunitaria/10a-modulo-pssyc.pdf

Depresión

Según la OMS la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo. Es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial de morbilidad. Afecta en mayor medida a la mujer que al hombre. Se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional.
Es el resultado de interacciones complejas entre

factores sociales, psicológicos y biológicos. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. Existen relaciones entre la depresión y la salud física; así, por ejemplo, las enfermedades cardiovasculares pueden producir depresión, y viceversa.
La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

¿Cómo realizar el rastreo?

• Para evaluar rápidamente a los pacientes que usted cree padezcan depresión, formule estas dos preguntas:

Durante el mes pasado, a menudo usted ha sentido:

1) ¿falta de interés o poca satisfacción en hacer cosas?

2) ¿se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado?

Si el paciente responde "no" a ambas preguntas, el rastreo es negativo. Si el paciente responde "sí" a alguna de las preguntas, se recomienda realizar una evaluación completa para detectar depresión.

Compruebe si ha habido un duelo reciente u otra pérdida importante en los últimos 2 meses.

¿A quiénes?

• A todas las personas que consultan al sistema de atención de la salud

Para más información:
Lineamientos para la Atención de la Urgencia en Salud Mental. Disponibles en:
http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10_lineamientos-atencion-urgencia-salud-mental.pdf

Cáncer

Rastreo de cáncer de mama.

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres en la mayoría de los países.

Se estima que 1 de cada 8 a 10 mujeres va a tener cáncer de mama en algún momento de su vida. El factor de riesgo más importante es la edad; en la mayoría de las mujeres se diagnostica después de los 50 años. Tener un familiar con cáncer de mama aumenta el riesgo de enfermar sobre todo cuando las afectadas son mujeres jóvenes.

¿Cómo realizar el rastreo?

• La mamografía es el test de elección para la detección temprana de cáncer de mama en mujeres asintomáticas.

¿Cuándo realizar el rastreo?

• Se recomienda realizar un estudio mamográfico a las mujeres entre 50 y 70 años sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de mama.

• La frecuencia de la realización de mamografía es de 2 años.

Las mujeres con historia familiar deben ser evaluadas por médicos especialistas en patología mamaria para darles una recomendación basada en su riesgo.

Para más información:

Programa nacional de cáncer de mama. El cáncer de mama en 8 palabras. Una guía breve para atención primaria de la salud. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/inc/images/stories/downloads/publicaciones/equipo_medico/Cancer_de_mama/El_cancer_de_mama_en_8_palabras_Guia_APS_2013.pdf

Rastreo del cáncer cérvicouterino

El cáncer cérvico-uterino es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, entre los 35 y 64 años, a nivel mundial. Se desarrolla con mayor frecuencia en las mujeres a partir de los 40 años, llegando a un pico alrededor de los 50 años, siendo muy baja en las mujeres menores de 25 años.
El cáncer cervicouterino)es la segunda causa de muerte por cáncer en mujeres, entre los

35 y 64 años, a nivel mundial. S comprobado que su causa necesaria es la infección por el Virus Papiloma Humano (VPH), cuya principal vía de transmisión es la vía sexual. Existe una asociación de más del 99% entre el VPH de alto riesgo oncogénico y el cáncer de cuello de útero.

¿Cómo realizar el rastreo?

Mujeres de 30 años y más
• Tamizar con test de VPH y toma conjunta de citología a mujeres a partir de los 30 años (30 años y más).
• Sólo serán leídas las citologías de las mujeres con test de VPH positivo.
Se recomienda que las mujeres que obtienen un resultado negativo en una prueba de detección de VPH repitan el nuevo tamizaje después de un intervalo mínimo de 5 años.
Mujeres menores de 30 años (excluye adolescentes – hasta 21 años -)
A las mujeres menores de 30 años se les realiza el rastreo mediante la citología. No se recomienda el tamizaje en mujeres de menos de 25 años y no tamizar con citología antes de cumplidos los tres años del inicio de las relaciones sexuales.
• Tamizar con citología convencional (Papanicolaou), cada tres años, luego de dos citologías consecutivas negativas (1-1-3).

Para más información:

Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cérvicouterino: Prevención del cáncer cérvico uterino. Recomendaciones para el tamizaje, seguimiento y tratamiento de mujeres en el marco de programas de tamizaje basados en el test de VPH Actualización 2015.
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000017cnt-manual_recomendaciones_tamizaje_2015_baja.pdf

Rastreo de cáncer de colon

El cáncer colorrectal es uno de los tumores malignos más frecuentes. En más del 90% de los casos se produce en personas mayores de 50 años. Es también uno de los más prevenibles por presentar una lesión precursora (adenoma), de lento crecimiento, que puede ser detectada y tratada adecuadamente con los métodos de examen disponibles.

¿Cómo realizar el rastreo?

• Mediante el test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico (TSOMFI).

¿Cuándo realizar el rastreo?

• Debe realizarse el TSOMFI a los hombres y mujeres entre los 50 y 75 años de edad.

• Debe repetirse en forma anual.

Las personas consideradas de alto riesgo (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn) o con antecedentes personales o familiares de pólipos o cáncer colorrectal) deben ser evaluadas por médicos especialistas para darles una recomendación basada en su riesgo.

Para más información:

Guía para Equipos de Atención Primaria de la Salud. Información para la prevención y detección temprana del cáncer colorectal. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000031cnt-18-Guia%20para%20equipos%20de%20atencion%20primaria%20de%20la%20Salud.pdf

Rastreo de cáncer de próstata.

El diagnóstico temprano del cáncer de próstata a través de pruebas de tamizaje es controvertido. Debido al grupo etario que afecta, es frecuente que el paciente finalmente fallezca con el cáncer de próstata y no debido al mismo.

Es por este motivo que la tendencia actual a la luz de las evidencias, **es la recomendación de no realizar detección temprana en la población general.**

Rastreo de cáncer de pulmón

En la actualidad **no existe evidencia suficiente para recomendar el rastreo de cáncer de pulmón con tomografía de pulmón de baja dosis**.

Si bien existe en la literatura médica evidencia de disminución de la mortalidad con esta intervención en estudios controlados, dichos estudios fueron realizados con protocolos específicos de seguimiento que no han sido replicados en servicios de salud y su implementación amplia podría no justificarse ante la alta cantidad de resultados positivos que exigen seguimiento posterior que conllevan riesgos, como la realización innecesaria de imágenes, broncoscopias o toracoscopías entre otros.

Enfermedades Infecciosas

Infecciones de trasmisión sexual (ITS)

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son una de las causas principales de morbilidad en las personas sexualmente activas. Estas pueden desarrollar enfermedades leves o de larga duración que impactan de manera directa en la calidad de vida y la salud sexual y reproductiva de las personas.
Algunos agentes etiológicos de las ITS pueden causar cervicitis, endometritis, salpingitis, enfermedad inflamatoria pelviana, infertilidad, ruptura prematura de membranas (*Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis*); aborto, muerte prenatal, parto prematuro, afección congénita, lesiones óseas, neurológicas o cardiovasculares (*Treponema pallidum*); carcinoma cervicouterino, carcinoma vulvar o carcinoma anal (virus del papiloma humano). Además, la presencia de estas infecciones puede facilitar la transmisión sexual del VIH.

¿Cómo realizar el rastreo?

- Se deben evaluar los factores de riesgo para las infecciones de transmisión sexual.
- Sobre la base de los resultados, se debe ofrecer asesoramiento acerca de adopción y el mantenimiento de conductas seguras, y realizar los exámenes adecuados de acuerdo al riesgo.

Se considera que una persona presenta mayor riesgo de contraer una ITS si:

· Presenta una ITS actual o ha tenido una ITS en el último año.
· Parejas sexuales múltiples: más de 2 compañeros sexuales en los últimos 2 meses o más de 5 durante el año anterior.
· Relaciones sexuales sin protección.
· Mantener relaciones sexuales bajo los efectos de alcohol o drogas.
· Mantener relaciones sexuales a cambio de dinero o drogas.
· Tener parejas sexuales que están infectadas por el VIH, bisexuales o usuarios de drogas inyectables.

Consejería

- Se debe ofrecer consejería de uso de preservativo, para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS a todos los adolescentes y adultos sexualmente activos.

Rastreo de virus de la hepatitis B y C (VHC y VHB)

Independientemente de los factores de riesgo, cualquier persona pudo haber estado expuesta, por lo que se recomienda el testeo del VHB y VHC, al menos una vez en la vida.

En particular los siguientes grupos tienen un riesgo mayor con respecto a la población general de haber tenido contacto con los virus B y C:

· Presentan antecedentes de otra hepatitis de trasmisión parenteral.
· Presentan antecedentes de enfermedades de transmisión sexual, o de contacto sexual de riesgo (sin protección).
· Son convivientes y contactos sexuales de pacientes con infección aguda o crónica por hepatitis B o hepatitis C.
· Son portadores del Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
· Tienen antecedentes de transfusiones de sangre o derivados de la sangre o de órganos, en particular anteriores a 1993 (incluso si sólo fue una vez).
· Tienen antecedentes de adicción a drogas de

administración por vía endovenosa o inhalatoria, compartiendo objetos para efectuar esta práctica.
· Tienen antecedentes de hemodiálisis.
· Han sido sometidos prácticas médicas invasivas en los últimos 6 meses (quirúrgicas, odontológicas, laparoscópicas, endoscópicas).
· Han estado expuestas a sangre por accidentes corto punzantes (trabajadores de la salud.)

¿Cómo realizar el rastreo?

- Se debe solicitar en una muestra de sangre:

○ Anticuerpos contra el virus de la hepatitis C
○ HBsAg y antiHBc (para hepatitis B)

¿Cuándo realizar el rastreo?

- Se recomienda ofrecer la realización del test a todas las personas al menos una vez en la vida.

Para más información:
Programa Nacional de control de hepatitis virales. Algoritmos para el diagnóstico de las hepatitis. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/sida/images/stories/3-equipos-salud/pdf/2015-03_algoritmos-hepatitis-2015-web.pdf

Programa Nacional de control de hepatitis virales. Recomendaciones para el tratamiento de personas con hepatitis B crónica. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000036cnt-2013-05-07_guia-hepatitis-B-cronica.pdf

Programa Nacional de control de hepatitis virales. Recomendaciones para el tratamiento de personas con hepatitis C. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000037cnt-2013-05-07_guia-hepatitis-C.pdf
http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000780cnt-2016-02-18_hepatitis-virales-equipos-de-salud.pdf

Rastreo de VIH

A pesar del descenso de la incidencia de SIDA desde la extensión de los nuevos tratamientos antirretrovirales, es necesario mantener la tendencia decreciente además de reforzar las medidas de prevención. Para ello son fundamentales las intervenciones destinadas a promover la prueba del VIH, el consejo y el diagnóstico precoz de la infección dada la mayor eficacia del tratamiento antirretroviral cuando se realiza de forma precoz.

¿Cómo realizar el rastreo?

- Se debe solicitar serología para VIH.

¿Cuándo realizar el rastreo?

- Si bien es recomendable extender el ofrecimiento del test de VIH a todos los grupos poblacionales, se destacan a continuación personas y circunstancias sobre las que es necesario enfatizar la oferta:
  - Personas que deseen hacerse el test.
  - Personas frente a una probable situación de riesgo.
  - Personas con ITS y su/s pareja/s sexual/es.
  - Mujeres embarazadas.
  - Parejas de personas con VIH.
  - Trabajadoras/es sexuales.
  - Población de la diversidad sexual.
  - Usuarios de drogas.
  - Varones heterosexuales.

Consejería

- Se debe ofrecer consejería de uso de preservativo, para prevenir la transmisión del SIDA a todos los adolescentes y adultos sexualmente activos.

Para más información:
"Diagnóstico de VIH. Recomendaciones para el asesoramiento pre y post test" disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000117cnt-2013-05_guia-diagnostico-asesoramiento-2013.pdf

Guía para el manejo de los pacientes adultos con infección por VIH. Disponible en:
http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000109cnt-2013-05_guia-manejo-pacientes-adultos.pdf

Inmunizaciones

En los adultos mayores de 18 años:

Se debe verificar su esquema de inmunizaciones, e iniciar o completar esquema como se detalla a continuación:
– Doble bacteriana: indicar un refuerzo a los 10 años de la última vacunación antitetánica.
– Hepatitis B: Si no hubiera recibido el esquema completo deberá completarlo. En caso de tener que iniciarlo aplicar: 1° dosis, 2° dosis al mes y 3° dosis a los 6 meses de la primera.
– Doble viral: verificar si ha recibido dos dosis de Triple Viral o una de triple viral más una dosis de Doble Viral.

– Fiebre hemorrágica argentina: residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zonas de riesgo. (Santa Fe, Córdoba, Buenos Aires y La Pampa).
La vacunación debe realizarse por lo menos un mes antes de que se realicen actividades de riesgo a fin de asegurar la protección.
– Fiebre Amarilla: residentes en zona de riesgo. Único refuerzo a los 10 años de la 1° dosis.

En mayores de 65 años o según riesgo:

– Vacuna antigripal: anualmente.
– Vacuna antineumocócica polisacárida 23 valente: una única dosis. Se recomienda revacunar solamente una vez a pacientes con alto riesgo de padecer Enfermedad invasiva por neumococo grave.

Para más información:

Recomendaciones nacionales de Vacunación. Argentina. 2012. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf

Vacuna contra el virus de la hepatitis B. Vacunación universal. Lineamientos técnicos. Argentina 2012.
Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000446cnt-2013-10_lineamientos-vacunacion-universal-hepatitis-b.pdf

Vacuna antineumocócica polisacárida 23 valente: Disponible en: a http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf

Prevención de caídas en adultos mayores

Las caídas y las lesiones relacionadas con caídas son un problema común y grave entre las personas mayores. Son importantes porque pueden causar pérdida de autonomía cuando comprometen la capacidad funcional y tienen consecuencias psicológicas y sociales. El mayor riesgo de caer lo tienen las personas mayores de 80 años.
Los factores de riesgo que pueden predisponer a las caídas son: la disminución de la agudeza visual, trastornos del equilibrio, trastornos de movilidad, consumo de algunos medicamentos, consumo de alcohol, deterioro cognitivo, cambios bruscos de posición, problemas podológicos, antecedentes de caídas previas, otros trastornos subyacentes (neurológicos, cardíacos, etc).
También hay factores externos vinculados al entorno que predisponen a las caídas: mala iluminación, obstáculos como muebles- alfombras o tapetes- cables, pisos resbaladizos, pisos en desnivel o con roturas, utilización de calzado inadecuado, uso de algunas escaleras o veredas en mal estado, uso de algunas escaleras o medios de transporte.
Para reducir el número de personas mayores que sufren caídas, disminuir su frecuencia y la gravedad de las lesiones que producen, se aconseja consultar a las personas mayores si han presentado caídas en el último año, intervenciones para identificar los factores de riesgo de caídas, evaluar déficits de equilibrio y de la marcha, trastornos visuales e ingesta de medicamentos, interrogar acerca del entorno donde vive aconsejando la modificación del mismo cuando sea necesario. Aconsejar sobre los beneficios de la actividad física, mejorar la fuerza y el equilibrio, fortalecimiento muscular, alimentación adecuada, revisión oftalmo y otorrinolaringológica, usar calzado adecuado, hidratación.

Rastreo osteoporosis.

La osteoporosis es un trastorno caracterizado por un deterioro de la microarquitectura del hueso.

¿Cómo realizar el rastreo?

• Mediante la Densitometría ósea (DO) de columna lumbar o cuello femoral.

¿Cuándo realizar el rastreo?

• Se recomienda evaluar el riesgo y en función de éste realizar el rastreo con DO en:

• Mujeres >64 años y en hombres >74 años.

• En edades inferiores solo si la persona es de alto riesgo:
· Fractura osteoporótica previa.
· Uso de corticoides sistémicos por al menos tres meses.
· Antecedentes familiares de fractura de cadera en un familiar de primer grado.
· Causas de osteoporosis secundaria: menopausia precoz, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, enfermedad celíaca, artritis reumatoidea, enfermedad renal crónica, inmovilidad (lesión o enfermedad neurológica).
· Bajo índice de masa corporal.

· Tabaquismo.
· Abuso de alcohol.

Seguimiento

• En pacientes sanos o con osteopenia leve (T-score -1.01 a -1.49), sin factores de riesgo, se recomienda medición de seguimiento cada 10-15 años.
• En osteopenia moderada (T-score -1.50 a -1.99) en cualquier sitio sin factores de riesgo, se recomienda medición de seguimiento cada 3 a 5 años.
• En osteopenia severa o con factores de riesgo para pérdida acelerada de masa ósea, se recomienda medición de seguimiento cada 2 años.

Valoración Geronto-geriátrica Integral (VGI) Evaluación del estado funcional del adulto mayor.

La Valoración Geronto-geriátrica Integral (VGI) es un proceso diagnóstico multidimensional, a partir del cual se pretende determinar los problemas de salud de las personas mayores desde el punto de vista clínico (síntomas / enfermedades; que en las personas mayores se presentan de manera diferente); desde el punto de vista funcional físico (grado de movilidad y capacidad para realizar de forma autónoma actividades) y psicosocial (situación cognitiva y redes de apoyo).
Tiene por fin efectuar un diagnóstico integral, elaborar un plan de intervención (terapéutico) y de seguimiento; identificando los problemas de salud condicionantes de deterioro que pueden conducir a situaciones de incapacidad severa.
La VGI permite detectar, objetivar y cuantificar los riesgos, necesidades y capacidades de las personas mayores.
Uno de los componentes de la VGI y manera de evaluar el estado de salud de las personas mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee datos objetivos que pueden indicar futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.
Se pueden utilizar diversos instrumentos que tienen propiedades relacionadas con su validez, sensibilidad (capacidad de detectar cambios reales), especificidad, fiabilidad (reproducibilidad) y equivalencia cultural.
Entre las escalas que pueden utilizarse destacamos las que miden:
· Las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como bañarse, vestirse, utilizar el inodoro, movilizarse (entrar y salir de la cama) o alimentarse.
Para esto pueden utilizarse escalas como el Índice de Barthel o el Índice de Katz.

· Las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) como el uso de transporte, ir de compras, usar el teléfono, la capacidad para realizar las tareas domésticas.
Para esto puede utilizarse la Escala de Lawton Brody.

· La marcha y equilibrio.
Para esto pueden utilizarse escalas como la Escala de Tinetti modificada o la Escala de Riesgos de Caídas múltiples de Tromp y colaboradores.

· El estado cognitivo
Para esto puede utilizarse el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) que es una traducción validada al español por Lobo et al. del Minimental Test de Folstein (MMT).

Puede consultar estas herramientas en: Organización Panamericana de la Salud. Evaluación Funcional del Adulto Mayor.
Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf

Prevención de lesiones y otros problemas de salud

Consejería Seguridad vial

• Se recomienda el asesoramiento individual sobre el uso del cinturón de seguridad y uso de casco en motos y bicicletas y evitar el consumo de alcohol si se va a conducir.

Salud ocular

• Se recomienda el control de agudeza visual una vez al año.

Salud bucal

• Se recomienda el control odontológico una vez al año.

Tabla de cuidados preventivos del adulto

INTERVENCIÓN		GRUPO ETARIO	FRECUENCIA
Control	PA	Personas mayores de 18 años.	Anual.
	IMC	Personas mayores de 18 años.	En todas las consultas a las persona con sobrepeso o con obesidad. Cada 1-2 años a las personas con normopeso.
	Agudeza visual	Personas mayores de 18 años.	Anual.
	Control odontológico	Personas mayores de 18 años.	Anual.
Consejería	Alimentacion saludable	Personas mayores de 18 años.	Según criterio individual.
	Actividad física	Personas mayores de 18 años.	Según criterio individual.
	Seguridad vial	Personas mayores de 18 años.	Según criterio individual.
	Caídas en adultos mayores	Personas mayores de 65 años .	Según criterio individual.
Indicación	Aspirina	Personas entre 40 y 79 años, según la categoría de RCVG.	Según recategorización.
	Acido fólico	Todas las mujeres que buscan un embarazo o podrían embarazarse.	Según criterio individual.
Rastreo y consejería	Abuso alcohol	Personas mayores de 18 años.	Según criterio individual.
	Tabaco	Personas mayores de 18 años .	En cada consulta.
	Violencia	Personas mayores de 18 años .	Según criterio individual.
	Depresión	Personas mayores de 18 años .	Según criterio individual.
	ITS	A todos los adolescentes y adultos sexualmente activos. Laboratorio según riesgo.	Según criterio individual.
	Hepatitis B	Personas mayores de 18 años .	Una vez en la vida o según riesgo.
	Hepatitis C	Personas mayores de 18 años .	Una vez en la vida o según riesgo.
	VIH	Personas mayores de 18 años .	Una vez en la vida o según riesgo.

(Continúa en la próxima página)

INTERVENCIÓN		GRUPO ETARIO	FRECUENCIA
Rastreo y consejería	Dislipemias	Todas las personas entre 40 y 79 años.	Cada 1 a 2 años. En pacientes con valores de colesterol normal y sin factores de riesgo CV, hasta cada 5 años.
	Diabetes	Personas mayores de 45 años o con factores de riesgo.	Anual.
	Cáncer cervico uterino	Menores de 30 años. Tamizar mediante la citología.	Luego de dos citologías consecutivas negativas, repetir cada tres años, (1-1-3).
		A partir de los 30 años. Tamizar con test de VPH y toma conjunta de citología. Si VPH positivo leer citología	Si presenta resultado negativo en una prueba de detección de VPH repetir tamizaje después de un intervalo mínimo de 5 años.
	Cáncer colon	Personas entre 50 y 75 años de edad.	Anual.
	Cáncer mama	Mujeres entre 50 y 70 años sin antecedentes. Las mujeres con historia familiar, deben ser evaluadas por médicos especialistas en patología mamaria para darles una recomendación basada en su riesgo.	Cada 2 años.
	EPOC	Presencia de tos o expectoración de 3 meses de evolución, disnea o sibilancias (auscultadas o autoreportadas) en fumadores o ex fumadores. Personas con carga tabáquica mayor a 40 paquetes/año.	Según criterio del equipo de salud interviniente, accesibilidad, evolución y dudas diagnósticas.
	Aneurisma aorta	Hombres entre 65 y 75 años que alguna vez fumaron.	Única vez si el resultado inicial es normal.
	Osteoporosis	Mujeres mayores de 64 años y hombres mayores de 74 años. En edades inferiores solo si la persona es de alto riesgo.	Según categoría de riesgo y resultado inicial. En pacientes sanos o con osteopenia leve cada 10-15 años.
	Estratificacion riesgo CV	Todas las personas entre 40 y 79 años con diagnóstico de hipertensión o diabetes.	Según categoría de RCVG.

(Continúa en la próxima página)

INTERVENCIÓN		GRUPO ETARIO	FRECUENCIA
Inmuni-zaciones	Antigripal	Personas mayores de 65 años o según riesgo.	Anual.
	Antineumococco	Personas mayores de 65 años o según riesgo.	Unica dosis o según riesgo.
	Hepatitis B	Personas mayores de 18 años .	Completar esquema.
	Doble bacteriana	Personas mayores de 18 años .	Refuerzo a los 10 años de la última vacunación antitetánica.
	Doble viral	Personas mayores de 18 años .	Completar esquema: Dos dosis de Triple Viral o una de triple viral más una dosis de Doble Viral.
	Fiebre amarilla	Residentes en zona de riesgo.	Único refuerzo a los 10 años de la 1° dosis.
	Fiebre hemorrágica argentina	Residentes o trabajadores con riesgo ocupacional en zonas de riesgo.	Única dosis.

CAPÍTULO 3
Estratificación del riesgo cardiovascular.

Recomendaciones principales:

Se recomienda estratificar el riesgo cardiovascular a 10 años, a las personas de entre 40 y 79 años con diagnóstico de hipertensión o diabetes.

¿Por qué se estratificar?

Para adoptar decisiones terapéuticas, como intervenciones de cambio de modo de vida y tratamiento farmacológico adecuado a la categoría de riesgo.

¿A quién estratificar?

A todas las personas entre 40 y 79 años con diagnóstico de hipertensión o diabetes.

¿Cuál es la frecuencia recomendada para la estratificación del riesgo cardiovascular?

La frecuencia de monitorización dependerá del riesgo CV del paciente. Al final de este capítulo se presentará el seguimiento según la categoría de riesgo cardiovascular.

¿Cómo estratificar a esta población?

Se utilizan las tablas de predicción de riesgo de la OMS/IHS que indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave (IAM o ACV mortal o no) en un período de 10 años.

¿Cómo utilizar las tablas de predicción de riesgo CV de la OMS?

Para calcular el riesgo CV se deben seguir los pasos que se exponen a continuación:

Paso 1. Descartar que la persona presente:

1. Enfermedad cardiovascular establecida (enfermedad coronaria: -antecedentes de angina, infarto de miocardio, antecedente de revascularización coronaria-, accidente isquémico transitorio, accidente cerebrovascular, o de arterias de miembros inferiores o endarterectomia carotidea, claudicación intermitente).

2. Sin enfermedad cardiovascular establecida pero con al menos una de las siguientes condiciones:
   a. Valor de colesterol total (CT) es ≥ 310 mg/dl, colesterol LDL ≥ 230 mg/dl o una relación CT/CHDL > 8.
   b. Cifras de presión arterial permanentemente elevadas (160-170 mmHg para la presión sistólica y/o 100-105 mm Hg para la presión arterial diastólica).

En cualquiera de estos casos no es necesario utilizar la tabla de estratificación, y la persona debe incluirse en la máxima categoría de riesgo cardiovascular (“muy alto riesgo”).

Paso 2. Recopilar información del paciente sobre los factores de riesgo.

1. **Presencia o ausencia de diabetes**
2. **Sexo**
3. **Fumador o no fumador**
4. **Edad**
5. **Presión arterial sistólica (PAS)**
6. **Colesterol total**

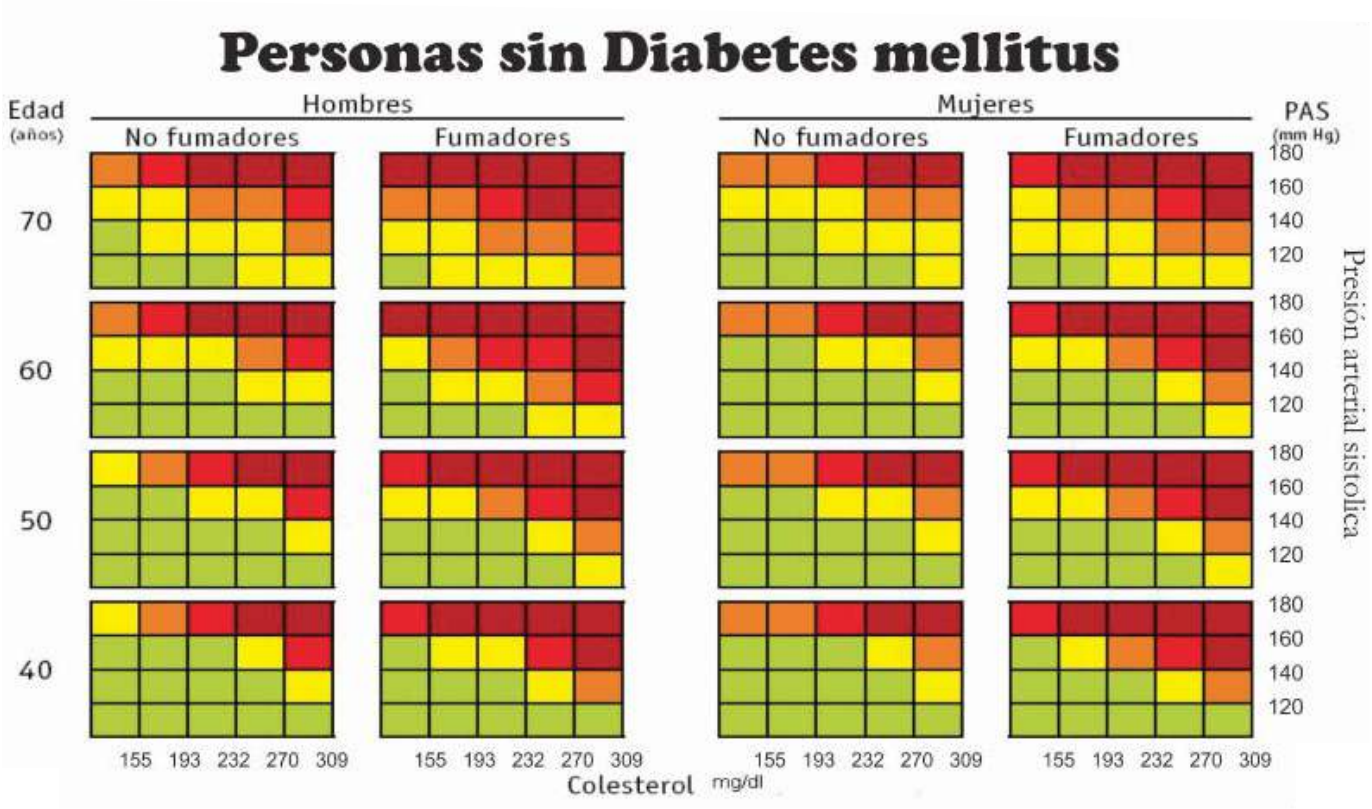
Paso 3. Elegir la tabla de acuerdo a la presencia o ausencia de diabetes.

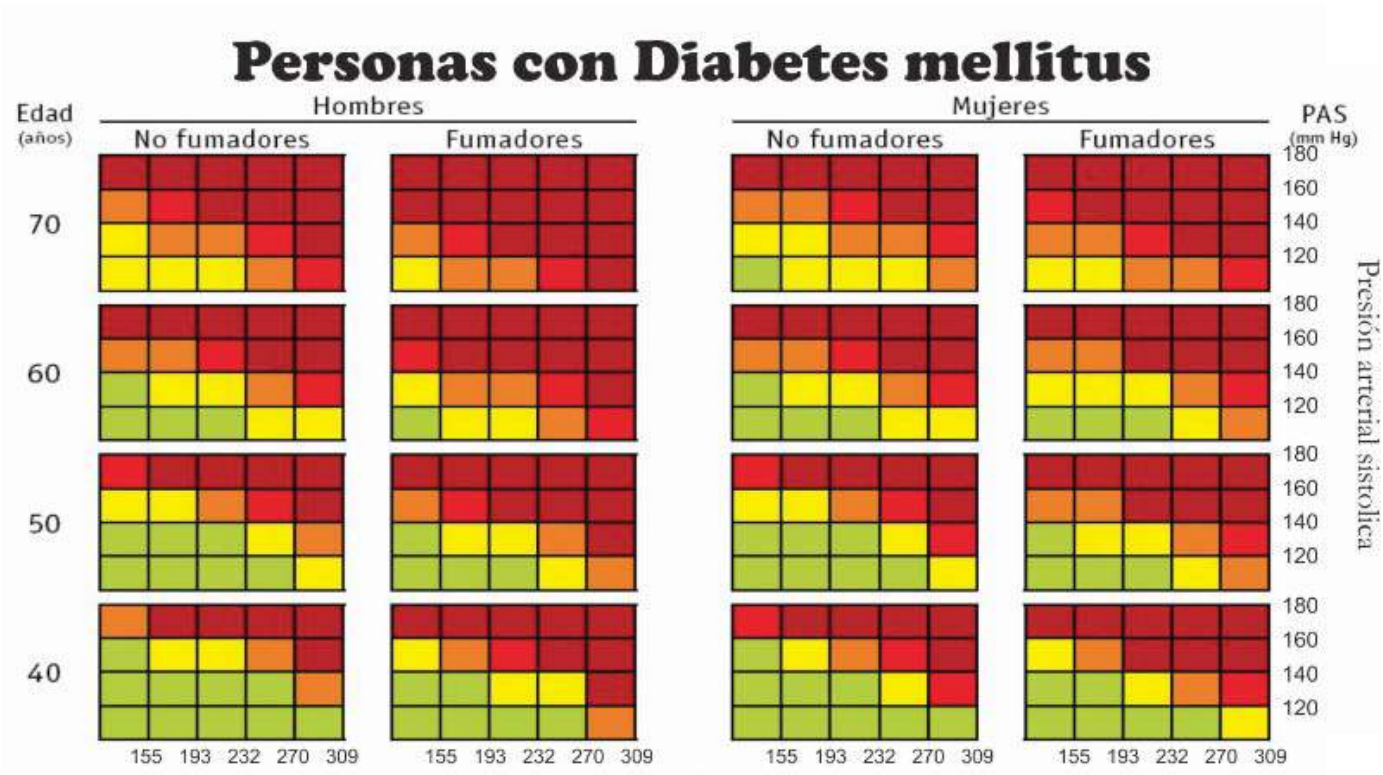
Paso 4. Elegir el cuadro de acuerdo al sexo.

Paso 5. Elegir la columna según la persona sea fumadora o no fumadora.

Paso 6. Elegir el recuadro de la edad.

Paso 7. Localizar la celda correspondiente al nivel de presión y el valor de colesterol obtenido.



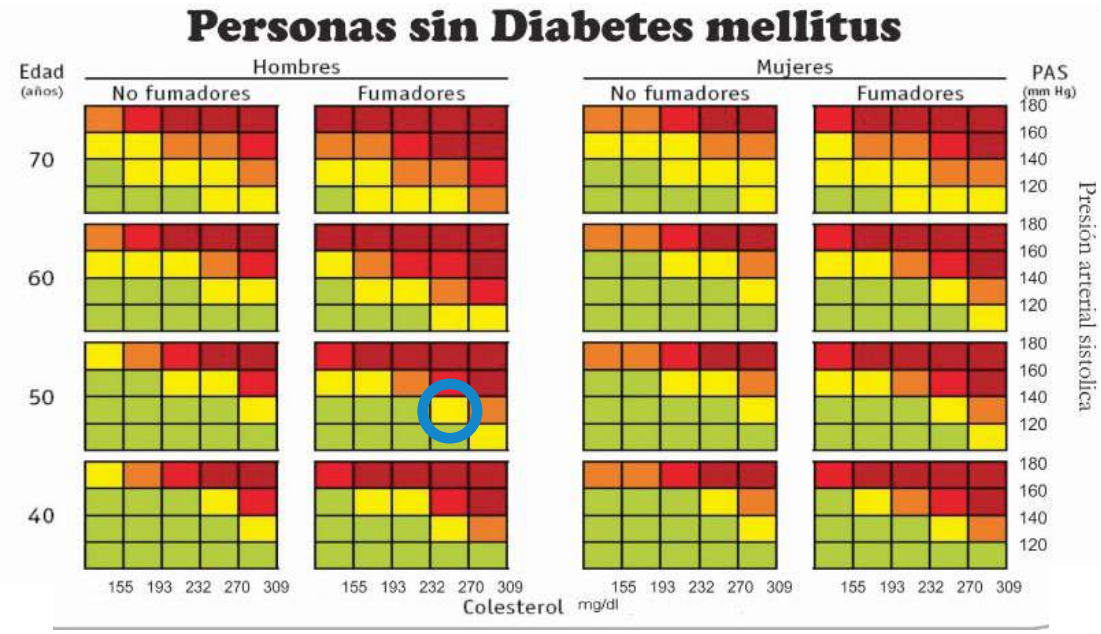


El color de la celda define el riesgo cardiovascular de la persona en los próximos 10 años.

Nivel de riesgo <10% | 10% a <20% | 20% a <30% | 30% a <40% | ≥40%

Ejemplo: Juan

- Edad 54 años
- No es diabético
- Fuma 20 cigarrillos/día desde los 18 años
- HTA en tratamiento con buen control. PAS 134
- Colesterol total: 234 mg/dl



Juan tiene un riesgo cardiovascular a 10 años de 10% ->20%

Situaciones Especiales

Hay ciertos casos en las cuales el riesgo CV puede ser mayor a lo estimado por la tabla de estratificación de riesgo:

- Personas que ya reciben tratamiento antihipertensivo; como es el caso de Juan;
- Menopausia prematura;
- Obesidad (en particular obesidad central);
- Sedentarismo;
- Antecedentes familiares de cardiopatía coronaria o accidente cerebrovascular prematuros en familiar de primer grado (hombre < 55 años, mujer < 65 años);
- Concentración elevada de triglicéridos (> 180 mg/dl);
- Concentración baja de colesterol HDL (< 40 mg/dl en los hombres, < 50 mg/dl en las mujeres);
- Concentraciones elevadas de proteína C-reactiva, fibrinógeno, homocisteína, apolipoproteína B ó lipoproteina Lp (a), hiperglucemia en ayunas o intolerancia a la glucosa;
- Presencia de microalbuminuria o proteinuria, o filtrado glomerular <60 ml/min/m^2.
- Frecuencia cardíaca aumentada en reposo;
- Bajo nivel socioeconómico.

¿Con qué frecuencia se recomienda la estratificación del riesgo CV?

A todas las personas que posean un riesgo a 10 años mayor o igual de 10% se les debe comunicar el riesgo que poseen de desarrollar un evento CV, deben recibir información sobre los factores de riesgo CV y consejería sobre modificación de estilos de vida y se deben aplicar las guías de práctica clínica para controlar y modificar los factores de riesgo.

Estratificación sin laboratorio

La estratificación de riesgo cardiovascular global sin colesterol puede ser de utilidad, especialmente en entornos con dificultad en el acceso a la realización del colesterol plasmático.
Sirve para estimar e identificar a más personas con riesgo cardiovascular global elevado por parte de otros miembros del equipo de salud como enfermería, promotores, en ámbitos fuera del consultorio como hogares, lugares de trabajo, etc.
De acuerdo a la evidencia disponible, es necesaria la obtención de una medición de colesterol en aquellos casos que se considere el inicio del tratamiento con estatinas, para evaluar la adherencia al tratamiento, aunque el beneficio de este tratamiento es independiente del nivel de colesterol basal.

Tabla 1. Recomendaciones para la prevención de las enfermedades cardiovasculares según la categoría de riesgo individual.

A continuación se presentan las recomendaciones y decisiones terapéuticas según el perfil de riesgo cardiovascular. Para indicaciones más específicas, se recomienda consultar los capítulos correspondientes, donde encontrará información más detallada.

Riesgo de episodio cardiovascular a 10 años (IAM o ACV, fatal o no fatal)	

Riesgo < 10%	Los individuos de esta categoría tienen un **BAJO RIESGO**. Un bajo riesgo no significa "ausencia de riesgo".
	
	Se sugiere un manejo centrado en cambios del modo de vida:
	
	• **Consumir diariamente frutas y verduras en variedad de tipos y colores**.
	• Limitar el consumo de alimentos con elevado contenido de grasas y azúcar.
	• **Reducir el uso de la sal** y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.
	• Sumar **actividad física** moderada al menos 30 minutos por día.
	• Consejo **antitabaco** a fumadores y no fumadores / Intervención breve según estatus/ considerar uso de fármacos.
	• Si la persona presenta **sobrepeso u obesidad** acordar con la persona un plan de alimentación orientado a disminuir el consumo de calorías y aumentar progresivamente los niveles de actividad física.
	• **No** tiene indicación de **antiagregación.**
	• **Limitar** el consumo de **alcohol**, como máximo al día dos medidas en el hombre y una en la mujer.
	• **Manejo de la HTA:** iniciar tratamiento farmacológico en población general de :
	  ○ entre 30 y 59 años con PAS≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg, y
	  ○ en ≥ 60 años con PAS ≥150 mmHg o PAD≥ 90 mmHg.
	
	Seguimiento anual.

Riesgo
 	
10%-< 20%
	Los individuos de esta categoría tienen un **RIESGO MODERADO** de sufrir episodios cardiovasculares.
	
	Se sugiere un manejo centrado en cambios del modo de vida:
	
	• **Consumir diariamente frutas y verduras en variedad de tipos y colores**.
	• Limitar el consumo de alimentos con elevado contenido de grasas y azúcar.
	• **Evitar el uso de la sa**l y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.
	• Sumar **actividad física** moderada al menos 30 minutos por día.
	• Consejo **antitabaco** a fumadores y no fumadores / Intervención breve según estatus/ considerar uso de fármacos.
	• Si la persona presenta **sobrepeso u obesidad** acordar con la persona un plan de alimentación orientado a disminuir el consumo de calorías y aumentar progresivamente los niveles de actividad física.
	• **No** tiene indicación de **antiagregación.**
	• **Limitar** el consumo de **alcohol**, como máximo al día, dos medidas en el hombre y una en la mujer.
	• **Manejo de la HTA:** iniciar tratamiento farmacológico en población general de :
	  ○ entre 30 y 59 años con PAS≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg, y
	  ○ en ≥ 60 años con PAS ≥150 mmHg o PAD≥ 90 mmHg.
	
	Seguimiento cada 6 a 12 meses.

Riesgo
 	
20%-< 30%
	Los individuos de esta categoría tienen **UN ALTO RIESGO** de sufrir episodios cardiovasculares.
	
	• **Consumir diariamente frutas y verduras en variedad de tipos y colores.**
	• **Evitar el uso de la sal** y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio.
	• Limitar el consumo de alimentos con elevado contenido de grasas y/o azúcar.
	• **Indicar simvastatina** 20 mg/día en personas de 40 a 75 años. Individualizar la indicación en ≥75 años.
	• Sumar **actividad física** moderada al menos 30 minutos por día.
	• Consejo **antitabaco** a fumadores y no fumadores / Intervención breve según estatus/ considerar el uso de fármacos.
	• **Valorar individualmente la indicación de antiagregación**.
	• Si la persona presenta **sobrepeso u obesidad** acordar con la persona un plan de alimentación orientado a disminuir el consumo de calorías y aumentar progresivamente los niveles de actividad física
	• **Limitar** el consumo de **alcohol**, como máximo al día, dos medidas en el hombre y una en la mujer.
	• **Manejo de la HTA:** iniciar tratamiento farmacológico en población general de :
	  ○ entre 30 y 59 años con PAS≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg, y
	  ○ en ≥ 60 años con PAS ≥150 mmHg o PAD≥ 90 mmHg.
	
	Seguimiento cada 3 a 6 meses.

Riesgo **≥ 30%**	Los individuos de esta categoría tienen un **MUY ALTO RIESGO** de sufrir episodios cardiovasculares. • **Consumir diariamente frutas y verduras en variedad de tipos y colores**. • **Evitar el uso de la sal** y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio. • Limitar el consumo de alimentos con elevado contenido de grasas y azúcar. • **Indicar simvastatina:** ▪ 40 mg/día en personas de entre 40 a 75 años. ▪ 20 mg en personas ≥75 años • Sumar **actividad física** moderada al menos 30 minutos por día. • Consejo **antitabaco** a fumadores y no fumadores / Intervención breve según estatus/ considerar uso de fármacos. • Si la persona presenta **sobrepeso u obesidad** acordar con la persona un plan de alimentación orientado a disminuir el consumo de calorías y aumentar progresivamente los niveles de actividad física. • **Indicar antiagregación con aspirina en todos los casos**. Si el paciente presenta HTA, antes de iniciar la aspirina la TA debe estar controlada. • **Limitar** el consumo de **alcohol**, como máximo al día, a dos medidas en el hombre y una en la mujer. • **Manejo de la HTA:** iniciar tratamiento farmacológico en población general de : ○ entre 30 y 59 años con PAS≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg, y ○ en ≥ 60 años con PAS ≥150 mmHg o PAD≥ 90 mmHg. **Seguimiento cada 3 a 6 meses.**

Para más información consulte la "Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Prevención de las enfermedades cardiovasculares", disponible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000075cnt-2012-11-27_guia-prevencion-enfermedades-cardiovasculares.pdf

Indicación de aspirina en prevención cardiovascular.

Resumen de recomendaciones

En personas de entre 40 y 79 años: se recomienda indicar aspirina 75-100 mg / día cuando el riesgo cardiovascular es muy alto, no indicarla en los sujetos en riesgo cardiovascular bajo e intermedio, e individualizar la indicación en los sujetos en riesgo cardiovascular alto.

¿Por qué indicar aspirina?

En personas adultas, la toma diaria de aspirina en dosis bajas ha demostrado reducir el riesgo de eventos cardiovasculares (IAM en los hombres, ACV isquémico en las mujeres), pero a expensas de un aumento de riesgo de hemorragia, en particular hemorragia gastrointestinal, por lo cual debe valorarse en cada caso el riesgo-beneficio de este tratamiento preventivo.

¿A quién considerar candidatos al tratamiento con aspirina?

A todas las personas entre 40 y 79 años.

¿Cómo se selecciona al paciente para indicar aspirina?

Por medio de la estratificación de riesgo cardiovascular:
1- Personas en categoría de **muy alto riesgo** cardiovascular (incluye a los pacientes en prevención secundaria): **aspirina** 75-100 mg/día.
2- Personas en categoría de **alto riesgo** cardiovascular: **individualizar** la indicación de aspirina 75-100 mg/día, considerando y respetando las preferencias del paciente ante un tratamiento puramente preventivo. En particular, recordar que el consumo regular de antiinflamatorios no esteroides, los síntomas de dolor gastrointestinal alto, o la historia de úlcera gastrointestinal aumentan el riesgo de hemorragia digestiva dos a cuatro veces.
3- Personas en categoría de **bajo o intermedio riesgo** cardiovascular: **no** indicar aspirina, dado que el riesgo podría superar al beneficio.

¿Qué duración debe tener el tratamiento preventivo con aspirina?

Una vez iniciado el tratamiento debe ser indicado de modo indefinido, salvo que surja contraindicación, o que el paciente presente una mejoría del riesgo cardiovascular debida a tratamiento no farmacológico que lo coloque en categoría de bajo riesgo.

Indicación de estatinas en prevención cardiovascular

Resumen de recomendaciones

-Indicar simvastatina 40 mg en prevención secundaria o en personas de muy alto riesgo, de 40 a 75 años.
-Indicar simvastatina 20 mg en personas de alto riesgo de 40 a 75 años, o en personas de muy alto riesgo ≥75 años.
-Individualizar la indicación en ≥75 años con alto riesgo cardiovascular, según fragilidad, comorbilidades, riesgo de eventos adversos por interacciones medicamentosas o polifarmacia, y preferencias del paciente.

¿Por qué indicar estatinas?

En personas adultas, la toma de estatinas ha demostrado reducir el riesgo de eventos cardiovasculares en gran cantidad de estudios con pacientes de distintos niveles de riesgo, tanto en prevención secundaria como primaria. El beneficio absoluto de este tratamiento se relaciona con el riesgo absoluto de eventos de los pacientes. La reducción de eventos cardiovasculares se considera un efecto de clase farmacológica que ha sido demostrado con distintas estatinas.

¿A quién considerar candidatos al tratamiento con estatinas?

A todas las personas entre 40 y 79 años.

¿Cómo se selecciona al paciente para indicar estatinas?
Por medio de la estratificación de riesgo cardiovascular:
1- Personas en categoría de **muy alto riesgo cardiovascular** (incluye a los pacientes en prevención secundaria): simvastatina 40 mg/ día, salvo en mayores de 75 años en los cuales se recomienda simvastatina 20 mg / día. Ante la disponibilidad de otra estatina de potencia equivalente o mayor puede ser utilizada: atorvastatina 20- 40 o rosuvastatina 10-40.
2- Personas en categoría de **alto riesgo cardiovascular**: simvastatina 20 mg / día.
3- Personas en categoría de **bajo o intermedio riesgo cardiovascular**: no indicar estatinas.

En mayores de 75 años la indicación de estatinas debe ser evaluada caso por caso, dado que los ancianos con frecuencia tienen situaciones que podrían modificar el riesgo de eventos adversos de fármacos, como comorbilidades significativas, fragilidad, polifarmacia; deben asimismo considerarse las preferencias del paciente añoso acerca de tratamientos puramente preventivos como éste, así como la sobrevida esperada.

Seguridad

En ocasiones, las estatinas pueden provocar elevaciones asintomáticas de transaminasas o CPK sin signos de hepatitis o miopatía que revierten al disminuir la dosis de estatinas y no obligan a suspender el tratamiento. El desarrollo de hepatitis o miopatías clínicas severas, es excepcional.

En consecuencia se sugiere:
• **No realizar** determinaciones de rutina de CPK o transaminasas antes de iniciar tratamiento con estatinas ni en las visitas de seguimiento.
• **Considerar** la determinación de CPK o GPT durante las visitas de seguimiento sólo en personas que desarrollen síntomas sugerentes de miopatías o toxicidad hepática, respectivamente.
• **En caso de síntomas** se recomienda suspender el tratamiento si la CPK se eleva por encima de 3 veces el nivel basal o si se detecta una asociación causal entre los síntomas musculares y el tratamiento hipolipemiante. Una vez resueltos los síntomas, se sugiere iniciar nuevo tratamiento con una estatina diferente a dosis bajas. Las elevaciones asintomáticas de las transaminasas son frecuentes y no obligan a suspender el tratamiento.

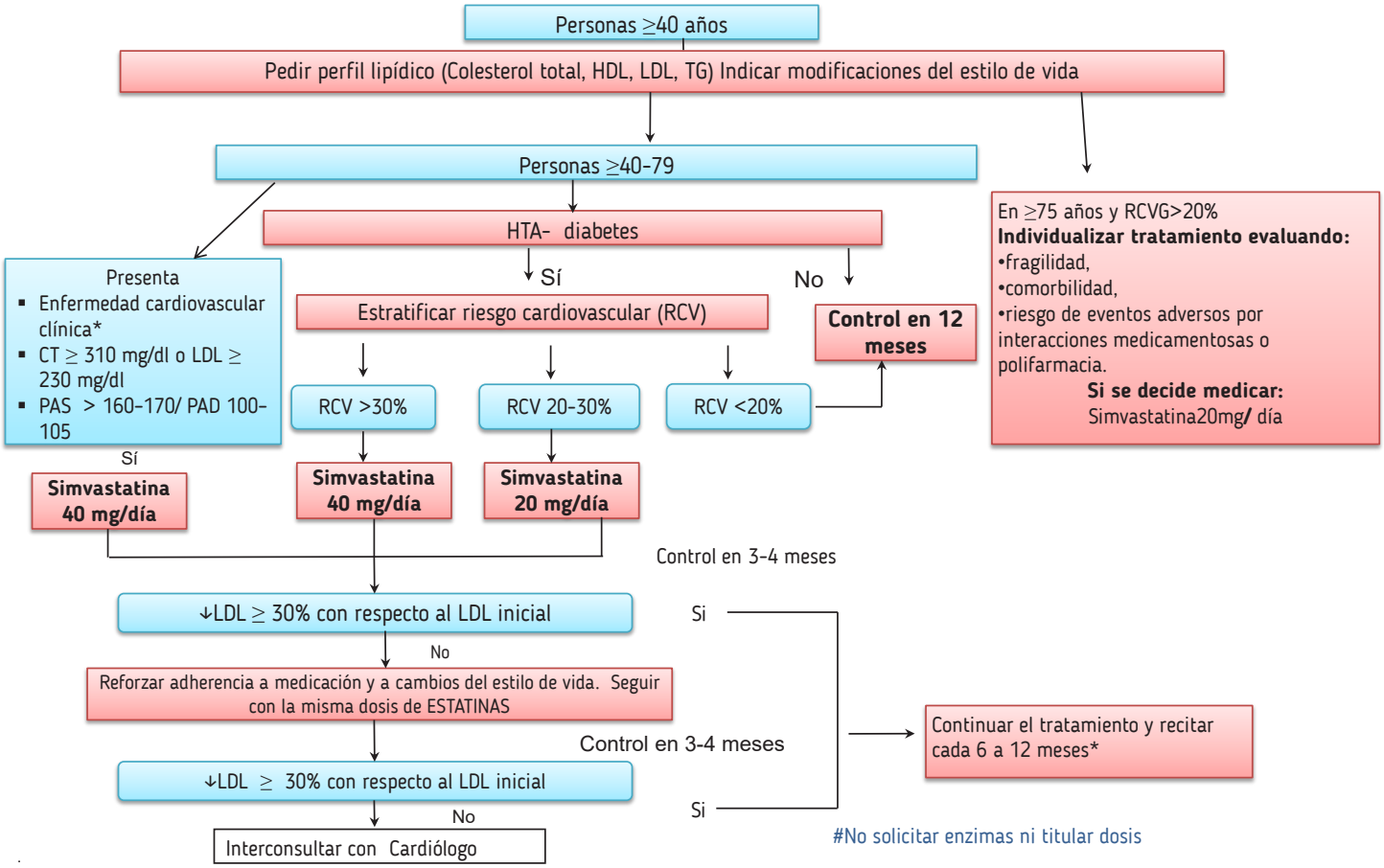
¿Cómo se monitorea el efecto del tratamiento con estatinas?
Se recomienda la medición del colesterol LDL durante el tratamiento con estatinas, dado que evidencia la efectividad del tratamiento en

cada paciente determinado, tiene enorme valor pronóstico, y contribuye al cumplimiento. Se considerará tratamiento exitoso si se obtiene un descenso del 30% del colesterol LDL (con respecto al valor anterior al tratamiento) y/o un colesterol LDL <114 mg/dl.
Sin embargo, en pacientes que no obtengan estos valores se debe evitar asociar otros fármacos hipolipemiantes, recordando que no existe evidencia científica de alto grado que demuestre que deba guiarse el tratamiento con hipolipemiantes en base a los valores de colesterol LDL intra-tratamiento, de modo que estas asociaciones de hipolipemiantes no están basadas en evidencia e incluso podrían ser riesgosas. En esos casos, la indicación es reforzar la adherencia al fármaco y eventualmente si la dosis de simvastatina era 20 mg / día, subirla a 40 mg / día.
Se recomienda un control de colesterol total a los 6 meses del inicio y luego una vez al año para evaluar adherencia al tratamiento.

¿Qué duración debe tener el tratamiento preventivo con estatinas?

Una vez iniciado el tratamiento, debe ser indicado de modo indefinido, salvo que surja contraindicación, o que el paciente presente una mejoría del riesgo cardiovascular debida a tratamiento no farmacológico que lo coloque en categoría de bajo riesgo.

Algoritmo de tratamiento de personas con colesterol elevado



***Enfermedad cardiovascular clínica:** enfermedad coronaria: -antecedentes de angina, infarto de miocardio, antecedente de revascularización coronaria-, accidente isquémico transitorio, accidente cerebrovascular, o de arterias de miembros inferiores o endarterectomia carotidea, claudicación intermitente).

CAPÍTULO 4
Diabetes Mellitus tipo 2 (DMT 2)

Principales recomendaciones:

En personas con DMT2 se recomienda:
– Implementar estrategias de educación alimentaria-nutricional.
– Acordar con la persona un plan alimentario cardioprotector conforme al estado nutricional de la persona y un plan de actividad física.
– Prescribir metformina como droga de primera línea.
– Considerar el agregado de otra droga o insulina si no se logra la meta glucémica preestablecida con dosis máxima de una droga o combinación de drogas.
– Medir la HbA1c cada tres meses.
– Alcanzar (HbA1c) < 7% como meta del control glucémico. En ciertas situaciones especiales, la meta del control glucémico puede ser más flexible.
– Medir la PA en todas las consultas.
– Medir el perfil lipídico al menos una vez al año.
– Realizar la estratificación de riesgo cardiovascular.
– Indicar estatinas de acuerdo a la categoría de riesgo cardiovascular.
– Calcular índice albumina/creatinina en muestra de orina matinal en forma anual.
– Realizar un fondo de ojo en forma anual o al menos cada 2 años.
– Evaluar los pies cada 3-4 meses y realizar un examen del monofilamento al menos una vez por año.

1. **Se recomienda el rastreo de diabetes en:**

- Todas las personas mayores de 45 años que no se conocen con diabetes independientemente de la presencia o no de antecedentes (HTA, dislipidemia, enf. cardiovascular, etc.).
- Personas con intolerancia a la glucosa o glucemia en ayunas alterada.
- Personas con enfermedad cardiovascular (IAM, Angina, enfermedad vascular periférica o ACV).
- Mujeres que hayan tenido diabetes gestacional o recién nacidos con peso mayor a 4.500 gr.
- Adultos con HTA y/o dislipemia.

Si bien no existe evidencia suficiente en relación a la frecuencia de rastreo de DM se recomienda realizar la medición en forma anual.

2. **¿Cómo se realiza el rastreo de diabetes?**

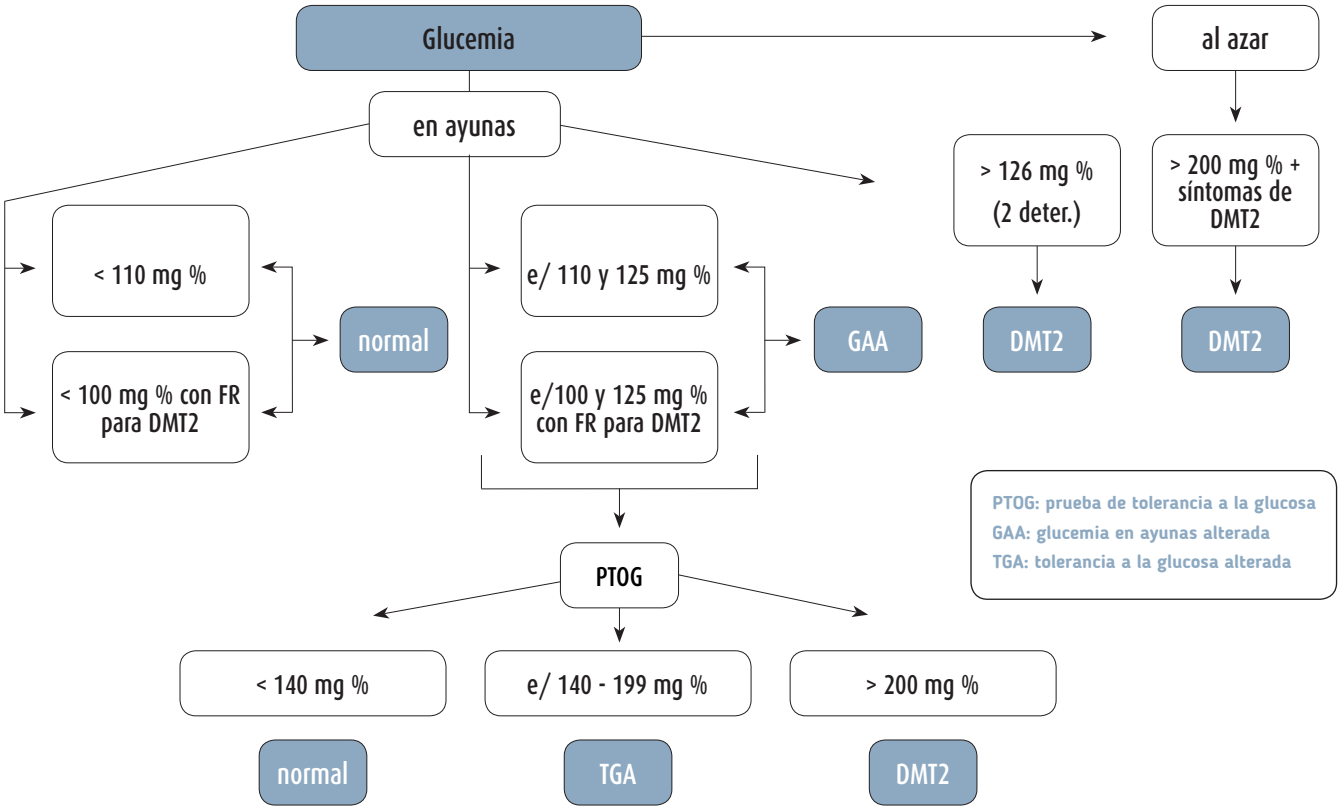
Una glucemia en ayunas debe ser la primera prueba a utilizar en el rastreo de diabetes.

3. **¿Cuándo se define que una persona presenta diabetes?**

Se diagnostica diabetes cuando una persona presenta:

- Valores de glucemia en ayunas **≥ a 126 mg/dl en al menos dos ocasiones**, o
- Glucemia igual **o mayor a 200 mg%** dos horas después de una carga oral equivalente a 75 grs de glucosa en 375 ml de agua, o
- Glucemia plasmática medida al azar con valores **mayores o iguales** a **200 mg/dL** con **síntomas de hiperglucemia** (poliuria, polidipsia, polifagia).

Diagnóstico de diabetes



Si ha realizado el diagnóstico de diabetes, agregue el diagnóstico y la fecha en la Historia Clínica (HC). La misma se encuentra disponible en la solapa de "Equipos de salud" en http://www.msal.gov.ar/ent

Para que la persona con diabetes pueda tener acceso a la cobertura de la medicación y a los insumos para su tratamiento (tiras reactivas para automonitoreo glucémico, agujas descartables y lancetas descartables) le sugerimos que confeccione el certificado para la acreditación de la condición de la persona con diabetes.
El modelo de certificado, así como la tabla de referencia para la cobertura de insumos se encuentran en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000540cnt-2014-08_Resolucion1156-2014-Diabetes.pdf

4. ¿Cómo evaluar a la persona con DMT2?

Se aconseja que en la evaluación inicial del paciente con diabetes se investigue acerca de:

- Duración de la enfermedad.
- Tratamientos previos: drogas, dosis y presencia de efectos secundarios.
- Tratamiento actual.
- Otros fármacos de uso habitual sobre todo de aquellos que puedan influir sobre los niveles de glucemia (corticoides, diuréticos, betabloqueantes, neurolépticos, antidepresivos tricíclicos, antiretrovirales, inmunosupresores).
- Presencia de complicaciones crónicas macro o microvasculares (enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica, retinopatía, nefropatía, neuropatía).
- Factores de riesgo asociados.
- Alimentación: tipo de alimentos y bebidas que prefiere o consume habitualmente.

- Actividad física: tipo y frecuencia.
- Entorno de cuidados.

5. Estimar riesgo cardiovascular global.

El diagnóstico de diabetes es una de las indicaciones para la estimación del riesgo cardiovascular. (Ver Capítulo 4). Registrarlo en la HC e informar a los pacientes su riesgo cardiovascular global.

6. Tratamiento del paciente con DMT2

El tratamiento de los pacientes con DMT2 incluye pautas para la modificación del estilo de vida así como tratamiento farmacológico.

I. *Objetivos y metas del tratamiento*

Las metas del tratamiento y del control glucémico deben ser adecuados a cada persona, según su edad, presencia de complicaciones crónicas y otras enfermedades asociadas.

- No fumar.
- Mantener un peso adecuado (IMC 18.5–24.9).
- Glucemia en ayunas entre 90 y 130 mg/dL.
- Glucemia 2 hs después de las comidas <180 mg/dL.
- Hb A1C < 7% o < 8%[6] .
- TA< 140/90 mmHg.
- Colesterol LDL < 114 mg/dl o colesterol LDL un del 30% menor con respecto al valor anterior al tratamiento farmacológico

El tratamiento debe ser individualizado, por ello estas recomendaciones son generales. Los pacientes de mayor edad o con poca expectativa de vida tienen diferentes objetivos.

– **Modificación del estilo de vida.**

La modificación del estilo de vida (plan alimentario, actividad física y abandono del tabaco) se tiene que implementar desde el inicio del tratamiento.

– **El plan alimentario** tiene que ser adecuado a la valoración antropométrica. En aquellas personas con DMT2 o con síndrome metabólico que presenten sobrepeso y obesidad debe incluir la reducción de la ingesta calórica y la pérdida de peso como objetivo primario del tratamiento. Siempre debe asociarse con práctica regular de actividad física.

– **Actividad Física**

Recomiende actividad física integrada a la vida cotidiana: 30 minutos de actividad física planificada (continuos o en fracciones de 10) y además aumentar la actividad física en la vida cotidiana (usar escaleras, lavar el auto, cortar el pasto, hacer compras o trámites a pié en lugar de usar el auto, etc).

Incluya las siguientes recomendaciones:

- Utilizar ropa adecuada para la actividad, aún si solo va a salir a caminar, especialmente medias y zapatillas que no lastimen los pies y permitan moverse cómodamente.

- En el caso de usar insulina, revisar los niveles de glucosa previamente.

6. Se debe considerar meta de control glucémico < 8% como objetivo terapéutico en pacientes con antecedentes de hipoglucemia grave, con una esperanza de vida limitada, con daño microvascular o daño macrovascular avanzado y múltiples comorbilidades, con antecedentes de diabetes de larga evolución en donde un objetivo terapéutico de < 7% es difícil de alcanzar a pesar de la educación para el autocuidado, el automonitoreo de la glucemia y la administración de múltiples drogas hipoglucemiantes que incluyan a la insulina.

Resumen de las recomendaciones de modificación del estilo de vida:

Modificación	Recomendación
Plan de Alimentación	Adoptar de manera gradual un **plan alimentario cardioprotector**: · Limitar el consumo de alimentos con elevado contenidos de grasas y azúcar. · Consumir diariamente verduras y frutas en variedad de tipos y colores, legumbres y cereales integrales. · **Reducir el uso de la sal** y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio. - **Distribuir los alimentos con carbohidratos a lo largo del día**, evitando la inclusión de un volumen importante de los mismos en una sola comida. - Se recomienda consumir cereales y pastas cocidas al dente o recalentados para que el almidón sea más resistente a la digestión y de esa manera se absorba más lento en el organismo. - Un alimento se absorberá más rápido, cuanto más procesado, triturado, o picado se encuentre. - **Aumentar el consumo de fibra soluble**, ya que enlentece la absorción de los hidratos de carbono. La podemos encontrar en el salvado de avena, frutas, verduras, legumbres, arroz integral y frutas secas.
Moderar el consumo de alcohol	- Limitar el consumo a no más de 2 vasos por día en los hombres y no más de 1 vaso en las mujeres.
Actividad física	- Sumar al menos 30 minutos diarios de actividad física aeróbica continuos o fraccionados.
Tabaco	- No fumar y evitar la exposición pasiva al humo de tabaco

Semáforo de la alimentación

Alimentos que hay que limitar su consumo. Limitar el consumo de alimentos que:

Contienen elevadas cantidades de azucares simples y calorías: azúcar, tortas, caramelos galletitas dulces, bebidas con azúcar, miel, mermeladas comunes, galletitas con relleno, leche condensada, helados (a excepción de los sin grasa y sin azúcar) fruta confitada, chocolate, golosinas, productos de copetín (como palitos salados, papas fritas de paquete).

Contienen alto contenido en grasa: manteca, carnes grasas, frituras, lácteos enteros, crema, aderezos (mayonesa, salsa golf) quesos enteros.

Alimentos que hay que moderar su consumo. Moderar el consumo de alimentos que:

Contienen una importante cantidad de hidratos de carbono complejos: cereales, pasta, arroz, papa, batata, choclo, mandioca, banana, uva, masa de tarta, empanadas, pizza, panes y panificados, galletas de agua o salvado, barra de cereal.

Por su alto contenido graso: tener precaución con el queso por salut descremado. Huevo hasta uno por día.

Alimentos de libre consumo.

Bajo contenido de hidratos de carbono: verduras de hoja verde (espinaca, acelga, lechuga, brócoli, rúcula, radicheta), zapallito, tomate, coliflor, zanahoria cruda.
Prácticamente no contienen hidratos de carbono y calorías: infusiones (té, café, infusiones de hierbas) agua mineral, bebidas sin azúcar, jugos para preparar sin azúcar, yerba mate, condimentos (ajo, pimienta, laurel, vinagre, mostaza, canela, perejil, etc).

II. *Tratamiento farmacológico.*

El tratamiento farmacológico incluye el uso de antidiabéticos orales y de insulina.

Progresión de tratamiento farmacológico:

a. *Antidiabéticos Orales*

1. Definir la meta de control glucémico (<7% o <8%).
2. Iniciar el tratamiento con un insulinosensibilizante (metformina). Se recomienda comenzar con una dosis baja (500mg) 1 ó 2 veces por día con las comidas principales (almuerzo y/o cena).
Después de 5–7 días, si no hay síntomas gastrointestinales (nauseas, diarrea, molestia abdominal) aumentar a 850 ó 1000 mg 2 veces por día (después del desayuno y la cena).
Si aparecen efectos gastrointestinales, regresar a la dosis anterior y aumentar nuevamente luego de unos días. La dosis máxima efectiva es de 2000 mg/día.
3. Si no se llega a la meta de control glucémico, agregar al tratamiento con metformina una sulfonilurea (Glibenclamida, glimepirida, glicazida, glipizida) a dosis bajas e ir progresando hasta alcanzar la dosis usual. La glipizida es el fármaco que menor vida media tiene y por lo tanto menos riesgo de hipoglucemias (especialmente en ancianos y en pacientes con deterioro de la función renal). Los pacientes con Insuficiencia renal crónica[7] no deben recibir antidiabéticos orales.

Antidiabéticos Orales

Droga	Dosis inicial	Dosis usual	Dosis máxima	Observaciones
Metformina	500mg/día	850-2000 mg/día	2550 mg/día	Poca ganancia en eficacia con dosis > 2000mg/día.
Glibenclamida	2,5 mg/día	5-10 mg/día	15 mg/día	Poca ganancia en eficacia con dosis> 10mg/día.
Glimepirida	1mg/día	2-4mg/día	6 mg/día	Por lo general toma en desayuno. Poca ganancia en eficacia con dosis > 4 mg/día.
Glicazida	80 mg / día	160 mg/día	320 mg/día	Si la dosis > 80mg dividir en 2 o 3 tomas.
Glicazida MR	30mg/día	30-90mg/día	120 mg/día	Única toma con desayuno.
Glipizida	2,5 mg/día	2,5 mg/día	15 mg/día	Hasta 10 mg pueden administrarse en una sola toma. Los alimentos retrasan su absorción (ingerir 15-20 minutos antes de comer).
Las dosis recomendadas son aplicables a pacientes sin alteraciones de la función renal o hepática.				

7. Se entiende por IRC la presencia de daño renal por > 3 meses, definida como filtrado glomerular < 60 ml/min/m2 de superficie corporal o presencia de microalbuminuria o proteinuria.

d. *Insulinoterapia*

Es frecuente que los pacientes con DMT2 comiencen el tratamiento con insulina cuando ya no se consigue un control metabólico adecuado y no se obtienen las metas terapéuticas propuestas con el uso solo de antidiabéticos orales, debido a la progresión natural de la enfermedad. En este caso, puede utilizarse insulina sola o asociada a otros antidiabéticos orales.

Asimismo existen algunas circunstancias que obligan a comenzar el tratamiento desde el inicio con insulina, y otras situaciones en las que se requiere insulinizar temporalmente a los pacientes, en cuyo caso una vez resuelta la causa que hizo precisa la insulinización, es posible retirar la insulina y pasar al tratamiento con antidiabéticos orales, en la mayor parte de los casos.

Insulinas

Tiempos de acción y duración de cada tipo de insulina					
Insulina			**Inicio**	**Máximo**	**Finalización**
Nativas	Acción corta o rápida	Regular, corriente o cristalina	30 minutos	3 horas	6 horas
	Acción intermedia	NPH o Lenta	1 – 2 horas	6 – 12 horas	18 horas
	Acción prolongada	Ultralenta Protamina - Zinc	2 – 3 horas	8 – 20 horas	20 – 30 horas
Análogos	Ultra rápidas	Aspártica	10 – 20 minutos	45 minutos	3 – 5 horas
		Lispro	10 – 15 minutos	30 – 90 minutos	4 horas
		Glulisina	5 – 15 minutos	60 – 120 minutos	3 – 4 horas
	Prolongadas	Glargina	1 hora	No tiene pico	20 – 24 horas
		Detemir	1 – 2 horas	No tiene pico	16 – 18 horas
Premezclas en diferentes proporciones de insulina intermedia con insulina regular o de análogo rápido protaminizado (que extiende su tiempo de acción) con análogo rápido.		Bifásica con Regular	10 – 20 minutos	2 a 8 hs horas	18 – 24 horas
		Bifásica con Aspártica	10 – 20 minutos	1 – 4 horas	18 – 24 horas
		Bifásica con Lispro	10 – 20 minutos	1 – 4 horas	18 – 24 horas

Se sugiere el tratamiento con insulina en las siguientes situaciones:

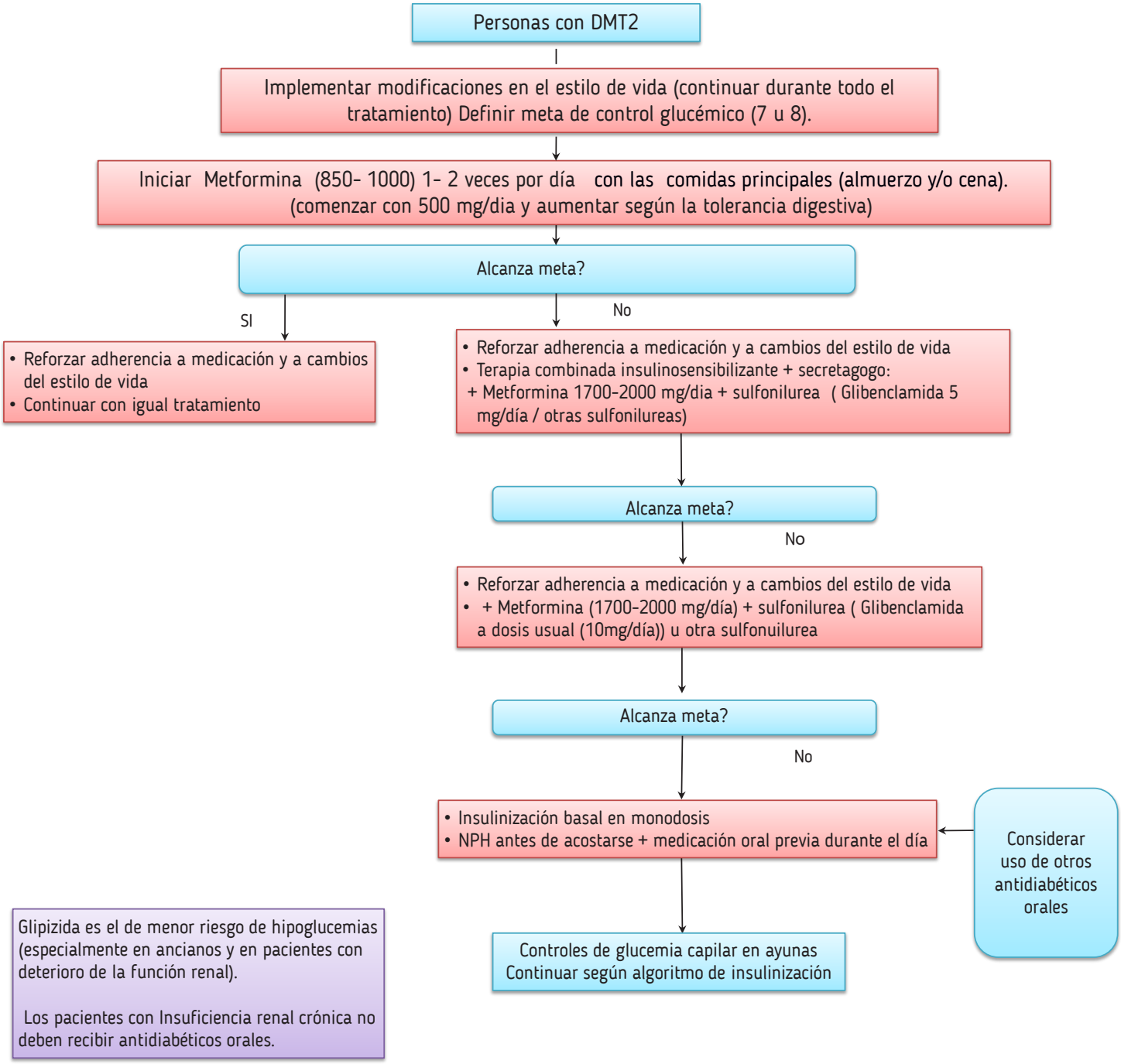
- Como tratamiento inicial en pacientes de reciente diagnóstico que presentan signos y síntomas de descompensación metabólica moderada a severa (adelgazamiento, cetosis, enfermedades intercurrentes) y glucemias superiores a 240 mg/dl en ayunas y/o HbA1c mayor a 9%.
- En pacientes con tratamiento adecuado (ejercicio, dieta y agentes orales) que no logran un control metabólico adecuado acorde a metas terapéuticas.
- En pacientes con insuficiencia renal con filtrado glomerular < 60 ml / min o proteinuria persistentes por más de 3 meses.
- En presencia de comorbilidades que limiten el uso de los antidiabéticos orales (insuficiencia hepática e insuficiencia cardíaca clases funcionales grados III y IV de la American Heart Association).
- Ante la presencia de toxicidad, alergia o contraindicaciones de antidiabéticos orales.
- En pacientes con diabetes del adulto de lento comienzo (LADA).

La **insulinoterapia transitoria** está indicada en las siguientes situaciones clínicas:

- En pacientes con hiperglucemia sintomática (con polidipsia, polifagia y pérdida de peso) y valores de HbA1c < 9%.
- Personas con DMT2 que presenten descompensación glucémica grave por

una situación médica o una enfermedad intercurrente. La evolución del estado clínico o la afección intercurrente determinará la transitoriedad del tratamiento: pacientes críticos en cuidados intensivos, infarto de miocardio, ACV, cirugías, infecciones graves, fármacos hiperglucemiantes, traumatismo graves, quemaduras, desnutrición, alimentación por vías de excepción y estado en el que persisten signos de catabolismo.

Resumen de tratamiento farmacológico



Estrategias para la insulinización

En la DMT2 se puede utilizar todas las insulinas y análogos. Tanto las insulinas humanas como los diferentes análogos tienen la misma eficacia en el grado de control glucémico.

El comienzo de la insulinoterapia en pacientes con DMT2 se puede realizar con una inyección de insulina NPH antes de dormir. La dosis inicial propuesta es de 0.2 U/kg de peso actual o directamente de 10 unidades.

Si no se alcanzan la meta de HbA1c < 7%, se deben agregar monitoreos de glucemia capilar pre y/o postprandiales para determinar el momento e intensidad del escape glucémico y adecuar, según los resultados, el tipo de insulina, la dosis y su horario de aplicación.
El automonitoreo glucémico es la única forma efectiva de ajustar la dosis de insulina. Se debe medir la glucemia en ayunas todos los días para ajustar la dosis de insulina. El objetivo de glucemia matinal será de 80 – 130 mg/dL.

Si luego de tres controles sucesivos se registran glucemias >130 mg/dl, se aumentará en 2 U la dosis de insulina basal. Si se registran glucemias superiores a 180 mg/dl el aumento de la dosis puede llegar a 4 U.

En caso de producirse hipoglucemias o glucemias de ayuno inferiores a 80 mg/dl se disminuye la insulina hasta 4 unidades, o un 10% de la dosis si la cantidad de insulina basal fuera superior a 60 U.

Si las glucemias se mantienen entre 80 y 130 mg/dl se sugiere no modificar la dosis de insulina.

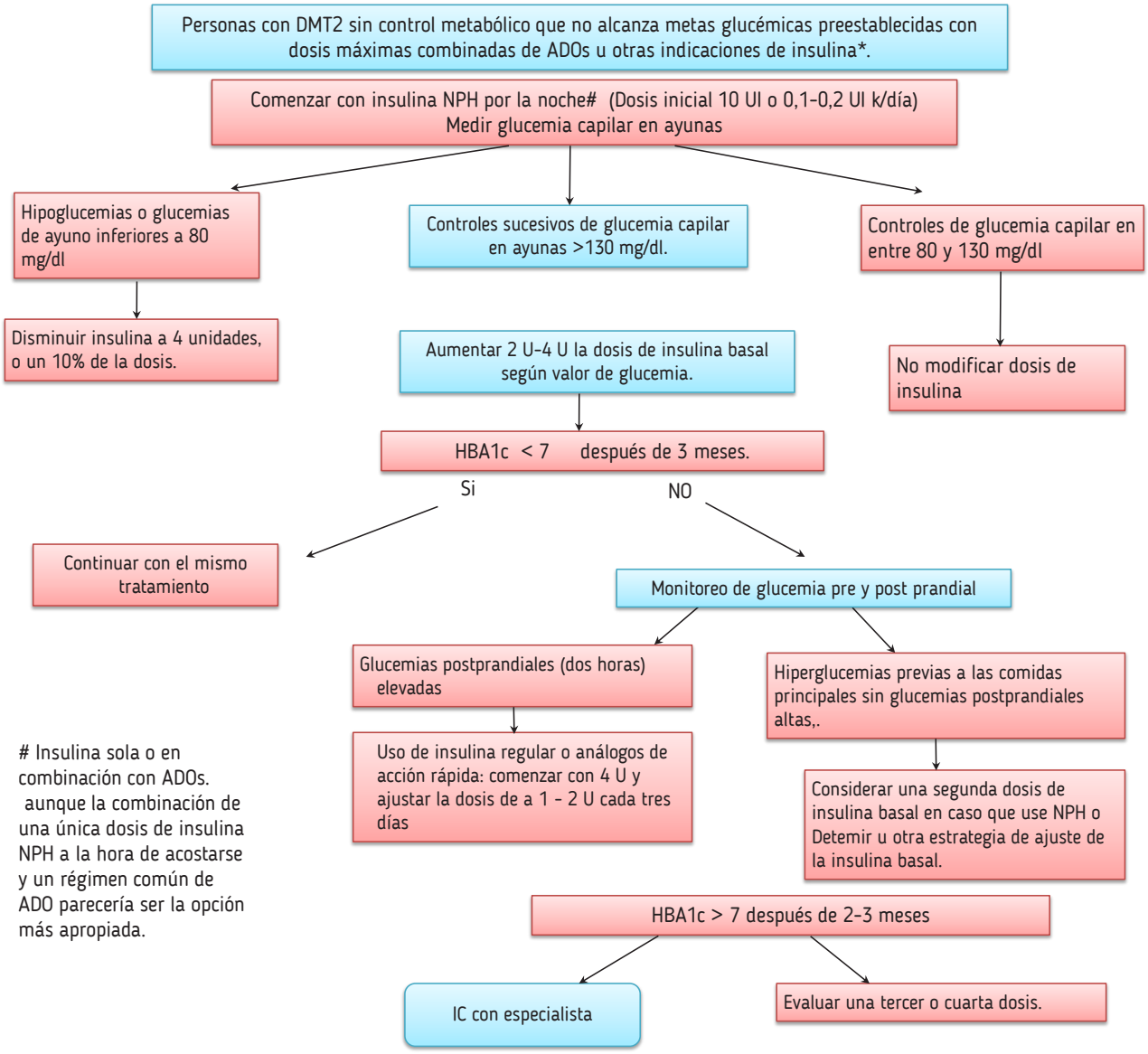
Si luego de 3 meses la HbA1c es menor de 7%, se continúa con el tratamiento instaurado.
Si no se logra el objetivo glucémico con una sola dosis basal de insulina, la elección del tipo y la estrategia para la aplicación de insulina dependerá del momento del día en el que, de acuerdo al monitoreo de la glucemia, se registre el mayor descontrol metabólico. Por ejemplo, si se registran glucemias postprandiales elevadas (dos horas), se recomienda el uso de insulina regular o análogos de acción rápida, pudiéndose comenzar con 4 U y ajustar la dosis de a 1 - 2 U cada tres días, acorde al resultado del automonitoreo glucémico.

Si se detectan hiperglucemias previas a las comidas principales sin glucemias postprandiales altas, se podrá considerar una segunda dosis de insulina basal en caso que use NPH o Detemir u otra estrategia de ajuste de la insulina basal.
La insulina puede inyectarse en abdomen, brazos, muslos o nalgas. Es importante dejar varios centímetros entre inyecciones para evitar la lipodistrofia. Las personas que requieren varias aplicaciones en el día, pueden utilizar más de un sitio de aplicación pero respetando siempre el mismo sitio en cada horario para disminuir la variabilidad.
La actividad física aumenta la velocidad de absorción de la insulina y puede ocasionar una hipoglucemia por lo que se recomienda no inyectar la insulina en las zonas que realizarán mayor intensidad de actividad física.

Es importante que al paciente que reciba insulina se le informe:
→ Como realizar el automonitoreo de la glucemia.
→ Como conservar y administrar la insulina.
→ Como prevenir, reconocer y tratar la hipoglucemia.

También su entorno debe reconocer los síntomas y saber cómo tratarlos.

Resumen de insulinización



*Insuficiencia renal crónica.
Presencia de comorbilidades que limiten el uso de los agentes orales
Toxicidad, alergia o contraindicaciones de fármacos insulinosecretagogos e insulinosensibilizadoras.
·Diabetes del adulto de lento comienzo (LADA)

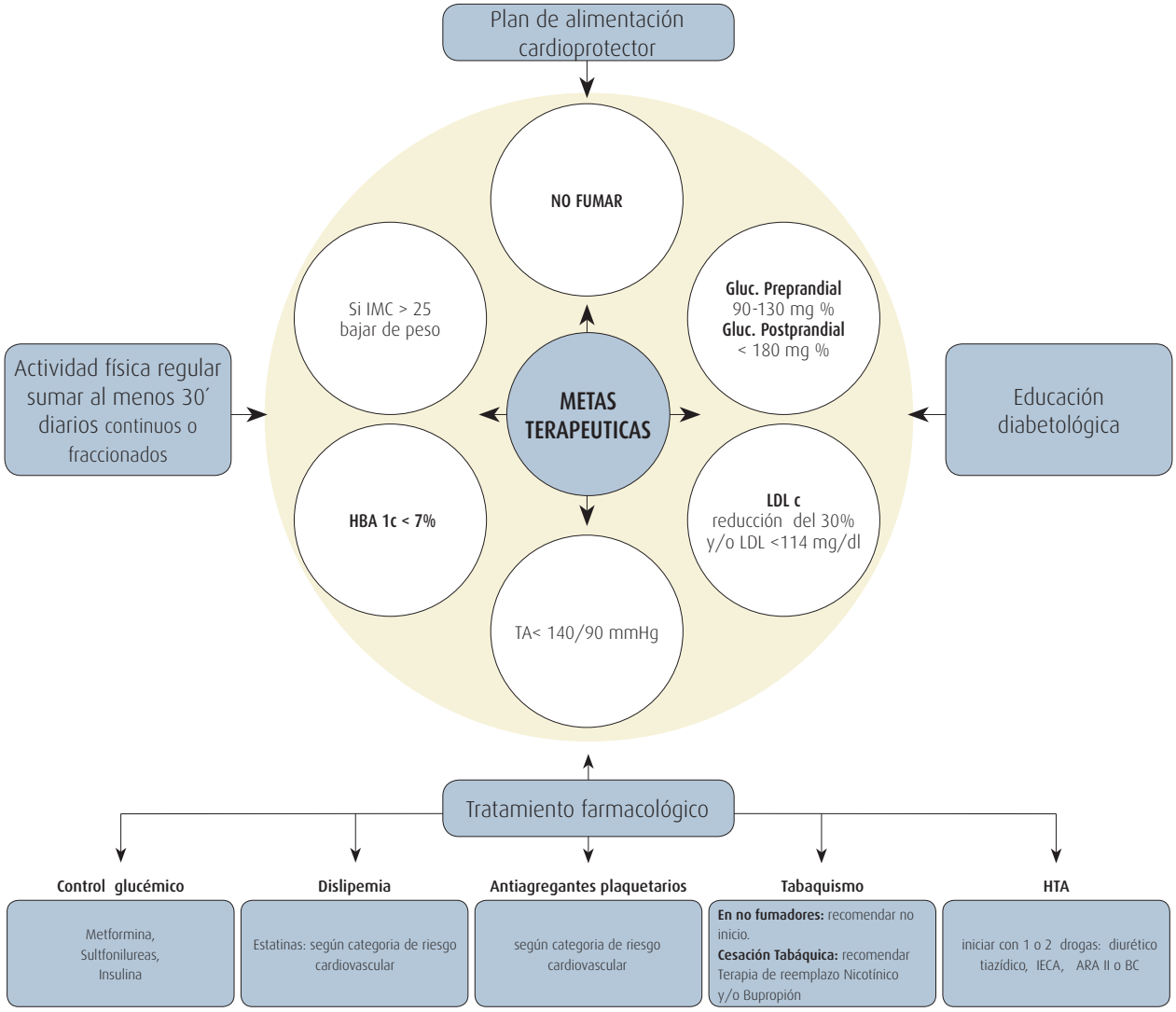
ADOs: antidiabéticos orales

Tratamiento de otros factores de riesgo cardiovascular

Es sumamente importante en las personas con diabetes tratar y controlar el resto de los factores de riesgo cardiovascular asociados de manera rigurosa, dada la alta probabilidad de tener un evento vascular.

Para el abordaje de estas entidades, referirse a los capítulos correspondientes.

Resumen de tratamiento de las personas con diabetes



Si los valores de HbA1c no se controlan a pesar del tratamiento, considerar la posibilidad de no adherencia a la medicación, drogas que interfieran, aumento de peso o que no se estén realizando los cambios necesarios en el estilo de vida.

7. Seguimiento y monitoreo de personas con DMT2

Se puede utilizar la libreta de cuidados para personas con diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular con un instructivo para su uso, que detalla los parámetros que deben controlarse. (Esta libreta se encuentra disponible en la solapa de "Equipos de salud" en http://www.msal.gov.ar/ent)

Resumen de la frecuencia y el contenido de las visitas de personas con DM 2 en personas que se encuentren en una situación estable y con buen control metabólico

Procedimiento	Evaluación inicial	Recomendado		OBSERVACIONES
		c/3-4 meses	Anual	
Historia Clínica por problemas	x			La historia clínica debe actualizarse en cada consulta
Talla	x			
Peso e IMC	x	x		
Circunferencia de Cintura	x	x		
Presión arterial	x	x		
Inspección pies	x	x		
Pulsos MMII	x		x	
Sensibilidad pies	x		x	Vibratoria mediante diapasón, o táctil mediante monofilamento.
Reflejos MMII	x		x	
Fondo de ojo y Agudeza visual x Oftalmólogo	x		x	Al menos debe procurarse hacerlo una vez cada 2 años
Examen Odontológico	x		x	
Glucemia	x	x		
HbA1c	x	x		En escenarios de escasos recursos debe garantizarse al menos una vez al año
Perfil lipídico.	x			Colesterol total, HDL y Triglicéridos. Cálculo del LDL mediante fórmula de Friedwald. La periodicidad dependerá de la presencia o no de tratamiento farmacologico
Orina por tirilla	x		x	

Procedimiento	Evaluación inicial	Recomendado		OBSERVACIONES
		c/3-4 meses	Anual	
Microalbuminuria	x		x	Mediante relación albumina / Creatinina en orina al azar. Microalbuminuria +: entre 30 y 300 mg/g.
Creatinina	x		x	
ECG	x		x	
Ergometría	x			Se recomienda en mayores de 35 años que vayan a iniciar un programa intensivo de actividad física. No hay evidencia que indique la frecuencia de este examen.
Vacunación antigripal	x		x	
Vacunación antineumocóccica polisacarida	x			Una dosis única. A quienes hayan sido vacunados antes de los 65 años se les indicará una segunda dosis al cumplir esa edad.
Educación diabetològica				Escalonada y continua

¿Cuándo interconsultar con un especialista?

Se sugiere que la atención del paciente con DMT2 esté coordinada por el médico de atención primaria, quien en la medida en que lo juzgue necesario, irá haciendo intervenir de manera coordinada a los especialistas que correspondan según la evolución, complicaciones, y comorbilidades del paciente, y de acuerdo a su propia experiencia profesional y juicio clínico.

Sin embargo pueden destacarse ciertos casos en los cuales es ciertamente aconsejable solicitar la intervención de determinadas especialidades:

Nefrología: filtrado glomerular < 60 ml/min de superficie corporal o presencia de proteinuria.

Oftalmología: al momento del diagnóstico de DMT2, para evaluación inicial de agudeza visual y fondo de ojo con pupila dilatada. Si ese examen fuera normal, conviene repetirlo cada 2 años.

Nutrición: aquellos pacientes que presentan dificultades para controlar su peso, y los que presentan deterioro significativo de la función renal y necesitan reducir la ingesta proteica.

Cardiología: pacientes con sospecha o presencia de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca sintomática o con HTA resistente al tratamiento.

Odontología: control anual.

Para más información puede consultar distintas herramientas en la web, disponibles en la solapa de “Equipos de salud” en http://www.msal.gov.ar/ent

CAPÍTULO 5
Hipertensión Arterial (HTA)

Principales recomendaciones

En personas con HTA se recomienda:
– Implementar estrategias de educación alimentaria-nutricional
– Acordar con la persona un plan alimentario cardioprotector conforme al estado nutricional de la persona y un plan de actividad física.
– Se recomienda iniciar el tratamiento farmacológico:
• En población general con diabetes o insuficiencia renal crónica ≥ 18 años, con PAS ≥ 140 mmHg o de PAD ≥ 90 mmHg, con el objetivo de alcanzar valores de PAS <140 mmHg y de PAD < 90 mmHg.
• En población general de entre 30 y 59 años con PAS≥ 140 y/o PAD ≥ 90 mmHg, con el objetivo de alcanzar valores de PAS < 140 y PAD < de 90 mmHg .
• En población general ≥ 60 años con PAS ≥150 mmHg o PAD≥ 90 mmHg, con el objetivo de alcanzar valores de presión arterial < 150/90 mmHg.
– Iniciar el tratamiento con diurético tiazídico, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA-II) o bloqueantes cálcicos, como monoterapia o combinación de dos fármacos.
– Las personas con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) se benefician al iniciar el tratamiento con IECA o ARAII.

1. ¿Por qué es un beneficioso reducir los niveles de presión arterial?

- La HTA es un factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia renal terminal, demencia y deterioro cognitivo.
- Reducir los niveles de presión ha demostrado disminuir el riesgo de eventos cardiovasculares.

Los beneficios del descenso de la PA en pacientes hipertensos se relacionan de modo directo con el valor de PA obtenido y no dependen del tipo de droga antihipertensiva utilizada.

2. Se recomienda el control de la presión arterial en:

En todas las personas de 18 años o más.

3. ¿Cuál es la frecuencia de medición de la presión arterial?

- **Si los valores son normales** se debe medir la presión arterial al menos 1 vez por año.
- **En personas con diagnóstico establecido de HTA**, la PA se debe medir en toda consulta que hace con un profesional de la salud con el fin de monitorear la respuesta al tratamiento.

4. ¿Cómo se realiza el diagnóstico de HTA?

Mediante la medición de la presión arterial (PA).

♦ **En el consultorio:**

Se recomienda realizar 2 mediciones de PA cada vez que se la mide, tomando como valor el promedio de las dos (si el segundo valor difiere >5-10 mmHg del primero, hacer una tercera toma y promediar la segunda y tercera) y anotar el valor promedio en la historia clínica.

Al tomar la presión arterial, el paciente debe estar sentado 5 minutos en una silla con respaldo, el brazo a la altura del corazón y con los pies apoyados en el piso y en silencio. No debe haber fumado ni tomado café ni mate en los últimos 30 minutos.

De encontrarse un valor elevado de presión arterial, debe confirmarse en el brazo contralateral.

♦ **En el domicilio:**

El monitoreo domiciliario de la PA puede ser de utilidad en algunos casos de dificultad diagnóstica o ante la sospecha de hipertensión de guardapolvo blanco, así como para ayudar a la adherencia al tratamiento. Para ello, se aconseja instruir al paciente que deben hacerse dos tomas, estando sentado, con al menos 5 minutos de reposo. Idealmente deberían realizarse 2 tomas diarias, a la mañana y a la tarde. Si se usa para confirmar el diagnóstico de HTA, deben obtenerse tomas al menos durante 4 días, descartar las tomas del primer día y promediar las restantes. Se considera normal un valor de <135/85 mm Hg en menores de 80 años.

5. Recomendaciones para medir la presión arterial.

- El largo de la cámara de aire dentro del manguito debe rodear el brazo por lo menos 80% de la circunferencia del brazo. En pacientes obesos IMC≥ 30 kg/m^2 utilizar manguito para obeso.
- Medir la presión arterial inicialmente en ambos brazos. Si la PA difiere en ambos brazos en más de 20 mm Hg, repetir la medición y si la diferencia se mantiene, medir siempre la PA en el brazo con el mayor valor. Registrar este hecho en la HC.
- Si el paciente es anciano, diabético o tiene enfermedad de Parkinson tomar la PA en posición acostada y parada en búsqueda de hipotensión ortostática.

6. ¿Cómo se define que una persona presenta hipertensión arterial?

El diagnóstico de hipertensión se establece después de al menos 2 o más lecturas elevadas obtenidas en al menos 2 visitas separadas. Las mismas deben ser realizadas por un profesional de la salud durante un período de 1 o más semanas.

Una persona **mayor de 18 años** tiene hipertensión arterial si **en al menos dos consultas o más en días no consecutivos presenta valores promedio ≥ a 140mmHg de presión arterial sistólica (PAS) y/o ≥ 90 mmHg de presión arterial diastólica (PAD)** utilizándose una técnica correcta .

7. ¿Cómo evaluar a la persona con hipertensión?

- Tiempo de evolución y magnitud de la HTA.
- Tratamiento actual y previos: (drogas, dosis, efectos secundarios cumplimiento, eficacia).
- Consumo de alcohol, medicamentos y otras sustancias que puedan afectar la PA: (cocaína, anfetaminas, simpaticomiméticos, esteroides adrenales, estrógenos, hierbas medicinales etc.)
- Estilo de vida.
- Entorno de cuidados.
- Coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular.
- Otras enfermedades concomitantes que puedan influir en el pronóstico y tratamiento.
- Síntomas de compromiso de órganos blanco: mareos, disminución de la libido, déficit sensorial o motor, síncopes, dolor torácico, palpitaciones, disnea, ortopnea, edemas, claudicación intermitente, frialdad en las extremidades, poliuria, nicturia, hematuria, alteraciones de la visión.
- Síntomas de causas secundarias: debilidad muscular, temblor, taquicardia, sudoración, dolor en el flanco, etc.

Dada la variedad de las causas de HTA secundaria, así como su escasa prevalencia, no es posible estandarizar algoritmos ni pautas de alarma, de modo que su pesquisa queda librada al criterio clínico. En los casos en que sospeche HTA secundaria, el paciente debe ser referido al segundo nivel.

8. Estimar riesgo cardiovascular.

El diagnóstico de hipertensión arterial es una de las indicaciones para la indicación de estimación del riesgo cardiovascular.

Registrarlo en la HC e informar a las personas su riesgo cardiovascular global.

9. Tratamiento de las personas con hipertension arterial.

El tratamiento de los pacientes con hipertensión incluye pautas para la modificación del estilo de vida así como tratamiento farmacológico.

a. Objetivos y metas del tratamiento antihipertensivo.

El objetivo principal del tratamiento de la HTA es reducir la morbi-mortalidad total, la mortalidad cardiovascular que incluye a los eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y renales.

b. Metas del tratamiento antihipertensivo.

- En pacientes de entre 30 y 59 años **meta** de PAS < 140 y PAD < de 90 mmHg.
- En pacientes de 60 años y más, **meta** de PAS < 150 y TAD < a 90 mmHg.
- En personas mayores de 18 años con enfermedad renal crónica o diabetes **meta** de PAS < 140 y PAD < a 90 mmHg.

1. Modificación del estilo de vida.

Como parte del tratamiento es importante hacer énfasis en la adopción de estilos de vida saludable. Las recomendaciones se presentan a continuación:

Modificación	Recomendación
Reducción de peso	Alcanzar y mantener un peso normal (IMC 18.5–24.9)
Actividad física	Sumar al menos 30 minutos diarios de actividad física aeróbica continuos o fraccionados.
Limitar el consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 vasos por día en los hombres y no más de 1 vaso en las mujeres.
Reducir el uso de la sal y el consumo de alimentos con alto contenido de sodio	**Cocinar sin sal**, limitar el agregado en las comidas y evitar el salero en la mesa. Para reemplazar la sal utilizar condimentos aromáticos (pimienta, perejil, ají, pimentón, orégano, etc.) **Limitar el consumo** de fiambres, embutidos y otros alimentos procesados (como caldos, sopas y conservas) contienen elevada cantidad de sodio.
Aumentar el consumo de frutas y verduras.	Consumir al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y 2 o 3 frutas por día.
Tabaco	No fumar y evitar la exposición pasiva al humo de tabaco.

2. Tratamiento farmacológico.

Se recomienda utilizar los siguientes fármacos para iniciar el tratamiento: IECA; ARAII, bloqueantes cálcicos y diuréticos tiazídicos para alcanzar las metas de tratamiento, como monoterapia o en combinación de dos fármacos.

En la tabla siguiente se enumeran los distintos fármacos antihipertensivos disponibles para uso oral, de los cuatro grupos farmacológicos de primera línea (IECA, ARAII, bloqueantes cálcicos y diuréticos tiazídicos) y beta bloqueantes.

Fármacos antihipertensivos

Grupo farmacológico	Fármaco	Dosis diaria inicial, mg	Nº de dosis diarias	Dosis máxima diaria, mg
Disponibles en REMEDIAR				
IECA	Enalapril	5	1-2	20
ARA II	Losartán	50	2	100
Diuréticos tiazídicos	Hidroclorotiazida	12.5-25	1-2	50
Bloqueantes cálcicos	Amlodipina	2.5	1	10
Beta bloqueantes	Atenolol	25-50	1-2	100
Otros fármacos antihipertensivos de eficacia demostrada en ensayos clínicos randomizados de HTA				
IECA	Captopril	50	2	200
	Lisinopril	10	1	40
	Perindopril	4	1	8
ARA II	Candesartan	4	1	32
	Irbesartán	75	1	300
	Valsartan	40-80	1	320
Bloqueantes cálcicos	Diltiazem*	120-180	2-3	360
	Nitrendipina	10	1-2	20
Diuréticos tiazídicos	Clortalidona	12.5	1	25
	Indapamida	1.25	1	2.5
Beta bloqueantes	Metoprolol	50	1-2	200
Otros fármacos antihipertensivos disponibles en el mercado				
IECA	Benazepril	10	1-2	40
	Imidapril	5	1	10
	Quinapril	10	1	40
	Ramipril	2.5	1	10
ARA II	Telmisartán	20-40	1	80
	Olmesartán	20	1	40
Bloqueantes cálcicos	Felodipina	5	1	20
	Lercanidipina	10	1	20
	Nifedipina*	20-30	1	60
	Verapamilo*	120-180	1-2	360
Beta bloqueantes	Bisoprolol	2.5-5	1	10
	Nebivolol	2.5-5	1	40
	Propranolol	20-40	1-2	180

* Cuando se los indica como fármacos antihipertensivos, diltiazem, verapamilo y nifedipina deben usarse en sus formulaciones de liberación prolongada.

En la Tabla siguiente se enumeran las combinaciones disponibles en Argentina con dos fármacos antihipertensivos disponibles para uso oral, de los cuatro grupos farmacológicos de primera línea (IECA, ARAII, bloqueantes cálcicos y diuréticos tiazídicos)

Grupos farmacológicos combinados	Fármaco 1 / Fármaco 2	Dosificaciones disponibles (mg de fármaco 1/mg de fármaco 2)				
IECA / diurético tiazídico	Enalapril / Hidroclorotiazida	10/25	20/12,5	-	-	-
	Enalapril / Hidroclorotiazida	10/25	20/12,5	-	-	-
	Lisinopril / Hidroclorotiazida	20/12,5	-	-	-	-
	Perindopril / Indapamida	2,5/0,625	5/1,25	10/2,5	-	-
	Quinapril / Hidroclorotiazida	20/12,5	-	-	-	-
	Ramipril / Hidroclorotiazida	5/25	10/12,5	-	-	-
ARA II / diurético tiazídico	Candesartan / Hidroclorotiazida	8/12,5	16/12,5	-	-	-
	Irbesartán / Hidroclorotiazida	150/12,5	300/12,5	300/25	-	-
	Losartán / Hidroclorotiazida	50/12,5	100/12,5	100/25	-	-
	Telmisartán / Hidroclorotiazida	40/12,5	80/12,5	80/25	-	-
	Olmesartán / Hidroclorotiazida	20/12,5	40/12,5	-	-	-
	Valsartán / Hidroclorotiazida	80/12,5	160/12,5	160/25	320/12,5	320/25
IECA / Bloqueante cálcico	Benazepril / Amlodipina	10/2,5	20/5	20/10	-	-
	Perindopril / Amlodipina	5/5	5/10	10/5	-	-
	Ramipril / Felodipina	2,5/2,5	-	-	-	-
ARA II / Bloqueante cálcico	Candesartan / Felodipina	8/2,5	16/2,5	8/5	16/5	-
	Irbesartán / Amlodipina	150/5	-	-	-	-
	Losartán / Amlodipina	50/5	100/5	-	-	-
	Telmisartán / Amlodipina	40/5	80/5	80/10	-	-
	Valsartán / Amlodipina	80/5	160/5	160/10	320/5	320/10

Existen otros grupos de fármacos antihipertensivos que no son de primera línea, tales como diuréticos de otro tipo (diuréticos de asa: furosemida; ahorradores de potasio: amilorida, espironolactona, eplerenona), bloqueantes alfa adrenérgicos (doxazocina, terazocina, prazosín), simpaticolíticos de acción central (clonidina, alfa metildopa) y vasodilatadores arteriales (hidralazina, minoxidilo), que en general no son necesarios para su uso en Atención Primaria de la Salud.

10. Seguimiento y monitoreo del paciente hipertenso

La frecuencia y el contenido de las visitas de seguimiento dependerán de las características de cada paciente.

- Al iniciar el tratamiento farmacológico, se aconseja realizar un seguimiento mensual con el fin de ajustar la medicación hasta que se alcance el valor de PA objetivo.

- Luego de alcanzar un valor de PA estable, se aconseja realizar las visitas de seguimiento cada 3-6 meses, excepto circunstancia individuales como la presencia de insuficiencia cardíaca o diabetes, intolerancia al tratamiento, dificultades para la adherencia etc.

Resumen de la frecuencia y el contenido de las visitas de personas con hipertensión arterial

Procedimiento	Evaluación inicial	Recomendado		OBSERVACIONES
		Cada 3 a 6 meses	Anual	
Historia Clínica por problemas	X			La historia clínica debe actualizarse en cada consulta.
Examen cardiovascular	X		x	
Talla	X			
Peso e IMC	X	x		SI el paciente tiene normopeso el control puede ser cada 1 a 2 años.
Circunf. Cintura (CC)	X	x		SI el paciente tiene normopeso el control puede ser cada 1 a 2 años.
Presión arterial (PA)	X	x		
Frecuencia y ritmo cardíaco	X	x		Especialmente cuando se tomen fármacos que puedan modificarlos.
Glucemia	X		x	
Perfil lipídico.	X		x	Colesterol total, HDL y Triglicéridos. Cálculo del LDL mediante fórmula de Friedewald.
Ionograma	X		x	En pacientes tratados con diuréticos, IECA o ARA II.
Creatinina	X		x	
Microalbuminuria	X		x	Incluir si DBT o IRC.
ECG	X		x	ECG cada dos años, si el previo es normal.
Educación				Reforzar adherencia al tratamiento farmacológico y a los cambios del estilo de vida. Preguntar por efectos secundarios de la medicación.

11. ¿Cuándo interconsultar con especialista?

Se aconseja consultar con especialista en las siguientes situaciones:

- Hipertensos <30 años.
- Si se sospecha HTA secundaria no medicamentosa.
- HTA con insuficiencia renal crónica.
- HTA en el embarazo.
- HTA resistente al tratamiento con tres drogas.
- Aumento progresivo de la PA, a pesar de un tratamiento correcto.
- Dificultades terapéuticas: intolerancias o contraindicaciones múltiples.

12. Urgencia y Emergencia Hipertensiva

Las **urgencias hipertensivas** se caracterizan por una elevación brusca de la presión arterial (PA), en relación a las cifras tensionales habituales del paciente o cuando la **si** PAS ≥210 mmHg o PAD ≥120 mmHg, pero **sin síntomas específicos ni daño de órganos diana**.

El **objetivo terapéutico** sería **reducir gradualmente** la presión arterial media (PAM) en un 20% en un **periodo de 24-48** horas o disminuir la PAD a valores <120 mmHg la PA, con medicación oral ya que si se baja muy rápidamente puede favorecerse la hipoperfusión de órganos diana (corazón, cerebro).

Indicaciones

○ Mantener en reposo 5-10 minutos en lugar tranquilo y acostado boca arriba.

○ Indicar un ansiolítico suave (benzodiacepina) si se presenta con ansiedad/nerviosismo.

○ Comprobar el nivel de PA.

○ Es importante saber si el paciente estaba recibiendo tratamiento antihipertensivo previo o no:

· Si estaba en tratamiento y lo ha abandonado, hay que reiniciarlo, pero si continua con la medicación antihipertensiva hay que aumentar la dosis del que toma o asociar nuevos fármacos.

· Si no está en tratamiento y es necesaria medicación antihipertensiva, debe emplearse un fármaco de acción lenta (ej. enalapril) evitando los de acción rápida (nifedipina sublingual) porque pueden inducir isquemia en los órganos diana. Cualquiera de las familias de fármacos antihipertensivos pueden utilizarse en sus dosis habituales en el tratamiento de esta situación clínica.

○ Si a pesar del tratamiento la PA ≥210/120 mmHg se puede repetir la dosis 2-3 veces a intervalos de 30 minutos.

○ Si no hay respuesta, valorar otros fármacos, pero si en 2-3 horas no hay reducción de la PA derivar a urgencias dado que puede requerir tratamiento por vía parenteral.

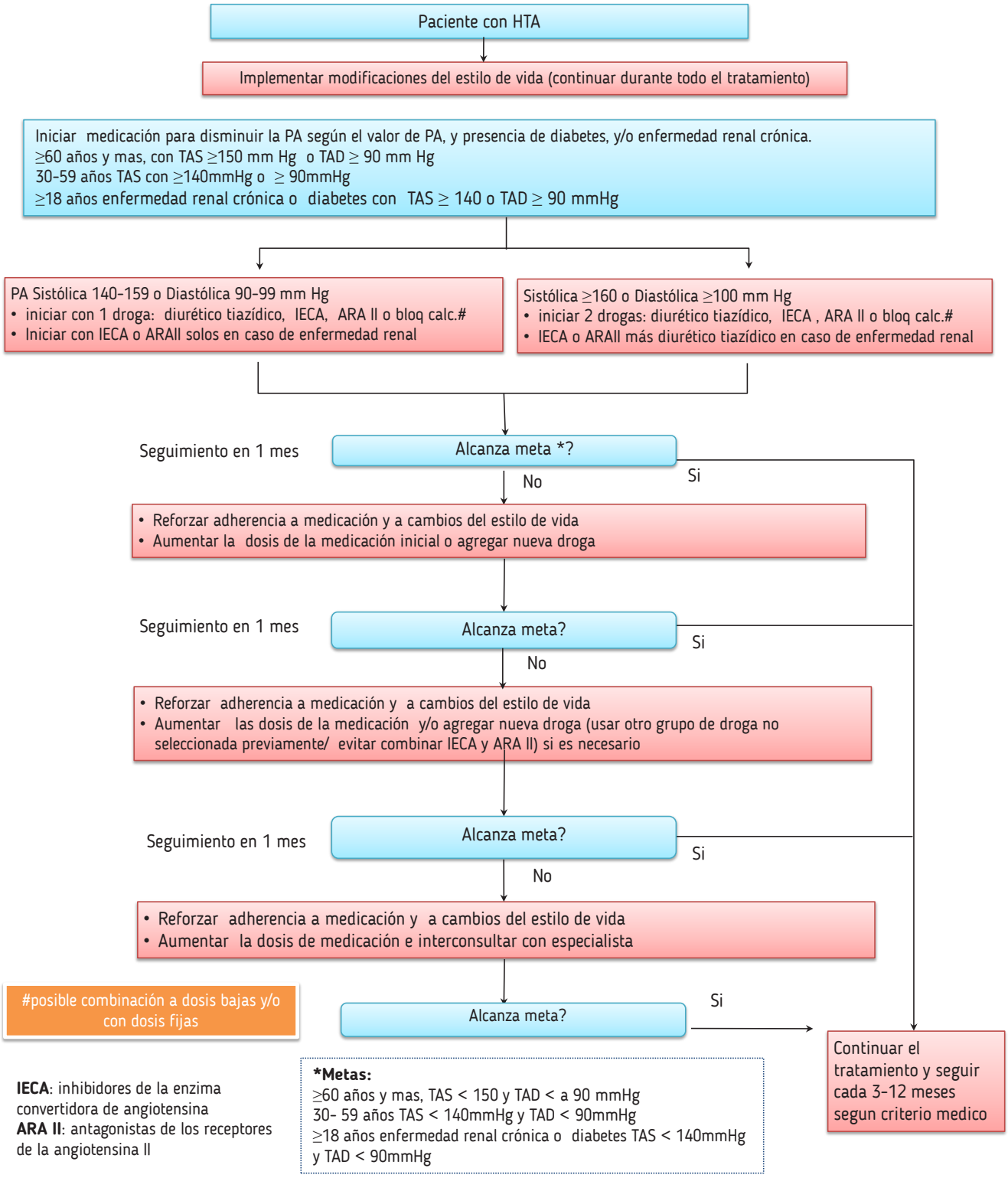
○ Si la PA <210/120 mmHg, enviar al paciente a su domicilio, citando a un nuevo control en 24 horas.

○ La normalización de la presión arterial puede conseguirse en días o semanas.

Las **emergencias hipertensivas** se caracterizan por un valor **de PAS ≥180 mmHg y/o valores de PAD ≥120 mmHg**, junto con daño orgánico inminente o progresivo[8], que exigen una actuación rápida (encefalopatía hipertensiva, edema de pulmón, eclampsia, ACV, disección aórtica**). Estos pacientes requieren internación y tratamiento parenteral.**

8. Cardíacas: Aneurisma disecante de aorta. Insuficiencia cardíaca grave o edema agudo de pulmón.Síndrome coronario agudo. Poscirugía de revascularización coronaria.
Cerebrovasculares: Encefalopatía hipertensiva. Hemorragia intracraneal.Infarto cerebral. Traumatismo craneal o medular.
Renal: insuficiencia renal aguda.
Exceso de catecolaminas circulantes:Crisis de feocromocitoma.Interacción de IMAOs con alimentos ricos en tiramina o fármacos. Abuso de drogas simpaticomiméticas (anfetaminas, LSD, cocaína, éxtasis).
Eclampsia, HTA perioperatoria, Quemaduras graves, Epistaxis graves.

Algortimo de tratamiento de hipertensión arterial



Si los valores de presión arterial no se controlan a pesar del tratamiento se debe considerar la posibilidad de no adherencia a la medicación, hipertensión secundaria, drogas que interfieran o que no se estén realizando los cambios necesarios en el estilo de vida, la presencia de efecto del guardapolvo blanco o la hipertensión resistente.

CAPÍTULO 6
Obesidad

Principales recomendaciones:

En personas con sobrepeso-obesidad se recomienda:

– Calcular el Índice de Masa Corporal y registrarlo en la historia.
– Realizar la medición de la circunferencia de cintura (CC) en todas las personas adultas con IMC <=35.
– Estimar el riesgo asociado (glucemia y perfil lipídico) y toma de presión arterial (PA).
– Alentar a todas las personas con un IMC >25 que intenten una reducción de peso. Si el IMC está entre 25-35 kg/m2 del 5 al 10% y con IMC >35 del 15 al 20% respecto al peso inicial en 6-12 meses.
– Planificar plan alimentario con reducción de 600 cal en la ingesta o menor consumo de grasas al día respecto al requerimiento nutricional.
– Asociar abordaje conductual a la indicación de plan alimentario y ejercicio físico.
– Recomendar prescripción de ejercicio aeróbico moderado teniendo en cuenta la sobrecarga existente en miembros inferiores.
– Sostener la prescripción de ejercicio en toda persona con antecedentes de obesidad y que haya bajado de peso para evitar la recuperación del peso perdido.
– Evaluar cirugía bariátrica en personas con IMC >= a 40 kg/m2 o IMC >= a 35 kg/m2 (que presenten 2 o más comorbilidades mayores) y que no hayan obtenido la respuesta esperada en el tratamiento con equipo multidisciplinario.

1. ¿Por qué es beneficioso disminuir de peso?

- Disminuye la incidencia de DMT2 y mejora el control glucémico.
- Disminuye la mortalidad por cualquier causa y especialmente en las mujeres la mortalidad global y la mortalidad por cáncer y por diabetes
- Mejora el control de la presión arterial y el perfil lipídico (Colesterol total, LDL, triglicéridos y del HDL) y el valor de uricemia.
- Disminuye la discapacidad asociada con la osteoartritis y el dolor asociada a la misma.
- En personas con asma no fumadoras mejora parámetros de la espirometría y disminuye el número de exacerbaciones.
- Mejora la apnea del sueño (el número de apneas y la duración de las mismas).

2.Se recomienda el rastreo de Sobrepeso-Obesidad en:

- Todas las personas.

3. ¿Cómo se diagnostica Sobrepeso-Obesidad?

Con el cálculo del IMC y la medición de la CC.

Índice de Masa Corporal (IMC): Peso (kg) / Talla^2 (talla*talla, mt^2)[9]

Pesar con ropa liviana y sin calzado. Medir sin calzado.

Índice de Circunferencia de cintura (CC): Para evaluar obesidad abdominal y estimar riesgo metabólico. Realizarlo con cinta métrica inextensible colocada en plano horizontal al piso a nivel de la media distancia entre el reborde costal inferior y la cresta iliaca luego de una espiración normal. Contar con cintas que midan >150 cm. Ver tabla 1

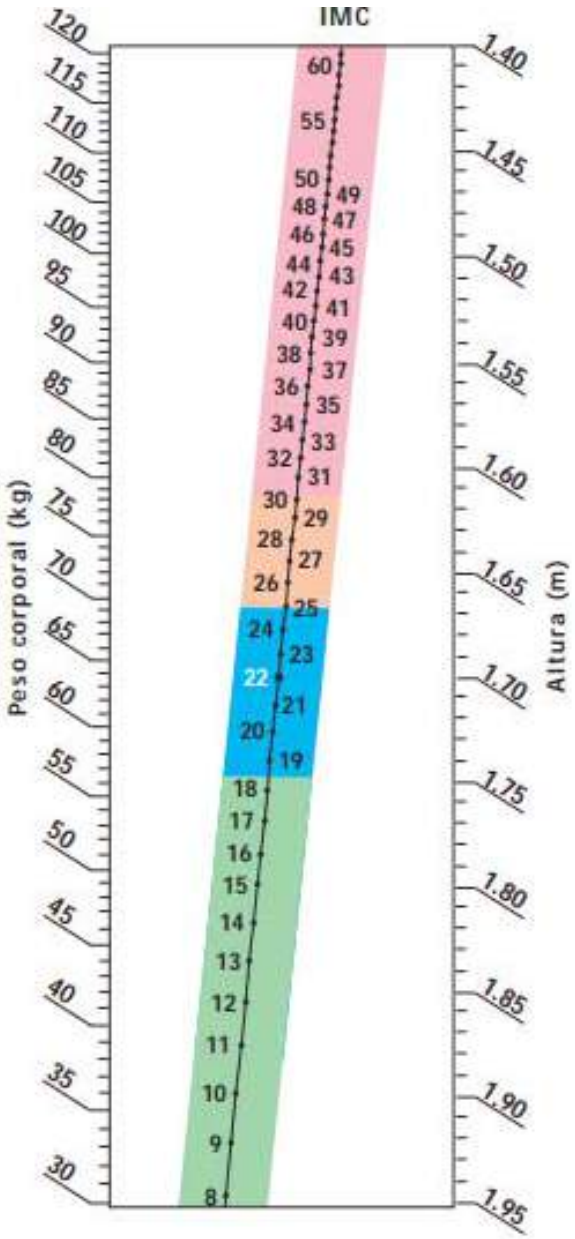
Agregar diagnóstico y fecha en la Historia Clínica (HC). La misma se encuentra disponible en la solapa de “Equipos de salud” en http://www.msal.gov.ar/ent

9. También puede calcularse con la ayuda de un nomograma.

Tabla 1: Clasificación de riesgo según el IMC y CC (OMS)

Clasificación	IMC Kg/m2	Hombres CC 94 -102 cm Mujeres CC 80-88 cm	Hombres CC >102 cm Mujeres CC > 88 cm
Normo peso	18.5-24.9		
Sobrepeso	25-29.9	Incrementado	Alto
Obesidad GI	30-34.9	Alto	Muy alto
Obesidad GII	35-39.9	Muy Alto	Muy alto
Obesidad GIII	>40	Extremadamente alto	Extremadamente alto

Nomograma (para calcular IMC)



4.¿Cuál es la frecuencia recomendada de medición del peso, el IMC y de la CC?

- Medir el IMC y la CC en la evaluación inicial del paciente y registrar en la HC.
- Pesar en todas las consultas a las persona con sobrepeso o con obesidad.
- Medir la CC en el seguimiento del paciente, cada 6 meses.
- Controlar el peso cada 1-2 años a las personas con normopeso.

5.¿Qué evaluar en la consulta inicial en la persona con obesidad?

Se aconseja que en la evaluación inicial del paciente con obesidad se investigue acerca de:

○ Antecedentes familiares de obesidad, edad de inicio, períodos de máximo incremento, factores precipitantes.

○ Causas secundarias (hipotiroidismo, Cushing, Sme de ovario poliquístico entre otras) o relacionadas al uso de fármacos (antipsicóticos, antidepresivos, anticonvulsivos, corticoides entre otros).

○ Otros factores de riesgo: diabetes, HTA, tabaquismo, alcoholismo, etc.

○ Estado de motivación y estado de preparación para el cambio.

○ Identificar si el tratamiento es posible inicialmente (dadas las condiciones co mórbidas y el estado de motivación). Los estadios de cambio pueden encontrarse en la guía de obesidad en http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2014-10_gpc_obesidad.pdf

○ Plan alimentario: evaluar preferencias,

elecciones habituales, rutinas, trastornos de la conducta alimentaria. Puede utilizar el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos entre otras herramientas que se detallan en el capitulo alimentación.

○ Actividad física: evaluar status previo, experiencias, posibles limitaciones.

6. Estimar riesgo cardiovascular en personas con DMT2 o HTA .

En toda persona con Sobrepeso u Obesidad se deberá evaluar la presencia de otros factores de riesgo CV y en aquellas personas entre 40 y 79 años que presenten como comorbilidad asociadas DMT2 y/o HTA se deberá realizar la clasificación de riesgo cardiovascular, registrarlo en la HC e informarlo al paciente.

7. Tratamiento de las personas con Sobrepeso y Obesidad.

Objetivo, metas y estrategias del tratamiento

Que la persona descienda de peso y adquiera hábitos más saludables.

Meta:

Se recomienda una reducción de peso gradual y sostenido en 12 meses de entre el 5 y el 10% del peso corporal con respecto al de inicio en cada paciente.

- Cuando la persona presenta un IMC entre 25-35 Kg/m^2 plantear una reducción 10% del peso inicial en 12 meses.
- Cuando la persona presenta un IMC mayor a 35 Kg/m^2 plantear una reducción entre 15 y 20% del peso inicial en 6 meses.

El tratamiento será individualizado. Se recomienda fijar metas claras, pequeñas, reales, consensuadas e individualizadas.

Se desaconseja el descenso rápido de peso (más de 1.5% del peso por semana o >1.5 kg por semana en 1 mes) y la variación cíclica (perdida entre 4,5kg a 9 kg en 3 a 5 ciclos en 3 a 6 años). Estos se asocian a mayor riesgo de litiasis biliar y pérdida de masa ósea femoral cortical en mujeres).

Estrategias:

a) Modificación del estilo de vida.

Evaluar motivación. Evaluar el estado de conciencia de enfermedad (proveer información sobre riesgos asociados al sobrepeso-obesidad y beneficios del descenso de peso).Recitar y reevaluar.

Fijar objetivos terapéuticos claros y consensuados.

Acompañar en la planificación de un plan alimentario saludable y promoción de un estilo de vida más activo diario y ejercicio físico (al menos 3 o 4 veces por semana).

Pensar el tratamiento como proceso. Ir desarrollando e incorporando habilidades para realizar los cambios ayuden a descender de peso y sostenerlo.

Proponer abordaje por equipo multidisciplinario y ofrecer terapia conductual o soporte e salud mental por profesionales entrenados. El formato de intervención puede ser individual o grupal ya que ambos han probado ser efectivos.

Luego:

1. Definir meta de peso y objetivos para la persona.

Muchas personas con obesidad o sobrepeso piensan que tienen que bajar más kilos de lo que realmente es posible sostener en el tiempo. Ayudar a definir el peso ideal versus el peso posible.

Una reducción del 5 al 10% es una meta posible y beneficiosa si se trabaja con el paciente.

2. Prescribir plan alimentario respetando preferencias de la persona. Registrar en HC. Orientar el plan para:

1) Lograr una disminución de energía ingerida.

2) Lograr conciencia en el acto alimentario.

3) Mejorar la calidad y frecuencia de la alimentación.

3. Programar un estilo de vida más activo y planificar plan de actividad física semanal.

4. Ofrecer participación en actividades individuales y/o grupales de soporte conductual.

Resumen de las recomendaciones de modificación del estilo de vida:

Modificación	Recomendación
Reducción de peso	Se recomienda una reducción de peso gradual y sostenido en 6-12 meses de entre el 5 y el 10% del peso corporal con respecto al de inicio en cada paciente.
Plan de Alimentación	Reducir el tamaño de las porciones. Elegir individuales y cocinar porciones más chicas. Identificar los alimentos de alta densidad calórica que se consumen y limitarlos. Aumentar el consumo de líquidos principalmente agua pura. Evitar el consumo de sal. Aumentar el consumo de frutas y verduras e incluirlas en todas las comidas. Incorporar legumbres y granos integrales en cantidad moderada. Tener un mayor registro de la ingesta. Comer sentado, despacio y masticar bien los alimentos. En el capítulo de alimentación se detallan herramientas prácticas para reducir energía en la ingesta y mejorar la calidad de la alimentación. Realizar al menos 4 comidas al día.
Limitar el consumo de alcohol	Limitar el consumo a no más de 2 vasos por día en los hombres y no más de 1 vaso en las mujeres.
Actividad física	Sumar al menos 30 minutos diarios de actividad física aeróbica continuos o fraccionados más 2 estímulos de musculación semanales.
Tabaco	No fumar y evitar la exposición pasiva al humo de tabaco.

b) ¿Cuáles son las indicaciones del tratamiento farmacológico?

Personas con obesidad que adhieren al tratamiento convencional (plan alimentario y a la actividad física) en particular, diabéticos e hipertensos, se puede agregar orlistat 120 mg 3 veces por día. La contribución del agregado de esta droga es leve (el descenso promedio alcanzado en los estudios a 1 año es de 3 kg comparado con placebo). Acordar con ella e informar los potenciales beneficios, efectos adversos y la necesidad de seguimiento.

Los efectos adversos que produce el orlistat con mayor frecuencia son los gastrointestinales (heces oleosas, incontinencia fecal) los cuales pueden ser factor de abandono del medicamento.

¿Qué tratamientos farmacológicos y no farmacológicos no están recomendados ni avalados para el tratamiento de la obesidad por su falta de eficacia, de seguridad o por no ser la indicación aprobada de la droga?

Los tratamientos no recomendados para el descenso de peso son fluoxetina, topiramato, suplementos hormonales (hormona de crecimiento y tiroidea), ácido linoleico conjugado, fenfluramina, dietilpropion o anfepramona, fentermina, mazindol, acupuntura, auriculoterapia, suplementos fitoterápicos (Ma Huang Ephedra, picolinato de cromo), dietarios cálcicos/lácteos u homeopáticos.

c) ¿Cuáles son las indicaciones del tratamiento quirúrgico?

En personas que no logran la respuesta esperada al tratamiento convencional se puede plantear la cirugía bariátrica como herramienta terapéutica, cuando presenten IMC ≥ 40 kg/m^2 o ≥ 35 kg/m^2 y comorbilidades (HTA, DMT2, artrosis con gran limitación funcional, apnea del sueño). Esta ha demostrado sostener el descenso de peso a corto y a largo plazo, mejoría de la presión arterial, mejoría o remisión de la DMT2 y disminución de la mortalidad global y cardiovascular. La persona debe ser evaluada previamente y acompañada en el proceso por un equipo multidisciplinario.

La cirugía de la obesidad es segura, y efectiva para la pérdida de peso y mejoría de comorbilidades. Altera la fisiología y necesariamente implica un cambio en los hábitos alimentarios de las personas, no es curativa, no es "la solución", ni es para todos. La

cirugía bariátrica es la herramienta terapéutica que ha demostrado ser más eficaz que el tratamiento convencional en personas con obesidad mórbida que puedan apropiarse de los cambios necesarios a sostener a largo plazo.

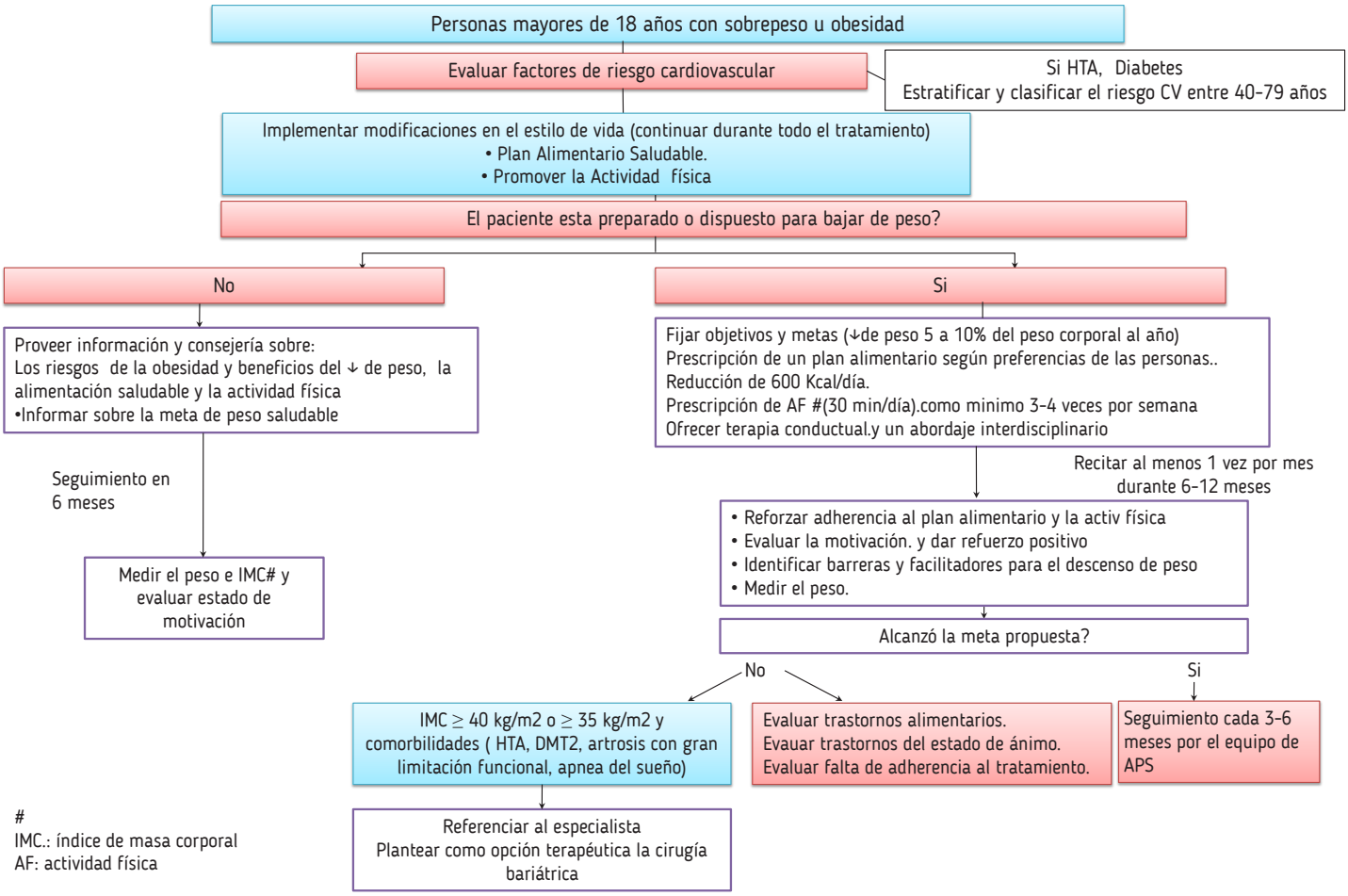
8- Seguimiento y el monitoreo de la persona con sobrepeso-obesidad.

Se recomienda citar a la persona dispuesta a bajar de peso al menos una vez por mes para:

- Revisar los objetivos de tratamiento.
- Evaluar barreras y facilitadores a la adherencia del plan alimentario y a la actividad física y revisar en forma conjunta posibles soluciones.
- Evaluar el estado de motivación y dar refuerzo positivo.
- Medir el peso.

En aquellas personas que no son conscientes de este problema y no están dispuestos a realizar un tratamiento, proveer información y recitar en no más de 6 meses para reevaluar.

Algoritmo de tratamiento para personas con Sobrepeso u Obesidad



#
IMC.: índice de masa corporal
AF: actividad física

Resumen de la frecuencia y el contenido de las visitas de pacientes con obesidad-sobrepeso

Procedimiento	Evaluación inicial	Cada 3- 6 meses	Todas las consultas	OBSERVACIONES
Historia Clínica por problemas	x			La historia clínica debe actualizarse en cada consulta.
Talla	x			Realizarlo descalzo, con tallímetro de pie inextensible.
Peso	x		x	Idealmente balanza con base de sustentación amplia y capacidad para > 150 kg. Descalzo y sin ropa o con ropa liviana y brazos colgando a los lados del cuerpo.
Circunf. Cintura (CC) e IMC	x	x		Usar cinta métrica inextensible colocada en plano horizontal al piso a nivel de la media distancia entre el reborde costal inferior y la cresta iliaca luego de una espiración normal. Contar con cintas que midan >150 cm.
Presión arterial (PA)	x		x	Utilizar manguitos para obesos o especiales con un diámetro mayor al habitual.
Glucemia	x			
Perfil lipídico.	x			Colesterol total, HDL y Triglicéridos. Cálculo del LDL mediante fórmula de Friedwald

9- ¿Cuáles son los criterios para referir a atención especializada?

Se sugiere en las personas con obesidad que presentan las siguientes situaciones:

- Respuesta no esperada a la propuesta terapéutica.
- Causas de obesidad secundaria: genéticas, medicamentosa por tratamiento de otras patologías u otras enfermedades endócrino-metabólicas.
- Enfermedades complejas y/o necesidades que no pueden ser manejados en el primer nivel de atención.
- Necesidad de tratamiento quirúrgico.
- Trastornos de la conducta alimentaria.

Para más información:

"Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos.", disponible en

http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2014-10_gpc_obesidad.pdf

Resolución N° 742/ 2009: Aprobación e incorporación al Programa Médico Obligatorio de prestaciones básicas esenciales para la cobertura de la obesidad en pacientes: http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/insitucional/pdf/resolucion-742--2009-tratamiento-obesidad.pdf

CAPÍTULO 7
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC

Recomendaciones principales:

Para la detección de casos de EPOC se recomienda:

– No realizar rastreo poblacional: no realizar espirometría en personas sin síntomas ni riesgo.
– Realizar espirometría ante síntomas respiratorios crónicos en fumadores o exfumadores, o bien ante historia de tabaquismo de haber fumado al menos durante 40 años un atado de 20 cigarrillos diarios (o su equivalente al calcular carga tabáquica).
– Se toma como punto de corte de normalidad una relación VEF_1/CVF que sea igual o mayor al 70%.

En personas con EPOC se recomienda:

– Alentar al **cese tabáquico:** utilizar la entrevista motivacional como estilo de atención para estimular el abandono, y fármacos efectivos (como reemplazos de nicotina, bupropión, combinaciones de estos; y vareniclina) en quienes desean dejar de fumar.
– Aconsejar la práctica de **al menos 30 minutos diarios de actividad física** ya sea como ejercicios programados o a través de actividades de la vida cotidiana. No se requiere tratamiento inhalado en quienes no presentan ni sìntomas ni exacerbaciones con VEF_1 >50%.
– Indicar el **tratamiento con inhaladores** como aspecto central del manejo de la EPOC, según la gravedad de la obstrucción, la frecuencia de los síntomas y la periodicidad de las exacerbaciones, progresando en combinar alternativas según el control de estos aspectos.
– Indicar **las vacunas** contra la gripe (anual), y contra el neumococo.
– Brindar **programas educativos que promuevan el automanejo** de la enfermedad, ya sea individuales o grupales. En ellos se destaca el rol de los profesionales de enfermería.
– Recomendar la incorporación a programas de **rehabilitación respiratoria** a las personas con EPOC con obstrucción severa (VEF_1 menor al 50%) para mejorar la disnea y la calidad de vida con potencial beneficio en reducir las internaciones.

1. Se recomienda realizar espirometría pre y post broncodilatadores para detección de casos de EPOC:

- Ante la presencia de algún **síntoma respiratorio crónico** como tos o expectoración de 3 meses; disnea o sibilancias (auscultadas o autoreportadas) tanto **en fumadores o exfumadores.**
- Ante carga tabáquica mayor a 40 paquetes/año (aun en quienes no presentan síntomas respiratorios) tanto en fumadores o exfumadores.
- Se define como carga tabáquica la cantidad de años de tabaquismo multiplicados por el número de paquetes de 20 cigarrillos fumados por día:
    - Ej. fumar 40 cigarrillos diarios durante 10 años es igual a 20 paquetes/año; fumar 20 cigarrillos al día durante 9 años es igual a 9 paquetes/año.

El principal factor de riesgo de la EPOC es el tabaquismo actual o previo, asociado aproximadamente al 85% de los casos de EPOC.

- En menor número de personas, la EPOC no está vinculada al fumar, teniendo relación con el humo de biomasa (ej. braseros, quema de pastos o cosechas), exposición laboral a polvo y partículas (ej. minería, construcción de túneles), fumadores pasivos y otros. Incluso se observan algunos casos vinculados a antecedentes de tuberculosis, historia de asma mal controlado. Tener en cuenta que el déficit alfa 1 antitripsina (AAT), es otro de los factores asociados pero sólo se diagnostica en el 1% de las personas con EPOC.

2. ¿Cómo se realiza el diagnóstico de EPOC?

El diagnóstico de EPOC requiere de la demostración de obstrucción al flujo aéreo mediante espirometría (relación VEF_1/CVF menor a 0,70).

La capacidad vital forzada (CVF) es el volumen máximo de aire que se exhala de forma forzada y rápida tras una inspiración máxima en la maniobra de la espirometría. **El volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF_1)** es el volumen espirado durante el primer segundo de la maniobra espirométrica y es la medida utilizada para valorar el grado de severidad de la obstrucción

Tabla 1: Niveles de severidad de la obstrucción según VEF_1 post broncodilatador.

Leve	VEF_1 igual o mayor al 80%
Moderada	VEF_1 igual o mayor al 50% y menor al 80%
Severa	VEF_1 menor al 50%

Entonces, la relación VEF^1/CVF es la medida utilizada para determinar la presencia de obstrucción al flujo aéreo. El VEF_1 es la medida utilizada para determinar el grado de severidad del mismo

Tabla 2: Orientación para la interpretación de la espirometría (patrones)

Patrones espirométricos	VEF_1/CVF	CVF	VEF_1
Obstructivo	Disminuido	Normal	Normal o disminuido
Restrictivo (*)	Normal	Disminuido	Disminuido
Obstructivo con disminución de la CVF (*)	Disminuido	Disminuido	Disminuido
Tomando en cuenta el porcentaje del predicho, se considera normal: • CVF mayor o igual (≥) al 80% del predicho • VEF_1 mayor o igual (≥) al 80% del predicho • VEF_1 / CVF mayor o igual (≥) al 70% del predicho			

(*) Los patrones restrictivos podrían requerir confirmación con medición de los volúmenes pulmonares.

Para mayor información acerca de la interpretación de la espirometría puede acceder al curso gratuito, autoadministrado y de inscripción abierta en forma permanente en plataforma OPS en el apartado de cursos para países del Cono Sur (Argentina), sección autoaprendizaje.
http://cursospaises.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=200

3. Se recomienda que en la evaluación del paciente con EPOC se investigue acerca de:

- Tabaquismo actual y pasado. Calcular su carga tabáquica averiguando cuantos años fumó 20 cigarrillos diarios o su equivalente (paquetes/año). Tabaquismo pasivo.
- Presencia de exacerbaciones frecuentes (dos o más al año) que orienta a sumar opciones en el tratamiento con inhaladores. Tener en cuenta que una sola hospitalización se asocia a 50% de mortalidad a 5 años.
- Importancia de los síntomas (de ser necesario servirse de escalas como la mMRC para la disnea) y como interfieren en la vida cotidiana.
- Presencia de comorbilidades (tumores, arritmia, cor pulmonale, hipertensión pulmonar, y otras) ya que la mortalidad está fuertemente asociada a las mismas.
- Búsqueda de casos de déficit de alfa 1 antitripsina (dosaje en sangre) ante diagnóstico de EPOC en personas con carga baja tabáquica (ej. inferior a 20 paquetes/año), o con historia familiar de EPOC o de déficit de AAT, o ante la impresión clínica de desproporción entre la severidad de la EPOC y el riesgo del paciente.
- La presencia de ansiedad y de depresión en particular en aquellos con enfermedad severa (hipoxia, disnea severa, exacerbaciones e internaciones, VEF_1 menor al 50%). La depresión es frecuente en personas con EPOC y se asocia con mayor mortalidad. Existen cuestionarios específicos y fáciles de implementar. Un ejemplo de cuestionario validado es el PHQ-9 (ver aparte).
- Medición de la saturación de oxígeno (SaO_2) con oximetría de pulso ante VEF_1 menor al 50% para detectar hipoxemia crónica severa de reposo (PaO_2 igual o menor a 55 mmHg respirando aire ambiente) ya que estas personas se benefician al ser tratados con oxigenoterapia crónica domiciliaria. La SaO_2 menor o igual a 92% respirando

aire ambiente requiere corroborar el nivel de hipoxemia con gases arteriales para determinar la presión arterial de O_2 (PaO_2) en el marco de un tratamiento óptimo.

- La oximetría resulta imprescindible en personas con EPOC estable, ante:
  - VEF_1 menor al 40% del predicho o menor a 1,5 litros
  - cianosis
  - policitemia secundaria (hematocrito mayor al 55%)
  - cor pulmonale (edema periférico, ingurgitación yugular, hepatomegalia)

4. Tratamiento del paciente con EPOC.

Objetivos del tratamiento

Los objetivos en el manejo de la EPOC incluyen:
Dejar de fumar y vivir en ambientes libres de humo. Reducir a la exposición de otros factores de riesgo.
Mejorar la función pulmonar, la tolerancia al ejercicio y calidad de vida.
Disminuir las exacerbaciones y la mortalidad.

El tratamiento incluye medidas farmacológicas, no farmacológicas e inmunizaciones:

I. Cesación tabáquica:

- Motivar a todas las personas con EPOC a dejar de fumar utilizando tanto terapias comportamentales como farmacológicas. Son intervenciones que cambiarán el pronóstico y el bienestar. (Para las estrategias efectivas para ayudar a dejar de fumar ver GPC Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco www.msal.gov.ar/ent).

Se recomienda al equipo se salud utilizar la entrevista motivacional como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento. Este enfoque aumenta tanto el número de intentos de abandono como la tasa de cesación.

.

.

II. Actividad física:

- Motivar a todas las personas con EPOC a realizar actividad física en la vida cotidiana (aeróbica, de intensidad leve o moderada según su capacidad) ya que disminuye la mortalidad y el riesgo de exacerbaciones.

III. Educación para el automanejo:

- Incorporar a programas educativos (individuales o grupales) y otras intervenciones que promuevan el automanejo a todas las personas con EPOC para obtener mejoras en la disnea, calidad de vida, con reducción de las internaciones.

Los programas educativos son desarrollados por un equipo interdisciplinario dentro del cual se destaca el rol de los profesionales de enfermería y kinesiología, tanto en el ámbito de la internación como ambulatorio. Suelen incluir: cesación tabáquica, realización de ejercicio programado, reconocimiento y tratamiento de las exacerbaciones, correcto uso de medicación, técnicas de respiración, alimentación, estrategias para el manejo del estrés y otras.

IV. Inmunizaciones:

· Indicar las vacunas contra la gripe y el neumococo, acorde a los lineamientos de la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiNaCEI):

- Vacuna antigripal: 1 (una) dosis anual de vacuna inactivada trivalente independientemente de la edad.
- Vacuna neumococo polisacárida 23 valente (VPN23):
  - una sola dosis: cuando el diagnóstico de la EPOC se realice a partir de los 65 años.
  - dos dosis en la vida: cuando el diagnóstico se realice en menores de 65 años y repetirla a partir de los 65 años (con un intervalo mínimo de 5 años entre ambas dosis).

V. Programas de rehabilitación respiratoria:

· En personas con EPOC con obstrucción severa (VEF_1 menor al 50%), se recomienda la incorporación a programas de rehabilitación respiratoria para mejorar la disnea, la tolerancia al ejercicio y la calidad de vida, con potencial beneficio en reducir las internaciones.
· Su componente central es la actividad física reglada y supervisada, principalmente de ejercicios aeróbicos y de fortalecimiento -ya sea en intervalos o continuos- con eventual

asociación de educación para el cambio comportamental y apoyo psicológico, entre otros.

VI. Oxigenoterapia crónica domiciliaria (OCD):

✓ Se recomienda la OCD al menos 15 horas por día (óptimo 24 horas), en personas con **EPOC e hipoxemia crónica severa de reposo (PaO_2 igual o menor a 55 mmHg respirando aire ambiente).** Realizar estas mediciones en el contexto de un buen tratamiento de base.

✓ Se recomienda la OCD al menos 15 horas por día (óptimo 24 horas) en personas con EPOC con hipoxemia crónica entre 56 y 60 mmHg de PaO_2 respirando aire ambiente y presencia de al menos uno de las siguientes situaciones clínicas:

- cor pulmonale (edema periférico, insuficiencia cardiaca derecha)
- policitemia secundaria (Hematocrito mayor al 55%)
- hipertensión pulmonar

VII. Tratamiento farmacológico inhalado:

BD: broncodilatadores.
LAMA: BD antimuscarínico de acción larga.
LABA: ß2 adrenérgico de acción larga.
U-LABA: ß2 adrenérgico de acción ultra larga.
CI: corticoides inhalados.

Si bien la obstrucción bronquial no es totalmente reversible, los broncodilatadores constituyen la piedra angular del tratamiento, disminuyendo el tono de la vía aérea y la hiperinsuflación pulmonar dinámica y estática que es responsable de la disnea.

En la elección de los fármacos, tener en cuenta la respuesta sintomática y preferencias de la persona, el potencial del medicamento para reducir las exacerbaciones, sus efectos secundarios y el costo.

Tratamiento según el grado de severidad (ver algoritmo)

- **Personas con EPOC estable asintomáticos:**

No se recomienda que personas con EPOC con VEF_1 mayor al 50%, sin síntomas ni exacerbaciones reciban tratamiento inhalado ya que no previene el desarrollo de los síntomas ni enlentece el declive de la función pulmonar.

- **Personas con EPOC con obstrucción leve:** VEF_1 post broncodilatadores igual o mayor al 80% del predicho.

Utilizar broncodilatadores B_2 adrenérgicos y/o antimuscarínicos de acción corta por vía inhalatoria ya sea a demanda o como tratamiento continuo.

♦ No se recomienda el uso de corticoides inhalados en este grupo ya que no generan beneficios ni en la reducción de la tasa de exacerbaciones, ni enlentece la declinación de la función pulmonar, ni en la mejora de síntomas o en la disminución de la mortalidad.

- **Personas con EPOC con obstrucción moderada:** VEF_1 post broncodilatadores igual o mayor al 50 % y menor al 80 % del predicho.

Inicialmente se puede optar por broncodilatadores inhalados B_2 adrenérgico y/o antimuscarínico de acción corta (a demanda o como tratamiento continuo).

♦ En el caso de presentar **antecedentes de dos o más exacerbaciones** por año, se sugiere considerar el uso reglado de monoterapia con broncodilatadores de acción larga LAMA (como opción preferencial) o bien LABA, con el objetivo de reducir las exacerbaciones.

♦ En el caso de que se presenten **síntomas no controlados** a pesar de usar broncodilatadores de acción corta, se sugiere indicar el uso reglado de un broncodilatador de acción larga LAMA (como opción preferencial), o bien LABA o ultra–LABA, para manejo de los síntomas.

♦ **No utilizar conjuntamente** ultra-LABA con otros LABA o con combinaciones que contienen LABA (ej. LABA/CI).

- **Personas con EPOC con obstrucción severa:** VEF_1 post broncodilatadores menor al 50 % del predicho.

Iniciar tratamiento con el uso reglado de broncodilatadores de acción prolongada, siendo la opción preferencial:
- monoterapia con broncodilatación LAMA
y las opciones alternativas:
- monoterapia con broncodilatador ultra-LABA
- doble broncodilatación con la asociación ultra-LABA/LAMA
- sumar broncodilatación LAMA + LABA
- monoterapia con LABA
- asociación LABA/CI especialmente ante coexistencia de asma

♦ Utilizar broncodilatadores inhalados β2 adrenérgicos y/o antimuscarínicos de acción corta:
- como rescate,
- como tratamiento de base cuando los BD de acción larga no estén disponibles.

♦ En el caso de que se presenten **síntomas no controlados** a pesar del tratamiento con un broncodilatador de acción larga **LAMA o LABA o bien presenten dos o más exacerbaciones por año** se sugiere intensificar el tratamiento:
- rotar a doble broncodilatación con la asociación **ultra-LABA/LAMA**
- sumar broncodilatación LAMA + LABA
- rotar a la asociación LABA/CI

♦ En el caso de presentar **antecedentes de dos o más exacerbaciones** se recomienda iniciar tratamiento reglado para reducción de las exacerbaciones:
-monoterapia broncodilatadora con LAMA
-monoterapia broncodilatadora con ultra-LABA
-asociación LABA/CI
-doble broncodilatación con la asociación ultra-LABA/LAMA
-opción alternativa LABA.

VIII. Tratamiento farmacológico oral:

Se sugiere no utilizar como terapia de mantenimiento los corticoides sistémicos, por el estrecho balance entre los beneficios y los riesgos. Ni teofilina en forma habitual como terapia de mantenimiento, dados sus importantes efectos adversos y la baja eficacia.

Fármacos broncodilatadores inhalatorios

Medicamentos de acción corta: monodrogas

Broncodilatadores β_2 adrenérgicos de acción corta				
Droga	**Dispositivo**	**mcg por aplicación**	**Dosis a demanda**	**Dosis reglada**
Salbutamol	Aerosol	100	2 inhalaciones a demanda	4 inhalaciones c/6 hs
	Sol. para nebulizar al 0.5%	1 gota=250 mcg	10-20 gotas en 2,5 ml de sol. fisiológica a demanda	1 nebulización c/6 hs
Fenoterol	Aerosol	100	2 inhalaciones a demanda	4 inhalaciones c/6 hs
	Sol. para nebulizar al 0.5%	1 gota=250 mcg	10-20 gotas en 2,5 ml de sol. fisiológica a demanda	1 nebulización c/6 hs
Efectos Adversos	Temblor, taquicardia, palpitaciones, calambres. Riesgo de hipopotasemia severa, sobre todo con diuréticos. En la terapéutica inhalatoria puede producir broncoespasmo paradójico.			
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al principio activo. No debe ser usado en amenaza de aborto durante el primero o segundo trimestre del embarazo.			
Broncodilatadores antimuscarínicos de acción corta				
Ipratropio	Aerosol	20	1-2 inhalaciones a demanda	2 inhalaciones c/6 hs
	Sol. para nebulizar al 0.25%	1 gota=125 mcg	10-20 gotas en 2,5 ml de sol. fisiológica a demanda	1 nebulización c/6 hs
Efectos adversos	Sequedad bucal, efectos gastrointestinales, visión borrosa y retención urinaria son poco frecuentes.			
Contraindicaciones	Glaucoma de ángulo estrecho, hipertrofia benigna de próstata u obstrucción vesical no tratados.			

Medicamentos de acción corta: asociaciones en un mismo dispositivo

Broncodilatadores β_2 adrenérgicos y antimuscarínicos de acción corta en un mismo dispositivo				
Droga	**Dispositivo**	**mcg por aplicación**	**Dosis a demada**	**Dosis reglada**
Salbutamol/ ipratropio	Aerosol	120/21 mcg	1-2 inhalaciones a demanda	2 inhalaciones c/6 hs
	Sol. para nebulizar	1 vial=2.5 mg/0.5 mg	1 vial a demanda	1 vial c/6 hs
Fenoterol/ ipratropio	Aerosol	50/21 mcg	1-2 inhalaciones a demanda	2 inhalaciones c/8 hs
	Sol. para nebulizar	20 gotas= 1ml= 500/250 mcg	20 gotas en 3 ml de sol. fisiológica a demanda	1 nebulización c/6 hs
Efectos adversos	Ver BD ACCIÓN CORTA monodrogas.			
Contraindicaciones	Ver BD ACCIÓN CORTA monodrogas.			

Medicamentos de acción prolongada: Monodrogas

LABA (Broncodilatadores de larga acción β_2 adrenérgicos)				
Droga	**Dispositivo**	**mcg por aplicación**	**Indicaciones**	**Dosis**
Salmeterol	Dispositivo de polvo seco dosificado (Diskus ®)	50	1 inhalación cada 12 hs	100 mcg /día
Formoterol	Inhalador de polvo seco (Turbuhaler ®)	4,5	1/2 inhalación cada 12 hs	54 mcg/día
		9		
	Cápsulas de polvo seco para inhalar	12	1 inhalación cada 12 hs	
Ultra-LABA (Broncodilatadores de acción ultra larga β_2 adrenérgicos)				
Indacaterol	Cápsulas de polvo seco para inhalar (Breezehaler ®)	150	1 inhalación cada 24 hs	300 mcg/día
		300		
Efectos adversos	Palpitaciones, taquicardia, temblor, calambres, disturbios del sueño. En caso de indacaterol, tos postinhalación.			
Contraindicaciones	Hipersensibilidad al principio activo.			

LAMA (Broncodilatadores de larga acción antimuscarínicos)				
Droga	**Dispositivo**	**mcg por aplicación**	**Indicaciones**	**Dosis**
Tiotropio	Cápsulas de polvo seco para inhalar (Handihaler®)	18	1 inhalación cada 24 hs	18 mcg/día
	Inhalador a cartuchos (Respimat ®)	2,5	2 inhalaciones cada 24 hs	5 mcg/día
Glicopirronio	Cápsulas de polvo seco para inhalar (Breezehaler ®)	50	1 inhalación cada 24 hs	50mcg/día
Efectos adversos	Sequedad bucal, efectos gastrointestinales, visión borrosa y retención urinaria son poco frecuentes.			
Contraindicaciones	Glaucoma de ángulo estrecho, hipertrofia benigna de próstata u obstrucción vesical no tratados.			

Medicamentos de acción prolongada: Asociaciones en un mismo dispositivo

Asociaciones LABA/CI **(Broncodilatadores de larga acción β_2 adrenérgicos y un corticoide inhalado en un mismo dispositivo)**				
Droga	**Dispositivo**	**mcg por aplicación**	**Indicaciones**	**Dosis máxima**
Salmeterol/Fluticasona	aerosol	25/50	1-2 inhalación cada 12 hs	Definida por LABA
	Dispositivo de polvo seco dosificado (Diskus ®)	50/250	1 inhalación cada 12 hs	
		50/500		
	Cápsula de polvo seco para inhalar	50/250	1 inhalación cada 12 hs	
		50/500		
Formoterol/Budesonide	Cápsulas de polvo seco para inhalar	6/200	1-2 inhalaciones cada 12 hs	
		12/400	1 inhalación cada12 hrs	
	Inhalador de polvo seco (Turbuhaler ®)	4,5/160	1-2 inhalación cada 12 hs	
		9/320	1 inhalación cada 12 hs	
Formoterol/Mometasona	Cápsulas de polvo seco para inhalar	10/200	1 inhalación cada 12 hs	
	Aerosol	5/100	1-2 inhalaciones cada 12 hs	
		5/200		

Asociaciones Ultra-LABA/CI (Broncodilatadores de acción ultra larga β_2 adrenérgicos de 24 hs de duración y un corticoide inhalado en un mismo dispositivo)				
Droga	**Dispositivo**	**mcg por aplicación**	**Indicaciones**	**Dosis máxima**
Vilanterol /furoato de Fluticasona	Ellipta ®	22/92	1 inhalación día	Definida por LABA
Asociaciones Ultra-LABA+CI (Broncodilatadores de acción ultra larga β_2 adrenérgicos de 24 hs de duración con un corticoide inhalado en dispositivos o cápsulas por separado)				
Indacaterol/Budesonide	Cápsulas de polvo seco para inhalar (Dispositivo Breezehaler ®)	150/400 (cápsulas separadas)	3 cápsulas por día (1 indacaterol +2 budesonide 200)	Definida por LABA
Efectos adversos	Ronquera y candidiasis de boca y garganta. (Indicar enjuague bucal). Riesgo de neumonía Ver LABA y Ultra LABA.			
Contraindicaciones	Ver LABA y ultra LABA.			
Asociaciones Ultra-LABA/LAMA (Broncodilatadores de acción ultra larga β_2 Adrenérgicos de 24 hs de duración y otro anti muscarínico de acción larga en un mismo dispositivo)				
Indacaterol/glicopirronio	Cápsulas de polvo seco para inhalar (Breezehaler ®)	110/50	1 inhalación día	Definida por LABA
Efectos adversos	Ver LABA y LAMA.			
Contraindicaciones	Ver LABA y LAMA.			

5- Seguimiento y monitoreo de la persona con EPOC estable

El objetivo del seguimiento es disminuir la exposición a factores de riesgo (dejar de fumar, etc), detectar enfermedades comórbidas y ajustar el tratamiento para mejorar los síntomas y evitar las exacerbaciones.

Para ello realizar:

- Valoración clínica periódica:
  - hábito tabáquico (fumador actual, fumador pasivo, etc.).
  - estado nutricional (IMC bajo se relaciona con mayor mortalidad).
  - nivel de disnea (mMRC).
  - Evaluación de presencia de situaciones clínicas comórbidas (cor-pulmonale, tumores, otras).

  Ante obstrucción severa (VEF_1 menor al 50% postbroncodilatador) coordinar consultas al menos dos veces al año.
- Medición del grado de obstrucción: según disponibilidad y evolución. De estar disponible, indicar espirometría anual especialmente ante obstrucción severa (VEF_1 menor al 50% postbroncodilatador).
- Monitoreo del tratamiento farmacológico y técnica de uso de los aerosoles y dispositivos.
- Evaluación de las exacerbaciones: frecuencia, gravedad, necesidad de uso de corticoides orales e ingresos hospitalarios.

6- ¿Cuáles son los criterios para referir a atención especializada?

Se sugiere en las personas con EPOC que presentan las siguientes situaciones:

→ Dudas en el diagnóstico.
→ Presencia de cor pulmonale o sospecha de apnea de sueño.
→ Descenso acelerado de la función pulmonar (pérdida de más de 50 ml del VEF_1 por año).
→ Pacientes con exacerbaciones y hospitalizaciones frecuentes, o alto uso de recursos del sistema de salud.
→ Síntomas desproporcionados para el nivel de deterioro de la función pulmonar.
→ EPOC con obstrucción severa candidatos a cirugía de la EPOC o trasplante pulmonar (en particular menores de 65 años).
→ Dificultades en el manejo.
→ Evaluación y manejo de la indicación de oxigenoterapia crónica domiciliaria.
→ Manejo del déficit de alfa 1 antitripsina.
→ Consultas periódicas ante obstrucción severa (VEF_1 menor al 50%).

Cuestionario PHQ-9 para detección de depresión
El cuestionario PHQ-9 (*Patient Health Questionnaire*) emplea una escala tipo Likert y ha sido validado al castellano en contexto de atención primaria. El puntaje de resultados varía entre 0 y 27. La presencia de un puntaje menor a 5 puede considerarse como ausencia de depresión. Se han propuesto como límites los valores de 5 a 9 (depresión leve), 10 a 14 (depresión moderada), 15 a 19 (depresión moderada a severa) y más de 20 (depresión severa).

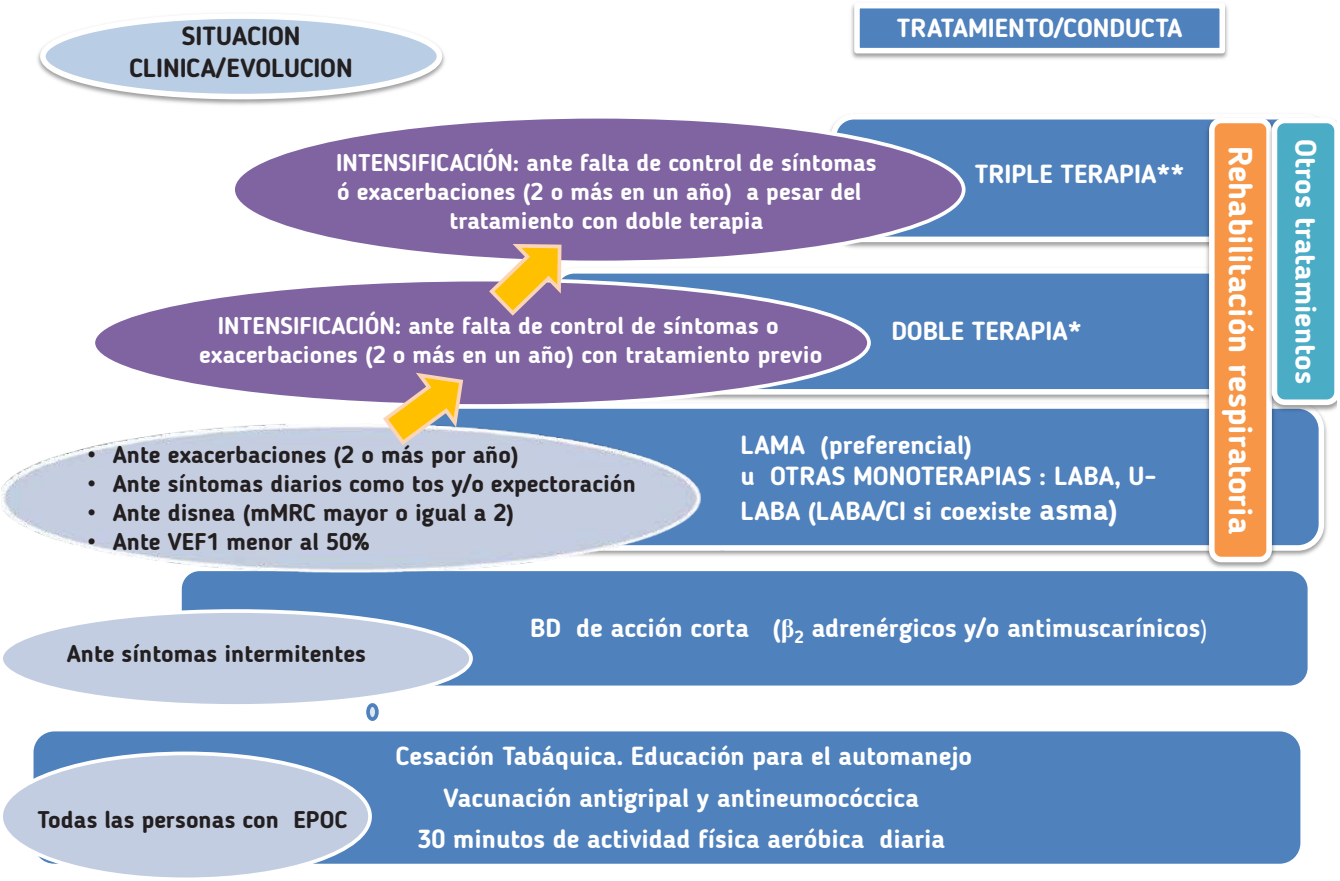
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?

	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3

Escala de evaluación de la disnea modificada (mMRC) del Consejo de Investigación Médica del Reino Unido (*Medical Research Council*)

GRADO	ACTIVIDAD
0	sólo me falta el aire cuando hago ejercicio intenso
1	me falta el aire cuando camino rápido en llano o subo una pendiente ligera
2	tengo que detenerme a recuperar aliento después de caminar unos 100 metros o después de unos pocos minutos de caminar en llano
3	tengo que detenerme a recuperar aliento después de caminar unos 100 metros o después de unos pocos minutos de caminar en llano
4	me falta demasiado el aire como para salir de mi casa o me falta el aire para vestirme o desvestirme

Algoritmo de tratamiento de la EPOC estable



BD: broncodilatadores. LAMA: BD antimuscarínico de acción larga. LABA: β_2 adrenérgico de acción larga. U-LABA: β_2 adrenérgico de acción ultra larga. CI: corticoides inhalados. mMRC: escala de disnea.
(*) LAMA + LABA ó U-LABA/LAMA o LABA/CI o U-LABA/CI. (**) LAMA + LABA /CI o U-LABA/CI o LAMA/U-LABA + CI .

Para más información:
"Guía de Práctica Clínica Nacional de Diagnóstico y Tratamiento de la EPOC.", disponible en www.msal.gov.ar/ent

CAPÍTULO 8
Tabaquismo

Resumen de recomendaciones:

Para promover los intentos de dejar de fumar:
– Interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de la salud sobre su consumo de tabaco,
– Brindar siempre un consejo breve de varios minutos para dejar de fumar y profundizar en los beneficios de la cesación,
– Implementar la entrevista motivacional como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento.

Para aumentar la efectividad de cada intento de cesación:
– Dedicar el mayor tiempo y número de contactos interpersonales posibles,
– Brindar Intervenciones breves o facilitar el acceso a Intervenciones intensivas tanto de forma individual como grupal,
– Combinar formatos de asistencia: consultas presenciales, líneas telefónicas de ayuda, manuales autoayuda, páginas web, mensajes de texto, etc.
– Implementar la consejería práctica para la cesación y ofrecer tratamiento farmacológico.

1. ¿Por qué es beneficioso dejar de fumar?

En pocos días descienden los niveles de presión arterial, frecuencia cardíaca y se normaliza la temperatura de las extremidades, mejora el olfato, disminuye el tono bronquial, mejora la disnea.
En pocas semanas se reducen los síntomas de la dependencia a la nicotina, mejora la circulación, y la tos crónica, fatiga y disnea vinculadas con fumar y se reduce la posibilidad de padecer infecciones.
En pocos años disminuye a un 50% el riesgo de enfermedad coronaria, infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular, que será comparable al de un no fumador en los próximos 5 a 15 años.
Luego de 10 años de exfumador, disminuye el riesgo de aparición de cáncer de pulmón de entre el 30% y el 50%, así como para otros tumores.

2. Se recomienda el rastreo de tabaquismo en:

Toda persona que consulta al sistema de atención de la salud por cualquier motivo.

3. ¿Qué rastrear?

○ Fumadores activos de todos o algunos días.
○ Nivel de dependencia:
- cantidad de cigarrillos/día,
- cuánto tiempo tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo.

○ el estado de motivación para dejar de fumar (el 70% está planeando dejar):
- preparado para intentarlo en el próximo mes,
- piensa que lo intentará en los próximos 6 a 12 meses,
- piensa dejar en un futuro pero no sabe cuándo,
- no piensa dejar de fumar.

○ personas que dejaron en los últimos 6 a 12 meses (prevención de recaídas).
○ fumador pasivo.

4. ¿Cuál es la frecuencia recomendada para el rastreo del tabaquismo activo?

En cada consulta de manera sistemática por todo el equipo de salud.

5. ¿Cómo se diagnostica si un adulto es fumador activo?

- ¿Alguna vez fumó cigarrillos (u otro tipo de tabaco)?
- ¿A qué edad comenzó a fumar?
- Actualmente ¿fuma usted cigarrillos (u otro tipo de tabaco) diariamente, algunos días o no fuma?

Más del 99% de los fumadores consumen cigarrillos. Un pequeño porcentaje fuma pipa, cigarrillos armados, cigarros o habanos. Por otro lado si bien mascar tabaco es muy infrecuente (0.2%) esta práctica estaría en crecimiento.

Si una persona fumó al menos 100 cigarrillos en su vida pero actualmente NO fuma y dejó de fumar hace más de 1 año, se considera Ex-Fumador.

6. ¿Cómo se diagnostica si es fumador pasivo?

- En su entorno, ¿fuman en presencia suya en lugares cerrados (trabajo, casa, auto, otros)?

Fumador pasivo es quien se encuentra expuesto al humo ambiental de tabaco en el hogar, vehículos, trabajo u otros ambientes cerrados. Todavía la mitad de la población refiere estar expuesto al humo ajeno. El 15% de las muertes de causas vinculadas al tabaco ocurren en fumadores pasivos.

Promueva vivir en ambientes libres de humo de tabaco (ALH) para prevenir enfermedades.

7. ¿Cómo evaluar a la persona que fuma?

Este capítulo incluye recomendaciones de tratamiento del tabaquismo en el adulto. Para tratamiento de la mujer embarazada que fuma o de fumadores en situaciones clínicas particulares (EPOC, internados, oncológicos, VIH, y otros) consultar las guías de lectura rápida y apartados específicos de la guía nacional (www.msal.gov.ar/tabaco)

Es importante:

a-Calcular carga tabáquica:
- paquetes/año: paquetes de 20 cigarrillos fumados por día multiplicado por los años de fumador. Si presenta más de 40 paquetes/año solicitar espirometría para evaluar obstrucción al flujo aéreo.

b- Evaluar la dependencia física a la nicotina
- cantidad de cigarrillos/día,
- tiempo desde que se levanta hasta que prende su primer cigarrillo,
- o bien test de dependencia a la nicotina (Fagerström). Disponible en www.msal.gov.ar/tabaco.

Si fuma más de 20 cig/día o fuma dentro de los primeros 30 minutos de levantarse, presenta ALTA DEPENDENCIA: se recomienda ofrecer ayuda farmacológica incluso a mayores dosis o extensión.

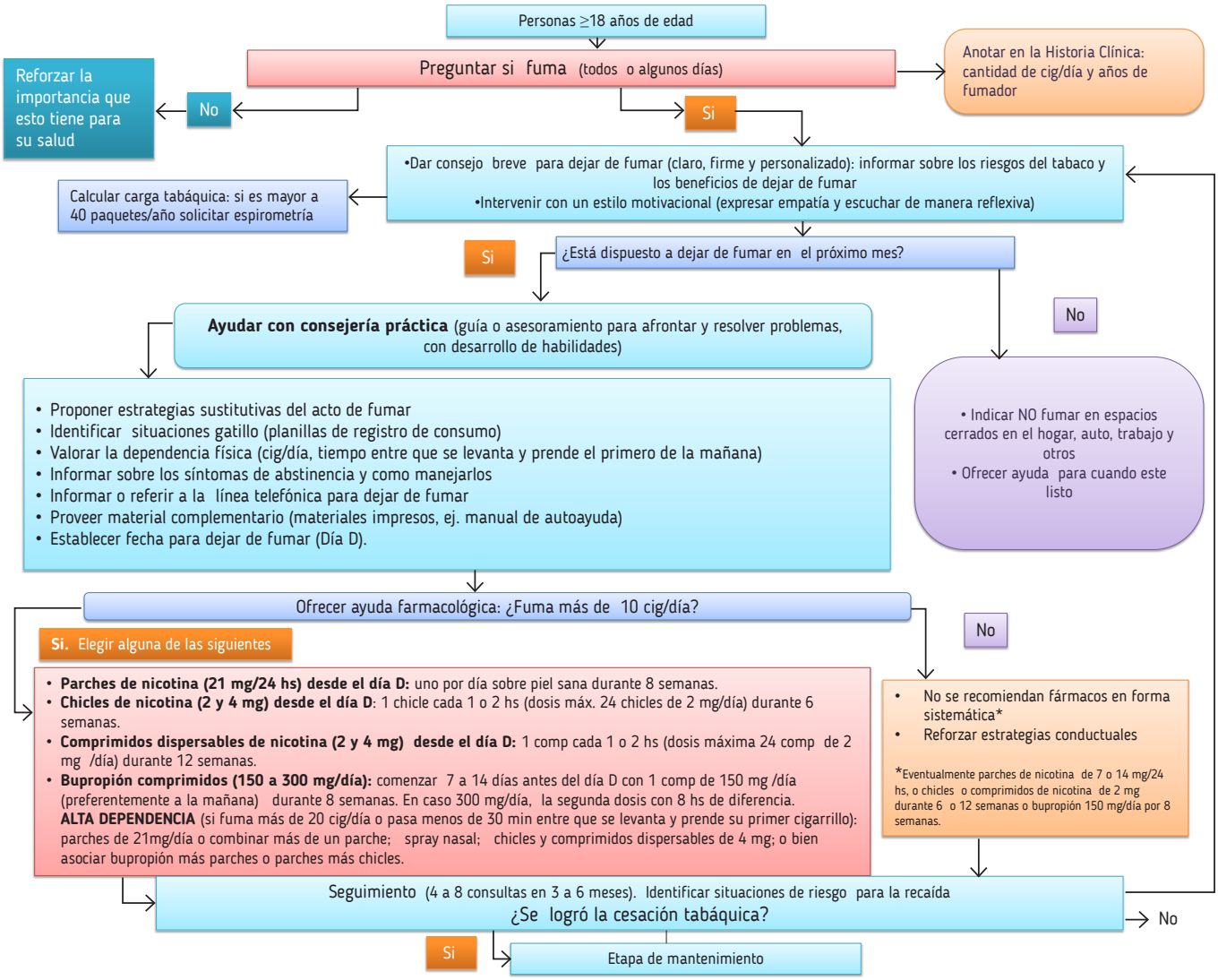
c- Valorar la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular:
- Obesidad o Sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m2).
- Inactividad física.
- Dislipemia.
- Diabetes Mellitus.
- Edad (mayores de 55 para hombres y 65 años en mujeres).
- Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura (menores de 55 años en los hombres y 65 en las mujeres).

d-Estimar el riesgo cardiovascular si la persona presenta hipertensión o diabetes asociada. (Ver capitulo 3).

8. ¿Cómo intervenir para ayudar a dejar de fumar?

- **Intervenciones breves**: Averiguar y Aconsejar; Asistir evaluando si está listo para dejar, Ayudar con herramientas conductuales y farmacológicas, y Acompañar en el seguimiento.
Duran entre 3 y 10 minutos y se deben implementar en todas las consultas independientemente que el paciente consulte por otra causa (ej.: dolor de rodilla).

- **Intervenciones intensivas:** individuales y/o grupales.
Estas son realizadas por profesionales especialmente dedicados a la cesación tabáquica. Las consultas son específicas para dejar de fumar. Pueden ser ofrecidas a todo tipo de población tanto en los formatos grupales, individuales y telefónicos, con el complemento materiales escritos u en otros formatos. Ver listado en www.msal.gov.ar/tabaco o bien consultar al 0800-999-3040.



Luego de ***Averiguar*** si es fumador:

Aconsejar la cesación con un consejo claro, firme y personalizado asociado a la situación clínica del paciente; explicar los beneficios a corto y a largo plazo de dejar de fumar y transmitir que existen tratamientos efectivos que pueden ayudarlo.
El consejo debe dirigirse a dejar de fumar completamente, porque fumar pocos cigarrillos sigue generándole importantes riesgos para la salud.

Ejemplo:
"Como tu médico, te aconsejo dejar de fumar. Es la decisión más importante que podes tomar para cuidar tu salud. Muchas personas lo logran diariamente y antes de intentarlo sentían que era imposible. Dejar de fumar rejuvenece. Te vas a liberar de una adicción y a sentirte mejor. Yo te puedo ayudar. Mientras que te terminas de hacer la idea, fuma siempre afuera, no fumes ni en el auto ni en ningún lugar cerrado".

Utilice el estilo motivacional de la atención ya que esto aumenta la tasa de éxito:

- *exprese empatía y escuche de manera reflexiva,*
- *ayude a tomar conciencia de las consecuencias de fumar y su discordancia con el nivel de salud deseado,*
- *evite discutir ya que esto genera mayor resistencia y hace que la persona no se sienta comprendida,*
- *fomente la autoeficacia manifestando confianza en la posibilidad de éxito.*

Se recomienda al equipo de salud utilizar la entrevista motivacional como estilo de atención para estimular el abandono y también durante todas las etapas del tratamiento.

Asistir preguntando si está dispuesto a hacer un intento serio y en qué plazo**.**

PARA QUIENES ESTÁN DISPUESTOS A DEJAR EN EL PRÓXIMO MES:
Si está disponible, articule con un servicio de cesación intensivo para aumentar el tiempo de intervención, ya que a mayor tiempo y número de contacto interpersonales, mayor es el aumento de las tasas de cesación.

Ayudar con herramientas conductuales y ofrecer opciones farmacológicas.

Como parte de la consejería para la modificación del comportamiento se recomienda utilizar los siguientes componentes psicoterapéuticos:

1) Desarrollo de habilidades, resolución de problemas y técnicas de afrontamiento del estrés.
2) Brindar acompañamiento y estímulo.
3) Apoyo social.

- Pídale que realice un listado personal de lo que ganará al dejar de fumar.
- Brinde una planilla de auto-registro del consumo para que anote en qué momentos fuma y así poder ver a qué situaciones se asocia (ej. e*l estrés, los sentimientos negativos, la compañía de con otros fumadores, beber alcohol o café o mate o bebidas cola).*
- Brinde información de consejería práctica con materiales impresos o grabaciones (ej.: manual de autoayuda (www.msal.gov.ar/tabaco) con estrategias sencillas como lavarse los dientes, tomar agua, llamar a alguien por teléfono, leer, realizar actividad física, tomar algo frío, realizar respiraciones profundas, etc.
- Propóngale una fecha cercana para dejar completamente (Día D).
- Dé a conocer la línea gratuita de ayuda al fumador con acceso desde todo el país 0800-999-3040.
- Haga hincapié en los beneficios que comenzarán a ocurrir desde el momento en que deje de fumar.
- Trabaje sobre los motivos personales para dejar de fumar. Interrogue acerca de las preocupaciones y las dudas relacionadas con el abandono del cigarrillo y valore los logros conseguidos hasta ese momento (ALH, no realizar acopio de cigarrillos).
- Informe sobre la naturaleza adictiva del tabaquismo y sobre las claves para el éxito.
- Informar sobre los síntomas de abstinencia:
  - Ganas intensas de fumar. Cefalea.
  - Disforia, inquietud, nerviosismo.
  - Aumento del apetito, insomnio, somnolencia.
  - Palpitaciones y sudoración.

- Recuérdele que la sensación intensa de fumar dura sólo 1 a 2 minutos. Las mismas serán cada vez más tenues y menos frecuentes en la medida en que transcurren más días sin fumar (craving).

Ofrezca tratamiento farmacológico efectivo: terapia de reemplazo nicotínico (TRN) y bupropión como primera línea; o vareniclina (ver guía nacional en www.msal.gov.ar/tabaco).

- El grado de dependencia orientará la dosis y la necesidad de combinación de fármacos (no usar sistemáticamente en fumadores de 10 o menos cigarrillos).
- Tenga en cuenta que cada cigarrillo libera 1 a 2 mg de nicotina.
- El día D se refiere a una fecha concreta a corto plazo desde la que deja de fumar totalmente.

- **Terapia de reemplazo nicotínico (TRN):** incluyen parches, chicles, comprimidos y spray nasal. Precaución dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio o arritmias graves o angina inestable.

Parches de nicotina 7, 14, 21 mg/día (venta libre):
- desde el día D, uno por día **durante 8 semanas.**
- Modo de uso: aplicar sobre piel sana y rotar lugar de aplicación del nuevo parche cada día.
- **Alta dependencia**: 21 mg/día o más (usando más de un parche), o asociar los parches con otros modos de presentación de TRN, o asociar parches con otras opciones farmacológicas.
- Efectos adversos más frecuentes: alteración del sueño (sacar por la noche), sueños vívidos, reacciones cutáneas leves.

Chicles de nicotina de 2 y 4 mg (venta libre):
- desde el día D: 1 chicle cada 1 o 2 hs (dosis máxima 24 chicles de 2 mg/día) durante 6 semanas.
- Modo de uso: masticar el chicle lentamente hasta obtener un sabor picante, dejar el chicle en el carillo en reposo varios minutos y luego volver a masticar hasta obtener el sabor picante. Repetir esto hasta que el chicle pierda

el sabor. Evitar alimentos y bebidas ácidas (cítricos, café, mate) desde 15 min antes y durante su uso.

- **Alta dependencia**: chicles de 4 mg solos o asociados a otras TRN.
- Efectos adversos más frecuentes: hipo, eructos, dispepsia, dolor de la articulación témporo mandibular.

Comprimidos dispersables de nicotina de 2 y 4 mg (venta libre):

- Desde el día D: 1 comp. cada 1 o 2 hs (dosis máxima 24 comp. de 2 mg/día) durante 12 semanas.
- Modo de uso: dejar que se disuelva en la boca (no tragar ni masticar). Evitar alimentos y bebidas ácidas (cítricos, café, mate) desde 15 minutos previos y durante su uso.
- **Alta dependencia**: comp. de 4 mg solos o asociados a otras TRN.
- Efectos adversos más frecuentes: hipo, nauseas y pirosis. Cefalea y tos en los de 4 mg.

Spray nasal de nicotina (prescripción bajo receta):

- Una aplicación (0,5 mg) en cada fosa nasal (total 1 mg por dosis) una a dos veces por hora. Aumentar de acuerdo a los síntomas de abstinencia (mínimo 8; máximo 40 dosis/día (5 dosis/hora)) por 12 semanas.
- Modo de uso: aplicar horizontalmente hacia el tabique nasal y no inhalar. Evitar en pacientes con hiperreactividad bronquial. Usar con precaución en arritmias graves, angina inestable y dentro de las 2 semanas de un infarto agudo de miocardio.
- Utilizarlo especialmente en fumadores con alta dependencia no asmáticos ni adictos a sustancias.
- Su eficacia es algo superior a otras formas de TRN, facilita el manejo del craving pero presenta más riesgo de generar adicción al spray.

- **Bupropión comprimidos de liberación prolongada de 150 mg (receta archivada):**

- Modo de uso: comenzar 7 a 14 días antes del día D con 1 comp de 150 mg /día (preferentemente por la mañana) y completar 7 a 12 semanas. En caso de 300 mg/día, la segunda dosis 8 hs después de la primera.
- Contraindicaciones: epilepsia, alguna convulsión alguna vez en la vida, antecedente de traumatismo de cráneo grave (fractura craneana, pérdida de conocimiento prolongada). Trastornos de la conducta alimentaria. Cualquier situación clínica o fármacos que predisponga a convulsiones (ej.: hipoglucemiantes, insulina, teofilina, antipsicóticos, antidepresivos, corticoides sistémicos). Ingesta de IMAO. Alcoholismo activo. Precaución: Diabetes, antirretrovirales.
- Efectos adversos más frecuentes: el efecto adverso más grave es la aparición de convulsiones (1/10000). Los más frecuentes: alteración del sueño, boca seca, cefalea, prurito, reacciones alérgicas. Advertencia: se describen en algunos casos ánimo deprimido y agitación y aparición de hipertensión durante el tratamiento.

Fumadores con alta dependencia a la nicotina (fuma más de 20 cig/día o pasa menos de 30 min entre que se levanta y prende su primer cigarrillo) pueden requerir mayores dosis o duración o asociación de opciones farmacológicas:

- parche de nicotina de 21 mg/día + otro parche de igual o menor graduación (7 o 14 mg/día).
- parche de nicotina de 21 mg/día + chicles de nicotina.
- parche de nicotina de 21 mg/día + bupropión.
- spray nasal de nicotina.
- chicles o comprimidos dispersables de nicotina de 4 mg.
- parche de nicotina de 21 mg/día + spray nasal de nicotina.

Otras estrategias complementarias para la asistir a los pacientes para dejar de fumar.

Recursos disponibles:

- Línea telefónica con seguimiento 0800-999-3040 para fumadores u orientación del equipo de salud
- Materiales de autoayuda impresos, o descargables (pdf y audio) (http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000584cnt-2014-07_manual-autoayuda-dejar-de-fumar.pdf)

Acompañar en el seguimiento del paciente.

- Es importante que el profesional de la salud programe consultas con el paciente.
  - al menos 4 a 8 consultas en un periodo de 3 a 6 meses para alcanzar y mantener la cesación.
  - volver a intentar la cesación en el caso que vuelva fumar: no se requiere un tiempo de latencia. Guiarse por la motivación y la situación clínica.
  - En aquellos casos en los que el paciente no alcanzó la cesación se recomienda volver a evaluar el estado de motivación y realizar nuevamente una intervención motivacional.

Para más información consulte:

- Guía Nacional en su versión breve o en sus guías de lectura rápida para ayudar a embarazadas que siguen fumando, o bien en pacientes internados, o con situaciones clínicas como EPOC, VIH, padecimientos mentales y otros en www.msal.gov.ar/tabaco
- Curso para el equipo de salud en abordaje integral de tratamiento del tabaquismo www.capacitacionsumar.gov.ar

CAPÍTULO 9
Alimentación saludable

Una alimentación saludable es la que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía que cada persona necesita para mantenerse sana. Alimentarse saludablemente, además de mejorar la calidad de vida en todas las edades, ha demostrado prevenir el desarrollo de enfermedades como la obesidad, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardio y cerebrovasculares, hipertensión arterial, osteoporosis, algunos tipos de cáncer, anemia, entre otras.

Los 10 mensajes para una alimentación saludable

MENSAJE 1
INCORPORAR A DIARIO ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS Y REALIZAR AL MENOS 30 MINUTOS DE ACTIVIDAD FÍSICA.

· Realizar 4 comidas al día (desayuno, almuerzo, merienda y cena) incluir verduras, frutas, legumbres, cereales, leche, yogur o queso, huevos, carnes y aceites.
· Realizar actividad física moderada continua o fraccionada todos los días para mantener una vida activa.
· Comer tranquilo, en lo posible acompañado y moderar el tamaño de las porciones.
· Elegir alimentos preparados en casa en lugar de procesados.
· Mantener una vida activa, un peso adecuado y una alimentación saludable previene enfermedades.

MENSAJE 2
TOMAR A DIARIO 8 VASOS DE AGUA SEGURA.

· A lo largo del día beber al menos 2 litros de líquidos, sin azúcar, preferentemente agua.
· No esperar a tener sed para hidratarse.
· Para lavar los alimentos y cocinar, el agua debe ser segura.

MENSAJE 3
CONSUMIR A DIARIO 5 PORCIONES DE FRUTAS Y VERDURAS EN VARIEDAD DE TIPOS Y COLORES.

· Consumir al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y 2 o 3 frutas por día.
· Lavar las frutas y verduras con agua segura.
· Las frutas y verduras de estación son más accesibles y de mejor calidad.
· El consumo de frutas y verduras diario disminuye el riesgo de padecer obesidad, diabetes, cáncer de colon y enfermedades cardiovasculares.

MENSAJE 4
REDUCIR EL USO DE SAL Y EL CONSUMO DE ALIMENTOS CON ALTO CONTENIDO DE SODIO.

· Cocinar sin sal, limitar el agregado en las comidas y evitar el salero en la mesa.
· Para reemplazar la sal utilizar condimentos de todo tipo (pimienta, perejil, ají, pimentón, orégano, etc.)
· Los fiambres, embutidos y otros alimentos procesados (como caldos, sopas y conservas) contienen elevada cantidad de sodio, al elegirlos en la compra leer las etiquetas.
· Disminuir el consumo de sal previene la hipertensión, enfermedades vasculares y renales, entre otras.

MENSAJE 5
LIMITAR EL CONSUMO DE BEBIDAS AZUCARADAS Y DE ALIMENTOS CON ELEVADO CONTENIDO DE GRASAS, AZÚCAR Y SAL.

· Limitar el consumo de golosinas, amasados de pastelería y productos de copetín (como palitos salados, papas fritas de paquete, etc.).
· Limitar el consumo de bebidas azucaradas y la cantidad de azúcar agregada a infusiones.
· Limitar el consumo de manteca, margarina, grasa animal y crema de leche.
· Si se consumen, elegir porciones pequeñas y/o individuales. El consumo en exceso de estos alimentos predispone a la obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

MENSAJE 6
CONSUMIR DIARIAMENTE LECHE, YOGUR O QUESO, PREFERENTEMENTE DESCREMADOS.

· Incluir 3 porciones al día de leche, yogur o queso.
· Al comprar mirar la fecha de vencimiento y elegirlos al final de la compra para mantener la cadena de frío.
· Elegir quesos blandos antes que duros y aquellos que tengan menor contenido de grasas y sal.
· Los alimentos de este grupo son fuente de calcio y necesarios en todas las edades.

MENSAJE 7
AL CONSUMIR CARNES QUITARLE LA GRASA VISIBLE, AUMENTAR EL CONSUMO DE PESCADO E INCLUIR HUEVO.

· La porción diaria de carne se representa por el tamaño de la palma de la mano.
· Incorporar carnes con las siguientes frecuencias: pescado 2 o más veces por semana, otras carnes blancas 2 veces por semana y carnes rojas hasta 3 veces por semana.
· Incluir hasta un huevo por día especialmente si no se consume la cantidad necesaria de carne.
· Cocinar las carnes hasta que no queden partes rojas o rosadas en su interior previene las enfermedades transmitidas por alimentos.

MENSAJE 8
CONSUMIR LEGUMBRES, CEREALES PREFERENTEMENTE INTEGRALES, PAPA, BATATA, CHOCLO O MANDIOCA.

· Combinar legumbres y cereales es una alternativa para reemplazar la carne en algunas comidas.
· Entre las legumbres puede elegir arvejas, lentejas, soja, porotos y garbanzos y entre los cereales arroz integral, avena, maíz, trigo burgol, cebada y centeno, entre otros.
· Al consumir papa o batata lavarlas adecuadamente antes de la cocción y cocinarlas con cascara.

MENSAJE 9
CONSUMIR ACEITE CRUDO COMO CONDIMENTO, FRUTAS SECAS O SEMILLAS.

· Utilizar dos cucharadas soperas al día de aceite crudo.
· Optar por otras formas de cocción antes que la fritura.
· En lo posible alternar aceites (como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola).
· Utilizar al menos una vez por semana un puñado de frutas secas sin salar (maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) o semillas sin salar (chía, girasol, sésamo, lino, etc.).
· El aceite crudo, las frutas secas y semillas aportan nutrientes esenciales.

MENSAJE 10
EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS DEBE SER RESPONSABLE. LOS NIÑOS, ADOLESCENTES Y MUJERES EMBARAZADAS NO DEBEN CONSUMIRLAS. EVITARLAS SIEMPRE AL CONDUCIR.

· Un consumo responsable en adultos es como máximo al día, dos medidas en el hombre y una en la mujer.
· El consumo no responsable de alcohol genera daños graves y riesgos para la salud.

GRÁFICA DE LA ALIMENTACION DIARIA

Grupos de alimentos

Frutas y Verduras

Verduras: Existe una gran variedad en términos de sabor, texturas y aportan vitaminas, minerales y fibra. Preferirlas crudas y cocinadas al vapor (al dente).
Frutas: Incorporarlas preferentemente con cáscara, no maduras o en ensaladas de frutas, con yogur, gelatina preferentemente sin azúcar.

Cantidades diarias recomendadas: al menos medio plato de verduras en el almuerzo, medio plato en la cena y 2 o 3 frutas por día.

Legumbres, cereales y vegetales feculentos

Legumbres: arvejas, garbanzos, porotos, lentejas, soja. Tienen valor de saciedad por su aporte de fibra y proteínas. También aportan vitaminas y minerales.

Cereales: trigo, avena, cebada, centeno, etc.
Fideos: preferentemente de laminado grueso (tirabuzón, mostacholes, moños) e integrales, cocinados al dente para aumentar el valor de saciedad. Servirlos con salsa tipo filetto sin agregado de grasas o combinar con verduras como berenjena, puerro, brócoli, zanahoria, pimiento.
Arroz preferentemente integral, trigo burgol.
Salvado de avena o de trigo: recurso para aumentar el consumo de fibra y lograr aumento de la saciedad. Se pueden agregar a yogures, sopas, ensaladas.
Cereales para el desayuno: copos de maíz sin azúcar, avena, granola.
Vegetales feculentos (papa, batata, choclo y mandioca): tienen un mayor contendido de hidratos de carbono por esta razón se sugiere incluirlos en cantidad moderada en reemplazo de los cereales o legumbres.

Cantidades diarias recomendadas
✓½ plato de legumbres o arroz integral, pastas u otros cereales cocidos combinado

con verduras (hasta 2 veces por semana puede reemplazarse por 2 porciones de pizza o tarta o 2 empanadas).

Más

✓ 2 pancitos chicos en lo posible integrales
✓ *1 pancito chico es igual a:*
→ 4 tostadas de pan francés.
→ 2 rebanadas de pan integral.
→ ½ taza de copos de cereales integrales sin azúcar.

Leche, yogur y queso preferentemente descremados

Leche: total o parcialmente descremadas, líquidas o en polvo, para cortar infusiones, en preparaciones como budines, salsas. Si se le agrega un proceso de batido o licuado, incorporando aire a la mezcla se obtiene mayor volumen y saciedad.
Yogur: descremado, preferentemente sin azúcar agregado. Existen con agregado cereales y/o frutas.
Quesos: queso blanco descremado o de pasta blanda con bajo contenido en grasas. Limitar el consumo de queso duros o semiduros y el queso rallado.

Las cantidades diarias recomendadas son 3 porciones al día de leche, yogur o queso.
1 porción equivale a:
✓ 1 taza de leche líquida (200cc)
✓ 2 cucharadas soperas de leche en polvo.
✓ 1 pote de yogur.
✓ 1 porción tamaño cajita de fósforos de queso fresco.
✓ 3 fetas de queso de máquina.
✓ 6 cucharadas soperas de queso untable.
✓ 3 cucharadas tipo té de queso de rallar.

Carnes y huevo

Elegir cortes magros. Siempre quitar la grasa visible antes de la cocción.
Vacuna: lomo, bola de lomo, cuadril, nalga, cuadrada, peceto, etc. Evitar carnes veteadas (las vetas implican la presencia de grasa intramuscular). Para carnes picadas preferir cortes magros y hacerlos picar.
Cordero: retirando la grasa visible, se obtiene una porción más tierna y magra que la de vaca.
Cerdo: lo ideal es optar por cortes con bajo contenido en grasas como cuadrada, nalga, carré, solomillo y bola de lomo.
Pollo: la pechuga sin piel es la parte con menor contenido graso.
Pescado: de mar (bacalao, caballa, merluza, mero, sardina, atún) y de río (trucha, dorado, surubí). Fresco o enlatado (colocarlo en un colador bajo el chorro de agua para disminuir su contenido en sodio).
Mariscos: almejas, mejillones, camarones, calamares, langostinos, etc.
Cerdo: elegir cortes más magros, por ej. carré. Usar en preparaciones al horno, plancha, parrilla, guisos, hamburguesas caseras, albóndigas.

Frecuencia recomendada: pescado 2 o más veces por semana, otras carnes blancas 2 veces por semana y carnes rojas hasta 3 veces por semana.

Cantidad recomendada: una porción se representa por el tamaño de la palma de la mano.
Huevo: En preparaciones como soufflé, budines, tortillas o duro sin frituras. La clara resulta un alimento óptimo para incluir en el plan alimentario por su aporte de proteínas de alto valor biológico, nulo aporte de lípidos, alta posibilidad de utilización en preparaciones, bajo costo y alta aceptación por parte de la mayoría de las personas.

Cantidad recomendada: hasta 1 huevo por día, especialmente si no se consume la cantidad necesaria de carne.

Aceites, frutas secas o semillas

Aceite: En lo posible alternar aceites como girasol, maíz, soja, girasol alto oleico, oliva y canola. Se aconseja utilizarlo sólo en crudo para condimentar. Evitar frituras y salteados.

Cantidades diarias recomendadas: dos cucharadas de aceite crudo.
Utilizar al menos una vez por semana un puñado de *frutas secas sin salar* (maní, nueces, almendras, avellanas, castañas, etc.) o *semillas sin salar* (chía, girasol, sésamo, lino, etc.).

Alimentos de consumo opcional

Mayonesa: usar las de bajo contenido graso (lípidos alrededor del 20%). Limitar su consumo, se puede reemplazar por otros aderezos como queso blanco o yogurt natural condimentado con cebolla de verdeo, palta licuada con jugo de limón.
Margarinas: seleccionar aquellas de bajo contenido graso (menor al 35% y sin grasas trans).
Bebidas azucaradas: Limitar el consumo de bebidas azucaradas y la cantidad de azúcar agregada a infusiones.
Golosinas, amasados de pastelería y productos de copetín (como palitos salados, papas fritas de paquete, etc.)

Si se consumen alimentos de este grupo, elegir porciones pequeñas y/o individuales. El consumo en exceso de estos alimentos predispone a la obesidad, hipertensión, diabetes y enfermedades cardiovasculares, entre otras.

Agua

Tomar a diario 8 vasos de agua segura
A lo largo del día beber al menos 2 litros de líquidos, preferentemente agua. No esperar a tener sed para hidratarse.

Otros grupos de alimentos

- Condimentos y edulcorantes:
Condimentos: Orégano, laurel, pimienta, tomillo, estragón, azafrán, romero, albahaca, canela, nuez moscada, clavo de olor. Son útiles para resaltar el sabor de las preparaciones y como reemplazo de la sal.
Sal: evitar usar al cocinar y solo agregar lo mínimo al final de la preparación.
Edulcorantes: líquido, en polvo, o pastillas. Se puede utilizar en reemplazo del azúcar.
- Bebidas y caldos:
Bebidas sin azúcar: gaseosas *y aguas saborizadas sin azúcar, jugos para preparar en polvo sin azúcar.*
Infusiones: té tradicional de hierbas o saborizado, mate cebado o cocido, café, malta. Pueden consumirse amargas o endulzadas con edulcorantes.
Caldos*:* preferentemente caseros.
- Bebidas con alcohol: el consumo de bebidas alcohólicas debe ser responsable. Un consumo responsable en adultos es como máximo al día, dos medidas en el hombre y una en la mujer. El consumo no responsable de alcohol genera daños graves y riesgos para la salud.

¿Cómo realizar un plan alimentario?

Un plan de alimentación tiene que adecuarse a las necesidades individuales de cada persona. Tener en cuenta: diagnóstico clínico y nutricional, requerimientos nutricionales y respetar lo mejor posible sus gustos y hábitos. Para llevarlo a cabo es necesario tener en cuenta una serie de pasos.

1) Realizar una anamnesis alimentaria:

Obtener un amplio conocimiento acerca de la alimentación habitual de la persona porque todo cambio brusco puede disminuir la adherencia al tratamiento.

Una dieta impresa estandarizada difícilmente se adaptará a los hábitos de la persona, influyendo en forma negativa en el seguimiento de la misma.

Se debe conocer a fondo no sólo lo que come la persona sino cómo, dónde y con quién.

De allí surge la importancia de realizar un interrogatorio o "Anamnesis Alimentaria"

El interrogatorio alimentario debe permitir conocer:

- Consumo de alimentos, siguiendo un orden por grupos.
- Rechazo a alimentos y causas.
- Preferencia por lo dulce o salado.
- Consumo de bebidas.
- Ritmo alimentario (comida única, alimentación fraccionada, picoteo) y horarios.
- Comidas fuera del hogar.

Pueden utilizarse diferentes métodos según preferencias y disponibilidad. Algunos de los más utilizados son:
Recordatorio de 24 o 48 horas: Recordar para definir y cuantificar todas las comidas y bebidas ingeridas durante un período anterior a la entrevista. Estos días deben ser representativos del consumo habitual. Es rápido, evaluable en el momento. Pueden usarse fotos o recipientes con medidas caseras. Puede ofrecérsele a la persona una tabla para ser completado de un modo más ordenado o realizarlo el profesional.
Registro semanal: Similar al anterior

Cuestionario de frecuencia de consumo: Investiga acerca de la frecuencia con que son consumidos los alimentos (diarios, semanales, quincenales, esporádicos).

Alimento	Más de una	Una vez al día	3 veces por semana	1 o 2 veces por semana	1 vez por mes o menos	Nunca
Leche ent.						
Leche desc.						
Yogur ent.						
Yogur desc.						
Queso ent.						
Queso desc.						
Huevo						
Carne vacuna						
Pollo						
Pescado						
Hortalizas						
Frutas						
Pan						
Galletas						
Arroz						
Pastas						
Legumbres						
Azúcar						
Dulces						

pero muestra una pauta más exacta de las elecciones de la persona y su ordenamiento en el tiempo. Incluir igual que en el anterior, comida y bebida.

Se debe completar con una cruz el casillero correspondiente a la frecuencia de consumo de los alimentos.

2) Determinar los requerimientos nutricionales.

Ver anexo 10 en GPC Obesidad. (http://www.msal.gob.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2014-10_gpc_obesidad.pdf)

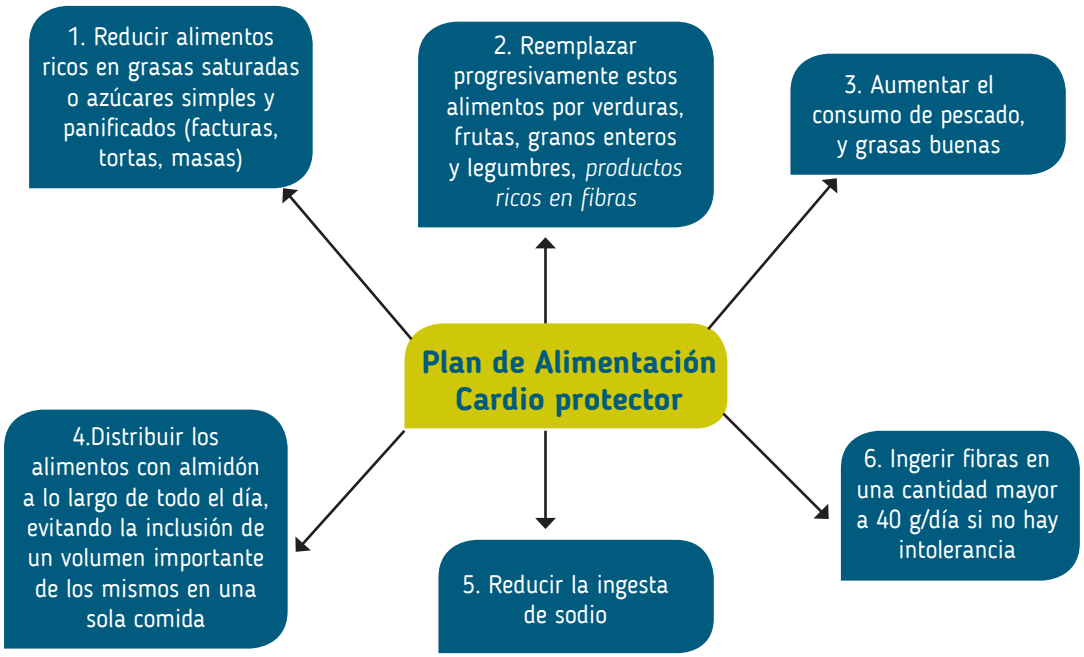
3) Realizar y acordar con la persona un programa de alimentación saludable.

Trabajar juntos los objetivos posibles de alcanzar para lograr la adherencia al tratamiento y priorizarlos en función a las necesidades.

4) Monitoreo nutricional.

Realizar un seguimiento nutricional con una frecuencia variable según cada caso y registrar en la historia clínica para que esté al alcance de todo el equipo de salud.

Para llevar una alimentación saludable y prevenir enfermedades crónicas se recomienda adoptar un plan alimentario cardio protector



Ejemplos de alimentos y preparaciones que se puede incluir en un plan alimentario saludable cardioprotector.

Opciones de desayuno y merienda

• 1 taza de leche descremada + una rodaja tipo molde de pan integral + una feta de queso de máquina.
• Infusión (te, mate, café) + media taza de leche descremada + una taza tipo te de ensalada de frutas + un pote de yogurt descremado.
• Infusión + media taza de leche descremada + un yogurt descremado + 1 barra de cereal light
• Licuado de banana (1 taza de leche descremada + una banana chica).
• Licuado de fruta al agua + una rodaja de pan integral tipo molde con queso blanco descremado.
• Infusión + un yogurt con copos sin azúcar + una fruta chica.

Opciones de Almuerzos y Cenas

• Almuerzo una porción mediana de carne vacuna sin grasa visible o pollo sin piel o pescado o 1 huevo más 2 claras o queso descremado (tamaño caja chica de fosforo) más dos claras de huevo + plato de ensalada o preparaciones con verduras.
• Cena 1/2 plato de arroz preferentemente integral o fideos o legumbres-lentejas, porotos o garbanzos + ensalada o preparaciones con verduras.

Opciones de carnes

Una porción mediana de:
- Milanesa de carne vacuna o pollo o pescado al horno.
- Bife a la plancha.
- Suprema de pollo.
- Pescado fresco o al natural.
- Carne al horno (2 rodajas finas).
- Pan de carne (2 rodajas finas).
- Albóndigas de carne o atún (3 unidades).
- Mariscos (medio plato).

Opciones de cereales/legumbres

Medio plato de:
• 1 porción de tarta de espinaca (una tapa de masa).
• 2 empanadas de verduras.

• Fideos tirabuzón o mostacholes al dente.
• Lentejas con choclo o arroz.
• Ensalada de garbanzos o porotos negros y arroz integral.

Opciones de ensaladas
Medio plato de:
• Tomate, zanahoria y remolacha rallada.
• Zapallitos verdes y tomate.
• Repollo colorado y blanco.
• Tomate, zanahoria y pepino.
• Zanahoria rallada, rúcula y palmitos.
• Berenjenas a la provenzal.

Opciones de preparaciones con verduras
Medio plato de:
- Soufflé de espinacas o zapallo.
- Budín de zapallitos.
- Tortilla de brócolis o acelga o zapallitos.
- Wok de verduras.
- Calabaza rellena espinaca y queso blanco.

Opciones de postre o colación:
• Una fruta fresca mediana (manzana, durazno, damasco, naranja, mandarina, pomelo, pera).
• Dos ciruelas chicas.
• Dos kiwis.
• Una banana chica o una taza de uvas.
• Una rodaja de ananá fresco o en almíbar light.
• Dos mitades de duraznos o peras en almíbar light.
• Una taza tipo te de cubos de melón o sandia.
• Aspic (gelatina + frutas).
• 1 postre de leche descremada.

Herramientas a tener en cuenta para problemas de salud particulares:

- Hipertensos:

· Evitar el uso de sal para cocinar y condimentar alimentos. Reemplazar por condimentos aromáticos (orégano, albahaca, pimienta molida y-o en granos, limón, etc).
· Evitar el uso de alimentos y/o bebidas envasadas ya que el sodio se utiliza muchas veces como conservante.
· Reconocer que los alimentos pre-elaborados suelen contener una cantidad de sodio mayor a los naturales.
· Leer el rótulo de los alimentos para saber si son bajos en sodio.

- Sobrepeso/Obesidad

Reconocer y registrar la ingesta real. Ayudar a priorizar a reconocer y priorizar alimentos con menor densidad calórica para ir haciendo una reducción paulatina y progresiva de la ingesta. Leer el rotulo de los alimentos. Aprender a elegir.

- Diabéticos:

· Evitar el consumo de hidratos de carbono/ azucares simples como el azúcar de mesa y reemplazar por edulcorantes no calóricos.
· Priorizar en las comidas la incorporación de alimentos con bajo índice glucémico. Ver cuadro con ej.
· Leer el rotulo de los alimentos y ayudar a reconocer los términos equivalentes al azúcar (dextrosa, sacarosa, glucosa, etc).

ÍNDICE GLUCÉMICO DE ALGUNOS ALIMENTOS/Nutrientes[11]
(utilizando la glucosa como patrón estándar)

Alimentos con IG muy bajo (≤ 40)
Manzanas crudas
Lentejas
Soja
Judías
Leche de vaca
Zanahorias (cocidas)
Cebada
Fructosa

Alimentos con IG bajo (41 – 55)
Fideos y pasta
Jumo de manzana
Naranjas crudas/Jumo de naranja
Dátiles
Plátano crudo
Yogur (con frutas)
Pan de semillas
Mermelada de frutilla
Maíz
Chocolate
Lactosa

Alimentos con IG intermedio (56 – 70)
Arroz integral
Copos de avena
Refrescos
Ananá
Miel
Sacarosa (azúcar de mesa)

Alimentos con IG alto (> 70)
Pan (blanco o integral)
Papa hervida
Copos de maíz
Papa frita
Puré de papa
Arroz blanco (bajo en amilosa o “arroz glutinoso”)
Galletas de arroz
Glucosa
Maltosa

11. El índice glucémico (IG) clasifica a los alimentos según su efecto sobre los niveles de glucosa sanguínea post-prandial.

Para mas informacion consultar las Guias Alimentarias para la Poblacion Argentina en www.msal.gov/ent.

CAPÍTULO 10
Actividad física

Resumen de las recomendaciones

Se recomienda para prescribir actividad física:

-Aconsejar un plan de actividad física (AF) de manera sistemática e individualizada, según las necesidades, posibilidades y preferencias de la persona, con el fin de obtener los mayores beneficios con los menores riesgos.

-Indicar sumar al menos 30 minutos por día, todos los días de la semana de actividad física moderada en actividades de la vida diaria o con ejercicios + dos sesiones semanales de fortalecimiento muscular en adultos de 18 a 65 años.

- Estimular a aquellos con buena aptitud física que ya realizan Actividad Física, a que aumenten la intensidad o la duración gradualmente para alcanzar los 300 minutos semanales de actividad física moderada.

-Reforzar la importancia de precalentar o acondicionar, comenzando con movimientos suaves y de realizar ejercicios de elongación/estiramiento, al principio y al final de cada sesión: estirar los músculos, sin rebotes, manteniendo durante 40 segundos cada elongación.

-En adultos mayores de 65 años: priorizar trabajar fundamentalmente sobre la postura, equilibrio, fortalecimiento de la masa muscular. En caso de no poder realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, recomendar mantenerse físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

¿Cuáles son los beneficios de realizar actividad física?

-La actividad física reduce el riesgo de situaciones desfavorables en la salud.
-Sus beneficios ocurren tanto en niños, adolescentes; adultos y adultos mayores así como en personas con discapacidades.
-Para alcanzar mejores beneficios de la AF, se requiere ir aumentando la duración, intensidad y frecuencia. Los mayores beneficios ocurren con una AF de intensidad moderada, mayor a 150 minutos semanales.
-Tanto la actividad aeróbica como la fuerza muscular presentan importantes beneficios sobre la salud.

-Reduce el riesgo de muerte prematura, prolonga la vida y mejora la calidad de los años por vivir.
-Reduce el estrés y mejora el estado de ánimo. Facilita la socialización, reduce la depresión y la ansiedad.
-Preserva las funciones mentales como la comprensión, la memoria y la concentración.
-Mejora el equilibrio, la coordinación y la flexibilidad articular, así como la salud ósea.
-Ayuda a perder peso junto a un plan de alimentación adecuado y sostenerlo en el tiempo.
-Mejora la función cardio-respiratoria, contribuye al adecuado control de la presión arterial, descendiendo los valores habituales.
-Previene el desarrollo de enfermedades como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, la dislipemia y la enfermedad cardíaca y cerebrovascular y previene la osteoporosis.
-Contribuye a la prevención del cáncer de colon y de mama.

1. ¿Qué evaluar antes de prescribir ejercicio físico?

Para la evaluación del riesgo de hacer actividad física es suficiente una consulta médica con su interrogatorio y el examen físico. La realización de estudios complementarios sólo está indicada en personas de riesgo identificadas durante la misma.

Solo aquellas personas que presenten alguno de los factores de riesgo de la tabla 1 podrían requerir una evaluación con otros métodos complementarios como electrocardiograma, prueba ergométrica u otros, según cada caso.

Tabla 1: Los 12 puntos para rastreo (adaptado de American Heart Association)

Antecedentes personales
- Dolor precordial de esfuerzo
- Síncope
- Disnea de esfuerzo
- Antecedente de soplo patológico
- Hipertensión arterial no controlada severa

Antecedentes familiares
- Muerte prematura por cardiopatías (antes de los 50 años)
- Discapacidad por enfermedad cardiovascular en menores de 50 años
- Miocardiopatía hipertrófica, miocardiopatía dilatada, síndrome de Marfan, arritmias y coronariopatías.

Examen físico
- Soplo cardiaco patológico (excluyendo soplo funcional)
- Disminución/ausencia de pulsos femorales/radiales
- Estimas de enfermedad de Marfan
- Asimetría presión arterial en miembros superiores.

¿Cómo prescribir actividad física?

Para la correcta prescripción de actividad física se deben valorar el tipo de ejercicio más apropiado, su intensidad, duración, frecuencia y el ritmo de progresión. Siempre en relación directa con la patología de la persona, edad y lesiones osteo musculares.

La intensidad se refiere al ritmo y nivel de esfuerzo con que se realiza la actividad; puede ser de intensidad moderada o intensa.

La frecuencia se refiere a cuantas veces se debería realizar un ejercicio o la actividad física, y se suele expresar en sesiones por semana.

El ritmo de progresión es la forma en que se debe aumentar la carga con el fin de mejorar la aptitud física. Es deseable un aumento gradual en la frecuencia, en la intensidad o en el tiempo. La progresión debe ser gradual y adecuada al nivel de la aptitud física de cada uno. Una progresión inadecuada puede ser un factor que provoque lesiones.
La prescripción de actividad física se puede dividir en 3 pasos:

a) Evaluar la aptitud física y el estado de salud; interpretar los hallazgos de la condición física y del estado de salud,
b) Prescribir un programa basado en la información obtenida, escenario (salud/enfermedad), metas (condición física/rendimiento), y las características del individuo (sedentario/activo),
c) Programar la actividad teniendo en cuenta: tipo, frecuencia, duración, intensidad, progresión y precauciones.

La elaboración del plan consiste en la sistematización de la información de las actividades que la persona debe seguir en orden cronológico, para lograr los objetivos parciales y finales. Se debe desarrollar un plan sencillo y comprensible, incluyendo todas las actividades que se realizaran para ayudarlo a cambiar hábitos sedentarios y reforzar hábitos activos.

Qué debemos tener en cuenta al programar una actividad:

- **Regularidad:** sumar al menos 30min de actividad física moderada más dos estímulos semanales de actividades de fortalecimiento muscular.
- **Tipo de ejercicio:** aeróbico, fortalecimiento muscular (carga o resistencia), flexibilidad o estiramiento.
- **Frecuencia:** 3 o 4 veces por semana. Progresar a la mayor parte de los días.
- **Duración:** Cada actividad debería contemplar las siguientes fases:

Precalentamiento o acondicionamiento	Ejercicio aeróbico +Fortalecimiento muscular	Elongación o vuelta a la calma
10 min	20 a 40 min	15 a 20 min

• **Intensidad:** Liviana, moderada, intensa o vigorosa.

¿Cómo puede evaluarse de forma sencilla?

· **Actividad física de intensidad moderada**: trabajar para elevar el ritmo cardiaco y comenzar a sudar, pero pudiendo sostener una conversación. Ej: caminata rápida, baile de salón o jardinería en general, etc.
· **Actividad física de intensidad vigorosa** causa respiración rápida y un aumento sustancial en el ritmo cardiaco. Ej: trotar, baile aeróbico o saltar la cuerda, etc.

Otras formas de evaluar la intensidad son la precepción de intensidad utilizando la Escala de Borg (tabla 2) y el equivalente metabólico (MET) (tabla 3).

• **Progresión**: evaluar el ritmo de progresión según los avances de las personas.

Algunas recomendaciones que no deben faltar al prescribir:

– Definir con la persona el tipo, la intensidad, la frecuencia y duración según la aptitud física, aumentar gradualmente la frecuencia, la intensidad y el tiempo.
– Recomendar una buena hidratación con agua antes, durante y después de la actividad física.Sugerir usar ropa y calzado cómodo.
– Repasar medidas de seguridad específicas de cada actividad como protectores bucales, casco, etc.
– Para la mayoría de los adultos se debe recomendar ejercicio físico de moderada intensidad y larga duración, debido a que una gran proporción de la población adulta es sedentaria y posee al menos un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular.
– Ej. de actividad física moderada: caminar enérgicamente; bajar las escaleras; bailar; andar en bicicleta; nadar; jardinería; tareas domésticas, por ejemplo lavar los pisos o ventanas.
– Al menos dos veces cada semana los adultos se beneficiarán mediante la realización de actividades que utilizan los músculos grandes del cuerpo que mantener o aumentar la fuerza muscular y la resistencia (ejercicios de fortalecimiento muscular).

Algunas recomendaciones en situaciones clínicas particulares

Obesidad

Explicitar que los beneficios del ejercicio son independientes del cambio en el peso corporal.

Idealmente realizar actividad física acompañado y con buena hidratación.

Tipo de ejercicio: se debe recomendar ejercicio aeróbico y de musculación. El ejercicio aeróbico no debería aumentar la sobrecarga de miembros inferiores podrían realizarse ejercidos con elementos como bicicleta, de desplazamientos cortos, actividades acuáticas, natación, etc.

Se debe tener suma precaución con ejercicios que sobrecarguen articulaciones de miembros inferiores como trotar o correr.

Se deben fijar metas graduales ya que muchas personas con obesidad parten de un sedentarismo marcado, progresando paulatinamente para llegar al objetivo útil para lograr la pérdida de peso: 60 a 90 minutos de ejercicio de moderada intensidad la mayor parte de los días de la semana.

Además se debe recomendar sumar 2 sesiones semanales de estímulos de fortalecimiento muscular y 2 a 3 sesiones semanales de ejercicios de flexibilidad, con una duración de 30 a 40 segundos en cada ejercicio de los principales grupos musculares.

Finalizado el programa de entrenamiento, se debe realizar un trabajo de mantenimiento, incluyendo trabajo aeróbico y de sobrecarga, con el fin de mantener, no sólo el peso y nivel de tejido adiposo, sino también la condición física. El cuerpo se adapta muy fácil, tanto al estímulo, como así también a su falta. Esto quiere decir que si el paciente abandona el ejercicio regular, en poco tiempo se irán perdiendo los resultados obtenidos.

Diabetes

La persona debe realizar la actividad

respetando la indicación del médico ante el esfuerzo.

Aconsejar que evite las horas de máxima temperatura y realizar siempre una buena hidratación.
Recomendar utilizar calzado cómodo sin costuras y medias blancas de algodón.
Motivar informando el efecto aditivo de la combinación de ejercicio aeróbico y de resistencia. Los ejercicios de resistencia progresiva mejoran la sensibilidad a la insulina con efectos por 48 hs. Por lo tanto realizar las sesiones de manera tal que no pasen más de dos días seguidos sin actividad física, siendo lo más recomendable 3 a 5 días a la semana, de 20 a 60 minutos de duración. La actividad de fortalecimiento muscular se debe realizar con alto número de repeticiones (15 a 20) y baja resistencia, 2 a 3 series, 2 a 3 veces a la semana.
Tipo de ejercicio: aeróbico, con actividades que impliquen grandes grupos musculares como caminar, trotar, andar en bicicleta, nadar, ejercicios en el agua.

Hipertensión

Durante el ejercicio se produce un aumento lento y progresivo de la presión arterial sistólica proporcional al trabajo, y un comportamiento variable de la presión arterial diastólica como respuesta normal a la actividad.

Enseñar a controlar la intensidad de la propia actividad mediante la valoración objetiva del esfuerzo a través de la medición de la frecuencia cardíaca de ejercitación, o bien valoraciones subjetivas como la escala de BORG (especialmente en los quienes usan medicamentos betabloqueantes).

El tipo de actividad principalmente recomendada es el aeróbica con intensidades leves a moderadas, con una frecuencia de 3 a 7 días a la semana y una duración de 30 a 60 minutos (caminar, correr, nadar o andar en bicicleta). Las actividades de resistencia muscular deben ser realizadas con baja resistencia y alto número de repeticiones.
Desaconsejar deportes que impliquen un trabajo muscular isométrico (pesas, lucha, boxeo).

Tener en cuenta que al ejercitar musculatura pequeña de los miembros superiores (remar) la presión sanguínea será más alta en MMSS que para miembros inferiores.

Escala de Percepción subjetiva del esfuerzo:

Es la autoclasificación del esfuerzo percibido según las sensaciones físicas y psíquicas que experimenta durante el ejercicio.

- Permite auto clasificarse a una intensidad con la que creen que se está haciendo ejercicio.
- Está asociada a un rango de frecuencia cardíaca.
- Especialmente de interés, en casos de medicación que puede alterar la frecuencia cardíaca como los betabloqueantes.

Tabla 2: Escala de Borg de Percepción Subjetiva del Esfuerzo

Clasificación	Escala	Equivalente en FC
6		60-80
7	Muy, muy leve	70-90
8		80-100
9	Muy leve	90-110
10		100-120
11	Leve	110-130
12		120-140
13	Un poco duro	130-150
14		140-160
15	Duro	150-170
16		160-180
17	Muy duro	170-190
18		180-200
19	Muy, muy duro	190-210
20		200-220

Equivalente metabólico

Otra forma de evaluar la intensidad de una actividad es compararla con la cantidad de energía que el cuerpo gasta en reposo. Esto es un equivalente metabólico (MET) y equivale a consumir 3,5 ml de oxígeno por kilogramo del peso corporal por minuto (ml.kg-1. min-1).

Por ejemplo, levantarnos y lavarnos las manos y la cara es una actividad que representa 2 MET. Caminar a 5 km/h son 5.5 MET, y así, cuanto mayor sea el esfuerzo, mayor serán los MET utilizados. Cualquier actividad que consuma 3-6 MET se considera de intensidad moderada, y si es > 6 MET se considera de intensidad vigorosa.

Tabla 3: Equivalente metabólico

Ejemplos de actividades y sus valores MET					
< 3 MET		***3-6 MET***		***> 6 MET***	
Sentado	1	Caminar 4 km/h	3	Cortar leña	6.5
Escribir	1,5	Bajar escaleras	4,5	Trotar 8 km/hora	7.5
Vestirse	2	Bailar	4,5	Baloncesto	9
Manejar el auto	2	Caminar 4,8 km/hora	4,5	Nadar crol 04 m/seg	15
Caminar a 3,2 km/hora	2,5	Ciclismo 15,6 km/ hora	5	Correr 19,3 km/hora	20

Para más información puede consultar en la web:

Manual Director de la Actividad Física y Salud de la Republica Argentina, disponible en:
http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/equipos-salud/pdf/2013_manual-actividad-fisica_2013.pdf

Manual para el cuidado integral de personas adultas en el primer nivel de atención

2016

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

República Argentina
www.msal.gov.ar
Avenida 9 de Julio 1925 · Buenos Aires · Argentina

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación