

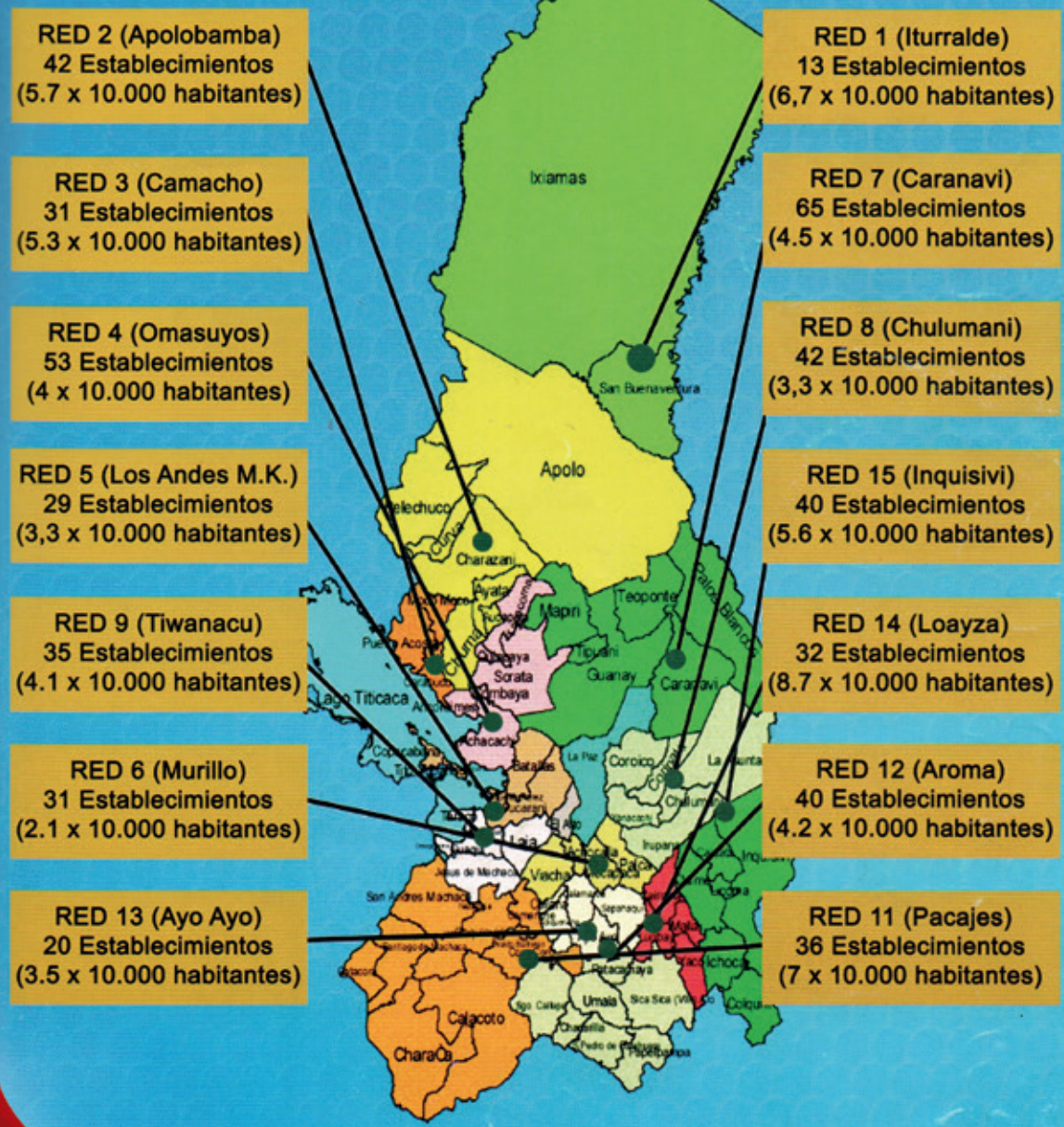


**GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS**



**REGIONALIZACIÓN
DE
REDES RURALES DE
SALUD: 14 REDES**

5 Redes Ciudad de La Paz - 21 %
5 Redes Ciudad de El Alto - 21 %
14 Redes Rurales - 58 %
TOTAL 24 REDES





GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS



MANUAL DEL SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO S.S.S.R.O

PUBLICACIÓN

No.8

SALUD PARA LA PAZ



Félix Patzi Paco, Ph.D
Gobernador del Departamento de La Paz

La Promoción de la Salud y la prevención de enfermedades en el Departamento de La Paz, son los pilares fundamentales de la Política de Salud, para ello el Servicio Social Rural Obligatorio (SSSRO) constituye un componente estratégico en el desarrollo de acciones fundamentalmente comunitarias, permite a los estudiantes que cursan el internado rotatorio en los diferentes Hospitales Públicos de Segundo nivel y Centros de Salud de Primer Nivel de Atención, fortalecer sus conocimientos académicos, con la complementación del conocimiento de la realidad social, aprovechando los saberes culturales de las diferentes familias, regiones, comunidades y/o municipios, las cuales integran la aplicación plena de la política SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural).



Félix Patzi Paco, Ph.D
Governador del Departamento de La Paz

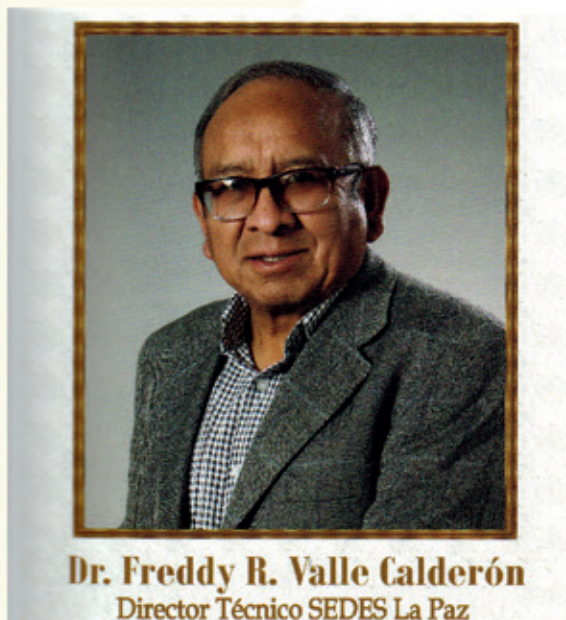
La culminación exitosa de los Estudiantes del área de la salud, provenientes de las diferentes universidades de las carreras de medicina, odontología y enfermería, está marcada en el apoyo que pudieran brindar en las diferentes actividades de prevención y promoción, como profesionales íntegros, para una atención con calidad, que posibiliten el ejercicio de los derechos sociales, principalmente de los grupos más vulnerables del Departamento.

El propósito del presente manual del servicio Social Rural Obligatorio es brindar el apoyo normativo y administrativo necesario para la práctica pre profesional y así para culminar satisfactoriamente dicho cometido.

Dr. Félix Patzi Paco
GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

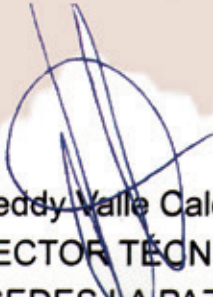
El Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz, como órgano desconcentrado del Gobierno Autónomo del Departamento de La Paz, se constituye en la institución rectora del sistema departamental de salud, cuyo rol es la de asegurar el acceso universal, equitativo y de calidad de la población.

En este marco, un componente estratégico y prioritario es la formación de recursos humanos en sus diferentes áreas y disciplinas en coordinación con las instituciones formadoras de los mismos.



Los componentes fundamentales definidos para este fortalecimiento de las capacidades de los recursos humanos los constituyen la Promoción de la Salud, la Prevención de las Enfermedades y la Atención, basados fundamentalmente en la normativa nacional a través de los diferentes programas, mismos que están definidos en el diseño curricular para la práctica médica.

El presente manual del Servicio Social Rural Obligatorio desarrolla los componentes descritos anteriormente y se convierte en la guía de consulta operativa, abordando diversos temas y programas de salud en beneficio de los recursos humanos en formación, cuyo fin es la aplicación de los conocimientos que se refleje en la práctica durante el periodo de rotación del SSRO y en el ejercicio profesional futuro.



Dr. Freddy Valle Calderón
DIRECTOR TÉCNICO
SEDES LA PAZ



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS



Redes y Servicios de Salud

SALUD PARA LA PAZ

MODULO

I

SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (S.A.F.C.I.)

Dra. Nérida Quispe Poma
Jefe Unidad Recursos Humanos

1

Objetivo de aprendizaje.-

El objetivo del tema, es sensibilizar y promover el conocimiento sobre la Salud Familiar Comunitaria e Intercultural, para su aplicación durante el rote del SSSRO y su vida profesional.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, es una política y estrategia de Salud actual del Estado Plurinacional de Bolivia, que se constituye en la nueva forma de sentir, saber, pensar, comprender y hacer la salud; involucra, vincula y articula a los médicos académicos y tradicionales con la persona, familia, comunidad y sus organizaciones en los ámbitos de gestión y atención de la salud para que **TODOS VIVAMOS BIEN**.

OBJETIVOS DE LA SAFCI

- Brinda atención a la persona, familia y comunidad
- Contribuye al VIVIR BIEN
- Articula la medicina biomédica y tradicional
- Promueve la participación comunitaria en las decisiones sobre la salud

La SAFCI cuenta con un enfoque:

- **FAMILIAR:** Porque el equipo de salud atiende a la persona y su familia en el establecimiento de salud, en sus casas y en la comunidad.
- **COMUNITARIO:** Porque promueve la participación y movilización social para la toma de decisiones junto al equipo de salud, sobre la salud que se quiere tener en la comunidad y cómo lograrlo.
- **INTERCULTURAL:** Porque la relación entre las personas que trabajan en salud debe basarse en el respeto, reconocimiento y valoración mutua de saberes, conocimientos y prácticas; acepta y valora los saberes, conocimientos y prácticas de la población y de los médicos tradicionales, los pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos, por lo que busca articular, complementar y reciprocarse las capacidades de todos estos actores

Busca que el derecho a la salud y a la vida, se ejerza como un derecho fundamental que el Estado garantiza.

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA SAFCI:

PARTICIPACION COMUNITARIA



INTERSECTORIALIDAD





Participación Comunitaria: Capacidad de la comunidad para tomar decisiones en cuanto a planificación, ejecución-administración, seguimiento-evaluación-control de las acciones de salud en base a la identificación y priorización de sus necesidades y problemas mediante su representación legítima y organizada.

Intersectorialidad: Intervención coordinada entre comunidades con diferentes sectores con el fin de actuar sobre los problemas de la salud para mejorar las problemáticas y necesidades identificadas (salud, educación, saneamiento básico – agua, producción, medio ambiente, organización social y otras).

Interculturalidad: Es la articulación, complementariedad, reciprocidad, diálogo, reconocimiento y valoración mutua entre los distintos saberes y prácticas médicas de nuestros conocimientos y prácticas en salud para mejorar la salud.

Integralidad: Es ver la salud como una totalidad, de manera que se vea a la persona, la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, rehabilitación y recuperación de manera eficiente y eficaz.

La Promoción de la salud que utiliza la SAFCI es un proceso político continuo de movilización social mediante el cual el equipo de salud y los actores sociales en corresponsabilidad asumen tareas para enfrentar las determinantes que son condiciones que pueden causar enfermedad (falta de agua potable, hacinamiento) y promover el cambio de comportamiento mediante la educación de salud para Vivir Bien. Que se lograra mediante la Movilización social, Alianzas/Estratégicas, Comunicación Educación para la salud.

La SAFCI cuenta con:

Modelo de Atención, a través de visita familiares con un instrumento que permite el seguimiento a las familias que son las carpetas familiares.

Modelo de Gestión, donde se realiza la toma de decisiones entre la comunidad y sus representantes junto al sector salud, donde cada uno participa por igual en la toma de decisiones. Se participa en la planificación, ejecución y seguimiento y control.



Gestión participativa en Salud. Es un proceso organizado de toma de decisiones entre la comunidad, sus representantes, el sector salud, donde cada uno de ellos participa de igual a igual en planificación, administración, seguimiento y control social de las acciones de salud.



Planificación. Es pensar y organizar los pasos a seguir para lograr lo que se quiere hacer. Debe quedar claro: qué, cómo, cuándo, dónde, con cuánto, quiénes son responsables y porqué se va a hacer lo pensado.

Ejecución-Administración. Es el trabajo en el que se cumplen las actividades planeadas con la participación de las autoridades de la comunidad, el personal de salud y de todos/as para utilizar mejor los recursos.

Seguimiento-Control. Es el trabajo de comparar lo que se ha logrado con lo planificado, se realiza cada cierto tiempo, para conocer en que se está fallando y se pueda corregir.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Curso de educación permanente en SUS y SAFCI dossier bibliográfico. Noviembre 2014.
2. Ministerio de salud. Documento Técnico Estratégico. No 17, Salud Familiar Comunitaria intercultural 2011.
3. Ministerio de Salud. Guía de Procedimientos en Gestión Participativa. Serie documentos técnicos normativos 2015.

APLICACIÓN DEL MARCO LEGAL LA LEY N° 475 DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL -PSSI-

Dr. Crut Odon Campero Irahola
Responsable SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD

2

OBJETIVO DE APRENDIZAJE. *El personal en formación de pre grado del área de la salud identificará los procesos técnico – administrativos, alcances y beneficios de la Ley N° 475 -PSSI- y sus reglamentos, que permitirá el cumplimiento y aplicación correcta de la normativa para coadyuvar al personal de salud, a los Gobiernos Autónomos Municipales vinculados y como resultado ejecutar una gestión y atención de calidad en salud y que l@s usuari@s conozcan sus derechos sobre la aplicación de Ley.*

I. INTRODUCCIÓN

El Marco Legal de la Ley N° 475, es un documento técnico que tiene el propósito de facilitar la labor del equipo de salud y de todo el personal encargado de su atención y gestión, ya que otorga información completa sobre aspectos normativos, fundamentales para la correcta aplicación de la mencionada Ley¹.

Los Servicios Departamentales de Salud –SEDES-, en cumplimiento al Artículo 28. (DIFUSIÓN, CAPACITACIÓN Y ASISTENCIA TÉCNICA). Parágrafo II. Del Reglamento de Gestión Administrativa de la Ley N° 475 PSSI aprobado mediante R.M. N° 0646 de 9 de junio de 2014, son responsables de la difusión, capacitación y asistencia técnica – administrativa en los procesos y procedimientos de la Ley N° 475 PSSI a los Gobiernos Autónomos Municipales y personal de salud.

La Ley N° 475 es un documento que se constituye en una medida social que pretende establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población boliviana que no cuenta con aseguramiento alguno. Para su aplicación por el equipo de salud y todo el personal encargado de su atención y gestión en los diferentes niveles de atención de acuerdo a la capacidad resolutive y tecnología existente en el país.

II. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD EN BOLIVIA

Desde la cultura comunitaria incaica, conquista española, régimen feudal esclavista y guerra de la independencia 1809 – 1825. Se instala la Bolivia República a cargo de un sistema “militarismo y oligarquías” con características de exclusión social y explotación basada en régimen feudal esclavista con 75% de población indígena y 25% criollos; seguida de la Revolución Nacional de 1952 con la nacionalización de las minas (súper estado minero), reforma agraria (tierra para el que la trabaja) y voto universal². Las instituciones oficiales de salud en Bolivia fueron³:

- Juntas de Sanidad Pública 1828.
- Protomedicato 1830.
- Dirección General de Sanidad Pública 1906.
- Ministerio de Trabajo Higiene y Previsión Social 1936.
- Ministerio de Higiene y Salubridad 1938.
- Ministerio de Previsión Social y Salud Pública 1970.
- Secretaría Nacional de Salud 1993 (Ministerio de Desarrollo Humano).
- Ministerio de Salud y Previsión Social 1997. Ministerio de Salud y Deportes (2003).
- Ministerio de Salud (2014 en adelante).

Durante el proceso revolucionario entre 1925 – 1964, con la fundación y desarrollo de la Central Obrera Boliviana – COB-, emergen los sindicatos agrarios, surge la hegemonía popular con la expansión rural en salud y educación. Entre los años 1964 – 1971 Bolivia es gobernada por militarismo populista, a partir de 1971 con la dictadura fascista caracterizada por represión, exilio, terrorismo de estado; surge la resistencia popular con la derrota de las dictaduras y fortalecimiento sindical y social.

1 Marco Legal de la Ley N° 475 –PSSI del 30 de diciembre de 2013. El Ministerio de Salud, responsable de la rectoría del sistema nacional de salud.

2. Historia de Bolivia de Augusto Guzmán 1981. Relato sobre gobernantes de la República de Bolivia.

3 Manual de Organización de Funciones del Ministerio de Salud y Deportes, 2012. El Dr. Alfredo Molli- nado, hizo aprobara el Decreto del 31 de agosto de 1938, por el cual el Ministerio de Higiene y Salubridad tomara a su cargo la organización y funcionamiento de la Sanidad e higiene de la República.

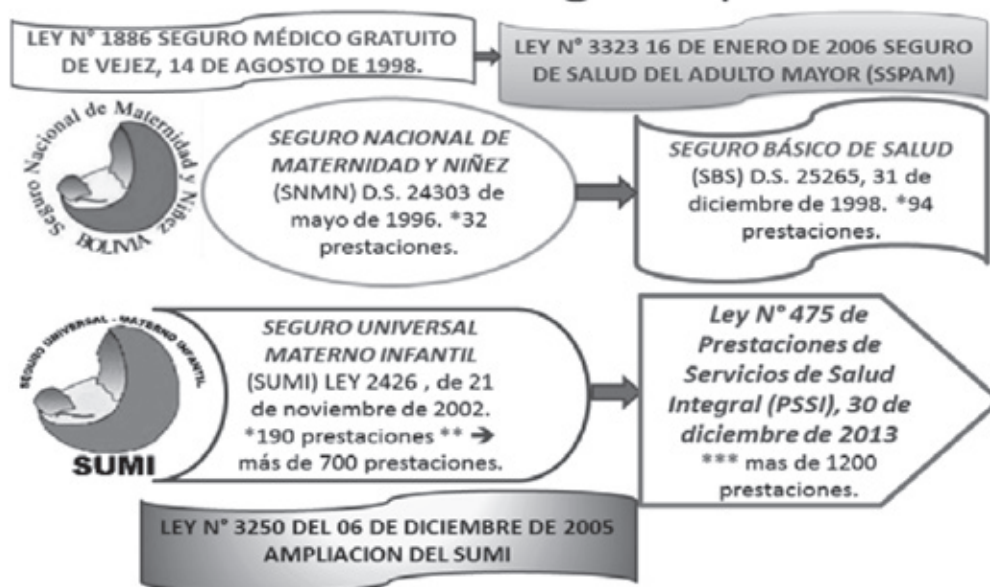
En 1982. Con la recuperación de la democracia, el país se encuentra con una crisis económica, institucional y política, con algunos datos de importancia en salud:

- Mortalidad infantil 200 por mil nacidos vivos.
- Causas: Diarrea, neumonías, sarampión y desnutrición.
- Bocio endémico 65.5%.
- Esperanza de vida al nacer 48 años.
- Mortalidad materna 480 por cien mil nacidos vivos (Hospital N. Aramayo).
- Anemia en embarazadas 70%.

Con la Ley N° 1551 de PARTICIPACION POPULAR de 20 de abril de 1994 la población pasa de objeto de atención a sujeto de cambios a favor de su propio desarrollo y de su salud. Salud como derecho social en gestión elitista Vs gestión participativa, diferencias en gestión y atención de calidad con eficiencia y eficacia. La evolución de los seguros públicos de salud en el país tiene característica particular en el proceso de implementación.

- SEGURO NACIONAL DE MATERNIDAD Y NIÑEZ (SNMN) D.S. 24303 de mayo de 1996. Con 32 prestaciones.
- SEGURO BÁSICO DE SALUD (SBS) D.S. 25265, 31 de diciembre de 1998. Con 94 prestaciones.
- SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL LEY 2426 DEL 21 DE NOV DE 2002. Con más de 700 prestaciones de servicios de salud⁴.
- Ley N° 3250 de ampliación del SUMI de 06 de diciembre de 2005 para otorgar prestaciones a las mujeres en edad fértil.
- LEY N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del 30 de diciembre de 2013, con 1204 prestaciones de servicios de salud.

Evolución de los seguros públicos



III. OBJETIVO GENERAL

Facilitar la labor del equipo de salud y de todo el personal encargado de su gestión y atención de calidad, ya que otorga información completa sobre aspectos normativos, fundamentales para la correcta implementación y aplicación de la Ley N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral (PSSI).

4 MARCO LEGAL DEL SUMI 2003. Se establece la conformación orgánica del Directorio Local de Salud -DILOS como máxima autoridad en salud en los municipios.

III.1. Objetivos específicos

- Socializar la Ley N° 475 –PSSI- y sus reglamentos, para la correcta implementación y aplicación en todo el proceso técnico – administrativo a cargo del personal de salud y el personal de los GAMs vinculados al área de la salud para una gestión y atención de calidad, y l@s usuari@s conozcan los alcances y beneficios de la citada Ley.
- Conocer la regulación de la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo -SSOCP- y definir las bases para la universalización de la atención integral en salud.

LEY N° 475 DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL –PSSI- DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, de 30 de diciembre de 2013.

La Ley N° 475, se constituye en una medida social que pretende establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población boliviana que no cuenta con aseguramiento alguno. La Ley es de orden público, de carácter obligatorio y coercitivo para todo el Sistema Nacional de Salud: Público, Seguridad Social de Corto Plazo, la Entidades Territoriales Autónomas y aquellas instituciones privadas sujetas a convenio.

Justificación de la Ley

- Solucionar los principales problemas estructurales de los Seguros Públicos (SUMI y SSPAM)
- Establecer las bases para la universalización de la cobertura de salud a través de la ampliación progresiva de las beneficiarias y beneficiarios.

Cobertura inicial de salud (mayo 2014) <29% de la población>



- Reducir el gasto de bolsillo de las familias y reducir el gasto catastrófico en salud que ocasiona el empobrecimiento de la población (El 10% de los hogares presentaron gasto catastrófico en salud el año 2011 y el gasto de bolsillo alcanzaba a Bs.- 2.053 millones, que representa el 24% del gasto total en salud).
- Reordenar el acceso de la población beneficiaria a través del primer nivel de atención para reducir el gasto de los servicios de los hospitales, mejorar la calidad de atención y optimizar la producción efectiva de los servicios especializados y de alta complejidad.

- Mejorar la eficiencia y eficacia de la gestión, administración y financiamiento de los actuales seguros mediante:
 - ➔ Eliminación de procesos de afiliación de los beneficiarios.
 - ➔ Eliminación de la suscripción de convenios con los establecimientos de salud públicos y de la Seguridad Social
 - ➔ Reducción de procesos administrativos de los gestores municipales y de los establecimientos de salud.
 - ➔ Reducir los remanentes de las Cuentas Municipales de Salud y del Fondo Compensatorio Nacional de Salud.
 - ➔ Consolidación de fuentes de financiamiento estable y sostenible para la atención de salud.

Artículo 1.- Objeto

Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley, que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.
Establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud

Artículo 4.- Ámbito de Aplicación

La presente Ley tiene como ámbito de aplicación el nivel nacional del Estado, las entidades territoriales autónomas y los subsectores de salud público, de la seguridad social de corto plazo, el privado bajo convenio y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 5. Beneficiarias y beneficiarios

Son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales.

1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto;
2. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad;
3. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años;
4. Mujeres respecto a atenciones de Salud Sexual y Reproductiva.
5. Personas con discapacidad que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad – SIPRUNPCD; y
6. Otros que se determinen por Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendado y aprobado por Decreto Supremo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 12 de la presente Ley.

Artículo 6. Prestaciones de Salud

- I. La atención integral de salud comprende las siguientes prestaciones: acciones de promoción, prevención, consulta ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento médico, odontológico y quirúrgico, y la provisión de medicamentos esenciales, insumos médicos y productos naturales tradicionales.
- II. El Ministerio de Salud, reglamentará a través de norma específica las prestaciones a ser otorgadas, los costos, las exclusiones, la modalidad de pago y la ampliación de las prestaciones, beneficiarias y beneficiarios en el marco de la atención integral y protección financiera de salud.

Artículo 7. Acceso a la Atención Integral de Salud

- I. Las beneficiarias y los beneficiarios accederán a los servicios de salud de la atención integral y protección financiera de salud, obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del Primer Nivel de atención del subsector público o los equipos móviles de salud en el marco de la política SAFCI.
- II. El acceso a establecimientos de salud de Segundo, Tercer y Cuarto Nivel de atención, será exclusivamente mediante referencia del Nivel inferior.
- III. El acceso a los establecimientos de salud privados bajo convenio y a los de la seguridad social a corto plazo, será exclusivamente mediante referencia justificada de los establecimientos del subsector público.
- IV. Se exceptúa de lo establecido en el presente Artículo, los casos de emergencias y urgencias que serán regulados por el Ministerio de Salud, que deben ser atendidos inmediatamente en cualquier nivel de atención del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 8. Financiamiento



La protección financiera en salud será financiada con las siguientes fuentes:

- Fondos del Tesoro General de Estado.
- Recursos de la Cuenta Especial del Dialogo 2000.
- Recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal.
- Recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos.

Artículo 10. CUENTAS MUNICIPALES DE SALUD, PAGOS INTERMUNICIPALES Y DESTINO DE LOS RECURSOS

I. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, tendrán a su cargo una cuenta fiscal específica denominada “Cuenta Municipal de Salud”, para la administración de:

1. El quince y medio por ciento (15.5%) de los recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente de los recursos provenientes del IDN municipal.

2. Los recursos que les sean transferidos por el Fondo Compensatorio Nacional de Salud.

II. La Cuenta Municipal de Salud estará destinada a financiar las prestaciones otorgadas a beneficiarias y beneficiarios en establecimientos de salud de Primer, Segundo y Tercer Nivel de atención y en Institutos de Cuarto Nivel de Salud en la jurisdicción municipal.

III. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, con la finalidad de garantizar la atención y la provisión permanente de medicamentos, insumos y reactivos, deberán realizar los pagos por las prestaciones de salud de forma oportuna y en el plazo más breve posible, a los establecimientos de salud, priorizando a los de Tercer y Cuarto Nivel de atención.

IV. Los establecimientos de salud de todos los niveles de atención, una vez recibido el pago por las atenciones realizadas, deberán priorizar la provisión y reposición oportuna y continua de medicamentos, insumos y reactivos necesarios para garantizar la continuidad de la atención a las beneficiarias y los beneficiarios.

V. Se establecen los cobros y pagos intermunicipales con fondos de la Cuenta Municipal de Salud por pacientes beneficiarios de la presente Ley, referidos de un establecimiento de salud de un determinado municipio a un establecimiento de salud de otro municipio y los atendidos por emergencias y urgencias.

VI. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos deudores, tienen la obligación de reembolsar los pagos emergentes por las prestaciones de salud realizadas a su población beneficiaria referida a establecimientos de salud de otros Municipios, en un plazo de veinte (20) días hábiles administrativos a partir de la solicitud de reembolso realizada por los Gobiernos Autónomos Municipales o Indígena Originario Campesinos acreedores.

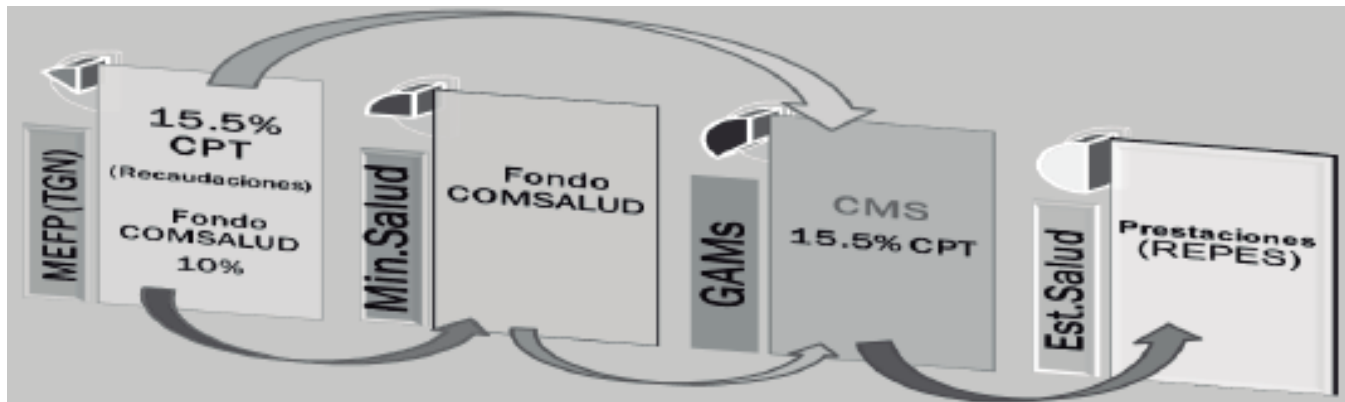
VII. En caso de incumplimiento de lo establecido en los Parágrafos V y VI del presente Artículo, se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, efectuar el Débito Automático de las Cuentas Corrientes Fiscales del Gobierno Autónomo Municipal o Indígena Originario Campesino deudor, a favor del Gobierno Autónomo Municipal o Indígena Originario Campesino acreedor, a este fin, el Ministerio de Salud emitirá un informe técnico a solicitud de una o ambas partes, de manera previa al débito.

VIII. Cumplido lo establecido en los Parágrafos II y V precedentes y en caso de existir saldos anuales acumulados de recursos en la cuenta municipal de salud, serán reasignados para las prestaciones de salud de la siguiente gestión o podrán ser utilizados en el siguiente orden de prioridades, para el fortalecimiento de

equipamiento e infraestructura en salud, programas especiales de salud o contratación de recursos humanos de los establecimientos de salud.

IX. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos acreedores, tendrán como plazo máximo de presentación de solicitudes de pago de deudas intermunicipales de una gestión fiscal hasta el 31 de enero de la siguiente gestión, de no hacerlo deberán asumir las obligaciones financieras con sus recursos.

Ruta crítica para la transferencia de recursos



Artículo 11. Fondo Compensatorio Nacional de Salud

I. Se crea el Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD que será administrado por el Ministerio de Salud, estará destinado a complementar oportuna y eficazmente los recursos de las Cuentas Municipales de Salud cuando los Gobiernos Autónomos Municipales demuestren que los recursos de dichas cuentas sean insuficientes para la atención de las beneficiarias y beneficiarios.

II. El Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD permitirá administrar:

1. El diez por ciento (10%) de los recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000 hasta su cierre.
2. A partir del cierre de la Cuenta Especial del Diálogo 2000, el Tesoro General del Estado asignará un monto similar al promedio otorgado al Fondo Solidario Nacional del SUMI en el periodo 2009 – 2012.

III. Al final de cada gestión, en caso de existir saldos en el Fondo Compensatorio Nacional de Salud – COMSALUD, los recursos serán reasignados al mismo para la siguiente gestión o podrán ser utilizados de acuerdo a priorización y reglamentación del Ministerio de Salud, para:

1. Ampliación de prestaciones;
2. Ampliación de beneficiarias y beneficiarios; o
3. Ampliación o creación de programas especiales en salud.

Artículo 12. Ampliación o inclusión de fuentes de financiamiento, beneficiarias, beneficiarias y prestaciones

I. El Ministerio de Salud y las entidades territoriales autónomas, a través del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, podrán acordar el incremento de los porcentajes de las fuentes de financiamiento asignados a las Cuentas Municipales de Salud y al Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD o la inclusión de otras adicionales destinadas a la ampliación de las prestaciones, de beneficiarias y beneficiarios de acuerdo a priorización del Sector y disponibilidad financiera.

II. El Órgano Ejecutivo del nivel nacional del Estado, de acuerdo a la Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendará y aprobará a través de Decreto Supremo las ampliaciones que sean concertadas.

Artículo 13. Creación de ítems adicionales para el personal de salud

Los Gobiernos Autónomos Departamentales y los Gobiernos Autónomos Municipales, podrán destinar recursos provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos que les sean asignados; a la creación de ítems adicionales para personal de salud de los establecimientos de salud de su ámbito territorial, en coordinación con el Ministerio de Salud, de acuerdo a normativa vigente.

Artículo 14. Financiamiento de Prestaciones Extraordinarias de Salud

Las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias y atribuciones autonómicas en salud, podrán asignar recursos adicionales provenientes de impuestos, regalías o de sus propios recursos, diferentes a los señalados en los Artículos 10 y 11 de la presente Ley, para el financiamiento de prestaciones extraordinarias o programas especiales para las poblaciones más vulnerables, de acuerdo a normativa vigente, dentro de su ámbito territorial, que no estén establecidas en el marco de la presente Ley, previa coordinación con el Ministerio de Salud.

**“CAPÍTULO V
ATENCIÓN A AFILIADOS DE LOS ENTES GESTORES EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS Y DÉBITO AUTOMÁTICO**

ARTÍCULO 15. ATENCIÓN A AFILIADOS DEL SEGURO SOCIAL DE CORTO PLAZO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS

I. En los lugares donde no exista la presencia de los Entes Gestores del Seguro Social de Corto Plazo en la jurisdicción de la Entidad Territorial Autónoma, las personas aseguradas podrán ser atendidas en establecimientos de salud públicos dependientes de las Entidades Territoriales Autónomas, para tal efecto los afiliados deben figurar en las listas proporcionadas por los Entes Gestores que realizarán la cancelación del costo de la atención.

II. Los Entes Gestores del Seguro Social de Corto Plazo, con el propósito de establecer la vigencia de derechos de sus asegurados, actualizarán de manera bimensual las listas depuradas de su población asegurada y las remitirán al Ministerio de Salud para su consolidación y difusión a los establecimientos de salud públicos.

ARTÍCULO 16. (OBLIGACIÓN DE PAGO DE LOS ENTES GESTORES).

Los Entes Gestores del Seguro Social de Corto Plazo tienen la obligación de reembolsar los pagos emergentes por las prestaciones de salud a las Entidades Territoriales Autónomas, en un plazo de treinta (30) días hábiles administrativos a partir de la solicitud de reembolso, conforme a reglamentación establecida por el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 17. (DÉBITO AUTOMÁTICO).

En caso de incumplimiento de lo señalado en el Artículo 16 de la presente Ley, se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas efectuar el Débito Automático de las Cuentas Corrientes Fiscales de los Entes Gestores del Seguro Social de Corto Plazo, a solicitud de las Entidades Territoriales Autónomas, adjuntando los Informes Técnico y Legal originales que fundamenten el incumplimiento y la necesidad de proceder al Débito Automático.

PRIMERA.

I. Los déficits de la Cuenta Municipal de Salud correspondientes a los periodos fiscales 2016 y 2017, podrán ser financiados de manera extraordinaria con recursos adicionales del Tesoro General de la Nación — TGN, de acuerdo a disponibilidad financiera.

II. Se considerará como déficit de las Cuentas Municipales de Salud de la gestión fiscal 2016 de los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, los datos financieros registrados al 31 de diciembre de 2017 en el Sistema de Control Financiero de Salud del Ministerio de Salud y conciliado a la publicación de la presente Ley.

III. Se considerará como déficit de las Cuentas Municipales de Salud de la gestión fiscal 2017 de los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, los datos financieros registrados al 26 de marzo de 2018 en el Sistema de Control Financiero de Salud del Ministerio de Salud.

IV. Para el cumplimiento de los Parágrafos I, II y III de la presente Disposición Transitoria, en un plazo máximo de hasta tres (3) meses a partir de la publicación de la presente Ley, los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, deberán presentar al Ministerio de Salud para su evaluación, la siguiente información:

a) Informe sobre la Correlación Clínica Administrativa de las prestaciones otorgadas por los establecimientos de salud a la población beneficiaria de la presente Ley, elaborado por el área técnica de salud del Gobierno Autónomo Municipal o Indígena Originario Campesino y aprobada por la Máxima Autoridad Ejecutiva.

b) Informe de Auditoría Financiera Especial de la Cuenta Municipal de Salud, que justifique que el déficit ha sido ocasionado por las prestaciones otorgadas a la población beneficiaria de la Ley N° 475.

c) Otros establecidos en normativa vigente.

V. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos que no presenten la documentación en el plazo establecido en el parágrafo IV de la presente Disposición Transitoria, deberán cubrir el déficit generado en sus Cuentas Municipales de Salud con sus recursos financieros.

VI. La priorización para la asignación de recursos establecidos en el Parágrafo I de la presente Disposición Transitoria, será establecida en reglamento aprobado por Decreto Supremo.

SEGUNDA.

El Ministerio de Salud coordinará con las instancias pertinentes la implementación de mecanismos de interoperabilidad conforme a normativa vigente, para el registro, control y seguimiento de las prestaciones en salud otorgadas a la población beneficiaria de la Ley N° 475.

TERCERA.

Con carácter excepcional, los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos deberán realizar los cobros y pagos intermunicipales por prestaciones de salud previstas en la presente Ley, correspondientes al primer semestre de la gestión 2018, de acuerdo a reglamento emitido por el Ministerio de Salud.

CUARTA.

En un plazo de hasta sesenta (60) días calendario a partir de la publicación de la presente Ley, el Órgano Ejecutivo emitirá la reglamentación correspondiente que será aprobada mediante Decreto Supremo.

DECRETO SUPREMO 1984 del 30 de abril de 2014, REGLAMENTO A LA LEY N° 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral

Tiene por objeto reglamentar la Ley N° 475 PSSI bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud para todos los establecimientos de la salud pública, de la seguridad social de corto plazo y privados bajo convenio

RESPONSABILIDADES.

1. El Ministerio de Salud.- Es responsable de ejercer rectoría, política, regulación y control de la aplicación de la Ley N° 475.

2. Establecimiento de Salud.- Los establecimientos de salud públicos, de la seguridad social de corto plazo y privados bajo convenio, además de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud tiene la obligación de otorgar servicios y atenciones integrales e interculturales de salud determinados en la Ley N° 475, de acuerdo a la normativa específica emitida por el Ministerio de Salud.

Cualquiera de los siguientes documentos

Mujeres embarazadas	Certificado de Nacimiento	Personas mayores de 60 años	Certificado de Nacimiento
	Cedula de Identidad		Cédula de Identidad
	Carnet de Control Prenatal		Libreta de Servicio Militar (Varones)
	Pasaporte; ó		Pasaporte; ó
	Boleta de Referencia		Boleta de Referencia
Menores de 5 años	Certificado de Nacimiento	Mujeres en Edad Fértil	Certificado de Nacimiento
	Cédula de Identidad		Cédula de Identidad
	Carnet de Salud Infantil		Pasaporte; ó
	Certificado de nacido vivo emitido por el establecimiento de salud.		Boleta de Referencia
	Pasaporte; ó	Personas con Discapacidad	Carnet de Discapacidad emitido por el CODEPEDIS (SIPRUNPCD); ó
Boleta de Referencia	Boleta de Referencia		

REGISTRO DE BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS. Con fines de control, el Ministerio de Salud en coordinación con los Gobiernos Autónomos Municipales y los Servicios Departamentales de Salud - SEDES - determinará procesos de registro de beneficiarias y beneficiarios que sean atendidos en el marco de la Ley N° 475, de acuerdo al área geográfica establecida en las redes funcionales de servicios de salud.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES E INTERCULTURALES.

El Ministerio de Salud, en coordinación con los SEDES y los GAMs, realizará la reorganización de los establecimientos de salud en redes funcionales de servicios de salud de acuerdo a la normativa vigente.

PRESTACIONES DE SALUD.

- I. El Ministerio de Salud, deberá reglamentar y actualizar al menos cada dos (2) años, las prestaciones de salud de acuerdo a lo establecido en el Art. 6 de la Ley N° 475.
- II. Las prestaciones de salud deben enmarcarse en las Normas Nacionales de Atención Clínica y de Promoción de la Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud.
- III. Los medicamentos a utilizar se enmarcaran exclusivamente en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales –LINAME-, debiendo ser prescritos y dispensados utilizando la Denominación Común Internacional –DCI- o nombre genérico.
- IV. Insumos -dispositivos médicos, establecidos en la Lista de Dispositivos médicos Esenciales.
- V. Utilizar la Lista Plurinacional de Productos Naturales y Tradicionales –LINAT-
- VI. El personal de salud deberá otorgar trato preferente a las personas con discapacidad, personas adultas mayores y aquellas que serán referidas desde el área rural.
- VII. Los equipos móviles de salud realizarán atención integral e intercultural en la comunidad de acuerdo a normativa definida por el Ministerio de Salud; así como, la identificación de personas con discapacidad y otros grupos de riesgo.

ATENCIÓN DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS. De acuerdo a los requisitos para acceder a los beneficios de las prestaciones.

EXTENSIÓN DEL BENEFICIOS. En enfermedades agudas garantizar el tratamiento hasta su conclusión.

EXCEPCIÓN DE GRATUIDAD. El acceso directo a los hospitales públicos de II y III nivel por atenciones no consideradas como urgencias ni emergencias, deberán cancelar los aranceles establecidos por las entidades territoriales autónomas correspondientes. En los entes gestores y establecimientos privados, se aplicarán los aranceles vigentes en cada uno de ellos.

PROVISIÓN DE PRESTACIONES.

- Los establecimientos de salud públicos y de seguridad social brindaran la atención con carácter obligatorio, sin convenio.
- Los establecimientos de salud privados sujetos a convenios con los GAMs.
- La articulación y complementación con la medicina tradicional los GAMs establecerán acuerdos con los entes reconocidos por el Ministerio de Salud.

CUENTAS MUNICIPALES DE SALUD.

- Se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas –MEFP- a través del Viceministerio del Tesoro y Crédito Público –VMTCP- la apertura masiva de las cuentas corrientes fiscales en las entidades territoriales autónomas –ETA- denominadas: “Cuenta Municipal de Salud”.
- Se autoriza al MEFP a través del VMTCP el cierre masivo de las cuentas corrientes fiscales de las ETAs de las cuentas del SUMI.

- Los saldos del SUMI pasaran a la Cuenta Municipal de Salud.

FONDO COMPENSATORIO DE SALUD.

- Se autoriza al MEFP a través del VMTCP el cierre de la cuenta correspondiente al Fondo Solidario Nacional del SUMI.
- Se autoriza al MEFP a través del VMTCP la apertura de la cuenta denominada “Fondo Compensatorio Nacional de Salud –COMSALUD”, que será inscrita en el presupuesto del Ministerio de Salud.

RECURSOS INICIALES DISPONIBLES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS.

- Los medicamentos, insumos y reactivos del SUMI y SSPAM existentes en la FIM.
- Saldos o remanentes del SUMI y SSPAM.
- RR HH independientemente de su financiamiento.
- La infraestructura y equipamiento sanitario existente.

MODALIDAD DE PAGO.

- Es mensual de acuerdo a las prestaciones otorgadas definidas por el Ministerio de Salud.
- No genera deudas municipales, deben ser canceladas por el municipio donde se efectuó la atención
- El Ministerio de Salud establecerá los costos de las prestaciones de forma anual.

FACTURACIÓN. Los entes gestores del Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo y los establecimientos de salud privados bajo convenio, deben emitir la factura correspondiente a los Gobiernos Autónomos Municipales.

S I C O F S (Sistema Informático de Control Financiero en Salud).

- El Ministerio de Salud dotará del SICOFS como herramienta informática a los Gobiernos Autónomos Municipales o Indígena Originario Campesinas, para la gestión administrativa y financiera de la Ley N° 475.
- El Ministerio de Salud es el encargado de realizar ajustes y actualización permanente del SICOFS.

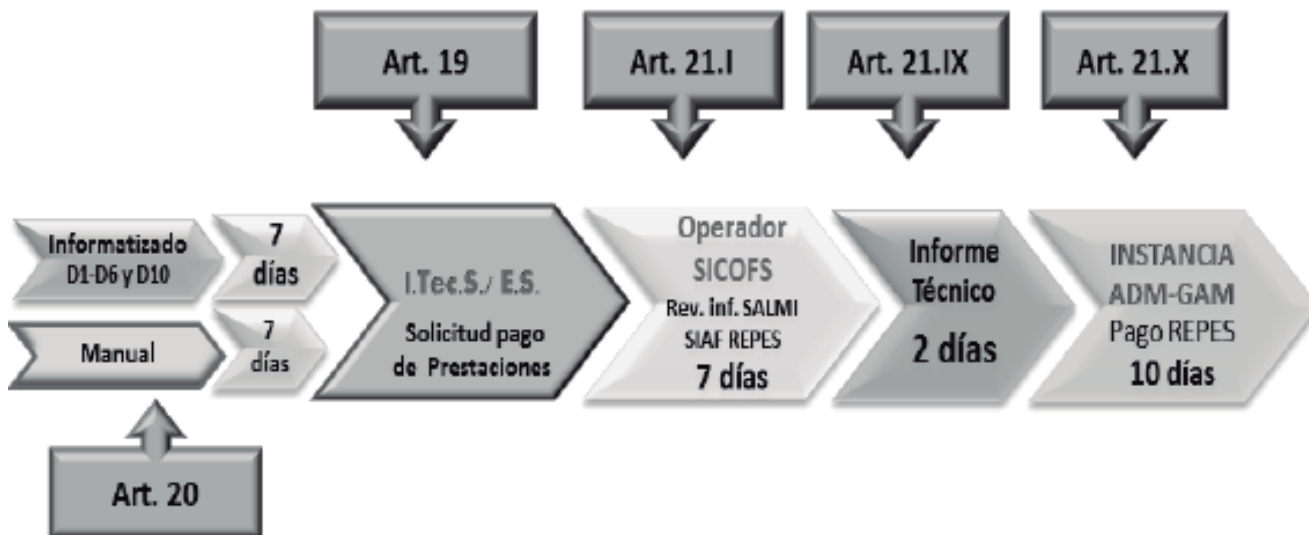
REGLAMENTO PARA LA GESTION ADMINISTRATIVA DE LA LEY N° 475 -PSSI- (RESOLUCION MINISTERIAL N° 0646, DE 09/06/2014)1

Tiene por objeto establecer el marco normativo para la gestión Administrativa de la Ley No 475, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral.

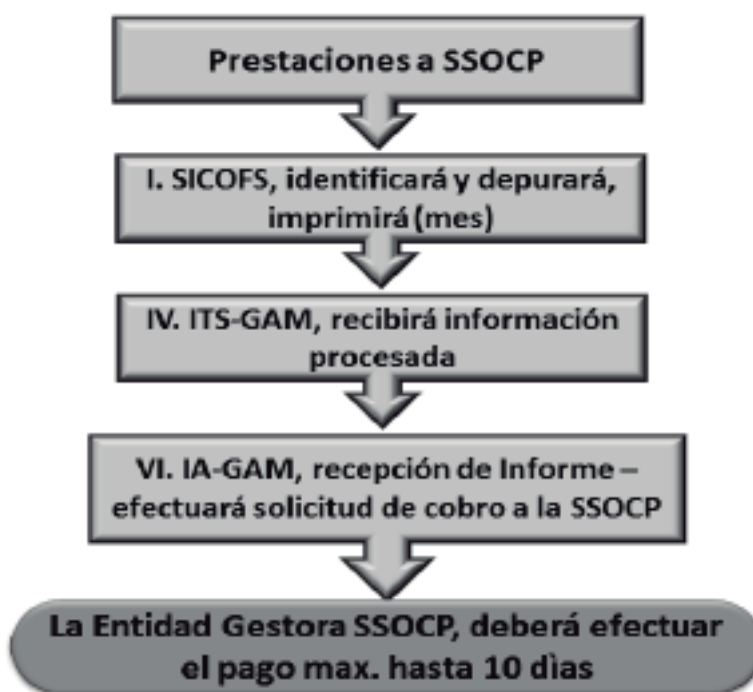
FORMA DE PAGO POR PRESTACIONES



PROCEDIMIENTO DE COBRO Y PAGO



SOLICITUD DE PAGO DE PRESTACIONES OTORGADAS A AFILIADOS DEL SEGURO SOCIAL A CORTO PLAZO EN ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS



CONTROL Y FISCALIZACION

- Responsable del establecimiento de Salud (control previo)
- Instancia Técnica de Salud GAM (SICOFS) verificación, registro y seguimiento de casos de incumplimiento y reincidencia de errores y fraudes financieros.
- Coordinación Técnica de Red mediante supervisiones periódicas.
- Unidades Departamentales de Seguros Públicos Control periódico y aleatorio de establecimientos de salud en especial de los que presenten denuncias.
- Unidad de Seguros Públicos de Salud del MS evaluará a nivel nacional a los SEDES.

INSTANCIAS RESPONSABLES DEL CONTROL DE LA CALIDAD DE ATENCION

- Autoridades Locales de Salud (en cada establecimiento de Salud)

- Coordinación Técnica de Red (supervisión y control de establecimientos de salud)
- Unidad de Gestión de Calidad del SEDES (En coordinación con las Unidades de Planificación y Redes de Salud de los SEDES)
- Unidades Especializadas de Atención a las Personas con Discapacidad (Instancias Municipales)
- Ministerio de Salud (a través de Informes solicitados a los SEDES y GAMs).

INSTANCIAS RESPONSABLES DEL CONTROL Y FISCALIZACIÓN DE LOS RECURSOS FINANCIEROS DE LA LEY 475 PSSI

- Honorable Concejo Municipal.- Instancia Legislativa que solicita informes al Ejecutivo Municipal (Realizar Auditorías).
- Ministerio de Salud solicitará a los HCM la realización de Auditorías y a la CGE.
- Contraloría General del Estado Responsable del Control Gubernamental.

TRANSGRESIONES AL REGLAMENTO

Se considerarán transgresiones al presente Reglamento los siguientes:

- Rechazo del personal de salud a la atención de las personas beneficiarias.
- Cobros adicionales a las personas beneficiarias.
- Prescripción o sugerencia de compra de medicamentos del mercado regular o solicitudes de medicamentos o insumos diferentes a los establecidos en el Manual de Prestaciones.
- Incoherencias existentes en la correlación clínica administrativa de los reportes presentados por el Establecimiento de Salud.
- Instalación y aplicación del SICOFS en establecimientos de salud u otra instancia no autorizada por el presente reglamento.
- Reincidencia de errores en la información del personal de salud o administrativo de los establecimientos de salud.
- Incumplimiento de plazos para el cobro y pago de las prestaciones de la Ley N° 475.

SANCIONES

Los servidores públicos que incumplan o infrinjan el presente Reglamento y que pongan en riesgo la continuidad de la atención de las personas beneficiarias, serán sancionados de acuerdo a lo señalado en la Ley N° 1178 de Administración y Control Gubernamentales -SAFCO y la Ley N° 004 de Lucha Contra la Corrupción, Enriquecimiento Ilícito e Investigación de Fortunas "Marcelo Quiroga Santa Cruz".

RESOLUCION MINISTERIAL N° 0786 (30-jun-2014) EXCLUSIONES

Ortesis y prótesis articulares cardiacas (válvulas y marcapasos), neurológicas, pleópticas (lentes o anteojos), auditivas (audífonos) y dentales (fijas o removibles)

Tratamientos con radioterapia, quimioterapia (excepto Leucemia linfoblástica aguda en menores de 5 años) y cobaltoterapia

Diagnóstico y tratamiento de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas no establecidas en la lista de prestaciones aprobadas por el MS

Cirugía estética

Trasplante de órgano y tejidos (**EXCEPTO**)

Tratamiento de ortodoncia.



IV.BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. Marco Legal de la Ley N° 475. Serie: documentos de política. Publicación 15, La Paz – Bolivia, 2014.
2. Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. Manual de Aplicación de Prestaciones, avanzando al sistema único de salud -Ley N 475. Serie: documentos técnico normativos. Publicación 388, La Paz – Bolivia, 2015.
3. Ministerio de Salud y Deportes, Marco Legal del Seguro Universal Materno Infantil -SUMI 2003, de la Ley N° 2426 de 22 de noviembre de 2002.
4. Guzmán A. Historia de Bolivia, Gobernantes de la República de Bolivia. Ed Los Amigos, 1981.
5. Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Organización de Funciones 4ta versión, 2012.
6. Costa Arduz R. Historia del Ministerio de Salud y Previsión Social. La Paz junio, 2000.
7. Política Nacional de Salud. Fundamentos y Logros. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, La Paz - Bolivia. 1989/1993.
8. Mendizábal G. Historia de la Salud Pública en Bolivia. de las Juntas de Sanidad a los Directorios Locales de Salud. La Paz - Bolivia, 2002.
9. Mendizábal G. El sistema de salud en Bolivia, su desarrollo, evolución y análisis actual del Sistema. Secretaría Nacional de Salud. Cochabamba, 1999.
10. Ledo C, Soria R. Sistema de salud de Bolivia. Salud Pública Mex 2011; 53 supl 2:109-119.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Dra. Tania Rocha Tapia
Responsable Área Gestión Hospitalaria SEDES-LA PAZ
Dr. Felipe Salcedo Javercato
Apoyo Técnico Área Gestión Hospitalaria SEDES-LA PAZ
Lic. Mary Troche Quispe
Técnico Área Gestión Hospitalaria SEDES-LA PAZ

3

Objetivo:

Fortalecer los conocimientos del personal de salud de pregrado sobre el conjunto de mecanismos mediante los cuales se articulan y complementan los establecimientos de salud en el Sistema de Referencia y Contrareferencia para la atención de urgencia/emergencia médica prehospitalaria oportuna y hospitalaria de calidad en las redes de salud.

I. INTRODUCCION

El sistema de referencia y contrareferencia articula la respuesta de los niveles de atención en salud de acuerdo a su capacidad resolutoria, determinando el tipo de servicio que debería ser ofrecido al usuario, el cual debe estar sustentado en el conocimiento técnico y el conocimiento pleno de la capacidad resolutoria local, que permita cumplir los objetivos y metas, apoyada por una gestión direccionada a satisfacer los problemas de salud.

La decisión pertinente de referir al usuario de un establecimiento de menor capacidad resolutoria a uno de mayor capacidad resolutoria puede salvar la vida de la persona y la contrareferencia procedimiento de salud mediante el cual una vez resuelto el problema de diagnóstico y tratamiento se debe remitir al usuario al establecimiento de salud que lo refirió inicialmente para que se le realice el seguimiento al tratamiento y control respectivo.

La optimización de la referencia y contrareferencia entre los diferentes niveles de atención, nos recuerdan el proceso de mejora de la calidad de atención. Es decir las normas dirigen a que las actividades y procedimientos médicos se realicen de la manera más adecuada

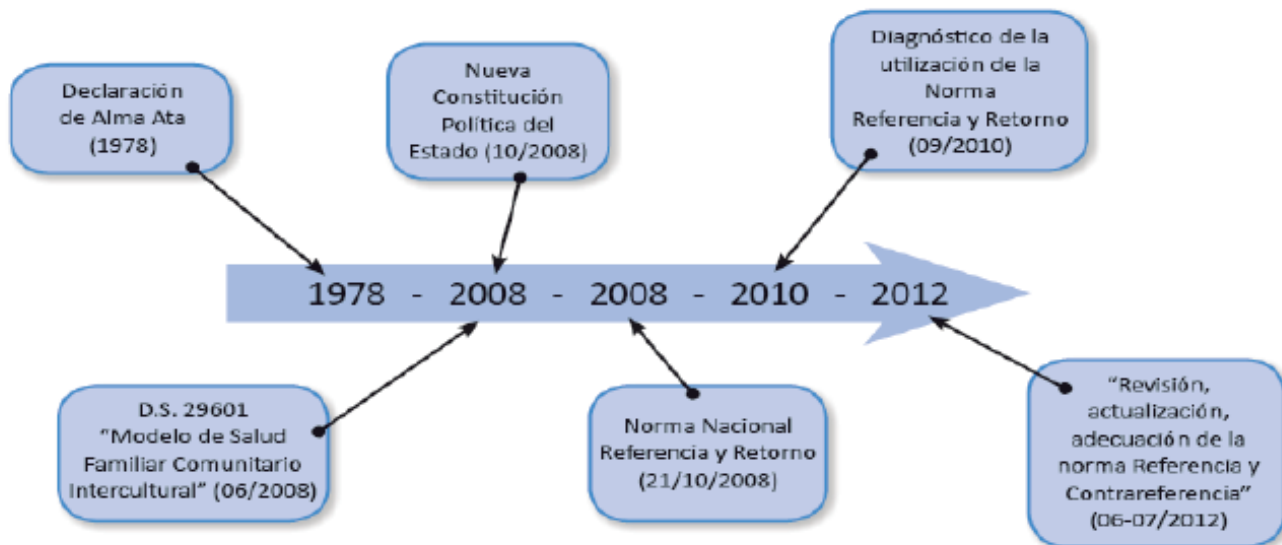
II. ANTECEDENTES

A comienzos de la década de los 80 se produce uno de los cambios más importantes del Sistema de Salud y se implementa en Bolivia, como consecuencia de la Declaración de Alma Ata, la estrategia de la Atención Primaria de Salud donde se desarrolla la implementación del Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud, a la vez se conforman las áreas y los distritos de salud, enfatizando la importancia de los establecimientos del primer nivel, acercándolos de esta manera a la población desprotegida, posteriormente se instauran los seguros públicos, para luego cambiar el enfoque del sistema, predominantemente administrativo, al enfoque de redes centrado en la capacidad resolutoria. Las instituciones de salud en sus diferentes instancias se organizaron espontáneamente para responder en forma adecuada y oportuna a las necesidades de referencia de los establecimientos de salud.

Según la agenda de salud para las Américas 2008-2017, señala la necesidad de “Fortalecer los sistemas de referencia y Contrareferencia” y mejorar los sistemas de información a nivel nacional y local.

El modelo sanitario en Bolivia a través del decreto supremo N° 29601, modelo de salud familiar comunitario intercultural, se constituye en estrategia para lograr vivir bien, enfocada en las personas, las familias y las comunidades, de esta manera estableciéndose la “Salud Familiar Comunitaria e Intercultural” (SAFCI) y la inclusión de la medicina tradicional, pueblos indígenas originarios campesinos con el que se proyecta hacia un sistema único integral e intercultural.

Línea de tiempo de hitos importantes en el desarrollo del componente Referencia y Contrareferencia.



La Norma Nacional de Referencia y Retorno en su primera edición fue aprobada mediante resolución ministerial N°1036 del 21 de noviembre del 2008.

En septiembre del 2010 se realizó el diagnóstico de la utilización de la norma de la referencia y retorno siendo sus principales conclusiones, la poca difusión de la norma, con poca magnitud en su aplicación, carencia de recursos humano, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos, además del nuevo concepto de redes funcionales, se vio la necesidad de actualizar la normativa el 6 de Julio del 2012 para garantizar la aplicación de la misma.

III. MARCO CONCEPTUAL

Sistema de referencia y contrareferencia

Es el conjunto de mecanismos técnicos y administrativos mediante los cuales se articulan y complementan los establecimientos de salud incluyendo los subsectores, medicina tradicional y la comunidad, permitiendo brindar adecuadamente una atención médica oportuna, continua, integral y de calidad dentro la Red Funcional de servicios de Salud, garantizando así el acceso al establecimiento de mayor capacidad resolutive de usuarios en estado crítico y una vez resuelto el problema de salud se garantice que éste sea contrareferido a su establecimiento de origen para su seguimiento y control respectivo.

Referencia

Es el proceso administrativo – asistencial mediante el cual el usuario (paciente) es referido de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive, a un establecimiento de mayor capacidad resolutive con el objeto de salvar su vida o solucionar su problema de salud. En la referencia se deben utilizar los criterios de calidad: adecuado, justificado y oportuno (A.J.O.) permiten medir la calidad de la referencia, en los Centros de Salud de primer nivel y Hospitales de segundo y tercer nivel de atención.

Referencia adecuada

Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud, que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimiento establecidos en la norma evalúa la necesidad y oportunidad de remitir al usuario a un establecimiento de mayor capacidad resolutive cumpliendo con el llenado adecuado del formulario de registro.

Referencia justificada

Es aquella referencia realizada por el establecimiento de salud que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimientos establecidos en la norma que determina permitir al usuario a un nivel de mayor complejidad dependiendo la necesidad de un diagnóstico y/o tratamiento especializado.

Referencia oportuna

Es aquella referencia por el establecimiento de salud que luego de haber agotado su capacidad resolutive según los procesos y procedimiento establecidos en la norma remiten al usuario a un nivel de mayor complejidad previendo la estabilidad vital y el tiempo de traslado para la resolución del caso.

Contrareferencia

Procedimiento mediante el cual resuelto el problema de diagnóstico y/o tratamiento, se dirige al usuario al establecimiento de salud que lo refirió inicialmente con el fin de que se lleve a cabo el control, seguimiento y/o continuar con la atención integral.

Emergencia Médica

Es la situación de salud que se presenta repentinamente, ya que presenta signo y síntomas que indican gravedad, lleva implícito una alta posibilidad de perder la vida requiere atención inmediata para estabilizarlo y luego referirlo.

Urgencia Médica

Es la situación de salud que se presenta repentinamente, pero sin riesgo de perder la vida y pueda requerir de asistencia medica dentro de un periodo de tiempo razonable para calmar la signo-sintomatología o para prevenir complicaciones mayores.

Capacidad resolutive

Es las capacidades y destrezas del equipo de salud de los establecimientos en los diferentes niveles de atención, para diagnosticar, tratar y resolver problemas de salud de acuerdo al conocimiento, actitud y la tecnología a su alcance contribuyendo a la solución del problema.

Transferencia

Es el proceso mediante el cual el usuario es remitido de un servicio a otro centro del mismo establecimiento de salud para su atención, manejo, tratamiento u otro proceso requerido. Es el proceso mediante el cual un usuario es remitido de un establecimiento de salud a otro del mismo nivel, tipo o categoría por carencia de capacidad para atender.

Interconsulta

Es la solicitud de atención para la valoración al paciente, que el médico tratante realiza a otros profesionales para la atención del usuario.

IV. CARACTERISTICAS DE LA ATENCION EN SALUD

Redes funcionales de los servicios de salud

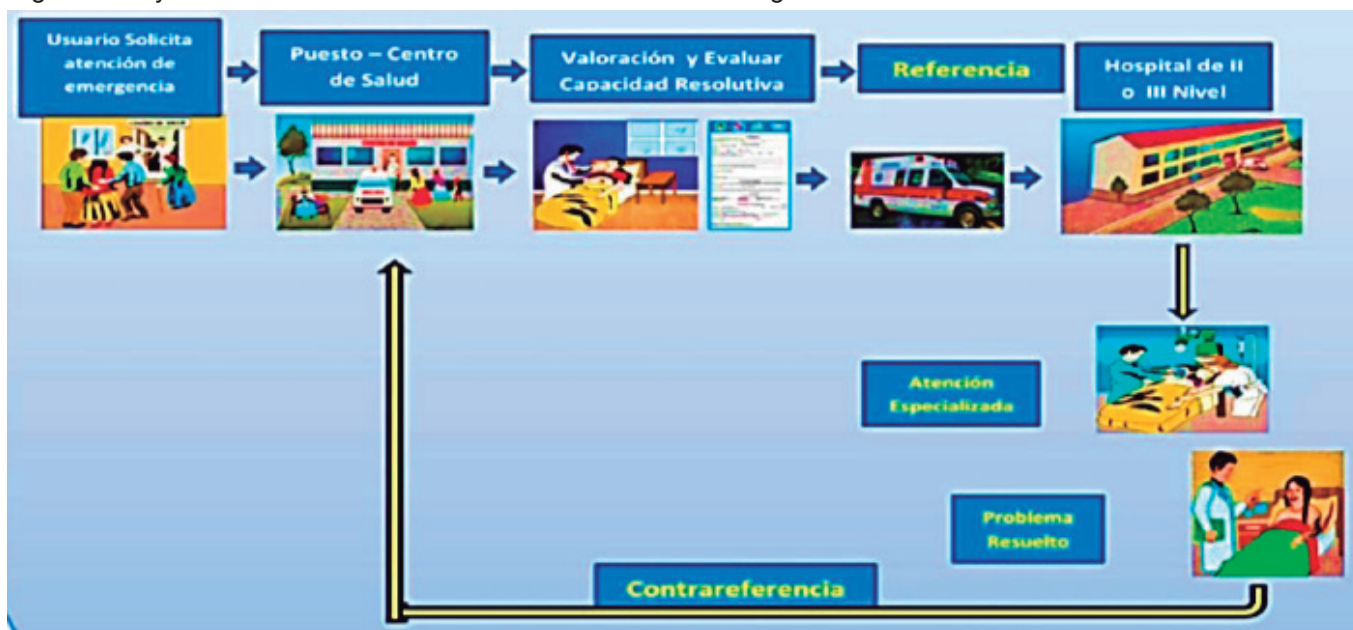
Es el conjunto articulado de prestaciones de servicios de salud, establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel, de los subsectores públicos de la seguridad social a corto plazo y el sector privado sin fines de lucro, organizados y articulados según criterios sociales, culturales, técnicos y administrativos de implementación y sostenibilidad, para garantizar la capacidad resolutive en salud con pertinencia, idoneidad, oportunidad y efectividad desarrollando acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

La atención en salud se ejecuta dentro y fuera de los establecimientos de salud pertenecientes a tres niveles que se distinguen por su capacidad resolutive:

- **Primer Nivel:** puerta de entrada al sistema de atención de salud, sus principales funciones son la promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, centrado en las personas, familias y comunidades en base a los principios de integralidad, participación comunitaria, intersectorialidad e interculturalidad. Sus establecimientos de salud son el Centro/Puesto de salud, el Centro SAFCI con camas, Consultorio SAFCI, que se complementan y articulan con la medicina tradicional.
- **Segundo Nivel:** corresponde a la modalidad de atención de mayor capacidad resolutive que el anterior, incluye hospitalización, cuenta con la atención de especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría, ginecologíaobstetricia y anestesiología, en algunos casos traumatología). Su unidad operativa es el Hospital de Segundo Nivel.

- **Tercer Nivel:** corresponde a hospitales generales, hospitales de especialidades e institutos, con todas las especialidades y subespecialidades.

Los hospitales de tercer y segundo nivel son complementarios a los establecimientos de salud del primer nivel, debiendo existir continuidad en la atención, sin sobre posiciones ni paralelismos en su accionar, logrando la fluidez en el manejo de los usuarios y de la información. Cada nivel es responsable de sus propias decisiones, coordinando el seguimiento y el retorno de los usuarios al establecimiento de origen.



En relación a la referencia de pacientes de urgencia, es primordial su estabilización previa al traslado, además de asegurar el acompañamiento con un integrante del equipo de salud calificado hasta concretar la referencia. Se debe proveer los recursos necesarios en el Plan Operativo Anual (POA) para efectivizar las referencias (combustible, mantenimiento del transporte, estipendio, etc.).

V. COMPONENTES DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Constituyen toda la logística de la estructura necesaria para su funcionamiento

Comunicación

Las características de este componente difieren según la ubicación de los establecimientos de salud. Tanto en las ciudades como el área rural se cuenta con líneas telefónicas, líneas de fax, internet, teléfonos celulares y radios, deben tener un número piloto de teléfono de establecimientos de referencia o frecuencia radial.

Sirve para realizar la coordinación de la referencia y contrareferencia del paciente, facilitará la articulación y relacionamiento entre los establecimientos garantizando que se establezca una adecuada red de comunicación que asegure la atención de la prestación de servicios en forma oportuna y eficiente.

Isócronas

Es la representación gráfica del desplazamiento dentro de la red funcional de servicios de salud que incluyen mapas, distancias y tiempos y se distinguen tres categorías.

Ente establecimientos de salud y comunidades, establecimientos de salud del mismo nivel, establecimientos de primer nivel y hospitales de referencia así mismo pueden incluir estado tipo y transpirabilidad de caminos y carreteras.

Transporte

El transporte de usuarios óptimamente y de primera elección debe ser realizado en vehículos que cuenten con ciertas características especiales dependiendo de la complejidad del problema de salud y que garantice el soporte vital

del paciente, existen varios tipos de vehículos de transporte o ambulancias, debe complementarse con las características con las que tiene que contar el conductor asignado.

Equipamiento e insumos

Cada ambulancia dependiendo de su tipo debe contar con el equipamiento, medicamentos e insumos de forma permanente y continua de tal forma que permita en caso de una urgencia, poder trasladar inmediatamente al usuario con todas las medidas recomendadas.

La gestión para la dotación y mantenimiento de equipamiento, medicamentos e insumos necesarios, es de responsabilidad de los directores de los establecimientos de salud, asegurando su disponibilidad inmediata en caso de urgencia/emergencia.

También deben garantizar la existencia de oxígeno en sus servicios, al ser un insumo fundamental para la estabilización del usuario, como para su atención durante el traslado en las ambulancias.



VI. FUNCIONAMIENTO DE LA REFERENCIA Y CONTRREFERENCIA

Los requisitos para el funcionamiento de la Referencia y Contrareferencia son:

1. Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud.
2. Criterios de referencia y Contrareferencia.
3. Procedimientos específicos de la Referencia y Contrareferencia.

1. Organización de la Red Funcional de Servicios de Salud.

La red funcional de servicios de salud está conformado por un conjunto de establecimientos de diferentes niveles, con diferentes capacidades resolutivas.

Equipo de salud

Es el equipo de salud de cada uno de estos establecimientos en el marco de la gestión participativa y control social en salud, de acuerdo al nivel es el responsable de realizar las acciones de Referencia y Contrareferencia.

Comité de Referencia y Contrareferencia

El Comité de Referencia y Contrareferencia es una instancia interinstitucional que debe analizar, monitorear y evaluar la aplicación de la norma de Referencia y Contrareferencia y su cumplimiento con enfoque de atención de Calidad.

El SEDES de cada departamento es el responsable de la conformación de sus Comités de Referencia y Contrareferencia para su implementación, análisis y evaluación. Acorde a la estructura de las Redes Funcionales de Servicios de Salud, así mismo deberá realizar las gestiones necesarias para dar funcionalidad a este. Las recomendaciones del Comité de Referencia y Contrareferencia deben ser tomadas en cuenta para mejorar el Sistema Único de Salud en cada uno de los niveles de gestión, en base a competencias y capacidades u otros problemas estructurales o sub

componentes incluidos en la norma.

Se reconocen básicamente los siguientes comités:

a) A nivel de la Red Funcional de Servicios de Salud, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el Coordinador de la Red en representación del SEDES, el o los responsables municipales de salud de la Red de cada municipio, el Director del hospital de segundo nivel, representante en salud del o de los gobiernos autónomos municipales, representante del o los consejos sociales municipales en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un Vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Este comité debe reunirse mínimamente 4 veces al año, dependiendo de la cantidad de referencia podrá reunirse más veces, debiendo dar a conocer sus resultados en el Comité de Análisis de Información (CAI) de Red.

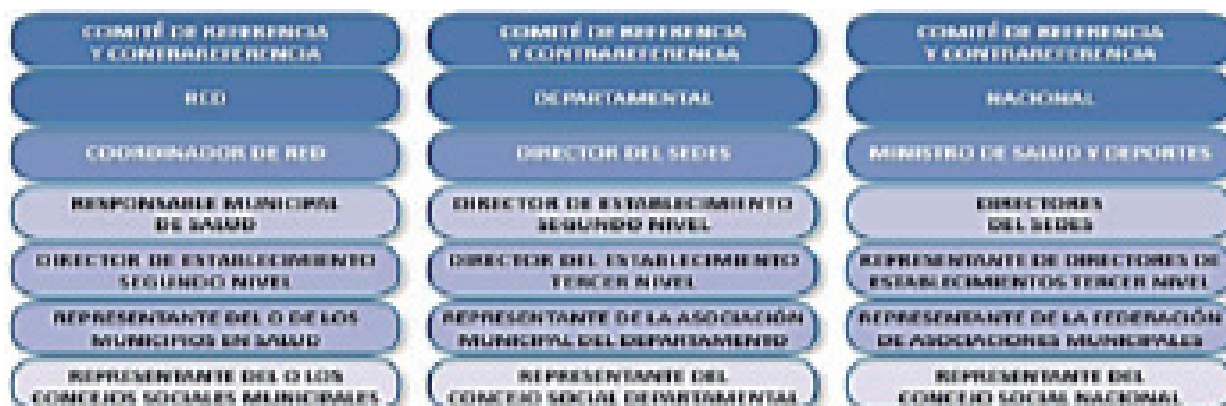
b) A nivel Departamental, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el Director del SEDES, directores de hospitales de segundo y tercer nivel, representante en salud de la Asociación Municipal del departamento, Representante del consejo social departamental en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un Vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Este comité debe reunirse mínimamente 2 veces al año, dependiendo de la cantidad de referencia podrá reunirse más veces, debiendo dar a conocer sus resultados en el CAI Departamental.

c) A nivel Nacional, se debe conformar un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el o la Ministra de Salud y Deportes, Directores de SEDES, Representante de Directores de hospitales de tercer nivel, representante de la Federación de Asociaciones Municipales, Representante del Concejo Social Nacional en representación de la sociedad civil. Se elegirá un Secretario de Actas y un Vocal, quienes serán elegidos de acuerdo a mecanismos propios, debiendo formar parte todos los mencionados de esta directiva. Tiene un carácter normativo, de evaluación y gestión. El Comité Nacional desarrollará su reglamento y considerará los indicadores pertinentes para evaluar su funcionamiento. Los resultados de su liberación serán expuestos y analizados en el CAI Nacional y Congreso Nacional de Salud si amerita.

d) Operativamente los subsectores en salud, diferentes al público, deberán conformar sus comités acordes a su estructura, que responde a los comités propuestos anteriormente y deben ser incorporados paulatinamente al Sistema Único de Salud.

Sus principales funciones son:

- Elaborar el reglamento del Comité de Referencia y Contrareferencia.
- Asegurar y garantizar el cumplimiento de la norma de Referencia y Contrareferencia.
- Es la instancia que evalúa la aplicación de los procedimientos en forma periódica mediante reuniones ordinarias y extraordinarias, de acuerdo a un cronograma.
- Se podrá convocar y solicitar información de otras instancias de acuerdo a necesidad y requerimiento.
- Podrá conformar otros sub- comités de acuerdo a la necesidad de cada Red Funcional de Servicios de Salud.
- Gestionará recursos para el buen funcionamiento del sistema de Referencia y Contrareferencia.



2. Criterios de Referencia y Contrareferencia

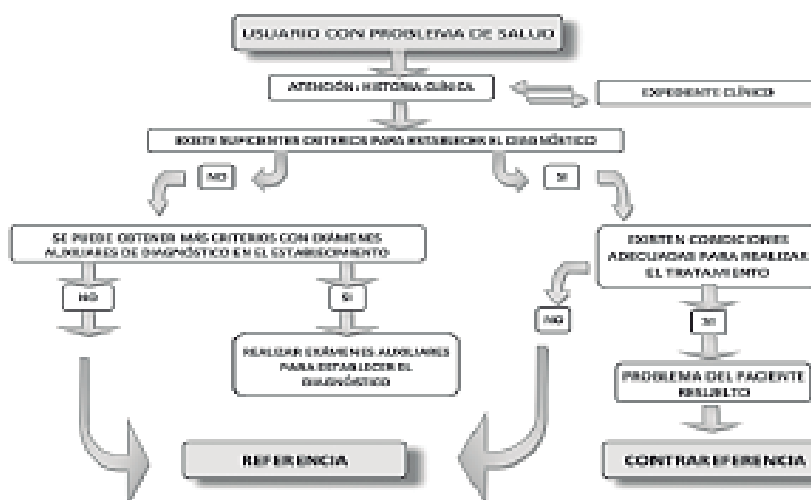
Para la referencia del paciente se tienen los siguientes criterios:

a) Toma de decisiones:

La referencia que se origina cuando el problema de salud del paciente requiere de diagnóstico y/o tratamiento que supera la capacidad resolutoria del establecimiento o la instancia comunitaria al que asistió, puede ser de las siguientes formas:

- Atención médica de urgencia o emergencia debiendo realizar el traslado en Ambulancia.
- Transferencia externa, por requerimiento del médico tratante que envía a otro profesional cuya atención pueda ser necesario para el paciente.
- Cuando el tratamiento que necesita el paciente tiene especificidades que superan el nivel de atención del establecimiento.

En el siguiente cuadro se observa el proceso para la toma de decisiones.



b) Selección del establecimiento para la referencia. Se toman en cuenta los siguientes criterios:

Capacidad Resolutiva.- El establecimiento de salud al que el paciente es referido debe tener la capacidad para resolver el motivo de la referencia de acuerdo a su cartera de servicios, el médico tratante se podrá guiar en la lista de prestaciones por nivel de atención.

Accesibilidad.- El establecimiento de salud elegido para la referencia debe ser el más cercano y accesible través de vías de comunicación y transporte convencionales (ambulancia y transporte).

Oportunidad.- El paciente debe ser referido en el momento que lo establezcan las Normas de Atención Clínica. Previa a la referencia debe haber comunicación con el establecimiento receptor, de mayor capacidad resolutoria.

Control del usuario en el traslado.- El establecimiento de salud debe garantizar que el usuario motivo de la referencia sea controlado durante su traslado hasta su recepción en el establecimiento de destino. En caso de urgencia el paciente debe ser estabilizado y acompañado durante su traslado por un integrante calificado del equipo de salud y uno de sus familiares.

c) Destino del Paciente Referido.

Una vez identificado el establecimiento de destino, en el formulario de referencia se debe anotar claramente el establecimiento donde se envía al paciente, existiendo las siguientes alternativas:

- Servicio de Emergencia o Urgencia: El paciente es referido a este servicio de acuerdo al cuadro clínico del usuario.
- Servicios ambulatorios: El paciente es referido a otro establecimiento, cuando su problema de salud requiere

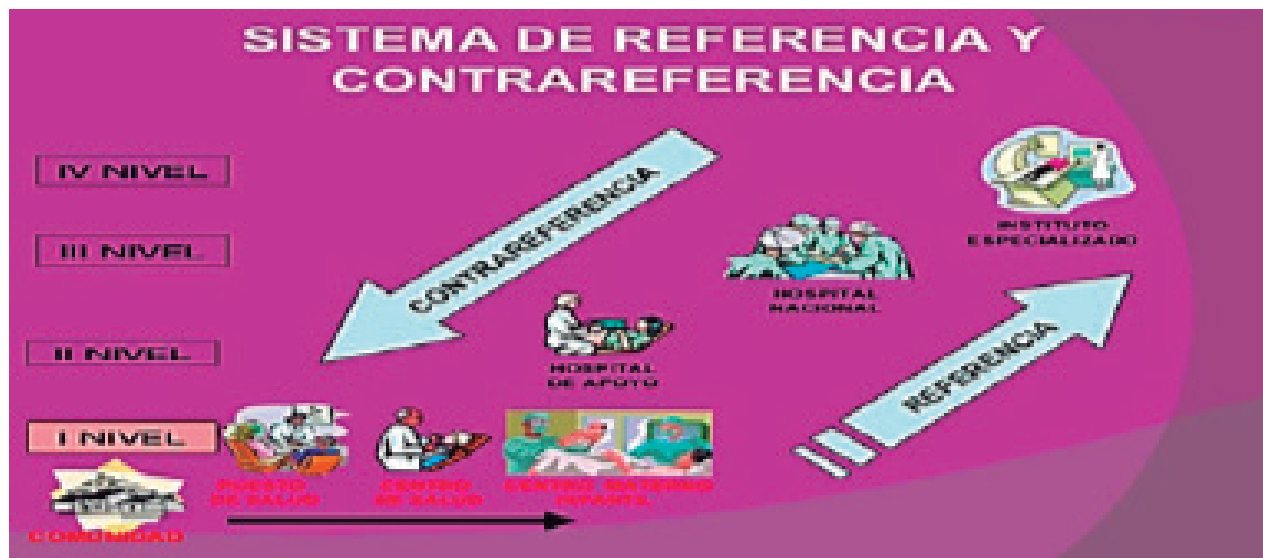
de exámenes complementarios o procedimientos de mayor tecnología o tratamiento especializado.

- Otros destinos: son las unidades nutricionales, de rehabilitación, servicios legales como Defensorías de la Niñez, Adolescencia y la Mujer, etc.

C. Procedimientos generales de la Referencia y Contrareferencia.

a) Referencia desde Establecimientos de Salud de Primer Nivel.

El responsable del establecimiento de salud previa evaluación del paciente y al determinar la necesidad de referirlo, debe explicar al paciente, al familiar en forma sencilla y clara el motivo de la referencia, posibles riesgos y beneficios; para lo cual, debe llenar el Formulario de Referencia, el paciente o familiar debe también firmar este formulario como parte de consentimiento informado y referir al paciente con esta documentación. Previo al traslado del paciente debe realizarse la comunicación al establecimiento receptor, en caso que la comunicación no sea posible, se debe anotar en el expediente clínico del paciente y en el formulario de referencia.



b) Referencia desde un establecimiento de segundo nivel

Cuando un servicio de un hospital de segundo nivel ha decidido realizar la referencia de un paciente a un establecimiento de mayor capacidad resolutoria debe comunicarse previamente con el establecimiento receptor, también debe explicar al paciente, familiar o acompañante de forma sencilla y clara el motivo de la referencia, posibles riesgos y beneficios, para lo cual debe llenar el Formulario de Referencia, y el paciente o familiar también debe firmar este formulario como parte de consentimiento informado y referir al paciente con documentación.

c) Referencia Comunitaria

Cuando la referencia la realiza el Médico Tradicional, partera, Agente Comunitario de Salud o Promotor de Salud, u otros involucrados se debe utilizar el Formulario de Referencia y Contrareferencia Comunitaria.

La Contrareferencia mejora la capacidad resolutoria en la red de servicios y la comparación del diagnóstico final respecto al diagnóstico inicial, la valoración y el tratamiento realizados, así como resultados, indicaciones y recomendaciones que debe realizar el establecimiento de salud, para mejorar el criterio técnico y médico del personal de salud en establecimiento.

VI. USO DEL FORMULARIO DE REFERENCIA.

f) Formularios de Referencia y Contrareferencia

Estos formularios tienen un original y dos copias: la primera amarilla y la segunda verde, de preferencia en papel químico, este documento debe contar con los mismos datos llenados, firmas y sello del médico, sello del establecimiento.

Formulario de Referencia

- Original establecimiento que refiere

- b) Copia 1 amarilla - establecimiento receptor
- c) Copia 2 verde - comité de Referencia y Contrareferencia de la Red.

Una vez que el paciente es recibido en el establecimiento de referencia, el médico receptor tiene que firmar y sellar con sello personal e institucional el original y las dos copias.

Formulario de Contrareferencia

- a) Original establecimiento que contra refiere
- b) Copia 1 amarilla - establecimiento que realizó la referencia inicial.
- c) Copia 2 celeste - comité de Referencia y Contrareferencia de la Red.

Una vez que el paciente es dado de alta, el paciente o familiar tiene que firmar el original y las 2 copias.

VII. BIBLIOGRAFIA

- Norma nacional de referencia y contrareferencia R.M.Nº 0039, 30 de enero 2013.
- Reglamento de Salud Familiar Comunitaria Intercultural R.M.Nº 737 ,21 de abril 2009.
- Servicios de salud integral del Estado plurinacional de Bolivia .Ley Nº 475 de prestaciones de 30 de diciembre de 2013.
- Reglamento a la Ley Nº 475 de prestaciones de servicios de salud integral del Estado Plurinacional de Bolivia D.S.Nº 1984,30 de abril de 2014.
- Referencia y Contrareferencia una Utopía aplicable .Agreda García Sergio ,Berrios Arcienéga Karen ,Martínez Aguilar Tamara ,12 de noviembre 2013.
- Documento de apoyo a la Norma Nacional de Referencia y Contrareferencia Ministerio de Salud BID 3151/BL-BO ,2018.

ANEXOS

The image shows two forms side-by-side. The left form is titled 'FORMULARIO DE REFERENCIA' and the right form is titled 'FORMULARIO DE CONTRAREFERENCIA'. Both forms have multiple sections with lines for text entry and checkboxes. The left form includes fields for 'NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFERE', 'NOMBRE Y TIPO DE USUARIO', 'FECHA DE EMISIÓN', and 'FIRMA DEL MEDICO'. The right form includes fields for 'ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE', 'NOMBRE DEL USUARIO', 'FECHA DE RECEPCIÓN', and 'FIRMA DEL MEDICO'. At the bottom of each form, there are boxes for 'FIRMA DEL MEDICO' and 'SELLO DEL ESTABLECIMIENTO'.

BIOSEGURIDAD

Dr. Felipe Salcedo Javercato
 APOYO TÉCNICO ÁREA GESTIÓN HOSPITALARIA URSP SEDES LA PAZ
 Lic. Gladys Alanoca Yugra
 RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DE ENFERMERÍA SEDES LA PAZ

4

OBJETIVO GENERAL

- *Establecer las normas de bioseguridad con el fin de prevenir la exposición a factores de riesgo, contribuyendo a proteger al personal.*

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- *Promover el cumplimiento de la Norma de Bioseguridad en el equipo de Salud.*
- *Garantizar procedimientos de bioseguridad adecuado mediante la práctica de Normas y Procedimientos.*
- *Promover el manejo adecuado de los Residuos hospitalarios*
- *Prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.*

I. INTRODUCCIÓN.-

Las personas que trabajan en los Establecimientos de Salud por ende los Estudiantes y los Internos de distintas Carreras que realizan sus roles en el Área Rural, también deben cumplir las Normas Bioseguridad para evitar los riesgos laborales con un conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y seguridad del personal de salud, los pacientes y la comunidad, frente a los riesgos producidos por agentes químicos, biológicos, físicos y mecánicos.

La responsabilidad sobre el no cumplimiento del reglamento (reglamento para la aplicación del NB 63001), será por acción y/u omisión, por error y/o negligencia y por culpa y/o dolo.

II. ANTECEDENTES

Desde que se ha implementado el SSSRO, entre las actividades asistenciales, según competencia en el ámbito Departamental, el SEDES La Paz promueve actividades de promoción, prevención de la Salud y capacitación de los recursos humanos en las Redes Rurales, a través de la participación de estudiantes de los últimos años y/o egresados de Universidades e Institutos de formación, para que en calidad de "pasantes" apoyen en los establecimientos públicos, pero con el manejo correcto y adecuado de los términos de bioseguridad y su aplicación de la misma, evitando a la exposición a los distintos factores de riesgo (biológicos, físicos, mecánicos), y así garantizar un ambiente óptimo de trabajo y principio de cooperación.

III. DEFINICIONES.-

A) CONCEPTO DE BIOSEGURIDAD

"Es el conjunto de medidas preventivas que tienen como objetivo proteger la salud y seguridad del personal de salud, los pacientes y la comunidad, frente a los riesgos producidos por agentes químicos, biológicos, físicos y mecánicos, dirigido a la protección de la vida, del medio ambiente, encaminados a la universalidad mediante el uso de barreras para evitar la exposición a agentes contaminantes o potencialmente nocivos".¹

B) IAAS (INFECCIONES ASOCIADOS A LA ATENCIÓN DE SALUD).-

Infección que presenta durante la hospitalización o como consecuencia de ella y que no se encontraba presente o inoculación al ingreso de un paciente. Esta definición no distingue infecciones graves de las leves ni las prevenibles de las no prevenibles, infección de distinta magnitud, localizada o generalizada, de origen endógeno o exógeno, asociadas a la permanencia u ocurrencia de un paciente a un hospital o Centro de salud.

C) EXPOSICIÓN.-

Es el contacto que implica riesgo con un agente que puede transmitirse por la vía donde se está produciendo el contacto.

D) VIAS DE EXPOSICION.-

- a. **Digestiva:** Oral, Pipeteo con la Boca, salpicadura dentro la Boca, dedos, comidas, Bebidas.
- b. **Respiratoria:** por Inhalación de Aerosoles.
- c. **Piel:** contaminación por derrames, salpicaduras, equipos contaminados.
- d. **Inoculación:** agujas, cortaduras, mordeduras y rasguño de animales de experimentación.

IV. TIPOS DE RIESGOS.-

- a. **Biológicos:** Virus, Bacterias, Hongos o Parásitos: pueden producir enfermedades.
- b. **Físicos:** Radiación, pueden producir malformaciones, fuego produce Quemaduras, Electricidad: produce electrocución.
- c. **Químicos:** Sustancias tóxicas o corrosivas: produce lesiones en piel, mucosas, ojos, envenenamientos.
- d. **Mecánico:** Accidentes por vehículos, estructuras y equipos: lesiones traumáticas diversas.
- e. **Ergonómicos:** Se define la ergonomía como el estudio científico de la relación del hombre y su medio ambiente y el trabajo. Se encuentra en aspectos físicos del trabajador y sus capacidades humanas tales como; fuerzas, postura y repeticiones.

V. PRINCIPIOS UNIVERSALES DE BIOSEGURIDAD.

Tienen la finalidad de disminuir los riesgos de infección para el personal de salud.

1 UNIVERSALIDAD

Todos los pacientes (usuarios) y sus fluidos corporales independientemente de su diagnóstico de ingreso al centro de salud, deben ser considerados como potencialmente infectadas.

USO DE BARRERAS (Físico, Químico y Biológico).

- BARRERA FISICA
- BARRERA QUIMICA
- BARRERAS BIOLOGICAS

3. ELIMINACION ADECUADA DE RESIDUOS



La eliminación adecuada de residuos sólidos, comprende un conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados a través de los cuales se retira del establecimiento de salud, según el plan diseñado por el responsable del establecimiento de Salud, respetando horarios, rutas, sin riesgo para el personal y los pacientes son depositados y eliminados adecuadamente en los depósitos, intermedio y depósito final.

Eliminación de Residuos sólidos se refiere al manejo de los residuos generado en los establecimientos de Salud, el cual se encuentra normado en el Reglamento de Residuos Sólidos generado en los Establecimientos de Salud. Las disposiciones del reglamento, tienen como base en los siguientes principios:

- Prevención en la generación de residuos sólidos en establecimientos de Salud, orientada a minimizar cantidades y riesgos.

- Reducción de riesgo producido por los residuos sólidos, dirigida a disminuir la peligrosidad de los residuos infecciosos clase A y especiales clase B (subclase B2).
- Corresponsabilidad de todos los involucrados en el manejo de los residuos al interior y exterior de los establecimientos de salud.
- Equidad, respeto al derecho de la comunidad hospitalaria a gozar de seguridad en el ámbito de establecimiento de salud.
- Sostenibilidad económica - financiera, en sentido que los costos de manejo y presentación de los servicios, deben ser cubiertos por los generados de residuos.
- Sostenibilidad ambiental y sanitaria, por cuanto todas las etapas del manejo deben realizarse controlando los impactos al ambiente y la salud.”


(Reglamento para la aplicación de norma de boliviana de bioseguridad en establecimientos de salud 2010)

4. MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS


CLASIFICACIÓN RESIDUOS		
CLASE	SUBCLASE	TIPO DE RESIDUO
CLASE 'A' RESIDUOS INFECCIOSOS	A-1	Bioflora
	A-2	Serigis, hemocultivos y fluidos corporales
	A-3	Quirúrgico, anatomopatológico
	A-4	Corte Puzantes
	A-5	Cateteres o partes de aparatos contaminados
	A-6	Asistencia a pacientes Asistiendo
CLASE 'B' RESIDUOS ESPECIALES	B-1	Residuos Radioactivos
	B-2	Residuos Farmacológicos
	B-3	Residuos Químicos Peligrosos
CLASE 'C'		Residuos Comunes

CARACTERISTICAS DE LOS BASUREROS.

RESIDUOS CORTO PUNZANTES



- Una vez llenado el recipiente hasta 80 % o 90 % (partes de su capacidad), se descontamina con Hipoclorito de sodio al 5 % durante 20 minutos, se escume, se tapa, se etiqueta y se despacha al depósito final.



ALMACENAMIENTO PRIMARIO

RECIPIENTES:

- ◆ Fácil lavado
- ◆ Peso ligero
- ◆ Resistentes
- ◆ Identificados
- ◆ Ubicados estratégicamente para cada tipo de residuo
- ◆ Con bolsas respetando el Código Colores y simbología



ALMACENAMIENTO PRIMARIO

RECIPIENTES:

- ◆ Fácil lavado
- ◆ Peso ligero
- ◆ Resistentes
- ◆ Identificados
- ◆ Ubicados estratégicamente para cada tipo de residuo
- ◆ Con bolsas respetando el Código Colores y simbología



ALMACENAMIENTO FINAL

Es aquel que se realiza en pequeñas centros de acopio, en cantidad proporcional a la generación y horarios de transporte



- ⇒ Ubicados ESTRATÉGICAMENTE
- ⇒ Recipientes RÍGIDOS/ RESISTENTES
- ⇒ Facilidad LAVADO/ DESINFECCIÓN

VI. PRECAUCIONES UNIVERSALES

a) LAVADO DE MANOS

Es la forma más eficaz de prevenir la infección cruzada entre paciente, personal hospitalario, y visitantes.

TECNICAS DE LAVADO DE MANOS



El lavado de manos es la medida más importante para reducir la transmisión demicroorganismos entre una persona y otra y entre dos sitios distintos en un mismo paciente. El lavado de manos debe realizarse tan pronta y meticulosamente como se posible entre contactos con los pacientes y después del contacto con sangre, fluidos orgánicos, secreciones, secreciones y equipos contaminados. Se considera que la disminución de esta es suficiente para prevención y control de infecciones y aislamiento. El principal problema con el lavado de manos no está relacionado con la disponibilidad de insumos (jabón, toalla y agua), sino con la falta de cumplimiento de la norma. La higiene de manos se puede realizar de dos formas: con agua y jabón líquido y con solución alcohólica (alcohol gel).



AMBIENTES SEGUROS CON ADECUADA VENTILACIÓN E ILUMINACIÓN

Previene la transmisión de infecciones que se transmiten por vía aérea (tuberculosis, infecciones respiratorias altas virales en los niños).

- La separación entre cama y cama debe ser de 1.5 m.
- Todo ambiente debe recambiar aire 6 veces en 1 hora.
- El ingreso de luz debe ser de preferencia natural durante la jornada de trabajo.

PLAN DE CONTINGENCIAS

Constituye un plan frente a situaciones de emergencia: derrames, accidentes laborales, incendios, explosiones.

Requerimientos:

- Personal de emergencia
- Procedimientos
- Materiales en lugares fácilmente accesibles.

REGISTRO DE ACCIDENTES

 HOSPITAL MATERNO INFANTIL "GERMÁN URQUIDÍ"	FICHA DE ACCIDENTES PINCHAZO/LESIÓN/SALPICADURA
NOMBRE DEL ACCIDENTADO:	
EDAD:	OCUPACION:
FECHA: / /	HORA: SERVICIO:
DESCRIPCION DEL ACCIDENTE:	
TIPO DE LESION:	PARTE DEL CUERPO:
INFORMANTE:	
INVESTIGACION DEL ACCIDENTE	
COMO OCURRIO:	
CONCLUSIONES DE LA COMISION	
CAUSA DEL ACCIDENTE:	
RESPONSABILIDAD:	
MEDIDAS PROPUESTAS:	
FIRMA RESPONSABLE	FECHA: / /

Fuente: Reglamento para la aplicación de norma Boliviana de Bioseguridad en Establecimientos de Salud

En caso de existir exposición a riesgos biológicos de VIH, comunicación inmediata al comité de vigilancia epidemiológica de la institución.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.-

1. Ministerio de Salud Bolivia. Norma Nacional de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS. MS Salud; 2013.
 2. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia Epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud. OPS; 2010.
 3. Ministerio de Salud Bolivia. Reglamento para la aplicación de Norma Boliviana de Bioseguridad en Establecimientos de Salud, MS Bolivia; 2010.
 4. Gobierno Municipal de El Alto, swisscontact, EMALT. Reglamento municipal para la gestión de residuos de establecimientos de salud en el municipio de El Alto. GMEA, swisscontact, EMALT; 2005.
 5. Organización Panamericana de la Salud. Manual para la Prevención y Control de la Infecciones en Servicios de Salud dirigida a estudiantes de la Carreras de ciencias de la Salud. OPS; 2007.
- MINSA Lima. Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias.
MINSA. Lima; 2005

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD A.S.I.S.

Dr. Jose Miguel Borda Alaby
Coordinador Técnico Redes Urbanas

5

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE.

- Establecer la importancia del Análisis Situacional de Salud en la Atención Primaria en salud.
- Estructurar los componentes del Análisis Situacional de Salud con el fin de establecer una respuesta a los problemas de salud identificados en la comunidad.

I. INTRODUCCION. -

El Análisis de la Situación de Salud A.S.I.S. es la primera de las once Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) establecidas por la OPS/OMS en el año 2000 en el marco de la iniciativa “La Salud Pública en las Américas”, definiéndola como el “Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud” de la población y concibiéndola como una herramienta fundamental que permite identificar las determinantes relacionadas con la salud de una población en específico.

El A.S.I.S. interrelaciona los factores demográficos, económicos, geográficos, culturales, ambientales, e incluso históricos de la población para dar explicación a su problemática de salud, mismos que repercuten en los individuos, las familias y la comunidad en su conjunto.

Los propósitos fundamentales son:



Por tales características el A.S.I.S. aporta al sistema de salud en el:

1. Diagnóstico de las necesidades básicas en salud.
2. Desarrollo de políticas y planes de acción comunitarios en salud.

3. La planificación, ejecución y retroalimentación de programas, proyectos y planes que indiquen una presencia efectiva de la salud pública a nivel local.

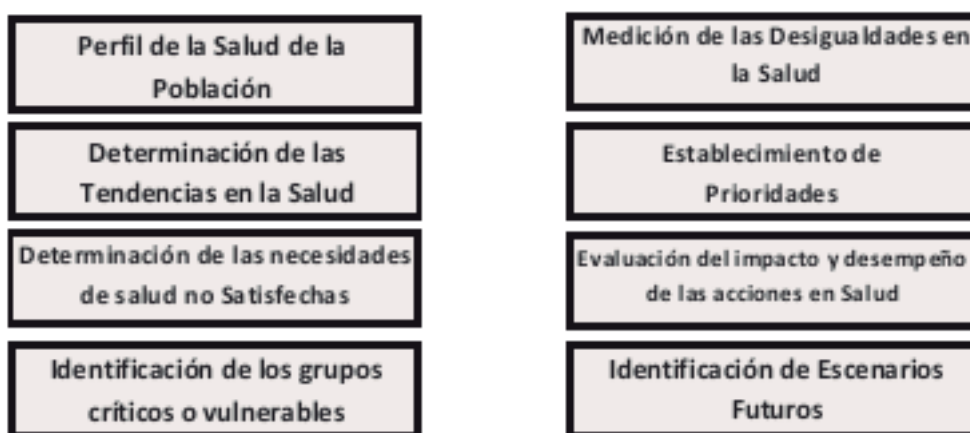
II. DEFINICIÓN. -

El Análisis de Situación de Salud (A.S.I.S.), es un proceso analítico y sistemático que permite caracterizar, medir y explicar el perfil salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños, problemas de salud, así como sus determinantes. Se basa fundamentalmente en la interacción de las condiciones de vida y el proceso salud - enfermedad.

El A.S.I.S. busca identificar y priorizar los problemas de salud de la comunidad para desarrollar acciones que contribuyan a su solución y a partir de ello identificar los recursos disponibles para dar respuesta a las necesidades de salud de grupos y comunidades.

III. ESTRUCTURA GENERAL DEL A.S.I.S.-

COMPONENTES BÁSICOS



Para la organización estructural del ASIS se deben establecer sus componentes y a partir de ellos el tipo de análisis, mismos que se deben aproximar a la situación de salud de la comunidad para elaborar el plan de acción correspondiente.

Cada componente puede ser desarrollado de forma cuantitativa y cualitativa, según su característica para ser expuesto a la población y territorio.

ASIS es una concepción holística y social que considera la salud como una totalidad de componentes de orden biológico, psicológico, ambiental, cultural y socioeconómico que interactúan entre sí como una red de múltiples influencias internas y externas, y no como compartimentos que influyen en forma lineal en la totalidad, ni como la sumatoria de factores.

El objetivo principal del A.S.I.S. es “Aportar la información que la autoridad sanitaria requiere para los procesos de dirección, administración y toma de decisiones en el sector con un máximo de equidad, eficiencia y participación social”.

V. TIPOS DE A.S.I.S.- Existen dos tipos de Análisis Situacional:

► Análisis de Tendencias:

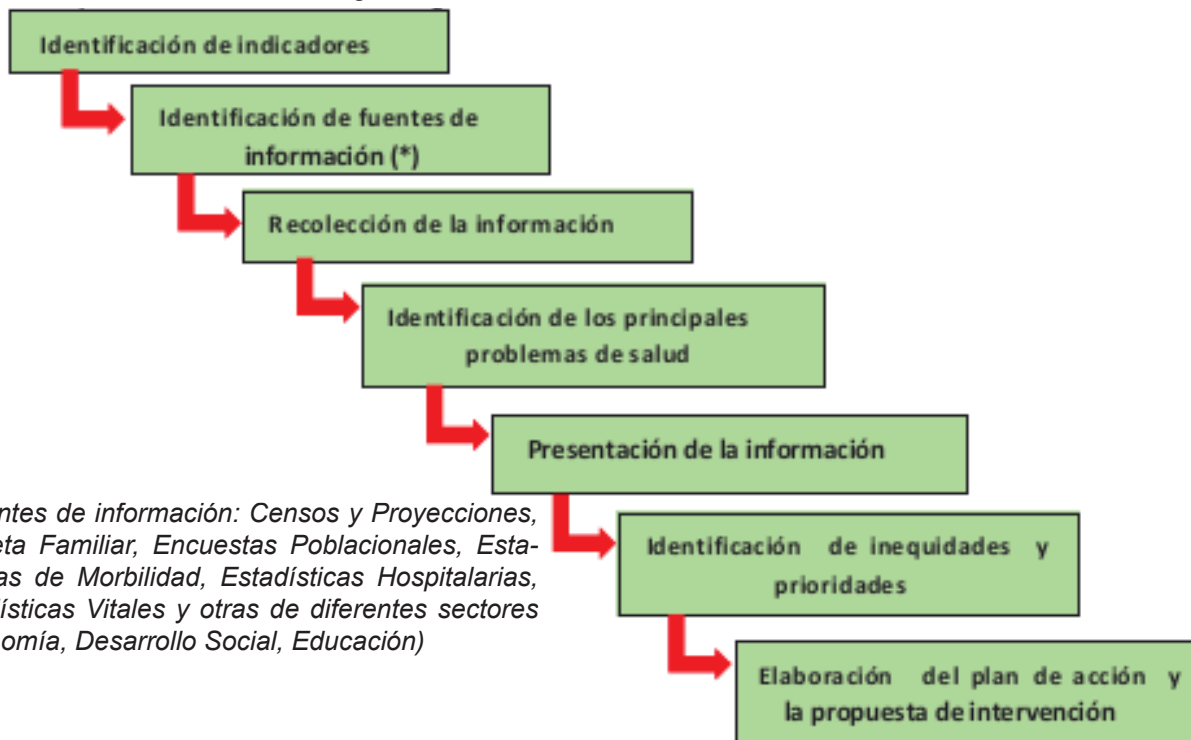
Identificar y determina las condiciones de cambios en los procesos de salud-enfermedad de una población, usualmente de mediano y largo plazo.

► Análisis de Coyuntura:

Responden a un contexto y situaciones definidas de corto plazo que permiten orientar planes de acción dependiendo de condiciones de viabilidad y factibilidad de la coyuntura política existente.

VI. ETAPAS DE UN A.S.I.S.-

Las etapas del A.S.I.S. consideran los siguientes elementos:



Para la realización de un Análisis de Situación de Salud.

- La información cuantitativa permitirá en general estimar la frecuencia, magnitud y gravedad de los problemas de salud y factores de riesgo.
- La información cualitativa permitirá una mejor comprensión de los problemas políticos, humanos, sociales, económicos y ambientales, siendo la una única fuente de información cuando no existen registros cuantitativos.

El ASIS tiene un carácter ético, dado por su condición de ser una investigación clínica, epidemiológica y social que se realiza en el primer nivel de atención. Debe alertarse el posible surgimiento de aspectos críticos como la no confidencialidad de la información que afecta la intimidad de personas y familias, así como el falseamiento consciente de la información.

VII. COMPONENTES DE LA ESTRUCTURA DEL A.S.I.S.-

1. Descripción de la situación sociohistórica y cultural del territorio:

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Caracterización Geográfica	Comprende la delimitación territorial y extensión, accidentes geográficos y características climáticas.
Recursos Naturales	Descripción de los recursos naturales existentes en la comunidad, y si esta se beneficia de ellos, si les da empleo a sus habitantes o si incide en la salud.
Aspectos Históricos	Hechos históricos relacionados con el origen y desarrollo de la comunidad.
Organización Política Administrativa	Descripción de cómo está organizada administrativamente la comunidad.
Recursos y Servicios	Centros de producción y servicios, instituciones educacionales, culturales, religiosas, centros de recreación, organizaciones no gubernamentales, centros de expendio de alimentos, medios de transporte, vías de comunicación, electrificación, existencia de parques y áreas verdes.

El ASIS tiene un carácter ético, dado por su condición de ser una investigación clínica, epidemiológica y social que se realiza en el primer nivel de atención. Debe alertarse el posible surgimiento de aspectos críticos como la no confidencialidad de la información que afecta la intimidad de personas y familias, así como el falseamiento consciente de la información.

VII. COMPONENTES DE LA ESTRUCTURA DEL A.S.I.S.-

1. Descripción de la situación sociohistórica y cultural del territorio:

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Caracterización Geográfica	Comprende la delimitación territorial y extensión, accidentes geográficos y características climáticas.
Recursos Naturales	Descripción de los recursos naturales existentes en la comunidad, y si esta se beneficia de ellos, si les da empleo a sus habitantes o si incide en la salud.
Aspectos Históricos	Hechos históricos relacionados con el origen y desarrollo de la comunidad.
Organización Política Administrativa	Descripción de cómo está organizada administrativamente la comunidad
Recursos y Servicios	Centros de producción y servicios, instituciones educacionales, culturales, religiosas, centros de recreación, organizaciones no gubernamentales, centros de expendio de alimentos, medios de transporte, vías de comunicación, electrificación, existencia de parques y áreas verdes.

2. Caracterización sociodemográfica de la población:

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Estructura por Edad y Sexo de la Población	Caracterización sociodemográfica de la población (principales grupos etáreos según sexo y población económicamente activa).
Nivel de escolaridad de la Población	Nivel de escolaridad en la población adulta, permanencia de niños y adolescentes en la escuela.
Estructura Ocupacional	Ocupación de la población, trabajos (formales e informales) e ingresos familiares.
Razón de Dependencia	Personas menores de 18 y mayores de 60 años dependientes de la población económicamente activa.
Número de Familias	Cantidad de familias sujetas de atención de salud y promedio de integrantes.

Fecundidad	Mujeres en edad fértil e hijas por mujer en edad fértil.
Migraciones	Características migratorias en la comunidad.

3. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual. -

ASPECTO	DESCRIPCION
Riesgos Ambientales	Calidad y cobertura del agua. Disposición de los líquidos cloacales (fosas, alcantarillas). Residuos sólidos (tipo de recolección y frecuencia). Vertederos, focos de mosquitos. Contaminación del aire. Contaminación acústica. Presencia de animales domésticos, presencia de animales de corral y cría. Tipo de combustible con el que se cocina en los hogares, viviendas inseguras y viviendas insalubres.
Riesgos Sociales	Desocupación, deserción escolar, barrios marginales, violencia social, consumo de bebidas alcohólicas o drogas.
Riesgos Laborales	Exposición a sustancias nocivas, radiaciones, ruidos y alturas.
Riesgos Genéticos	Principales problemas genéticos Enfermedades congénitas e inmunológicas.
Comportamientos de Riesgos a la Salud	Conductas adictivas, tabaquismo sedentarismo, hábitos alimentarios inadecuados, higiene bucal deficitaria, desorganización familiar, violencia.

4. Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas. -

ASPECTO	DESCRIPCION
Recursos de Salud Disponibles	Hospitales, Centros de Salud caracterizados, Centros de Rehabilitación, Red de Referencia y Contrareferencia, Farmacias en la zona.
Recursos Humanos	Existencia de equipo básico de salud y especialistas
Nivel de Inmunizaciones	Coberturas de vacunación en la población objeto.
Vigilancia y Control Epidemiológico	Mecanismo de control de vías de transmisión respiratoria, digestiva, vectorial y sexual.
Identificación del Riesgo Preconcepcional	Analizadas según tipo de riesgo
Identificación de Embarazos de Riesgo	Analizadas según tipo de riesgo
Tamizaje de Cáncer Evitable	Según técnica que contemple la neoplasia a tamizar.

Atención en Salud Oral	Acciones de prevención, fluorización, higiene adecuada y visitas periódicas al odontólogo.
------------------------	--

5. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población.

ASPECTO	DESCRIPCION
Morbilidad	Morbilidad por enfermedades transmisibles y no trasmisibles, malnutrición, accidentes, intentos suicidas y otras causas. Identificación de la incidencia y prevalencia, los casos controlados, análisis según sexo y edad.
Discapacidad	Identificar la incidencia y prevalencia según tipo, etiología y pronóstico. Realizar el análisis según sexo y edad.
Mortalidad	Cualquier defunción ocurrida debe ser analizada según sexo, edad y criterio de evitabilidad, considerando si la causa es evitable y si la muerte es prematura.

6. Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de problemas de salud. -

ASPECTO	DESCRIPCION
Necesidades Sentidas	Si existen evidencias de las necesidades sentidas de la población en cuanto a servicios y recursos de salud.
Problemas percibidos por la Población	Indagación de los problemas de salud prioritarios desde la perspectiva de la población.
Criterios sobre los Servicios de Salud	Identificación de expectativas en relación con el sistema formal de salud Estudio de satisfacción de la población con los servicios de salud. Análisis de patrones de utilización según sexo y grupos de edad. Factores que inciden en la sub y sobreutilización de servicios por sexo y grupos de edad Existencia y utilización de sistemas informales de cuidado.

7. Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad.

ASPECTO	DESCRIPCION
Acciones conjuntas con Organizaciones de Barrio	Analizar la intervención de las organizaciones del barrio en la promoción de salud, prevención de riesgos y en la solución de los problemas de salud de la comunidad. Niveles de autonomía y relación con los servicios
Acciones Conjuntas con otros Sectores Sociales	Analizar convocatoria a diferentes actores sociales y si existe colaboración intersectorial en la identificación o solución de los problemas de salud de la comunidad.
Acciones de Redes de Apoyo Social	Si hay evidencia de la existencia de la influencia de las redes de apoyo en la comunidad.

8. Tratamiento metodológico de la Información

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Enfoque familiar	La información analizada debe ser individual y colectivo
Selección de indicadores adecuados	Análisis casuístico, uso de indicadores demográficos y sanitarios para el análisis cuando sea pertinente, utilizando números absolutos y/o relativos.
Cálculo e interpretación de Indicadores	Construcción adecuado y multiplicación por constantes lógicas.
Análisis comparativo de Indicadores	Relación de indicadores a analizarse con períodos anteriores estableciendo un análisis comparativo

9. Situación de Salud de la Comunidad

ASPECTO	DESCRIPCIÓN
Diagnóstico de la situación socio-demo histórica y cultural del territorio, individual y colectiva.	A través del método clínico, epidemiológico y social se realiza el análisis crítico de los factores que causan daño a la salud y se establecen los responsables del proceso.
Diagnóstico de los servicios de salud, atención y participación de la estructura social.	Permitirá dar solución a problemas identificados en salud y la organización de la Red de Salud.

VII. SALA SITUACIONAL DE SALUD. -



La Sala de Situacional de Salud es el espacio físico o virtual donde se desarrolla la información en salud expresada en mapas o croquis, cuadros, gráficos de la Situación de la Salud de la comunidad de manera integral; es de carácter dinámico, flexible y se convierte en el instrumento idóneo para realizar la vigilancia de la salud pública y de gestión en el abordaje de las determinantes sociales de la salud, es así que la principal fuente de datos para su elaboración es la Carpeta Familiar. Este espacio permite analizar toda la información referente al ASIS de forma sistemática por un equipo de trabajo para caracterizar la situación de salud de una población, especialmente durante situaciones de emergencia.

La sala de situación debe contar con una estructura de acuerdo con el nivel de complejidad y a los recursos disponibles del lugar donde se implemente; no requiere estructuras sofisticadas para garantizar su funcionamiento, pues lo más importante es su funcionalidad que esta enmarcada en la contribución en el conoci-

miento de la situación de salud a nivel local, reorientación de los servicios de salud hacia la atención de acuerdo a prioridades, monitoreo permanente del cumplimiento de los planes de desarrollo Municipal y Departamental, proporcionar información oportuna, confiable e integra sobre los determinantes socioculturales, ambientales y económicas que contribuyen a la construcción de indicadores necesarios para medir los procesos de planificación, vigilancia y A.S.I.S., entre otras.

1. Un espacio físico o virtual.
2. Mapa parlante o croquis.
3. Misión y Visión.
4. Isócronas.
5. Cronogramas de actividades.
6. Puntos de referencia.
7. Organigrama.
8. Área de Carpetas Familiares.
9. Identificación de riesgos personales, familiares y monitoreo de determinantes.
10. Canales Endémicos.
11. Cuadro de Monitoreos
12. Cuadro de Vigilancia Epidemiológica.

VIII BIBLIOGRAFIA.-

1. Becker R. Lineamientos básicos para el análisis de mortalidad, Programa Análisis de la Situación de Salud y sus tendencia (SHA), Washington: OPS, 1992, Publicación N° PNSP/9215.
2. Hernández, T.; Dávila F. & Gafanhao, S. Situación de Salud, una herramienta para la gerencia en postgrados. En: D. González (Comp.) Retos de la Investigación en Salud Pública Hoy. Maracay.2007. Pag. 61-70
3. Murray C.I., Salomon J.A., C.A. Critical examination of summary measures of population health. Bulletin of the World Health Organization. 200; 78 (8); 981-94.
4. Organización Panamericana de la salud, Funciones Esenciales en Salud Publica Resolución CE126, R18, 126° Sesión del Comité Ejecutivo. Aprobado en el 42° Consejo Directivo. Washington: OPS/OMS; Septiembre del 2000.
5. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Derechos Humanos y desarrollo humanos, informe sobre Desarrollo Humanos 2000. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa;2000.
6. Curso de Educación permanente en la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y el Sistema Único de Salud, Ministerio de Salud , Octubre 2016, Sala Situacional pág. 202 al 205.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD BUCODENTAL

Dr. Cristian Guerrero Ajata
RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DE SALUD ORAL
Dr. Felipe Bernabe Callisaya Perez
Tecnico en Salud Oral SEDES LA PAZ



Objetivo de aprendizaje.-

- *Conocer la promoción y prevención en salud bucodental.*
- *Aplicar el conocimiento, para solucionar los problemas de salud bucodental, según las competencias.*

I. GENERALIDADES

La salud bucodental, es fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, se puede definir según la OMS como “la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes, otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial”.

Por tanto este concepto se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos y todas las partes de la cavidad bucal, relacionada con la masticación, comunicación oral y musculo facial.

La caries dental constituye una enfermedad de carácter universal, manifiesta su ataque desde el primer año de vida, según la OMS “afecta a la mayor parte de la población de cinco años de edad y es más frecuente entre las personas de cinco a 14 años de edad”.

Las enfermedades periodontales ocurren con frecuencia en personas de mayor edad; sin embargo, junto con la caries constituyen problemas graves de salud, no solo por su carácter mutilador, si no por las complicaciones sistémicas generadas.

Es poco posible resolver esos problemas con la mera atención odontológica curativa, sino dar solución a través de promoción y prevención.

II. SALUD PÚBLICA BUCAL

Se ocupa de la prevención y control de las enfermedades bucodentales y la promoción de la salud dental a través de los esfuerzos organizados de la comunidad. Y trabaja en la educación del cuidado dental a la población, a través de la investigación y la administración de programas de atención dental y las intervenciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población.

Las actividades que realiza la salud pública bucal, según la facultad de odontología de la UNAM, es:

- Monitorear el estado de salud para identificar problemas de salud en la comunidad.
- Diagnosticar e investigar los problemas y riesgos de salud en la comunidad.
- Informar, educar a las personas sobre los aspectos favorables de salud.
- Desarrollar políticas y planes para apoyar los esfuerzos de salud tanto individuales como comunitarios.
- Evaluar la efectividad, accesibilidad y calidad de los servicios de salud.
- Investigar y buscar nuevas soluciones para los problemas de salud.

La salud pública, según el programa mundial de salud bucodental de la OMS, están alineadas con la estrategia de la organización en materia de prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud. Se confiere especial prioridad a la elaboración de políticas mundiales de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades de la boca que entre otras cosas, traten de:

- Instaurar políticas de salud bucodental que permitan avanzar hacia un control eficaz de los riesgos.
- Fomentar la preparación y ejecución de proyectos comunitarios de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades de la boca, con énfasis especial en las poblaciones pobres y desfavorecidas.
- Alentar a las autoridades sanitarias nacionales a poner en práctica programas eficaces de fluorización para la prevención de la caries dental.

El D.S. N° 29601 “MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL”, en su art. 5, hace énfasis en la promoción y prevención de la salud, “el modelo de atención de SAFCI, es conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad de manera eficaz, eficiente y oportuna”.

III. PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL

La promoción de la salud es un área de la salud pública, que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población.

La definición dada en la histórica carta de Ottawa de 1986, la promoción de la salud “consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

Las cinco estrategias que la Carta de Ottawa considera indispensables para el éxito son:

- La elaboración de una política pública favorable a la salud.
- La creación de espacios y ámbitos propicios.
- El reforzamiento de la acción comunitaria.
- El desarrollo de las actitudes personales.
- La reorientación de los servicios de salud.

La Salud Familiar Comunitario Intercultural tiene como estrategia la promoción de la salud, “constituye un proceso político de movilización social, continua por el cual el equipo de salud se involucra con los actores sociales facilitando su organización y movilización, para responder a la problemática de salud y sus determinantes” y están dirigidas a modificar y mejorar las condiciones sociales, económicas y ambientales. En función a que el equipo de salud cambie actitudes, conductas y prácticas de cuidado de la salud.

La promoción de la salud bucodental puede interpretarse como un nuevo camino, una estrategia, una filosofía o simplemente una forma diferente de pensar y actuar para alcanzar la salud de los pueblos. Para algunos es un nuevo enfoque, cualitativamente superior al tradicional de la salud pública.

Para la OMS/OPS es indistintamente “una estrategia o una función esencial” de la salud pública. No obstante y a pesar de las diferentes acepciones asumidas, existe consenso en que involucra a gobiernos, organizaciones sociales e individuos, en la construcción social de la salud.

Según Álvarez (2011), “la promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual”.

Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

Las estrategias de promoción de salud pueden crear y modificar los estilos de vida y las condiciones sociales, económicas y ambientales determinantes de la salud. La promoción es un enfoque práctico para lograr mayor equidad y resultados en la gestión salud.

Uno de los aspectos a enfatizar en la promoción de salud es el autocuidado, definiéndose como el conjunto de acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su estado de salud, prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad.

La práctica del autocuidado debe ser estimulada por los miembros del equipo de salud, quienes deben proveer a la población y de conjunto con ella, de medios teóricos y prácticos para desarrollarla eficazmente.

Según Sosa (2000), la Promoción de la Salud tiene tres componentes fundamentales:

- a) Educación para la salud
- b) Comunicación
- c) Información

A. EDUCACION PARA LA SALUD

Como estrategia en la promoción de salud se ha constituido en una forma de enseñanza que pretende conducir al individuo y a la colectividad a un proceso de cambio de actitud y de conducta, que parte de la detección de sus ne-

cesidades y que intenta redundar en el mejoramiento de las condiciones de salud del individuo y de su comunidad. Fue definida por la OMS como “la encargada de promover, organizar y orientar los procesos educativos tendientes a influir en los conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la salud del individuo y la comunidad”.

Formar, convencer, motivar y fortalecer a las personas para que participen activamente en su tratamiento, aprendan a acoplar las posibles limitaciones de su enfermedad con su actividad diaria y se motiven para afrontarlas uno y otro día es el objetivo específico de la Educación, una disciplina mucho más reciente y de carácter más particular que entra en juego cuando la enfermedad ya está instalada, el seguimiento a largo plazo es requerimiento mandatorio y el fin último de las acciones de salud se dirige a disminuir las crisis agudas y la aparición o desarrollo de las complicaciones crónicas.

Un elemento importante para lograr los objetivos de la Educación para la Salud es conocer las actitudes, pues es sobre la base de ellas que se lograrán las modificaciones en los estilos de vida y para lo cual es fundamental la motivación que alcancemos desarrollar en los individuos y poblaciones, y sobre la que debemos sustentar nuestro trabajo.

Según Sosa (2000), la actitud ha sido definida como la “posición que se asume en una situación, un sentimiento relativamente constante, predisposición y conjunto de creencias en relación con un objeto, persona, comportamiento o situación”.

Ella posee tres componentes:

- **Cognitivo:** Incluye todo lo que sabemos del objeto, generalmente el conjunto de opiniones y creencias que se tienen con relación a él, lo cual se ha ido formando a lo largo del tiempo, ha adquirido complejidad y estabilidad, por lo cual no es fácil de modificar.
- **Conativo:** Indica si el sujeto está en disposición o intención de desarrollar la conducta para lograr una modificación.
- **Afectivo:** Incluye los sentimientos, estados emocionales y de ánimo que suscitan en el sujeto el objeto de la actitud. Es precisamente en este componente en el que se apoya la utilización de las técnicas afectivas participativas y están formadas de acuerdo a la Cultura en que se ha desarrollado el individuo, sus creencias, experiencias personales, así como del grupo y la que ha recibido del entorno en que se desarrolló, como medios de comunicación, escuela, hogar, entre otros.

Los medios de difusión masiva ejercen una creciente mediación en la audiencia y muchas veces funcionan como comunidad de referencia y de apropiación. En nuestro contexto los medios de difusión masiva son de propiedad estatal y resulta totalmente factible utilizarlos como apoyo de la promoción y la educación para la salud.

1. Técnicas de enseñanza:

a. Charla:

Es una técnica que nos permite hacer una presentación hablada de uno o más temas, la cual es muy fácil de organizar y muy útil para impartir nuevos conocimientos e información. Debe estar preparada con una guía, emplear un lenguaje sencillo, cuidar la comunicación extra verbal, y de ser posible, utilizar medios de enseñanza. La retroalimentación nos permitirá comprobar si los objetivos se han cumplido.

b. Demostración:

Muestra en forma práctica como hacer cosas, haciendo evidente las habilidades del demostrador y promoviendo la confianza de la comunidad. Permite una amplia participación a través de “aprender haciendo”. También es una técnica educativa oral (colectiva o individual) cuyo objetivo es enseñar sencilla y prácticamente procedimientos para desarrollar una acción.

c. Socio dramas:

Técnica educativa oral colectiva que consiste en la actuación de los participantes, representando situaciones reales, espontáneas. Se ofrece el tema, se distribuyen los personajes (no más de 5), y comienza la acción, cuidando hablar con voz clara y fuerte, actuando en correspondencia con las necesidades reales y sentidas de acuerdo al rol que les correspondió a cada uno. Se destacarán al final las actitudes positivas y sus beneficios. Se estimulará el diálogo.

d. Árbol de la Salud Enfermedad:

Este ejercicio permite hacer una reflexión crítica sobre los elementos que puedan intervenir en los problemas de salud, buscando analizar las causas que lo generan, a fin de poder instrumentar las estrategias idóneas que preserven y eleven las condiciones de salud de la población.

e. Teatro Popular:

Es una técnica educativa que se basa en la actuación de situaciones simuladas. Consiste en la preparación de una verdadera obra de teatro. Es utilizada para audiencias numerosas.

2. Medios de Enseñanzas:

Deben estar en correspondencia con los objetivos, temas, auditorio, lugar y situación donde se desarrollará la actividad educativa.

Algunos son:

- Plegables
- Marcadores con mensajes de salud
- Pizarra
- Láminas
- Rota folios
- Papelográficos
- Proyector y Diapositivas
- Vídeo casetera y casete
- Modelo dental y cepillo

B . COMUNICACIÓN

Es un proceso planificado encaminado a motivar a las personas a adoptar actitudes y comportamientos positivos en relación con la salud o a utilizar los servicios existentes. Tiene como premisa las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas actuales; promueve el diálogo (también llamado comunicación en 2 sentidos), el intercambio de ideas y una mayor comprensión entre los diversos protagonistas.

Es un componente importante de todos los servicios y actividades de Promoción de Salud.

Este proceso alcanza su máxima eficacia cuando incluye una combinación estratégica de la comunicación interpersonal, apoyados por la comunicación masiva, medios impresos y otras modalidades audiovisuales.

C. INFORMACION

Incluye la transmisión de contenidos generales y técnicos, hechos y temas para concientizar a los decisores, docentes y población en general acerca de acontecimientos importantes.

Como elemento importante para el desarrollo de estos componentes de la Promoción de Salud tenemos que tener en cuenta algunos conceptos, tales como:

Bienestar Social: Que el ser humano tenga satisfecha todas sus necesidades para vivir decorosamente: alimentación, trabajo, vivienda, vestido, educación, asistencia médica.

Comunidad: colectivo de personas que comparten ciertos valores, intereses, condiciones, problemas y características comunes.

Conducta: manera de conducirse ante una situación; una acción que tiene frecuencia, duración y propósitos específicos, ya sea consciente o inconsciente. Una forma de actuar adquirida, aprendida.

Costumbres: lo que se hace comúnmente, formas de actuar, hacer, celebrar, etc., aprendidas y transmitidas de generación en generación.

Creencia: una posición, sentido o significado, declarada o insinuada, aceptada emocional y/o intelectualmente como verdadera por una persona o grupo.

Cultura: la suma de conocimientos, destrezas y valores que se transmiten de generación en generación.

Destreza: habilidad, el saber hacer un procedimiento de manera adecuada.

Hábitos: es la repetición de una práctica determinada.

IV. PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

La prevención en sentido amplio se define como cualquier medida que permite reducir la posibilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. Se trata pues, no solo de evitar la aparición de la enfermedad o afección, sino también de detener su curso hasta conseguir la curación o, en el caso de no poder hacerlo, retardar su progresión durante el máximo tiempo posible.

Significa tomar una serie de medidas, recaudos o acciones con la finalidad de evitar problemas futuros. En medicina y salud esos problemas son las enfermedades, que se podrían evitar o al menos aliviar. En la ciencia médica que corresponde a la odontología, las afecciones, son prevenibles.

Las enfermedades odontológicas comunes de la gente, son la caries y la enfermedad periodontal. Ambas, de no tratarse, terminaran con la pérdida total de los órganos dentarios.

Por lo tanto, la prevención en odontología es el conjunto de medidas, recaudos o acciones que deben de tomarse para evitar o aliviar enfermedades odontológicas, especialmente la caries y la enfermedad periodontal.

La prevención de la enfermedad es el conjunto de acciones que son realizadas, por el equipo de salud y por la comunidad con la participación de las autoridades locales, para evitar la instalación de un proceso de morbilidad en las personas o grupos más vulnerables, durante las diferentes etapas de la enfermedad con el objetivo de limitar el daño y evitar las complicaciones y secuelas.

La prevención en odontología está destinada a la detección de factores de riesgo para la salud y al conjunto de medidas o barreras para evitar la aparición de una enfermedad, sobre la población en general o en forma específica en los grupos de riesgo.

A. NIVELES DE PREVENCIÓN, SEGÚN MODELO DE LEAVELL Y CLARK (1965)

1. PREVENCIÓN PRIMARIA:

1.1 Promoción y educación de la salud bucal:

Este nivel no es específico, es decir, no está dirigido hacia la prevención de alguna enfermedad e incluye todas las medidas que tienen por objeto mejorar la salud bucal general del individuo. Una nutrición balanceada, una buena vivienda, condiciones de trabajo adecuado, descanso y recreaciones son ejemplos de medidas que actúan a este nivel.

1.2 Protección específica:

Este nivel consta de medidas para prevenir la aparición o la recurrencia de enfermedades específicas. Ejemplo las distintas vacunas para las diferentes enfermedades, la fluorización para el control de la caries dental, el control de la placa para prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal.

Tanto como el primero como el segundo nivel comprende medios de prevención primaria.

El papel de los fluoruros en la prevención de la caries:

1. Administración de fluoruros por vía Tópica.

Existen tres tipos de presentación de fluoruros, en gel, barniz y enjuagues, así como la concentración de flúor de cada uno de ellos. Se observa que algunos tienen concentraciones muy elevadas de flúor por lo que requieren un control cuidadoso, especialmente al administrarse en niños pequeños.

1.1 Flúor en Gel:

El uso de aplicaciones semestrales de flúor en gel produce reducciones en el índice de caries en la dentición permanente entre 20 y 30%. La elevada concentración de flúor en los geles les confiere una acción bactericida sobre algunos microorganismos de la placa bacteriana, por otra parte esta concentración incrementa el riesgo de producir reacciones tóxicas en los niños en los que se aplica este producto. El flúor en gel se debe aplicar cada 6 meses como medida preventiva.

1.2. Flúor de Barniz:

Una desventaja de la aplicación de enjuagues y geles fluorados es el corto tiempo que enfermedad, con el objeto de

logra su curación o evitar la aparición de secuelas.

La presunción básica de la prevención secundaria es que el diagnóstico y el tratamiento precoces mejoran el pronóstico de la enfermedad y permiten mantenerla bajo control con más facilidad.

La prevención secundaria comprende el tercer nivel (Diagnóstico y tratamiento precoz) como el cuarto nivel (limitación del daño).

2.1 Diagnóstico y tratamiento precoz

Este nivel comprende la prevención secundaria, la odontología restauradora temprana son ejemplos de este nivel de prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades malignas bucales, este es en la actualidad el nivel más apropiada para iniciar el tratamiento.

Este nivel en el cual se debe detectar, diagnosticar y tratar oportunamente la enfermedad para evitar que ella avance y poder conservar la salud, todo ello mediante la realización de actividades clínicas, quirúrgicas y farmacológicas. Este nivel se opone a la fase precoz de la historia natural de la enfermedad, para evitar que avance hacia la siguiente etapa. Su aplicación oportuna impide la extensión de los leves daños causados por la fase precoz.

2.2 Limitación del daño

Es el nivel en el cual se limitan los daños que ha producido la enfermedad, mediante la realización de las actividades más complicadas en el campo clínico, quirúrgico y farmacológico.

Este nivel es el que se opone a la fase avanzada de la enfermedad que impide que ella llegue a su máxima capacidad de destrucción que es la muerte del órgano, o sistema.

3. PREVENCIÓN TERCIARIA

Es la clase de prevención en la que se desarrollan actividades encaminadas totalmente a devolver las funciones que se han acabado por la pérdida de estructuras, elementos, órganos o sistemas de un organismo, para conservar la salud del mismo.

Cuando la enfermedad está ya bien establecida, hayan aparecido o no secuelas, interviene la prevención terciaria. Cuando no se han podido aplicar medidas en los niveles anteriores, o estas han fracasado, se debe cualquiera que sea la fase en que se encuentre la enfermedad, procurar limitar la lesión y evitar un mal mayor.

La prevención terciaria comprende el quinto nivel (rehabilitación).

3.1 Rehabilitación

Es el nivel en que se desarrollan actividades tendientes a devolver las funciones perdidas, mediante la aplicación de medidas clínicas, farmacológicas y quirúrgicas. Las medidas tales como las colocaciones de prótesis de coronas, puentes y rehabilitación bucal.

Abarca la recuperación integral del paciente, tanto en su parte física, psicológica y social para la reinserción del individuo en la comunidad.



Fuente: Reyes E. 2009

B. LA PREVENCIÓN EN SALUD BUCODENTAL POR EDADES

• LACTANCIA.

La prevención en lactantes es evitar la infección temprana, la misma que puede ser transmitida de forma directa e indirecta:

El directo se produce por los besos que les dan en la boca, donde los microorganismos son transmitidos a través de la saliva.

El indirecto se transmite por compartir utensilios, objetos como ser cepillos de dientes, tenedores o cucharas, vasos u otros objetos que pueden estar contaminados con flora bacteriana cariogénica.

En los primeros 6 meses su alimentación será a base de leche materna exclusiva paulatinamente se ira agregando alimentación suplementaria a base de frutas, verduras y cereales ya sean licuadas o desmenuzadas.

Su aseo se realizará con gasas o paños limpios humedecidos en agua hervida tibia.

• ESCOLAR.

El objetivo es de brindar información sobre el conocimiento y cuidado de sus dientes, tener hábitos correctos de higiene dental para evitar las caries y pérdidas prematuras de las piezas dentarias permanentes.

Las acciones recomendadas son: la aplicación de flúor, control de la placa bacteriana, profilaxis, sellado de fosas y fisuras y vistas periódicas al odontólogo.

B. LA PREVENCIÓN EN SALUD BUCODENTAL POR EDADES

• LACTANCIA.

La prevención en lactantes es evitar la infección temprana, la misma que puede ser transmitida de forma directa e indirecta:

El directo se produce por los besos que les dan en la boca, donde los microorganismos son transmitidos a través de la saliva.

El indirecto se transmite por compartir utensilios, objetos como ser cepillos de dientes, tenedores o cucharas, vasos u otros objetos que pueden estar contaminados con flora bacteriana cariogénica.

En los primeros 6 meses su alimentación será a base de leche materna exclusiva paulatinamente se ira agregando alimentación suplementaria a base de frutas, verduras y cereales ya sean licuadas o desmenuzadas.

Su aseo se realizará con gasas o paños limpios humedecidos en agua hervida tibia.

• ESCOLAR.

El objetivo es de brindar información sobre el conocimiento y cuidado de sus dientes, tener hábitos correctos de higiene dental para evitar las caries y pérdidas prematuras de las piezas dentarias permanentes.

Las acciones recomendadas son: la aplicación de flúor, control de la placa bacteriana, profilaxis, sellado de fosas y fisuras y vistas periódicas al odontólogo.

• ADOLESCENTE.

Los problemas más comunes en los adolescentes a nivel de la cavidad bucal son: las caries dentales, enfermedades periodontales y la mal posición dentaria, las mismas influyen de manera negativa en el rendimiento escolar y aspectos psicosociales.

Las acciones recomendadas en este grupo etáreo son: la aplicación de flúor, control de la placa bacteriana, profilaxis, sellado de fosas y fisuras y visitas periódicas al odontólogo.

• MUJER EMBARAZADA

El objetivo es de hacer conocer a la futura mamá sobre los cuidados y los cambios que podrían suceder a nivel de la cavidad bucal durante el embarazo.

Una buena alimentación y una buena higiene bucal son importantes para que el embarazo llegue a un buen término. En el primer control prenatal que realice deberá ser evaluada por el odontólogo el estado de la salud bucal, estableciéndose un plan de tratamiento restaurativo curativo, control de la placa bacteriana, profilaxis, también se le orientara sobre la técnica y la importancia del cepillado dental después de las comidas especialmente por la noche como

también el uso del hilo dental.

Informar a la mujer embarazada que la caries dental y las enfermedades periodontales no tratadas debidamente podría llevar a un fracaso del embarazo o a un parto prematuro.

• ADULTO Y ADULTO MAYOR

En este grupo etáreo la mayoría de las personas perdieron sus piezas dentarias por diferentes causas, una gran mayoría de ellos por caries dental y enfermedad periodontal, por no haber tenido una información oportuna en su niñez y adolescencia, sobre el cuidado y prevención de su salud bucodental.

Las caries dentales, la presencia de los restos radiculares, sobre todo la enfermedad periodontal, son los problemas más comunes de esta edad, nosotros debemos dar soluciones a estos problemas con las siguientes acciones:

Restauración de los dientes cariados.

Eliminación de los restos radiculares.

Control de la placa bacteriana y la eliminación del tártaro.

Para devolver la función masticatoria, se le sugerirá la elaboración de aparatos protéticos totales o parciales, como también se les enseñara el uso y cuidado adecuado de las prótesis dentales.

Con estas acciones buscamos promover y fortalecer la salud de los adultos y adultos mayores que son parte fundamental de la familia y la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Álvarez, Miriam. La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. Rev Mukuel. 2011; 1-4.
2. Sosa, Maritza. Promoción de Salud Bucodental y Prevención de Enfermedades. Neuro Quatology. 2000: 1-45.
3. Ministerio de Salud y Deportes. Normas de Salud Oral, serie documento técnico normativo. Ministerio de Salud y Deportes; 2010.
4. Ministerio de Salud y Deportes. Manual de Normas en Salud Oral. Ministerio de Salud y Deportes; 2006.
5. Ministerio de Salud y Deportes. Salud Familiar y Comunitaria Intercultural. Ministerio de Salud y Deportes; 2013.
6. Ministerio de Salud y Deportes. Salud Oral Familiar Comunitaria Intercultural. Ministerio de Salud y Deportes; 2008.

ÁREA DE DISCAPACIDAD

Msc. Francy Venegas Arzabe
RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DE DISCAPACIDAD

7

OBJETIVO

Fortalecer el conocimiento y competencias en el Personal de Salud en la temática de Discapacidad, que permita al Departamento de La Paz una atención integral, adecuada y oportuna a la Persona con Discapacidad en cumplimiento a las Leyes y normativas vigentes.
OBJETIVO ENMARCADO Y DIRIGIDO A LOS ESTUDIANTES DEL INTERNADO EN SU ROTE DE SSSRO.

ANTECEDENTES

El Área de Discapacidad, dependiente de la Unidad de Redes y Seguros Públicos del Servicio Departamental de La Paz inicia el año 2006 realizando a fase piloto de la evaluación de la deficiencia para determinar si tiene o no discapacidad el año 2007, desde entonces el área de ha ido fortaleciendo y actualmente se trabaja en la Rehabilitación y Habilitación de la Persona con Discapacidad.

INVESTIGACIÓN EN DISCAPACIDAD PARA EL SERVICIO SOCIAL RURAL OBLIGATORIO

Se debe generar investigaciones en temática de prevención, atención y Rehabilitación de Discapacidad; el Área de Discapacidad del SEDES brindara todo el apoyo para enfocar y transversalizar la temática de Discapacidad.

MARCO NORMATIVO DE LA DISCAPACIDAD

Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia:

- La Salud como un Derecho Fundamental(Art.18)
- Obligación del Estado a garantizar y sostener el derecho a la salud(Art.37)
- Prestación ininterrumpida de los servicios de salud(Art.38)
- El Estado garantiza el servicio de salud pública(Art.39)
- Los numerales 1 y 5 del Artículo 70 establecen que toda Persona con Discapacidad goza entre otros derechos, a ser protegido por su familia y por el Estado Plurinacional de Bolivia y al desarrollo de sus potencialidades individuales.

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Ley General para Personas con Discapacidad N° 223

Ley N° 475 "Ley de Prestaciones De Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia"

Ley de Inserción Laboral y de Ayuda Económica para Personas con Discapacidad N° 977

Resolución Ministerial N° 0846 del 30 de noviembre de 2006, Resuelve

Resolución Ministerial N° 0595 del 3 de agosto 2007

Resolución Ministerial N° 130 del 6 de marzo 2008

Resolución Ministerial Nro. 130, Artículo N° 7 del 8 de marzo del 2008

Resolución Ministerial N° 0191/ de Abril 2009

Plan Sectorial de Desarrollo Integral2016-2020

Agenda patriótica del bicentenario 2025

CONCEPTUALIZACIÓN DE DISCAPACIDAD

Discapacidad es el resultado de la interacción de la persona, con deficiencias de función físicas, psíquicas, intelectuales y/o sensoriales a largo plazo o permanentes, con diversas barreras físicas, psicológicas, sociales, culturales y comunicacionales.(Ley N°223)

TIPOS DE DISCAPACIDAD (Ley N° 223, art. 5)

1. DISCAPACIDAD FISICO-MOTORA
2. DISCAPACIDAD INTELECTUAL
3. DISCAPACIDAD MENTAL O PSIQUICA
4. DISCAPACIDAD VISUAL
5. DISCAPACIDAD AUDITIVA
6. DISCAPACIDAD MÚLTIPLE

PROCESO DE EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

La evaluación de Discapacidad es un procedimiento Médico – Legal, sujeto a auditoría médica.

Resolución Ministerial N° 0846 del 30 de noviembre de 2006, Resuelve: reconocer como instrumento oficial para la calificación de discapacidades, BAREMO establecido en el documento valoración de las minusvalías.

Resolución Ministerial Nro. 130, Artículo N° 7 del 8 de marzo del 2008, establece "Apruébese el porcentaje de Discapacidad como Mínimo el 30% para otorgar el Carnet de Discapacidad".

La evaluación de Discapacidad se realiza por un equipo multidisciplinario compuesto por Medico/a Calificador/ra, Psicólogo/a Calificador/ra, Trabajador/a Social Calificador/ra quienes mediante el examen clínico, revisión documental que está sujeta a cumplimiento normativo llegará a una conclusión determinando el Tipo y/o Grado de Discapacidad. (El procedimiento tiene una duración de 1 hora).

Equipo Evaluador

- Revisión documental en cumplimiento a los requisitos
- Consentimiento informado por escrito del usuario que desea realizar el procedimiento
- Evaluación Multidisciplinaria (Medicina, Psicología, Área Social)
- Aplicación de documentos normativos para el procedimiento de la evaluación de Discapacidad.
- Consolidación de información del usuario para expediente de evaluación de Discapacidad

Equipo de Referencia Departamental

Control de calidad de la evaluación realizada por los equipos itinerantes

Revisión al cumplimiento del procedimiento normativo de evaluación, uso adecuado del BAREMO

Envío de documentación según procedimiento normativo al CODEPEDIS "Comité Departamental de la Persona con Discapacidad" para la emisión del carnet de Discapacidad si corresponde.

Información de las Evaluaciones realizadas en el Departamento se almacenan en el SIPRUNPCD.

REQUISITOS PARA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

- EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y ENTREGA DE CARNÉ DE DISCAPACIDAD ES GRATUITO
- LA EVALUACION PARA CARNÉ DE DISCAPACIDAD ES DE 0 A 59 AÑOS DE EDAD

1. PRESENCIA FÍSICA DE LA PERSONA CON DEFICIENCIA PARA DETERMINAR SI CUENTA CON ALGUN GRADO Y/O TIPO DE DISCAPACIDAD (OBLIGATORIO)

2. CARNET DE IDENTIDAD VIGENTE DE LA PERSONA QUE SE EVALURÁ EN CASO DE MENORES DE 18 AÑOS O PERSONAS QUE NO PUEDAN TOMAR DECISIONES PROPIAS (Discapacidad intelectual o Psíquica) ACUDIR CON PADRES O TUTOR Y QUE TENGA CARNET DE IDENTIDAD VIGENTE.

3. INFORME MÉDICO ACTUAL DE ESPECIALIDAD

Epilepsia informe por Neurología indicando la frecuencia de crisis Personas sordas o hipoacusia: audiometría actual Imprescindible

Discapacidad Visual: imprescindible que cuente con carnet del IBC (instituto Boliviano de la Ceguera)

4. CROQUIS DE DOMICILIO ACTUAL

TODA LA DOCUMENTACIÓN SE DEBE PRESENTAR EN ORIGINAL Y FOTOCOPIA

GRADOS DE DISCAPACIDAD PARA COMPRESIÓN DE LOS BENEFICIOS		
GRADO	PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD	¿CUENTA CON CARNET DE DISCAPACIDAD?
NULA	<u>0 %</u>	NO
LEVE	<u>1-29 %</u>	NO
MODERADA	<u>30-49 %</u>	Cuenta con el Carnet de Discapacidad , acogiéndose a los Beneficios de acuerdo a la Ley N° 475 de Prestaciones de Salud "SIS"
GRAVE	<u>50-74%</u>	Cuenta con el Carnet de Discapacidad , acogiéndose a los Beneficios de acuerdo a la Ley N° 475 de Prestaciones de Salud "SIS" , más el BONO como indica en la Ley
MUY GRAVE	<u>75% o más</u>	Cuenta con el Carnet de Discapacidad , acogiéndose a los Beneficios de acuerdo a la Ley N° 475 de Prestaciones de Salud "SIS" , más el BONO como indica en la Ley .

EL PROCESO DE EVALUACIÓN ES GRATUITO!!!

FLUJOGRAMA DE PROCESO DE EVALUACION DISCAPACIDAD



LA RED FUNCIONAL DE SALUD DEBE CONTAR CON LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. Datos estadísticos de la población con Discapacidad por Municipio
2. Carpetas familiares que identifique a la personas con Discapacidad
3. La Persona con Discapacidad debe ser identificada en el mapa parlante identificado con el color lila.
4. Realizar análisis de indicadores estadísticos de la atención a las Personas con Discapacidad en el C.A.I. de Municipio y C.A.I. de Red.
5. Generar en las mesas municipales de Salud acciones que incorporen como tema de salud pública la prevención y riesgos en Discapacidad (transversalización de la Rehabilitación Basada en la Comunidad).

Historia clínica de la Persona con Discapacidad debe contar con los siguientes documentos:

- Fotocopia del carnet de Discapacidad Vigente
- Frecuencia de Atención domiciliaria según Tipo y Grado de Discapacidad de acuerdo al instrumento de riesgo SAFCI.
- Copia del Informe Médico extendido para el procedimiento de la evaluación de Discapacidad (realizado cada 4 años)
- Boletas de referencia y contrareferencia al Servicio y/o Centro de Rehabilitación.

LAS REDES FUNCIONALES DEBEN REALIZAR ACCIONES DE PROMOCION, PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN BASADA EN COMUNIDAD “R.B.C.”

Las redes funcionales de salud por Municipio deben generar las siguientes acciones:
Implementación de la estrategia de Rehabilitación Basada en la Comunidad “R.B.C.”

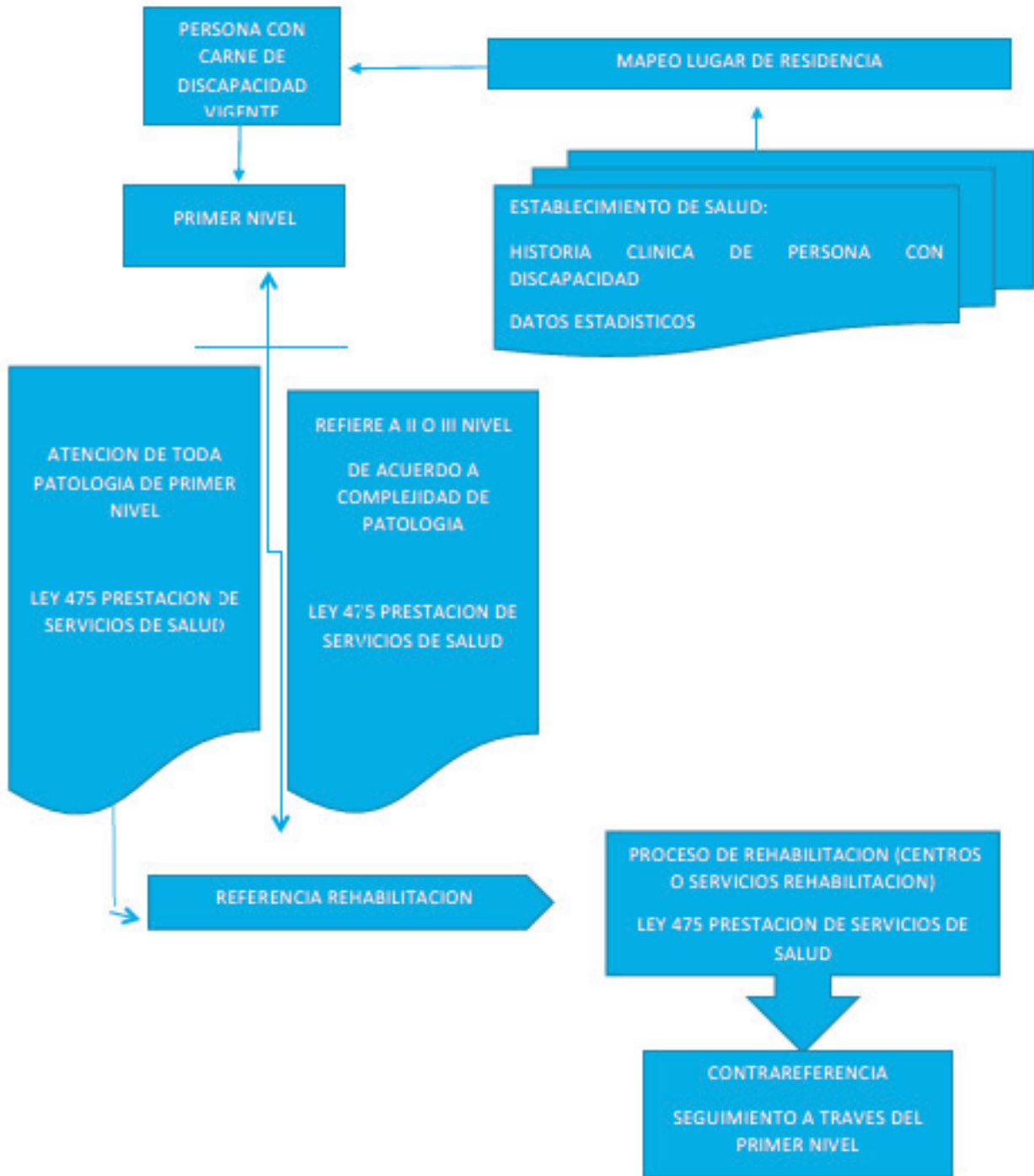
Promoción de Salud

Ferias de Salud en las cuales se socialice los derechos de las Personas con Discapacidad.
Charlas dirigidas a la comunidad relacionadas a la inclusión Social de las Personas con Discapacidad. (Educación, Recreación e Inserción Laboral)
Proceso de Información continua dirigida a la comunidad para disminuir posibles Discapacidades.

Prevención de Salud

Identificación Temprana de deficiencias que generan Discapacidad.
Seguimiento continuo de la condición de salud de la Persona con Discapacidad
Investigaciones de la recurrencia de alguna discapacidad por Municipio
Atención de Salud
Atención de acuerdo a patología en curso de la Persona con Discapacidad, dando cumplimiento a Ley N° 223 y Ley N° 475

FLUJOGRAMA DE ACCESO A LA RED DE SALUD PERSONA CON DISCAPACIDAD



REHABILITACIÓN

La Rehabilitación es un proceso continuo con objetivos definidos, encaminados a promover y lograr niveles óptimos de independencia física y desarrollar habilidades funcionales de las Personas con Discapacidad, como así también su ajuste psicológico, social, vocacional que le permitan llevar de forma libre e independiente su propia vida, pero siempre debemos tomar en cuenta que es un proceso complejo que resulta de la aplicación integrada de muchos procedimientos para lograr que el individuo recupere u obtenga un estado funcional óptimo, tanto en el hogar como en la comunidad.

LOS SERVICIOS Y/O CENTROS DE REHABILITACIÓN SON PARTE DE LA RED FUNCIONAL DE SALUD

Los Servicios y/o Centros de Rehabilitación se caracterizan por atender a niños y adultos con Discapacidad; además de pacientes que requieran el Servicio de Rehabilitación según disposición médica.

- La Red Funcional de Salud, debe identificar su Centro y/o Servicio de Rehabilitación
- Las Personas con Discapacidad deben ser identificadas por el personal de Salud y se debe realizar su referencia al Servicio y/o Centro de Rehabilitación más cercano
- Toda Persona con Discapacidad, debe ser referida obligatoriamente a proceso de Rehabilitación, de acuerdo a patología cursante.
- Todo Centro de Rehabilitación debe coordinar acciones con su Red de Salud y los Establecimientos de Salud que la componen.

SERVICIOS Y/O CENTROS DE REHABILITACIÓN EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

	MUNICIPIO	RED DE SALUD	SERVICIO Y/O CENTRO DE REHABILITACIÓN	SERVICIOS QUE OFRECE	DIRECCION
1	El Alto	Red de Salud Urbana Los Andes	Servicio de Rehabilitación Hospital del Norte	Medicina Física y Rehabilitación Electroterapia Mecanoterapia Laserterapia, Termoterapia Hidroterapia Fonoaudiología: audiometría y logopedia Magnetoterapia Estimulación Temprana	Hospital Del Norte, Ciudad El Alto, Zona Río Seco, Av. Juan Pablo II, Lado Pil Andina
2	Achacachi	Red de Salud Rural Nº4	Servicio de Rehabilitación Achacachi	Atención médica Fisioterapia y kinesiología Mecanoterapia Electroterapia Termoterapia Laserterapia Magnetoterapia Estimulación Temprana	Z/ Norte Churubamba, Omasuyos Teléfono 22135513
3	Viacha	Red de Salud Rural Nº 6	Servicio Integral de Rehabilitación Viacha "SIREVI"	Atención Médica Fisioterapia y Kinesiología Mecanoterapia Hidroterapia Termoterapia Electroterapia Estimulación Temprana	Hospital Municipal Viacha, Zona San Salvador, Calle Beni S/N entre Av. 20 de Octubre y Hernando Siles Teléfono - FAX: 2800304
4	Caranavi	Red de Salud Rural Nº 7	Centro Integral de Rehabilitación Caranavi "CIRECA"	Medicina Física y Rehabilitación Medicina general Enfermería Fisioterapia y kinesiología Logopedia y audiometría Psicología Trabajo social Equipo calificador Municipal	Calle 16 de Diciembre esquina calle B, zona Utasa (ex Defensoría) Teléfono 2 8232051
5	Calamarca	Red de Salud Rural Nº 13	Centro de Rehabilitación San Antonio	Fisioterapia. Termoterapia Electroterapia Mecanoterapia	Carretera a Oruro km 42

Las Personas con Discapacidad deben tener acceso a una atención médica general y a servicios adecuados de rehabilitación.

REHABILITACIÓN INTEGRAL

Es la cronología de servicios cuyo objetivo principal es el de prevenir, minimizar o revertir la aparición de deficiencias, Discapacidad. La rehabilitación integral son los médicos, psicólogos y trabajadores sociales enfocados al logro de una vida independiente e integrada en la sociedad.

ASESORAMIENTO GENÉTICO

El asesoramiento genético ofrece información y apoyo a las personas que tienen o pueden tener riesgos de trastornos genéticos. Una asesora genética se reunirá con usted para hablar de los riesgos genéticos.

Alrededor de 2% a 3% de los recién nacidos tienen alguna anomalía congénita, muchas de ellas de origen genético, se estima que la mitad de las causas es genética, se estima que la mitad de las causas de sordera ceguera y retraso mental en la edad pediátrica son de causa genética.

En el adulto alrededor del 1% de los cánceres son de causa claramente genética y el 10 % de los cánceres comunes tiene un fuerte componente genético.

¿QUÉ HACER PARA DISMINUIR LA PROBABILIDAD DE TENER DISCAPACIDAD?

Si espera un bebé o planea tener uno, el médico/a puede hacerle pruebas que ayudarán a evaluar su salud y la del bebé. También puede referirla a un asesor/a genético/a que les ofrecerá información a las personas que tienen o pueden tener riesgos.

Existen muchas razones para buscar asesoramiento genético. Puede pensar en hacerlo si:

- Si está embarazada o planea estarlo después de los 35 años de edad.
- Antecedentes de familiares con enfermedad hereditaria o genética
- Presencia de una enfermedad hereditaria que se transmita de generación en generación.
- Mujeres que durante el embarazo se expusieron a:
 - Radiaciones ionizantes: radiografías, radioisótopos, etc.
 - Sustancias químicas: mercurio, plomo, etc.
 - Drogas: alcohol, warfarina, cocaína, tabaco, etc.
- Antecedente de un hijo o hija con un trastorno o defecto congénito
- Tuvo dos o más pérdidas de embarazos o un bebé que falleció Antecedentes de consanguinidad cercanas.
- Ultrasonido o pruebas que sugieran la posibilidad de un riesgo genético.
- Parejas que deseen adquirir información para futuras planificaciones familiares.

ASESORAMIENTO GENÉTICO EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

El Alto. Centro de Salud Copacabana

La Paz. Centro de Salud Alto Tejar

Zona Sopocachi. Calle Méndez Arcos esq. Muñoz Cornejo Nro. 2702 (INTRAID) Telf. 2412391 • Cel.: 65666437

BIBLIOGRAFÍA

Constitución política del Estado Plurinacional de Bolivia

Organización Mundial de la Salud

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Ley General para Personas con Discapacidad N° 223

Ley N° 475 "LEY DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA":

Ley de Inserción Laboral y de Ayuda Económica para Personas con Discapacidad N° 977

Resolución Ministerial N° 0846 del 30 de noviembre de 2006

Resolución Ministerial N° 0595 del 3 de agosto 2007

Resolución Ministerial N° 130 del 6 de marzo 2008

Resolución Ministerial N° 0191/ de Abril 2009

Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016-2020:

Política sanitaria SAFCI

Sistema Informático del Registro Único de la Persona con Discapacidad "SIPRUNPCD"

CARPETA FAMILIAR

Dr. Juan Ireneo Choque Rondo
Jefe de Unidad de Redes y Seguros Públicos SEDES

8

OBJETIVO DE APRENDIZAJE

Promover el aprendizaje para el manejo adecuado durante la aplicación de la carpeta familiar en el ámbito de influencia de los Establecimientos de Salud.

DEFINICION

Instrumento para la implementación de la Política de salud familiar comunitaria Intercultural que sirve para conocer la información de la situación de salud familiar.

IMPORTANCIA

La carpeta familiar sirve para:

- Identificar las familias de área de influencia.
- Planificar visitas familiares.
- Identificar determinantes de la salud.
- Identificar la salud de los componentes de las familias.
- Programar acciones de educación para la vida en las familias
- Planificar actividades de atención, prevención, promoción y rehabilitación.
- Mejorar la calidad y oportunidad de la atención.
- Seguimiento a las familias con algún riesgo.
- Proporciona datos para la sala situacional de salud.
- Elaborar el Plan Estratégico de Salud.
- Fortalecer el sistema de atención de Salud

BENEFICIOS

- Contribuye a cada familia a ejercer su derecho a la salud.
- Coadyuva para la planificación participativa y control social.
- Orienta la gestión pública hacia la satisfacción de los beneficiarios.
- Permite medir el progreso de las actividades realizadas.
- Ayuda al equipo de salud a cumplir con las acciones programadas.
- Orienta las necesidades de capacitación para el equipo de Salud.
- Orienta áreas de información para desarrollar actividades en la comunidad.
- Mejora la imagen institucional.

RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR

- El personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención.

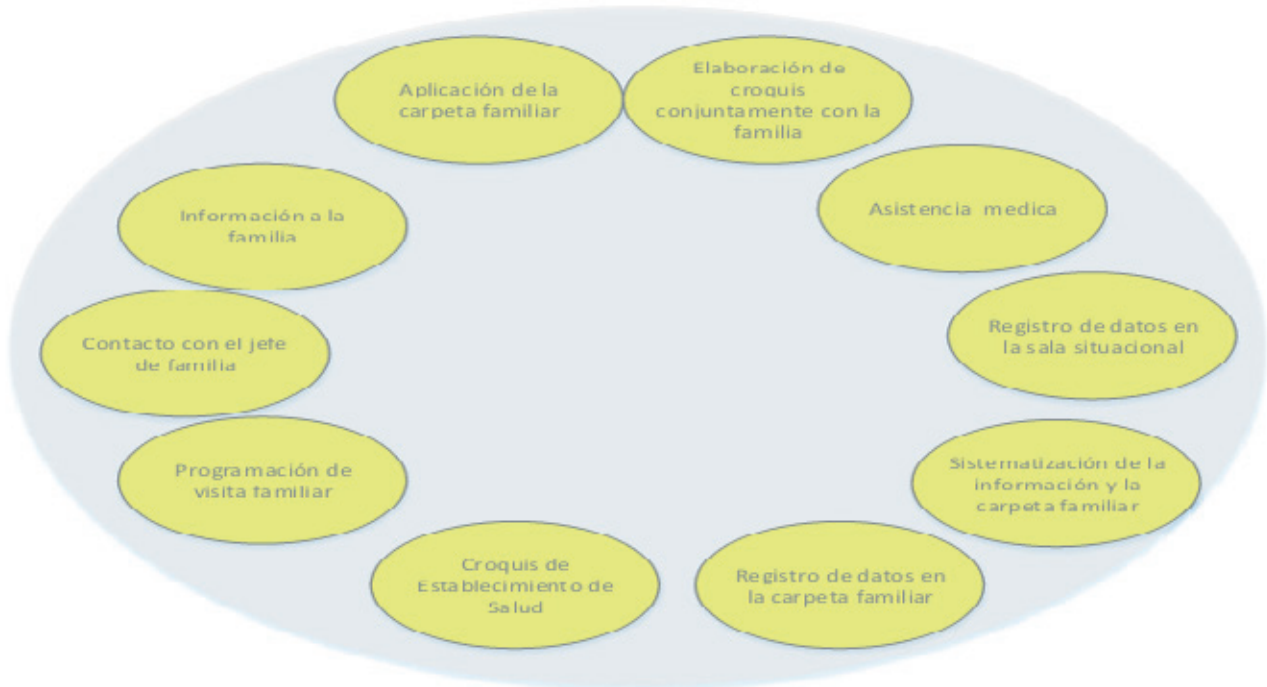
PASOS PARA LA APLICACIÓN

- Recibir capacitación y actualización en el manejo.
- Gestión del material para la aplicación en las visitas familiares.
- Coordinar con autoridades de la comunidad, autoridad local de salud y otras autoridades socializando el beneficio de la carpeta familiar.
- Realizar el cronograma de actividades e iniciar las visitas familiares.
- Gestión de equipos médicos y otros para la asistencia médica en la visita familiar.

APLICACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR.-

Para aplicar la carpeta familiar es recomendable contar con los siguientes:

Gráfico N° 1 Componentes de la implementación de la carpeta familiar.



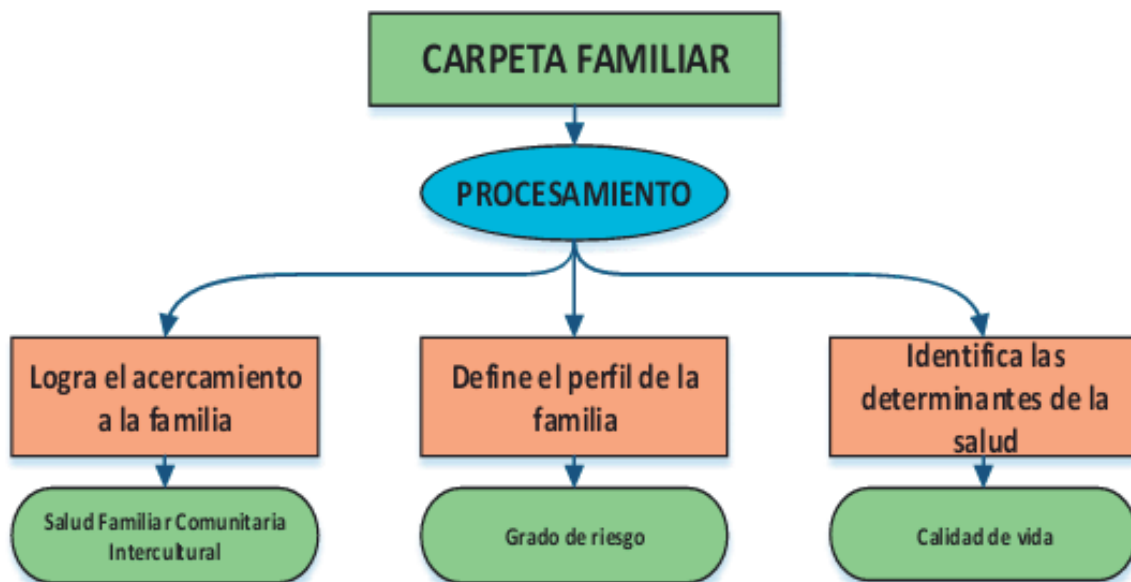
Fuente Adaptado Guía de aplicación de la Carpeta Familiar Ministerio de Salud 2003

RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR

Con la implementación de la carpeta familiar se obtendrán los siguientes resultados:

- Localización oportuna de las viviendas donde viven familias con algún riesgo.
- Evaluación e identificación de riesgo de salud de la familia para la intervención.
- Proporciona la base de datos para estructurar planes, programas y proyectos.
- Permite el cumplimiento del derecho a la salud.
- Efectividad en el control de la salud de la población en general.

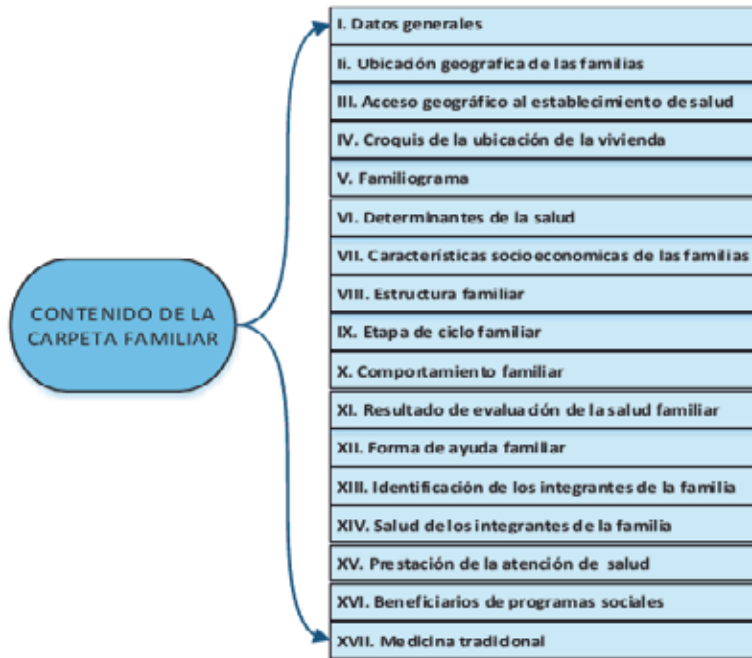
Gráfico: N° 2 Proceso de la aplicación de la Carpeta Familiar.



Fuente Adaptado Guía de aplicación de la Carpeta Familiar Ministerio de Salud 2003

CONTENIDO DE LA CARPETA FAMILIAR

El contenido de la carpeta familiar es el siguiente:



Fuente Adaptado Guía de aplicación de la Carpeta Familiar Ministerio de Salud 2003

CROQUIS DE BARIO/ZONA/COMUNIDAD

Es un instrumento que sirve para orientarse, cuantificar, localizar, establecer límites, identificar accesos a servicios y recursos de las zonas, viviendas, calles, comunidades, considerando la geografía urbano-rural existente, debe reflejar nombre de la comunidad/zona/Bario, Municipio, establecimiento de salud, número de familias, viviendas.

Gráfico N°3 Croquis de localización de viviendas y familias



Figura N°2 Signos y simbologías para localización de las familias



Fuente Adaptado Guía de aplicación de la Carpeta Familiar Ministerio de Salud 2003

CODIFICACION DE LA CARPETA FAMILIAR

La codificación se realizará de la siguiente forma:

Depto.	Provincia	Municipio	Red de Salud	Establecimiento	Comunidad	Vivienda	Familia

Fuente: Publicación 292 Ministerio de Salud y Deportes, 05/01/2012

El código de los **Departamentos** establecido por el INE

DEPARTAMENTO	CODIGO
Chuquisaca	1
La Paz	2
Cochabamba	3
Oruro	4
Potosí	5
Tarija	6
Santa Cruz	7
Beni	8
Pando	9

Fuente: Publicación 292 Ministerio de Salud y Deportes, 05/01/2012

El código de **Provincia** está establecido por el INE, en caso de la Red de Salud N°2 Apolobamba.

PROVINCIA	CÓDIGO
Muñecas	05
Franz Tamayo	07

Fuente: Publicación 292 Ministerio de Salud y Deportes 2012

El código de **Municipio** establecido por el INE. En el caso de la Red Apolobamba 2:

PROVINCIA	MUNICIPIO	CÓDIGO
Muñecas	Chuma	01
	Ayata	02
	Aucapata	03

Fuente: Publicación 292 Ministerio de Salud y Deportes, 2012

El código de la **Red** corresponde a la estructura del SNIS-VE en el caso de la Red Apolobamba es el **02**. El **Establecimiento** de salud se debe registrar el nombre que corresponda a la estructura del SNIS-VE en orden correlativo de acuerdo al orden establecido, en el caso de la Red 2 Apolobamba la estructura de los establecimientos son:

PROVINCIA	MUNICIPIO	Nº	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPO
Pacajes	Nazacara	1	C.S. A. Nazacara	C.S. Ambulatorio

Fuente: Publicación 292 Ministerio de Salud y Deportes, 05/01/2012

La Comunidad: Será determinada por la Coordinación de la Red de Servicios, si no existe una numeración preestablecida, usar mapas, croquis, etc. Ej. la comunidad 01 es el área donde se ubica el establecimiento de salud, luego se ubicará el norte y se continuará en el sentido de las agujas del reloj.

La Vivienda usar mapas, croquis, etc. Ej. La vivienda 001 iniciara desde el centro de la plaza principal, luego ubicar el norte y continuar la numeración en el sentido de las agujas del reloj.

Familia: En caso de que la vivienda sea ocupada por más de una familia se utilizará el alfabeto iniciando con la A dando a la primera familia encuestada y luego correlativo.

LLENADO DE LA CARPETA FAMILIAR

La fuente de información estará a cargo del Jefe (a) de familia o una persona mayor a 15 años, realizando el llenado en forma sistemática.


I. DATOS GENERALES

Nombre/código del Establecimiento	Asignado por el SNIS-VE y generado por el sistema SOAP u otro.
Comunidad/barrio o Unidad vecinal	Establecido a nivel local.
Familia:	Registrar el primer apellido del padre o de representante (proveedor), seguido del segundo apellido
Idioma:	Es el idioma hablado con mayor predominio en la familia. Hablado: Anotar lo que predomina en la comunicación de los integrantes de la familia. Materno: Es la lengua de origen de los integrantes de la familia.
Dirección de la vivienda:	Anotar en forma clara
Departamento, Municipio:	Registrar al que pertenece según la numeración.
Distancia y tiempo desde la vivienda hasta el Establecimiento de Salud:	Kilometro: expresado en números el kilometraje. Tiempo a pie: expresado en horas y minutos. Tiempo de movilidad: anotar el tiempo de Establecimiento a la vivienda. Otro medio de transporte: (motocicleta, cuadratac, bicicleta, balsa, caballo u otro)
Fecha de registro:	Anotar día/mes/año que corresponde en forma clara
Nombre y apellidos del responsable de registro de la información:	Debe estar registrado el nombre completo del que realiza el llenado, la firma y cargo que corresponde.

II. CROQUIS DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA

Croquis	Expresar el croquis de ubicación de la vivienda, tomando en cuenta puntos fijos de referencia más conocidos por la comunidad, ej. Escuela, iglesias, ríos, cerros u otros, orientándose en los puntos cardinales.
----------------	---

III. FAMILIOGRAMA

Familiograma	Expresar en símbolos de la siguiente manera: 
---------------------	---

IV. DETERMINANTES DE LA SALUD

Esta facilita la determinación y clasificar el riesgo de la salud que tiene la familia, Se encierra en un círculo las variables existentes con una sola opción de los valores en las variables A, C, D, E, I. estas tienen valores de 5 al 25, variables B, F, G, tiene valores de 1 al 5, Variable H, tiene el valor de 0 al 5 y esta se registra las 5 opciones.

Tipo de vivienda individual	Vivienda individual: es donde habitan 1 o más familias, siempre que conformen un hogar, con una distribución interior independiente y exterior en contacto o no, cada uno con propio acceso desde la vía pública. Departamento: Viviendas que forman parte de varias plantas, con división y privacidad de cada vivienda, puede estar una en cada piso o varias en un mismo piso y con entradas o áreas comunes. Cuartos o habitaciones sueltas: Es aquella que dispone un solo ambiente para la cocina, comedor, descanso de todos. Choza y pahuichi/casa rustica: choza es un ambiente construida con materiales locales y naturales. Pahuichi: Ambiente característica del Oriente Boliviano con materiales locales (Cañahueca, Palmera, madera y otros)
Tenencia de viviendas:	Propia: cuando los integrantes son propietarios de la vivienda. Anticrético: es cuando vive en una vivienda a cambio de monto de dinero y por un tiempo establecido. Alquiler: Los que ocupan la vivienda realizan el pago de un monto mensual, Cuidador: Ocupa la vivienda en forma gratuita a cambio de cuidado de lo que ha sido confiado por el dueño y otra si existiera.
Nº de personas por cuarto:	Marcar al número de personas que descansan en cada cuarto de la casa, ej. Si en una casa de 5 cuartos tienen solo un dormitorio corresponde la casilla 5.
Abastecimiento de agua:	Se debe marcar una de las siguientes: agua por cañería, pileta pública, pozo/noria/vertiente, acequia/ río, charcos/ atajados/ curichi
Eliminación de excretas:	El uso habitual como el servicio higiénico a domicilio, letrina, pozo ciego o eliminación a aire libre.
Manejo de basura:	Recojo domiciliario, basura enterrada, calle/campo abierto, quemada, río /quebrada.
Ingreso familiar	Permite ahorrar: cuando a la familia ahorra después de priorizar sus necesidades básicas. Satisface necesidades básicas y otras: es cuando el dinero obtenido le alcanza satisfacer las necesidades básicas y otras necesidades, además permite ahorrar.



	<p>Satisface necesidades básicas: cuando el dinero alcanza solo para la satisfacción de las necesidades de la familia.</p> <p>A veces no alcanza: existe poca disposición de recursos afectando a las necesidades básicas.</p> <p>Insuficiente: No se logra satisfacer las necesidades básicas.</p>
Consumo diario de alimentos:	<p>Marcar de 0 al 5 de acuerdo a la frecuencia de consumo por la familia, es 0 cuando se consume diariamente y en 5 cuando no se consuma ese alimento en forma diaria, para el resultado final sumar todas las variables que es un total de 25 puntos.</p>
Nivel de Instrucción de la madre:	<p>Universitaria: Cursando o culminado el nivel. Técnica: Cursando o culminado el nivel. Secundaria: Cursando o culminado el nivel. Básico: que ha culminado el nivel básico. Sin instrucción: Sin ningún nivel de instrucción</p>

V. SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Nombre y apellidos:	Registrar todos los datos en forma correlativa.
Parentesco:	Iniciar con proveedor principal de la familia y luego los miembros
Sexo:	Registrar de acuerdo a lo que corresponde. M o F
Fecha de nacimiento:	Anotar en el orden día/mes/año, sino el aproximado.
Edad:	Se registra la edad en años que corresponde a cada integrante.
Factores de riesgo enfermedad Discapacidad	<p>Registrar: factores de riesgo como la obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, caries dental, fumar, se detectaran enfermedades crónicas: hipertensión, diabetes, cardiacas, renales, hepáticas, las enfermedades transmisibles como la tuberculosis, chagas, leishmaniasis, hepatitis B y C, fiebre amarilla, VIH-SIDA, dengue grave, lepra, desnutrición y otras que puedan causar algún grado de discapacidad, registrar la población vulnerable. Física: causada por deficiencias musculoesqueléticas Intelectual: originadas por deficiencias psicológicas, intelectuales, deficiencias de lenguaje y de origen central. Sensorial: incorpora las deficiencias auditivas y visuales. Múltiple: es la miscelánea de más de uno.</p>
Grupos de riesgo:	<p>Grupo I: sanos sin ningún factor de riesgo</p> <p>Grupo II: con factores de riesgo</p> <p>Grupo III están los enfermos.</p> <p>Grupo IV: con discapacidad congénita o adquirida, física, intelectual, sensorial o múltiple.</p>

IDENTIFICACION DE COLORES SEGÚN RIESGO DE ACUERDO A LA CARPETA FAMILIAR

La clasificación de las carpetas familiares una vez elaboradas deber realizarse de acuerdo a los siguientes colores.

EVALUACIÓN DE DETERMINANTES	Sin grupo de riesgos	1 o más riesgos leves o medianos	1 o más riesgos graves o muy graves
RIESGO BIOLÓGICO	Grupo I	Grupo II, III y IV	Grupo III y IV
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Funcional	Funcional o disfuncional	Disfuncional
EVALUACIÓN FAMILIAR	Familia con riesgo bajo	Familia con riesgo mediano	Familia con riesgo alto
IDENTIFICACION DE COLORES			

VI. COMPORTAMIENTO FAMILIAR

Permite apreciar como es la funcionalidad de la familia en su conjunto y su integridad.

Fecha :	Registrar la fecha día/mes/año independiente a la detección de algún evento o no.
Violencia intrafamiliar:	<p>Se ticea (√) en la celda correspondiente, primero identificando todas las acciones u omisiones causadas por algún miembro del grupo familiar entre ellos los daños, físico, emocional, sexual, económica, social.</p> <p>Abuso verbal y emocional: persona que ofende a la otro/a con palabra.</p> <p>Intimidación de tratos: se puede coaccionar a la víctima utilizando a terceros, como a los hijos u otros miembros de la familia.</p> <p>Aislamiento: es el control excesivo de la vida de las víctimas, su tiempo, sus actividades, su contacto con los otros que no les permite trabajar, ni contacto telefónico.</p> <p>Abuso económico: control al acceso a la economía familiar.</p> <p>Abuso sexual: referida a las violaciones ya sea en pareja o por algún miembro de la familia hacia otro independiente a la edad.</p> <p>Abuso físico: referida a golpes, mordiscos, amenazas con armas u objetos.</p> <p>Desprecio: minimizar, toma de decisiones sin consulta.</p>
Maltrato infantil:	Se ticea (√) en la casilla de la fecha correspondiente.
Tabaquismo:	Se ticea (√) si se identifica la adicción al tabaco y derribados, ya sea activo o pasivo.
Consumo excesivo de alcohol:	Se ticea (√) cuando el uso es nocivo que afecta a la vida social, económica, laboral y alteraciones físicas y mentales.
Consumo de drogas ilícitas:	Se ticea (√) en la casilla de la fecha correspondiente incluye las que están penados por ley. (marihuana, el clorhidrato de cocaína, la pasta base, el crack, la heroína, el éxtasis, los alucinógenos de origen sintético, entre otras. incluye la clefa, el tinner, la gasolina y acetona

VII. EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO FAMILIAR

Funcional:	Se ticea (√) cuando existe una dinámica adecuada de cumplimiento de las relaciones en la familia, las funciones principales en la familia son la biosocial, económica, cultural y afectiva y educativa.
Disfuncional:	Se ticea (√) es cuando se incumple con una o más funciones básicas en la familia y altera la dinámica de relaciones internas.

VIII. RESULTADOS DE LA EVALUACION DE LA SALUD FAMILIAR

Fecha:	Registrar la fecha en cada vez que se realice la evaluación
Sin problemas de salud:	Se ticea (√) cuando la salud de los componentes de la familia y/o el puntaje de los determinantes sociales de la salud son favorables y además exista un equilibrio armónico en todos los integrantes de la familia enfrentado todas la situaciones
Con problemas de salud:	Se ticea (√) cuando se identifica algún problema en relación a las determinantes, la existencia de disfuncionalidad en el núcleo familiar, los integrantes de la familia no existe un equilibrio en las relaciones y pueden registrarse hasta tres casilleros.

IX. FORMA DE AYUDA FAMILIAR NECESARIA

Fecha:	Registrar la fecha de día/mes/año de la ayuda familiar identificada.
Ayuda educativa:	Es cuando la familia es candidata de producir conocimientos sobre determinadas temas de salud y realizar una reflexión para adopción de estilos de vida saludables y patrones de relación funcionales y adaptativos a los cambios incluyendo lo de la salud y enfermedad se aplica en familias con algún grado de disfuncionalidad.
Ayuda terapéutica:	Cuando la familia haya sido identificada como disfuncional o que "no respeta los usos y costumbres" y sea candidata de recibir este tipo de ayuda del equipo de salud
Ayuda comunitaria:	Cuando el personal de salud considera que los problemas que enfrenta la familia no pueden ser solucionados por esta requieren el apoyo de factores externos intersectoriales.

X. ASPECTOS SOCIOCULTURALES

Residencia temporal:	Se debe registrarse en forma ordenada y correlativa de cada uno de los componentes, la residencia temporal es cuando una familia vive por lo menos un año.
Lee y/o escribe:	Se ticea (√) en la casilla sí o no de cada integrante de la familia y los menores de edad deben incluirse en NC.
Nivel de Instrucción:	Marcar en el nivel de instrucción correspondiente a excepción de que alguien no hubiese concluido la primaria.
La ocupación:	Registrar la ocupación de cada integrante y los menores de edad o discapacitados deben incluirse en NC.
Contribuye al sustento familiar:	Se considera el aporte económico a la familia y además de aporte en el cuidado de los niños/as por parte de las personas de tercera edad que es una forma de aporte y otras formas de apoyo se debe registrar sí o no.

XI. MEDICINA TRADICIONAL Y GESTION COMUNITARIA

La medicina tradicional: conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basadas en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas mentales. Las terapias de la Medicina Tradicional – MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas en base a hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. (Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005)

Recurrer a la medicina tradicional:	La nominación debe estar en forma correlativa como en el registro inicial, se ticea (✓) cualquiera de las tres opciones de siempre, a veces y nunca
Nombre de la organización comunitaria al que pertenece:	Se registran para cada miembro el nombre de la organización comunitaria al que pertenece.
Si ocupa algún cargo	Se ticea (✓) una de las opciones de si o no dentro de la comunidad.
Nombre del cargo:	Registrar el nombre del cargo si se identifica en alguno de ellos dentro de la comunidad.

XII. NACIMIENTOS

Fecha de nacimiento:	Se debe registrar en orden día/mes/año
Sexo:	Anotar el sexo M o F.
Parto:	Registrar el lugar de nacimiento dentro o fuera del establecimiento.
Atendido por:	Anotar si el parto fue atendido por el personal de salud del establecimiento, partera o familiar .
Tiene certificado de nacimiento:	Se ticea (✓) lo que corresponde si cuenta o no cuenta .

XIII. DEFUNCIONES

Fecha de defunción:	Se debe registrar en orden día/mes/año
Defunción:	Se ticea (✓) si fue institucional o no institucional .
Neonatal menor a 28 días:	Se ticea (✓) si corresponde.
Con certificado de defunción:	Se ticea (✓) si corresponde
Otorgado por:	Realizar el ticeo (✓) respecto a quien le extendió el certificado de defunción si tiene.

Las causas probables corresponden a los fallecimientos que no cuentan con certificados de defunción en las cuales se registras en las 14 opciones nominadas en los casilleros correspondientes y en caso de que no corresponde a ninguna opción se anota en otras.

XIV. OBSERVACIONES ESPECIALES:

Registrar la fecha: anotar la fecha (día, mes, año) cada vez que haga observaciones, en este acápite deben ser registrados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.-

1. Ministerio de Salud y deportes. GUIA PARA LA APLICACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR. Ministerio de Salud y Deportes; 2003.
2. Ministerio de Salud y Deportes. INSTRUCTIVO DE LA CARPETA FAMILIAR, Ministerio de Salud y Deportes. Publicación 292. 2012.

FAMILIOGRAMA

Dr. Felipe Salcedo Javercato
Técnico Área de Gestión Hospitalaria SEDES-LA PAZ



El personal de salud de Pregrado debe tener en cuenta que es el instrumento que permite valorar dinámicamente la composición, la estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la familia en un momento determinado.

I. DEFINICION

El Familiograma o Genograma.- es un instrumento de representación esquemática y atención a la familia que muestra la información familiar de tal manera que permiten a través de un vistazo rápido ver patrones familiares.

II. IMPORTANCIA DEL FAMILIOGRAMA

Es de transmitir la información de un personal a otro de manera gráfica didáctica y muy fácil de comprender, de esta manera el personal de salud puede hacer seguimiento de los ciclos evolutivos, patológicos, relaciones familiares y otros.

Implicar a la familia: el Familiograma proporciona un acceso rápido a contenidos con fuerte carga emocional (nacimientos, muertes, conflictos...) desde un planteamiento aparentemente rutinario ("ficha" de la familia) que elimina la sensación de amenaza para hablar de estos temas. De esta forma, las familias más reservadas pueden abrirse a discutir estos aspectos familiares en un formato tan estructurado.

Cuestionar el sistema: la familia suele llegar a terapia con ideas bastante rígidas acerca de cuál es el problema y quién es el que debe cambiar. La información que se presenta a través del Genograma es una forma de empezar a modificar estas creencias al no centrarse tan solo en el síntoma y en su portador.

Aclarar pautas familiares: compartir las hipótesis clínicas derivadas del Genograma de forma que la familia las pueda aceptar o rechazar es una forma de empezar a aclarar estas pautas (p. ej. Repetición intergeneracional de síntomas). Con el nuevo significado que adquiere así el síntoma se pueden trabajar nuevas relaciones dentro de la familia.

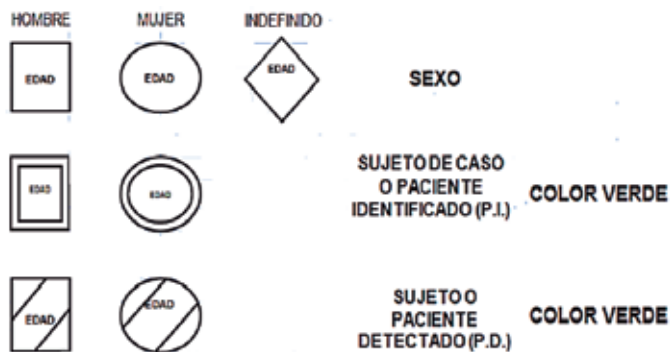
Este instrumento tiene una simbología que debe tener en cuenta y memorizarlo conocerlo para poder comprender la información rápida a un solo vistazo el Familiograma.

SUS UTILIDADES SON.- ver la información de forma rápida e identificar:

- Las relaciones biológicas y legales entre miembros de la familia.
- Edades de los distintos miembros familiares.
- Etapas del ciclo vital que atraviesa las familias.
- Problemas de salud o causas de fallecimiento en el núcleo familiar.
- Acontecimientos estresantes o patológicos.

III. SIMBOLOGÍA DEL FAMILIOGRAMA

- 1) Trazado de la estructura familiar
- 2) recogida de la información básica sobre la familia
- 3) delineado de las relaciones familiares



IV. SIMBOLOGÍA

V. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DEL FAMILIOGRAMA

Permite que de un vistazo obtener información de la estructura familiar, así como de las relaciones entre los integrantes, de manera que permita conocer la situación de cada uno de ellos. Constituyendo un formato de símbolos para dibujar un árbol familiar que involucra tres niveles de información.

- El mapeo o trazado de la estructura.
- Señalización de las relaciones familiares.
- El registro de información individual.

VI. EL MAPEO O TRAZADO DE LA ESTRUCTURA.-

El trazado se realiza para expresar con símbolos de las relaciones biológicas y legales entre los integrantes de la familia. Los círculos y cuadrados representan las personas, y las líneas describen las relaciones.

Cada integrante de la familia está representado por un cuadrado (hombre) o un círculo (mujer) según su género masculino a la izquierda y femenino a la derecha.



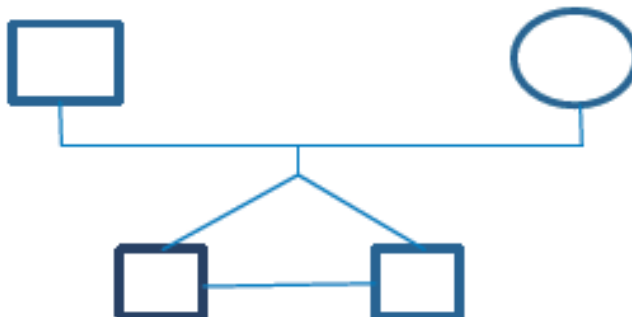
Las fechas de nacimientos y de fallecimiento se indica a la izquierda y a la derecha por encima de la figura para una persona fallecida se coloca una x dentro de la figura y la edad de la persona fallecida se indica dentro de la figura.



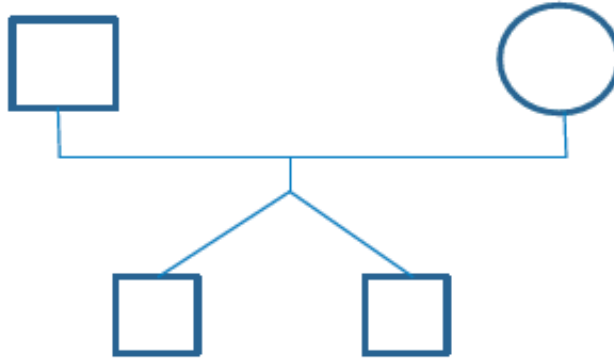
La representación de un matrimonio con hijo, se grafica de izquierda a derecha de mayor a menor.



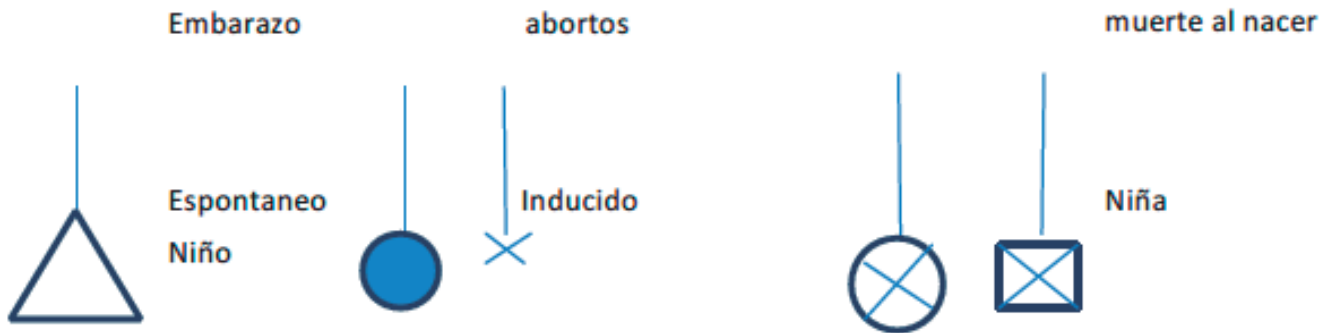
Si el matrimonio tiene hijos gemelares se representa con un triángulo que enlaza a los gemelares.



Si el matrimonio tiene hijos mellizos se representa con un triángulo que enlaza a los mellizos



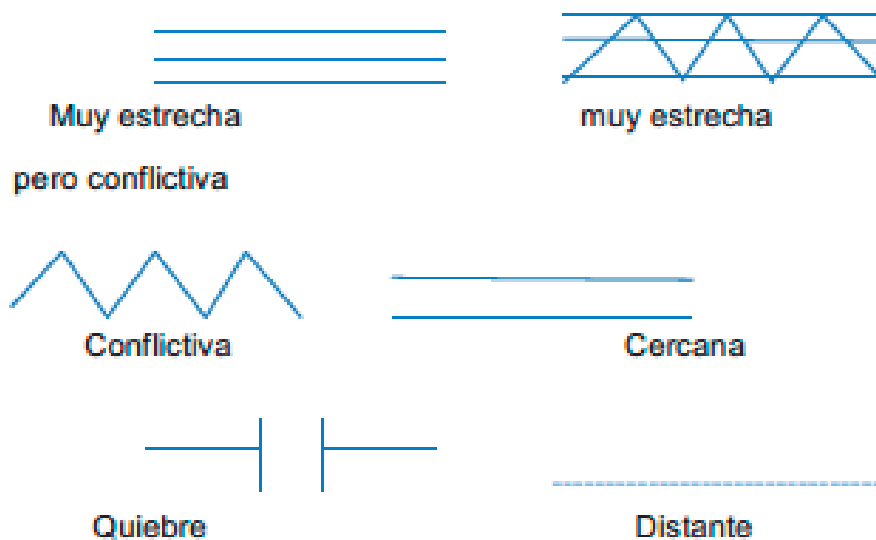
Los embarazos, abortos y partos de un feto muerto se indican por medio de los siguientes símbolos.



VII. SEÑALIZACION DE LAS RELACIONES FAMILIARES.-

Comprende el trazo de las relaciones de los integrantes de una familia, las características están basadas en el informe de los integrantes de la familia y en observación directa. Para el cual se utiliza distintos tipos de líneas para simbolizar los diferentes tipos de relaciones entre dos o más integrantes de la familia.

RELACIONES INTERPERSONALES

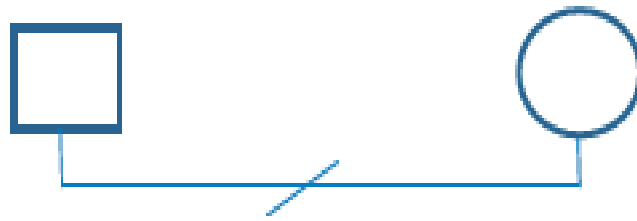


VIII. RELACIONES ENTRE DOS MIEMBROS.-

Las personas no casadas se representa con línea de segmentación.



Las separaciones y divorcios se indican con dos líneas oblicuas y una interrupción en la línea que une al matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 diagonales para un divorcio.



Separación



Divorcio

XI. REGISTRO DE INFORMACION INDIVIDUAL:

Para el registro de la información de la individual se debe agregar información sobre la familia.

- Información demográfica que incluye edad, fecha de nacimiento, muerte, situaciones ocupacionales y nivel de escolaridad.
- Información funcional incluye información sobre comportamiento de los distintos miembros de la familia.
- Sucesos familiares críticos incluye transiciones importantes, cambios de relaciones, migraciones, fracasos y éxitos.

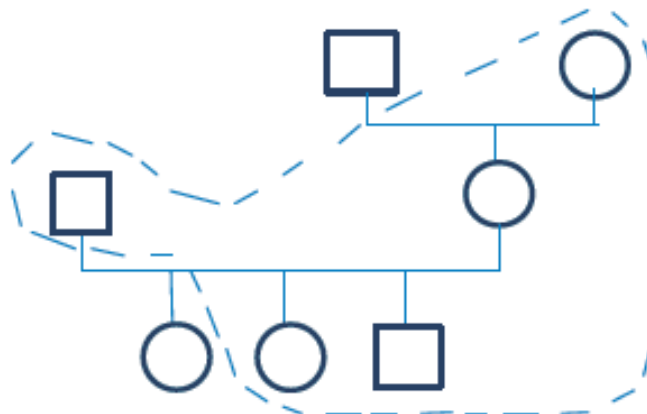
X. RELACIONES ENTRE DOS MIEMBROS.-

La información del geograma se puede obtener entrevistando a uno o varios integrantes de la familia. Claramente al obtener información de varios integrantes de la familia nos da la oportunidad de comparar perspectivas y observar directamente las interacciones.



XI. RELACIONES HABITACIONALES.-

Una familia viviendo en un mismo hogar se señala con una línea punteada alrededor de los integrantes que comparten habitación, alrededor de la línea puede indicar el periodo en el cual la familia esta junta.



Fuente: Elaboración Propia

XII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.

1. Mónica R y Randy G. Genogramas en la evaluación familiar.gedisa; 2005.
2. Yuri A y Miguel S. Instrumento de atención a la familia: el Familiograma y el Apgar familiar. www.idefiperu.org/rampa.html;2006.
3. Juan N. Corpas. Guías modelo de atención en salud familiar con enfoque de riesgo. Colombia; 2011
4. <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/32735/1/EL%20GENOGRAMA%20EN%20TERAPIA%20FAMILIAR%20SIST%C3%89MICA.pdf>
5. <http://psiquesistemica.blogspot.com/2016/09/genograma-el-genograma-es-una.html>
6. "Introduction to the Genogram" en: GenoPro. Recuperado en: 06 Mayo 2018 de GenoPro: genopro.com.
7. "Genogram Symbols" en: GenoPro. Recuperado en: 06 Mayo 2018 de GenoPro: genopro.com.

COMITÉ DE ANALISIS DE INFORMACIÓN (C.A.I.)

Lic. Gladys Alanoca Yugra
RESP. DEPTAL. DE ENFERMERIA

10

OBJETIVO DEL CAI.-

Generar un espacio para el reconocimiento, identificación, análisis y elaboración de insumos que retroalimenten el proceso de toma de decisiones y acciones de mejoramiento, en torno a los eventos de interés de la salud de la población y del quehacer en salud pública.

I. INTRODUCCIÓN.-

El Comité de Análisis de Información, constituye a la institución disposiciones relacionados con la vigilancia de la salud pública de la población y es el momento de analizar los progresos de la implementación de las políticas de salud. Orientado a los esfuerzos y recursos disponibles a la transformación y fortalecimiento de las Redes y establecimientos de Salud, a fin de contribuir al ejercicio pleno del derecho a la salud, la eliminación de la exclusión social de la salud y a mejorar el estado de salud de la población de La Paz.

II. COMITÉ DE ANALISIS DE INFORMACIÓN (C.A.I.).-

El Comité de Análisis de Información en Salud es el espacio de participación donde autoridades políticas y originarias, la comunidad, juntas vecinales, promotores de salud, médicos tradicionales y parteros, analizan y evalúan que las instituciones de salud cumplan con lo planificado y que su funcionamiento administrativo sea correcto. También evalúan la calidad de atención brindada a las personas, familias y comunidad. A partir del análisis del Comité se toman decisiones y compromisos para resolver problemas identificados.

III. OBJETIVO DEL CAI.-

Generar un espacio para el reconocimiento, identificación, análisis y elaboración de insumos que retroalimenten el proceso de toma de decisiones y acciones de mejoramiento, en torno a los eventos de interés de la salud de la población y del quehacer en salud pública.

A. OBJETIVOS ESPECIFICOS DEL CAI.-

1. Presentar y analizar información de salud, establecimientos, Municipal, redes y departamental.
2. Asumir decisiones estratégicas y ajustes de carácter operativos en base al análisis de la información de la situación de salud.
3. Establecer compromisos de acción y seguimiento

IV. FASES DE LA METODOLOGIA DEL CAI.-

Se cumple con el marco teórico del CAI normado por el MSD, con las tres fases:

1ra FASE: PREPARACIÓN

El cual incluye las siguientes actividades:

- a) **Definición del equipo de trabajo y/o conducción;** Profesionales, técnicos liderado por los responsables de niveles de atención en salud y autoridades competentes.
- b) **Gestión de recursos;** los responsables en los diferentes niveles de gestión tienen la obligación de incorporar en los planes operativos anuales, recursos económicos que viabilice la participación, la logística y ambiente para el CAI.
- c) **Selección de los temas de análisis y la agenda de la reunión;** En base al (ASIS), indicadores de gestión y vigilancia epidemiológica de tipo coyuntural y sobre todo basándonos en el logro del cumplimiento de objetivos.
- d) **Preparación de la documentación;** Definición de modalidad de reunión previamente concertada se envía

una matriz a todos los Establecimientos, Coordinaciones de Red y Hospitales, para la preparación de información en base al objetivo del CAI.

- e) **Definición de los/as participantes del CAI, según niveles:** Elaborar listado completo de los representantes de instituciones y sectores sociales con asignación de responsabilidades que comprometan su participación y sus acciones en las definiciones.
- f) **Envío de las invitaciones y la documentación;** A todos los sectores involucrados, de acuerdo a la definición de los participantes (Alcaldías, Comités de Vigilancia, Organizaciones Comunitarias), la información debe ser enviada con anticipación, además deben estar calendarizado las reuniones, las invitaciones deben ser escrita o por los medios más adecuados.
- g) **Preparación del ambiente de la reunión y aseguramiento logístico;** Elegir el ambiente adecuado de acuerdo número de participantes y la dotación de equipos (data display, pizarra acrílica, etc.) los cuales son recomendables pero no imprescindibles.

2da FASE: DESARROLLO DEL CAI

El cual incluye las siguientes actividades

- **Presentación de la información;** Exposición de los resultados a través de indicadores apropiados (según los temas a tratar) para analizar los problemas de salud que requieren una discusión y definición de acciones.

- **Proceso de análisis;** Constituye los problemas de salud y el sustento para profundizar el análisis de situación de salud, sus causas ,determinantes, análisis de desarrollo, modelo de gestión, de atención, medidas preventivas, de promoción de salud y sus resultados e impacto.

- **Identificación de alternativas de solución y toma de decisiones;** La capacidad de los participantes, para identificar problemas, alternativas de soluciones decisiones a ser tomadas y acciones a ser realizadas en plazos determinados en tiempo, enmarcados dentro de la mayor realidad posible, no deben ser soluciones inalcanzables o que requiera grandes inversiones, añadiéndose aspectos y compromisos intersectoriales. Esta fase constituye el núcleo central del proceso y basa su desempeño en el trabajo con los indicadores, para ello el grupo participante debe conocer claramente los indicadores que se analizan, su utilidad y el propósito específico para el cual se están analizando en el CAI. Existen tres tipos de indicadores: de estructura, de proceso y de resultado o impacto (pueden encontrarse otras clasificaciones de indicadores), y cadauno de ellos debe utilizarse adecuadamente para evaluar el proceso de gestión y definir las acciones futuras.

El CAI debe concluir con la elaboración del acta, donde se recojan los acuerdos y compromisos para el próximo CAI. La elaboración del plan de acción el cual está dado por una matriz, que permite ordenar las intervenciones que den respuesta los problemas identificados, ejemplo de matriz.

Cuadro N° 1. Matriz de Planeación.

Problema identificado	Objetivo de la intervención (Meta alcanzar)	Actividades a realizar	Fecha de cumplimiento	Responsables

3ra FASE: SEGUIMIENTO

Corresponde a la etapa posterior a la reunión y tiene el propósito de monitorear y evaluar las decisiones tomadas mediante un seguimiento al plan de acción para garantizar el cumplimiento. Incluye las siguientes actividades;

a. Definición del plan de seguimiento; Dependiendo del nivel de gestión la responsabilidad por las acciones de seguimiento recae en diferentes instancias.

A nivel municipal y de la red es el Coordinador de Red, a nivel Departamental y Nacional son las unidades de planificación, a nivel comunitario y de establecimiento es la propia comunidad, sus autoridades y su comité local de salud que junto al personal de salud hacen el seguimiento al plan de acción.

Se propone que el instrumento de seguimiento sea la misma matriz de análisis de problemas (indicadores). El seguimiento deberá hacerse periódicamente y de acuerdo al cronograma de CAI para poder mostrar los resultados.

b. Realización de reuniones de control y evaluación del cumplimiento del plan; el mismo se realizara de acuerdo a nivel de gestión, los actores en el comité son encargados de realizar el seguimiento y cumplimiento de los compromisos.

Cuadro N° 2. CAI de acuerdo a nivel de gestión

De acuerdo al nivel de gestión, la realización del CAI puede tener una periodicidad y participación diferente.

Nivel de gestión	Responsabilidades	Participantes	Equipo de Conducción	
	Presentar indicadores Analizar posibles causas y factores determinantes. Identificar alternativas de Solución Proponer acciones específicas Elaborar acta	Personal de salud (médicos, enfermeras, técnicos, etc.) Promotores de Salud (RPS) Representantes comunitarios y líderes vecinales y otros	Personal de salud	Mensual
Municipal/ COTEMSA (Consejo Técnico)	Presentar indicadores epidemiológicos y de gestión.	Alcalde, miembros de COTEMSA. Personal de salud de los	Equipo técnico de la red municipal	Trimestral
Municipal de Salud)	Analizar posibles causas y factores determinantes. Identificar alternativas de solución. Proponer acciones específicas Elaborar acta.	establecimientos Representantes comunitarios, líderes vecinales, y otros.		
Red de Salud	Presentar indicadores epidemiológicos y de gestión. Analizar posibles causas y factores determinantes. Identificar alternativas de solución Proponer acciones específicas Elaborar acta	Autoridades de salud, coordinación de red. Personal de salud de los establecimientos. Representantes comunitarios y líderes vecinales Representantes de los Gobiernos Municipales.	Equipo técnico de la coordinación de red	Trimestral

SEDES (Departamento)	Presentar indicadores. Analizar posibles causas y factores determinantes. Indicadores alternativos de solución. Proponer acciones específicas. Elaborar acta.	Autoridades del SEDES y equipo técnico. Personal de salud de los establecimientos. Representes sectoriales (educación, saneamiento, agricultura, comercio, etc.) Líderes vecinales y comunitarios	SNIS –VE departamental, Unidad de Planificación	Semestral
Nacional	Presentar indicadores. Analizar posibles causas y factores determinantes. Identificar alternativas de solución. Proponer acciones específicas. Elaborar acta.	Autoridades de salud del SEDES, personal de salud de los establecimientos. Representes sectoriales (educación, saneamiento, comercio, agricultura, hacienda, etc.) Líderes vecinales y comunitarios	SNIS –VE Nacional	Anual

Es necesario elaborar un informe memoria resaltando los compromisos de la información sistematizada, para lo cual se sugiere conformar un equipo encargado de sistematizar la información, para que en un momento posterior pueda dedicarse a la elaboración de este documento a objeto de contar con un respaldo documental de la realización del CAI. El CAI comunitario se realiza a nivel de una comunidad específica o puede ser el equivalente a las comunidades vinculadas al establecimiento. Este CAI tiene características conceptuales metodológicas muy específicas que son desarrolladas en otro documento.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.-

1. Ministerio de Salud y Deportes, Guía de aplicación del comité de análisis de información (CAI), La Paz, Bolivia; 2008.
2. Ministerio de Salud y Deportes, Guía Metodológica para el Análisis de la situación de salud, Bolivia; 2005
3. Ministerio de Salud y Deportes, Guía de Aplicación del Comité de Análisis de Información (CAI) Bolivia 2014.
Servicio Departamental de Salud La Paz, Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) La Paz-Bolivia 2011

CONTINUÓ DE LA ATENCION

Dr. Germany Hurtado Montesinos
RESPONSABLE DEL CONTINUO DE LA VIDA SEDES LA PAZ

11

Objetivo general de aprendizaje:

El objetivo del siguiente Modulo del texto del SSSRO es la de fortalecer las aptitudes de los médicos de pre grado que realizaran la atención en área rural, dándoles una herramienta que sirva de guía para la atención integral del continuo de la vida.

1. INTRODUCCION:

Dentro de la política de atención familiar comunitaria intercultural que busca el derecho a lograr vivir bien de las personas, familias, comunidades de nuestro país, plantean el fortalecimiento de la atención integrada al continuo del curso de la vida, con el objetivo fundamental de contribuir a reducir la morbimortalidad de la población boliviana. Por tal se indica que el primer nivel de atención se constituye en la puerta de entrada al Sistema de Salud Familiar.

Comunitaria Intercultural. El personal de salud de los establecimientos de primer nivel de atención, como parte principal de la red funcional de salud, tiene la tarea de desarrollar procesos de educación y promoción de la salud, orientación, prevención y tratamiento de enfermedades, prestación de servicios integrales e interculturales (en la familia, en la comunidad y en el establecimiento) de tipo ambulatorio, de internación de tránsito, con servicios básicos complementarios de diagnóstico, articulados con la medicina tradicional, mediante el componente de referencia y contrareferencia, para contribuir a mantener y mejorar la salud de la población, enmarcándose en el cuidado de su salud física, mental, social, espiritual, cultural y ambiental.

La red de servicios de salud se articula con la red social y sus acciones son desarrolladas por el equipo de salud del establecimiento, en coordinación y articulación con los actores comunitarios, aceptando, respetando, valorando y compartiendo sentimientos, conocimientos, saberes y prácticas, de acuerdo con su cultura y su cotidianidad, adecuando culturalmente el espacio físico, equipamiento, mobiliario, indumentaria, horarios y protocolos de atención.

Es también importante el desarrollo de competencias del personal para mejorar la capacidad resolutive de cada nivel de atención. El desarrollo de habilidades y destrezas del equipo de salud de los establecimientos de los diferentes niveles, permite diagnosticar, tratar y resolver problemas de salud de acuerdo al conocimiento y tecnología (infraestructura, equipamiento e insumos) a su alcance, contribuyendo de esta manera, a la solución de los problemas de salud prioritarios de la población. Ante la aparición de alguna complicación, puede ser necesario referir al/la paciente a otro establecimiento con mayor capacidad resolutive. Si fuera así, se activará el sistema de referencia y contrareferencia como un componente articulador de la red de servicios.

En la actualidad, el enfoque del continuo de atención contribuye a brindar atención integral en salud a la población; según este principio, la población debe tener acceso a servicios calificados durante el curso de la vida, (sobre todo en salud reproductiva, embarazo y parto, atención al recién nacido, niño/a y adolescente, escolar y adulto mayor), reconociendo que el mejorar el estado de salud en un momento del continuo, repercute favorablemente en el siguiente. Además, el enfoque del continuo de atención promueve la integración de los diferentes ámbitos de atención: hogar, la comunidad y los establecimientos de salud por nivel de atención. Estos servicios deben estar orientados a la promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación de enfermedades.



SEDES La Paz Área del continuo

En Bolivia, el continuo de la atención incluye dos componentes novedosos: La Atención Integral al Escolar (niño/a de 5 a 12 años) a la mujer gestante y no gestante al recién nacido, y a las personas adultas mayores (de 60 años o más), con lo cual el enfoque abarca prácticamente todas las fases del curso de la vida.

2. ATENCION AL ADOLESCENTE

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas psicológicas y sociales muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social.

Es una época de aprendizaje y autodescubrimiento en la que se pasa de la dependencia de la infancia a la interdependencia de la adultez mediante una transición dinámica, que discurre de forma gradual y a un ritmo individualizado.

Los cambios que experimenta el adolescente suponen crecimiento y maduración, de forma global en todos los aspectos de la vida, y su finalidad es alcanzar:

- identidad: encontrar un sentido coherente a su existencia.
- integridad: adquirir un sentido claro de lo que está bien y lo que está mal.

Para lo cual se necesita que un servicio de atención de primer nivel pueda brindar un ambiente de confianza y respeto por las opiniones y puntos de vista para conseguir un contacto con el paciente de íntegra confianza haciendo énfasis en F.A.C.T.O.R.E.S. nemotécnico de evaluación que indica:



Familia: Se debe entrevistar al paciente en su relación y grado de satisfacción con los padres, hermanos y otros, con quién vive, con él.

Amigos: En esta esfera se debe indagar el entorno de amistades y actividades relacionadas, deportes, tipo de relaciones, entre otros adolescentes.

Colegio: En esta tratar de abordar al adolescente en cómo va su rendimiento y grado de satisfacción en el estudio y/o trabajo.

Tóxicos: En esta esfera es donde se debe indagar sobre el consumo de drogas, tabaco, alcohol, de su entorno

familiar, social (colegio y amigos).

Objetivo: Acá se debe preguntar como se ve el adolescente a mediano y largo plazo 5 a 10 años metas, planes perspectivas de vida y sobre todo nivel de auto superación.

Riesgos: Preguntar sobre actividades de recreación deportes y actividades, seguridad en el hogar y en la calle, factores de violencia por parte de compañeros y cosas que le desagradan o disgustan.

La información recabada permitirá al personal de salud determinar riesgo en contra de la vida.

Estima: Evalúa la aceptación personal, autoestima, valoración de la propia imagen, sentido de pertenencia e identidad familiar, identidad étnica racial.

Sexualidad: La sexualidad es el grado de información, que cuenta el adolescente sobre su identidad sexual, temas que le preocupan.

Todo esto nos lleva a un nemotécnico:

F	A	C	T	O	R	E	S
Familia	Amigos	Colegio	Tóxicos	objetivo	Riesgos	Estima	Sexualidad

**Extractado de la norma nacional de atención integral y diferenciada del adolescente 2013 publicación 274.*

2.1. EMBARAZO EN ADOLECENTES

En Bolivia la población adolescente de 10 a 19 años representa alrededor del 23% de la población total del país, de la cual un 49% corresponde a adolescentes de sexo femenino. Según datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA 2008) cerca del 18% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas; este porcentaje resulta idéntico al de la subregión andina. De estos embarazos al menos el 70% no fueron planificados. En el área rural se observa un incremento del 22% en 2003 en adolescentes madres o embarazadas a un 25% en 2008.

El embarazo y la maternidad en adolescentes se registran con mucha mayor frecuencia en mujeres adolescentes con menor acceso a educación, que viven en zonas rurales y en condiciones de pobreza.

Una de cada tres adolescentes del quintil más pobre es madre o se encuentra embarazada, frente a 1 de cada 10 del quintil superior.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Juventudes de 2008, los municipios que presentan mayores porcentajes de adolescentes y jóvenes con al menos un embarazo son: El Alto con 83%, Santa Cruz 71%, Guayaramerín 76%, Riberalta 71% y Colcapirhua 74%.

Al ser un problema creciente el personal de salud debe realizar medidas preventivas como ser:

2.2. Educación integral de la sexualidad: con una metodología intersectorial, institucionalizando la misma en la currícula educativa en todos los ciclos y niveles; con enfoque de derechos y promoviendo las habilidades psicosociales de adolescentes y jóvenes para lograr una vida digna, garantizando que tanto mujeres y hombres puedan ejercer sus derechos reproductivos de forma plena, saludable y responsable.

2.3. Atención diferenciada para adolescentes y jóvenes en centros de salud pública: con el objetivo de acceder a información confiable y tomar decisiones informadas, es preciso contar con oferta de servicios de salud de calidad que contemplen aspectos interculturales y de confidencialidad.

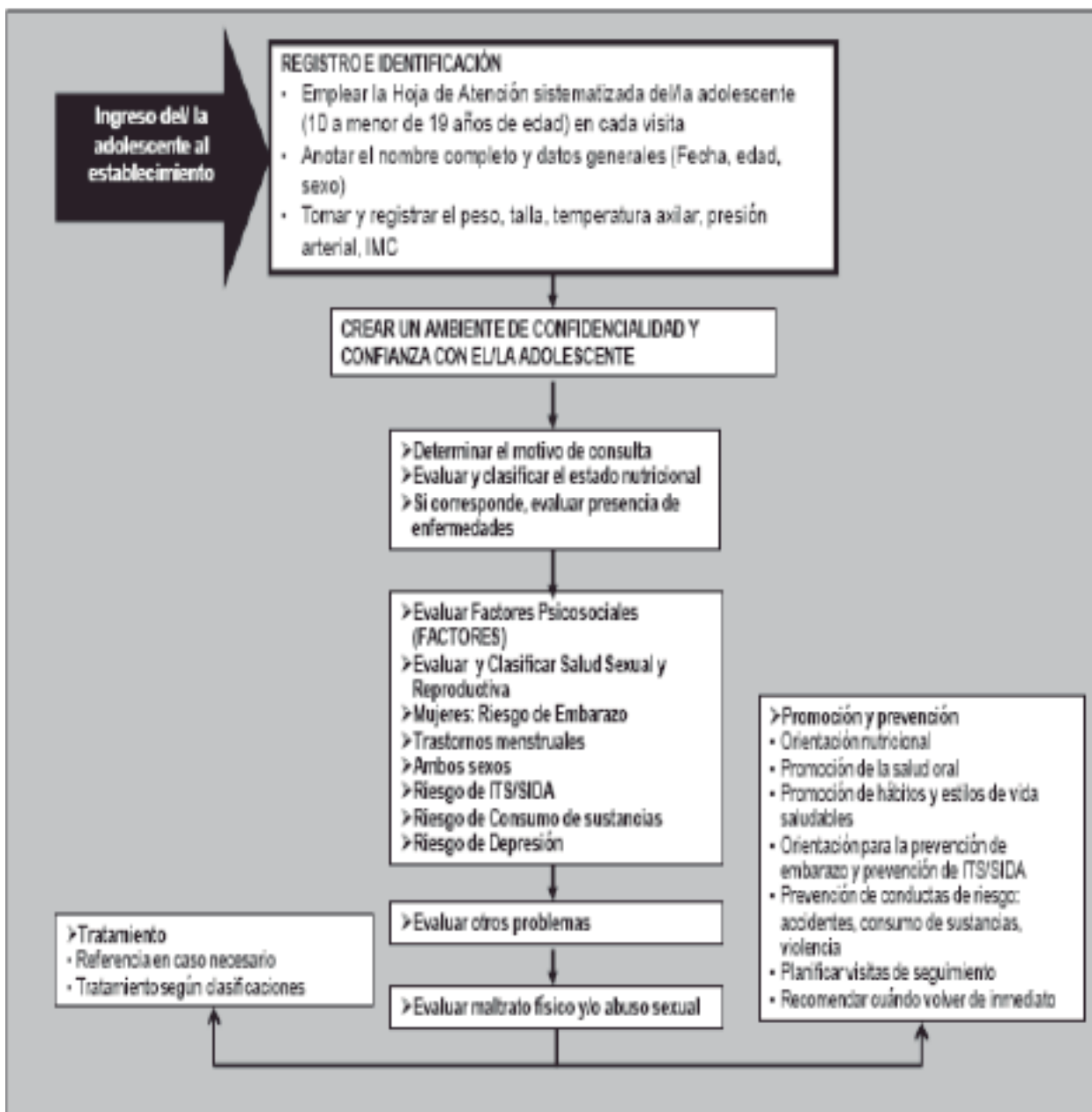
2.4. Sensibilizar a la sociedad sobre la importancia de la prevención del embarazo en la adolescencia, pues las madres adolescentes aun son discriminadas y censuradas en sus escuelas, hogares y comunidades.

2.5. Acceso a información y a métodos anticonceptivos: el acceso voluntario de adolescentes y jóvenes a métodos anticonceptivos sin ningún tipo de barreras o discriminación, es una de las estrategias probadas de reducción del embarazo y la mortalidad materna en este grupo de población.

Otras acciones clave son: estimular la comunicación abierta entre padres y madres de familia y sus hijas e hijos adolescentes.



FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN AL/LA ADOLESCENTE



(Fuente: cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)

3. ATENCION DE LA MUJER EN EDAD FERTIL

La atención a la mujer tanto gestante como la no gestante es un capítulo muy importante en la consulta externa tanto la atención del parto, control del puerperio y la orientación y consejería de salud sexual y reproductiva sobre todo sobre los métodos anticonceptivos que maneja la planificación familiar.

Por esta razón el personal de salud de los servicios de primer nivel tenga conocimiento claro sobre los métodos anticonceptivos.

Es importante tomar en cuenta que dentro de la atención a la mujer no gestante se encuentra un acápite muy importante, que es la planificación familiar contemplado en el nuevo sistema integral de Salud (SIS) contemplado en la ley 475, donde la accesibilidad a métodos modernos es gratuita a toda mujer en edad fértil, donde el adolescente tiene acceso a estos métodos sin la necesidad de aprobación de los padres de familia siempre precedida de consejería y orientación.



Un examen muy importante que no se debe obviar en el examen físico clínico de la mujer no gestante es el examen de mama que según el grupo etario, la enseñanza del autoexamen de mama es importante para la detección precoz de cáncer de mama indicando a la mujer los 5 pasos del examen.

- **Paso 1:** Colocar el brazo detrás de la nuca en posición de decúbito dorsal, esto para que el tejido mamario se extienda de forma uniforme sobre la pared torácica, permitiendo la facilidad de palpar todo el tejido del seno.
- **Pasó 2:** Para la palpación se debe utilizar las yemas de los dedos índice medio y anular realizando movimientos leves de rotación (circulares) de diámetro a una moneda de 10 ctvs., la palpacion debe tener 3 niveles de presión que permitirá valorar desde piel hasta musculatura profunda.
- **Paso 3:** la revisión del seno se debe realizar por cuadrante dividiendo al seno en cuatro cuadrantes y realizando la palpación siempre en forma de agujas del reloj buscando masas o protrusiones. Se repite los pasos para el lado cotralateral.

- **Paso 4:** Posterior a la palpación se debe poner la mujer parada frente al espejo, con ambas manos en la cintura y observar tamaño, simetría, contorno y color rubor de pezones, de ambas mamas.
- **Paso 5:** Finalmente para concluir el exámen se debe revisar siembre el área axilar de ambos lados buscando masas, y otras anomalías (ganglios), este examen selo debe practicar parada y con el brazo levemente extendido, acción que facilitara el exámen.



Este exámen se lo debe realizar a los 7 a 10 días posterior la menstruación.

Existen 2 tipos de autoexamen Acostada y de píe graficas 1 y Grafica 2



Otra evaluación que se debe hacer a la mujer no gestante en edad fértil es el control y detección precoz del Cáncer de cuello uterino mediante el estudio citológico de PAPANICOLAOU, y evitando los factores de riesgo que incrementa la incidencia de esta patología. (Ver cuadro 1)



(Fuente; cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)

PREVENCIÓN Y CONTROL DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

<p>Factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Multiparidad - Infecciones de transmisión sexual (ITS) (especialmente las vinculadas a las variedades 16 y 18 del virus del papiloma humano (VPH)) - Tabaquismo activo y/o pasivo - Múltiples compañeros sexuales, compañero sexual con muchas compañeras sexuales - Inicio temprano de las relaciones sexuales - Lesiones precursoras del cáncer de cuello (displasias o lesiones escamosas intraepiteliales) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención primaria: <ul style="list-style-type: none"> - Reducir los factores de riesgo - Disminuir la exposición al virus del papiloma humano (VPH): Ej. Postergar inicio de relaciones sexuales, evitar múltiples compañeros sexuales o compañero sexual con muchas compañeras sexuales - Sensibilizar a la población en general y en particular a la población adolescente para la utilización del condón y evitar prácticas sexuales de riesgo - Promover estilos de vida saludables - Vacuna contra las cepas 16 y 18 del VPH • Prevención secundaria: <ul style="list-style-type: none"> - Papanicolaou - Inspección Visual del cuello uterino con Ácido Acético (IVAA) o Inspección del cuello uterino con Iugol (solución yodo-yodurada)
---	---

Ante reporte de lesión preneoplásica sospechosa (PAP positivo) o ante lesión acetoblanca (IVAA) en cérvix, referir a hospital para confirmación diagnóstica, la cual será realizada mediante colposcopia o biopsia dirigida

(Fuente: cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)

Interpretación de resultados cuando un Papanicolaou sale con alguna lesión, del carácter displásico (MIC y LIEB) se debe referir a un centro de mayor complejidad para la valoración por especialidad, para que se le practique una biopsia colposcopia, estudio que podrá definir tratamiento.

4. ATENCION INTEGRAL DE LA MUJER EMBARAZADA - PARTO Y PUERPERIO

La mayoría de los daños obstétricos y los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito, mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destacan el uso del enfoque de riesgo y la realización de actividades eminentemente preventivas y la eliminación o racionalización de algunas prácticas que llevadas a cabo en forma rutinaria aumentan los riesgos.

Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y adicionalmente contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitócina o la ruptura artificial de las membranas amnióticas, han sido revalorados en vista de que no aportan beneficios y sí contribuyen a aumentar la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados.

Otros como la anestesia utilizada indiscriminadamente en la atención del parto normal, efectuar altas proporciones de cesáreas en una misma unidad de salud o el realizar sistemáticamente la revisión de la cavidad uterina postparto, implican riesgos adicionales y su uso debe efectuarse en casos cuidadosamente seleccionados. Algunos de estos

procedimientos aún persisten como parte de las rutinas en la atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones. No se trata de limitar el quehacer de los profesionistas, sino que a partir del establecimiento de lineamientos básicos se contribuya a reducir los riesgos que pudieran asociarse a las intervenciones de salud.

En la medida que se cuente con tecnología de mayor complejidad y por ende con el personal idóneo para su manejo e indicación precisa, este tipo de avances en la medicina deben ser utilizados. Y por ende es necesario el conocimiento de procedimientos de atención para detectar señales de peligro en general como se señala a continuación en el cuadro de procedimiento 9:

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Tiene una o más de las siguientes señales de peligro durante el embarazo y parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia genital • Salida de líquido por genitales • Dolor de cabeza intenso, visión borrosa • Dolor abdominal (en barra) • Convulsiones • Fiebre • Dificultad respiratoria • Contracción uterina dolorosa que no calma • Siente que el bebé ha dejado de moverse 	<p>SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO</p>	<ul style="list-style-type: none"> > Dar prioridad máxima para la atención (atenderla inmediatamente) > Completar la atención y evaluación rápidamente > Llenar la Historia Clínica Perinatal > Realizar el tratamiento preferencia de acuerdo a las clasificaciones > Referir URGENTEMENTE al hospital

En caso de no presentar ninguna señal de riesgo se debe tomar en cuenta la siguiente información:

RECUERDE QUE TODO EMBARAZO IMPLICA UN RIEZGO PARA LA MEDRE Y EL BEBE	
RIESGO MATERNO	RIESGO PARA EL BEBE
<p>Es la probabilidad de morir o de sufrir una complicación grave como resultado del embarazo, parto o puerperio</p> <p>Tener en cuenta que:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Muchas mujeres que son clasificadas como de "Alto Riesgo" no llegan a presentar ninguna complicación > La mayoría de las mujeres que presentan complicaciones no tienen factores de riesgo previos, y por lo tanto, son clasificadas en la categoría de "Bajo Riesgo" > Es prácticamente imposible predecir qué mujer en particular presentará complicaciones que pongan su vida en peligro > La mayor parte de las complicaciones obstétricas no se pueden predecir ni evitar, pero pueden ser tratadas 	<ul style="list-style-type: none"> > Es la probabilidad de morir o sufrir una complicación grave durante la gestación, parto o durante los primeros días de vida > Está fuertemente vinculado a la salud, bienestar y condiciones de la madre antes y durante el embarazo, parto y puerperio
<p>> EL NUEVO PARADIGMA: "TODOS LOS EMBARAZOS SON DE RIESGO"</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ UNA MUJER QUE NO PRESENTA NINGÚN FACTOR DE RIESGO PUEDE COMPLI CARSE EN CUALQUIER MOMENTO DEL EMBARAZO, DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO ▪ EL OBJETIVO PRINCIPAL, DEL CONTROL PRENATAL, ES DE TECTAR A TIEMPO CUALQUIER PATOLOGÍA Y/O COMPLICACIÓN Y TRATARLA 	

(Fuente: cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)

Cuadro 3

Para poder realizar la evolución de la mujer gestante se debe tener en cuenta como paso esencial el llenado de la historia clínica perinatal. Ver graficas 3 y 4 y revisar anexo

BONO JUANA AZURDUY				ENFERMEDADES										HISTORIA PERINATAL					
Beneficio	Fecha Autorización	Fecha de Pago		Responsable															
1er. CPN	/ /	/ /	/ /																
2do. CPN	/ /	/ /	/ /																
3er. CPN	/ /	/ /	/ /																
4to. CPN	/ /	/ /	/ /																
Parto - Posparto	/ /	/ /	/ /																
NACIMIENTO				VIVO	hora		min	dia	mes	año	MÚLTIPLE	TERMINACIÓN		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO					
MUERTO				antes del parto	en (primos momentos)						no	si	cesárea	vacuum	INDIC. OPER. código				
POSICIÓN PARTO				sentado	acostado	esfotomica	de	DISORDENOS	ALIMENTACIÓN	ACTIVO	ORTOGONOS	PLACENTA	MULTIPLICACION		INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCIÓN O PARTO OPERATORIO				
4. RECIEN NACIDO				P. DEFALZO en		EDAD GESTACIONAL POR EX. PESO		PESO E.O.		APGAR		FALLECE en LUGAR de PARTO		ATENDIDO					
SEXO				PESO AL NACER		LONGITUD CM		ADIC		1º		estímulo		no		PARTO			
DEFECTOS CONGENITOS				ENFERMEDADES		VH en RN		TAMAJE NEONATAL		TSH		REFERIDO		NEONATO					
6. EGRESO RN				EGRESO		EDAD días completos		ALIMENTO AL ALTA		BOCA		7. EGRESO DE LA MUJER		ANTIDONCEPCION					
vivo				fallece		fallece durante o en lugar de traslado		lact. exclusiva		BDO		da		lugar		METODO ELEJIDO			
F. Nec.				Nº Reg.		F. Nec.		Nº Reg.		PERSONAL EGRESO		vivo		fallece durante o en lugar de traslado		DIU			
Nombre en radio				Responsable				Responsable											

COMPROMISO DE PARTICIPACION

El presente compromiso de participación tiene vigencia desde el momento de la inscripción al Bono (por estar embarazada) y hasta que el niño - niña cumpla dos años de edad. Fimo el presente compromiso aceptando el cumplimiento de los requisitos para recibir el beneficio y ventajas que establece el Bono y aceptado su resolución ante el incumplimiento de cualquiera de los puntos establecidos, perdiendo el beneficio al pago del mismo.

Firma y Nº de documento de identidad

Responsable y sello del Establecimiento de Salud

5. ATENCION DE PARTO Y RECIEN NACIDO

La atención institucional del parto es una medida de primer orden para disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

El primer paso es la evaluación de factores de riesgo que se detallan a continuación: disminuir de manera significativa la morbilidad materna y perinatal. En este sentido, se hace necesario establecer los parámetros mínimos que garanticen una atención de calidad, con racionalidad científica, para el desarrollo de las actividades, procedimientos e intervenciones durante la atención del parto, con el propósito de dar respuesta a los derechos en salud de las mujeres y sus hijos.

El primer paso es la evaluación de factores de riesgo que se detallan a continuación:

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Uno o más de los siguientes:</p> <p>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muerte fetal o muerte neonatal previas • Malformación congénita • Antecedentes de 3 o más abortos espontáneos o consecutivos • Peso al nacer del último bebé < 2500 g o > 4000 g • Hipertensión o preeclampsia/eclampsia en el último embarazo • Cifugias previas en el tracto reproductivo <p>Embarazo actual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico o sospecha de embarazo múltiple • Menor de 15 años o mayor de 35 años de edad • Isoinmunización Rh en el embarazo actual o anterior • Pálidez palmar severa y/o anemia severa • Hemorragia genital • Masas pélvica • PA diastólica de 90 mmHg o más <p>HISTORIA CLÍNICA GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial previa • Infección por VIH: PVVS o Western Blot (+) • Diabetes mellitus Insulino dependiente • Nefropatía/Cardiopatía • Consumo de drogas (incluido consumo excesivo de alcohol) • Cualquier otra enfermedad o afección médica severa <p>Laboratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proteinuria (+ o más) • Prueba rápida para VIH reactiva • PAP (+) <hr/> <p>SI DURANTE LOS SIGUIENTES CONTROLES DETECTA UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia severa (Dolor de cabeza intenso, dolor en epigastrio o hipocostrio derecho, visión borrosa) • Eclampsia (convulsiones, pérdida de conciencia) • Fiebre • Infección urinaria (ITU) con fiebre • Amenaza de parto pretérmino (edad gestacional menor a 37 S) • Restricción de crecimiento Intrauterino • Rotura prematura de membranas (salida de líquido por la vagina) • Embarazo mayor de 41 semanas. • Disminución o ausencia de movimientos fetales. • Cambios en la frecuencia cardíaca fetal (menos de 120 o más de 160 latidos fetales por min.) • Diabetes no controlada (glucemia mayor a 105 mg/dl). 	<p>EMBARAZO CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Manejo de emergencia - Si existe Preeclampsia/Eclampsia iniciar tratamiento: Manejo de emergencia (Págs. 68, 69) - Si existe hemorragia genital aplicar el Cuadro de Procedimientos 11 (Pág. 51) - Si presenta RPM y fiebre: Manejo de emergencia (Pág. 67) - Si presenta Amenaza de parto pretérmino: Manejo de emergencia (Pág. 67) ➤ En embarazos de 24 a 34 semanas: Aplicar dosis inicial de betametasona 12 mg IM ➤ Mantener a la embarazada en decúbito lateral izquierdo ➤ Administrar oxígeno de acuerdo a disponibilidad. ➤ Llenar el formulario de Referencia ➤ Referir URGENTEMENTE AL HOSPITAL

(Fuente; cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)

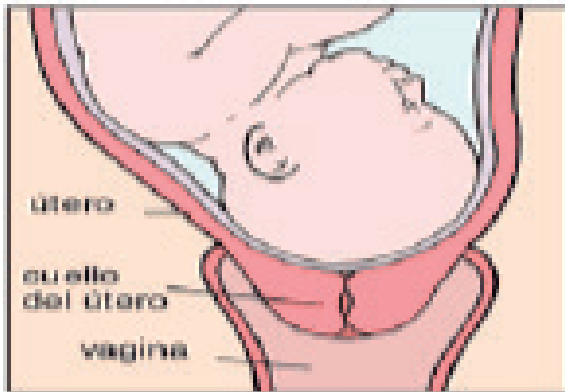
Segundo paso se debe realizar el seguimiento del 1er periodo de trabajo de parto Dilatación y borramiento, teniendo en cuenta:

1. Tomar signos vitales a la madre cada hora: Frecuencia cardiaca, tensión arterial, frecuencia respiratoria.
2. Iniciar el registro en el partograma y si se encuentra en fase activa, trazar la curva de alerta.
3. Evaluar la actividad uterina a través de la frecuencia, duración e intensidad de las contracciones y registrar los resultados en el parto grama.
4. Evaluar la fetocardia en reposo y pos contracción y registrarlas en el parto grama.
5. Realizar tacto vaginal de acuerdo con la indicación médica. Consignar en el partograma los hallazgos referentes a la dilatación, borramiento, estación, estado de las membranas y variedad de presentación. Si las membranas están rotas, se debe evitar en lo posible el tacto vaginal. Al alcanzar una estación de +2, la gestante debe trasladarse a la sala de partos para el nacimiento. El parto debe ser atendido por el médico y asistido por personal de enfermería. Ver grafica 5.

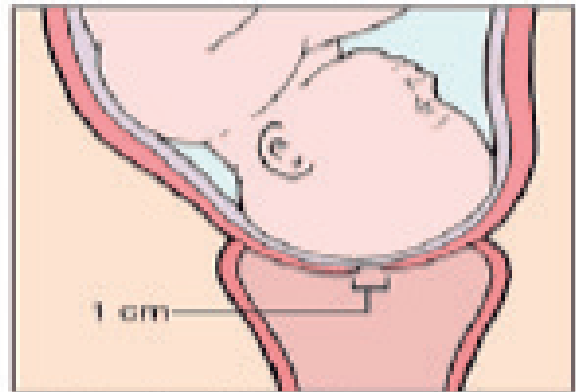
EL OBIAR UNO DE ESTOS PASOS CONDICIONA Y AUMENTA EL RIESGO DE UNA MADRE Y SU PRODUCTO

Borramiento y dilatación cervical durante el parto

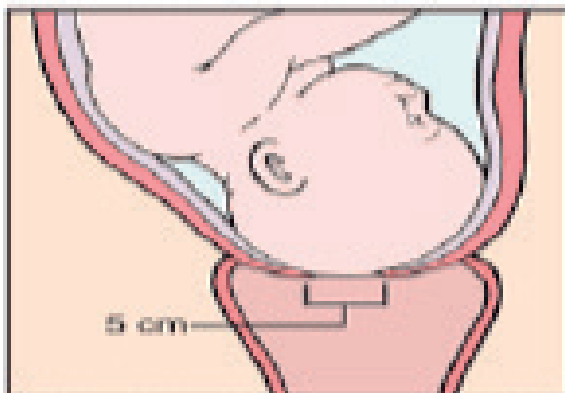
(Cervical Effacement and Dilatation During Labor)



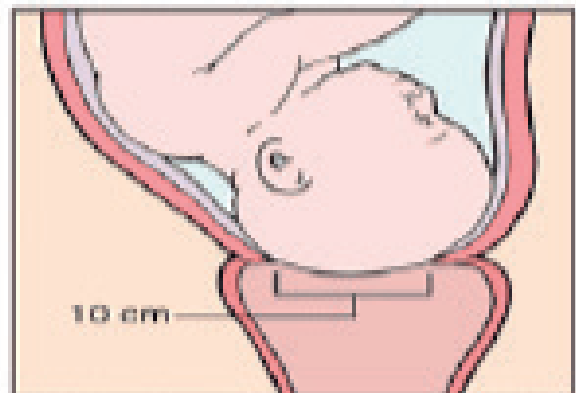
1. Cuello del útero sin borramiento ni dilatación.



2. Cuello del útero borrado y dilatado a 1 cm.



3. Cuello del útero dilatado a 5 cm.

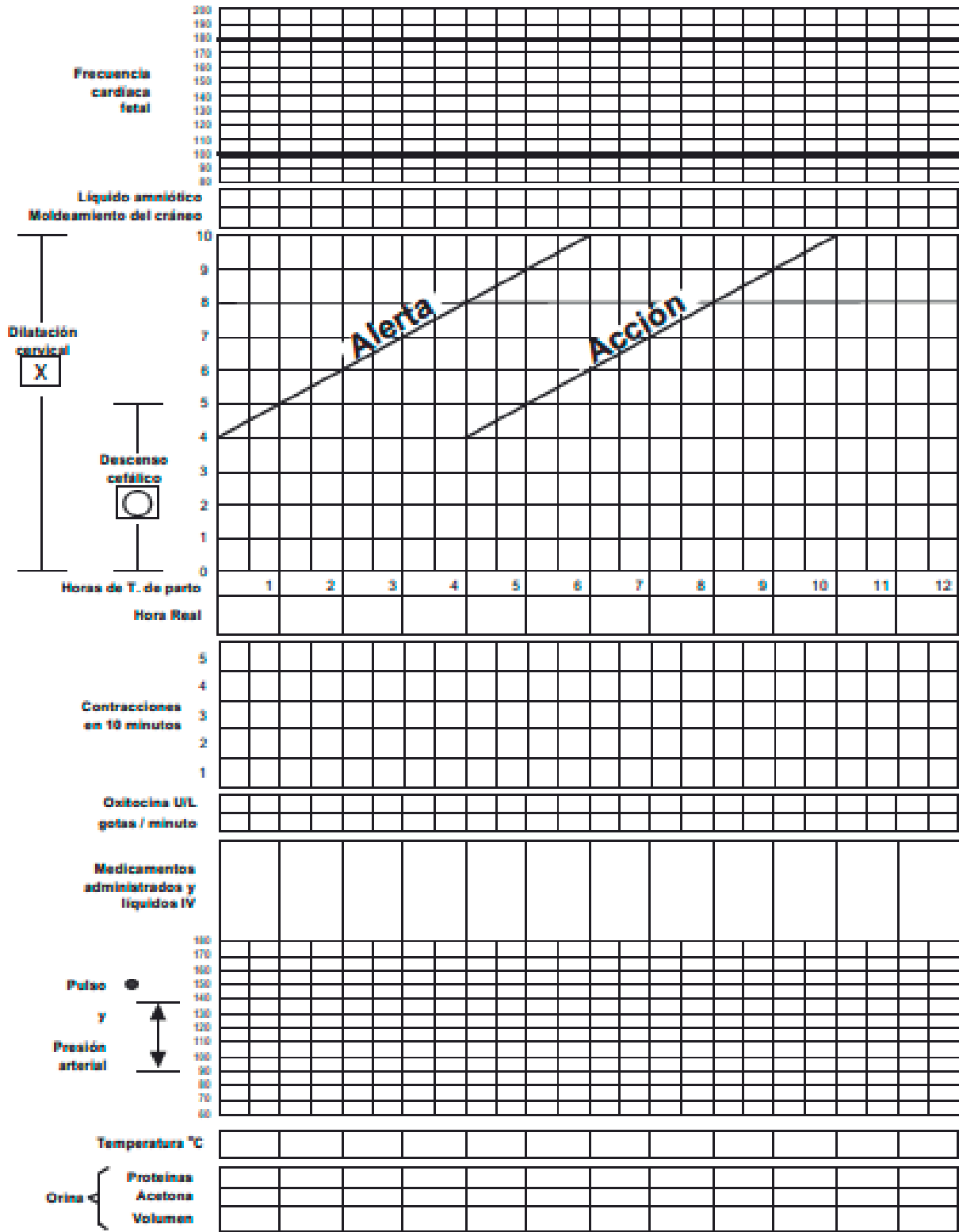


4. Cuello del útero dilatado por completo a 10 cm.

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

Nombre _____ Gesta _____ Para _____ Nº H.Clinica _____

Fecha de ingreso _____ Hora de ingreso _____ Membranas rotas _____ hora(s) _____



Fuente: Clamp internacional dependiente de la OPS-OMS

INSTRUCTIVO

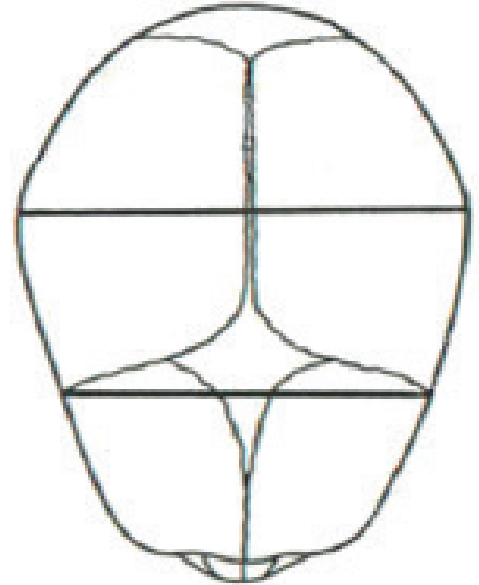
USO DEL PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO

INFORMACIÓN SOBRE LA PARTURIENTA: Anote el nombre completo, gravidez (no incluir el embarazo actual), paridad, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso. Anotar fecha y hora de rotura, y el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas (si ocurrió antes de comenzar el registro gráfico en el partograma).

FRECUENCIA CARDÍACA FETAL: Registre cada 30 minutos. Escuche el corazón fetal inmediatamente después de la contracción uterina. La mujer debe estar recostada boca arriba.

LÍQUIDO AMNIÓTICO: Registre el aspecto del líquido amniótico luego de cada examen genital:

- I: Membranas intactas.
- R: En el momento de la rotura de membranas.
- C: Líquido amniótico claro.
- M: Líquido con manchas de meconio.
- S: Líquido con manchas de sangre.



MOLDEAMIENTO DE LA CABEZA FETAL:

- 1: suturas lado a lado.
- 2: suturas superpuestas, pero reductibles.
- 3: suturas superpuestas y no reductibles.

DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO: Luego de cada tacto genital, marque con una cruz (X) la dilatación cervical en el espacio correspondiente. Inicie el registro del partograma cuando la dilatación llega a 4 cm. Si la usuaria ingresa con más de 4 cm de dilatación, inicie el registro sobre la línea de alerta.

*Concepto copiado del SIP OPS –OMS para el uso de Latinoamérica, parto grama

Una las "X" con una línea continua. Cuando el trabajo de parto progresa apropiadamente, el registro de la curva de dilatación permanece a la izquierda o sobre la LÍNEA DE ALERTA.

Si la curva de dilatación atraviesa la línea de alerta, es posible que el trabajo de parto se esté prolongando; por tanto, intensifique la vigilancia de la madre y el feto, y haga planes para una intervención apropiada o referencia.

LÍNEA DE ALERTA: Se inicia el registro a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación completa esperada, a razón de 1 cm por hora.

LÍNEA DE ACCIÓN: Es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma.

EVALUACIÓN DEL DESCENSO MEDIANTE PALPACIÓN ABDOMINAL: Se refiere al segmento de la cabeza (dividida en cinco partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (O) en cada examen abdominal. En el nivel "0/5", el sincipucio (S) está al nivel de la sínfisis del pubis. Ver grafica 6.

HORAS DE TRABAJO DE PARTO: Se refiere al tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).

HORA REAL: Registre la hora real en la cual está realizando la atención del trabajo de parto, lo más cerca posible a la línea correspondiente. Si la parturienta ingresa con menos de 4 cm de dilatación, los controles de PA, actividad uterina, descenso de la cabeza fetal, dilatación cervical, etc., regístrelos en la historia clínica perinatal. Si ingresa con más de 4 cm, marque una "X" sobre la línea de alerta a la altura de la dilatación y hora correspondiente.

CONTRACCIONES UTERINAS EN 10 MINUTOS: Registre cada 30 minutos; cuente el número de contracciones que ocurren en un período de 10 minutos y la duración de las mismas en segundos. Marque según corresponda:

- Menos de 20 segundos:
- Entre 20 y 40 segundos:
- Más de 40 segundos:



OXITOCINA: Cuando se utiliza, registre la dilución de oxitocina (U.I. por litro) y el goteo administrado. Debe monitorearse cada 30 minutos.

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS: Registre cualquier medicamento adicional que se administre.

PULSO: Registre cada 30 minutos y marque con un punto (●) sobre la línea de la hora correspondiente.

PRESIÓN ARTERIAL: Registre cada 3 - 4 horas y marque con flechas. El registro se realizará entre dos líneas verticales, un poco por delante de la hora correspondiente. Ante una paciente de riesgo, podría hacerse más seguido el control de PA.

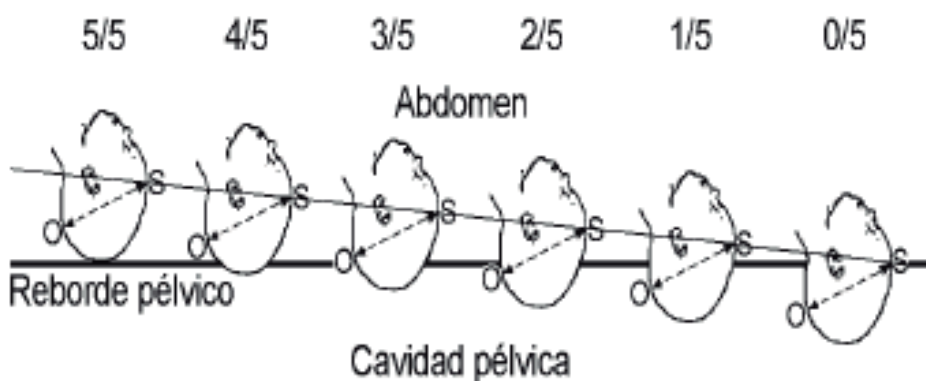
TEMPERATURA: Registre cada 2 horas.

PROTEÍNA, ACETONA Y VOLUMEN: Registre cada vez que se produce orina.

OTROS DATOS: Registre la temperatura de la mujer cada dos horas.

Registre los detalles del parto: (terminación, fecha y hora, peso, talla, APGAR al nacer) en el espacio, a la derecha de la línea de acción.

Grafica 6: Descenso en cavidad pélvica del producto




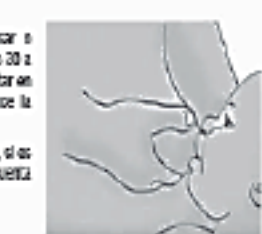
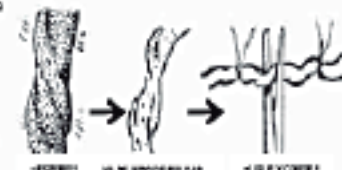



5/5	4/5	3/5	2/5	1/5	0/5
Completamente por encima	Sincipucio por alto, occipucio fácilmente palpable	Sincipucio fácilmente palpable, occipucio palpable	Sincipucio palpable, occipucio apenas palpable	Sincipucio palpable, occipucio no palpable	Ninguna parte de la cabeza palpable

Fuente; SIP OMS OPS

Una vez realizado la atención del parto se debe tener en cuenta el siguiente cuadro de procedimiento.

Cuadro 7

<p>1. Después del nacimiento, cesar al recién nacido de inmediato. Si se observa vigorosa, colocarlo en posición prona sobre el abdomen de su madre y cubrirlo con una frazada o lona limpia y seca, para evitar la pérdida del calor.</p> <p>Si el recién nacido está pálido, hipotónico o no respira, es mejor colocarlo al nivel del pecho para que el flujo sanguíneo y la oxigenación sean óptimos a través de la reanimación.</p> <p>El pinzamiento temprano será necesario en el caso de que los métodos de reanimación inmediatos no se puedan aplicar sin pinzar y cortar el cordón.</p> 	<p>5. Para la expulsión de la placenta, realizar la tracción controlada del cordón umbilical y aplicar compresión sobre el útero.</p>  <p>6. Dar masaje uterino después de la expulsión de la placenta.</p>  <p>7. Durante la recuperación, palpar el útero cada 10 minutos por 2 horas para asegurarse de que esté firme y vigilar la cantidad de loquios (si es necesario, dar masaje uterino).</p>  <p>8. Demorar los procedimientos habituales (como bañar o bañar al recién nacido) al menos durante los primeros 20 a 60 minutos para que la madre y su bebé puedan estar en contacto ininterrumpido piel con piel y que continúe la lactancia materna.</p> <p>Se lo debe ofrecer a la madre la asistencia necesaria, si es la primera vez que amamanta su bebé, tener en cuenta su deseo e intimidad.</p>
<p>2. Administrar vitamina K1 (0.1 mg por vía intramuscular), inmediatamente después del parto (habiendo descartado la posibilidad de un embarazo gemelar).</p>  <p>3. Después de que el cordón deje de pulsar (alrededor de los 3 a 4 minutos), pinzar y cortar conforme a técnicas ocluyentes de antisepsia.</p> <p>¡PINZAR! ¡SUAVEMENTE PULSAR! ¡CORTAR!</p>	
<p>4. Colocar al recién nacido directamente sobre el pecho de su madre, en posición prona, con la piel del lactante en contacto con la piel de la madre.</p> <p>A pesar de que la piel de la madre ayudará a regular la temperatura del bebé, cubrir a la madre y al recién nacido con una frazada o lona seca y caliente para evitar la pérdida de calor. Cubrir la cabeza del recién nacido con un gorro.</p> 	

6. ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO

La atención inmediata es el cuidado que recibe el recién nacido al nacer. El objetivo más importante de ésta es detectar y evaluar oportunamente situaciones de emergencia vital para el recién nacido.

La más frecuente es la depresión cardiorrespiratoria que requiere que siempre se cuente con los medios y personal entrenado para efectuar una buena y oportuna reanimación.

Para la atención inmediata y una eventual reanimación se debe contar con un lugar adecuado adyacente o en la misma sala de partos. Este debe tener condiciones de temperatura, iluminación y equipamiento necesarios para realizar la evaluación del recién nacido y los procedimientos que se realizan en el nacimiento de todo recién nacido.

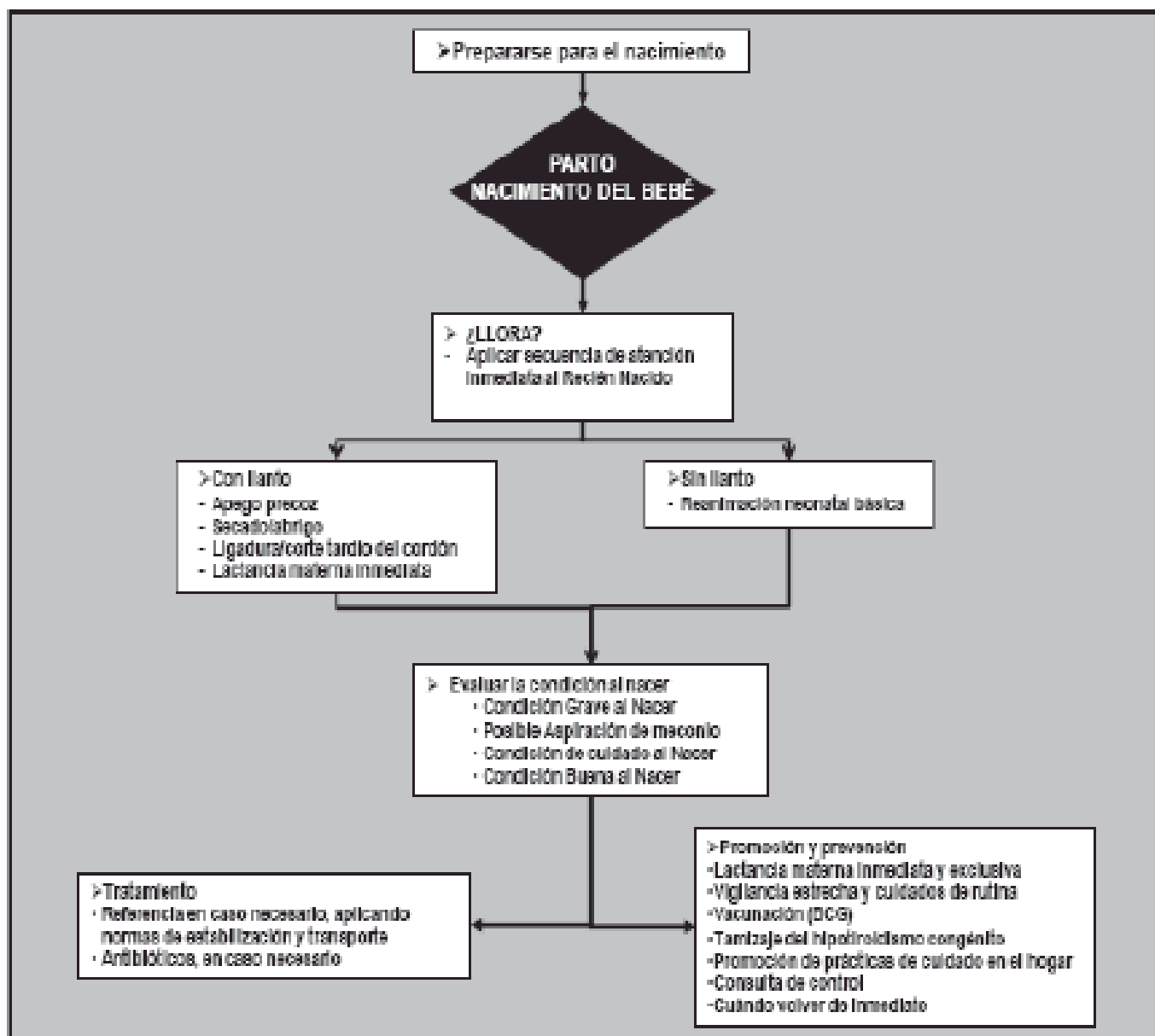
El personal de enfermería debe tener formación y entrenamiento requeridos para la primera evaluación y examen del recién nacido incluye los siguientes aspectos:

- **Evaluación de la respiración, frecuencia cardíaca y color.** Si estos están alterados se sigue la pauta de reanimación del RN.
- **Test de Apgar.** Al minuto y 5 minutos. Este test mantiene su plena vigencia como expresión de la buena adaptación vital del recién nacido a la etapa extrauterina.
- **Descartar malformaciones mayores.** Algunas son emergencias vitales que pueden presentarse inmediatamente o en el curso de las primeras horas y días de vida: atresia de coanas, hernia diafragmática, atresia esofágica, hipoplasia pulmonar, malformaciones renales, disrafias espinales, genitales ambiguos, e imperforación anal. La signología clínica y el examen físico orientado junto a ciertos procedimientos (p. ej. paso de sonda nasogástrica) permiten descartar las principales malformaciones que conllevan un riesgo vital mayor, si no son oportunamente detectadas.
- **Antropometría y primera evaluación de edad gestacional-** La edad gestacional, el peso y la

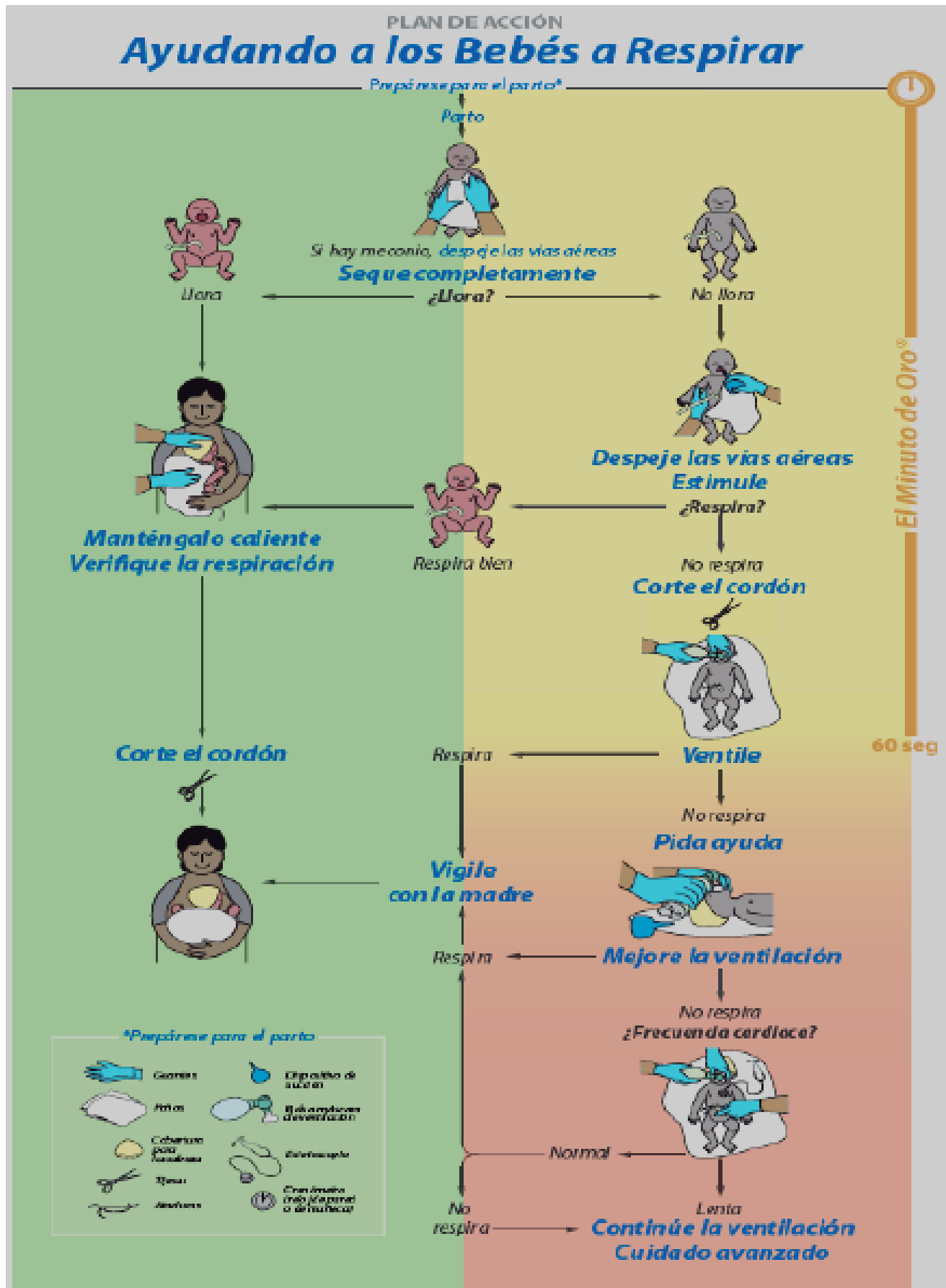
adecuación de este a la EG permitirán la clasificación del RN. Para los padres es muy importante que tengan una información rápida del sexo, peso, talla, ausencia de malformaciones y si este tiene un primer examen normal.

- Según el resultado de esta primera evaluación se indicará el destino del recién nacido:
- Transición habitual junto a su madre.
- Cuidado de transición con una orientación específica. Un ejemplo es el caso del RN PEG y del hijo de madre diabética. En ellos se deberá supervisar la glicemia y descartar una poliglobulia.
- Hospitalización a cuidado intensivo o intermedio, según la gravedad del caso a supervisión y procedimientos requeridos en este período.

ATENCIÓN INMEDIATA AL RECIÉN NACIDO: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



(Fuente; cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)



Fuente; Manual de capacitación de reanimación Básica de la OMS-OPS

Entre las actividades y preparación para la atención del recién nacido esta , como primer paso la de la preparación del área de parto; la misma debe ser limpia, templada a 24 grados centígrados con paredes cerradas para evitar cruce de aire además de ser bien iluminada, se debe tener un riguroso cuidado en lavarse las manos cuidadosamente y emplear guantes descartables, reparar el espacio para la reanimación y verificar el equipo.

El espacio (mesa) debe estar seco y debe ser plano, firme, seguro y accesible para que el bebé, en caso necesario, sea ventilado con presión positiva.

El equipo (bolsa, mascarillas neonatales, perilla de aspiración, estetoscopio) debe estar colocado en la mesa y listo para su uso, desinfectado, preparar los otros insumos necesarios para la atención al recién nacido, guantes; Tijeras; ligaduras o clamps para el cordón; dos toallas limpias y secas; reloj con segundero fácilmente visible; gorro para el bebé, la persona que va a atender al recién nacido debe estar capacitada en atención inmediata y reanimación neonatal.

Puntos críticos para la Reanimación neonatal Básica.

Los primeros 30 segundos deben estar dedicados a la estabilización del recién nacido; esto incluye: **Evitar la pérdida de calor o hipotermia** secándolo completamente, cambiando la toalla y colocándolo en contacto piel a piel con su madre.

En caso de que el líquido amniótico esté teñido con meconio, antes del secado se debe limpiar la vía aérea, empleando una perilla o gasa.

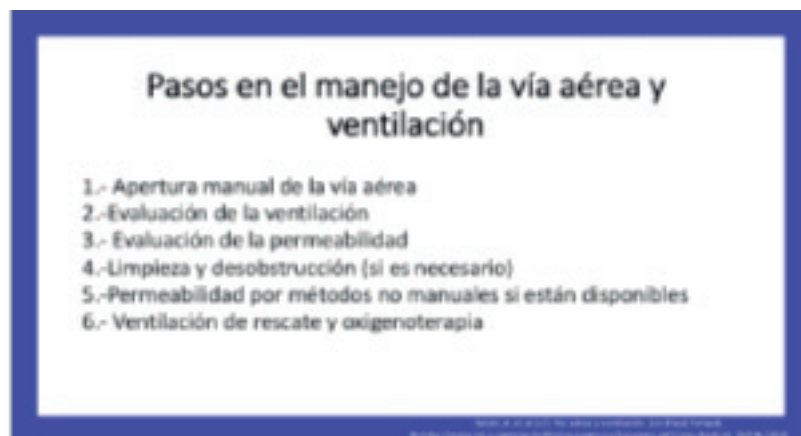
Si luego del secado, el bebé no llora, respira mal o no respira, colocarlo sobre el abdomen de la madre con el cuello ligeramente extendido, calentarlo, despejar vías aéreas con una perilla y estimularlo frotando su espalda una o dos veces. Ver cuadro 8.

Si el bebé, aun no llora, respira mal o no respira, se debe cortar el cordón umbilical e iniciar la ventilación a presión positiva, empleando la bolsa de ventilación neonatal, en el espacio (mesa) preparado para la reanimación. Para la ventilación NO se debe emplear oxígeno al 100%, la decisión sobre el inicio de la ventilación debe ser tomada antes del minuto del nacimiento.

La frecuencia de ventilación es de 40 ventilaciones por minuto, se debe cuidar que la mascarilla esté bien colocada (cubriendo boca y nariz, con cierre hermético); que la cabeza esté en posición neutra y que la ventilación sea efectiva (el tórax debe elevarse/expandirse con cada ventilación).

Si luego de un minuto de ventilación, el bebé no respira o respira mal verificar la frecuencia cardiaca; si ésta es menor a 100 latidos/minuto, se debe continuar la ventilación verificando que la técnica sea correcta.

Suspender la reanimación neonatal si después de 10 minutos de aplicación correcta de maniobras, el bebé no respira y la frecuencia cardiaca es 0.

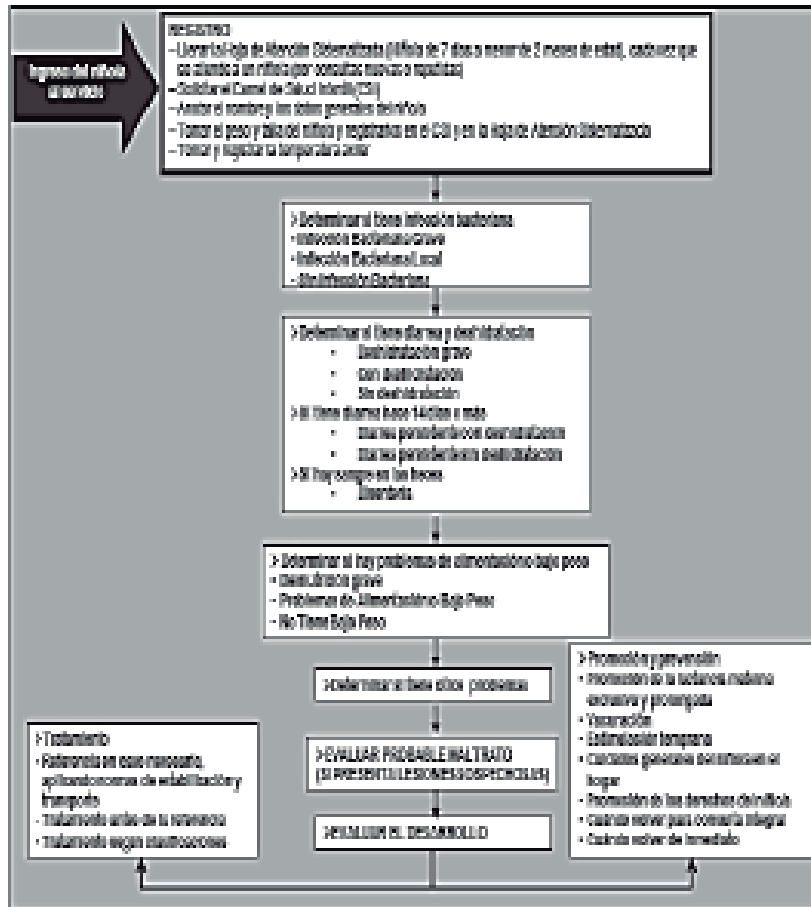


Signos clínicos	0	1	2
Aleteo nasal	Ausente	Mínimo	Marcado
Quejido respiratorio	Ausente	Audible con fonendoscopio	Audible sin fonendoscopio
Tiraje intercostal	Ausente	Apenas visible	Marcado
Retracción esternal	Ausente	Apenas visible	Marcado
Disociación toracoabdominal	Sincronizado	Retraso en la inspiración	Bamboleo

Valoración: ≤3 puntos: leve; 4-6 puntos: moderada; ≥6 puntos: grave.

Para la atención del neonato que abarca desde los 7 días hasta los dos meses de edad se debe tener en cuenta el siguiente flujograma:

ATENCIÓN AL NIÑO/A DE 7 DÍAS A MENOR DE 2 MESES DE EDAD: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



Una de las cosas más importantes que el personal en salud debe cuidar en un recién nacido es la ictericia neonatal y diferenciarla de la ictericia fisiológica para eso tenemos que tener muy en cuenta, que La ictericia en recién nacidos sucede cuando un bebé tiene un alto nivel de bilirrubina en la sangre.

La bilirrubina es una sustancia amarilla que el cuerpo produce cuando reemplaza los glóbulos rojos viejos. El hígado ayuda a descomponer la sustancia de manera que pueda eliminarse del cuerpo en las heces.

Un nivel alto de bilirrubina provoca que la piel y la esclerótica de los ojos del bebé luzcan amarillas.

Esto se llama ictericia.

La causas son: Cuando el bebé está creciendo en el vientre de la madre, la placenta elimina la bilirrubina del cuerpo del bebé. La placenta es el órgano que crece durante el embarazo para alimentar al bebé. Después del nacimiento, el hígado del bebé comienza a hacer este trabajo. Puede pasar algún tiempo para que el hígado del bebé sea capaz de hacer esto de manera eficiente.

La mayoría de los recién nacidos tienen algún color amarillento en la piel, o ictericia. Esto se llama ictericia fisiológica. Con frecuencia es más notoria cuando el bebé tiene de 2 a 4 días. La mayoría de las veces, no causa problemas y desaparece al cabo de 2 semanas. Se pueden presentar dos tipos de ictericia en los recién nacidos que están siendo amamantados.

Ambos tipos en la mayor parte de los casos son inofensivos.

- La ictericia por la lactancia se observa en bebés lactantes durante la primera semana de vida. Es más probable que ocurra cuando los bebés no se alimentan bien o la leche de la madre es lenta para salir.
- La ictericia de la leche materna puede aparecer en algunos lactantes saludables después del día 7 de vida. Es probable que alcance su punto máximo durante las semanas 2 y 3, pero puede durar a niveles bajos durante un mes o más. El problema puede deberse a la forma en la que las sustancias en la leche materna afectan la descomposición de la bilirrubina en el hígado. Este tipo de ictericia es diferente de la ictericia por la lactancia.

La ictericia grave del recién nacido puede ocurrir si el bebé tiene una afección que aumente la cantidad de glóbulos rojos que necesitan ser reemplazados en el cuerpo, como:

- Formas anormales de las células sanguíneas.
- Incompatibilidades del grupo sanguíneo entre el bebé y la madre.
- Sangrado por debajo del cuero cabelludo (cefalohematoma) causado por un parto difícil.
- Niveles más altos de glóbulos rojos, lo cual es más común en bebés pequeños para su edad gestacional y algunos gemelos.
- Infección.
- Falta (deficiencia) de ciertas proteínas importantes, llamadas enzimas.

Los factores que pueden dificultar la eliminación de la bilirrubina del cuerpo del bebé también pueden llevar a que se presente ictericia más grave, por ejemplo:

- Ciertos medicamentos.
- Infecciones congénitas como rubéola, sífilis y otras.
- Enfermedades que afectan el hígado o las vías biliares, como la fibrosis quística o la hepatitis.
- Bajo nivel de oxígeno (hipoxia).
- Infecciones (sepsis).
- Muchos trastornos hereditarios o genéticos diferentes.



Los bebés que han nacido demasiado temprano (prematuros) son más propensos a presentar ictericia que los bebés a término.

Síntomas: Expanda sección La ictericia causa una coloración amarillenta de la piel. El color algunas veces empieza en la cara y luego baja hasta el pecho, la zona ventral (abdomen), las piernas y las plantas de los pies. Algunas veces, los bebés con mucha ictericia pueden estar muy cansados y alimentarse mal.

Pruebas y exámenes

Los proveedores de atención médica vigilarán en busca de signos de ictericia en el hospital. Una vez que el recién nacido llega a su casa, suelen ser los familiares los que detectan la ictericia.

A cualquier bebé que parezca tener ictericia se le deben medir los niveles de bilirrubina inmediatamente.

Esto puede hacerse con un examen de sangre.

Muchos hospitales revisan los niveles de bilirrubina total en todos los bebés más o menos a las 24 horas de nacidos. Los hospitales usan sondas que pueden calcular el nivel de bilirrubina simplemente tocando la piel. Es necesario confirmar las lecturas altas con exámenes de sangre.

Los exámenes que probablemente se lleven a cabo son:

- Hemograma o conteo sanguíneo completo
- Prueba de Coomb
- Conteo de reticulocitos

Se pueden necesitar pruebas adicionales para los bebés que necesiten tratamiento o cuyo nivel de bilirrubina total esté elevándose más rápidamente de lo esperado.

Tratamiento

La mayoría de las veces, no se requiere tratamiento.

Cuando se necesita tratamiento, el tipo dependerá de:

- El nivel de bilirrubina del bebé.
- Qué tan rápido se ha estado elevando el nivel.
- Si el bebé nació prematuro (los bebés prematuros tienen mayor probabilidad de tratamiento en niveles de bilirrubina más bajos).
- Cuál es la edad del bebé.

Un bebé necesitará tratamiento si el nivel de bilirrubina es demasiado alto o se está elevando con mucha rapidez.

Un bebé con ictericia necesita que lo mantengan bien hidratado con leche materna o leche maternizada (fórmula).

- Alimente al bebé con frecuencia (hasta 12 veces al día) para estimular las deposiciones frecuentes. Esto ayuda a eliminar la bilirrubina a través de las heces.
- Consulte con el médico antes de darle al recién nacido leche maternizada adicional.

Algunos recién nacidos necesitan tratamiento antes de salir del hospital. Otros posiblemente necesiten regresar al hospital cuando tengan unos días de vida. El tratamiento en el hospital por lo regular dura de 1 a 2 días.

Algunas veces, se utilizan luces azules especiales en los bebés cuyos niveles de bilirrubina están muy altos. Estas luces funcionan ayudando a descomponer la bilirrubina en la piel. Esto se denomina fototerapia.

- El bebé se coloca bajo luz artificial en una incubadora para mantener la temperatura constante.
- El bebé llevará puesto sólo un pañal y pantallas especiales para los ojos con el fin de protegerlos.
- El amamantamiento debe continuar durante la fototerapia, de ser posible.
- En contadas ocasiones, el bebé puede necesitar una vía intravenosa para suministrarle líquidos.

Si el nivel de bilirrubina no está demasiado alto o no se está elevando rápidamente, usted puede realizar la fototerapia en casa con una manta de fibra óptica, la cual contiene luces brillantes diminutas.

También puede usar una cama que proyecta luz hacia arriba desde el colchón.

- Usted debe mantener la fototerapia sobre la piel de su hijo y alimentarlo cada 2 a 3 horas (10 a 12 veces al día).
- Una enfermera irá a su casa para enseñarle cómo usar la manta o la cama y para revisar a su hijo.
- La enfermera volverá diariamente para verificar el peso, las alimentaciones, la piel y el nivel de bilirrubina de su hijo.
- Le pedirán que cuente la cantidad de pañales mojados y sucios.

En los casos más graves de ictericia, es necesario realizar una exanguinotransfusión. En este procedimiento, se reemplaza la sangre del bebé por sangre fresca. Aplicarles a los bebés afectados gravemente por ictericia inmunoglobulina intravenosa también puede ser muy efectivo para reducir los niveles de bilirrubina.

Un nivel muy alto de bilirrubina puede causarle daño al cerebro. Esto se denomina kernicterus. La afección casi siempre se diagnostica antes de que el nivel llegue a ser tan alto como para causar este daño. El tratamiento generalmente es efectivo.

Entre las complicaciones serias, pero poco comunes, de los altos niveles de bilirrubina están:

- Parálisis cerebral
- Sordera
- Kernícterus, que es daño cerebral a causa de niveles muy altos de bilirrubina

Para evaluar esto se debe tener en cuenta: el siguiente cuadro de valores (ver cuadro 9)



7. ATENCION DEL NIÑO DE 2 MESES A MENOR DE 5 AÑOS

Es importante que la sistematización de la atención, promovida por la estrategia, se realice en todos los niños y niñas que asisten a los servicios de salud, independientemente del motivo de consulta evidente, sea éste enfermedad, vacunas, “control del niño sano”, entre otros.

La estrategia del continuo de la vida, plantea disminuir la mortalidad del niño menor de 5 años; así como la frecuencia y severidad de las enfermedades prevalentes en la infancia. Con esta capacitación, además se pretende contribuir a mejorar el crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años y mejorar la calidad de atención en los establecimientos del primer nivel de salud para la niñez.

2 a 24 meses de edad		2 años a menores de 5 años	
<ul style="list-style-type: none"> • 2 a 4 meses - Mira el rostro - Sigue a un objeto - Reacciona a un sonido - Eleva la cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 a 15 meses - Imita gestos (ej. aplaude) - Pinza superior - Produce jerga - Camina con apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 años a 2 años y 6 meses - Se quita la ropa - Construye una torre de tres cubos - Señala dos figuras - Patea una pelota 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 años a 4 años y 6 meses - Iguala colores - Copia un círculo - Habla de manera comprensible - Salta en un solo pie
<ul style="list-style-type: none"> • 4 a 6 meses - Responde al examinador - Agarra objetos - Emite sonidos (carcajadas) - Sostiene la cabeza 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 a 18 meses - Ejecuta gestos a pedido - Coloca cubos en un recipiente - Dice una palabra - Camina sin apoyo 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 años y 6 meses a 3 años - Se viste con supervisión - Construye torre de 6 cubos - Forma frases de dos palabras - Salta con ambos pies 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 años y 6 meses a 5 años - Se viste sin ayuda - Copia una cruz - Comprende 4 órdenes - Se para en cada pie por 3 segundos
<ul style="list-style-type: none"> • 6 a 9 meses - Intenta alcanzar un juguete - Lleva objetos a la boca - Localiza un sonido - Cambia de posición activamente (gira sobre su cuerpo) 	<ul style="list-style-type: none"> • 18 a 24 meses - Identifica dos objetos - Garabatea espontáneamente - Dice tres palabras - Camina para atrás 	<ul style="list-style-type: none"> • 3 años a 3 años y 6 meses - Dice el nombre de un amigo - Imita una línea vertical - Reconoce dos acciones - Tira la pelota 	
<ul style="list-style-type: none"> • 9 a 12 meses - Juega a taparse y descubrirse - Transfiere objetos entre una mano a la otra - Repite sílabas - Se sienta sin apoyo 		<ul style="list-style-type: none"> • 3 años y 6 meses a 4 años - Se pone una camiseta - Mueve el pulgar con mano cerrada - Comprende dos adjetivos - Se para en cada pie por 1 segundo 	

Para la atención del niño menor de 5 años lo primero que se debe valorar es el desarrollo psicomotriz del niño. Ver cuadro 10.

Las vacunas contribuyen a mejorar el nivel de salud de la población mediante la prevención y control de las enfermedades prevenibles por vacunas; entre ellas la Difteria, Tos Ferina, Tétanos, Hepatitis B, Influenza, Poliomiélitis, Sarampión, Rubeola, Parotiditis, formas graves de la Tuberculosis, Meningitis, Fiebre Amarilla, Neumonías, diarreas por Rotavirus, infección por VPH. Por ello es importante la vacunación de forma oportuna, según el Esquema Nacional establecido.

La inmunización constituye la intervención más segura de salud pública que ha demostrado ser la de mayor costo-beneficio y costo-efectividad en los últimos dos siglos, y se detallan a continuación:

Vacuna	Enfermedad que previene	N° Dosis	Edad de administración
Hepatitis B	Hepatitis B	1	RN (< 24 horas de vida)
BCG	Meningitis tuberculosa.	1	Recién Nacido
Rotavirus	Diarrea severa por Rotavirus	2	2 y 4 Meses
OPV	Poliomielitis	5	2; 4; 6 meses; Refuerzos: 18 meses y 4 años
Pentavalente	Difteria, Tos Ferina y Tétanos (DPT)	3	2; 4; 6 meses
	Hepatitis B (HB)		
	Neumonía por Haemophilus influenzae tipo b (Hib)		
Neumococo	Neumonías, Meningitis, Otitis	3	2 y 4 meses Refuerzo 12 meses
SPR	Sarampión, Paperas y rubéola	1	12 meses de edad
DPT	Difteria, Tos Ferina y Tétanos.	2	1 año 6 meses (18 m)
			4 años

(Fuente; PAI Nacional Bolivia)

Para evaluación del niño lo primero que se debe evaluar en el servicio de Salud son los signos de peligro en general y los signos de peligro específicos por patología. Entre los signos de peligro general encontramos: **Patología**. Entre los signos de peligro general encontramos:

VERIFICAR SI PRESENTA SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL

Preguntar, el niño/a:

- ¿Puede lactar o alimentarse?
- ¿Vomita todo lo que ingiere?
- ¿Ha tenido o tiene convulsiones o ataques durante esta enfermedad?

Observar o verificar:

- El niño/a ¿está letárgico o inconsciente? (como desmayado)

(Fuente; cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)

Pero no menos importante esta la evaluación del estado nutricional del niño ya el desorden o alteración de alguno de ellos puede provocar patologías muy graves en estos como ser: la desnutrición aguda y la desnutrición crónica. Y también la obesidad.

Entre los signos de peligro específicos debemos tomar en cuenta las:

7.1. LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Las enfermedades respiratorias son comunes en niños menores de 5 años. La mayoría de los niños desarrollarán de 3 a 8 resfríos o enfermedades respiratorias al año. Este número puede ser incluso mayor en los niños que asisten a guarderías o están expuestos a humo de cigarro.

La mayoría de los casos son leves, pero alrededor de un tercio de las hospitalizaciones en este grupo de edad se deben a problemas respiratorios, como el asma y la neumonía. A continuación les explicaremos como reconocer si los síntomas respiratorios son causados por enfermedad o infección, o por condiciones no respiratorias, y cuando su hijo necesita atención médica.

Podemos dividir las enfermedades respiratorias en infecciones respiratorias altas (cuando afectan el sistema respiratorio superior que incluye: la nariz, la boca, los senos paranasales y la garganta) y bajas (cuando afectan los bronquios y pulmones). Si su hijo tiene una Infección Respiratoria Aguda (IRA) alta, él o ella puede sentirse incómodo y sonar congestionado, con secreción nasal y falta de apetito.

7.1.1. INFECCIONES RESPIRATORIAS ALTAS

Resfrío común

Lo que se conoce como “un resfrío” puede ser causado por 200 virus diferentes. Estos virus se transmiten fácilmente de persona a persona, tanto por el aire y por contacto con superficies cargadas de gérmenes y luego tocarse la nariz, la boca o los ojos. Es por eso que el lavado de manos es tan importante.

La mayoría de la gente está familiarizada con los principales síntomas de los resfriados: congestión nasal, goteo nasal, estornudos, dolor de garganta, tos leve a moderada, posible fiebre de bajo grado el primer o segundo día.

Influenza (gripe)

Al igual que un resfrío, la gripe afecta a las vías respiratorias superiores. A diferencia de un resfrío, suele ser una enfermedad más grave y con mayores complicaciones.

Dentro de sus síntomas encontramos: fiebre con escalofríos, dolores en el cuerpo, dolor de cabeza, tos, dolor de garganta, congestión nasal y rinorrea, agotamiento extremo y debilidad, posible dolor de estómago o vómitos en niños.

Sinusitis

Las infecciones virales y las alergias afectan a los senos de la misma manera en que afectan las fosas nasales, causando inflamación y producción de mucosidad.

Esto hace que sea difícil que los senos nasales drenen adecuadamente y como el moco se acumula, los senos se convierten en un refugio seguro para el desarrollo de gérmenes. La infección resultante puede causar presión en los senos y dolor.

La sintomatología incluye: congestión nasal y descarga posterior, tos de día y de noche, dolor facial o de cabeza, fatiga e irritabilidad, fiebre baja. Síntomas más graves: Fiebre mayor a 38,8 °C, mucosidad nasal amarillenta o verdosa, agotamiento extremo y debilidad, posible dolor de estómago o vómitos en niños.

7.1.2. INFECCIONES RESPIRATORIAS BAJAS

Bronquitis aguda

La bronquitis es causada por una infección que afecta las vías respiratorias, llamados bronquios, que llevan a los pulmones. Estas vías respiratorias se inflaman, se hinchan y se llenan de mucosidad, lo que dificulta la respiración. La bronquitis suele ser provocada por el VRS (virus respiratorio sincitial), también puede ser causada por resfríos, influenza (gripe) y el metapneumovirus humano (hMPV, que también puede causar neumonía).

Signos y síntomas: tos, fiebre, respiración rápida y poco profunda (disnea), retracciones: dibujo en los músculos y la piel alrededor del cuello y el tórax con cada respiración, ensanchamiento de las fosas nasales (aleteo nasal), cianosis (piel se torna de un tono morado-azuloso).

Neumonía

La neumonía es una infección bacteriana o viral de los pulmones que causa que las zonas donde se produce el intercambio gaseoso (alvéolos) en los pulmones, se inflamen.

Los pulmones pueden producir exceso de líquido, que puede acumularse en las vías respiratorias. Los médicos a menudo utilizan los rayos X para diagnosticar la neumonía.

Síntomas: Fiebre, tos, respiración rápida, disminución de la actividad y la mala alimentación, gruñido cuando su hijo exhala, retracciones: dibujo en los músculos y la piel alrededor del cuello y el tórax con cada respiración, dolor torácico.

Asma

Es la enfermedad crónica más frecuente de la niñez, la que más afecta la calidad de vida de quienes la padecen y la que más provoca ausentismo escolar.

Los niños con asma tienen vías respiratorias sensibles e irritadas en sus pulmones. Cuando se expone a ciertos desencadenantes como virus, alérgenos, humo de cigarro, irritantes químicos, aire frío o la contaminación, las vías respiratorias se inflaman más, produciendo un aumento de moco, inflamación de la mucosa y la contracción muscular. Esto da lugar a la obstrucción de las vías respiratorias, opresión en el pecho, tos, falta de aire y sibilancias (silbido en el pecho).

La forma en que el asma afecta a un niño varía de persona a persona, y los síntomas pueden mejorar o empeorar en ciertos momentos. En algunos niños, los síntomas del asma mejoran a medida que el niño crece.

Aunque el asma no se puede curar, los síntomas pueden ser manejados siguiendo un plan de tratamiento a desarrollar con el médico de su hijo.

Síntomas:

tos, especialmente por la noche, sibilancias, dificultad para respirar, dificultad para respirar y tos al hacer ejercicio o jugar, frecuencia cardíaca rápida.

En todas estas enfermedades el síntoma más importante es la Tos y/o Dificultad respiratoria Para la cual el continuo de la vida evalúa es el siguiente cuadro que debe conocer el personal que atiende en el primer nivel. ver cuadro 11.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>CUALQUIER SIGNO DE PELIGRO EN GENERAL y/o uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite subcostal • Estridor en reposo 	<p>NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol, esperar 20 minutos y volver a clasificar la tos y dificultad para respirar (Pág. 140) • Dar la primera dosis de PENCILINA PROCAÍNICA (Pág. 143) • Retener URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 140) • Administrar oxígeno (Pág. 137)
<ul style="list-style-type: none"> • Respiración rápida 	<p>NEUMONÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol, esperar 20 minutos y volver a clasificar la tos y dificultad para respirar (Pág. 140) • Dar AMOXICILINA durante 3 días (Pág. 138) • Indicar a la madre que regrese en 2 días • Si tiene sibilancias administrar salbutamol en aerosol cada 4 horas, durante 5 días y referirlo al hospital para evaluación y probable manejo a largo plazo • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 148) • Dar recomendaciones para la alimentación del niño con este síndrome (Pág. 133)
<ul style="list-style-type: none"> • Menor signo de neumonía o enfermedad muy grave ni neumonía 	<p>SIN NEUMONÍA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si el niño o niña tiene tos por 15 días o más referirlo al hospital para un examen • Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág. 133) • Indicar a la madre que vuelva en 5 días si el niño o niña no mejora • Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 148) • Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol durante 5 días y referirlo al hospital para una evaluación y probable manejo a largo plazo • Realizar control regular para la atención integral, según cronograma (Pág. 148)

Otra de las patologías específicas que se debe tener en cuenta es:

7.2. LAS ENFERMEDADES DIARREICAS

Las enfermedades diarreicas son la segunda mayor causa de muerte de niños menores de cinco años, y ocasionan la muerte de 760 000 millones de niños cada año. La diarrea puede durar varios días y puede privar al organismo del agua y las sales necesarias para la supervivencia.

La mayoría de las personas que fallecen por enfermedades diarreicas en realidad mueren por una grave deshidratación y pérdida de líquidos. Los niños malnutridos o inmunodeprimidos son los que presentan mayor riesgo de enfermedades diarreicas potencialmente mortales.

Se define como diarrea la deposición, tres o más veces al día (o con una frecuencia mayor que la normal para la persona) de heces sueltas o líquidas. La deposición frecuente de heces formes (de consistencia sólida) no es diarrea, ni tampoco la deposición de heces de consistencia suelta y “pastosa” por bebés amamantados.

La diarrea suele ser un síntoma de una infección del tracto digestivo, que puede estar ocasionada por diversos organismos bacterianos, víricos y parásitos. La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente.

Las intervenciones destinadas a prevenir las enfermedades diarreicas, en particular el acceso al agua potable, el acceso a buenos sistemas de saneamiento y el lavado de las manos con jabón permiten reducir el riesgo de enfermedad. Las enfermedades diarreicas pueden tratarse con una solución de agua potable, azúcar y sal, y con comprimidos de zinc.

Hay tres tipos clínicos de enfermedades diarreicas:

- la diarrea acuosa aguda, que dura varias horas o días, y comprende el cólera;
- la diarrea con sangre aguda, también llamada diarrea disintérica o disentería; y
- la diarrea persistente, que dura 14 días o más.

7.2.1 DESHIDRATACIÓN

La amenaza más grave de las enfermedades diarreicas es la deshidratación. Durante un episodio de diarrea, se pierde agua y electrolitos (sodio, cloruro, potasio y bicarbonato) en las heces líquidas, los vómitos, el sudor, la orina y la respiración. Cuando estas pérdidas no se restituyen, se produce deshidratación.

El grado de deshidratación se mide en una escala de tres:

- Deshidratación incipiente: sin signos ni síntomas.
- Deshidratación moderada:
 - sed;
 - comportamiento inquieto o irritable;
 - reducción de la elasticidad de la piel;
 - ojos hundidos.
- Deshidratación grave:
 - los síntomas se agravan;
 - choque, con pérdida parcial del conocimiento, falta de diuresis, extremidades frías y húmedas, pulso rápido y débil, tensión arterial baja o no detectable, y palidez.

La deshidratación grave puede ocasionar la muerte si no se restituyen al organismo el agua y los electrolitos perdidos, ya sea mediante una solución de sales de rehidratación oral (SRO), o mediante infusión intravenosa.

Las causas más frecuentes están las infecciones y la mal nutrición;

Infección: La diarrea es un síntoma de infecciones ocasionadas por muy diversos organismos bacterianos, víricos

y parásitos, la mayoría de los cuales se transmiten por agua con contaminación fecal.

La infección es más común cuando hay escasez de agua limpia para beber, cocinar y lavar.

Las dos causas más comunes de enfermedades diarreicas en países en desarrollo son los rotavirus y *Escherichia coli*.

Malnutrición: Los niños que mueren por diarrea suelen padecer malnutrición subyacente, lo que les hace más vulnerables a las enfermedades diarreicas. A su vez, cada episodio de diarrea empeora su estado nutricional. La diarrea es la segunda mayor causa de malnutrición en niños menores de cinco años.

Fuente de agua: El agua contaminada con heces humanas procedentes, por ejemplo, de aguas residuales, fosas sépticas o letrinas, es particularmente peligrosa. Las heces de animales también contienen microorganismos capaces de ocasionar enfermedades diarreicas.

Otras causas: Las enfermedades diarreicas pueden también transmitirse de persona a persona, en particular en condiciones de higiene personal deficiente. Los alimentos elaborados o almacenados en condiciones antihigiénicas son otra causa principal de diarrea.

Los alimentos pueden contaminarse por el agua de riego, y también pueden ocasionar enfermedades diarreicas el pescado y marisco de aguas contaminadas.

Prevención y tratamiento

Entre las medidas clave para prevenir las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes:

- el acceso a fuentes inocuas de agua de consumo;
- uso de servicios de saneamiento mejorados;
- lavado de manos con jabón;
- lactancia exclusivamente materna durante los primeros seis meses de vida;
- una higiene personal y alimentaria correctas;
- la educación sobre salud y sobre los modos de transmisión de las infecciones;
- la vacunación contra rotavirus.

Entre las medidas clave para tratar las enfermedades diarreicas cabe citar las siguientes:




- Rehidratación: con solución salina de rehidratación oral (SRO). Las SRO son una mezcla de agua limpia, sal y azúcar. Cada tratamiento cuesta unos pocos céntimos. Las SRO se absorben en el intestino delgado y reponen el agua y los electrolitos perdidos en las heces.
- Complementos de zinc: los complementos de zinc reducen un 25% la duración de los episodios de diarrea y se asocian con una reducción del 30% del volumen de las heces.
- Rehidratación con fluidos intravenosos en caso de deshidratación severa o estado de choque.
- Alimentos ricos en nutrientes: el círculo vicioso de la malnutrición y las enfermedades diarreicas puede romperse continuando la administración de alimentos nutritivos —incluida la leche materna— durante los episodios de diarrea, y proporcionando una alimentación nutritiva —incluida la alimentación exclusiva con leche materna durante los seis primeros meses de vida— a los niños cuando están sanos.
- Consulta a un agente de salud, en particular para el tratamiento de la diarrea persistente o cuando hay sangre en las heces o signos de deshidratación. Ver cuadro 13.

Una vez conocidas las causas de diarrea el continuo de la vida evalúa al síntoma principal que es la diarrea mediante un esquema de evaluación que debe conocer el personal de primer nivel de atención. Ver cuadro 12.

Cuadro 12

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letárgico o inconsciente • Ojos hundidos • No puede beber o bebe mal • Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve muy lentamente al estado anterior 	DESHIDRATACIÓN GRAVE	<p>Si el niño niña no tiene otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar Plan C en el establecimiento de salud (Pág. 142) <p>Si el niño o niña tiene otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte, dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto (Pág. 130) ➤ Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho
<p>Dos o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquieto/irritable • Ojos hundidos • Bebe avidamente, con sed • Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve lentamente al estado anterior 	CON DESHIDRATACIÓN	<p>Si el niño o niña no tiene otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar Plan B en el establecimiento de salud (Pág. 141) ➤ Dar zinc, por 14 días <p>Si el niño o niña tiene otra clasificación grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Referir URGENTEMENTE al hospital, dando sorbos frecuentes de SRO en el trayecto (Pág. 130) ➤ Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho.
<ul style="list-style-type: none"> • NO hay suficientes signos para clasificar como Deshidratación grave o Con deshidratación 	SIN DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Administrar Plan A (Pág. 141) ➤ Dar zinc, por 14 días (Pág. 131) ➤ Indicar a la madre cuándo volver de inmediato (Pág. 143) ➤ Indicar a la madre que vuelva en 5 días si el niño o niña no mejora ➤ Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág. 133)
<ul style="list-style-type: none"> • Con signos de deshidratación 	DIARREA PERISTENTE CON DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tratar la deshidratación según Plan B o C, antes de referir al niño o niña, salvo que tenga otra clasificación grave ➤ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 130) ➤ Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho. ➤ Si no es posible referir al niño, luego de tratar la deshidratación siga recomendaciones de DIARREA PERISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN (Pág. 133)
<ul style="list-style-type: none"> • Sin signos de deshidratación 	DIARREA PERISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar vitamina A (Pág. 130) ➤ Dar zinc, por 14 días (Pág. 131) ➤ Explicar a la madre cómo debe alimentar al niño o niña con diarrea persistente sin deshidratación (Pág. 133) ➤ Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho. ➤ Hacer seguimiento 5 días después ➤ Indicar a la madre cuándo volver de inmediato (Pág. 143)
<ul style="list-style-type: none"> • Sangre en las heces 	DISENTERÍA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dar CIPROFLOXACINA durante 3 días o cotrimoxazol durante 5 días (Pág. 135) ➤ Dar zinc, por 14 días (Pág. 131) ➤ Dar recomendaciones para la alimentación del niño o niña enfermo (Pág. 133) ➤ Hacer seguimiento 2 días después ➤ Indicar a la madre cuándo volver de inmediato (Pág. 143)

Otras de los síntomas que se debe evaluar es la fiebre para el cual se debe evaluar y conocer el siguiente cuadro: **evaluar y conocer el siguiente cuadro:**

		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR			
PREGUNTAR POR EL SÍNTOMA PRINCIPAL: FIEBRE							
El niño/a ¿tiene fiebre? ¿Cómo siente fiebre por: • Integridad de • Si está colorado/rojo/a • Tiene temperatura más de 38°C axilar. ¿Se recupera pronto?					Causa/signo de peligro en general y/o • Rigidez de nuca	EMERGENCIA FIEBRIL CON GRAVE MALARIAS GRAVE	• Tomar medidas de soporte para glucosa y proteínas • Usar fármacos IM • Dar ZINC 10 mg elemental por día (Pg. 18) • Dar la prima de ácido fólico (Pg. 14) • Dar paracetamol para fiebre (Pg. 12) • Referir URGENTEMENTE al hospital según la recomendación para el triaje (Pg. 13)
¿Se recupera pronto? • Cobertura de vacunación actual más allá de 14 días (o más)					• Fiebre	MALARIA	• Tomar medidas de soporte para glucosa y proteínas • Usar fármacos IM • Dar zinc 10 mg elemental por día (Pg. 18, 19) • Dar paracetamol para fiebre (Pg. 12) • Indicar al madre/cuidador cómo administrar el medicamento (Pg. 16) • Hacer seguimiento 2 días después de posible ataque • Si no se recupera dentro de 7 días, referir al hospital para evaluación • Recomendaciones para la administración de medicamentos (Pg. 13)
Preguntar • ¿Se acorta tiempo? • Si no se recupera más de 1 día ¿tales síntomas: boca seca? Verificar • Si tiene rigidez de nuca		• Tiene dolor de cabeza	EMERGENCIA FIEBRIL	• Dar paracetamol para fiebre (Pg. 12) • Indicar al madre/cuidador cómo administrar el medicamento (Pg. 16) • Hacer seguimiento 2 días después de posible ataque • Si no se recupera dentro de 7 días, referir al hospital para evaluación • Recomendaciones para la administración de medicamentos (Pg. 13)			
¿Se recupera pronto? • ¿Tiene la boca seca o dolor en los labios/dientes? ¿Cómo se recupera pronto? • ¿La vacunación es oportuna y/o reciente? (sin ampollas) • Tiene uno de los siguientes signos: tos, sibilos, ojos enrojecidos.							
Causa/signo de peligro en general y/o • Rigidez de nuca					EMERGENCIA FIEBRIL CON GRAVE	• Dar la prima de ácido fólico (Pg. 14) • Dar paracetamol para fiebre (Pg. 12) • Referir URGENTEMENTE al hospital según la recomendación para el triaje (Pg. 13)	
• Fiebre					EMERGENCIA FIEBRIL	• Dar paracetamol para fiebre (Pg. 12) • Indicar al madre/cuidador cómo administrar el medicamento (Pg. 16) • Hacer seguimiento 2 días después de posible ataque • Si no se recupera dentro de 7 días, referir al hospital para evaluación • Recomendaciones para la administración de medicamentos (Pg. 13)	
Causa/signo de peligro en general y/o • Tos, sibilos, ojos enrojecidos							
• Síntoma de alarma					EMERGENCIA DE SARAMPIÓN	• Dar zinc (Pg. 18) • Dar paracetamol para fiebre (Pg. 12) • Comenzar el tratamiento de síntomas correspondiente • Recomendaciones para la administración de medicamentos (Pg. 13)	

(Fuente; cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)

Cuadro 13

	Plan A	Plan B	Plan C
1º Observe			
Condición general	Bien alerta	Intranquilo, irritable	Letárgico, comatoso, hipotónico, inconsciente
Ojos	Normales	Hundidos	Muy hundidos
Sed	Bebe normalmente sin sed	Sediento, bebe con avidez	Bebe mal o no puede beber
2º Examine			
Signo de turgencia cutánea	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lentamente (más de 2")
3º Decida			
	No tiene signos de deshidratación	Si presenta dos o más signos tiene deshidratación	Si presenta dos o más signos tiene deshidratación grave
4º Trate			
	Use Plan A	Use Plan B	Use Plan C pese al niño

PLAN C: REHIDRATACIÓN PARENTERAL RÁPIDA

Cuadro 3: Pautas para el tratamiento intravenoso en niños y adultos con deshidratación grave

Administrar los líquidos intravenosos inmediatamente. Si el paciente puede beber, darle los SRO por vía oral hasta que se instale el gulo a gulo. Administrar 100 ml/kg* de la solución de lactato de Ringier repartidos de la siguiente manera:

Edad	Primera administración 20 ml/kg en:	Luego administrar 70 ml/kg en:
Lactantes (menor de 12 meses)	1 hora*	8 horas
Parturientos de más de 12 meses	30 minutos*	2 1/2 horas

- * Reevaluar al paciente cada una o dos horas. Si la hidratación no mejora, administrar la velocidad más rápida.
- * Después de seis horas (en los lactantes) o tres horas (en los parturientos mayores), evaluar el estado del paciente respecto al cuadro de evaluación. Luego elegir el plan de tratamiento apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.
- * Si no se dispone de la solución de lactato de Ringier, puede usarse la solución salina normal (hasta el caso B).
- * Repartir en vez de si el padre/cuidador no trabaja muy difícil o impracticable.

Organización Panamericana de la Salud. "Tratamiento de la diarrea. Manual clínico para los trabajadores de salud". Washington, D.C.: OPS, 2002.

El, plan c se lo debe realizar ya en un centro de mayor complejidad pero iniciando la primera parte del tratamiento.

8. ATENCION DE ESCOLAR DE 5 A 12 AÑOS

Al igual que los niños se evalúan signos de peligro que repercuten en su salud y ponen en riesgo su vida y se debe tomar en cuenta los siguientes datos:

VERIFICAR SI PRESENTA SIGNOS DE PELIGRO EN GENERAL	
Preguntar al escolar: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Vomita todo lo que ingiere o tiene vómitos intensos? • ¿Ha tenido o tiene convulsiones o ataques durante esta enfermedad? 	Observar o verificar: <ul style="list-style-type: none"> • ¿Tiene compromiso del estado de conciencia? (confundido, letárgico o inconsciente) • ¿Tiene compromiso del estado general? (decaimiento muy acentuado)

Si un niño de este grupo no presenta ningún signo de peligro se debe realizar la valoración nutricional del mismo si bien cada niño crece a un ritmo diferente, a continuación se enumeran los valores promedio para los niños de entre 6 y 12 años de edad:

- Peso: aumento promedio de entre 2 y 3 kilogramos (5 a 7 libras) al año
- Altura: crecimiento promedio de alrededor de 6,35 centímetros (2,5 pulgadas) por año.

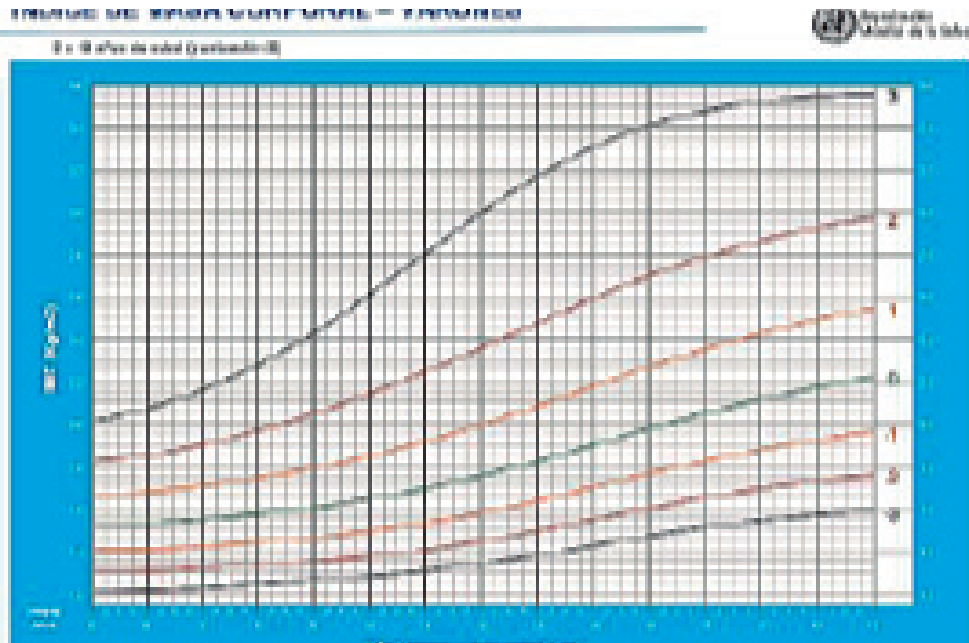
Y para realizar esta evaluación se debe aplicar y utilizar la siguiente fórmula;

Peso (Kg)

Talla (m²)

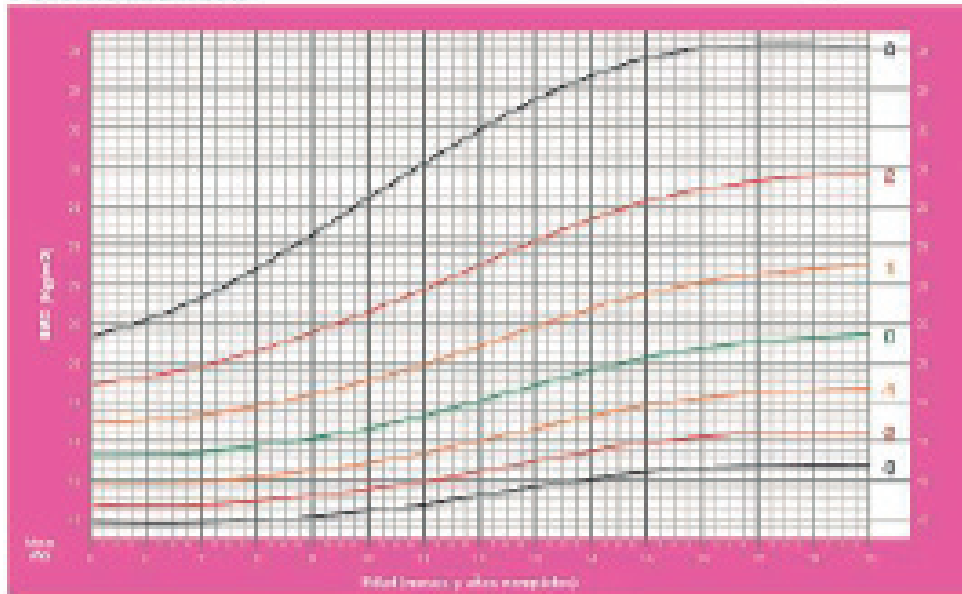
Y para realizar esta evaluación se debe aplicar y utilizar la siguiente fórmula; Peso (Kg)

El valor que vaya a obtener se constata en una curva de crecimiento de la OPS/OMS, para la edad escolar y adolescente (tabla de crecimiento del niño adolescente), tanto para varones como mujeres.



ÍNDICE DE MASA CORPORAL – MUJERES

5 a 19 años de edad (suma edad-2)



Una vez clasificado con estas tablas se debe tener en cuenta un esquema de evaluación que permitirá tipificar en qué estado nutricional se encuentra.

Cuadro 15

EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL EN TODOS LOS/LAS ESCOLARES		EVALUAR	CLASIFICAR
OBSERVAR, DETERMINAR • Enflaquecimiento extremo • Peso en Kg • Talla en cm • Palidez: palmar (intensa, con palidez; sin palidez) • Determinar el IMC mediante la siguiente fórmula: $IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$ • VERIFICAR EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL OBTENIDO EN LA CURVA SEGÚN EDAD Y SEXO	CLASIFICAR	• IMC: El punto cae por ENCIMA DE LA CURVA 2, según la edad y sexo	OBESIDAD
		• IMC: El punto cae por ENCIMA DE LA CURVA 1 HASTA LA CURVA 2 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA 2), según la edad y sexo	SOBREPESO
		Una o más de las siguientes: • Enflaquecimiento extremo • Palidez: palmar (intensa) • IMC: el punto cae por DEBAJO DE LA CURVA -3, según la edad y sexo	DESNUTRICIÓN GRAVE Y/O ANEMIA GRAVE
		Una o más de las siguientes: • IMC: El punto cae POR DEBAJO DE LA CURVA -2 HASTA LA CURVA -3 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA -3), según la edad y sexo • Palidez palmar	DESNUTRICIÓN Y/O ANEMIA
		• IMC: El punto cae entre las CURVAS 1 y -3 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA -3) según la edad y sexo • No tiene palidez palmar	NO TIENE DESNUTRICIÓN NI OBESIDAD/SOBREPESO

Al igual que en los niños menores se debe evaluar también patologías específicas como ser enfermedades respiratorias, enfermedad diarreica y fiebre para el cual se debe tener en cuenta los siguientes cuadros:

Cuadro 16

EVALUAR PRESENCIA DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

PREGUNTAR POR EL SÍNTOMA PRINCIPAL: TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR O DOLOR DE GARGANTA		EVALUAR PRESENCIA DE ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO		
El Escolar ¿tiene tos o dificultad para respirar o dolor de garganta? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<p>Pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿face cualquier tipo de dificultad para respirar? ¿tiene dificultad o dolor de garganta? ¿la última vez que el Escolar tiene dificultad para respirar? 	<p>liberarse, toser o el escolar debe estar tranquilo)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tosse a la vez que se está hablando Centros respiratorios en un minuto Palidez o cianosis intercostal, de la nariz, uñas de manos o pies Presencia de ruidos en la tosa y tórax Escalofríos o fiebre Liberasa la lengua y palpa el cuello: Palpa en la zona de la garganta, puede sentir un bulto o un nudo en la zona de la garganta y en la zona de la tórax Escucha en la zona de la tórax Escucha en la zona de la tórax y de la tórax 	<p>Una o más de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inflamación intercostal Libera la lengua Tos de ruidos asociados (intercostales o de la tórax) Cianosis (labios y uñas) Silencios 	<p>NEUMONÍA GRAVE O DIFIA GRAVE</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si tiene dificultad, administrar salbutamol en aerosol, 1 dosis, esperar 20 min. y volver a clasificar (Fig. 168) Si los síntomas y la dificultad respiratoria persisten, repetir la administración de salbutamol cada 20 minutos durante una hora mientras se evalúa al escolar Si tiene dificultad respiratoria sin síntomas de la primera dosis de penicilina procaina M (Fig. 169) Refirir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Fig. 170)
<p>Pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿face cualquier tipo de dificultad para respirar? ¿tiene dificultad o dolor de garganta? ¿la última vez que el Escolar tiene dificultad para respirar? 	<p>liberarse, toser o el escolar debe estar tranquilo)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tosse a la vez que se está hablando Centros respiratorios en un minuto Palidez o cianosis intercostal, de la nariz, uñas de manos o pies Presencia de ruidos en la tosa y tórax Escalofríos o fiebre Liberasa la lengua y palpa el cuello: Palpa en la zona de la garganta, puede sentir un bulto o un nudo en la zona de la garganta y en la zona de la tórax Escucha en la zona de la tórax Escucha en la zona de la tórax y de la tórax 	<p>Una de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Inflamación intercostal Silencios 	<p>NEUMONÍA ASIMÉTRICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si tiene dificultad, administrar salbutamol en aerosol 2 dosis, esperar 20 min. y volver a clasificar (Fig. 168) Realizar el diagnóstico para probable manejo a largo plazo de AOMI Si no tiene síntomas: Dar AMOXICILINA VY cada 12 horas por 10 días (Fig. 169) Palpa en la noche cuánto debe volver de inmediato (Fig. 169) De recomendaciones para la alimentación del niño enfermo (Fig. 170) Consulta de seguimiento en 7 días
<p>Pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿face cualquier tipo de dificultad para respirar? ¿tiene dificultad o dolor de garganta? ¿la última vez que el Escolar tiene dificultad para respirar? 	<p>liberarse, toser o el escolar debe estar tranquilo)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tosse a la vez que se está hablando Centros respiratorios en un minuto Palidez o cianosis intercostal, de la nariz, uñas de manos o pies Presencia de ruidos en la tosa y tórax Escalofríos o fiebre Liberasa la lengua y palpa el cuello: Palpa en la zona de la garganta, puede sentir un bulto o un nudo en la zona de la garganta y en la zona de la tórax Escucha en la zona de la tórax Escucha en la zona de la tórax y de la tórax 	<p>Una o más de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Palidez o cianosis Palidez o cianosis Fiebre Escucha en la zona de la tórax y de la tórax Amplio aumento de tamaño 	<p>FRENITIS O ENFRIAMIENTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Administrar Penicilina Benzatina M. dos veces (Fig. 169) Palpa en la zona de la tórax y de la tórax (Fig. 169) Palpa en la noche cuánto debe volver de inmediato (Fig. 169) De recomendaciones para la alimentación del niño enfermo (Fig. 170) Consulta de seguimiento en 7 días
<p>Pregunta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿face cualquier tipo de dificultad para respirar? ¿tiene dificultad o dolor de garganta? ¿la última vez que el Escolar tiene dificultad para respirar? 	<p>liberarse, toser o el escolar debe estar tranquilo)</p> <ul style="list-style-type: none"> Tosse a la vez que se está hablando Centros respiratorios en un minuto Palidez o cianosis intercostal, de la nariz, uñas de manos o pies Presencia de ruidos en la tosa y tórax Escalofríos o fiebre Liberasa la lengua y palpa el cuello: Palpa en la zona de la garganta, puede sentir un bulto o un nudo en la zona de la garganta y en la zona de la tórax Escucha en la zona de la tórax Escucha en la zona de la tórax y de la tórax 	<p>Una o más de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Palidez o cianosis 	<p>sin usar nada</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si el niño o niña tiene resaca o fiebre administrar paracetamol (Fig. 169) De recomendaciones para la alimentación del niño enfermo (Fig. 170) Palpa en la noche cuánto debe volver de inmediato (Fig. 169) Palpa en la noche cuánto debe volver de inmediato (Fig. 169) Realizar control regular para la atención regular según el programa (Fig. 169)
<p>Si el escolar tiene</p> <ul style="list-style-type: none"> De 6 a 12 años 	<p>Respiración rápida es</p> <ul style="list-style-type: none"> 20 veces o más por minuto 			

(Fuente; cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)

Cuadro 17

EVALUAR PRESENCIA DE DOLOR ABDOMINAL Y/O DIARREA

PREGUNTAR POR EL SINTOMA PRINCIPAL: DOLOR ABDOMINAL Y/O DIARREA		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR				
<p>El Escucha ¿tiene dolor abdominal y/o diarrea? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Preguntar:</th> <th>Observar, Escuchar y el estado de este tiempo)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Desde hace cuánto tiempo? ¿Se acompaña de fiebre? ¿Se acompaña de vómitos? ¿El dolor abdominal es persistente o disminuye a momentos? ¿Tiene diarrea con sangre visible en las heces? </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal a la palpación (localizado/ generalizado) de tipo positivo Comportamiento del estado general (fiebre, mal estar general, decaimiento) Fiebre, Temperatura axilar > 38°C </td> </tr> </tbody> </table>		Preguntar:	Observar, Escuchar y el estado de este tiempo)	<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Desde hace cuánto tiempo? ¿Se acompaña de fiebre? ¿Se acompaña de vómitos? ¿El dolor abdominal es persistente o disminuye a momentos? ¿Tiene diarrea con sangre visible en las heces? 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal a la palpación (localizado/ generalizado) de tipo positivo Comportamiento del estado general (fiebre, mal estar general, decaimiento) Fiebre, Temperatura axilar > 38°C 	<p>Dolor abdominal y/o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Fiebre Vómitos Dolor persistente de menos de 24 horas de duración Muy localizado o generalizado a la palpación o rictus positivo Compromiso del estado general 	<p>PROBLEMA ABDOMEN AGUDO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 173) No administrar nada por vía oral Colocar vía venosa con Ringier Lactato
Preguntar:	Observar, Escuchar y el estado de este tiempo)							
<p>Preguntar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Desde hace cuánto tiempo? ¿Se acompaña de fiebre? ¿Se acompaña de vómitos? ¿El dolor abdominal es persistente o disminuye a momentos? ¿Tiene diarrea con sangre visible en las heces? 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor abdominal a la palpación (localizado/ generalizado) de tipo positivo Comportamiento del estado general (fiebre, mal estar general, decaimiento) Fiebre, Temperatura axilar > 38°C 							
		<p>Dolor abdominal y/o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminuye a momentos Diarrea sin sangre No hay compromiso del estado general 	<p>DOLOR ABDOMINAL/ DIARREA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Recomendar reposo Recomendar líquidos calientes, mates, sopas y alimentación Si existe diarrea, evaluar el estado de hidratación y aplicar plan A, B o C (Pág. 141, 142) Visita de seguimiento en 24 horas o, si existe la posibilidad, mantener en observación durante 24 horas en el Establecimiento de Salud Si el dolor persiste referir al hospital para evaluación y exámenes complementarios Indicarle cuándo volver de inmediato (Pág. 168) 				
		<p>Dolor abdominal y diarrea con sangre visible en heces</p>	<p>DISENTERIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ciprofloxacina 250 mg VO cada 12 horas, durante 7 días Recomendar mayor consumo de líquidos (Plan A o B) Visita de seguimiento en 3 días Indicarle cuándo volver de inmediato (Pág. 168) 				

(Fuente: cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)

Cuadro 18

EVALUAR PRESENCIA DE FIEBRE

		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
PREGUNTAR POR EL SINTOMA PRINCIPAL: FIEBRE El Escolar ¿tiene fiebre? Verificar si tiene fiebre por: • Interrogatorio, o • Se siente caliente al tacto, o • Tiene temperatura axilar de 38°C o más Si la respuesta es afirmativa: • Delimitar si vive en una zona con alto riesgo de malaria (ver mapa)		• Cualquier signo de peligro en general (o) • Rigidez de nuca • No presenta otra causa grave de fiebre	ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE O MALARIA GRAVE	> Tomar muestra de sangre para gota gruesa y prueba rápida > Llenar formulario M-1 > Dar QUININA Intramuscular para malaria grave (Pág. 185) > Dar la primera dosis de CEFTRIAJONA (Pág. 166) > Dar paracetamol para la fiebre (Pág. 165) > Retornar URGENTEMENTE al hospital según los recursos educativos para el transporte (Pág. 170)
		• Fiebre • No presenta otra causa grave de fiebre	MALARIA	> Tomar muestra de sangre para gota gruesa y prueba rápida > Llenar formulario M-1 > Dar antimalárico completo de acuerdo a resultado de gota gruesa y prueba rápida (Págs. 188, 189) > Dar paracetamol para la fiebre (Pág. 165) > Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato (Pág. 189) > Hacer seguimiento 2 días después al percibir la fiebre > Si ha tenido fiebre días por más de 7 días, referir al hospital para evaluación > Dar recomendaciones para la alimentación del niño enfermo (Pág. 133)
		• Fiebre otra causa NO GRAVE de fiebre (ej. resaca)	ENFERMEDAD FEBRIL	> Dar paracetamol para la fiebre (Pág. 165) > Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato (Pág. 169) > Hacer seguimiento 2 días después al percibir la fiebre > Si ha tenido fiebre días por más de 7 días, referir al hospital para evaluación > Dar recomendaciones para la alimentación del niño enfermo (Pág. 133)
Preguntar • ¿Hace cuánto tiempo? - Si no tiene fiebre hace más de 7 días: ¿Ha tenido fiebre todos los días? Verificar • Si tiene rigidez de nuca		• Cualquier signo de peligro en general (o) • Rigidez de nuca • No presenta otra causa grave de fiebre	ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE	> Dar la primera dosis de CEFTRIAJONA (Pág. 166) > Dar paracetamol para la fiebre (Pág. 165) > Retornar URGENTEMENTE al hospital según los recursos educativos para el transporte (Pág. 170)
Evaluar sarampión • ¿Tiene o ha tenido erupción cutánea en los últimos 30 días? Si tiene erupción cutánea verificar: • La erupción cutánea es generalizada y no vesicular? (sin ampollas) • Tiene uno de los tres siguientes signos: tos, salamo u ojos enrojecidos.		• Fiebre	ENFERMEDAD FEBRIL	> Dar paracetamol para la fiebre (Pág. 165) > Indicar a la madre cuando debe volver de inmediato (Pág. 169) > Hacer seguimiento 2 días después al percibir la fiebre > Si ha tenido fiebre días por más de 7 días, referir al hospital para evaluación > Dar recomendaciones para la alimentación del niño enfermo (Pág. 133)
		Erupción cutánea generalizada y: • Tos o salamo u ojos enrojecidos	SOSPECHA DE SARAMPION	> Dar vitamina A 200.000 UI > Dar paracetamol para la fiebre (Pág. 165) > Comunicar el caso a la unidad de epidemiología correspondiente > Dar recomendaciones para la alimentación del niño enfermo (Pág. 133)

El traumatismo craneoencefálico es una causa importante de morbi-mortalidad entre la población infantil y juvenil y una causa frecuente de discapacidad adquirida entre esta población.

En los niños pequeños suele producirse por caídas, atropellos o accidentes en bicicleta y en los adolescentes por accidentes de tráfico. Las complicaciones neurológicas más comunes son la espasticidad, la ataxia, el temblor y la hemiparesia.

Pueden observarse alteraciones del lenguaje principalmente en forma de déficit de expresión y de ejecución en la respuesta verbal. Son frecuentes los trastornos neuropsicológicos como déficit de atención, memoria y concentración, a los que pueden asociarse trastornos del comportamiento como apatía, falta de iniciativa, labilidad emocional, depresión y agresividad entre otros.

En general hay una buena recuperación motora, pero suelen persistir déficit neuropsicológicos durante un tiempo prolongado. Los factores predictivos de los resultados funcionales están en relación con la severidad de la lesión, la edad del niño y las circunstancias prelesionales.

Debe establecerse un programa de rehabilitación encaminado a tratar precozmente tanto las secuelas motoras como las neuropsicológicas.

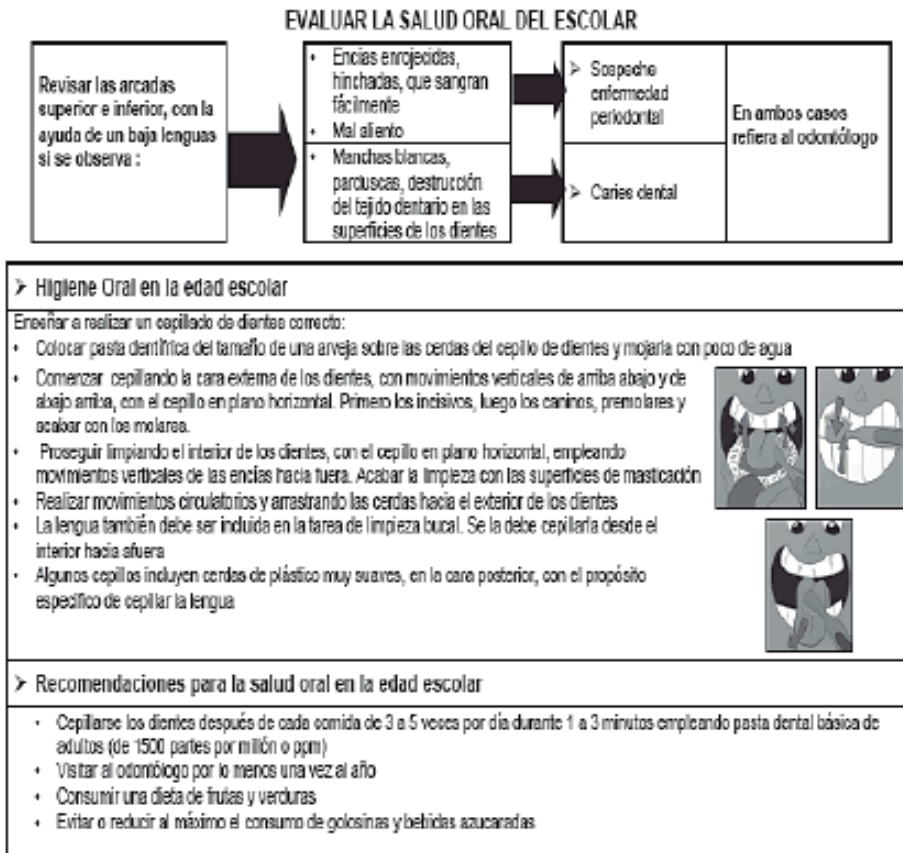
En este trabajo abordamos el traumatismo craneoencefálico en el niño y adolescente de forma global, analizando las secuelas y su manejo, y prestando especial atención a la repercusión de las mismas sobre el crecimiento, debido a las características propias de la edad.

Por ende se debe evaluar el siguiente cuadro:

Cuadro 19 EVALUAR TRAUMATISMOS O ACCIDENTES

EL ESCOLAR ¿HA SUFRIDO UN TRAUMA O ACCIDENTE?		EVALUAR TRAUMATISMOS O ACCIDENTES			
		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR	
<p>Si la respuesta es afirmativa:</p> <p>Preguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Antecedente del traumático y/o accidente? ¿El accidente o trauma fue grave? ¿El accidente o trauma ocasionó lesiones que afectaron la conciencia, aturdimiento, acúfenos, náuseas, vómitos, pérdida de conocimiento o muerte, etc.? <p>Observar, palpar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Está respirando normalmente, sin dificultad? ¿Las triéscas están en posición medial (al centro del rostro)? ¿Está pálido, frío y tiene un hematoma capilar (en la punta de los dedos) normal? ¿Está consciente, responde a las preguntas y órdenes? ¿Las pupilas están reactivas a la luz y tienen el mismo tamaño? ¿Existe deformidad, aumento de volumen e ingurgitación funcional de miembros? ¿Existen heridas abiertas que sangran profusamente? ¿Existe hinchamiento de vísceras? ¿Existe salida de sangre o líquido claro por uno o los dos oídos? ¿Existe aumento de volumen del abdomen? 	<p>CLASIFICAR</p>	<p>Antecedente de traumatismo grave y uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dificultad para respirar Pupilas anómalas y tamaño pupilar lento (más de 2 segundos) Afloramiento del estado de conciencia Lira o ruidos, heridas sangra profusamente Deformidad en uno o más extremidades, son ingurgitación funcional <p>Antecedente de trauma craneal y uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> No abate los ojos espontáneamente (hacia el tablero o profundizar dolor) No habla, está confuso o dice palabras incoherentes No obedece órdenes (juego entre sus manos boca al cielo) Síntoma de líquido claro o sangre de oídos Pupilas de diferente tamaño (anisocoria) y pupilas anómalas en el otro ojo Antecedente de traumatismo no grave No presenta hinchamiento de los miembros 	<p>TRAUMA SEVERO POLITRAUMATISMO</p>	<p>TRATAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Asignar la vía aérea colocando la cabeza en posición neutra, limpiando secreciones o coágulos a retiro de cuerpos extraños de la cavidad oral Si está inconsciente o hay antecedente de trauma en cuello: fijar la cabeza con collarín. Si no se dispone de collarín, emplear un rollo de periódico o de cartón Administrar oxígeno por vía nasal a 5 litros Intoxicar el miembro o miembros afectados Reducir el sangrado por compresión Controlar vía y administrar Solución Glucosada Referir URGENTEMENTE al hospital (Pág. 178) 	
		<p>Antecedente de trauma craneal y uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> No abate los ojos espontáneamente (hacia el tablero o profundizar dolor) No habla, está confuso o dice palabras incoherentes No obedece órdenes (juego entre sus manos boca al cielo) Síntoma de líquido claro o sangre de oídos Pupilas de diferente tamaño (anisocoria) y pupilas anómalas en el otro ojo Antecedente de traumatismo no grave No presenta hinchamiento de los miembros 	<p>TEO GRAVE</p>		<p>TRATAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Observar durante 4-6 horas Evaluar el estado de conciencia, respiración y pulso: cada hora Si hay dolor, administrar ibuprofeno o paracetamol (Pág. 162) Luego de las 4-6 horas, enviar al niño a su domicilio Revisar a la madre cuando volver de inmediato (Pág. 169) Controlar en 2 días para verificar evolución de las contusiones o golpes
		<p>Antecedente de trauma craneal y uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> No abate los ojos espontáneamente (hacia el tablero o profundizar dolor) No habla, está confuso o dice palabras incoherentes No obedece órdenes (juego entre sus manos boca al cielo) Síntoma de líquido claro o sangre de oídos Pupilas de diferente tamaño (anisocoria) y pupilas anómalas en el otro ojo Antecedente de traumatismo no grave No presenta hinchamiento de los miembros 	<p>TRAUMA LEVE/DELCONTUSO</p>		

Dentro de la integralidad de atención se debe manejar la valoración siempre de forma multidisciplinaria para lo cual se debe tener en cuenta:



9. ATENCION DEL ADULTO MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)

La población de este grupo de edad utiliza servicios de salud con una frecuencia 4 veces mayor que el resto de la población y los servicios que requiere son por lo general más costosos y requieren de personal capacitado para otorgar una atención integral; en la actualidad existen pocas políticas públicas en materia de salud capaces de afrontar el proceso de envejecimiento y sus consecuencias sociales.

En la actualidad los modelos de salud que predominan tienen una tendencia a la atención de grupos etarios de adultos jóvenes y niños, dejando de lado la atención al adulto mayor, quienes son tratados como grupo homogéneo, independientemente de la edad, condicionando una situación de vulnerabilidad en materia de atención, lo cual se traduce como un riesgo para la salud de esta población.

El sistema de salud en la actualidad, a nivel de atención primaria, considera que el enfoque debe ser preventivo, efectivo, seguro y eficiente. Los programas en curso se basan en promoción para la salud desde edades tempranas, para mejorar la calidad de salud al llegar a la vejez, término conocido como «envejecimiento saludable», esta prevención primaria, aunado a las detecciones de factores de riesgo, constituyen el aspecto fundamental de los programas en el primer nivel de atención. Se incluye también dentro de estos puntos la detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas, el tratamiento y control de enfermedades y un modelo integrado donde se promueve o fomenta el auto cuidado de la salud y se articula con el cuidado profesional.

Por ende la ley 475 del sistema integral de salud el adulto mayor se encuentra protegido con varias prestaciones que cubren diversas patologías entre ellas y más relevantes están y que debe conocer el personal de primer nivel es:

CUADRO 20

EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL

DETERMINAR EN TODA PERSONA ADULTA MAYOR, SI PRESENTA DESNUTRICIÓN O SOBREPESO/OBESIDAD	CLASIFICAR		
OBSERVAR, DETERMINAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> • Enflaquecimiento extremo • Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC). $\text{E} = \frac{\text{Peso actual (kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m}^2\text{)}}$ • Si existe peso perdido, determinar la cantidad de peso perdido, en kg. 	<ul style="list-style-type: none"> • IMC mayor a 29 	<p>OBESIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Refeñir al hospital para evaluación ➢ Dar recomendaciones nutricionales tomando en cuenta hábitos, cultura y situación socio económica (Págs. 14, 183)
	<ul style="list-style-type: none"> • IMC de 25 a 28 	<p>SOBREPESO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Realizar Encuesta Alimentaria y evaluar los problemas identificados (Pág. 13) ➢ Realizar recomendaciones generales para el Sobrepeso y Obesidad, tomando en cuenta hábitos, cultura y situación socioeconómica (Pág. 14) ➢ Realizar recomendaciones nutricionales específicas (Pág. 183) ➢ Si es posible, referir para atención por nutricionista ➢ Promover la actividad física, de acuerdo a su capacidad y estado de salud ➢ Conocer otros factores de riesgo (uso innecesario de fármacos, tabaquismo, consumo de alcohol)
<p>Uno o más de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMC menor a 19 • Pérdida de peso reciente, sin causa aparente (más de 5 kg en 6 meses) 		<p>DESNUTRICIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Refeñir al hospital para evaluación ➢ Realizar recomendaciones nutricionales generales (Pág. 12) ➢ Realizar recomendaciones nutricionales específicas (Pág. 183)
<ul style="list-style-type: none"> • IMC de 19 a 24 (inclusive) 		<p>ESTADO NUTRICIONAL NORMAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➢ Promover estilos de vida saludables: Evitar tabaquismo y consumo de alcohol; realizar ejercicios físicos según su capacidad, por lo menos 30 minutos al día. ➢ Recomendar prácticas de higiene y de alimentación saludable. ➢ Realizar recomendaciones nutricionales específicas (Pág. 183) ➢ Promover la salud oral ➢ Promover socialización ➢ Control mensual de peso

(Fuente; cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)

EVALUAR PRESENCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y CRÓNICAS

<p>La persona adulta mayor puede presentar una variedad de síntomas que podrían deberse a la presencia de una enfermedad no transmisible y crónica que requiere diagnóstico y tratamiento apropiado</p>		CLASIFICAR				
<p>PREGUNTAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ¿Tiene dolor de cabeza constante? ¿Visión borrosa? ¿Tiene poco o mucho apetito? ¿ansiedad extrema? ¿coma mucho? ¿Tiene mucha sed? ¿Está perdiendo peso sin causa aparente? ¿Las heces flotan en agua? ¿Tiene los ojos durante de 2 semanas? ¿Tiene algún lunar que ha crecido o cambiado de apariencia? Dificultad para orinar en los hombres ¿Presenta dolor persistente en alguna articulación? ¿hay limitación de los movimientos? ¿Existen factores de riesgo? Sedentarismo, Tabaquismo, Abuso de alcohol, Ingesta elevada de sal, obesidad, estrés 		<p>DESEHAR, DETERMINAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Medir la presión arterial Presencia de masas o tumores en cervicales, axilares, inguinales Aplicar la lista de evaluación breve: Escala de Tinetti (aparato locomotor) Solicitar glicemia o medición glucosa con faja reactiva En mujeres, tomar muestra para Papavicolau 		<p>CLASIFICAR</p>		
		<p>EVALUAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Presión arterial mayor a 160 mmHg (o diastólica mayor a 100 mmHg) Uno o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de Diabetes I o II a menos de 160 mmHg (o diastólica de 90 a menos de 100 mmHg) 	<p>CLASIFICAR</p> <p>SOSPECHA DE CRISIS HIPERTENSIVA</p>	<p>TRATAR</p> <ul style="list-style-type: none"> Medicarlo (1 mg VO, única dosis) Referir URGENTEMENTE al hospital 		
		<p>Uno o más de los siguientes</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor de cabeza constante (a) o a menos de 160 mmHg (o diastólica de 90 a menos de 100 mmHg) 	<p>SOSPECHA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> Realizar ingesta de sal Promover el abandono de hábitos nocivos (tabaquismo, alcoholismo) Promover ejercicio físico adecuado para la edad Control de presión arterial cada semana Si la presión se mantiene elevada en cinco controles, referir al hospital para evaluación 		
		<p>Uno o más de los siguientes</p> <ul style="list-style-type: none"> Consumo de alcohol Orina oscura Tiene mucho apetito No pierde peso Las heces flotan en agua <p>o</p> <p>Si existe resultado de glicemia:</p> <ul style="list-style-type: none"> 125 o más mg/dL en ayunas o 200 o más mg/dL (a cualquier hora) 	<p>SOSPECHA DE DIABETES MELLITUS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Referir al URGENTEMENTE al hospital 		
		<p>Uno o más de los siguientes</p> <ul style="list-style-type: none"> Pérdida de peso sin causa aparente Ganglios aumentados de volumen, generalmente indolores Dificultad para orinar (en hombres) Lunares que han modificado su apariencia Cualquier síntoma que resiste al tratamiento (Ej. úlceras) Papavicolau positivo Tasoculoma interno 	<p>SOSPECHA DE CÁNCER</p>	<ul style="list-style-type: none"> Referir al URGENTEMENTE al hospital 		
		<p>Uno o más de los siguientes</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolors articulares con o sin limitación de los movimientos Inflamación de articulaciones Dormitidos de articulaciones Escala de Tinetti 1-30 (referir a 12) 	<p>ENFERMEDAD OSTEOARTICULAR CRÓNICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Promover medidas preventivas de apoyo: fisioterapia, ayudas adaptativas (bastón, compresas calientes) Ejercicio físico En caso de sobrepeso/obesidad, reducir el peso En caso de dolor emplear las siguientes alternativas: Paracetamol 600 a 1000 mg por día (VO cada 6 horas) O Ibuprofeno 400 a 600 (VO) a 600 (VO) cada 12 horas O Diclofenaco 50 a 100 mg al día (cada 8 horas) Referir al hospital para evaluación y tratamiento a largo plazo 		

(Fuente; cuadro de procedimiento del continuo 2013 publicación 240)

Enfermedades asociadas	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HTA	786	61.7	317	28.73	1103	46.40
Diabetes Mellitus	261	20.5	540	48.10	801	33.70
Asma Bronquial	93	7.29	134	12.14	227	9.55
Cáncer	110	8.63	89	8.07	199	8.37
Enfermedades Cerebro Vasculares	24	1.88	23	2.09	47	1.98
Total	1274	100	1103	100	2377	100

EVALUAR DEPRESIÓN Y DEMENCIA EN LAS PERSONAS ADULTAS Y MAYORES

Cuadro 22

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Puntaje de la escala de Yesavage mayor a 6 Si se ve triste y deprimido/a y presenta dos o más de factores de riesgo siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de depresión o suicidio • Habla frecuentemente de muerte o suicidio • Evento traumático reciente o jubilación reciente • Enfermedad crónica • Intento suicida reciente 	SOSPECHA DE DEPRESIÓN	> Referir URGENTEMENTE al Hospital o a un centro especializado (Hospital psiquiátrico) acompañado por otra/s persona/s > Establecer contacto con la familia
Presenta dos o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el patrón del sueño • Ha dejado de realizar sus actividades habituales • Descuido personal evidente • Lloro con facilidad, aparece deprimido/a • Desorientación temporo-espacial • Irritabilidad • Pérdida de la memoria • Escala MMSE de 13 o menos puntos 	SOSPECHA DE DEMENCIA	
Presenta desorientación, depresión o sospecha de demencia y uno o más de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Deshidratación • Fiebre • Hipertensión 	ALTERACIÓN MENTAL SECUNDARIA	
<ul style="list-style-type: none"> • No presenta ninguna señal previa 	ESTADO MENTAL NORMAL	> Disminuir los estados de ansiedad, explicando a la persona mayor que no está enferma > Darle consejos para mejorar su participación social, cuidar la memoria, integrar grupos de personas mayores o actividades > Control de pruebas (escalas) cada año

El capítulo fue revisado y creado para tener detalles más relevantes que deben tener los médicos internos, pero recordarles que el continuo es un tema muy extenso y que se encuentra vigente en el país y en el departamento de la Paz.

SALUD PARA LA PAZ

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Manual de procedimientos del continuo de la vida para atención en primer nivel de atención (publicación 240.M.S.2013).
- 2.- Guía Nacional para la atención integral y diferenciada de adolescentes y jóvenes.(publicación 274M.S.2013)
- 3.- Morbilidad Obstétrica grave más frecuente en Bolivia,(publicación 336,M.S. 2013)
- 4.- Norma Nacional del sistema de vigilancia epidemiológica mortalidad materna,(publicación 274,328,M.S. 2013)
- 5.- Guía Para la vigilancia de mortalidad perinatal y neonatal,(publicacion326.M.S.2013)
- 6.- Normas nacionales de atención clínica tomo I y II (publicación 288, M.S. 2013)
- 7.- Normannacional Reglas, protocolos y procedimientos de anticoncepción (publicacion169, M.S. 2012)
- 8.- Guía practica de preparación de alimentos, (publicación 113, M.S. 2011)
- 9.- Anate guía” prevención del embarazo en adolescencia”, comité de adolescentes y jóvenes para la prevención del embarazo en la adolescencia, (publicación UNFPA, 2012)



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS



PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN

SALUD PARA LA PAZ

MODULO
II

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Dr. Javier Gisbert Pizza
JEFE DE LA UNIDAD DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE
ENFERMEDADES - SEDES LA PAZ

12

DEFINICIÓN:

La promoción de la salud se define como un proceso político de participación y gestión social, tiene carácter integral e intersectorial lo que permite el abordaje de las determinantes sociales de la salud.

I.- INTRODUCCION

La promoción de la salud permite que las personas tengan un mayor control de su propia salud. Abarca una amplia gama de intervenciones sociales y ambientales destinadas a beneficiar y proteger la salud y la calidad de vida individuales mediante la prevención y solución de las causas primordiales de los problemas de salud, y no centrándose únicamente en el tratamiento y la curación.

La promoción de la salud como la estrategia operativa, que permite al sistema Nacional de salud comprender y valorar los procesos de salud/enfermedad de la población boliviana, permitiéndole a su vez el abordaje participativo a las problemáticas de la salud y sus determinantes en el nivel local, municipal, departamental y nacional.

La promoción de la salud se define como un proceso político de participación y gestión social, tiene carácter integral e intersectorial lo que permite el abordaje de las determinantes sociales de la salud, en corresponsabilidad con la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores.

II.- ANTECEDENTES

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud reunida en Ottawa el 21 de noviembre de 1986 emite la presente CARTA dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000". Esta conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo.

Se propuso los mecanismos de la Promoción de la Salud para ser aplicados, para el contexto nacional se modificó de la siguiente manera:

La Educación para la vida es un proceso de intercambio horizontal de sentires, saberes, conocimientos y prácticas que permiten la protección de la vida y la salud de la persona, familia, comunidad y Madre Tierra, En base a la reflexión e identificación de las determinantes, problemas, necesidades y la búsqueda de soluciones, mediante la toma de decisiones de manera conjunta entre el servicio de salud y la comunidad y barrio a través de la gestión participativa.

Reorientación de los servicios de Salud Es un proceso de reorganización de la atención y funcionamiento de los servicios de salud hacia a la promoción de la Salud y la interculturalidad, mediante la educación permanente, la investigación idónea valorando sentires, conocimientos saberes y prácticas de las personas, familias y comunidades o barrios.

La movilización social es el proceso por el cual la población organizada asume el ejercicio de su derecho a la salud mediante acciones comunitarias o barriales que permitan la gestión social en la toma de decisiones que contribuyen a la transformación de las determinantes y los servicios de salud, donde el personal de salud se constituye en el facilitador de estos procesos.

Las alianzas estratégicas son el proceso de coordinación entre el personal de salud, los sectores y actores sociales para actuar sobre las determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad. La intersectorialidad es la conjunción de esfuerzos, recursos y capacidades de sectores (salud, Educación, Saneamiento básico y otros) instituciones públicas y privadas, dirigidas a la población organizada, para lograr objetivos comunes en salud, lo permite aumentar las posibilidades de transformar las determinantes sociales de la salud.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978, fue el evento de política de salud internacional más importante de la década de los setenta. La conferencia fue organizada por la OMS/OPS y UNICEF, y patrocinado por la entonces URSS. La síntesis de sus intenciones se expresa en la Declaración de Almá-Atá, subrayando la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un mejor nivel de salud de los pueblos. Su lema fue «Salud para todos en el año 2000».

Declaración de Alma-Ata

La Declaración de Alma-Ata posee un total de diez puntos no vinculantes para los estados miembros, en los cuales se busca dar la base para la construcción de un nuevo sistema de salud que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud.

Los puntos de la declaración son:

Definición de salud. - La Conferencia reafirma tajantemente la salud como aquel estado de total bienestar físico, social y mental, y no simplemente la falta de enfermedades o malestares, siendo un derecho humano fundamental y convirtiendo a la búsqueda del máximo nivel posible de salud en la meta social más importante a nivel mundial, cuya realización requiere de la participación de otros sectores sociales y económicos en adición al sector salud.

Equidad. - La existencia de una gran desigualdad en la calidad de la salud de las personas, entre países desarrollados y subdesarrollados, así como a lo interno de los mismos países.

Salud como un asunto socioeconómico. - El desarrollo social y económico, basado en el Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia básica para el logro cabal del libre acceso a la salud y de la reducción de la brecha existente entre el nivel de salud de los países en vías de desarrollo y de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud es esencial para un desarrollo económico y social sustentable, contribuyendo además a mejorar la calidad de vida, la reducción de la violencia y la obtención de la paz mundial.

El acercamiento al derecho de la salud. - Los individuos de una sociedad poseen el derecho y el deber de participar, tanto colectiva como individualmente, en el planeamiento e implementación del cuidado de la salud en sus comunidades.

Responsabilidad gubernamental. - Los entes gubernamentales tienen una responsabilidad para garantizar el cuidado de la salud de sus individuos, la cual sólo puede ser obtenida mediante la disposición de medidas sociales y salud adecuada a las necesidades de los pueblos. El objetivo principal de los distintos gobiernos, las organizaciones internacionales y la comunidad internacional en las décadas posteriores a la declaración debió ser alcanzar para el año 2000 un estado de salud que permitiera a las personas tener una vida económica y socialmente productiva, siendo la Atención Primaria en Salud, la clave para conseguir esta meta de desarrollo dentro del espíritu de la justicia social.

Definición de atención primaria de salud. - La atención primaria de Salud (APS), según Alma Ata, es la Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, que estén al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste aceptable por la comunidad y el país para que pueda cubrir cada una de las etapas del desarrollo.

Componentes de la atención primaria de salud. - Para la atención correcta de los principales problemas de salud, la atención primaria debe prestar servicios de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, y por consiguiente incluye:

Se propuso los mecanismos de la Promoción de la Salud para ser aplicados, para el contexto nacional se modificó de la siguiente manera:

III.- DECLARACIÓN DE SHANGHÁI DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Declaración de Shanghái (2016) reconoce que la salud y el bienestar son fundamentales para el desarrollo sosten-

nible: “La salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compartido y una prioridad política para todos los países. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) establecen el deber de invertir en la salud, de garantizar la cobertura sanitaria universal y de reducir las desigualdades sanitarias entre las personas de todas las edades”. En esta se resume los mecanismos y/o medios de la promoción de la salud en tres Pilares

PILARES DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD



1. Buena Gobernanza

Fortalecer la nueva gobernanza y las políticas para que todas las personas puedan elegir opciones saludables accesibles y asequibles y para crear sistemas sostenibles que hagan realidad la colaboración de toda la sociedad.

La gobernanza se incluyen la protección de la salud mediante políticas públicas, el refuerzo de la legislación, la reglamentación y la fiscalidad de los productos no saludables y la aplicación de políticas fiscales que posibiliten nuevas inversiones en la salud y el bienestar.

2. Conocimientos sobre la Salud

Mejorar los conocimientos y las competencias sociales para ayudar a las personas a elegir las opciones y tomar las decisiones más saludables para su salud y la de sus familias. Los conocimientos sobre salud caben citar la elaboración de estrategias locales y nacionales para que los ciudadanos sean más conscientes sobre cómo llevar una vida sana y el fomento de la capacidad de los ciudadanos para controlar su salud.

Los conocimientos sanitarios empoderan a las personas y posibilitan su participación en iniciativas colectivas de promoción de la salud. El hecho es que tengan un alto nivel de conocimientos sanitarios contribuye a que se impliquen más en favor de los resultados sanitarios, los beneficios conjuntos y las intervenciones eficaces respecto de los determinantes de la salud.

3. Ciudades Saludables

Crear ciudades preocupadas por el medio ambiente que permitan vivir, trabajar y divertirse en armonía y buena salud.

La salud es uno de los indicadores más eficaces de que una ciudad está experimentando un desarrollo sostenible, y contribuye a que las ciudades sean lugares incluyentes, seguros y resilientes para el conjunto de la población.

Bibliografía

- Ministerio de Salud: Guía Local de Educación para La Vida en la Promoción de la Salud. 2016
- Ministerio de Salud: Líneas Metodológicas de Educación Para La Salud y La Vida. 2016
- OPS/OMS: Comunidades Saludables 2014
- http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

INTERSECTORIALIDAD EN SALUD

Dra. Miriam Gutierrez
Responsable del Área de Intersectorialidad

13

Objetivos de aprendizaje.-

- Conocer el concepto Intersectorialidad de la política SAFCI.
- Reflexionar sobre la importancia de la aplicación y práctica de la Intersectorialidad en Salud.
- Motivar el trabajo Intersectorial en el Sector Salud.

La política SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural) tiene 4 principios: Participación Social, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad. Esta política de salud define Intersectorialidad como “la intervención coordinada entre la comunidad organizada y sector salud con otros sectores estatales (agua, vivienda, educación, saneamiento básico y otros), en base a alianzas estratégicas, para actuar sobre las determinantes de salud en el marco de la corresponsabilidad” (Ministerio de Salud y Deportes, 2013: 21). Respondiendo a este principio de la SAFCI, el Servicio Departamental de Salud La Paz -SEDES LP- ha creado, en la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades, el Área Intersectorialidad y Coordinación Intergubernamental con el propósito de realizar acciones sobre las determinantes de salud.

En este marco, el Área Intersectorialidad tiene la tarea general de establecer **alianzas estratégicas** con otros sectores para lograr la **intervención coordinada** sobre las **determinantes de salud** que actúan desfavorablemente en el desarrollo de la vida de los habitantes y/o poblaciones del Departamento de La Paz.

Es decir, el Área Intersectorialidad gestiona y coordina la intervención de otros sectores según la determinante de salud a tratar. Por ejemplo, en muchas poblaciones del Departamento de La Paz, el agua está contaminada por diversos agentes propios del contexto y se presenta como una determinante de salud que demanda atención, no sólo con la intervención del sector salud (SEDES LP) que realiza varias tareas de promoción y prevención por medio del personal de los centros de salud y hospitales, sino también de otros sectores como los gobiernos municipales, los ministerios de agua, saneamiento básico, educación, comunicación, etc., que realizan tareas correspondientes con su personal y equipos en el propósito de garantizar la provisión de agua potable o saludable a la población. Este trabajo en equipo con diversos servicios en el abordaje integral de un problema y en beneficio de la población es lo que se denomina Intersectorialidad.

De este modo, la Intersectorialidad es una estrategia de atención integrada de la salud pública que permite abordar y transformar las determinantes de la salud como objetivo de la Promoción de la Salud y la Prevención de Enfermedades.

La Intersectorialidad se operacionaliza mediante la intervención coordinada entre población-sector salud y los diferentes sectores que prestan servicios, con el fin de actuar sobre las determinantes de salud basado en alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de problemáticas y necesidades de salud identificadas.

Con el concepto de Intersectorialidad se entiende que la salud requiere de atención integral e integrada de los servicios con que cuenta una sociedad, que demanda la participación de diversos profesionales, técnicos y trabajadores, que abarca diferentes especialidades y conocimientos. Que la salud se trabaja antes y en su permanencia; que la salud se trabaja antes, durante y después de la enfermedad. El cuidado de la salud demanda siempre atención integral y por tanto la intervención

integrada de varios o todos los sectores que tienen la función de cuidar, prevenir, dotar y suministrar insumos y servicios que satisfacen las necesidades básicas de las personas y poblaciones, que permiten el desarrollo de una vida sana en un ambiente sano (que, también, incluyen el cuidado y supervivencia de todos los seres vivos).

El trabajo Intersectorial en Salud se inicia en la observación de las determinantes de salud, determinantes que se



presentan según el entorno y que pueden ser favorables o desfavorables.

Todo lo que amenaza o pone en riesgo la salud es un determinante desfavorable.

Puede ser un insecto, un mal hábito, un cambio ambiental, la escasez, carencia o exceso de alimentación, la falta de recursos, de información o de educación, la inadecuada disposición de elementos contaminantes o tóxicos, la presencia de elementos naturales infestados, etc.

El trabajo Intersectorial en Salud requiere contar con información de la existencia y funciones de diversas organizaciones comunales o sociales y de instituciones públicas y privadas.

El trabajo Intersectorial en Salud demanda gestión en procura de acuerdos, compromisos y corresponsabilidades para conjuntar experiencias, conocimientos y acciones de diferentes sectores de servicios, de lograr trabajo integrado, en la atención y/o solución de problemas de salud.

“El equipo de salud no sólo puede estar enfocado a la atención de la población cuando ésta adolece de un problema que afecta su salud, ya que ésta tiene un espectro de atención, disponibilidad y acción más allá de la reparación del ser humano cuando está afectado por un mal. Por ello, es preciso reconocer a la salud como un proceso de equilibrio armónico biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y su entorno, es decir, con su familia, su comunidad o barrio y la naturaleza, en una constante dinámica” (Ministerio de Salud y Deportes, 2008: 32).

El personal del SEDES LP además de trabajar habitualmente cumpliendo sus funciones y actividades operativas orientadas en la atención y tratamiento de enfermedades de la población en los centros de salud y hospitales, también debe observar permanentemente las condiciones medioambientales (identificando determinantes de salud), considerando que muchas de las enfermedades se presentan por los cambios que ocurren en el medio, que su tratamiento no sólo debe estar dirigida a la persona enferma sino que también se requiere actuar en el entorno natural y social (entorno que debe conocerse y reconocerse permanentemente).

En el caso del agua potable, por ejemplo, investigar si la fuente es confiable, si el suministro es garantizado, si es necesario potabilizar el agua, etc., y estas acciones deben realizarse en coordinación y compañía de dirigentes y autoridades de la comunidad, autoridades municipales, representantes de organizaciones e instituciones locales y departamentales relacionadas con el agua en cualquiera de sus aspectos, de técnicos y personal de apoyo con equipos e instrumentos pertinentes. Así es el trabajo Intersectorial.

Básicamente, Intersectorialidad en Salud es juntar e integrar a varios sectores con el sector salud en torno a un problema de la comunidad para trabajar en equipo con la comunidad sobre el problema que amenaza la salud pública o que altera las condiciones favorables de salud. Este trabajo exige establecer relaciones y alianzas con todos los sectores y la comunidad; compartir tareas, experiencias y conocimientos; consensuar, coordinar y planificar acciones; también buscar y lograr apoyos financieros. El trabajo intersectorial es interesante y exige esfuerzo comprometido. Comprende que la salud es una condición natural de los humanos y no un efecto de curar la enfermedad.

Esta es la labor que debe realizar el Área Intersectorialidad y Coordinación Inter-gubernamental que funciona desde fines de Agosto 2015. La información básica que necesita conocer el Área es: a) una priorización de demandas de la población de las localidades y comunidades de las Redes de Salud en el marco de las determinantes de salud, b) una lista de organizaciones comunitarias o locales y c) una lista de instituciones y organizaciones públicas y privadas existentes en la Red de Salud. Enviar esta información a la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades del SEDES LP. Es necesaria la colaboración de todos, el trabajo de la Salud para La Paz es de todos y con todos.



BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Deportes. Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Documento Técnico-Estratégico. Versión Didáctica. La Paz, 2013.
2. Ministerio de Salud y Deportes. Norma Nacional. Red de Salud Familiar Comunitaria Intercultural Red Municipal SAFCI- y Red de Servicios. La Paz, 2008.

MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD

Med. Trad. Evaristo Quenta Lipe

14

Objetivos de aprendizaje.-

Fortalecer la articulación de la medicina tradicional y la biomédica, asimismo, para aprovechar la atención y prevención de las enfermedades en el departamento de La Paz en marco de la Ley N° 459 –Ley 475

I. INTRODUCCION.-

Bolivia es un país rico por sus diversas culturas ancestrales, siendo el departamento de La Paz, identificados los Kallawayas de la provincia Bautista Saavedra y patrimonio intangible de la humanidad, médicos tradicionales aimaras de la cultura Tahuacacota, los Huancaranes y otros marcas ayllus que tienen su forma de vivir respetando sus usos y costumbres, en la alimentación, medicina y utilizando los Medicamentos de los tres reinos vegetal, mineral y animal de sus regiones, además en cada pueblo existe el medico tradicional, partera /o, amauta, naturista y otros.

La mayoría de la población acuden a esta medicina natural principalmente en el área rural la zona peri urbana de las ciudades de La Paz y El Alto, mismos que utilizan la Medicina Tradicional respetando los usos y costumbres de los pueblos indígenas originarios campesinos y afro bolivianos.

II. MARCO LEGAL.-

Desde los años 80 fue libre el ejercicio y práctica de esta medicina en las ciudades, sin embargo en el área rural fue normal el uso y práctica de la medicina tradicional ancestral, en la actualidad existen 45 Asociaciones con Personerías Jurídicas legalmente establecidos en el departamento de La Paz, en urbano y rural que contribuyen con los saberes ancestrales a la población.

La nueva CPE Art. 35, 42 y la Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI y la Ley N° 459 y D.S. 2436 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y su Reglamento ha definido las Especialidades de los prestadores de la Medicina Tradicional en las siguientes categorías:

Médicos Tradicionales. Son las personas que practican y ejercen, en sus diferentes formas y modalidades la Medicina Tradicional ancestral utilizando plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales para el equilibrio de las personas y de la familia y la comunidad.

AVANCES EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

Articulación de 48 salas con adecuación cultural en el establecimiento de salud de los municipios Urbano y Rural.



Un Hospital de medicina tradicional **MUNICIPIO TIWANACU HUANCOLLO**

2 Centros de medicina tradicional **MUNICIPIOS DE JESÚS DE MACHACA Y ESCOMA.**



**Capacitación e intercambio de saberes ancestrales
Prestadores de medicina tradicional.**

Guías Espirituales. Son las mujeres y los hombres que practican fundamentos espirituales, estoricos y culturales de los pueblos indígena originarios, en complementariedad con la naturaliza y el cosmos, gozan de reconocimientos como autoridades espirituales amautas, y se constituyen en guardines de los sitios sagrados de la espiritualidad ancestral milenaria.

complementariedad con la naturaliza y el cosmos, gozan de reconocimientos como autoridades espirituales amautas, y se constituyen en guardines de los sitios sagrados de la espiritualidad ancestral milenaria.



LOS GUIAS ESPIRITUALES

Parteras o Parteros tradicionales. Son las mujeres y los hombres que cuidan y asisten mujeres antes y después del parto, y el cuidado del recién nacido.



PARTERAS (OS) TRADICIONALES

Naturistas. Son las mujeres y los hombres con conocimientos de las plantas medicinales naturales de las diversas zonas geográficas de Bolivia que aplican en prevención tratamiento de las enfermedades.

NATURISTA TRADICIONAL

Articulación en cumplimiento a la Ley 459 la Medicina Tradicional se está articulando en los establecimientos de salud de los municipios del departamento de La Paz, una de los ejemplos a nivel nacional es la implementación de la sala de parto tradicional y de médicos tradicionales en el Hospital Boliviano Español del municipio de Patacamaya de la provincia Aroma, asimismo existen otros establecimientos con salas interculturales de medicina tradicional en las redes rurales de salud del departamento.



El artículo 10, 11 de la Ley 459 obliga al Médico tradicional a registrarse para el ejercicio legal en el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad dependiente del Ministerio de Salud, bajo el Registro Único de Médicos Tradicionales “RUMETRAB”.

En el Servicio Departamental de Salud “SEDES” La Paz actualmente existe 672 médicos tradicionales registrados y 730 médicos tradicionales en proceso de trámite de registro de las cuatro especialidades.

III. ANTECEDENTES.-

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Medicina Tradicional (MT) en los siguientes términos: **“Prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades”**.

Asimismo busca responder a las recomendaciones de la O.M.S. y O.P.S., fortaleciendo a nivel de atención primaria de salud, realizando salud preventiva en la sociedad boliviana y en especial en nuestras áreas rurales del departamento, de la misma fortalecer los saberes y conocimientos de nuestros médicos tradicionales a partir de sus experiencias de trabajo en el marco de la interculturalidad, consolidando el reconocimiento profundo de la medicina tradicional expresada en la Constitución Política de Estado Plurinacional de Bolivia.

Por lo tanto, la Medicina Tradicional se fundamenta en los saberes y prácticas con conocimientos ancestrales, la cosmovisión y las raíces filosóficas culturales. El concepto de salud para la medicina tradicional ancestral está asentado en una cosmovisión integrada de la persona y su relación con la naturaleza, en equilibrio y armonía permanentes, basados, con la divinidad y comunicación de la persona con sus antepasados, Los símbolos de la naturaleza, seres divinos, dioses regionales, santos, etc. más representativos de la prácticas ancestrales Bolivianas en relación con Tata Inti (Padre Sol); Mama quilla Mama Pajse (Madre Luna); Pacha Mama (Madre Tierra); Achíchelas (Montañas Altas- Aimaras); Apus (Montañas Altas - Quechuas); Ruitas o Ñatas (Cráneo Humano). Ríos y Montañas, Rayos, creencias de los diferentes pisos ecológicos del departamento La Paz.

Los saberes ancestrales de los pueblos indígenas tienen la particularidad de crearse y recrearse en sus propios contextos territoriales, en el seno de las familias y sus comunidades, expresando sus relaciones consigo mismas y con la naturaleza, en la reproducción de la vida cotidiana. También debe recuperar saberes médicos tradicionales y populares de los propios terapeutas tradicionales, respetando los usos y costumbres, fortaleciendo las condiciones de producción, transmisión y validación de sus postulados esenciales.

Existen sitios asociados a corrientes turísticas de carácter comunitario y cultural, algunas han sido objeto de mejoras infraestructurales y de otras acciones fomentadas por el gobierno local, departamental y, también, fueron alistados

para recibir los primeros rayos del sol el 21 de junio de los últimos tiempos; fecha en la que se celebra la llegada del Año nuevo Andino Amazónico (WillkaKuti) el regreso del año.

Es a partir de ese movimiento esencial de recomposición del Estado Plurinacional, junto con importantes transformaciones en el sistema educativo, caracterizado por la institucionalización de prácticas y saberes ancestrales de los pueblos originarios ancestrales, que este sitio adquiere una importancia central en la recuperación y el fortalecimiento de la identidad cultural, de su rol central en el quehacer de los pueblos y de la construcción de un Estado Plurinacional efectivo.

Tomando en cuenta la riqueza en la diversidad cultural de Bolivia, se hace imprescindible proporcionar el desarrollo de actividades de promoción y recuperación de los valores culturales, médicas y terapéuticas de la medicina tradicional de nuestros pueblos que garanticen la calidad de atención de salud, y la articulación y la complementariedad en atención intercultural en los establecimientos de salud de los municipios en el Departamento de La Paz basados en los lugares sagrados.

Bibliografía

- Ley de medicina tradicional ancestral N° 459 D.S. 2436

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Lic. Tatiana Lujan Estevez
Responsable de Alimentación y Nutrición
SEDES La Paz

15

OBJETIVOS DEL APRENDIZAJE

El estudiante será capaz de identificar los lineamientos técnicos de organización y funcionamiento del área de alimentación y nutrición, para su análisis y aplicación.

I. INTRODUCCION

La alimentación es una determinante importante de la salud, ya que la misma se halla ligada fuertemente al consumo y utilización de ciertos alimentos inherentes a la cultura misma de cada región, asimismo las personas no pueden permanecer sin comer, pueden adaptarse al hecho de que no haya disponibilidad de recojo de basura en sus viviendas pero se dan modos de fijar un espacio, sin embargo no pueden estar sin alimentarse por varios días, en este sentido es fundamental el rol de la alimentación en nuestro contexto. Una persona sabe cómo alimentarse en la medida que aplica los conocimientos adquiridos y las costumbres arraigadas en su familia y comunidad, es así que una buena alimentación reflejará en la mayor parte de los casos un buen estado de salud.

La malnutrición particularmente en menores de 5 años, mujeres gestantes y en periodo de lactancia, continua siendo uno de los problemas de salud y nutrición pública no resueltos en Bolivia y el Mundo, pone evidencia la exclusión social, económica, política y cultural de importantes segmentos de la población, que viven en condiciones de pobreza.

A nivel estratégico se tiene la promulgación de la Política de Alimentación y Nutrición aprobada mediante Decreto Supremo N°2167 en Octubre de 2014. Su implementación se encuentra bajo la responsabilidad de los Ministerios de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Productivo y Economía Plural y Ministerio de Desarrollo Rural y Tierras.

La problemática de la desnutrición en general de la malnutrición tiene muchas

causas: inseguridad alimentaria en el hogar, limitado acceso al agua saneamiento y servicios de salud e inadecuadas prácticas de salud y alimentación en el ciclo de la vida, es así que el abordaje debe ser multisectorial y con políticas que incidan en las determinantes sociales de la salud.

III.- AREA DE ALIMENTACION Y NUTRICION

El Área de Alimentación y Nutrición es dependiente de la Unidad de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades del SEDES La Paz, cuya función es operativizar las estrategias sectoriales de alimentación, nutrición y cuidado de la salud en coordinación con programas y proyectos del Ministerio de Salud, (Bono Juana Azurduy, especialistas SAFCI, MI Salud.), y las distintas Unidades y áreas del SEDES.

OBJETIVO

El objetivo general del Área de Alimentación y Nutrición está orientado a erradicar la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años con prioridad en menores de 2 años implementando intervenciones integrales, fortaleciendo la estructura y funcionalidad multisectorial a nivel departamental y municipal, estableciendo mecanismos transparentes de evaluación y monitoreo a las intervenciones multisectoriales y fortaleciendo la capacidad y participación comunitaria.

IV. LINEAS ESTRATEGICAS DEL AREA DE ALIMNETACION Y NUTRICION

a) Lactancia Materna.

- **ACREDITACION** de establecimientos de salud I, II y III nivel en la Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez, a través de la norma técnica de la Iniciativa

Amigos de la Madre y la Niñez y el Manual de acreditación de hospitales amigos de la madre y la niñez, (IAMN).



REGLAMENTO ESPECÍFICO DE INFRACCIONES Y SANCIONES

A la Ley 3460 y Decreto Supremo No. 0115 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos

El Ministerio de Salud y la Dirección General de Promoción de la Salud, a través de la Unidad de Alimentación y Nutrición promueve el cumplimiento de la Ley N° 3460 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos y su decreto supremo N° 0115, por lo que emite el presente y su “Reglamento Específico de Sanciones e Infracciones a la Ley 3460 y su Decreto Supremo 0115 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos”, que establece los procesos y procedimientos de sanciones por infracciones, contra versiones y transgresiones a cualquier disposición contenida en la Ley 3460, por lo tanto, se constituye en un documento técnico normativo de aplicación en todas las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud.

b) ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Alimentación complementaria, significa la introducción de nuevos alimentos a partir de los 6 meses que se les da a los/as niños/as además de la leche materna.

Es muy importante que la alimentación de los niños/as en los primeros 2 años de vida sea proporcionada en cantidad y calidad suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de su acelerado crecimiento y desarrollo.

Una alimentación variada y balanceada nutricionalmente, permite que el/la niño/a conozca los distintos sabores, olores, texturas, temperaturas, colores y consistencia de los alimentos, de esta manera, se define sus gustos, preferencias o rechazos.

La introducción de alimentos no significa la interrupción de la lactancia, sino su complementación, es decir, que la leche materna sigue siendo un alimento muy importante hasta los 2 años de edad.



Características de la alimentación complementaria

La introducción de nuevos alimentos a la dieta del niño/a, a partir del sexto mes de vida, debe ser realizada en forma gradual, alimento por alimento, para que los niños se acostumbren y conozcan poco a poco los distintos sabores de los alimentos.

Inicialmente los alimentos proporcionados al niño/a, deben ser de consistencia semisólida (papillas o purés) y posteriormente sólidas y picadas (comida de la olla familiar).

ALIMENTO COMPLEMENTARIO (NUTRIBEBE)

Es un alimento complementario a la leche materna y alimentación diaria de las niñas y niños, la cual debe otorgarse a partir de los 6 meses hasta los 23 meses de edad.



El Alimento Complementario Nutribebé es un polvo homogéneo, de preparación instantánea. se presenta en Bolsa Trilaminada de 750 g (se requiere dos al mes por niño).

Dar **NUTRIBEBE** dos veces al día, entre comidas a media mañana y a media tarde, su preparación es de acuerdo a instrucciones.

Es importante informar que cuando se proporcione la alimentación al niño o niña, se coloque la cucharilla con la papilla en la parte media de la lengua, porque si se coloca en la punta, el niño o niña tiende a devolver el alimento y la madre interpreta como rechazo y deja de dar el alimento corriendo el riesgo de provocar desnutrición.

El Nutribebe respeta las necesidades infantiles de vitaminas y minerales, basados en el porcentaje de valores diarios de referencia, contiene todas las vitaminas y minerales que ayudan a prevenir la Anemia Nutricional, Hipovitaminosis A y Deficiencia de Yodo.

NORMAS:

- Decreto Supremo N° 28421, 21 de octubre de 2005
- Resolución ministerial 0288, artículo 3
- Especificaciones Técnicas del Alimento Complementario Nutribebe

c) SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

El personal de Salud cuando este en contacto con la madre de un/a niño/a a partir de los 6 meses, tienen la obligación de:

- Verificar en el CSI si el/la niño/a recibió la capsula de vitamina A de acuerdo al siguiente esquema de distribución:
- Indicar a la madre que esta vitamina favorecerá el crecimiento de su niño/a, evitando las enfermedades infecciosas promoviendo la regeneración de las mucosas y lo protegerá de la ceguera nocturna.

ADMINISTRACIÓN DE PERLAS DE VITAMINA "A"		
Edad (meses)	Dosis	Frecuencia de Administración
6 a 11	1 capsula de 100.000 U.I. (color azul)	Dosis única
12 a 59	1 capsula de 200.000 U.I. (color roja)	1 capsula cada 6 meses (2 veces por año vida)



- Entregar las chispitas nutricionales, de acuerdo al continuo de la vida y a la norma nacional de tratamiento de anemia como se indica para su distribución:

EDAD	CHISPITAS NUTRICIONALES	DOSIS DIARIAS
6 a 12 meses	60 SOBRES	1 SOBRE
1 año	60 SOBRES	1 SOBRE
2 años	60 SOBRES	1 SOBRE
3 años	60 SOBRES	1 SOBRE
4 años	60 SOBRES	1 SOBRE



Ley 475 modificación septiembre 2014 M.S.

Indicar a la madre que las chispitas Nutricionales deben ser consumidas durante 60 días seguidos, un sobre cada día.

- **El embarazo es una de las etapas de mayor cuidado**, control y seguimiento nutricional en la vida de la mujer porque aumenta sus necesidades de alimentación y nutrición para cubrir los requerimientos de crecimiento y desarrollo normal del feto y mantener su salud y nutrición.



De acuerdo a la norma nacional, las tabletas de sulfato ferroso, ácido fólico y vitamina C, deben ser entregados para prevenir y controlar las anemias nutricionales en el primer contacto con la mujer embarazada entregando 90 tabletas, recomendando:

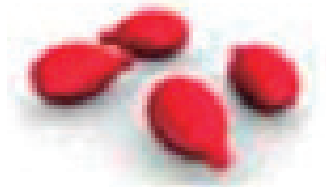
- Tomar las tabletas de sulfato ferroso después del almuerzo o cena, con jugo de frutas cítricas para favorecer la absorción de hierro.
- Evitar tomar con te, café o leche porque limitan la absorción de hierro.

- **El puerperio** es un periodo fisiológico de cambios en el organismo de la mujer posteriores al parto.

La alimentación durante el puerperio y la lactancia es fundamental para mantener un adecuado estado nutricional de la madre y asegurar el crecimiento, desarrollo y la salud del niño/a.

Durante el periodo de la lactancia las necesidades nutricionales aumentan más que en el embarazo, porque la producción de leche materna demanda una cantidad adicional de energía y nutrientes, cuyo consumo también protege la nutrición y salud de la madre.

El establecimiento de salud a la semana del parto para su control postnatal y según norma debe administrar: Una dosis única de vitamina "A" de 200.000 U.I. (perla roja) para regenerar epitelios y evitar infecciones y 90 tabletas de sulfato ferroso para prevenir la anemia.



NORMAS

- LEY 475, Prestaciones de Servicios de Salud
- Decreto supremo 1948, reglamento de la ley 475
- RM, de 2 de mayo de 2014 ampliación vigencia prestación del SUMI

COMPLEMENTO NUTRICIONAL PARA LAS Y LOS ADULTOS MAYORES

Es importante para:

- Reforzar el aporte nutricional de la alimentación brindada en el hogar.
- Proporcionar nutrientes escasos pero necesarios en este grupo
- Mitigar limitado acceso de alimentos de alto valor nutritivo.

FORMULACIÓN DEL COMPLEMENTO

Nutrientes	Beneficio
COLÁGENO HIDROLIZADO TIPO I:	Incrementa la densidad de la masa de los huesos, especialmente en condiciones de deficiencia de calcio y proteínas
OMEGA 3, ÁCIDO DOCOSAHEXANOICO (DHA):	Es considerado uno de los constructores de tejido cerebral.
OMEGA 3, ÁCIDO EICOSAPENTAENOICO (EPA):	Vital en el mantenimiento saludable de las funciones del cuerpo y ayuda a proteger y mantener la salud a largo plazo.



Micronutrientes	Beneficio
20 MICRONUTRIENTES	Vitamina A, C, D, E, K, B1, B2, B6, B5, B12, ácido fólico, Zinc, Magnesio, Calcio, Hierro, cromo, selenio, yodo, fósforo.
ÁCIDO FÓLICO	Participa junto a la vitamina B12 en la duplicación de los glóbulos rojos, su carencia lleva a la anemia.
VITAMINA B12	Necesario para la síntesis del ADN, mantiene la capa de mielina de los nervios.

OBJETIVO DEL CARMELO

Contribuir a la seguridad alimentaria y nutricional de las y los adultos mayores de Bolivia.

FORMA DE PREPARACION

Producto instantáneo en polvo, no necesita cocción y es fácilmente digerible.

La ración diaria es de 30 gramos del producto diluidos en 150 mililitros de agua fría o tibia previamente hervida o jugos de frutas naturales.

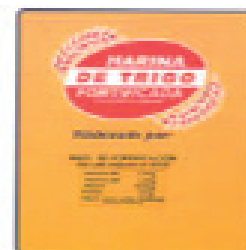
Entrega en el establecimiento de salud de primer nivel, más cercano a su domicilio o comunidad.

d) FORTIFICACION DE ALIMENTOS

Con el objeto de impulsar y consolidar una estrategia que permita al país enfrentar la problemática nutricional a la carencia de micronutrientes y teniendo en cuenta los avances tecnológicos en la industria de alimentos y el comercio han hecho de la garantía de la calidad sanitaria y nutricional un aspecto fundamental para el desarrollo y la competitividad industrial.

En este sentido se implementa la estrategia de fortificación de alimentos de consumo masivo en la población, seleccionando a tres alimentos para este fin: harina, sal, y aceite.

En el caso de las harinas fortificadas este sistema tiene 2 objetivos uno; industrial para hacer que el producto sea más competitivo, y dos en el campo de la salud garantizar a la población un aporte nutricional adecuado en relación al sulfato ferroso anhídrido y a las vitaminas del complejo B que serán adicionadas a la harina de trigo.



Merced a las políticas implementadas por el Nivel Central, las instituciones involucradas en el proceso de saneamiento, importación y comercialización de sal adecuadamente yodada,

estrategia que nos permite enfrentar la estrategia que permite al país enfrentar la problemática nutricional de la carencia de este principal micronutriente, por lo que se cuenta con el reglamento técnico de FORTIFICACION DE LA SAL YODADA, constituyéndose un documento técnico de apoyo del campo de aplicación y consulta en el proceso de fortificación, importación y comercialización de sal yodada.



En el caso de los aceites el reglamento tiene por objeto establecer los requisitos técnicos de fortificación del aceite vegetal con vitamina A de consumo humano, a fin de proteger la salud de las personas y evitar prácticas que puedan inducir a error a los Usuarios y Usuaris, Consumidoras y Consumidores del país, se aplica al aceite vegetal para consumo humano en los siguientes tipos: aceite comestible de soya, aceite comestible de algodón, aceite comestible de girasol, aceite de maíz, aceite comestible de mezcla de soya y algodón, aceite comestible de mezcla de soya y girasol sea de fabricación nacional, importada o de

donación y quede incluida en las siguientes partidas arancelarias.

NORMAS

- LEY 453 Ley general de los derechos de los usuarios/as consumidores/as
- Decreto supremo 08338 "uso de la sal"
- Decreto supremo N° 28094
- R.M. 0636 reglamento técnico de fortificación de la sal
- R.M. 0647 legislación y reglamentación del aceite vegetal comestible fortificado con vitamina "A"

e) VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA NUTRICIONAL

CONTROL DE CRECIMIENTO AL MENOR DE 5 AÑOS EN CENTROS DE SALUD

La toma periódica del peso y talla del niño, permite conocer la tendencia de crecimiento para su edad y saber si su estado nutricional es superior, normal, o presenta desnutrición en grado leve, moderado o grave.

El monitoreo del crecimiento es una actividad importante en la atención integral al niño, la misma que incluye las tareas de promoción, prevención y recuperación de la salud y nutrición.

Monitoreo de crecimiento del niño o niña

Monitorear el seguimiento de peso y talla de niños y niñas de manera periódica ayuda a detectar si el proceso de crecimiento es óptimo, es lento o se ha detenido, en base al cual es propicia la consejería sobre su alimentación de acuerdo a la edad que tiene.

El monitoreo del crecimiento debe ser realizado cada quince días a los niños menores de 2 meses, en un mes a los niños de 2 a 23 meses y cada dos meses a niños de 24 a 59 meses.

Si en los dos últimos controles el niño ha ganado peso y este se encuentra en la curva de estado nutricional normal, significa un crecimiento bueno por lo tanto se debe felicitar a la madre y alentar a que siga cuidando la alimentación de su hijo.

Aspectos a tomar en cuenta para la toma de peso en el menor de 5 años:

- Asegurarse de contar con los Carnets de Salud Infantil vigentes.
- Asegurarse que la balanza este en buenas condiciones de funcionamiento y calibrarla (marcar en 0).
- Indique a la madre que usted pesará al niño(a) y ubique la balanza en una superficie plana y lisa.
- Para tomar el peso usted debe estar siempre de frente a la balanza y lea el resultado de la medición en voz alta
- Tenga los formularios cerca de usted.

Antes de pesar al niño/a verifique si presenta edemas, presionando el dorso de ambos pies. La presencia de edemas porque modifica el peso real del niño/a

Como se pesa correctamente a un niño

- Pida a la madre que desvista al niño(a), debe quedar solo con ropa interior para la medición del peso.
- La lectura se realiza cuando el niño(a) se queda inmóvil por un momento
- Registre el valor obtenido en el formulario, antes de retirarlo(a) de la balanza.

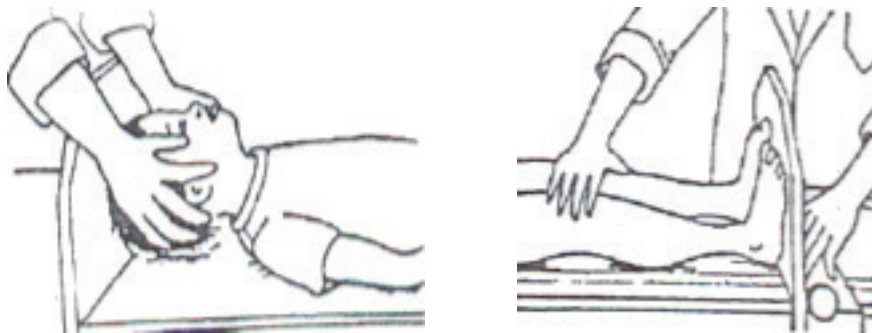


Que debemos hacer antes de tomar la talla a un niño

- Busque un lugar plano horizontal y firme para colocar el infantómetro o tallímetro.
- Asegúrese que el infantómetro o tallímetro. cuente con la cinta graduada y tope móvil sin ningún defecto (de acuerdo a normas establecidas por el Ministerio de Salud)
- Actúe con firmeza y amabilidad y explique a la madre como se tomara la talla y pida ayuda

Como se mide correctamente a niños/as de 0 a 24 meses de edad

- Pida a la madre que le quite los zapatos y gorra a su hijo. Que saque cualquier adorno de su cabeza y desate moños ,colas u otros peinados que abulten la cabeza
- Con la ayuda de la mamá colocar al niño sobre el infantómetro de manera que los hombros, espalda , nalgas y piernas estén rectos en contacto con el centro del infantómetro
- Pida a la mama que sujete la cabeza del niño en posición correcta, y usted coloque su brazo derecho sobre sus rodillas y con su mano sujete los pies del niño.
- Con su mano izquierda coloque el tope móvil a poca distancia de los pies del niño y deslice suavemente hasta encontrar la planta de los pies.
- Lea en voz alta la medida de la longitud, suelte al niño y anote en el carnet de salud infantil
- Retire el tope móvil y pida a la mama que levante al niño del infantómetro con cuidado.



Toma de Talla a niños/as mayores de 24 meses de edad

- Pida a la madre que le quite los zapatos a su hijo, así como la gorra, trenzas, moños, u otros peinados que abulten la cabeza.
- Con la ayuda de la mama, colocar al niño parado con los pies juntos en posición firme y las rodillas sin doblar (el niño no debe estar inclinado)
- Asegúrese antes de medir, que los hombros, espalda y nalgas, estén rectos en contacto con la superficie vertical del tallímetro y que los talones no estén elevados.
- La cabeza debe estar levantada con la vista dirigida al frente, los brazos deben colgar libremente a los

lados del tronco con las palmas dirigidas hacia los muslos.

- Deslice suavemente la pieza móvil hasta tocar la coronilla de la cabeza del niño.
- Pida al niño que no se mueva y lea rápidamente y en voz alta la cifra que marca la pieza móvil, retire la pieza móvil y registre el dato en el Carnet de Salud Infantil.



MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS

<p>ATLU (Alimento terapéutico listo para el uso)</p>	<p>El ATLU es considerado como un medicamento para tratar la desnutrición aguda grave y moderada sin complicaciones.</p>	<p>El ATLU, es el equivalente a una fórmula especial para el niño o niña con desnutrición aguda (F-100). Es una pasta que viene en un paquete o sobre. El ATLU no necesita ser refrigerado, pero no debe ser expuesto al sol.</p>	<p>No necesita ninguna preparación adicional (no debe ser cocido ni se le debe agregar sal, azúcar o aceite), está listo para su uso. El personal de salud debe DEMOSTRAR cómo administrar el ATLU. Durante el consumo de ATLU el niño o niña debe recibir agua hervida (enfriada) en la cantidad que desee beber.</p>
---	--	---	--

La desnutrición es una enfermedad reversible que se presenta principalmente en los niños/as, debido a múltiples causas, una de ellas la ingesta insuficiente de alimentos que no cubren las necesidades de energía y proteínas, llevando a declinar las reservas del organismo que conduce a la desnutrición y luego a la muerte.

La desnutrición afecta el crecimiento, el desarrollo psicomotor, disminuye la resistencia a las infecciones y la capacidad de aprendizaje y afecta Los daños nutricionales que se producen en los dos primeros años de vida son irreversibles, por eso es importante que el niño/a reciba una buena lactancia materna y una buena alimentación complementaria.

DESNUTRICIÓN AGUDA GRAVE

Clínicamente se observa:

1. Edema en ambos pies.
2. Peso para la talla por debajo de <3 desviaciones estándar (< -3DE), enflaquecimiento extremo.
3. Refiera a tercer nivel de atención de acuerdo a protocolo de referencia del Continuo de la Atención.

DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA

La desnutrición es moderada, cuando el/la menor de 5 años tiene un índice de peso para la talla por debajo de -2DE y hasta -3DE, según la Tabla de referencia OMS - Peso para la Talla.

El niño/a con estas características tiene que ser transferido al Establecimiento de Salud o a la Unidad Nutricional Integral (UNI) para ser tratado de acuerdo al "Manual de Manejo del Desnutrido Agudo".

Si el/la niño/a es menor de seis meses, se debe:

- Conocer los antecedentes del estado de salud y nutrición de la madre.
- Evaluar y corregir las técnicas sobre lactancia materna exclusiva.
- Indicar lactancia materna cada una o dos horas.
- Pesar al niño cada siete días, hasta que alcance un incremento de peso sostenido.
- Si el/la niño/a es huérfano o no tiene lactancia materna, se le debe brindar relectación en primera

instancia o formula de leche maternizada.

Si el/la niño/a es de 6 a 24 meses, se debe:

- Continuar con lactancia materna hasta los dos años
- Pesar en forma diaria hasta que alcance una ganancia adecuada de peso.
- Brindar orientación a la madre sobre cómo debe ser la alimentación complementaria del niño/a, la higiene durante la preparación de los alimentos y la estimulación temprana. Asimismo, orientarla sobre el cuidado de su salud y la planificación familiar.

RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA

Diagnóstico y manejo en Establecimientos de Salud


Se considera RIESGO DE DESNUTRICION aguda, cuando el/la menor de 5 años tiene el índice Peso para la Talla por debajo de -1DE hasta -2DE, según la Tabla Peso para la talla.

Los/las niños/as clasificados en este grupo deben ser atendidos en todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención, con el enfoque preventivo basados en las **10 PRACTICAS CLAVE DE ALIMENTACION Y NUTRICION**, a fin de evitar la desnutrición.

DESNUTRICION CRONICA

Se clasifica según el índice TALLA/EDAD por debajo de -2DE en las tablas de la OMS

Se define como la falta de crecimiento lineal en los niños/as debido a una serie de factores, cognitivos, económicos, socioculturales, entre otros que impiden el normal crecimiento lineal, el tratamiento está enfocado en los niños/as menores de 2 años de acuerdo a la norma como se detalla a continuación:

Micronutriente	Acción	Alimentos fuente	Dosis
<p>Zinc (Suplementación terapéutica)</p> 	<p>Acorta la duración de la diarrea Si el niño o niña de 6 a 23 meses tiene talla baja, el zinc promoverá su crecimiento lineal</p>	<p>Alimentos fuente de zinc como: Carnes y vísceras</p>	<p>Tratamiento talla baja: 45 comp. 20mg. 10mg/90 días Tratamiento diarrea: 14 comp. 20mg/ 14 días</p>

f) UNIDADES DE NUTRICION INTEGRAL – UNI

DEFINICIÓN

La Unidad de Nutrición Integral (UNI), es el equipo multidisciplinario de referencia técnica en alimentación y nutrición, establecido y articulado a un establecimiento de primer nivel de las redes de salud.

OBJETIVOS DE LA UNI

Los objetivos a cumplir deberán desarrollarse en corresponsabilidad con el personal de salud de su ámbito de acción y previo fortalecimiento de sus competencias técnicas y operativas.

a) OBJETIVO GENERAL

Promover la aplicación de estrategias de alimentación, nutrición y cuidado de la salud de las personas, familias y comunidades durante el ciclo de la vida.

FUNCIONES DE LA UNI

El equipo de la UNI desarrollará sus funciones a fin de operativizar las estrategias sectoriales de alimentación, nutrición y cuidado de la salud en corresponsabilidad con el personal de salud, programas y proyectos del Ministerio de Salud, (Bono Juana Azurduy, especialistas SAFCI, MI Salud, Equipos móviles odontológicos), Médicos Tradicionales y otros, en su ámbito de acción.

COORDINACION TECNICA

- Ministerio de Salud a través de la Unidad de alimentación y nutrición y el área de las Unidades de Nutrición Integral-
- Servicio Departamental de Salud, a través del Área de Alimentación y Nutrición.

COORDINACION ADMINISTRATIVA

- Ministerio de Salud
- Gobiernos Autónomos Departamentales
- Gobiernos autónomos Municipales

V. BIBLIOGRAFIA

- Documento evaluación medio término PMDC CT-CONAN
- Ley 3460 y Decreto Supremo No. 0115 de Fomento a la Lactancia Materna y Comercialización de sus Sucedáneos.
- Reglamento Específico de Sanciones e Infracciones a la Ley 3460 y su Decreto Supremo 0115.
- Decreto Supremo N° 28421, 21 de octubre de 2005
- Resolución ministerial 0288, artículo 3
- Especificaciones Técnicas del Alimento Complementario Nutribebe
- Manual de transporte y almacenamiento del Alimento complementario
- LEY 475, Prestaciones de Servicios de Salud
- Decreto supremo 1948, reglamento de la ley 475
- RM, de 2 de mayo de 2014 ampliación vigencia prestación del SUMI
- LEY 453 Ley general de los derechos de los usuarios/as consumidores/as
- Decreto supremo 08338 "uso de la sal"
- Decreto supremo N° 28094
- R.M. 0636 reglamento técnico de fortificación de la sal
- R.M. 0647 legislación y reglamentación del aceite vegetal comestible fortificado con vitamina "A"
- Protocolo de atención integrada al continuo del curso de la vida.
- Manual de Organización y Funciones Unidades de Nutrición Integral

GÉNERO Y VIOLENCIA

Lic. Nery Salas Contreras
RESP. DEPTAL GÉNERO Y VIOLENCIA

16

OBJETIVO GENERAL

Implementar acciones que contribuyen a visibilizar y desnaturalizar la violencia en razón de género a través de medidas en el ámbito de salud y marco legal vigente.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. *Desarrollar medidas de atención y prevención hacia mujeres en situación de violencia para el ejercicio de sus derechos*
2. *Fortalecer el sistema de referencia y contrareferencia para pacientes en situación de violencia o riesgo inminentes a servicios especializados de atención médica, psicológica y de protección*
3. *Diseñar un plan de capacitación e información en prevención de violencia*

ANTECEDENTES

De acuerdo a reporte de informes nacionales e internaciones se deduce que la violencia ha formado parte de la experiencia humana. Sus efectos se pueden ver bajo diversas formas y magnitud; cada año más de un millón de personas pierden la vida y muchas más sufren lesiones no mortales como resultado de la violencia autoinfligida interpersonal o colectiva. En conjunto, la violencia es una de las principales causas de muerte en todo el mundo, para la población de 15 a 44 años de edad.

Sin embargo es difícil obtener cálculos precisos, los costos de la violencia se expresan en miles de millones de dólares que cada año se gastan en asistencia sanitaria y , además de los miles de días laborables perdidos, las medidas para hacer cumplir las leyes y las inversiones malogradas por esta causa restan a la economía de cada región y país.

A nivel departamental el reporte de violencias por grupos de edad y sexo correspondiente a las gestiones 2015-2016 presenta un incremento de la ocurrencia de violencias en todas sus formas, llama la atención considerablemente dos grupos etarios: el primero comprendido entre 20 a 39 años evidencia una mayor incidencia hacia el sexo femenino, así mismo el otro grupo de edad de 0 a 9 años (niños) identificando formas de violencia con mayor predominio hacia el sexo masculino.

En relación a Violencias según grupos de edad, sexo y tipología, se aprecia un incremento en todas sus formas, el grupo etario comprendido de 20 a 39 años presenta mayor reporte de violencia familiar; en caso de violencia sexual el grupo de 10 a 19 años es el más afectado; esta información es de la consulta pasiva en los establecimientos principalmente de la red Primaria.

DEFINICIONES DE VIOLENCIA

1. Violencia. Constituye cualquier acción u omisión, abierta o encubierta, que cause la muerte, sufrimiento o daño físico, sexual o psicológico a una mujer u otra persona, le genere perjuicio en su patrimonio, en su economía, en su fuente laboral o en otro ámbito cualquiera, por el sólo hecho de ser mujer.

2. Situación de Violencia. Es el conjunto de circunstancias y condiciones de agresión en las que se encuentra una mujer, en un momento determinado de su vida.

3. Lenguaje no Sexista. Es el uso de palabras y mensajes escritos, visuales, simbólicos y verbales no discriminatorios por razón de sexo.

4. Presupuestos Sensibles a género. Son aquellos que se orientan con carácter prioritario a la asignación y redistribución de recursos hacia las políticas públicas y toman en cuenta las diferentes necesidades e intereses de mujeres y hombres, para la reducción de brechas, la inclusión social y económica de las mujeres, en especial las que se encuentran en situación de violencia y las que son más discriminadas por razón

de procedencia, origen, nación, pueblo, posición social, orientación sexual, condición económica, discapacidad, estado civil, embarazo, idioma y posición política.

5. identidad cultural. Es el conjunto de valores, visiones, tradiciones, usos y costumbres, símbolos, creencias y comportamientos que da a las personas sentido de pertenencia

6. Agresor o Agresora. Quien comete una acción u omisión que implique cualquier forma de violencia hacia la mujer u otra persona.

7. Integridad sexual. Es el derecho a la seguridad y control sexual del propio cuerpo en el concepto de la autodeterminación sexual.

TIPOS DE VIOLENCIA (ley 348)

1. Violencia física. Es toda acción que ocasiona lesiones y/o daño corporal , interno, externo o ambos, temporal o permanente, que se manifiesta de forma Inmediata o en el largo plazo, empleando o no fuerza física, armas o cualquier otro medio

2. violencia feminicida. Es la acción de extrema violencia que viola el derecho fundamental a la vida y causa la muerte de la mujer por el hecho de serlo.

3. Violencia Psicológica. Es el conjunto de acciones sistemáticas de desvalorización, intimidación y control del comportamiento, y decisiones de las mujeres, que tienen como consecuencia la disminución de su autoestima, depresión, inestabilidad psicológica, desorientación e incluso el suicidio.

4. Violencia Mediática. Es aquella producida por los medios masivos de comunicación a través de publicaciones, difusión de mensajes e imágenes estereotipadas que promuevan la sumisión y/o explotación de mujeres, que la injurian, difaman, discriminan, deshonran, humillan o que atentan contra su dignidad, su nombre y su imagen.

5. Violencia Simbólica y/o encubierta. Son los mensajes, valores, símbolos, iconos, signos e imposiciones sociales, económicas, políticas, culturales y de creencias religiosas que transmiten, reproducen y consolidan relaciones de dominación, exclusión, desigualdad y discriminación, naturalizando la subordinación de las mujeres.

6. Violencia contra la dignidad, la Honra y el Nombre. Es toda expresión verbal o escrita de ofensa, insulto, difamación, calumnia, amenaza u otras, tendenciosa o publica, que desacredita, descalifica, desvaloriza, degrada o afecta el nombre, la dignidad, la honra y la reputación de la mujer.

7. Violencia Sexual. Es toda conducta que ponga en riesgo la autodeterminación sexual, tanto en el acto sexual, como en toda forma de contacto o acceso carnal, genital o no genital, que amenace, vulnere o restrinja el derecho al ejercicio a una vida sexual libre segura, efectiva y plena, con autonomía y libertad sexual de la mujer.

8. Violencia contra los derechos reproductivos. Es la acción u omisión que impide, limita o vulnera el derecho a las mujeres a la información, orientación, atención integral y tratamiento durante el embarazo o pérdida, parto, puerperio y lactancia; a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijas e hijos, a ejercer su maternidad segura, y a elegir métodos anticonceptivos seguros.

9. Violencia en Servicios de salud. Es toda acción discriminadora, humillante y deshumanizada y que omite, niega o restringe el acceso a la atención eficaz e inmediata y a la información oportuna por parte del personal de salud, poniendo en riesgo la vida y la salud de las mujeres.

10. Violencia patrimonial y económica. Es toda acción u omisión que al afectar los bienes propios y/o gananciales de la mujer, ocasiona daño o menoscabo de su patrimonio, valores o recursos; controla o limita sus ingresos económicos y la disposición de los mismos, o la priva de los medios indispensables para vivir.

11. Violencia Laboral. Es toda acción que se produce en cualquier ámbito de trabajo por parte de cualquier persona de superior, igual o inferior jerarquía que discrimina, humilla, amenaza o intimida a las mujeres; que obstaculiza o

supedita su acceso al empleo, permanencia o ascenso y que vulnera el ejercicio de sus derechos.

12. Violencia en el Sistema Educativo Plurinacional. Es todo acto de agresión física, psicológica o sexual cometido contra las mujeres en el sistema educativo, regular, alternativo, especial y superior.

13. Violencia en el Ejercicio Político y de Liderazgo de la Mujer. Entiéndase lo establecido en el art. 7 de la ley No 243, contra el Acoso y la Violencia Política hacia las Mujeres.

14. Violencia Interinstitucional. Es toda acción u omisión de servidores y servidoras públicos o de personal de instituciones privadas, que implique una acción discriminadora, prejuiciosa, humillante y deshumanizada que retarde, obstaculice, menoscabe o niegue a las mujeres el acceso y atención al servicio requerido.

15. Violencia en la Familia. Es toda agresión física, psicológica o sexual cometida hacia la mujer por el conyugue o ex conyugue, conviviente o ex conviviente, o su familia, ascendientes, descendientes, hermanas hermanos, parientes civiles o afines en línea directa y colateral, tutores o encargados de la custodia o cuidadores

16. Violencia Contra los Derechos y la Libertad Sexual. Es toda acción u omisión que impida o restrinja el ejercicio de los derechos de las mujeres a disfrutar de una vida sexual libre, segura, afectiva y plena que y vulnere su libertad de elección sexual.

17. Cualquier otra forma de violencia que dañe la dignidad, integridad, libertad o que viole los derechos de las mujeres.

MEDIDAS EN EL AMBITO DE SALUD

1. Incorporar estrategias y programas de promoción, prevención e intervención integral en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
2. Incluir e implementar la Norma Nacional de Atención Clínica, el protocolo único de detección, atención y referencia de la violencia y sus efectos.
3. Diseñar y ejecutar planes de capacitación, información y sensibilización sobre promoción, prevención y tratamiento integral a mujeres que sufren violencia al personal de salud.
4. Derivar a las mujeres en situación de violencia a los servicios especializados de atención médica, psicológica y de protección.
5. Respetar decisiones respecto al ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos.
6. Generar y difundir información permanente sobre derechos sexuales, reproductivos, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual
7. El personal médico del Sistema público de salud , deberán extender de oficio de forma obligatoria, gratuita un certificado médico a mujeres que requieran atención por daño físico o sexual emergente de actos de violencia,
8. Adoptar normas, políticas y programas de prevención y sanción de la violencia.
9. Promover la participación comunitaria activa de mujeres y hombres en los establecimientos de salud públicos, seguro social a corto plazo y los privados para ejercer el control social.
10. Generar y difundir información permanente y actualizada sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, hemorragias durante el primer trimestre de embarazo, embarazos no planificados y de todas las formas de violencia sexual.

LEY 348. ART. 65 CERTIFICADOS MEDICOS

Para establecer el estado físico de la mujer que hubiera sufrido una agresión física o sexual, cualquier profesional de salud que preste servicios en instituciones públicas o privadas acreditadas deberá extender un certificado médico, **de acuerdo al protocolo único de salud integrado al formulario único que se establezca**



"Para fines judiciales, este certificado médico se lo tendrá como un indicio respecto a los delitos establecidos en la presente Ley, una vez homologado, adquirirá valor probatorio. El certificado deberá ser homologado por un experto o una experta forense, quien deberá entrevistar en primera instancia a la o el profesional que extendió el certificado, y solamente en caso de que exista necesidad fundada e ineludible, podrá practicar otro examen médico a la mujer".

EXAMEN MEDICO

- Uno de los objetivos fundamentales del examen médico, es establecer el PERFIL LESIONOLÓGICO corporal emergente en la víctima, relacionados con el hecho.
- Los directos responsables de la realización del examen, es el personal de salud de los servicios de Salud Pública o Privados acreditados.

CERTIFICADO UNICO



CERTIFICADO ÚNICO PARA CASOS DE VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA LEY 348

En el establecimiento de salud: _____ de _____ nivel de la Red de Salud: _____ Ubicado en: _____ de la Ciudad/Localidad: _____ Municipio: _____ Provincia: _____ Departamento: _____
 El/a proveedor (ra): _____ Matriculada Profesional: _____ en uso específico de sus funciones, Certifica que a horas: ____ del día ____ del mes: ____ y año: ____ se realizó el examen médico del o la paciente cuyos datos son los siguientes:
 Nombre: _____ Sexo: F ____ M ____ Otros _____
 Edad: ____ Estado civil: _____ C.I.: _____ Dirección: _____ Tel.: _____

ANAMNESIS

Fecha y Hora de la Agresión:					Lugar en que ocurrió el hecho:				
Da	Mes	Año	Hora	Min	Hogar	Centro de diversion	Escuela	Desconoce	Trabajo
					Propiedad Pública	Propiedad Privada	Vehículo automotor	Via Pública	Otros
Si el agresor se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes					Si la víctima se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes, en lo posible indagar que sustancia				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/>					Efecto referida: Estimulante <input type="checkbox"/> Depresión del SNC <input type="checkbox"/> Alucinaciones <input type="checkbox"/> No específicos <input type="checkbox"/>				
Número de personas que lo agredieron					Si el presunto agresor (os) es conocido				
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Desconoce <input type="checkbox"/>				
					Vínculo con el agresor: Pareja <input type="checkbox"/> Ex Pareja <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/>				
					Especifique familiar: _____				
Si el agresor lo agredió físicamente					Si hubo forcejeo o defensa				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
					Si el agresor resultó lesionado				
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
					Si en el hecho existió violencia a nivel de las vestiduras				
					SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				
BREVE RELATO DEL HECHO:									

EXPLORACION FISICA

Ante cualquier lesión física el profesional en salud debe:
Identificar la lesión. Definir si es equimosis, hematoma, excoriación, herida cortante, herida contundente, quemadura, etc.
Describir la lesión. Se describe la forma, dimensiones (longitud y extensión del área), coloración, bordes (regulares o irregulares), en proceso de cicatrización, con costra hemática, etc.
Ubicar la lesión. Describir el lugar, teniendo en cuenta las regiones anatómicas y puntos de referencia

LESIONES

LESION	DEFINICION
Eritema	Enrojecimiento o inflamación de piel o mucosas, que se produce como consecuencia de la dilatación y congestión de los capilares superficiales. La rubefacción nerviosa o las quemaduras solares leves son algunos ejemplos de eritema.
Edema	Acumulación anormal de líquido en el espacio intersticial de los tejidos.
Equimosis	Alteración de la coloración de una zona de la piel o mucosa producida por la extravasación de sangre en el tejido subcutáneo, como consecuencia de un traumatismo de los vasos sanguíneos subyacentes o de la fragilidad de las paredes vasculares. De acuerdo a la coloración, se puede establecer la cronología: <ul style="list-style-type: none"> • Rojo, el primer día; • Negro, el segundo y tercer días (por desprendimiento de hemoglobina); • Azul, del cuarto al sexto día (por hemosiderina); • Verde, del séptimo al decimosegundo día (por hematoxina); • Amarillo, del decimotercero al vigésimo primero (por hematina). En términos generales, la equimosis desaparece a las tres semanas.
Sugilación	"Chupón", equimosis por succión, a veces se acompaña de marcas de dientes.
Hematoma	Acumulación de sangre extravasada atrapada en los tejidos de la piel o en un órgano, producida por traumatismo. Los coágulos de sangre, la acumulación de plasma, el coágulo endurecido y la masa son palpables para el explorador y, a menudo, es doloroso para el paciente.
Excoriación (Abrasión, "rasmilladura")	Desprendimiento de los estratos superficiales de la epidermis a causa de fricción tangencial o lateral del agente contundente. Cuando el agente actúa verticalmente respecto a la piel, la epidermis es aplastada y se estampa la impresión del objeto contundente. Se observa en partes de cuerpo expuestas y que están sobre planos óseos. Puede estar cubierta por costra serosa, serohemática y hemática. Cuando se produce en mucosas se denomina erosión. Los arañazos o estigmas ungüales son excoriaciones producidas por las uñas.

DESCRIPCION DESCRITA

DESCRIPCIÓN ESCRITA (debe de coincidir con diagrama)

Cráneo: _____

Rostro: _____

Cuello: _____

Tórax Anterior: _____

Tórax Posterior: _____

DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico se basa y sustenta en la anamnesis, signos clínicos y/o exámenes complementarios.
- La OMS/OPS (CIE – 10), recomienda que aparte del diagnóstico de lesión física, se debe registrar obligatoriamente el evento o incidente que determino dicha Lesion. lesión.

BIBLIOGRAFIA

1. 348 Ley integral para garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia
2. Plan departamental de Salud SEDES L.P.



GESTIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD

Dr. Carlos Eduardo Gutiérrez Choque
Responsable Área de Gestión Participativa

17

Objetivos de aprendizaje

- Fortalecer el desempeño y la capacidad de interacción con las personas familias y comunidad en cuanto a la gestión Participativa en Salud (Planificación, ejecución, seguimiento y control social de todas las acciones en Salud vivienda).
- Dotar de instrumentos para fomentar la promoción de la Salud de la población Promoviendo entornos y estilos de vida saludables en el marco de la SAFCI.

I. INTRODUCCIÓN. –

La visión del SEDES menciona que al 2020 el servicio Departamental de Salud afianza su autoridad rectora; la población del Departamento de La Paz ha mejorado su situación de Salud, ejerce su derecho a la salud y la vida y accede a través de Redes funcionales a programas y servicios de salud integrales, interculturales y gratuitos con calidad y equidad de género, participación y control social en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI.

Por ello es que la Unidad de Promoción de la Salud mediante el área de Gestión Participativa tiene como propósito promover la participación directa de la población organizada en todos los momentos de toma de decisiones y ejercer la Gestión Participativa mediante planificación, la ejecución, evaluación, a través del funcionamiento de la estructura social en Salud (Autoridades Locales de Salud, Comité Local de Salud, Consejo Social Municipal de salud).

II. MARCO LEGAL. -

Que el Art. 40 de la Constitución Política del Estado señala que “El Estado Garantizara la participación de la población organizada en la toma de decisiones y la gestión de todo el sistema público de salud”.

Que el Art. 81 numeral 2 párrafo III de la Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez” establece como una de las competencias exclusivas de los Gobiernos Autónomos Municipales.

inciso a) el de formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.

inciso d) el de crear la Instancia Máxima de Gestión Local de salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector salud y las representaciones sociales del municipio.

La Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) D.S. 29601 indica que a partir de la Gestión Participativa, tiene como prioridad el fortalecer la participación de la comunidad en el abordaje de determinantes Sociales de salud teniendo como estrategia la promoción de la salud, educación para la vida y continuo de atención, para contribuir a la eliminación de la exclusión social en salud.

III. La SAFCI;

Es una política de salud, se constituye en la nueva forma de sentir, pensar, comprender y hacer la salud; complementa y articula recíprocamente al personal de salud y médicos tradicionales de los pueblos (IOC) con la persona, familia, comunidad, madre tierra y cosmos, en base a sus organizaciones en la Gestión Participativa y Control Social y Atención Integral e Intercultural de la salud.

III.I. PRINCIPIOS DE LA SAFCI. –

- La participación social o comunitaria; es la capacidad de participación del pueblo organizado, mediante su representación legítima, Estructura social de salud (ESS) en la toma de decisiones sobre planificación, ejecu-

ción-administración, seguimiento-control de las acciones de salud.

- La intersectorialidad; es la intervención coordinada entre la población organizada y el sector salud, con otros sectores del estado, para actuar sobre las determinantes de salud.
- Interculturalidad, es la articulación complementaria entre personas, familias, comunidades, médicos Tradicionales y personal de salud académico.
- La integralidad, es el sentir, conocer y practicar la salud como “un todo” que contempla la persona y su relación de armonía con la familia, comunidad, Madre Tierra, cosmos y el mundo espiritual.

III. II. LA GESTIÓN PARTICIPATIVA:

Es el proceso que se desarrolla en la comunidad o barrio para tomar decisiones sobre:

Planificación, ejecución-administración, seguimiento y control social, donde participan las autoridades comunitarias y/o barriales, el equipo de salud, la población y otros sectores (educación, producción, saneamiento básico, etc.), dirigidas a:

- Transformar determinantes sociales de la salud.
- Reorientar los servicios de salud.
- Fortalecer la medicina tradicional.
- Fortalecer hábitos de protección de la salud.

III.III. FASES DE LA GESTIÓN PARTICIPATIVA:

A) .- LA PLANIFICACIÓN;

Es el proceso mediante el cual se decide anticipadamente lo que se desea hacer y adonde llegar, en base a las decisiones compartidas de la población, las autoridades políticas y el personal de salud, tomando en cuenta recursos técnicos, humanos y financieros.

Su objetivo es plantear un conjunto de acciones para alcanzar metas definidas participativamente.

- Sirve para prever y decidir las acciones destinadas a cambiar un problema de salud, u obtener el futuro deseable.
- Permite establecer y organizar actividades, recursos y responsabilidades que contribuyan a mejorar la situación de salud de la población.

B) .- EJECUCIÓN - ADMINISTRACIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD. -

Es el proceso corresponsable mediante el cual se operativiza, efectúa, realiza o implementa lo que se ha planificado de manera participativa entre la población, las autoridades políticas y el personal de salud.

Su objetivo es desarrollar las acciones programadas para el logro de resultados planificados.

- Sirve para utilizar los recursos destinados a la implementación de procesos, acciones y tareas programadas.
- Permite iniciar el proceso de seguimiento y ajuste de la planificación realizada.

C) .- QUÉ ES EL SEGUIMIENTO CONTROL SOCIAL A LAS ACCIONES EN SALUD. -

Es el proceso mediante el cual, la población organizada en la ESS, vigila el cumplimiento de las acciones programadas y ejecutadas participativamente.

Su objetivo es asegurar el logro de los resultados planificados, a partir de la “corrección” de procesos, actividades o tareas identificadas como deficientes o “mal hechas”.

- Sirve para realizar seguimiento y ajuste de la planificación realizada.
- Permite regular y vigilar el cumplimiento de los procesos, actividades o tareas programadas.

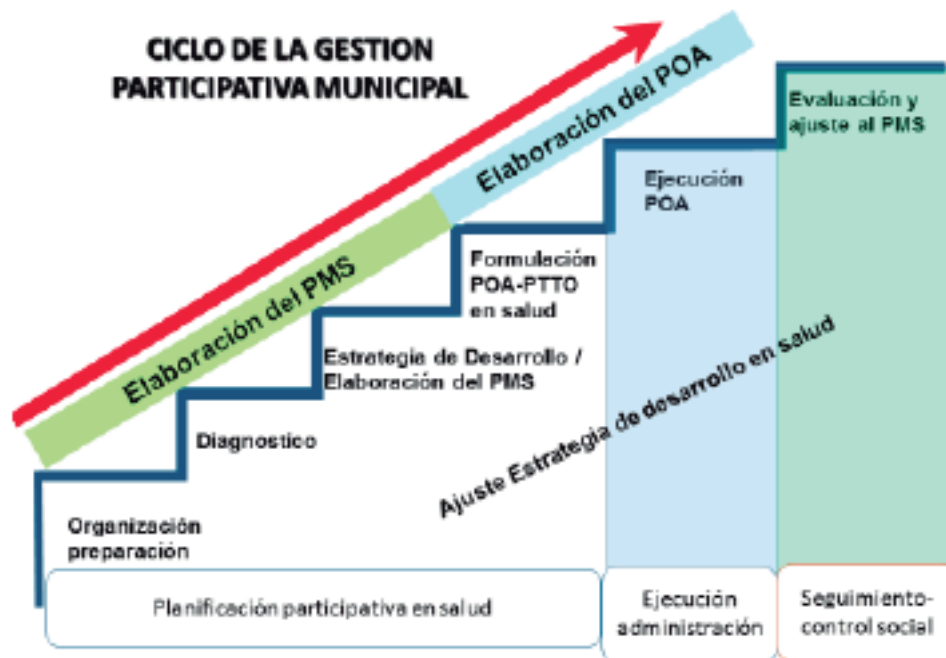
III.IV. ETAPAS DE LA GESTIÓN PARTICIPATIVA Y CONTROL SOCIAL EN SALUD EN

LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES.

Las etapas son:

- La preparación y organización.
- El diagnóstico de la situación en salud.

- La formulación de la estrategia de desarrollo municipal en salud.
- La formulación del Programa Operativo Anual (POA) en salud.
- La ejecución del POA en salud.
- Evaluación del POA en salud y ajuste del Plan Municipal de Salud.



a). PREPARACIÓN Y ORGANIZACIÓN

Es la primera etapa de elaboración del Plan Municipal o IOC de Salud. Es un mecanismo de relacionamiento de actores sociales e institucionales mediante el cual acuerdan y consensuan el desarrollo de acciones y actividades conjuntas; además, de la utilización de sus recursos (económicos, humanos y otros) con el fin de conseguir las metas relacionadas con el proceso de planificación estratégica en salud en el territorio autónomo municipal o IOC.

- Permite la conformación de un marco organizativo “formal”, mediante el cual se define roles, funciones y competencias de los actores sociales e institucionales, para la consecución de los objetivos planteados.
- Permite la elaboración colectiva de cronogramas de actividades para su implementación compartida entre los actores sociales e institucionales.

Donde deben desarrollarse las siguientes actividades:

1ra. actividad: Coordinación interna con la Instancia Máxima de Gestión Local de Salud.

2da. actividad: Conformación del Equipo Técnico Social de Salud.

3ra. actividad: Organización del Equipo Técnico Social de Salud.

Deben lograrse los siguientes productos en esta 1ra. etapa.

- La resolución de la Instancia Máxima de Gestión Local de Salud para implementar el proceso del Planificación Participativa Municipal en Salud (PPMS).
- La resolución de la Instancia Máxima de Gestión Local de Salud de conformación, reconocimiento y funcionamiento del Equipo Técnico Social de Salud (ETSS).
- El plan de trabajo del Equipo Técnico Social de Salud.

b). DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD:

2.1. El diagnóstico de la situación de salud;

Es la segunda etapa de elaboración del Plan Municipal de Salud. Es un proceso de recolección, ordenamiento de la información y análisis de los problemas existentes en el municipio que tiene la finalidad de conocer la situación de salud y los factores sociales, económicos, culturales, políticos y ambientales que inciden en ella de manera directa o indirecta.

- Permite el análisis de la realidad de salud en el municipio o territorio IOC, a través del cual se construye un perfil epidemiológico, social y cultural de salud.
- Permite la identificación de los riesgos y determinantes de salud, mediante los cuales se priorizan las necesidades locales y municipales y se generan propuestas de solución, con la participación de los diferentes actores del territorio autónomo municipal o IOC.

Donde deben desarrollarse las siguientes actividades;

1ra. actividad: Elaboración del diagnóstico situacional de salud del Establecimiento de Salud y sus comunidades o barrios.

2da. actividad: Consolidación y complementación del diagnóstico situacional de salud del establecimiento y sus comunidades. o barrios.

3ra. actividad: Concertación participativa de necesidades y soluciones de las comunidades o barrios en el Establecimiento de Salud.

4ta. actividad: Elaboración del diagnóstico situacional de salud a nivel municipal.

Deben lograrse los siguientes productos en la 2da. Etapa;

- Propuesta de diagnóstico situacional de salud del establecimiento y sus comunidades o barrios.
- Diagnóstico situacional de salud del establecimiento y sus comunidades o barrios.
- Propuesta de necesidades y demandas locales de salud.
- Diagnóstico situacional de salud a nivel municipal de salud.

c). FORMULACIÓN DE LA ESTRATEGIA DE DESARROLLO MUNICIPAL DE SALUD:

Formulación de la estrategia de desarrollo municipal de salud;

La formulación de la Estrategia de Desarrollo Municipal de Salud es la tercera etapa de elaboración del Plan Municipal de Salud. Es el proceso participativo de definición de políticas, acciones, programas y proyectos orientada a la transformación y mejora de las condiciones de vida y de salud de la población del municipio o territorio IOC.

- Permite definir la visión estratégica, la misión institucional (municipio), la identificación de líneas estratégicas y los objetivos estratégicos.
- Permite la priorización participativa de necesidades comunales-barriales y la programación quinquenal.

La construcción de la estrategia de desarrollo municipal de salud, tiene dos etapas, la participativa (donde se definen, líneas estratégicas de acción y propuestas) y la técnica (donde se elaboran programas y proyectos, presupuestos y otros).

Donde deben desarrollarse las siguientes actividades;

1ra actividad: Elaboración de la propuesta de la estrategia de desarrollo del Plan Municipal o IOC de Salud.

2da actividad: Concertación participativa de la propuesta estratégica de desarrollo municipal en salud.

3ra actividad: Redacción del Plan Municipal o IOC de Salud.

4ta actividad: Concertación participativa del Plan Municipal o IOC de Salud.

5ta actividad: Aprobación y difusión del Plan Municipal o IOC de Salud.

Deben lograrse los siguientes productos en la 3ra. Etapa;

- La propuesta de Estrategia de Desarrollo Municipal de Salud.
- La estrategia de desarrollo municipal en salud.
- La propuesta de Plan Municipal o IOC de Salud.

- La resolución Instancia Máxima de Gestión Local de Salud de aprobación del Plan Municipal o IOC de Salud.
- La ordenanza municipal de aprobación del Plan Municipal o IOC de Salud.

VI. BIBLIOGRAFIA. –

1. Ministerio de Salud. Curso de educación permanente en SUS y SAFCI. Bolivia: Ministerio de Salud dossier bibliográfico; 2014.
2. Ministerio de Salud. Documento técnico estratégico No171 Salud Familiar Comunitaria intercultural. Bolivia: Ministerio de Salud; 2011.
3. Ministerio de Salud. Guía de procedimientos en Gestión Participativa local en salud - Serie documentos técnicos - normativos. Bolivia; Ministerio de Salud; 2015.
4. Ministerio de Salud. Guía de procedimientos de Gestión Participativa Municipal en Salud - Serie documentos técnicos - normativos Bolivia: Ministerio de Salud; 2015.
5. Ministerio de Salud. Guía de procedimientos de Elaboración del Plan Municipal de Salud - Serie documentos técnicos - normativos Bolivia: Ministerio de Salud; 2015.
6. Estado plurinacional de Bolivia, ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andres Ibañez” N° 031. Bolivia 19 de julio 2010.
7. Asamblea Constituyente De Bolivia, Constitución Política Del Estado; 7 de febrero del 2009.
8. Decreto supremo 29601, Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, Bolivia 11 de junio del 2008.

EDUCACION PARA LA SALUD A TRAVÉS DE INFORMACION, EDUCACION, COMUNICACIÓN Y PARTICIPACION

Dra. Liliam Sandra Belzu C.
 Docente Salud Pública UMSA
 Lic. Gladys Alanoca Yugra
 Resp. Dptal de Enfermería SEDES
 Dr. José A. Zambrana T.
 Jefe Planif. Epidem. Hospital INT

18

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Dotar al personal de salud, de herramientas pedagógicas para educar, comunicar, informar de la manera más participativa, con fundamentación teórico práctica sobre problemas incidentes, emergentes, reemergentes y/o prevalentes de las poblaciones paceñas.

1. INTRODUCCIÓN

Pese a las múltiples manifestaciones filosóficas, que tienden a concebir a la educación para la salud tratando de definirla como la busque insaciable de sabiduría para usos comunales e individuales, ó como un don divino predestinado a favorecer místicamente a la salud de un grupo de personas , podemos mencionar que “ La educación para la salud, supone facilitar la adaptación voluntaria de los comportamientos de los responsables, de los técnicos y de la población, a través de experiencias de aprendizaje complementarias, que mejoren la salud del individuo o de la colectividad”

Partiendo de la anterior concepción, que nace de la emitida por la OMS/OPS, definimos técnicamente a la educación para la salud, como una disciplina de las ciencias médicas, psicológicas y pedagógicas, que tiene por objeto impartir en forma sistemática los conocimientos teóricos- prácticos, así como el desarrollo consecuente de actitudes y hábitos correctos, que la población debe asimilar, interiorizar, y por último, incorporar gradual y progresivamente a su estilo de vida, como requisito sine qua non, para preservar -en óptimas condiciones- su estado de salud , esta definición mucho más apropiada sería incompleta si no se considera a la didáctica, como elemento fundamental para que el educador logre su objetivo: educar, de la manera más adecuada usando como herramienta esencial a la Didáctica.

2. ANTECEDENTES

Una política nacional de salud es un conjunto de principios, normas y aspiraciones institucionales sobre el comportamiento de la población, en materia del cuidado de la salud Pública. Las principales políticas de salud actualmente vigentes para América Latina, y sus planteamientos esenciales, son:

- Declaración de Alma – Ata, patrocinada por OMS y UNICEF, 1978.” Universalización de la salud como un derecho fundamental “donde da a conocer como elemento base a la educación para la salud.
- Como segundo antecedente para el inicio del IEC tenemos que de acuerdo con la definición de la Carta de Ottawa (1986) “ Promoción de Salud consiste en promocionar a los pueblos los medios necesario para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la mismos” declara que: “ Los requisitos fundamentales para crear la salud son :La paz, la vivienda, la educación, la alimentación, el ingreso , un ecosistema estable , la conservación de los recursos , la justicia social y la equidad “

3. CONTENIDO

a. DEFICION DE IEC- IECP. (Información, educación y comunicación, participación)

El IEC, es la Promoción de Salud por excelencia, dentro de las políticas, es la estrategia más aceptada en el panorama actual de la salud mundial. “La información, educación y comunicación, es el proceso a través del cual abordamos temáticas en salud (enfermedades, o las consecuencias de estas) de una manera sencilla. espontánea pero elaborada con el único propósito de transmitir enseñanza científico transformada en conocimiento empírico” Lethierre, UMSA 2013

b. Definiciones de Comunicación en Salud

La evolución de las definiciones en comunicación para la salud, ha incluido cambios sustanciales en la planeación y la conceptualización utilizada en su desarrollo. Algunas definiciones de comunicación en salud que actualmente son utilizadas en la planeación de programas y campañas de comunicación, no solo para el área de salud, sino para todas aquellas donde la comunicación e información, permita el aprendizaje de una determinado área de conocimiento. De acuerdo a OMS, la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud.



Este tipo de comunicación es reconocida como un elemento necesario en los esfuerzos para mejorar la salud pública y personal, también la comunicación en salud puede contribuir en todos los aspectos de la prevención de la enfermedad incluyendo las relaciones equipo de salud-comunidad. En el aspecto de promoción es importante la exposición a los mensajes y la búsqueda por parte del individuo de información acerca de la salud, la utilización de imágenes de salud en los medios masivos de comunicación, la educación de los consumidores acerca de la salud. Según Luis Ramiro Beltrán la finalidad de la comunicación en salud es “Promoción de la Salud como estrategia Revolucionaria cifrada en la Comunicación”

c. Finalidad

Para alcanzar este propósito, la comunicación debe orientarse a fortalecer procesos locales que promuevan cambios en conocimientos, actitudes y prácticas en la población, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir efectivamente sobre las determinantes que afectan directa e indirectamente a una población, formando este proceso dual donde la salud no es más que la meta a alcanzar frente a fenómenos que se deben resolver.

d. Participación Comunitaria en el Proceso de Comunicación:

El concepto de comunicación participativa parte del supuesto de que aquellos afectados por las decisiones, deben estar involucrados en la toma de estas, “ **SI CONOCES LO QUE QUIEREN HACER CONTIGO O CON TU COMUNIDAD, SOLO PARTICIPARAS, PERO SI TU ERES EL ACTOR PRINCIPAL DE ESTA ACTIVIDAD, NO SOLO PARTICIPAS, TE TRANSFORMAS EN EL EJE DE CAMBIO DE TU FUTURO**”. Es decir, la efectividad de los programas y las campañas de comunicación orientadas hacia el cambio de actitudes y comportamientos, depende de la participación activa de la comunidad afectada en la implementación de estrategias de prevención o promoción, que a su vez tengan en cuenta la realidad social y cultural de la comunidad. No podemos olvidar lo que dijo Paulo Freire, “el pueblo posee un conocimiento práctico, vital, empírico que le ha permitido sobrevivir, interpretar, crear, producir y trabajar por siglos con medios directos naturales”.



e. Carácter individual de la enseñanza

Si bien existe una serie de métodos utilizados para poder llegar a poblaciones independientemente de la magnitud de estas, no podemos negar que existen actitudes individuales que de una u otra manera favorecen para la “salud comunal” por ejemplo ¿la higiene dental o corporal individual, podría repercutir en la colectiva de un asentamiento humano?, ¿la salud sexual individual repercutirá en la sociedad?, ¿la mala aplicación de vacunas influirá en el salud comunal?, un caso patético es la idiosincrasia que podrá tener un paciente con VIH – SIDA en pro de su comunidad, antes, durante y después de haber contraído el Sida, sus motivaciones en pro de la comunidad son diferentes.

f. Carácter educativo de la enseñanza

En todo momento, la enseñanza debe tener un carácter formativo, por lo que el educador deberá ser un ejemplo vivo para los educandos, en todos los órdenes, y su actuación un fiel reflejo de lo que explica desde la vertiente teórica. Imaginen, por ejemplo, a un médico general integral que intenta formar hábitos higiénicos en la población que él atiende y su porte personal no responde a los indicadores que, en ese contexto, los educandos deben seguir en todas y cada una de sus partes .

g. Educación fáctica: de la teoría a la práctica

Sin duda los nuevos paradigmas educativos determinan que el educador debe ingresar en una simbiosis interactiva con su educando, donde “la teoría sin práctica es puro verbalismo; la práctica sin teoría, mero empirismo”. De ahí que la educación para la salud tenga un carácter activo, dinámico y funcional, y en consecuencia, la llamada “educación bancaria” sea sustituida por la educación constructiva participativa, concretada mediante clases demostrativas, talleres, psicodramas, socio dramas, manejo de títeres, lluvia de ideas, fichas Problémica, juego de roles, cadenas, etc.

h. Objetivos de la IECP

Los objetivos de la información, educación y comunicación para la salud tienden a la modificación de conductas en los siguientes aspectos:

1. Fomento y protección de la salud individual y colectiva
2. Usar adecuadamente los servicios disponibles.
3. Rehabilitación y reinserción social perdida.
4. Apoyo en campañas sanitarias.
5. Favorecer el desarrollo de la personalidad y formación de nuevos hábitos.
6. Colaborar en la destrucción de prejuicios y barreras que impiden la intercomunicación.
7. Acercar al individuo y comunidad a las soluciones científicas que se van imponiendo al quehacer cotidiano.

i. Asequibilidad de la enseñanza

La enseñanza debe estar al alcance del educando, por lo que se deben cumplir al pie de la letra las siguientes orientaciones de carácter gnoseológico:

- De lo general a lo particular.
- De lo fácil a lo difícil.

- De lo conocido a lo desconocido.
- De lo simple a lo complejo.
- De lo concreto a lo abstracto.



Por lo tanto, para hacer asequible a los educandos los conocimientos teórico-prácticos transmitidos por la disciplina que nos ocupa (Medicina, Odontología y/o Enfermería), el diagnóstico de salud⁴⁻⁵ desempeña una función esencial, ya que le permite al educador conocer las características psicosociales de la población, y sobre esa base, elaborar las estrategias de intervención pertinentes.

4. FASES DE UN PROGRAMA IEC - (ver anexo N° 1)

A. Identificación de problemas

No debemos olvidar que el proceso se inicia, cuando se identifica los diferentes fenómenos sociales, culturales, económicos u otros, que repercuten sobre la salud individual ò comunal, para esto se debe tomar contacto con representantes comunales (alcalde, concejales, representantes cantorales, clubes de madres, profesores, jilacatas, etc.) quienes le orientarán en el reconocimiento de problemas dominantes del área.

B. Determinación de los objetivos

El programa educativo¹⁴ trata de alcanzar objetivos generales y específicos, que van a estar en función de las necesidades de enseñanza que presenta la población, por lo que deben ser enunciados con claridad, precisión y concisión.



Fuente: Radio Villar 2014



Objetivos

C. Preparación del contenido

La preparación del contenido requiere una cuidadosa selección de los temas, los cuales deben constituirse como las respuestas a los problemas identificados previamente.

D. Selección de los métodos

Se deben priorizar aquellos métodos (instrumentos o herramientas del quehacer educativo que se hallan presentes en todo el desarrollo del programa), que faciliten el logro consecuente de los objetivos trazados. NO debemos olvi-

dar que el educador debe estar bien documentado, desde el prisma científico pedagógico pero de la comunidad, es decir “ no podemos utilizar lenguaje rebuscado, “ no se puede admitir que los profesionales en salud , tecnifiquen su lenguaje, causando miedo con sus palabras y temor con su actitud, en vez de satisfacción y sosiego” , los elementos a utilizar en este punto son claros : utilizar lenguaje sencillo y oportuno, mejor si es en lenguas nativas, temáticas cortas pero muy dinámicas, uso de juegos o cualquier estrategia donde se haga participe al comunario de este problema, no creer que se va a enseñar el conocimiento científico de punta sino que se va a interactuar con la comunidad, donde una va a “ aprender aprendiendo” y no entrar a monologar científicamente, debemos “bajar nuestro ego” y sensibilizarnos con una realidad que no queremos ver.



E. Selección y elaboración de los medios de enseñanza

Los medios de enseñanza son los recursos materiales (pizarra, láminas, retroproyector, otros.) de que se vale el educador, para facilitar al educando la mejor comprensión de los contenidos del programa, pero ¿qué hacer cuando no se dispone de ninguno medio o material ¿ no se puede detener este proceso, si no existe material la consigna es“ CREAR MATERIAL ADECUADO A LA REALIDAD Y PERTINENTE A SU ENTORNO”

F. Distribución del tiempo

El programa educativo debe ajustarse a un tiempo determinado, el mismo que se basará en el tipo de fenómeno que se aborde, por ejemplo para hablar de un problema (caries, EDA’s, desnutrición, control de peso y talla , vacunas, etc.), es necesario utilizar entre 15 a 30 minutos, tiempo en el cual no solo se socializara la información sino que se realizará las prácticas adecuadas.

5. METODOLOGÍA DEL IECP

• Introducción (o motivación)

La introducción (o motivación) debe despertar el interés de los educandos por la realización de las tareas incluidas en el programa correspondiente, ya que se ha diseñado para dar satisfacción a sus necesidades básicas, quizá la mejor manera sea el socio drama (adultos), los títeres (niños) y juego de roles (todos), etc.

• Desarrollo

El desarrollo del programa educativo tiene dos etapas bien delimitadas:

- Transmisión y adquisición de conocimientos y desarrollo de habilidades, momento en el que la comunidad reconoce la existencia de problemas sociales u otros, que repercuten sobre la salud individual y/o comunal,
- Consolidación de conocimientos y desarrollo de habilidades, donde el comunario o la comunidad, se empodera de su realidad y decide transformarse en factor de cambio de su familia, de su comunidad y de su entorno, con acciones claras, pero destinadas al mejoramiento de su salud

• Evaluación

La evaluación, sistemática y permanente, desempeña una función decisiva en el contexto de la educación para la salud, ya que le permite al educador conocer si los objetivos del programa han sido cumplidos o no, se cuestiona cuáles fueron sus falencias de desempeño , no solo del educando sin del educador.

TIPOS DE IEC PARA EL AREA DE SALUD

Existen una gran variedad de modelos y estrategias de comunicación en salud como ser :

- Difusión de Innovaciones, que examina la utilización de agentes sociales como propiciadores de cambio. Este modelo proviene de una conciencia de los efectos limitados de los medios de comunicación en los años cuarenta, el cual cuestiona un nexo causal directo entre la propaganda masiva y las manipulaciones de la audiencia. Esta nueva visión plantea un proceso mediatizado de influencia en el que las dinámicas sociales se ven interferidas por los procesos comunicativos. Así, la difusión de innovaciones se enfoca sobre la influencia interpersonal en las decisiones individuales y la comprensión de las redes de comunicación.

- Comunicación para el Cambio Social describe un proceso donde el “diálogo de la comunidad” y la “acción colectiva” trabajan en conjunto para producir cambios sociales en una comunidad que mejoren el estado de salud y de bienestar de todos sus miembros. El cambio social implica la participación de la comunidad en todos los procesos concernientes a la implementación de proyectos para la salud. Asimismo, la horizontalidad de la comunicación ejerce un papel fundamental para que la población adopte como suyos, los métodos y los estilos de vida necesarios para su sostenibilidad.

- Educación con Entretenimiento: una Estrategia de Comunicación para el Cambio Social). De acuerdo con Gloria Coe (1988), una de las premisas básicas de la programación entretenimiento- educación es que la información en salud orientada al entretenimiento debe ser atractiva, fácil de entender y capaz de influir en los comportamientos.



Actualmente, los ciudadanos se encuentran cada vez más expuestos a información relacionada con la salud a través de los medios de comunicación masivo. En muchos casos algunos individuos solo cuentan con la información proveniente de estos como fuente conocimiento primario en el campo de la salud. Es por esto que la abogacía por los medios ejerce un papel importante en posicionar temas de salud en la agenda pública Esta estrategia consiste en una combinación de acciones destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de otros sectores sociales para un determinado objetivo o programa de salud.

ANEXO N° 1 PLANIFICACION DE UN PROGRAMA EDUCATIVO EN SALUD COMUNITARIA

Campaña de educación para la salud

PRIMERA ETAPA

Investigación local, para comprender mejor al grupo objeto y sus necesidades

Antecedentes: Por solicitud escrita de los Directores y Profesores frente a la problemática que atraviesan de contar con elevado porcentaje de estudiantes de secundaria que consumen tabaco y alcohol tanto en los previos como fuera de los diferentes establecimientos educativos de la Prov. Camacho área Puerto Acosta se elabora el siguiente programa educativo:

Tema : “ PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS “

Lugar : Establecimientos fiscales del área de Puerto Acosta Prov. Camacho de la Ciudad de La Paz
Ciclo : Secundaria Población de Riegos : Adolescentes y

jóvenes (13 – 20 años) Participación activa : Profesores y padres de familia

SEGUNDA ETAPA

Planificación de actividades a partir de los resultados de la investigación para establecer métodos y objetivos

OBJETIVO GENERAL:

Capacitar a los profesores de los diferentes establecimientos educativos del área de Puerto Acosta, en el diseño elaboración y aplicación de técnicas de comunicación y/o educativas en Prevención de las Drogodependencia en estudiantes de secundaria. Segundo semestre gestión 2016

OBJETIVO ESPECIFICOS

- Capacitar a los profesores en el diseño, elaboración y aplicación de técnicas de comunicación alternativa de prevención de las Drogodependencias
- Capacitar en forma continua y permanente a profesores y estudiantes en las diferentes estrategias de prevención de las Drogodependencias

METODO :

Participativa – Dialogo

TECNICA: Periódico mural

PROPOSITO: Reconocer la importancia del periódico mural para su utilización en la transmisión de contenidos.

TERCERA ETAPA

Material a utilizar:

- Ambiente o aula educativa
- Cartulina, papel sabana.
- Reglas, escuadras, goma, lápiz, bolígrafos, etc.
- Colores, marcadores , pegamento
- Texturas, ilustraciones, fotos o gráficos atractivos que llamen la atención de las personas
- Pegamento
- Textos breves
- Letras Grandes y medianas con títulos, subtítulos, imágenes flechas, etc.

CUARTA ETAPA

Prueba de los materiales antes de ser uso definitivo de los mismos

QUINTA ETAPA

Realización del Programa educativo “PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS “ en los diferentes establecimientos educativos , en estudiantes de secundaria.

SEXTA ETAPA

Evaluación del programa, durante su desarrollo y al final del mismo (Director, profesores y estudiantes)

BIBLIOGRAFÍA:

1. Dueñas Becerra J. ¿Cómo enseñar la psicología médica? Una opinión.
Rev Hosp Psiquiatr Hab 1997;38(1):41-3.
2. Varela F. Obras. La Habana: Editorial Cultura Popular, 1997:Tomo III 272.
3. Dueñas Becerra J, Toledo Curbelo G. Temas escogidos de Higiene y Epidemiología.
La Habana: Facultad de Medicina “10 de Octubre” 1996 (impresión ligera).
4. Rodríguez Domínguez J. Educación para la salud. Psicol Salud 2011;1(1):7-8.
5. Álvarez Mantilla JM. La contribución de diversas ciencias a la atención primaria en salud.Psicol Salud 1989;2(2):18-21

6. Kroeger A: ATENCION PRIMARIA DE SALUD, Edt. Pax México, Ed .Segunda, México 2001,pags.15-83
7. Henríquez I et al., Growth of technologies in Primary Health Care (PHC) in the public system of Chile.. Revista Electrónica Gestión de las Personas y Tecnologías. ago2016, Vol. 10 Issue 26, p26-36. 11p.
8. González A, Aida G; Llanio L, Demand for infant-juvenile gynecology service in the primary health care from 1996 to 2011. (English). Revista Cubana de Salud Pública. abr-jun2016, Vol.42 Issue 2, p213-223. 11p
9. Rodríguez L. A.; Ruiz-Rodríguez M, Acosta-Ramírez N, Evaluation of a primary health care model in Santander, Colombia. (English). / Avaliação de um modelo de atenção primária à saúde em Santander, Colômbia. (Portuguese). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. ene-abr2016, Vol. 34 Issue 1, p88-95. 8p
10. Pérez A. et al, O porquê falar de bioética na atenção primária em saúde? / Why talk about bioethics in primary health care?. Revista Latinoamericana de Bioética. jul-dic2016, Vol. 16 Issue 2, p102-117. 16p
11. Rojas-Armadillo M, Jiménez-Báez M; Chávez-Hernández et al. Validation of an adverse event reporting system in primary care. (English). Revista Medica del IMSS. May/jun2016, Vol. 54 Issue 3, p327-333. 7p.
12. Risk evaluation of cardiovascular disease in the Primary Health Care context. (English). By: Ochoa Agüero, Alexander; García Duménigo, Gladys. Panorama. Cuba y Salud. ene-abr2016, Vol. 11 Issue 1, p47-57. 11p
13. Paz P, Cássia R, Dias R, Campos Z et al. Nuevas demandas para la atención primaria em salud en Brasil: los cuidados paliativos. / Novas demandas para a atenção primária à saúde no Brasil: os cuidados paliativos. Investigacion & Educacion en Enfermeria. Feb2016, Vol. 34 Issue 1, p46-57. 12p.
14. Jiménez H. The role of pharmacy health surveillance in Costa Rica. (English).. Revista Cubana de Salud Pública. jul-set2016, Vol. 42 Issue 3, p418-431. 14p.
15. Fernandes A, Railda J, Araújo F, Public health interventions conducted by psychologists in Brazil, Spain and Portugal. / Intervenções do psicólogo na saúde pública no Brasil, Espanha e Portugal. Psicologia (02549247). 2016, Vol. 34 Issue 2, p357-386.
16. Henao S, Hernández J, Stephanie P.; Current public policies on mental health in South America: a state of the art. (English). / Políticas públicas de saúde mental em vigor na América do Sul: O Estado da Arte. (Portuguese). Revista Facultad Nacional de Salud Pública. may-ago2016, Vol. 34 Issue 2, p184-192. 9p.
17. Salinas B et al.: Rev. Investigación - Acción Participativa, Educación para la Salud, 2012, pags. Inext.
18. Zambrana J, Belzu L, Quisberth A, Desarrollo de Paradigmas de Lethierre, educación para la salud, Ed. 1/2014, pags. Inext.,

SALA SITUACIONAL DE SALUD

Dr. Juan Ireneo Choque Rondo
Jefe de Unidad de Redes y Seguros Públicos



OBJETIVO DE APRENDIZAJE

Promover el aprendizaje de la temática para facilitar la implementación de la sala situacional de salud.

I. CONCEPTO

Es un espacio físico que cuenta con toda la información de los principales datos estadísticos y epidemiológicos que permite contar con datos actualizados y análisis permanente de los mismos y la toma de las decisiones locales.

II. FUNCIONES

La sala situacional tiene su importancia desde distintos aspectos como:

- Permite demostrar la situación de salud de manera oportuna, periódica, permanente.
- Desarrolla una cultura de análisis y uso de la información en establecimientos de salud.
- Reorienta los servicios de salud hacia la atención de acuerdo a las prioridades identificadas con eficiencia y eficacia,
- Monitoreo permanente el cumplimiento a la gestión y compromiso municipal.
- Integra todos los actores de la salud.
- Proporciona información fiable, oportuna por medio de procesos de planificación, vigilancia y análisis.
- Desarrolla acciones de mejora continua de la salud de la población.
- Establece mecanismos de la toma de decisiones locales.
- Facilita la vigilancia epidemiológica adecuada desde el establecimiento de salud con la comunidad.
- Fomenta estructurar el equipo de análisis, investigación y difusión.

III. NIVELES DE IMPLEMENTACION

- Nivel Local (Consultorios vecinales, Puestos y Centros de Salud Ambulatorio, con Internación e Integrales)
- Nivel Municipal (cabecera municipal y la Red de Servicios de Salud)

IV. PASOS PARA LA IMPLEMENTACION

Proceso de captación de la información

Debe ser efectuado por el personal de establecimiento de salud, con la aplicación de los siguientes instrumentos:

- Historia clínica, carnet de salud perinatal, carnet de salud infantil, certificado de nacido vivo, certificado médico único de defunción, formularios específicos de registro de programas de salud, fichas epidemiológicas, fichas de tratamiento, registro de vacunas, formularios de solicitud y resultados de laboratorios y exámenes de gabinete, formularios de referencias y contra referencia, epicrisis, carpetas familiares, módulo de información básica
- Cuaderno de actas, cuaderno de campo o de investigación, soaps, cartapacio de gestión participativa en salud, matriz de identificación de actores sociales e institucionales con quienes coordina,, planillas de registro de la conformación de la estructura social, matriz de priorización de problemas, causas y soluciones de la comunidad o barrio, cartapacio de interculturalidad, matriz de identificación de médicos tradicionales por especialidad, matriz de atenciones realizadas por medico tradicional en coordinación con el establecimiento de salud, matriz de acciones interculturales a nivel del establecimiento de salud,

Proceso de sistematización de la información

Es todo procedimiento que permite la organización, almacenamiento de la información recolectada en las Redes, establecimientos de salud, visitas familiares, comunitarias y otras fuentes cuyos instrumentos son los siguientes:

- Cuadernos del SNIS, cuadernos de programas, cuadernos de campo, cuadernos de actas, sistematización de carpetas en el software, cuadros y tablas de sistematización, SOAPS

Proceso de consolidación de la información

Son procedimientos que permiten establecer la consolidación de todos los datos generados de las distintas fuentes

en cada establecimiento de salud, la cuales son:

- Formularios semanales y mensuales del SNIS, informe mensual de cohorte, software de consolidado de carpetas familiares, cuadros y tablas dinámicas de monitoreo, matriz de consolidación de propuestas priorizadas por comunidad o barrio del área de influencia del establecimiento de salud, matriz de consolidación de médicos tradicionales por especialidad y ubicación geográfica, de las principales atenciones realizadas por los médicos tradicionales y de acciones de interculturalidad en salud.

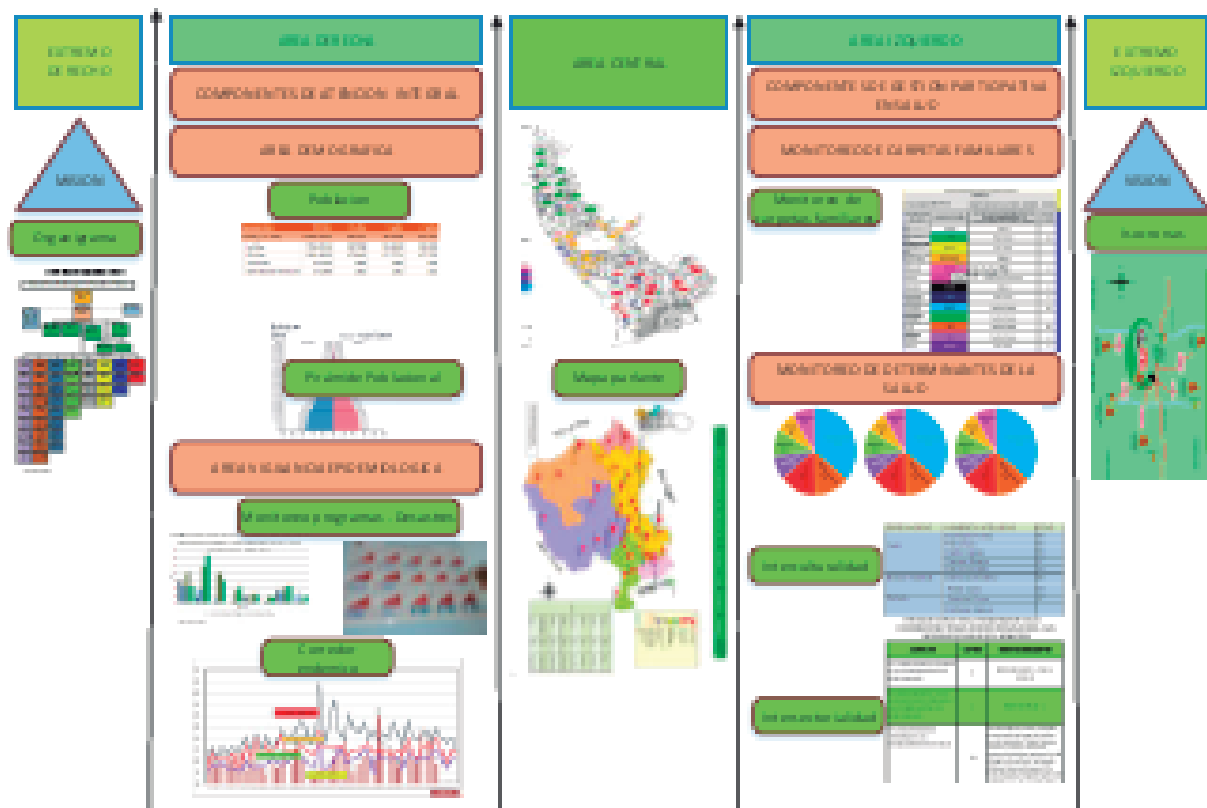
- Proceso de socialización de la información

Es muy importante la socialización de la Sala Situacional en Salud a las autoridades de la estructura social en salud, Gobierno Municipal y de la coordinación de red, para lo cual se podrán utilizar folletos, trípticos, banners, etc.

V. COMPONENTES DE LA ESTRUCTURA DE LA SALA SITUACIONAL

Existen múltiples instrumentos que componen la estructura de la implementación de la sala situacional que en alguna forma permiten el acceso a la información local, por lo cual es necesario cumplir con la norma que facilita el ordenamiento de todos los elementos del mismo.

Gráfico N°1 Representación de las áreas de la estructura de la sala situacional



Fuente: Adaptado guía de implementación de sala situacional de salud a nivel local 2018

VI. IDENTIFICACIÓN DE RIESGO DE LAS CARPETAS FAMILIARES ANALISIS

Determinantes de la salud, compromisos de gestión, planes estratégicos de salud, relación con el plan municipal de salud, plan de desarrollo municipal, plan operativo anual, plan operativo anual individual, plan nacional de desarrollo, plan de desarrollo sectorial, retroalimentación del SNIS y vigilancia epidemiológica.

Cuadro N° 1 Identificación de los colores según el riesgo familiar

TRIAJE	RANGO BAJO	RANGO MEDIO	RANGO ALTO
DETERMINANTES DE LA SALUD			
Nº de vivienda	CON BAJA	CON BAJA	CON BAJA
Nº de personas	PUNTUACION EN	PUNTUACION EN	PUNTUACION EN
Abastecimiento de agua	LAS	LAS	LAS
Eliminación de excretas	DETERMINANTES	DETERMINANTES	DETERMINANTES
Ingreso familiar	ES DE TERCERA	ES DE SEGUNDA	ES DE PRIMERA
Consumo de alimentos	PRIORIDAD	PRIORIDAD	PRIORIDAD
Instrucción de la madre			

Fuente

Caso de riesgo Biológico	Color de pestaña	Frecuencia de atenciones (en visitas familiares/domiciliarias y/o Establecimiento de salud, de manera alternada)
Niños menores de 2 años	BLANCO	Cada mes
Niños menores de 5 años	VERDE	Cada 2 meses
Desnutrición aguda moderada< de 5 años	AMARILLO	Cada semana
Niña/niño con Talla Baja< de 5 años	ANARANJADO	Cada mes
Embarazadas	ROSADO	Cada mes
Púrpuras	ROSADO BLANCO	Según normas y protocolos
Enfermedades Transmisibles	AZUL	Según normas
Enfermedades no transmisibles	DELESTE	Cada 1 o 2 meses
Enfermedades vectoriales	VERDE CLARO (LECHUGA)	Cada 1 o 2 meses
Personas más de 60 años	CAFÉ	Cada 1 o 2 meses
Capacidades diferentes	LILA	Cada 1 o 2 meses
Violencia	MORADO	Cada semana

Fuente Guía de implementación de la sala situacional en Salud Bolivia 2016

VII. BIBLIOGRAFIA

- Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización panamericana de la Salud. Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos, 2014
- Gonzales Pozzo Camilio. Sala situacional central de la secretaria distrital de salud. Bogotá DC: 2007
- Gustavo Bergonzoli. Instrumento para la Vigilancia en Salud Pública, Sala Situacional, Guatemala. Marzo 2010.
- Ministerio de Salud. Guía de implementación de la sala situacional de salud a nivel local. publicacion 608.2016.
- Proyecto de Salas de Análisis de Situación de Salud y Calidad de Vida: Bases de su desarrollo perspectivo. Reporte Técnico de Vigilancia 2014.
- Venezuela, Instituto Nacional de Estadísticas, <http://ie.gob.ve> acceso 29 de agosto 2015



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS



EPIDEMIOLOGÍA E INVESTIGACIÓN

SALUD PARA LA PAZ

MODULO
III

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Dr. Daniel José Salinas Piérola

20

Objetivos de aprendizaje.-

- Preparar para el ejercicio de la profesión en el control y prevención de enfermedades de Notificación Obligatoria
- Promover el desarrollo de la investigación de los factores de riesgo.
- Profundizar los procesos de vigilancia epidemiológica.

DEFINICIÓN:

- La vigilancia epidemiológica es un proceso continuo, sistemático, práctico, de observación, y evaluación permanente de la tendencia, distribución de casos, defunciones y de la situación de salud de la población.
- Permite utilizar la información mediante la identificación de los hechos, la recolección, análisis e interpretación sistemática de los datos con los que puede observarse y anticiparse cambios para realizar las acciones oportunas, incluyendo la investigación y las medidas de control.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

1. Mantener actualizado el diagnóstico de la situación de salud y el conocimiento del comportamiento de la enfermedad
2. Establecer la vulnerabilidad y los riesgos de la población a las enfermedades bajo vigilancia.
3. Formular las medidas adecuadas según el nivel correspondiente.
4. Evaluar la efectividad de las medidas de control planteadas.
5. Detectar cambios agudos en la ocurrencia y distribución de las enfermedades.
6. Identificar, cuantificar y monitorear las tendencias y patrones del proceso salud-enfermedad en las poblaciones.

ACTIVIDADES DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

1. Recolección de datos.
2. Análisis e interpretación.
3. Ejecución de acciones.
4. Distribución de la Información sobre la enfermedad y de los resultados de las medidas aplicadas.

RECOLECCIÓN DE DATOS

Las fuentes de datos más comunes en vigilancia epidemiológica son:

A- Notificación de casos: Es el procedimiento principal de la vigilancia mediante el cual los servicios de salud públicos y privados informan rutinaria y obligatoriamente a la autoridad sanitaria sobre la atención de eventos sujetos a vigilancia.

B- Registros: Son sistemas permanentes de captación de eventos ejecutados por instituciones públicos o privados donde se recogen regularmente la ocurrencia de ciertos eventos (nacimiento, defunciones, hospitalización, inmunización, accidentes de tránsito, contaminación ambiental, asistencia escolar y laboral).

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Se basa en la consolidación, presentación, agrupamiento y ordenamiento de los datos recolectados en cuadros, figuras o mapas que pueden facilitar su análisis e interpretación.

El análisis básicamente es un proceso de comparación de datos en relación a características y atributos de tiempo, persona y espacio, cuyo propósito es:

- Establecer las tendencias de la enfermedad, a fin de detectar los cambios que puedan ocurrir en el comportamiento.
- Identificar los factores asociados y grupos de riesgo.
- Identificar las áreas en que se pueden aplicar las medidas de control.

EJECUCIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL

Como resultado del análisis de los datos, se iniciará, tan pronto sea posible, la aplicación de las medidas de prevención o control más adecuadas de la situación.

DISTRIBUCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Existen varias técnicas de Distribución de la información entre las más comunes se tiene:



ELEMENTOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- **Casos y muertes:** número total de casos y muertes, fecha y lugar de ocurrencia, características de la persona.
- **Resultados de Laboratorio:** Confirmación de casos, niveles de inmunidad en la población, niveles de contaminación ambiental, etc.
- **Medidas de Prevención y Control:** datos de los programas relacionados con la extensión de las medidas de control usadas (enfermos tratados, viviendas rociadas, vacunas aplicadas, etc.)
- **Medio Ambiente:** datos de las condiciones ambientales, cobertura y calidad de los servicios básicos.
- **Vectores:** datos sobre tipos de vectores existentes, distribución hábitos, resistencia o susceptibilidad a los insecticidas.
- **Reservorio:** Datos sobre reservorios humanos o animal
- **Población:** Datos sobre tamaño de la población, composición por edad , sexo, etc., distribución, susceptibilidad o resistencia.

USOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

a) Seguimientos de los eventos de salud:

- Estimar la magnitud de los eventos (que tan frecuente es su presencia en una población).
- Detectar cambios agudos en la ocurrencia y distribución de las enfermedades (por ejemplo brotes, epidemias, y la presencia de problemas emergentes).
- Identificar, cuantificar y monitorear las tendencias y patrones del proceso salud - enfermedad en las poblaciones (Incremento reciente de las enfermedades de transmisión sexual).
- Observar los cambios en los patrones de ocurrencia de los agentes y huéspedes para la presencia de enfermedades (vigilancia de laboratorio de virus de la influenza).
- Detectar cambios en las prácticas de salud (incremento de las tasas de cesáreas).

b) Los que están vinculados con las acciones de salud pública:

- Investigar y controlar las enfermedades sujetas a vigilancia, a fin de buscar la fuente de infección, estimular la acción rápida para dar alerta a la comunidad e identificar personas en riesgo.
- Planificar los programas de salud: el monitorear los cambios en la ocurrencia de las enfermedades en tiempo, lugar y persona permite a los servicios anticipar cuándo y dónde pueden ser requeridos los recursos; el cual permitirá elaborar un plan real para asignar los recursos de acuerdo a los principios de equidad, eficiencia y oportunidad.
- Evaluar las medidas de prevención y control (por ejemplo la modificación a la política de Vacunación contra el sarampión en México , donde después de la epidemia de los 80 , el esquema de vacunación pasó de una dosis a dos dosis)

TIPOS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

“La información de la vigilancia epidemiológica se consolida año a año en anuarios de información que sirven para

desarrollar modelos estadísticos, para predecir la factibilidad de las políticas propuestas para la erradicación de las enfermedades”



Vigilancia Especializada:

Se refiere a la vigilancia de enfermedades o desviaciones de la salud en forma particular. Este tipo de vigilancia se utiliza sobre todo para enfermedades transmisibles, de notificación individual o para patología de alta prioridad tanto nacional como internacional, campañas o programas de erradicación o control.

De carácter universal, en el cual la totalidad del número de casos de una población definida se incluye en el sistema. Se conoce como “basado en la población”, y toma en cuenta todos los casos que se presentan. Requiere del concurso de las instituciones que por una razón u otra recolectan información sobre los eventos.

Basado en muestras de casos, en el que la información se obtiene de una parte del total de casos o eventos. Se necesita garantizar la representatividad que permita hacer inferencias sobre todos los posibles casos que ocurran en la población.

Basado en revisión de registros institucionales, en el que se revisan periódicamente los registros institucionales, con el propósito de analizar e identificar las variables de interés. Hay que identificar adecuadamente las instituciones y las fuentes dentro de ellas, tales como historias clínicas, registros de urgencias, egresos hospitalarios o denuncias presentadas a las instituciones de policía o de familia. Debe definirse con precisión la periodicidad, mecanismos de recolección, manejo de la información, evaluación y difusión de los datos así como las variables a seleccionar.

Por encuestas en el cual la información se obtiene a través de cuestionarios enfocados hacia una temática específica, en un periodo de tiempo y a intervalos predefinidos. Esta metodología se combina con las de las muestras de población o se usa para áreas pequeñas, tiene como finalidad identificar elementos importantes de un problema que puede ser epidémico o de gran importancia para una comunidad durante un tiempo definido. Ejemplos: brotes de suicidios, aumento inusitado de un número de crímenes con características específicas. No todos los datos corresponden a “casos”.

De carácter centinela en el cual una o más instituciones se escogen para determinar la tendencia, focalizar activida-

des de VE y sugerir intervenciones preventivas. En general no tiene representatividad poblacional pero sí el mérito de llamar la atención en forma especial sobre situaciones de riesgo y cumplen por ello una función clave para la toma de decisiones. En el caso de lesiones, cuando el problema es de gran magnitud, los hospitales con mayor número de heridos, o las Comisarías de Familia donde se denuncian casos de violencia intrafamiliar, son sitios en los que este sistema se puede establecer.

De laboratorios, a través del cual se puede obtener información, se usa para confirmar diagnósticos o para evidenciar factores de riesgo adicionales. Su importancia se incrementa si el objetivo primordial de la recolección de información es la obtención de datos de laboratorio que puedan servir para establecer un posible riesgo de interés a la comunidad.

Vigilancia Centinela:

Es la información proporcionada por un grupo seleccionado de fuentes de notificación del sistema de servicios de salud (unidades centinelas) que se comprometen a estudiar una muestra preconcebida (muestra centinela) de individuos de un grupo poblacional específico en quienes se evalúa la presencia de un evento de interés para la vigilancia (condición centinela).

Vigilancia Epidemiológica No Convencional:

Complementa al sistema de vigilancia epidemiológica convencional, mediante la actuación de informantes claves (sensores) ya que se encargan de la detección de factores de riesgo y signos y/o síntomas de alarmas notificándolas a las autoridades sanitarias para ejecutar las intervenciones correspondientes.

Eventos de Salud bajo Vigilancia:

- Enfermedades sujetas a vigilancia por el Reglamento Sanitario Internacional.
- Enfermedades objeto de vigilancia por parte de la OMS determinadas en 22a. Asamblea Mundial de la Salud. (Fiebre recurrente transmitida por piojos, poliomielitis paralítica, paludismo e influenza).
- Enfermedades que ya han sido total o parcialmente erradicadas. (Poliomielitis, Fiebre Amarilla Urbana, Viruela).
- Enfermedades que se encuentran en fase de eliminación. (Sarampión, Rubéola, Parotiditis, Tétano del Recién Nacido, Sífilis congénita, entre otras).
- Enfermedades transmisibles de corto período de incubación y alta letalidad. (Cólera, Infección por Virus Ébola, entre otras).
- Enfermedades emergentes, reemergentes y desconocidas en el área geográfica, de interés Nacional e Internacional (Dengue, Malaria, Tuberculosis, VIH/SIDA, Infección por Hantavirus, Encefalopatías Espongiforme o Enfermedad de las Vacas Locas).
- Enfermedades No Transmisibles de alta mortalidad prematura (Cáncer del Cuello de Útero, Infarto Agudo al Miocardio, Accidentes, Diabetes Mellitus etc).
- Daños a la salud provocada por sustancias tóxicas ambientales (Plomo, compuestos organofosforados, Arsénicos, entre otras).
- Factores de riesgo de alta prevalencia (Hipertensión arterial, Tabaquismo, Estrés, Alcoholismo, Malnutrición, entre otras).
- Condiciones saludables o eventos de salud positivos (Lactancia materna, Ejercicio físico regular, Salud ocupacional, entre otras).
- Otros eventos de naturaleza social condicionantes o determinantes de problemas de salud (Violencia Urbana y Doméstica, Abuso sexual, Delincuencia, Desplazamiento de Poblaciones, Desempleo, Desigualdades en Salud, entre otras).

CONCEPTOS

Epidemia:

• Es la ocurrencia en una comunidad o región de un grupo de casos de una enfermedad que claramente excede la incidencia normal esperada.

Endemia:

• Presencia habitual de una enfermedad o de un agente infeccioso dentro de una zona geográfica determinada.

Brote:

• Puede ser definido como un episodio en el cual dos o más casos de la misma enfermedad tienen

alguna relación entre si.

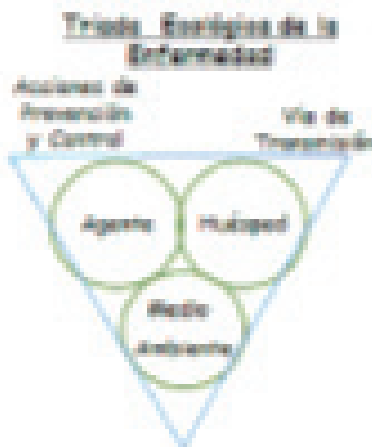
VIGILANCIA CENTINELA

Es la vigilancia basada en la recolección de datos de una muestra, que son utilizados:

- Como información de lo que ocurre en la población de referencia
- Como indicativos de la tendencia de una enfermedad o evento de salud
- Para identificar casos de enfermedad de forma temprana

¿Cuándo se realiza una vigilancia epidemiológica centinela?

1. Cuando la enfermedad es prioritaria.
2. Cuando la enfermedad excede la frecuencia usual.
3. Los casos tienen una fuente común de infección.
4. La gravedad de la enfermedad parece ser mayor que en su forma habitual.
5. Se trata de una enfermedad desconocida en el área.



OBJETIVOS

- Identificar y monitorear cambios en huésped – agente – medio ambiente.
- Identificar la magnitud, tendencia, vulnerabilidad y características de diferentes tipos de agentes patógenos.
- Identificar algunas de las características del ambiente físico, biológico o social que participan en transmisión de enfermedad.

PUESTOS CENTINELAS

Son unidades de atención de la salud donde se realiza una actividad intensiva para obtener información de mayor calidad sobre eventos de salud seleccionados.

- No tiene base poblacional
- Puede ser utilizada para analizar tendencias
- No permite comparar la magnitud de la enfermedad con otras zonas



Implementación del Puesto Centinela:

Criterios de selección del puesto:

En base al problema que es objeto de estudio:

- Cobertura.
- Accesibilidad.
- Representatividad.
- Confiabilidad (Capacidad de respuesta).
- Sistema de Comunicación eficiente.

Determinar:

1. Definición y clasificación de casos.
2. Sistema de registro de la información (formatos- fichas epidemiológicas).
3. Notificación: Vía, Formato, Frecuencia, responsable.
4. Muestra: Tipo, requisitos, Conservación, Almacenaje, Transporte.

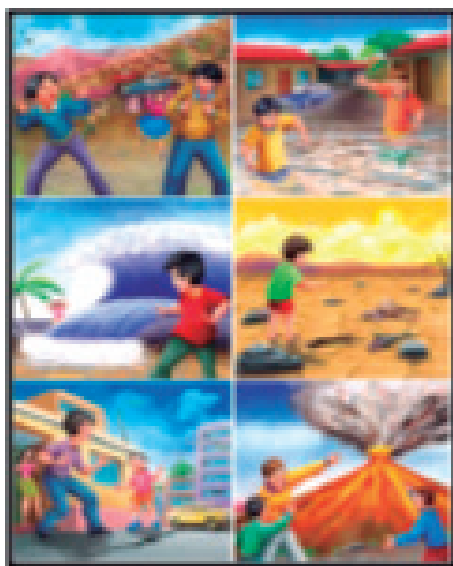
VIGILANCIA DE EVENTOS CENTINELA

- Se monitorean los programas de Salud.
- Establecer contacto con el laboratorio.
- Notificar a las autoridades del puesto centinela seleccionado.
- Capacitación de personal del puesto centinela: Médico, enfermeras, otros.

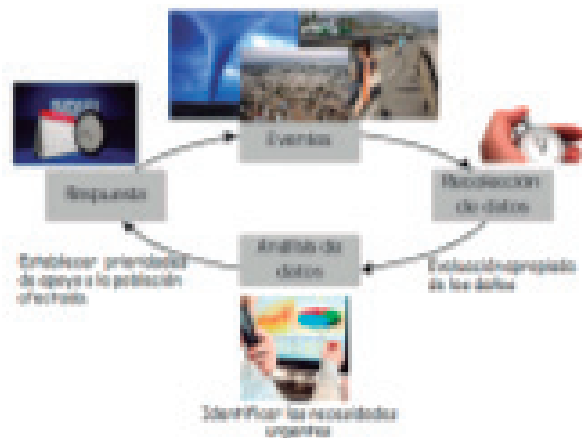


VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SITUACIÓN DE DESASTRE

La vigilancia epidemiológica en situaciones de desastre busca dar información exacta y oportuna sobre el estado de salud de las poblaciones afectadas.



Debido a la sobrecarga de trabajo del personal local de salud en una situación de emergencia o desastre, las herramientas a usarse deben ser sencillas y efectivas.



PROPÓSITOS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SITUACIONES DE DESASTRE

1. Brindar información sencilla actualizada para la conducción del desastre.
2. Controlar los riesgos y manejo oportuno de daños a la salud de la población de diversos orígenes.

OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA EN SITUACIONES DE DESASTRE



- Estudiar la magnitud del impacto del evento.
- Estimar el impacto en la salud.
- Identificar los principales problemas de salud de la población afectada (riesgos y daños).
- Identificar grupos de riesgo.
- Detectar cambios en prácticas de higiene.
- Definir tendencias.
- Detectar brotes o epidemias.

FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN

- Posterior al desastre debe implementarse el Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Situación de Desastres.
- En las horas inmediatas de la etapa posterior al Evento debe realizarse una evaluación general de la situación. Para ello utilice las fuentes de información que estén accesibles (Protección Civil).

CONCLUSIONES

Se puede señalar que la vigilancia epidemiológica es aquella herramienta que nos permite paso a paso tomar diversas variables de estudio de casos (enfermedades) y poder estudiarla y evaluarla en largo tiempo.

Permite priorizar las deficiencias de salud con el fin de permitir utilizar los recursos en los casos que mayormente afecten contra la población, permitiendo ser útil durante la toma de decisiones, la ejecución y la evaluación de dichas enfermedades.

La vigilancia epidemiológica se adapta fácilmente en forma de diversos sistemas con el fin de facilitar la recolección de datos y/o variables a estudiar en las diferentes instituciones, valiéndose de diversos métodos para la obtención, lo cual la hace muy versátil

Dicha herramienta es importante no solo por el control de enfermedades sino para determinar los diversos pasos a seguir en el momento de registrar y dar difusión debida a las autoridades encargadas del análisis de dichas enfermedades en sus diferentes esferas de acción.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Vigilancia Epidemiológica. Monografias.com Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos84/vigilancia-epidemiologica/vigilancia-epidemiologica.shtml#ixzz4S7RYq2Ux>
2. Vigilancia Epidemiológica. Municipalidad de Rosario Argentina. Disponible en: <https://www.rosario.gov.ar/mr/epidemiologia/vigilancia/vigilancia-epidemiologica-generalidades>
3. Sistemas de Vigilancia Epidemiológica. Artículos Salud Publica Cuba. 2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552013000600013
4. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. República del Ecuador. Disponible en: https://www.ecured.cu/Vigilancia_Epidemiol%C3%B3gica
5. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. México. Disponible en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/>
6. Normativa de Vigilancia Epidemiológica. México. Disponible en: http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/normatividad/PAE_2013-2018.pdf
7. Manual de Vigilancia Epidemiológica. OPS. Disponible en: www.bvsde.ops-oms.org/bvsea/e/fulltext/manual/manual.html
8. Vigilancia Epidemiológica (VE) - World Health Organization. Disponible en: www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/231.pdf
9. Vigilancia epidemiológica – Cendei. Disponible en: www.cendei.ss.sa.cr/cursos/decimaunidad.pdf
10. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
11. Modelo boliviano de Vigilancia Epidemiológica. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.ops.org.bo/textocompleto/nsp16009.pdf
12. Diagnostico e Investigación epidemiológica de las enfermedades transmitidas por alimentos. OMS. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/publicaciones%20virtuales/libroetas/modulo6/modulo6c.html>.
13. Vigilancia Epidemiológica. Disponible en: www.sabin.org/sites/sabin.org/files/oct21_1000valenzuela.pdf
14. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Ministerio de Salud Chile. Disponible en: web.minsal.cl/wp-content/uploads/2014/05/5_VIGILANCIA-EPIDEMIOLOGICA-EN-APS.pdf

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN (P.A.I.)

Lic. Roxana Laura Gutierrez
 Resp. Departamental PAI
 Tec. Ramiro Bustillos Domínguez
 Vigilancia PAI

21

Objetivos de aprendizaje.-

- Conocer el concepto ,propósitos y objetivos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI)

I. INTRODUCCIÓN.-

El Programa Ampliado de Inmunización desde su creación viene realizando logros significativos como la erradicación de la Poliomielitis en la Región de las Américas, eliminación del Sarampión, control de la Fiebre Amarilla, Tétanos Neonatal, Rubéola y Síndrome de Rubéola congénita a través de la inmunización de los niños y niñas de nuestro país.

II. DEFINICIÓN.-

Es un programa de prevención, vigilancia y control de las enfermedades prevenibles por vacunas .El PAI es un programa que se desarrolla de manera conjunta y comprometida con las naciones del mundo para lograr coberturas universales de vacunación en la perspectiva de erradicar y controlar las enfermedades inmunoprevenibles.

III. OBJETIVO GENERAL.-

Reducir el riesgo de enfermar y morir por enfermedades inmunoprevenibles, mediante la aplicación universal de vacunas y una vigilancia epidemiológica oportuna y eficiente desarrollada por el personal de salud capacitado para tal fin.

IV. METAS.-

- Mantener la erradicación de la poliomielitis.
- Mantener la eliminación del sarampión, rubeola y síndrome de la rubeola congénita.
- Controlar el tétanos neonatal, difteria, tosferina, hepatitis B, fiebre amarilla, neumonías y meningitis por haemophilus tipo b, así como las diarreas graves generadas por rotavirus.

V. MARCO LEGAL.-

Constitución Política del Estado, CPE

- El artículo 35 establece que el estado en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito a los servicios por parte de la población.
- El artículo 37 señala que el estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera y se priorizara la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

El PAI fue organizado oficialmente en Bolivia en octubre de 1979. A partir de entonces se ha constituido en el programa preventivo más importante de las políticas de salud y en su ejecución ha ido desarrollando diversas estrategias con el fin de cubrir al 100% de la población objetivo, vale decir niñas y niños menores de 5 años.

Ley de Vacunas 3300

Promulgada en diciembre del año 2005, esta ley tiene los siguientes objetivos:

- Establecer una política sanitaria nacional de prevención, en cumplimiento a su obligación constitucional.
- Programar, organizar, ejecutar y controlar las acciones tendientes a garantizar la obligatoriedad y gratuidad de la prevención de enfermedades inmunoprevenibles a través de los servicios de vacunación.
- Promover los recursos económicos permanentes y necesarios para el logro y cumplimiento de los objetivos señalados.

VI. COMPONENTES DEL PAI.-

Para asegurar la protección de los niños, niñas y de la población en general, el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) desarrolla sus acciones a través de los siguientes componentes.

a. Cadena de Frío

Es el proceso de recepción, conservación, manejo y distribución de las vacunas desde que salen del almacén central hasta que llega a la comunidad, al momento de la vacunación

b. logística

Es un sistema administrativo que garantiza la disponibilidad de las vacunas, jeringas e insumos para la vacunación con una adecuada programación, distribución, organización y monitoreo de la utilización de los mismos, en cada uno de los niveles de atención y gestión del sistema de salud.

El control de usos de vacunas y jeringas mediante los informes mensuales de saldos existentes en cada establecimiento de salud.

c. vigilancia epidemiológica

Es un conjunto de acciones que incluyen la recolección, análisis y diseminación continua y sistemática de datos esenciales que permitan identificar los factores determinantes y condicionantes de la salud individual y colectiva con la finalidad de planificar, implementar y evaluar medidas de intervención para la prevención y control de las enfermedades u otros eventos de importancia relacionados con la salud pública.

Este sistema también permite conocer el impacto de la inmunización, detectar oportunamente brotes epidémicos o importaciones de virus e identificar susceptibles, vale decir que es la base para la toma de decisiones informadas. Podemos realizar vigilancia pasiva y activa.

- Vigilancia pasiva: esperar que los datos o la información nos lleguen espontáneamente por el sistema de información SDIS.
- Vigilancia activa: implica salir a buscar información o datos que son de interés para tener un diagnóstico de la situación, confirmar la ausencia o presencia de casos. Este tipo de vigilancia puede ser institucional o comunitaria

d. Capacitación

Es un proceso que brinda y consolida conocimientos, destrezas y competencias del personal de salud que gerencia el PAI o aplica las vacunas.

e. Supervisión

Proceso de asistencia técnica que se aplica para observar el cumplimiento de indicadores, normas, procedimientos, y desempeño del personal de salud mediante acciones directas e indirectas.

f. Monitoreo y evaluación

Con base en indicadores permite verificar el progreso hacia los objetivos y metas del PAI, así como adoptar medidas correctivas oportunas desde el nivel local hasta el nivel nacional.

g. Vacunación segura

Es la producción de vacunas de calidad, transporte y almacenamiento adecuado, prácticas de inyecciones seguras y la vigilancia eficiente de ESAVIS.

h. Investigación

Componente que permite al PAI alimentar la toma de decisiones gerenciales a nivel nacional y también a nivel local. Por ejemplo, a nivel nacional los estudios de costo efectividad y de efectividad son los que posibilitan o no la introducción de nuevas vacunas dentro del esquema nacional y a nivel local son las investigaciones operativas como las de conocimientos, actitudes y prácticas, CAP, las que permiten diseñar intervenciones o estrategias para que el PAI responda mejor a las necesidades de la población.

i. Estrategias de vacunación

Son formas de ofertar las vacunas a la población para disminuir los factores de riesgo de morbilidad infantil, manteniendo coberturas útiles de vacunación, mediante la aplicación de la política SAFCI, en los tres niveles de atención del sistema de salud.

j. Oportunidades pérdidas

Se presenta una oportunidad pérdida de vacunación cuando una persona, de cualquier grupo de edad elegible para ser vacunada, asiste por algún motivo a un establecimiento de salud y no recibe las vacunas requeridas.

k. Vacunas del esquema nacional

El Estado Plurinacional de Bolivia, en base a las recomendaciones del Comité Técnico Asesor del PAI, garantiza la compra de vacunas del esquema nacional con fondos del Tesoro General de la Nación.

Este esquema es permanentemente actualizado de acuerdo a las necesidades de la población y la disponibilidad de la tecnología en inmunizaciones. Este esquema debe ser cumplido en todos los vacunatorios del país sin discriminación alguna, garantizando el cumplimiento del derecho a la vacunación en la edad correspondiente, número de dosis y en definitiva el esquema completo.

VII. INTRODUCCIÓN DE LA NUEVA VACUNA VPH.-

La introducción de la vacuna del Virus Papiloma Humano (VPH) en el esquema Nacional de vacunación, en el Marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, es una prioridad para el Estado Plurinacional de Bolivia debido a que el cáncer cervico uterino es la primera causa de enfermedad y muerte en mujeres en edad fértil del país.

Según fuentes nacionales el cáncer cervico uterino CaCu es la localización más frecuente de cáncer en mujeres en el periodo 1977- 2012 ,de acuerdo con las estimaciones de GLOBOCAN 2008-2012 mueren alrededor de 2 a 3 mujeres cada día por cáncer de cuello uterino.

Finalmente se debe remarcar que el grupo técnico asesor TAG de la OPS/OMS y el Comité Nacional de Inmunización (CNI) de Bolivia recomiendan la inclusión de la vacuna VPH en el esquema regular de vacunación a adolescentes antes del inicio de las relaciones sexuales.

Basado en estos argumentos el Ministerio de Salud dispuso que la introducción de la vacuna contra el VPH en el año 2017 este dirigida a las niñas de 10 a12 años de edad y a partir del 2018 a las nuevas cohortes de niñas de 10 años.

VIII. CONTENIDO DE LAS VACUNAS.-

Las vacunas contienen organismos similares a los que producen las enfermedades contra las cuales actúan. Sin embargo, debido a que estos organismos son más débiles, en lugar de enfermarnos nos ayudan a adquirir defensas contra esas enfermedades, sin tener que padecerlas.

Para realizar una inmunización correcta se requiere cumplir rigurosamente con el proceso de la cadena de frío debido que los organismos vivos debilitados que contienen las vacunas deben conservarse en buen estado. Caso contrario, la inmunización no tendrá el efecto deseado.

TIPO DE VACUNA	CONTENIDO DE LA VACUNA
BCG	Vacuna viva liofilizada derivada de la cepa atenuada de micobacteriumbovis(cepa del bacilo Calmette Guerin)
IPV	Vacuna trivalente de poliovirus inactivado (cepa sabin 1,2,3)
ANTIPOLIO	Vacuna bivalente de virus atenuado de poliomieltis (cepa sabin 1,3)
PENTAVALENTE	Toxoide diftérico, toxoide tetánico, bacilos muertos de Bordetellapertusis, preparado purificado del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B ,oligosacárido capsular purificado y polisacárido capsular de Haemophilusinfluenzae tipo b y como adyuvante fosfato de aluminio. Se trata de un líquido blanquecino turbio que puede asentarse y depositarse en el fondo y dispersarse al agitar el frasco.
ANTIROTAVIRIC A	Rotavirus atenuados humano, cepa RIX4414
INFLUENZA	Vacuna trivalente de virus inactivados, fraccionados(cepas AH1N1,AH3N2 y tipo B)
ANTINEUMOCOC O	Sacáridos del antígeno capsular del StreptococoPneumoniae, serotipos1,3,4,5,6 ^a ,6B,7F,9V,14, 18C,19 ^a ,19F y 23F conjugados con proteína diftérica CRM 197 como adyuvante, aluminio.
SRP	Virus vivos atenuados de la rubeola (cepa wistar RA27/3), sarampión (cepa EADMONSTON-Zagreb) y parosiditis (cepa leningrad – Zagreb) neomocina y albumina.
ANTIAMARILICA	Suspensión de virus vivos atenuados, contiene la cepa 17D- 204, cultivada en huevos de gallina.
DT	Toxoides contra la difteria y el tétanos, Timerosal como conservante.
HEPATITIS	Vacuna inactiva recombinante contiene la subunidad de antígeno de superficie (HBs-Ag) del virus de la Hepatitis, purificado y obtenido por la técnica de ADN, contiene hidróxido de aluminio como adyuvante y 0.005% de timerosal como conservante.
VIRUS DEL PAPILOMA	Vacuna recombinante tetravalente contra el VPH (genotipos 6,11,16 y 20, 18) contiene:

HUMANO

- Proteína L1(Saccharomyces cerevisiae),
- 20mcg de VPH6,
- 40 mcg de VPH11,
- 40 mcg de VPH16 y 20 ,
- 20 mcg de VPH 18,
- sustrato levadura
- adyuvante: sulfato de hidroxifosfato de aluminio amorfo
- otros componentes: cloruro de sodio, Lhistidina polisorbato 80, borato de sodio 35mcg y agua para inyección.

IX. ENFERMEDADES QUE SE PREVIENEN CON LAS VACUNAS DEL ESQUEMA NACIONAL

Las vacunas del Esquema Nacional previenen enfermedades muy graves que pueden causar la muerte o producir invalidez en niñas, niños y población general.

Las enfermedades inmunoprevenibles son:

- Tuberculosis o tisis en sus formas graves

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa cuya propagación es rápida ya que se transmite por bacterias dispersadas en el aire debido a tos o estornudos.

La tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa cuya propagación es rápida ya que se transmite por bacterias dispersadas en el aire debido a tos o estornudos.
 La meningitis tuberculosa es la forma más grave y letal de la tuberculosis y aun cuando se cura es probable que deje secuelas permanentes en el paciente.

• Parálisis Infantil o poliomieltis

La poliomieltis, también conocida como parálisis infantil, es una enfermedad infectocontagiosa aguda, causada por el virus de la polio y cuyas manifestaciones clínicas son muy variables, desde cuadros inaparentes, en un 90 a 95% de los casos, hasta parálisis severa.

Las niñas y niños que sufren de polio, presentan fiebre y aparentan estar resfriados, poco después, tienen dificultad para ponerse de pie y caminar porque las piernas ya no les sostienen, finalmente se ven obligados a arrastrarse o usar muletas por el resto de sus vidas.

• Neumonía y meningitis por Haemophilus influenzae tipo B

Son enfermedades infectocontagiosas e invasivas frecuentes en los niños y niñas menores de 5 años de edad, especialmente en los menores de dos años, se transmite de persona a persona, por vía respiratoria a través de gotitas suspendidas en el aire, provenientes de estornudos o tos.

Los signos y síntomas son los mismos para diferentes agentes epidemiológicos.

El Haemophilus influenzae tipo b es responsable del 95% de las formas invasivas, tales como meningitis, neumonías, epiglotitis, otitis media, sinusitis, artritis séptica, celulitis, osteomieltis, empiema y pericarditis.

• Difteria

Es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria, y se transmite por tos, estornudos o por contacto con infecciones de la piel.

Se caracteriza porque las personas infectadas presentan una pseudo membrana grisácea en la garganta, que produce dificultad para respirar, adenopatía cervical y estado tóxico infeccioso.

• **Coqueluche, tosferina o tos de ahogo**

Es una infección bacteriana, muy contagiosa se caracteriza por violentos accesos de tos - a los que se les da comúnmente el denominativo de tos de perro - que provocan vómitos, imposibilidad de alimentarse y enrojecimiento de los ojos.

Esta enfermedad puede llegar a ser tan grave que los niños mueren o quedan con lesiones cerebrales permanentes.

• **Diarreas graves por rotavirus**

Es una infección viral que se inicia con vómitos, deposiciones líquidas, abundantes y frecuentes, además de fiebre y dolor abdominal.

La principal complicación es la deshidratación severa que puede provocar choque hipovolémico y muerte.

• **Influenza estacional**

La influenza no complicada se caracteriza por fiebre súbita y síntomas respiratorios como tos seca, dolor de garganta y secreción nasal y en general puede causar malestar general.

Es una enfermedad respiratoria, contagiosa, aunque generalmente es leve puede causar complicaciones muy graves, sobre todo en niños y ancianos.

• **Neumonías, meningitis y otitis por neumococo**

Son enfermedades bacterianas, infecciosas, contagiosas, muy frecuentes en la población infantil, el agente etiológico más importante es el neumococo.

La neumonía es la segunda causa de muerte en los niños y niñas menores de un año y es agravada en desnutridos.

La vacunación contra el neumococo contribuirá a reducir la mortalidad y morbilidad por neumonía, sepsis y meningitis, con una eficacia mayor al 90%

• **Sarampión**

Es una enfermedad altamente contagiosa, se caracteriza porque se presenta con fiebre, malestar general, tos, secreción nasal, ojos enrojecidos y erupciones máculopapular no vesiculares en todo el cuerpo.

Las complicaciones de esta enfermedad son infecciones respiratorias, neumonías, encefalitis, otitis media, pan encefalitis esclerosante subaguda, que se previenen con la vacuna.

• **Rubéola**

Es una enfermedad febril, viral, eruptiva y contagiosa, caracterizada por un exantema máculopapular eritematoso, adenopatía post-auricular y suboccipital y fiebre leve; en ocasiones se presenta con dolor en las articulaciones.

La rubéola durante el embarazo puede causar abortos, mortinatos, recién nacidos con bajo peso y anomalías congénitas oftálmicas, cardíacas, neurológicas o sordera, además de retraso en el crecimiento.

• **Parotiditis**

Es una enfermedad infecciosa, aguda, viral, que origina una inflamación no supurada de las glándulas parótidas.

La parotiditis puede afectar al mismo tiempo los testículos, las meninges y el páncreas.

• **Fiebre amarilla**

Es una enfermedad viral, transmitida por la picadura de mosquitos infectados, se caracteriza por presentar cuadro febril agudo por más de siete días, malestar general, ictericia y manifestaciones hemorrágicas como sangrado nasal, vómito con sangre y deposiciones negruzcas. Se debe sospechar esta patología cuando se trata de personas no vacunadas que viven en zonas endémicas o que estuvieron de manera temporal en éstas.

En Bolivia se ha vacunado a toda la población contra la fiebre amarilla, por esta razón, la meta actual es garantizar la vacunación de las nuevas cohortes, inmunizando a los niños y niñas de 12 a 23 meses junto con la vacuna SRP.

• **Tétanos neonatal**

El tétanos del recién nacido es una enfermedad bacteriana que se caracteriza porque se presentan contracciones dolorosas en los músculos de la cara, cuello y tronco en los recién nacidos que tienen entre 3 y 28 días.

Esta enfermedad es resultado de la contaminación del cordón umbilical de madres no vacunadas.

• **Hepatitis B**

Es una enfermedad viral infecciosa grave en la que se presenta malestar general, fiebre, falta de apetito, náuseas, fatiga, vómitos e ictericia.

La hepatitis B es fácilmente transmitida por la vía sexual, transfusión sanguínea, procedimientos médicos, odontológicos y también por transmisión vertical de madre a hijo, por cepillo dental o máquina de afeitar contaminados, compartir jeringas y material de tatuajes o para perforaciones en el cuerpo piercings). Esta enfermedad se previene con la vacuna.
Una enfermedad viral silenciosa en la que se presentan infecciones y lesiones

• **Virus del Papiloma Humano**

Es una enfermedad viral silenciosa en la que se presentan infecciones y lesiones genitales precancerosas o displásicas (cervicales, vulvares y vaginales) causadas por el VPH 6, 11,16 y18. por el VPH 6, 11,16 y18

El cáncer cervico uterino es una enfermedad que afecta solo a mujeres, causado por el VPH, un virus común que se disemina a través de las relaciones sexuales tempranas. La vacunación contra el VPH es la intervención más costo efectiva de la salud pública.

X. ENFERMEDADES SUPUESTAMENTE ATRIBUIDAS A LA VACUNACIÓN E INMUNIZACIÓN (ESAVIs)

Los ESAVIs son cuadros clínicos que se producen después de la administración de una vacuna y son atribuidos a esta.

Clasificación de los ESAVIs





LEVES	Se considera así a las manifestaciones clínicas locales, que se produce en el sitio de la aplicación de las vacunas y a las sistémicas, que se tratan en forma ambulatoria sin dejar secuelas, como ejemplo, la fiebre menor a 38°C. Estos casos deben ser registrados semanalmente y notificar mensualmente.
MODERADAS	Se consideran así a las manifestaciones clínicas que no ponen en riesgo la vida de la persona vacunada, incluso cuando se requiera hospitalización o las secuelas presentadas no afecten la capacidad funcional del individuo, estos casos deben ser reportados dentro de las 48 horas. Los casos que requieran hospitalización deben ser investigados de inmediato por un equipo multidisciplinario antes de presumir diagnóstico clínico.
GRAVES	Se trata de eventos severos que ponen en riesgo la vida que ocasionan discapacidades, hospitalización o muerte, deberán ser reportadas dentro de las 24 horas y se debe llevar a cabo una investigación de forma obligatoria e inmediata por un equipo multidisciplinario antes de presumir diagnóstico clínico.

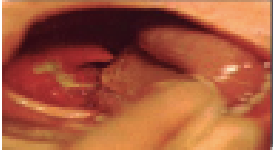


Conducta Ante Casos ESAVIS

- Tratamiento del paciente.
- Notificación, investigación y seguimiento.
- Según la clasificación de la investigación determinara la conducta a seguir con la vacuna y el programa.

Todo caso de ESAVIS debe ser asumido como responsabilidad institucional, no personal en el marco jurídico, legal, técnico y financiero presupuestado en el POA del SEDES.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES (de notificación inmediata)

ENFERMEDAD	DEFINICION DE CASO SUSPECHOSO	TIPO DE MUESTRA QUE DEBE TOMAR Y CANTIDAD	TIEMPO DE TOMA DE MUESTRA	MANEJOS DE ACCION	TIPO DE MUESTRA QUE DEBE TOMAR Y CANTIDAD	TIEMPO DE TOMA DE MUESTRA	DEFINICION DE CASO SUSPECHOSO	ENFERMEDAD
 SARAMPIÓN/RUBÉOLA	Todo caso en el que se sospeche SAR. La persona enferma puede tener cualquier edad y presentar fiebre y erupción maculopapular NO vesicular.	Sangre-suero (5ml) Hisopado Nasofaringeo Orina	30 días del inicio del exantema Los primeros 5 días. MTV 10 ml dentro de los 7 días	Atenderlo por 4 días después de la erupción 1.- Notificar inmediatamente luego de la identificación 2.- Investigación clínica de los casos sospechosos en los días. 3.- Inicio de la muestra sobre de los 5 días. Temperatura + 2 a 3 grados	Investigación, a través de los médicos de la zona y personal de salud En adultos: 1 a 2 semanas			
 DIFTERIA	SRC menor de 1 año con indicios: Sordera, cardiorrales, calor de la congintia.	Sangre-suero (5ml) Hisopado o Aspirado Nasofaringeo, entre 10 ml	durante el primer año de vida	Notificación inmediata luego de la identificación luego de la confirmación con el hisopado y el hisopado	Tratamiento: Atender al niño por 4 días de la zona y personal de salud			
 POLIOMIELITIS - PPA	Persona menor de 15 a que presente parálisis flácida aguda (reducción del tono y fuerza muscular que se instala en menos de cuatro días) por cualquier razón, excluyendo traumatismos graves O personas de cualquier edad en que se sospeche poliomielitis	Hacer 8 g a un poquer luego de la toma.	entre los 72 hrs a 15 días de iniciado la parálisis	1.- Notificación inmediata luego de la identificación 2.- Investigación dentro de las 48 horas; monitoreo riguroso, investigación 3.- Inicio de la muestra sobre de inmediata. Temperatura + 2 a 3 grados 4.- Seguirlo a los 60 días.	Tratamiento: Cuid PPAJ			
 FIEBRE AMARILLA	Cuadro febril agudo de (durante 7 días), residente o que estuvo en área de riesgo para fiebre amarilla en los últimos 15 días sin antecedente de vacuna	Sangre - suero (5ml) Muestra hospitalaria para hisopado Hisopado de virus por hisopado en caso de muestra del paciente	A partir del 7mo día del inicio de síntomas Dentro de la primeras ocho horas de descenso. La muestra que debe mantenerse en formalina al 10%, en un volumen de líquido 10 veces superior al tamaño de la muestra. No congelar.	1.- Notificación inmediata luego de la identificación 2.- Inicio de la investigación de inmediato. Tiempo vértice + 2 a 3 días 3.- Enviar la muestra sobre de una zona sospechosa en caso de sospecha de un caso de fiebre amarilla 4.- En la comunidad, en centros de salud y hogares: se debe hacer una muestra de suero de personas ya vacunadas que presentaron fiebre en los últimos 30 días.	Atender de la fiebre de un caso sospechoso de fiebre amarilla			

INDICADOR DE TRASTORNO	RECOMENDACION DE ACCION	TIEMPO DE TOMA DE MUESTRA	TIPO DE MUESTRA QUE DEBE TOMAR Y CANTIDAD	DEFINICION DE CASO SUSPECHOSO	IMAGENES A VISUALIZAR
<p>Estado oral anormal o lesiones del sistema o paratub.</p>	<p>Mediamente durante 94 días</p> <p>1.- Notificación inmediata Remedio de la fobia epidemiológica</p> <p>2.- Toma y envío de la muestra inmediata.</p> <p>3.- Investigación dentro de las 24 a 48 horas posteriores (RN) después de haber comenzado vacunación obligatoria</p> <p>4.- Vigilar durante 7 días a las contactos</p>	<p>Instantáneo</p>	<p>Resgado faríngeo o de la pared membranosa que debe tomarse antes de haber el tratamiento antibiótico</p>	<p>Toda persona que presente faringitis, laringitis o amigdalitis, además de una pseudomembrana anasalada y grisácea en las amígdalas, faringe o nariz.</p>	 <p>DIFTERIA</p>
<p>Trastornos: Un caso de fiebre alta, espasmos de la cara o del cuerpo.</p>	<p>1.- Notificación inmediata</p> <p>2.- Toma y envío de la muestra inmediata.</p> <p>3.- Investigación dentro de las 24 a 48 horas posteriores (RN) después de haber comenzado vacunación obligatoria</p> <p>4.- Reporte de laboratorio PCR/Ceballos</p>	<p>Instantáneo (medio de transporte bacteriano Rogan Lowe) de 2 a 8 °C</p>	<p>Hicopido nasal faríngeo y/o aspirado nasofaríngeo.</p>	<p>Historia de fiebre severa, persistente por días semanales o más, paroxística y seguida de vómitos. En niños menores, los vómitos prolongados seguidos de apnea y convulsiones. En niños mayores: los paroxísticos seguidos de vómitos y náuseas. Paciente con nexo epidemiológico</p>	 <p>COQUELUCHE - TOS FERINA</p>
<p>Trastornos: De inicio a dos semanas y posteriores.</p>	<p>1.- Notificación inmediata</p> <p>2.- Investigación dentro de las 48 horas posteriores (RN) después de haber comenzado vacunación obligatoria</p> <p>3.- Estudios de laboratorio PCR/Ceballos</p>	<p>CLINICO</p>	<p>El diagnóstico es clínico y epidemiológico</p>	<p>RN (3-28 días) que después de haber succionado torado normalmente tenga la imposibilidad progresiva de alimentarse y llanto constante</p>	 <p>TETANOS NEONATAL</p>

INDICADORES DE VIGILANCIA

Completamiento de la Mobilización comunitaria según el tipo de vacuna	
SUSCEPTIBILIDAD	DE POLIOVALENTE
1.- Tasa de 2 dosis por cada 100000 habitantes.	1.- Tasa 1 dosis por cada 100000 habitantes menores de 15 años.
2.- Mobilización comunitaria	2.- Mobilización comunitaria
3.- Involuntarios dentro los 40 días.	3.- Involuntarios dentro los 40 días.
4.- Tasa de cobertura en los primeros 40 días.	4.- Toma de muestra en los primeros 15 días.
5.- Error de cobertura e inventario entre los 5 días.	5.- Error de cobertura e inventario de parvovirus.
6.- Involuntarios de inventario entre los 4 días.	6.- Seguimiento a los 60 días

Pasos que deben darse frente a un caso sospechoso de una enfermedad inmunoprevenible

- Detectar el caso, significa conocer las definiciones de caso para cada enfermedad inmunoprevenibles.
 - Notificar el caso sospechoso de manera inmediata a la instancia pertinente, y dar a conocer toda la información disponible.
 - Investigar los aspectos epidemiológicos del caso sospechoso, como la posible fuente y cadenas de transmisión, datos en persona, tiempo y lugar.
 - Establecer medidas de control, dependiendo de los resultados de la investigación, y de acuerdo al tipo de enfermedad y el agente patógeno que se está investigando.
- Estas medidas pueden ser el monitoreo rápido de coberturas, búsqueda activa en la comunidad para detectar susceptibles.
- Diagnosticar la enfermedad mediante exámenes de laboratorio específicos para identificar el agente etiológico del que se sospecha.
 - Clasificar los casos sospechosos de acuerdo a su diagnóstico final.

Evaluación de resultados

Indicador de cobertura

Este indicador mide el porcentaje de niños o niñas menores de un año y de un año que han recibido vacunas en relación a la población total asignada. Lo esperado es que se alcance un 95 %.

Nº 3ras dosis de pentavalente, anti polio o antineumococica en < de 1 año x 100

Población total < de 1 año

Mide la proporción de niños y niñas que han sido captados con 1ras dosis por el servicio de vacunación, en relación con la población total de ese grupo etario

Nº de 1ras dosis de pentavalente en < de 1 año x 100 resultado mayor al 95%

Población total < de 1 año

Indicador de seguimiento

Permite conocer el porcentaje de la población que ha iniciado el esquema de vacunación con la primera dosis y ha regresado para completarlo con la segunda y tercera dosis

No. de 3ra de OPV – 3ra de pentavalente X 100 diferencia máxima del 5%.

No. de 3ra de OPV

Integralidad

Este indicador mide la capacidad del establecimiento de salud para administrar todas las vacunas de acuerdo a la edad y al esquema nacional, con una diferencia máxima del 5%.















No. de 3ra de OPV – 3ra de pentavalente X 100

No. de 3ra de OPV

BIBLIOGRAFIA:

1. MSD – PAI Familiar y Comunitario, Manual Técnico, publicación 356. La Paz – Bolivia. 2016
2. MSD - PAI Familiar y Comunitario, Manual de vigilancia de las enfermedades inmunoprevenibles, publicación 357. La Paz – Bolivia. 2016.
3. MSD- lineamientos técnicos y operativos para la introducción de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, VPH, publicación 441. La Paz Bolivia. 2017

Esquema Nacional de Vacunación

VACUNA	ENFERMEDAD QUE PREVIENE	VIA	EDAD DE APLICACIÓN	DOSES Y CANTIDAD
BCG	Formas graves de Tuberculosis	Intra dérmica 	Recién Nacido	1 Dosis Única 0,1 ml
Pentavalente	Difteria, Tétanos, Coqueluche, Hepatitis B, neumonías y meningitis por Hib	Intra muscular 	1ra dosis 2 meses 2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses	5 Dosis 0,5 ml
		Intra muscular 	18 a 23 meses 4 años	
Anti polio	Poliomielitis	Intra muscular 	1ra dosis 2 meses	1 Dosis 0,5 ml
		Oral 	2da dosis 4 meses 3ra dosis 5 meses 4ta dosis 18 a 23 meses 5ta dosis 4 años	
Anti neumocócica	Neumonías y meningitis	Intra muscular 	1ra dosis 2 meses 2da dosis 4 meses 3ra dosis 6 meses	3 Dosis 0,5 ml
Anti rotavirus	Diarreas severas por rotavirus	Oral 	1ra dosis 2 meses hasta los 3 meses 2da dosis 4 meses hasta los 7 meses	2 Dosis 1,5 ml
Anti Influenza Estacional Pediátrica	Influenza estacional	Intra muscular 	Niños de 6 a 11 meses: 1ra dosis al contacto 2da dosis al mes de la 1ra	2 Dosis 0,25 ml
		Intra muscular 	Niños de 12 a 23 meses: 1 sola dosis	1 Dosis 0,25 ml
SRP	Sarampión, Rubéola, Parotiditis	Subcutánea 	De 12 a 23 meses	Dosis Única 0,5 ml
Anti amarilla	Fiebre Amarilla	Subcutánea 	De 12 a 23 meses	Dosis Única 0,5 ml
* Virus del Papiloma Humano (VPH)	Cáncer cérvico uterino	Intra muscular 	10 años 1ra dosis al contacto 2da dosis a los 6 meses	2 Dosis 0,5 ml
dT adulto	Difteria, Tétanos neonatal y tétanos del adulto (Hombres y Mujeres)	Intra muscular 	De 7 a 9 años 1ra dosis al contacto 2da dosis a los 2 meses	2 Dosis 0,5 ml
			De 10 a 49 años 1ra dosis al contacto 2da dosis al mes 3ra dosis a los 6 meses	3 Dosis 0,5 ml
Anti Influenza Estacional adulto	Influenza Estacional	Intra muscular 	Embarazadas Personal de Salud Mayores a 60 años Enfermos crónicos	1 dosis 0,5 ml cada año

TUBERCULOSIS

Lic. Julia Quispe Mamani
ENF. SUP. PDCTB SEDES LA PAZ

22

Objetivos de aprendizaje.-

- Contar con una guía para el manejo del paciente con tuberculosis en el programa según las normas vigentes en el país.
- Guiar al estudiante para identificación del Sintomático Respiratorio como una de sus actividades en el SSSRO.
- Dar a conocer las normas de tratamiento que se realizan en los pacientes con tuberculosis.
- Recordar al estudiante los tipos de tuberculosis que hay en Bolivia.

I. ANTECEDENTES.-

El Ministerio de Salud a través del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, al identificar a la tuberculosis como un problema de salud pública, de carácter multifactorial en sus determinantes que causa altas tasas de morbilidad y mortalidad especialmente en poblaciones pobres y desprotegidas, en el marco de la estrategia mundial tuberculosis Post 2015 “Fin a la Tuberculosis”, presenta el Manual de Normas Técnica de Tuberculosis actualizado, con nuevas definiciones de casos estándar a nivel mundial para la tuberculosis y la tuberculosis resistente, sus esquemas de tratamiento y todo lo relacionado al manejo de la tuberculosis, por lo que se considera en este documento.

SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS

La OMS estimó que en el 2014 hubo 285.213 casos nuevos de tuberculosis en la Región de las Américas (3% de la carga mundial de tuberculosis), de los cuales se estimó que 6.900 fueron TB- DR y 32.000 estuvieron infectados con el VIH. De los 285.213 casos estimados, 64% correspondió a cuatro países: Brasil (33%), Perú (14%), México (9%) y Haití (8%).

SITUACIÓN EN BOLIVIA.-

La tasa de incidencia de TB TSF en la gestión 2015 fue de 66.9/100.000 hab. y de 47,7/100.000 de TBP BAAR (+). Por lo que en Bolivia la tuberculosis continúa siendo un problema de Salud Pública de gran magnitud y trascendencia que requiere atención prioritaria por todos los sectores y de la sociedad civil del país.

Durante la gestión 2015 se detectaron 7.243 casos de TB TSF, de los cuales 5.160 corresponden a casos de TBP BAAR (+). Los grupos etarios mayormente afectados se encuentran en edad productiva, reproductiva y de mayor contacto social (15 a 34 años), con predominio del sexo masculino.

La tasa de éxito en el tratamiento de tuberculosis pulmonar BAAR (+) desde el 2012 al 2014 supera el 85% cumpliendo la meta establecida.

El proceso de identificación de drogorresistencia se ha iniciado a partir del 2004 con normas establecidas para su manejo a partir del 2005, hasta el 2015 se han detectado 570 casos TB- MDR de los cuales 320 han iniciado tratamiento a nivel nacional, sin embargo la vigilancia de la misma debe fortalecerse.

SITUACION EN LA PAZ

La tasa de incidencia de tuberculosis todas sus formas el año 2015 es de 58 * 100000 habitantes, tasa de incidencia en tuberculosis pulmonar BAAR (+) es de 36 * 100000 habitantes siendo el departamento de La Paz, aporta con el 22 % de la carga nacional, así como a nivel nacional se cura al 85 % como tasa de curación.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Disminuir la mortalidad y morbilidad por tuberculosis
- Reducir la transmisión del Mycobacterium tuberculosis en la comunidad
- Evitar la drogorresistencia

METAS DEL PROGRAMA AL 2020

- Detectar el 90% de los Sintomáticos Respiratorios.
- Detectar el 88% de los casos nuevos TB pulmonar.

- Curar y terminar el tratamiento al menos al 85% de los casos nuevos detectados de tuberculosis.
- Curar y terminar el tratamiento al menos al 75% de los casos TB-Resistente a Rifampicina/Multidrogorresis tente (RR- MDR).

DEFINICIONES ACTUALES

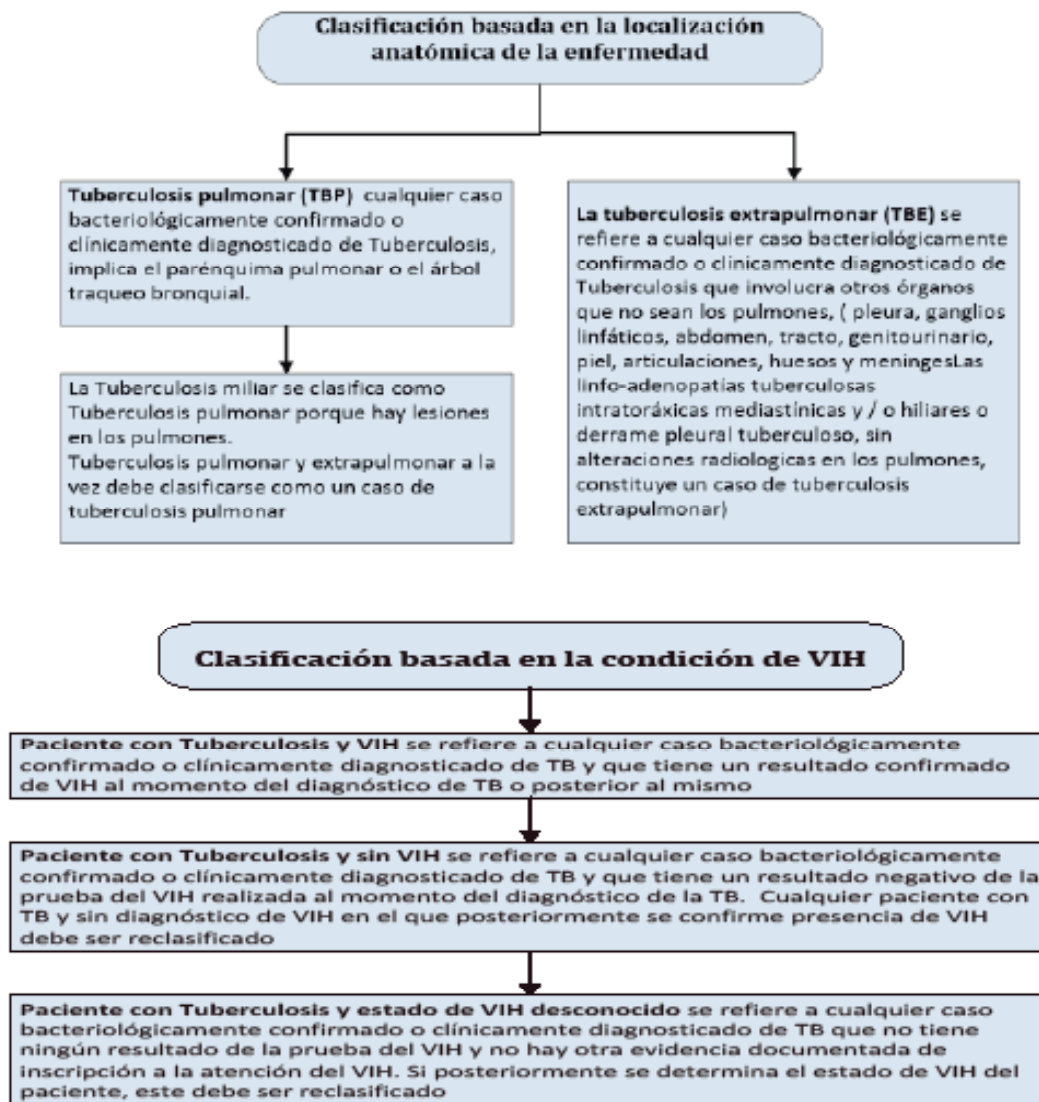
Tuberculosis presuntiva: se refiere a un paciente que presenta síntomas y/o signos sugestivos de Tuberculosis (anteriormente conocido como sospechoso de Tuberculosis).

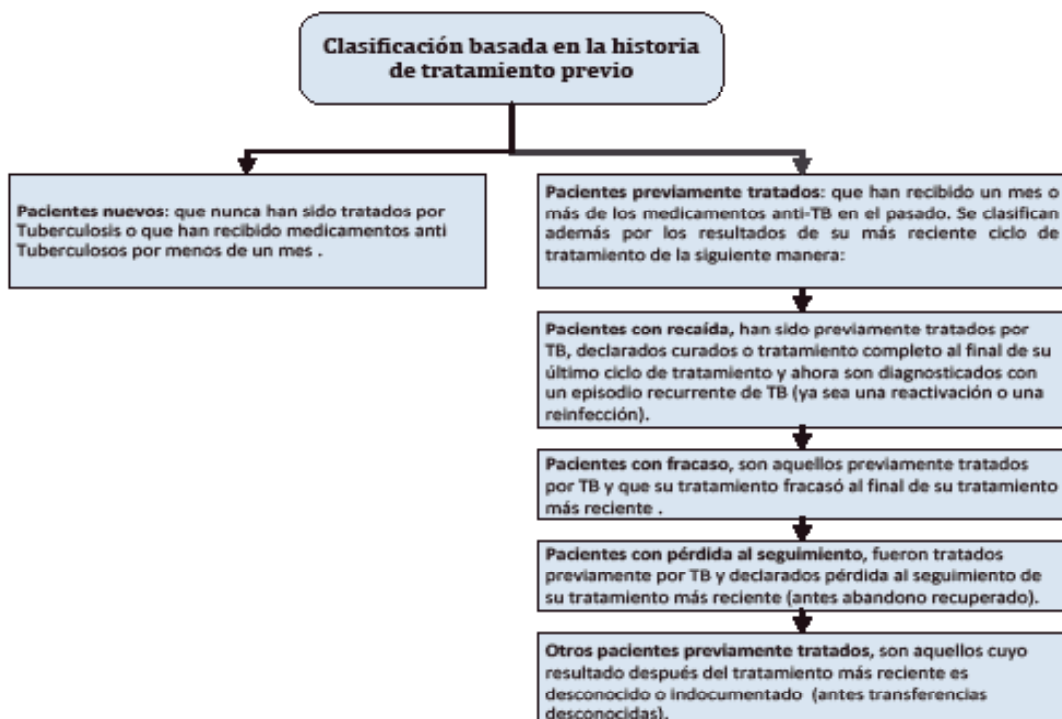
Definiciones de caso

- Caso de Tuberculosis bacteriológicamente confirmado: Es aquel que tiene una muestra biológica positiva por baciloscopía, cultivo o prueba rápida molecular (como el Xpert MTB/RIF).
- Caso de Tuberculosis clínicamente diagnosticado: Es aquel que ha sido diagnosticado con Tuberculosis por un médico quien ha decidido dar al paciente un ciclo completo de tratamiento; esta definición incluye casos diagnosticados sobre la base de anomalías de rayos X, histología sugestiva y casos extrapulmonares sin confirmación de laboratorio.

Los casos diagnosticados de Tuberculosis también se clasifican por:

- Localización anatómica de la enfermedad.
- Historia de tratamiento previo.
- Condición de VIH.





Resultados del tratamiento de pacientes con TB sensible

Definiciones de resultado del tratamiento

Las nuevas definiciones de los resultados del tratamiento hacen una clara distinción entre dos tipos de pacientes:

- Pacientes con TB sensible tratados con medicamentos de primera línea.
- Pacientes con TB resistente tratados con medicamentos de segunda línea.

Resultados del tratamiento de pacientes con TB sensible

Todos los casos de Tuberculosis bacteriológicamente confirmados y clínicamente diagnosticados deben ser asignados a un resultado:

Resultado	Definición
Curado	Paciente con TB pulmonar con bacteriología confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopías negativas en los dos últimos meses de tratamiento y cultivo negativo de 4 ^º o 5 ^º mes (si se prolongó la fase intensiva).
Tratamiento completo	Paciente con TB que completó el tratamiento sin resultado de baciloscopía en los dos últimos meses de tratamiento y cultivo negativo de 4 ^º o 5 ^º mes (si se prolongó la fase intensiva).
Fracaso al tratamiento	Paciente con TB pulmonar cuya baciloscopía es positiva en el quinto mes o posterior, o el cultivo del 4 ^º o 5 ^º mes es positivo (en caso de prolongación de fase intensiva).
Fallecido	Paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.
Pérdida en el seguimiento	Paciente con TB que no inició tratamiento, o interrumpió el tratamiento durante un mes consecutivo o más.
No evaluados	Paciente con TB que no se le ha asignado el resultado del tratamiento. Incluye las transferencias desconocidas y RAFA.

Tratamiento Exitoso: La suma de curados y tratamientos completos.

ASPECTOS GENERALES DE LA TUBERCULOSIS

DEFINICIÓN DE TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa, de evolución crónica, prevenible y curable que es causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, afectando mayormente a grupos socialmente vulnerables.

DIFERENCIA ENTRE INFECCIÓN Y ENFERMEDAD TUBERCULOSA

INFECCIÓN TUBERCULOSA	ENFERMEDAD TUBERCULOSA
Periodo en el cual, el <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (bacilo de Koch) entra en contacto por primera vez con una persona sana (denominándose primo-infección tuberculosa), que desencadena una respuesta de defensa del sistema inmunológico de la persona.	Cuando el sistema inmunológico no controla la infección o re-infección tuberculosa y los bacilos comienzan a multiplicarse activamente produciendo lesiones en los órganos afectados, apareciendo síntomas y signos.

FORMA DE TRANSMISIÓN

La transmisión es el paso del bacilo de una persona enferma a otra sana, siendo la vía aérea el mecanismo de transmisión de la tuberculosis

Los factores que favorecen la transmisión son:

1. Concentración de los bacilos.
2. Poca ventilación e iluminación.
3. Grado de cercanía y el tiempo de permanencia con el enfermo.

CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico presenta síntomas generales y específicos:

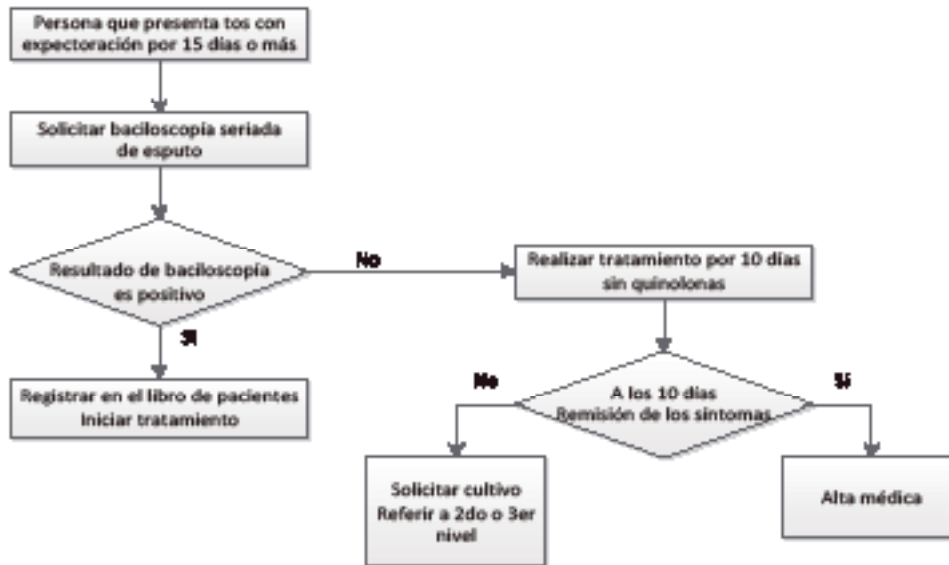
SÍNTOMAS GENERALES (Pulmonar y Extrapulmonar)	SÍNTOMAS ESPECÍFICOS (Pulmonar y Extrapulmonar)
<ul style="list-style-type: none"> - Hiporexia o anorexia (disminución o pérdida del apetito). - Astenia y adinamia (pérdida de fuerza muscular y de energía). - Pérdida de peso. - Fiebre y disforesis nocturna (sudoración nocturna). - Malestar general⁶. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tos con expectoración por más de 15 días. - Expectoración hemoptoica (manchada con sangre). - Hemoptisis (sangre abundante viva proveniente de los pulmones). - Disnea (dificultad para respirar). - En la extrapulmonar de acuerdo al órgano afectado.

La tos es el principal síntoma de la enfermedad, clasificar al paciente como sintomático respiratorio y plantear el diagnóstico de Tuberculosis presuntiva.

Sintomático Respiratorio (SR) es la persona que tiene tos con expectoración por más de 15 días.

Sintomático Respiratorio (SR) es la persona que tiene tos con expectoración por más de 15 días.

Flujograma del Sintomático Respiratorio



Detección pasiva: Consiste en la identificación del Sintomático Respiratorio en pacientes que consultan por afecciones respiratorias o por otras patologías

Búsqueda activa Consiste en la búsqueda de casos con signos y síntomas sugestivos de TB en grupos poblacionales de riesgo: contactos, recintos penitenciarios, pueblos indígenas y otros de acuerdo a la región. La búsqueda activa en la población en general no es recomendable, por el bajo aporte en la detección.

DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

MÉTODO CLÍNICO

Comprende la elaboración completa de la Historia Clínica del paciente.

MÉTODOS BACTERIOLÓGICOS

A) Baciloscopia

La baciloscopia del esputo o flema es el método de diagnóstico más fácil y accesible. Permite identificar las fuentes de transmisión de la Tuberculosis.

Reporte de resultado de baciloscopia

RESULTADO	NÚMERO DE BAAR EN LOS CAMPOS OBSERVADOS
Negativa (-)	No se observan BAAR en el extendido (mínimo 300 campos microscópicos).
1 a 9 BAAR	Bacilos contables en el extendido. Se considera resultado positivo.
Positiva (+)	10 a 99 BAAR en 100 campos microscópicos observados.
Positiva (++)	1 a 10 BAAR por campo en 50 campos microscópicos observados.
Positiva (+++)	Más de 10 BAAR por campo en 20 campos microscópicos observados

Indicaciones para la obtención de la muestra de esputo

A todo Sintomático Respiratorio se debe tomar dos baciloscopías con muestras representativas de expectoración:

MUESTRA	INDICACIONES
Primera	Se obtiene al momento en que el personal de salud identifica al SR. Una vez recibida la muestra, se entrega el segundo envase.
Segunda	El paciente recolecta la muestra al día siguiente, en ayunas (segundo envase) y la lleva al establecimiento de salud.

El reservorio potencial y el más peligroso es el hombre enfermo no diagnosticado, que son las fuentes de infección reales.

B) Cultivo

El cultivo es el método con mayor sensibilidad para el diagnóstico y seguimiento del tratamiento de tuberculosis

RESULTADO	Reporte del resultado de cultivo
Contaminado	Alteración físico química del medio.
Negativo	Sin desarrollo después de 60 días de incubación.
Número de colonias	De 1 a 19 colonias contables.
{+}	De 20 a 100 colonias.
{++}	Más de 100 colonias (colonias separadas).
{+++}	Colonias incontables (colonias confluentes).

C) Pruebas de sensibilidad y resistencia:

GeneXpert-MTB/RIF

La prueba GeneXpert MTB/RIF es una Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) en tiempo real que puede detectar Mycobacterium tuberculosis (MTB) y resistencia a Rifampicina, en menos de 2 horas.

Indicaciones de GeneXpert MTB/RIF

- En todo paciente con bacteriología positiva (baciloscopia positiva)
- En casos de tuberculosis con antecedentes de tratamiento: recaída, fracaso y pérdida en el seguimiento en su último resultado de tratamiento.
- En casos de tuberculosis presuntiva en personas privadas de libertad (PPL).
- En casos de personas con VIH/Sida con tuberculosis presuntiva.
- Personal de salud
- Contactos TB MDR
- Diagnóstico de TB infantil

Las muestras que deben enviarse para este método son:

- Esputo.
- Muestras de tejidos (Biopsias).
- Líquido cefalorraquídeo.

Reporte de resultado de GeneXpert.

RESULTADO	Interpretación
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> no detectado	Muestra negativa para <i>Mycobacterium Tuberculosis</i>
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> detectado y resistencia a rifampicina no detectada	Muestra positiva para <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> y que no presenta resistencia a Rifampicina
<i>Mycobacterium tuberculosis</i> detectado y resistencia a rifampicina	Muestra positiva para <i>Mycobacterium Tuberculosis</i> y que presenta resistencia a Rifampicina
Resistencia a la Rifampicina indeterminado	Carga bacteriana muy baja
Invalidez/Error	Solicitar examinar nueva muestra

Se debe solicitar prueba de sensibilidad y resistencia en los siguientes casos:

- Pacientes con resultado de TB-RR por GeneXpert (MTB/RIF).
- Pacientes con resultado de TB-Sensible a la Rifampicina por GeneXpert (MTB/RIF)
- Paciente contacto de caso TB-DR
- Personal de salud con TB presuntiva.
- RAFA posterior a la prueba de desensibilización.
- Baciloscopia de control positiva a partir del segundo mes de tratamiento.
- Casos nuevos Pulmonar y Extrapulmonar

E) Estudios imagenológicos:

Radiografía

Tomografía computarizada de tórax o de otros órganos, ecografías y rayos X.

F) Estudio Anatómo patológico Es también un método sensible pero inespecífico, se puede solicitar cuando exista disponibilidad.

DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Los métodos de diagnóstico para la tuberculosis Extrapulmonar son:

Localización	Procedimiento
Tuberculosis ganglionar	Biopsia para estudio anatomopatológico y cultivo
Tuberculosis Meningea	ADA en LCR, TAC, cultivo para micobacterias de LCR.
TB pleural	Radiografía de tórax, ADA en liquido pleural, biopsia pleural para estudio histopatológico y cultivo
TB peritoneal	Ecografía abdominal, ADA en liquido ascítico, biopsia peritoneal para estudio histopatológico y cultivo
TB osteoarticular	Radiografía de columna vertebral, biopsia osteoarticular para estudio histopatológico y cultivo
TB pericárdica	Radiografía de tórax, ADA en liquido pericárdico, biopsia pericárdica para estudio histopatológico y cultivo
TB renal	Examen general de orina, ecografía renal y cultivo de micobacterias de orina.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

El tratamiento de la tuberculosis se fundamenta en bases bacteriológicas, farmacológicas y operacionales.

Objetivos del tratamiento

*Disminuir lo mas rápidamente posible la capacidad infectante del paciente Curar sin recidivas
Evitar la selección de resistencia
A justar la dosis a medida que aumente el peso corporal del paciente*

El tratamiento de la tuberculosis **SENSIBLE** se fundamenta en bases bacteriológicas, farmacológicas y operacionales, debiendo ser:

Asociado, utilizando un mínimo de cuatro medicamentos antituberculosos

Prolongado, durante un mínimo de 6 meses para lograr eliminar a todas las poblaciones bacilares

En una sola toma, porque la acción terapéutica es mayor cuando los medicamentos son administrados en forma conjunta.

Supervisado, para garantizar la toma y cumplimiento del tratamiento hasta la curación (DOTS)

Controlado, con baciloscopías mensuales a partir del 2º mes de tratamiento y cultivo al 4º o 5º mes de tratamiento (en caso de prolongación de la fase intensiva).

En dosis kilogramo peso/día y de acuerdo a la forma de presentación de los medicamentos, para evitar sobre o sub dosificación

Es importante que el personal de salud asegure:

- La adherencia del paciente al tratamiento y controle su evolución
- La toma de los medicamentos estrictamente supervisada en ambas
- El tratamiento ambulatorio (en el Establecimiento de Salud), salvo en casos excepcionales que requieran hospitalización.

MEDICAMENTOS ANTITUBERCULOSOS.

- Los medicamentos de primera línea, son la base del tratamiento de los casos de tuberculosis sensible.

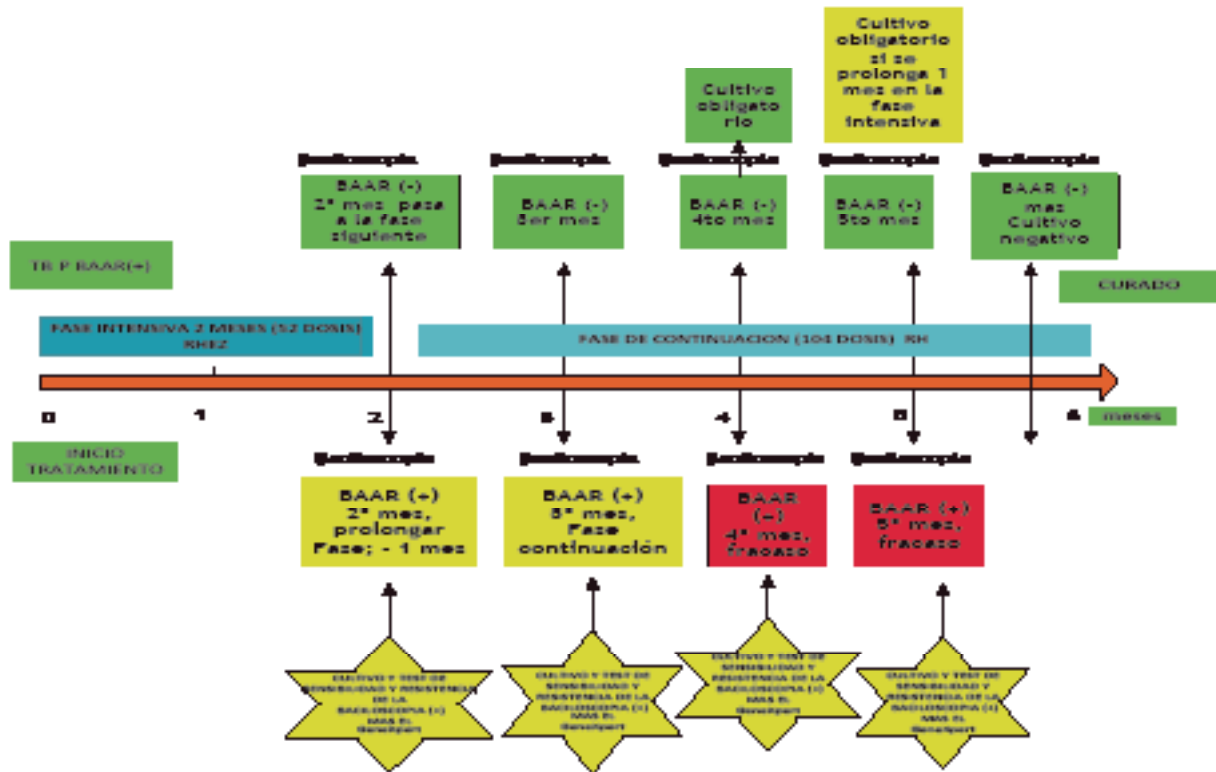
DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS DE PRIMERA LÍNEA

MEDICAMENTO S DE PRIMERA LÍNEA	PRESENTACIÓN			DOSIFICACIÓN		VÍA DE ADMINISTRACIÓN
	FRASCO	TABLETA	TABLETA ASOCIADA	DOSIS DIARIA	DOSIS MÁXIMA DIARIA	
Isoniacida H		300 mg		5 mg/kg peso	300 mg	Oral
Rifampicina – Isoniacida R/H			300 / 150 mg	10/5 mg/kg peso	600/300 mg	Oral
Etambutol E		400 mg		15 mg/kg peso	1200 mg	Oral
Pirazinañida Z		500 mg		25 mg/kg peso	2000 mg	Oral
Rifampicina R Suspensión	60 ml 5 ml./100 mg			10 a 15 mg/kg peso	600 mg	Oral

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS SENSIBLE.

FASE INTENSIVA	FASE DE CONTINUACIÓN	INDICACIONES	ADMINISTRACIÓN
<p>2 RHZE</p> <p>(2 meses)</p> <p>52 dosis</p>	<p>4 RH</p> <p>(4 meses)</p> <p>104 dosis</p>	<ul style="list-style-type: none"> Casos nuevos de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar (niños y adultos). Pacientes previamente tratados (con resultado de GeneXpert sensible a Rifampicina) u otro método rápido similar. 	<ul style="list-style-type: none"> Diaría Una sola toma Tratamiento Directamente Observado (DOT) por personal de salud, en casos excepcionales por personal capacitado (DOTS-C) De lunes a sábado.

ESQUEMA TUBERCULOSIS SENSIBLE PARA SU CONTROL y CONDUCTA DE (BACIOSCOPIAS Y CULTIVO) DURANTE EL TRATAMIENTO



SITUACIONES ESPECIALES EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

INDICACIÓN	ESQUEMA	CONDUCTA
Embarazo	2 HRZE / 4 HR	Aunque la H y R atraviesan la barrera placentaria, no se ha demostrado que sean teratógenos; sólo debe evitarse el uso de la Estreptomicina por ototóxica.
Lactancia		Una mujer en tratamiento puede seguir dando de lactar.
Recién nacidos y ancianos		Deben seguir el mismo tratamiento del adulto, ajustando la dosis según kilo-peso. Es frecuente la toxicidad e intolerancia medicamentosa en esta población, se recomienda monitorizar las posibles reacciones adversas.

Anticonceptivos		La R interactúa con las píldoras anticonceptivas y por lo tanto disminuye la eficacia de las mismas, utilizar otros métodos de anticoncepción mientras utilice rifampicina
Diabetes Mellitus		La Rifampicina disminuye el efecto de los antidiabéticos orales (Glibenclamida), el paciente debe ser referido a Endocrinología mientras dure el tratamiento antituberculoso.
Paciente con VIH	2 HRZE / 4 HR	Seguimiento cercano para vigilar posible RAFA, intolerancia e interacciones. Una vez concluido el tratamiento (2 HRZE / 4 HR), debe continuar con quinieston/fluoroquinolona por 5 semanas 3.
Meningitis Tuberculosa (Tuberculosis del Sistema Nervioso Central)	2 HRZE / 10 HR	Es la forma extrapulmonar de mayor riesgo para la vida, dejando secuelas permanentes en el paciente. Se recomienda utilizar corticoides como la prednisona en dosis de 2 mg/Kg/día por 3 semanas, reducir gradualmente hasta llegar a la dosis de mantenimiento (manejo por especialidad). Prolongar el tratamiento a 12 meses.
Tuberculosis Osteoarticular		Prolongar el tratamiento a 12 meses.
Silicosis		Prolongar el tratamiento a 12 meses.
Hepatitis Crónica	2 HRZE / 4 HR	Manejo por especialista y avalado por el Comité Departamental TB-DR/RAFA y Casos Especiales.
Insuficiencia Renal Crónica		Manejo por especialista y avalado por el Comité Departamental TB-DR/RAFA y Casos Especiales, etambutol debe ser administrado cada 48 hrs. Reajustando la dosis de acuerdo al clearance de creatinina.

TUBERCULOSIS INFANTIL

El diagnóstico de enfermedad en el niño(a) es un “evento centinela” que representa la transmisión reciente de Mycobacterium tuberculosis en la comunidad.

Definiciones y manejo de Contactos

Caso Índice: Es el paciente con diagnóstico de Tuberculosis.

Contactos prioritarios: Toda(o) menor de 5 años contacto estrecho del caso índice.

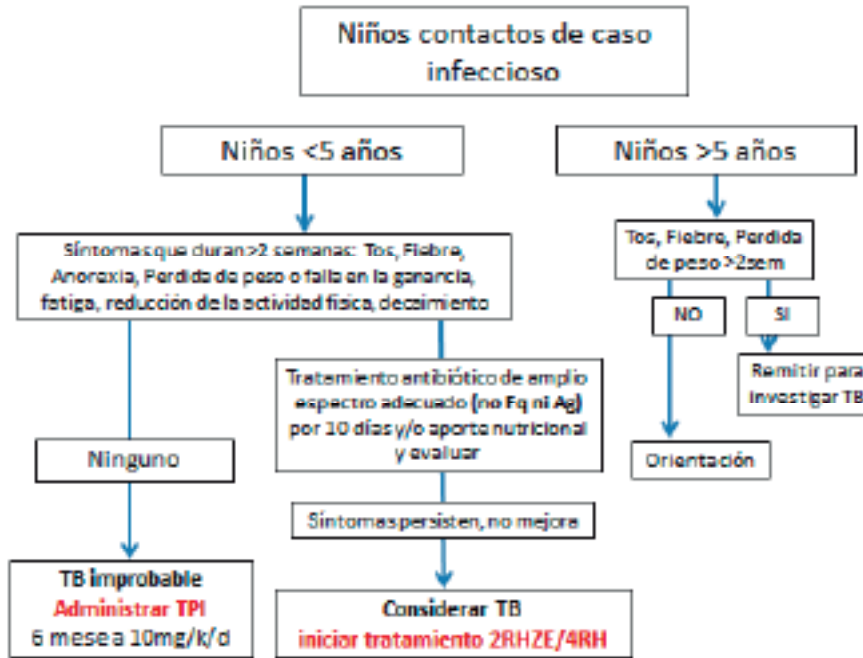
Contacto reciente con el caso índice: Todo contacto cuyo tiempo de exposición con el caso índice es menor a tres meses.

Los siguientes aspectos son importantes en el manejo de contactos:

Toda niña(o) menor de 5 años contacto de un paciente bacilífero debe ser controlado para confirmar o descartar tuberculosis y realizar tratamiento o quimioprofilaxis.

A partir de los 5 años aumenta la probabilidad de encontrar bacteriología positiva. Si una o un menor de 15 años presenta tuberculosis pulmonar BAAR (+), deben evaluarse todos sus contactos

• **Flujograma de control de contactos en niñas(os)**



A diferencia de la Tuberculosis del adulto, en las niñas(os) las formas clínicas generalmente son paucibacilares, por ello con menos riesgo de transmisión también se clasifican de la misma manera tuberculosis Pulmonar y Tuberculosis Extrapulmonar.

Tuberculosis Pulmonar

SINTOMAS Y SIGNOS GENERALES (Pulmonar y Extrapulmonar)	SINTOMAS Y SIGNOS ESPECÍFICOS (Pulmonar)
<ul style="list-style-type: none"> • Hiporexia o anorexia (disminución o pérdida del apetito). • Astenia y apatía (pérdida de energía), adinamia (pérdida de la fuerza muscular). • Pobre o ninguna ganancia de peso. Pérdida de peso. • Fiebre o febrícula vespertina por más de dos semanas y escalofríos (más elevada en la tuberculosis miliar). 	<ul style="list-style-type: none"> • Tos crónica (más común en el pre escolar y escolar). • Estertores broncoalveolares o sibilancias persistentes que no mejoran con broncodilatadores. Disminución del murmullo vesicular. • En la tuberculosis miliar o generalizada, afectación pulmonar, adenomegalias cervicales e inguinales, esplenomegalia y hepatomegalia, afectación del Sistema Nervioso Central (se notifica como tuberculosis pulmonar).

Tuberculosis Extrapulmonar

En el siguiente cuadro se describen síntomas y signos de acuerdo al órgano afectado:

ORGANO AFECTADO	SINTOMAS Y SIGNOS ESPECIFICOS
Ganglionar (son el 50% de las formas extrapulmonares).	Aumento de ganglios linfáticos de evolución mayor a un mes, afecta especialmente las cadenas ganglionares cervicales.
Tuberculosis del Sistema Nervioso Central (Meningitis, Tuberculosis Cerebral, Tuberculoma Cerebral)	<p>Primer Estadio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad, vómitos <p>Segundo Estadio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Somnolencia o letargo alternando con irritabilidad, cefalea, vómitos, rigidez de nuca, Kernig y Brudzinski, reflejos osteotendinosos aumentados, afectación de pares craneales (III, IV, VI, VII), crisis convulsivas focales o generalizadas. <p>Tercer Estadio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coma, respiración irregular, pulso irregular, hipotensión arterial, espasticidad generalizada, hipertensión endocraneal, hidrocefalia usualmente de tipo comunicante, papiledema.
Pleural	Disnea, taquipnea, síndrome de derrame pleural.
Peritoneal	Distensión y dolor abdominal, cuadro suboclusivo (constipación y diarrea), síndrome de malabsorción, ascitis, masa abdominal palpable.
Osteoarticular (sitios más afectados: columna vertebral, cadena, rodilla, huesos del pie).	Aumento paulatino del volumen de una articulación no doloroso (absceso frío), impotencia funcional, alteraciones de la marcha, síndrome de compresión radicular o medular, atrofia muscular.
Renal (más en la adolescencia)	Disuria, hematuria, proteinuria, piuria y bacteriuria.

Laríngea	Disfonía crónica de diferente grado (desde ronquera hasta pérdida de la voz o afonía), tos crónica, estridor laríngeo.
Genital	Sexo Femenino: Dolor abdominal, amenorrea, masa tumoral abdominal, ascitis. Sexo Masculino: Nódulo focalizado en escrota (puede drenar material caseoso), dolor escrotal, dolor suprapúbico, masa testicular y linfadenopatía regional.
Pericárdica	Dolor retroesternal, datos de insuficiencia cardíaca, frote pericárdico, cardiomegalia en la radiografía de tórax.
Oftálmica	Afecta cualquier parte del ojo: el tracto uveal, la coroides y el iris predominantemente.
Otica	Otitis crónica, Hipoacusia, otorrea crónica.
Cutánea	Lesiones únicas y unilaterales en la tuberculosis ulcerosa, chancro tuberculoso y la verrucosa que son de inoculación exógena; presenta lesiones bilaterales múltiples en la escrofulodermia y lupus vulgar que son de inoculación endógena.

DIAGNÓSTICO:

Método Clínico

Métodos Bacteriológicos

La confirmación bacteriológica se realiza a través de baciloscopia, cultivo y biología molecular.

Se debe solicitar cultivo de toda muestra obtenida en las niñas(os), en las formas pulmonares el esputo inducido es la mejor técnica o aspirado gástrico (no baciloscopia).

Estudios Imagenológicos

Radiografía

La radiografía de tórax es muy útil para el apoyo diagnóstico en niños por su alta sensibilidad. Se puede observar un patrón miliar (altamente sugestivo de TB).

Los métodos de diagnóstico para la tuberculosis Extrapulmonar son:

Localización	Procedimiento
Tuberculosis ganglionar	Biopsia para estudio anatomopatológico y cultivo para micobacterias y GeneXpert.
Tuberculosis Menínges	ADA en LCR, TAC, cultivo para micobacterias de LCR y GeneXpert.
TB pleural	Radiografía de tórax, ADA en líquido pleural, biopsia pleural para estudio histopatológico y cultivo de micobacterias.
TB peritoneal	Ecografía abdominal, ADA en líquido ascítico, biopsia peritoneal para estudio histopatológico y cultivo de micobacterias.
TB osteoarticular	Radiografía de columna vertebral, biopsia osteoarticular para estudio histopatológico y cultivo de micobacterias.
TB pericárdica	Radiografía de tórax, ADA en líquido pericárdico, biopsia pericárdica para estudio histopatológico y cultivo de micobacterias.
TB renal	Examen general de orina, ecografía renal y cultivo de micobacterias de orina.
La biopsia y los líquidos deben colocarse en solución fisiológica (no en formol) y deben enviarse a laboratorio de cultivo de micobacterias en forma inmediata.	

TRATAMIENTO

En las niñas(os) se utilizan los mismos medicamentos que en los adultos, sin embargo las dosis son mayores en niñas(os) con un peso inferior a 25 kilos de acuerdo a la siguiente tabla.

DOSIFICACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA TUBERCULOSIS EN NIÑAS(OS)

Medicamentos de primera línea	Presentación			Dosificación		Vía de administración
	Frasco	Tableta	Tableta asociada	Dosis diaria	Dosis máxima diaria	
Isoniacida		100 mg		10 mg/kg peso	300 mg	Oral
Rifampicina – Isoniacida			R/H 300 / 150 mg	15/10 mg/kg peso	600/300 mg	Oral
Rifampicina Suspensión	60 mL 5 mL/100 mg			15 mg/kg peso	600 mg	Oral
Pirazinamida		500 mg		35 mg/kg peso	2000 mg	Oral
Etambutol		400 mg		20 mg/kg peso	1200 mg	Oral

En niñas(os) con peso superior a 25 kilos, las dosis son igual a las del adulto.

En caso de TB meníngea y TB osteoarticular el tratamiento debe prolongarse a 12 meses. (Ver capítulo de Tratamiento).

Seguimiento durante el tratamiento

El seguimiento es fundamentalmente clínico y de forma mensual.

Prueba para VIH

Las pruebas rutinarias de VIH deben realizarse a todos las niñas(os) con diagnóstico de tuberculosis

Prevención

La mejor prevención de la TB en las niñas(os) es la que garantiza la detección oportuna y curación de los adultos enfermos de tuberculosis, entre los contacto (convivientes y casuales).

Vacunación con BCG

La vacunación con BCG es una primoinfección dirigida y controlada. Se ha demostrado que la BCG es efectiva en la prevención de 65 a 85% para TB meníngea y miliar.

PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

En tuberculosis se debe realizar prevención primaria cuya descripción se encuentra descrita en el párrafo de Promoción de la Salud y la prevención secundaria que se desarrollada a continuación:

La mejor forma de prevenir la tuberculosis es cortando la cadena de transmisión a través del diagnóstico precoz de los casos contagiosos y el tratamiento oportuno, estrictamente supervisado hasta certificar su curación⁵.

Otras medidas de prevención son:

1. VACUNACIÓN CON BCG (BACILO CALMETTE - GUÉRIN)

La vacunación BCG es obligatoria en Bolivia. Esta vacuna protege a las niñas(os) de las formas agudas y graves de la tuberculosis miliar y meníngea.

La vacuna BCG se administra en recién nacidos y menores de 1 año en todos los Establecimientos de Primer, Segundo y Tercer Nivel.

2. QUIMIOPROFILAXIS O TERAPIA PREVENTIVA

Consiste en la administración de Isoniacida a personas con riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa. Está destinada principalmente a los menores de 5 años contactos íntimos de casos de Tuberculosis Pulmonar, pero no de forma exclusiva.

La finalidad de la quimioprofilaxis es evitar la infección en aquellos que no están infectados y disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en los que ya están infectados

Se debe administrar quimioprofilaxis en condiciones de Programa en las siguientes situaciones, previo descarte de Tuberculosis activa:

Población en riesgo	Indicación	Duración	Seguimiento
Menor de 5 años contacto de TB Pulmonar	Isoniacida 10 mg / Kg peso. Administración diaria	6 meses	Controles mensuales dirigidos a evaluar la adherencia a la quimioprofilaxis, reajuste de dosis y vigilancia de posibles reacciones
Niñas(os) VIH (+) con peso inferior a 25 kilos	Isoniacida 10 mg / Kg peso (dosis máxima 300 mg). Administración diaria	6 meses	
Casos VIH (+) con peso superior a 25 kilos	Isoniacida 5 mg / Kg peso (dosis máxima 300 mg). Administración diaria	6 meses	
Inmunosuprimidos: Trasplantados renales, colagenopatías (lupus	Isoniacida 5 mg / Kg peso (dosis máxima 300 mg). Administración diaria	6 meses	

Quienes no deben recibir quimioprofilaxis con Isoniacida.

- Portadores de Tuberculosis activa (monoterapia)⁵.
- Pacientes con antecedentes de daño hepático secundario a Isoniacida⁵.
- Contacto de caso índice de TB-DR (TB-MDR, TB-RR, TB-XDR y TB resistente a Isoniacida).

4. CONTROL DE CONTACTOS

El control de contactos es la detección activa de casos, entre los grupos de poblaciones en riesgo de enfermar por tuberculosis.

Debe realizarse en:

- Contactos estrechos de casos de Tuberculosis Pulmonar (que son los que pasan por lo menos seis horas diarias en estrecha relación con el enfermo)

La conducta a seguir para un adecuado control de contactos es:

- Registrar a todos los contactos de la fuente de infección en la ficha de tratamiento.
- Verificar el registro de contactos y brindar consejería durante la visita domiciliaria.
- Valoración clínica a los contactos registrados.
- Solicitar baciloscopia seriada de esputo a todo contacto que presenta tos con o sin expectoración (Ver flujograma del SR).

Si los recursos y el sistema de salud lo permiten es recomendable realizar la evaluación de los contactos a los tres, seis y veinticuatro meses, que consiste en la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios entre los contactos de pacientes que realizaron tratamiento hace dos años atrás.

5. MEDIDAS DE PROTECCIÓN

El personal de Salud recomendará en los pacientes y sus familiares las siguientes medidas de protección:

- Taparse la boca al toser, no escupir en el suelo; hacerlo en pañuelo desechable o papel higiénico, desechar en una bolsa de plástico cerrada o quemar.
- Ventilar y mantener limpia la vivienda, permitiendo que ingrese la luz del sol.
- Mantener buenas condiciones higiénicas familiares.
- Procurar consumir lácteos, verduras, frutas, carnes, cereales y leguminosas.
- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas y drogas.

Finalmente la prevención exitosa resulta de la tarea conjunta, multidisciplinaria desde el diagnóstico oportuno, el tratamiento y seguimiento establecidos, el estudio de contactos, la adherencia de los enfermos, el buen trato a nuestros pacientes en todos los Establecimientos de Salud y la participación de la población articulando con la comunidad organizada con información, capacitación y educación.

TUBERCULOSIS DROGRESISTENTE

CLASIFICACIÓN BASADA EN LA RESISTENCIA A MEDICAMENTOS

Los casos se clasifican en categorías en función de las pruebas de sensibilidad a los medicamentos de los aislados clínicos confirmados laboratorialmente como *Mycobacterium tuberculosis*:

- **Monorresistente:** Resistencia a solo un medicamento anti-Tuberculoso de primera línea (D P L).
- **Polirresistente:** Resistencia a más de una DPL anti-Tuberculosa (que no sea Isoniacida y Rifampicina a la vez).
- **Multidrogorresistente (MDR):** Resistencia conjunta a la Isoniacida y la Rifampicina .
- **Extensamente resistente (XDR):** Pacientes MDR que además presenta resistencia a cualquier fluoroquinolona y a uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina o amikacina).
- **Resistencia a la Rifampicina (RR):** Detectada utilizando métodos fenotípicos y genotípicos, con o sin resistencia a otros medicamentos anti-TB D P L).

RESULTADOS DE PACIENTES CON TB-RR/MDR/XDR TRATADOS CON MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA

Resultado	Definición
Curado	Tratamiento completo según lo recomendado sin evidencia de fracaso y tres o más cultivos negativos consecutivos con intervalo de por lo menos 30 días entre ellos, después de la fase intensiva
Tratamiento completo	Conclusión de tratamiento sin evidencia de fracaso, pero sin constancia de tres o más cultivos negativos consecutivos con al menos 30 días de intervalo después de la fase intensiva
Fracaso al tratamiento	Tratamiento suspendido o necesidad de cambio permanente de esquema o por lo menos de dos fármacos anti-TB debido a una de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> - Falta de conversión al final de la fase intensiva. - Reversión bacteriológica en la fase de continuación después de conversión a negativo. - Evidencia de resistencia adicional adquirida a las fluoroquinolonas o medicamentos inyectables de segunda línea - Reacción adversa a medicamentos (RAFA) que impidan el uso de la quinolona o el inyectable del esquema.
Fallecido	Un paciente que muere por cualquier razón durante el curso del tratamiento o antes de iniciar el tratamiento.
Pérdida en el seguimiento	Un paciente cuyo tratamiento fue interrumpido durante un mes consecutivo o más

Para el fracaso al tratamiento, la falta de conversión al final de la fase intensiva implica que el paciente no convierte dentro de la duración máxima de la fase intensiva.

La fase intensiva comprende: 6 a 8 meses de tratamiento con DSL (incluyendo el inyectable).

Los términos “conversión” y “reversión” del cultivo se definen como sigue:

Conversión (de positivo a negativo): Se considera cuando se tiene dos cultivos consecutivos tomados al menos con intervalo al menos de 30 días se encuentran negativos

En tal caso, la fecha de recolección de la muestra del primer cultivo negativo se usa como la fecha de conversión.

Reversión (de negativo a positivo): Se considera que el cultivo revierte a positivo cuando, después de una conversión inicial, se reporta dos cultivos consecutivos positivos, tomados al menos con intervalo de 30 días. Para el propósito de definir el fracaso al tratamiento, la reversión se considera sólo cuando se produce en la fase de continuación

CLASIFICACIÓN DE LA RESISTENCIA

El Mycobacterium tuberculosis puede presentar resistencia a uno o varios de los medicamentos antituberculosos, lo que reduce la posibilidad de curación.

El concepto de resistencia va estrechamente ligado a las características fenotípicas y genotípicas del Mycobacterium tuberculosis.

Tipos de Resistencia	Definición
Natural	<p>Es aquella que presentan las cepas salvajes del <i>Mycobacterium tuberculosis</i> como fruto de una multiplicación continua, que al alcanzar un determinado número de bacilos hace que surja una mutación genética en un bacilo concreto ¹⁸, es decir que en un paciente donde hay poblaciones de multiplicación activa siempre habrá bacilos con resistencia natural a uno de los medicamentos.</p> <p>La resistencia natural no presenta ningún problema para el tratamiento si es correctamente administrado.</p>
Primaria o inicial (sin tratamiento previa)	<p>Se denomina así cuando un paciente que nunca recibió tratamiento o recibió tratamiento por menos de un mes, desarrolla una tuberculosis resistente a uno o más medicamentos como producto de la transmisión con bacilos resistentes</p>
Adquirida o secundaria (con tratamiento previa)	<p>Esta resistencia es siempre el resultado de:</p> <p>Monoterapia real, cuando es producto de selección de mutantes resistentes, por ejemplo, pacientes con Tuberculosis bacteriológicamente confirmado con un solo medicamento eficaz</p> <p>Monoterapia encubierta, por la administración de fármacos antituberculosos donde un solo fármaco es activo.</p>

En la resistencia secundaria intervienen factores como:

- Esquema fuera de la norma
- Subdosificación.
- Tratamientos irregulares.
- Co morbilidades
- Interacciones medicamentosas
- Alteración de la farmacocinética y farmacodinamia propias de cada paciente

Nunca se debe utilizar monoterapia en los pacientes con tuberculosis. La resistencia es cromosómica se transmite genéticamente y es irreversible

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del paciente con resistencia comienza con la identificación de los factores de riesgo.

Alto riesgo:

- Fracaso al tratamiento con drogas de primera línea.
- Contacto de caso positivo TB-MDR o TB-RR confirmado

Mediano riesgo:

- Contacto de caso positivo TB-DR confirmado.
- No conversión bacteriológica al 2º o 3er mes de tratamiento supervisado.
- Perdida en el seguimiento.
- Recaída.
- Manejo de tratamiento antituberculoso fuera de la norma.
- No adherencia al tratamiento por parte del paciente.
- Reacción adversa a fármacos antituberculosos con proceso de desensibilización prolongado y fuera de la norma.

- Exposición en Instituciones con brotes de TB-DR o áreas de alta prevalencia de TB-DR.
- Coinfección TB-VIH.
- Comorbilidades: Diabetes, colagenopatías, silicosis, otras.

MÉTODOS BACTERIOLÓGICOS:

- Cultivo para micobacterias.
- Prueba de sensibilidad y resistencia.
- Biología Molecular: GeneXpert MTB/RIF, Genotype.

INVESTIGACIÓN CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICA

En pacientes previamente tratados se realiza anamnesis detallada y dirigida para buscar los siguientes datos clínicos:

- Antecedentes de tratamientos previos: fármacos utilizados, dosis diaria, duración, regularidad del o los tratamiento (s) recibido(s) y la condición de egreso.
- Tratamiento fuera de la norma o automedicación (Monoterapia real o encubierta durante más de un mes).
- Información de estudios bacteriológicos previos (baciloscopías, cultivo y pruebas de sensibilidad).
- Comorbilidad: Diabetes, colagenopatías, silicosis, otras.
- Condición de VIH.
- RAFA previa.
- Antecedentes familiares de casos TB-DR.
- Conductas no saludables: Alcoholismo, drogodependencia.

TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORESISTENTE Y TUBERCULOSIS RESISTENTE A RIFAMPICINA (TB-MDR y TB-RR)

Está indicado para casos de tuberculosis resistente a medicamentos de primera línea.

CLASIFICACIÓN Y DOSIFICACIÓN DE LOS MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LÍNEA

MEDICAMENTO	PRESENTACION	DOSIFICACION	VIA DE ADMINISTRACION Y DOSIS MÁXIMA
GRUPO A			
Levofloxacin (Lfx)	Tab. 500mg	1g/día	VO Dosis máxima 1 g
GRUPO B			
Kanamicina (Km)	Frasco/Ampolla 1g	15mg/Kg/Día (máximo 1 gr/día)	IV ó IM
GRUPO C			
Ethionamida (Eth)	Tab. 250mg	15mg/Kg/día repartido en 2 dosis	VO
Cicloserina (Cs)	Cápsula de 250mg	15mg/Kg/día	VO
GRUPO D			
D1 Prazinamida (Z)	Tab. 500 mg	25 mg/kg peso	VO
D1 Etambutol (E)	Tab. 400 mg	15 mg/kg/ peso	VO
D1 Isoniacida a dosis elevadas (H)	Tab. 100 mg	15mg/Kg peso	VO

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS RESISTENTE

FASE INTENSIVA	FASE DE CONTINUACIÓN	INDICACIONES	ADMINISTRACIÓN
6 Km, Lfx, Eth, Cs, Z, E {6 meses} 180 dosis	12 Lfx, Eth, Cs, Z, E {12 meses} 360 dosis	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Casos nuevos de Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar TB-MDR. ▪ Pacientes previamente tratados con drogas antituberculosas (con resultado TB-RR). 	La administración es de lunes a domingo.

Si se cuenta con sensibilidad probada a H este medicamento se añade al esquema.

NUNCA se debe iniciar un esquema de tratamiento con drogas de segunda línea sin asegurar el tratamiento completo con al menos 4 drogas nuevas o con sensibilidad probada.

SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO

- Control médico mensual.
- Vigilancia de presentación de Reacciones Adversas.
- Baciloscopia y cultivo (mensual).
- Hemograma completo, hepatograma, glucemia, urea, creatinina y examen general de orina (cada 6 meses y por requerimiento).
- Hormonas tiroideas (al inicio y cada 6 meses y por requerimiento necesario).
- Rx de tórax al inicio del tratamiento, al cambio de fase y ante una evolución desfavorable.

MANEJO DE LAS REACCIONES ADVERSAS

Diagnóstico y síntomas	Fármacos involucrados	Conducta
Gastritis medicamentosa: Dolor urente en epigastrio, pirosis, náuseas, vómitos gastro alimentarios.	Lfx, Eth, Z, H, E	Administrar protectores gástricos si presenta vómitos, suspender además el tratamiento por 3 días.
Hiperuricemia: Dolores articulares.	Z	Administrar AINES por 5 a 10 días.
Neuritis periférica: Dolor neurítico parestias y parestesias especialmente en miembros inferiores.	H, Eth, Cs, Lfx	Administrar piridoxina 300 mg/día por 10 días.
Síndrome vestibular: mareos y sensación de pérdida del equilibrio.	Km, Am	Interconsulta a especialista
Nefrotoxicidad	Km, Am, E	Interconsulta a nefrología,
Ototoxicidad: hipocucusia.	Km, Am	Interconsulta a otorrinolaringología, audiometría,

Neuritis retrobulbar: afectación de la visión de colores.	E	Interconsulta a oftalmología, suspensión de etambutol.
Hipersensibilidad medicamentosa: prurito o lesiones dérmicas localizadas (pápulas eritematosas).	Km, Am, Lfx, Eth, Cs, H, E, Z.	Suspender tratamiento y referir a dermatología.
Hipersensibilidad medicamentosa generalizada: prurito, fiebre, lesiones dérmicas eritematosas generalizadas. Síndrome de Steven Johnson. Síndrome de Lyme o Lyel (necrosis epidérmica tóxica)	Km, Am, Lfx, Eth, Cs, H, E, Z.	Suspender tratamiento, referir al 2º o 3er nivel.
Hepatitis medicamentosa	Lfx, Eth, H, Z.	Suspender tratamiento, referir al 2º o 3er nivel.
Depresión, tendencia al suicidio	Cs.	Interconsulta con psiquiatría
Convulsiones	Cs, H, Fq	Interconsulta con neurología
Hipotiroidismo	Eth	Interconsulta con endocrinología

Esquema de tratamiento antituberculoso para Mono-resistencia y Poli-resistencia

Para la administración de éstos esquemas tiene que contarse con acta resolutive del Comité Departamental TB-DR/RAFA y ratificada por el Comité Nacional TB-DR/RAFA.

Resistencia	Tratamiento	Tiempo total
H	2RZE Lfx / 7RE	9 meses
R	Esquema de MDR	18 meses
Z	2HRE Lfx / 7HR	9 meses
E	2HRZ Lfx / 7HR	9 meses

Resistencia a:	Esquema de tratamiento	Tiempo total
H + S	2RZE Lfx / 7RE	9 meses
H + E	2SHZ Lfx / 10R Lfx	12 meses
H + Z	2RES Lfx / 10RE	12 meses
R + E	Esquema de MDR	18 meses
R + Z	Esquema de MDR	18 meses
R + S	Esquema de MDR	18 meses
Z + E	2RH Lfx / 7RH	9 meses
Z + S	2RHE / 7RH	9 meses

REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS (RAFA)

Definición de Reacción Adversa a Fármacos Antituberculosos:

Es todo evento adverso, inesperado y no deseado que se presenta tras la administración de los medicamentos antituberculosos a dosis y vías establecidas en el curso del tratamiento¹⁴.

Factores de riesgo para presentar RAFA

- Atopía (antecedentes familiares de alergia).
- Antecedentes personales y familiares de RAFA.
- Edad: menores de 5 años y mayores de 60 años.
- Gestantes y puérperas.
- Desnutrición, anemia, síndrome de mala absorción.
- Coinfección TB/VIH.
- Comorbilidad: Diabetes, alcoholismo y drogodependencia, insuficiencia hepática, insuficiencia renal crónica, insuficiencia cardíaca, colagenopatías.
- Pacientes que realizan tratamientos irregulares.
- Tuberculosis diseminada y avanzada.

Clasificación de acuerdo a la severidad de la RAFA

- a) Leve
- b) Moderada
- c) Grave

MANEJO DE LAS REACCIONES ADVERSAS

Diagnóstico y síntomas	Fármacos involucrados	Conducta
Gastritis medicamentosa: Dolor urente en epigastrio, pirosis, náuseas, vómitos gastroalimentarios.	Z, R, H, E	Administrar protectores gástricos si presenta vómitos, suspender además el tratamiento por 3 días. Si remiten los vómitos continuar tratamiento; en caso de que vuelvan a aparecer, suspender tratamiento y referir a gastroenterología o medicina interna.
Hiperuricemia: Dolores articulares.	Z	Administrar AINES por 5 a 10 días.
Neuritis periférica:	H	Administrar piridoxina 300 mg/día por 10 días.
Nefrototoxicidad	S, E	Interoconsulta a nefrología, suspensión de estreptomina.
Neuritis retrobulbar: afectación de la visión de colores.	E	Interoconsulta a oftalmología, suspensión de etambutol.
Hipersensibilidad medicamentosa: prurito o lesiones dérmicas localizadas	H, E, Z, R, S	Suspender tratamiento y referir a dermatología.
Hipersensibilidad medicamentosa generalizada: prurito, fiebre, lesiones dérmicas eritematosas generalizadas. Síndrome de Steven Johnson. Síndrome de Lyme o Lyel (necrosis epidérmica tóxica)	H, E, Z, R, S	Suspender tratamiento, referir al 2º o 3er nivel.
Hepatitis medicamentosa:	H, R, Z	Suspender tratamiento, referir al 2º o 3er nivel.
Púrpura trombocitopénica:	R	Suspender tratamiento, referir al 2º o 3er nivel.

En toda RAFA llenar la ficha de notificación de RAFA, notificar de forma inmediata a la Coordinación de Red de Salud, la cual notificará al Programa Departamental y este al Programa Nacional. Enviar la Ficha de Notificación de RAFA (Formulario 20/Tarjeta amarilla) de forma semanal junto con el SVEN a la Coordinación de Red de Salud.

En toda RAFA, el paciente debe ser referido con la ficha de tratamiento y la ficha de notificación de RAFA además de la hoja de referencia.

Esquema de tratamiento antituberculoso para pacientes RAFA

RAFA	Tratamiento	Tiempo total
H	2RZE Lfx / 7RE	9 meses
R	2HZE Lfx / 10 HE	12 meses
Z	2HRE Lfx / 7HR	9 meses
E	2HRZ Lfx / 7HR	9 meses

RAFA a:	Esquema de tratamiento	Tiempo total
H + S	2RZE Lfx / 7RE	9 meses
H + E	2SRZ Lfx / 10R Lfx	12 meses
H + Z	2RES Lfx / 10RE	12 meses
R + E	2SHZ Lfx / 10H Lfx	12 meses
R + Z	3SHE Lfx / 9HE	12 meses
R + S	2HEZ Lfx / 10HE	12 meses
Z + E	2RH Lfx / 7RH	9 meses
Z + S	2RHE / 7RH	9 meses
S + E	2RHZ / 7RH	9 meses
H y R	Tratamiento de 2da línea + E y Z si son sensibles.	18 meses

REFERENCIA DE CASOS AL COMITÉ DEPARTAMENTAL/COMITÉ NACIONAL TB-DR/RAFA

TUBERCULOSIS Y VIH

La tuberculosis genera incremento de la carga viral, acelerando la progresión de la infección por VIH a Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (Sida) y las complicaciones que ello implica¹⁵.

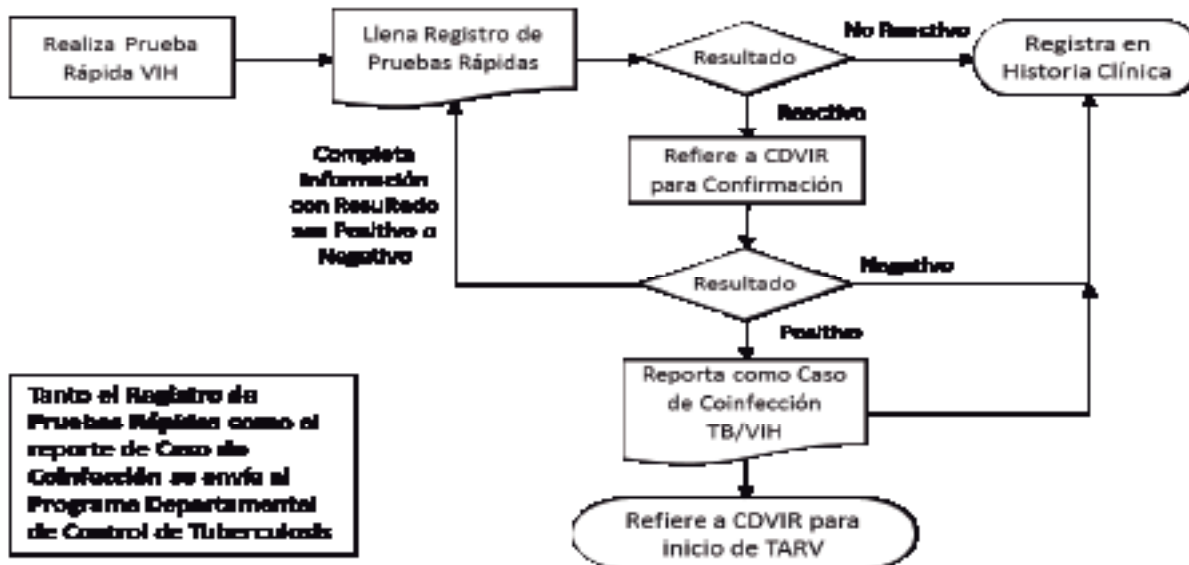
La infección por VIH, al disminuir progresivamente los linfocitos CD4, afecta la presentación clínica y evolución de la tuberculosis, promoviendo la progresión de infección a enfermedad tuberculosa¹⁵.

DIAGNÓSTICO DE VIH EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS.

A todo paciente con tuberculosis, se debe ofertar y realizar la prueba rápida para VIH previa consejería.

Considerar el periodo ventana, que se refiere al intervalo entre el inicio de la viremia y la aparición de anticuerpos detectables (que tiene una duración de 1 a 3 meses), en esta etapa el resultado usualmente es no reactivo¹⁵.

FLUJOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DE VIH EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS



Todos los establecimientos de salud deben ofertar y realizar la prueba rápida de VIH con la asesoría correspondiente a cada paciente con tuberculosis.

TERAPIA PREVENTIVA CON ISONIACIDA (TPI)

Para iniciar TPI en una persona con VIH se debe primero descartar la tuberculosis activa, y debe cumplir con los siguientes criterios de elegibilidad, bajo las consideraciones del siguiente cuadro:

Criterios de elegibilidad para administración de TPI en PVV.

PACIENTES CON VIH - ELEGIBLES PARA RECIBIR TPI	PACIENTES CON VIH - NO ELEGIBLES PARA RECIBIR TPI
<ul style="list-style-type: none"> - Adultos y niños sin tuberculosis activa (evaluados por el algoritmo clínico) que estén o no recibiendo TARV. - Embarazadas con precaución[®]. - Pacientes que han concluido tratamiento para TB. - Pacientes que no han recibido TPI hace 2 años. 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes con tuberculosis activa sea por algoritmo clínico o por Diagnóstico. Pacientes con antecedentes de lesión hepática por INH o hipersensibilidad a la INH. Contactos de pacientes MDR. Pacientes con antecedente de abuso de alcohol y drogas. Pacientes que terminaron tratamiento para TB-MDR. Pacientes con mala adherencia.

Fuente: Adaptado de la Guía Clínica Coinfección TB/VIH, Versión actualizada 2010 OPS

Dosis de la Isoniacida.

- Adultos y niños > de 25 Kg: 5mg/Kg de Peso por 6 meses.
- Niños < de 25 Kg: 10mg/Kg de Peso por 6 meses.

Frecuencia de Terapia Preventiva con Isoniacida.

- Pacientes con antecedente previo de TPI:

Administrar cada 2 años independiente del recuento de CD4, (iniciar el conteo de los dos años al día siguiente de haber realizado su última toma de Isoniacida).

- Pacientes que recibieron tratamiento para tuberculosis:

Administrar TPI al día siguiente de haber terminado su tratamiento para tuberculosis.

Con una duración de 6 meses y posteriormente cada 2 años.

TUBERCULOSIS Y COMORBILIDAD

La historia natural de la enfermedad de Tuberculosis demuestra que del 90% de los pacientes infectados, un 10% progresa a tuberculosis activa.

Las enfermedades que aumentan el riesgo de pasar de infección a enfermedad además del VIH son:

- Diabetes.
- Insuficiencia Renal Crónica y trasplantes.
- Neoplasias.

DEFINICIÓN DE CASO DE TUBERCULOSIS Y COMORBILIDAD.

- **CASO SOSPECHOSO:** Paciente con tuberculosis y antecedente de patología asociada sin confirmar.

- **CASO CONFIRMADO:** Paciente con tuberculosis y patología asociada confirmada clínica y laboratorialmente.

TUBERCULOSIS Y DIABETES

Se sabe que la diabetes altera el sistema inmune, volviendo al individuo susceptible de contraer infecciones microbianas, incrementando tres veces más el riesgo de desarrollar tuberculosis.

La asociación entre diabetes y tuberculosis es bidireccional: la diabetes ejerce un efecto negativo con un aumento del riesgo de fracaso, recaída y muerte y la tuberculosis no permite un adecuado control glucémico.

Las personas con ambas patologías requieren un manejo clínico adecuado.

NIVELES DE GLUCEMIA EN SANGRE EN AYUNAS

- Glucemia entre 70 y 99 mg/dl se considera normal.
- Glucemia entre 100 y 125mg/dl se considera elevada.

Glucemia **superior a 126 mg/dl, confirma Diabetes Mellitus**

- Establecimiento de Salud que no cuente con prueba rápida para glucemia, debe referir paciente TB a otro centro para la realización de la prueba rápida.
- **Glucemia Elevada:** Toda Glucemia tomada en ayunas **superior a 126 mm/dl, debe ser referida a especialista.**
- **Control mensual de Glucemia.**

TUBERCULOSIS Y ENFERMEDAD RENAL

La tasa de incidencia de tuberculosis es mayor en los individuos con enfermedad renal, comparada con la población en general.

En el caso de pacientes con enfermedad renal, la tuberculosis presenta sintomatología inespecífica (fiebre, astenia, anorexia). A causa del debilitamiento inmunológico, la tuberculosis puede pasar desapercibida.

Ante la sospecha clínica de enfermedad renal se debe realizar:

- Examen de creatinina en sangre.
- Examen general de orina.

Todo paciente con comorbilidad TB-Enfermedad Renal debe ser referido a establecimiento de salud de mayor complejidad para seguimiento y tratamiento supervisado por médico especialista.

La administración del tratamiento antituberculoso en pacientes con diálisis debe ser posterior a la sesión de hemodialisis.

TUBERCULOSIS Y OTRAS COMORBILIDADES.

Otras comorbilidades más frecuentes son: Hipertensión arterial sistémica, cardiopatía crónica, colagenopatías, enfermedades autoinmunes y otras.

Resultados normales de creatinina en sangre: tienen rango entre 0.7 a 1.3 mg/dL.

En toda persona afectada de TB debe realizarse un examen basal de Creatinina, si este es mayor a 1,3 mg/dL debe completarse los estudios para descartar Insuficiencia Renal Crónica (IRC.)

Todo caso de Tuberculosis con antecedente patológico de comorbilidad asociada debe ser evaluado por área médica del Establecimiento de Salud y luego referido a Establecimiento de mayor complejidad.

BIBLIOGRAFIA.-

1. WHO. Global tuberculosis control: WHO report 2011. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/ TB/2011.16).
2. PAHO. The Tuberculosis Control Situation in the Americas: PAHO Regional Tuberculosis Program 2012. Washington, D.C. 20037. Pan American Health Organization.
3. Ministerio de Salud. Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis. La Paz - Bolivia (Publicación 449): Documentos Técnicos Normativos; 2017.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO DE LA RABIA

Lic. Rosmery Azurduy Jaliri
Resp. Departamental Programa Zoonosis

23

OBJETIVOS DEL APENDIZAJE.

Fortalecer la capacidad técnica del personal de salud como referencia para el manejo adecuado del programa para la prevención y control de la Rabia

I. ANTECEDENTES.-

La importancia de la Rabia en Salud Pública, no solo está en el número de casos positivos, relativamente reducido, también es importante romper el ciclo biológico de transmisión de la Rabia, ya que el impacto social de la enfermedad es muy grande

Los primeros intentos serios de obtener vacunas post – exposición se remontan a 1885, año en la que Pasteur desarrollo una rudimentaria vacuna de la rabia con virus vivo extraído de la médula espinal de conejos. Aunque la vacuna salvo muchas vidas, produjo una inmunogenicidad inestable y se relacionó con complicaciones neuroparalizantes graves e incluso algunas muertes. La actual vacuna inactivada de cultivo celular, introducida en 1974 dio como resultado una inmunogenicidad significativa más elevada y menos reacciones adversas.

Aunque se haya logrado progresos en la eliminación gradual de las vacunas de tejido nervioso en las Américas (CRL) su uso continúa en el país y por lo tanto los efectos secundarios pueden ser un problema por lo que se requiere un sistema adecuado para el registro de los efectos secundarios para poder cuantificar el número con precisión.

Se ha evidenciado que varias enfermedades de antaño desatendidas están comenzando a combatirse, sin embargo a la fecha no se saca el mayor provecho de una mala situación en algunos departamentos del país, la rabia sigue siendo objeto de escasa prioridad, es que la rabia no estalla ni se extiende rápidamente, amenazando la salud pública,

En el departamento de La Paz desde 1996 al 2017 se registraron 13 defunciones en humanos por el virus de la Rabia; presentando mayor incidencia en 1997 (3) casos, dos el 2005 y después de 12 años dos casos de Rabia humana en la gestión 2017, uno en La Paz y otro en la ciudad de El Alto.

Durante las dos últimas décadas, el programa de control de la rabia canina ha tenido un éxito sin embargo en nuestro país para la gestión 2017 ha incrementado de forma considerable, en los focos donde la rabia canina sigue circulando. Las muertes humanas por rabia todavía se producen o está en riesgo de que se produzca en otros departamentos.

Se considera que la base para el control de la rabia canina es fundamental, en más del 99% de los casos de rabia humana, el virus fue transmitido por la mordedura de un perro y más del 90% de las personas que recibieron tratamiento post – exposición viven en áreas donde el virus de la rabia canina circula.

Consideramos el control de la rabia canina, la vacunación que crea una barrera inmunológica frente a la transmisión, resguardamos las campañas masivas, tenencia responsable de mascotas, así como el control del movimiento y reproducción de la población canina, que debería ser liderado por Zoonosis del Ministerio de Salud, de los municipios, gobernaciones y actores sociales existentes en la lucha contra esta enfermedad.

II. DEFINICION.-

La enfermedad de la Rabia afecta el sistema nervioso central produciendo una encefalitis causada por el virus de la rabia, que penetra al organismo a través de la mordedura de un animal rabioso doméstico o silvestre.

Etiología

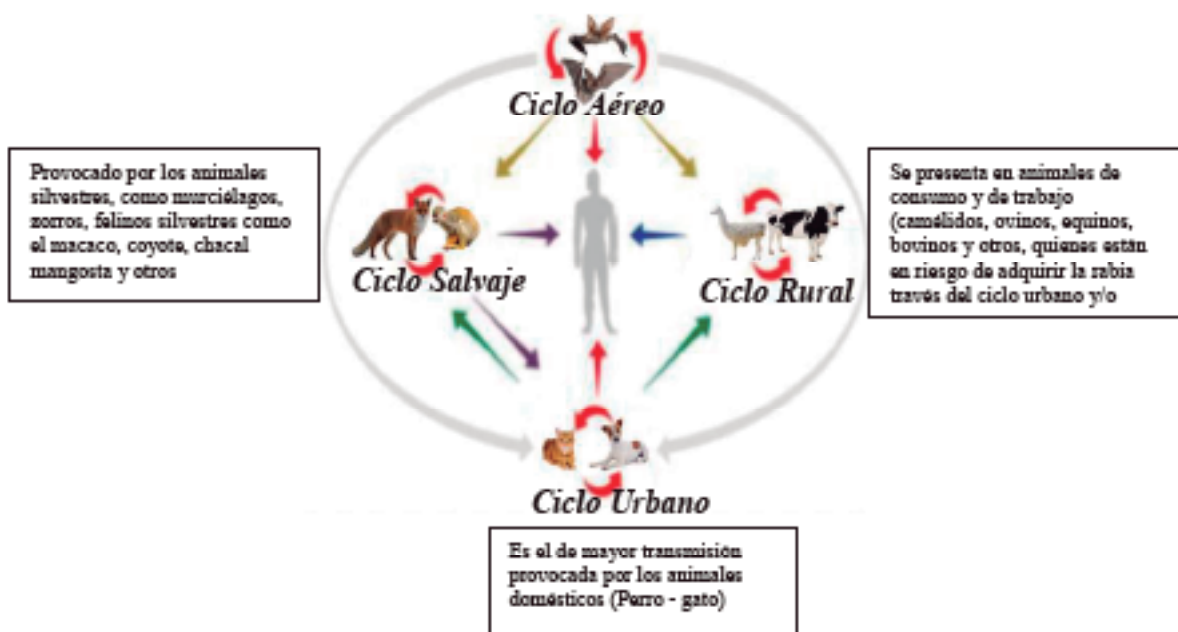
El agente causal de la enfermedad es un virus que tiene la forma de una bala y es de genoma ARN, pertenece a la

familia Rhabdoviridae y al género Lyssavirus Propiedades físico – químicas del virus

El virus de la rabia es muy sensible a la acción de los agentes físicos y químicos, en pocos minutos se inactiva por acción de la luz solar, de la desecación, la radiación ultravioleta, los cambios de pH y temperatura; los disolventes de lípidos, los jabones y detergentes comunes.

MUY SENSIBLE	SENSIBLE	RESISTENTE	INDIFERENTE
<ul style="list-style-type: none"> Bicloruro de mercurio Ácidos fuertes (ácido nítrico) Bases fuertes (hidróxido de sodio) 	<ul style="list-style-type: none"> Agua jabonosa Luz solar Luz ultravioleta Calor Detergentes Aniónicos (jabones) Bases de amonio cuaternario (cloruro de benzalconio) Yodo Povidona 	<ul style="list-style-type: none"> Fenol (dependiendo de la concentración) Antibióticos Quimioterápicos 	<ul style="list-style-type: none"> Anestésicos locales Novocaina o lidocaína Antihistamínicos Clorhidrato de difenhidramina Tranquilizantes Clorhidrato de clorpromazina Benzodiazepinas

III. TRANSMISION DE LA RABIA.-



Los principales ciclos de transmisión de la Rabia en el país son: urbano y silvestre.

El ciclo urbano se caracteriza porque la variedad de virus rábico circulante es de origen canino, y esta especie actúa como principal fuente de infección y registra el mayor número de casos. El ciclo urbano se presenta generalmente en las ciudades donde la densidad de la población canina facilita la propagación de la enfermedad y es posible de eliminación por contar con medidas eficientes de prevención. El ciclo silvestre, por su parte, se origina en especies salvajes independientemente de su hábitat, y las variedades virales aisladas de los casos positivos corresponden a virus rábicos específicos de animales silvestres. Los carnívoros salvajes y los quirópteros, pueden llegar a constituirse en importantes transmisores de la enfermedad en la naturaleza debido a su alta susceptibilidad a la rabia, entre otros factores. La Transmisión de la rabia al hombre es principalmente por la penetración del virus contenido en la saliva del animal infectado, a partir de una mordedura y raramente por la lamedura o solución de continuidad de mucosas, también depende de la distancia del lugar afectado al cerebro o troncos nerviosos. En los niños, existe tendencia de un periodo de incubación menor que en un individuo adulto. Durante el periodo de transmisibilidad de los canes y gatos eliminan el virus por la saliva, de 3 a 5 días antes de la aparición de signos y síntomas clínicos, persistiendo durante toda la evolución de la enfermedad, periodo en que una persona u animal puede ser contagiado con el virus de la Rabia. La muerte del animal ocurre entre 5 a 7 días después de la presentación de los síntomas.

En relación a los animales silvestres, (zorros, monos, murciélagos, etc) deben ser considerados como animales de riesgo, aun cuando sean domesticados o tengan dueño y domicilio, por el hecho que en esos animales el comportamiento de la enfermedad (período de incubación, sintomatología, etc.) no está aun correctamente estudiado.

IV. DEFINICIONES DE CASO.-

RABIA HUMANA

- **Caso sospechoso.** Toda persona enferma que presenta un cuadro clínico neurológico compatible con rabia, con antecedentes de exposición a infección por el virus rábico.
- **Definiciones de casos estándar para la rabia**

Persona que presente un síndrome neurológico agudo (es decir, encefalitis) dominado por formas de hiperactividad, es decir (rabia furiosa) o síndromes paráliticos (es decir, rabia muda que avance hacia el coma y muerte, generalmente por insuficiencia cardiaca y respiratoria, por lo general dentro de los 7 a 10 días después del primer síntoma.

Nota: solo en casos de brotes de rabia humana por agresiones por murciélagos, en la que fue posible enviar la muestra de laboratorio, podrán confirmarse por evidencias clínicas y antecedentes

- **Caso Probable:** Un caso sospechoso más un antecedente fiable de contacto con un animal presuntamente rabioso
- **Caso confirmado.** Se demuestra la presencia de virus rábico a través del diagnóstico laboratorial.

La toma de muestra del paciente sospechoso de rabia humana, debe ser de responsabilidad del médico patólogo o medico capacitado y en caso de fallecimiento del médico forense, de los establecimientos de salud del departamento

Para confirmar un caso clínico, se debe utilizar los siguientes criterios de laboratorio:

- Presencia de antígenos virales
- Presencia de anticuerpos víricos específicos en el líquido céfalo raquídeo o el suero de una persona no vacunada
- Presencia de ácidos nucleicos virales detectados por métodos moleculares en muestras (por ejemplo: biopsia cerebral, piel, saliva, orina concentrada) recogido post –mortem.

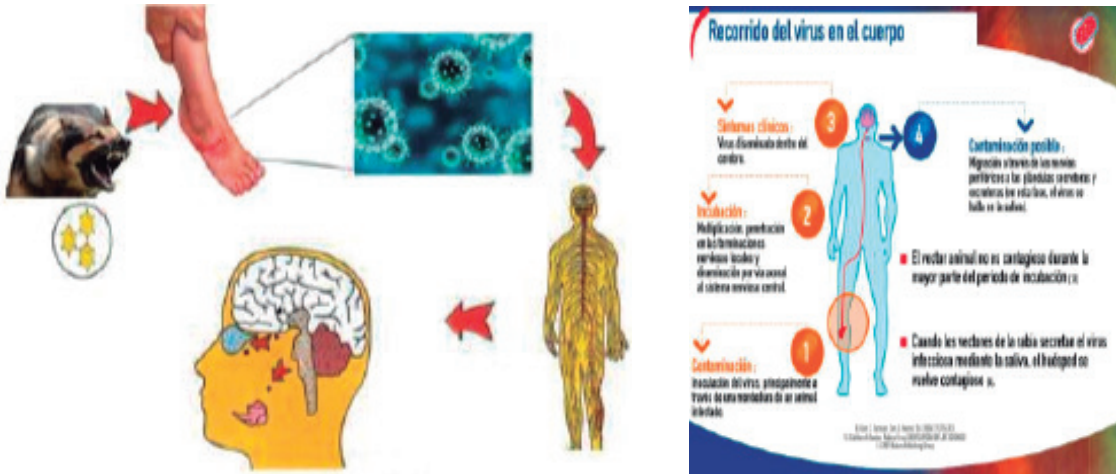
V. DESCRIPCION CLINICA.-

CUADRO N° 1

EXPOSICION		PERIODOS CLINICOS			
			PERIODO DE ESTADO		
PERIODOS CLINICOS	PERIODO DE INCUBACION	PERIODO PRODRÓMICO	FASE DE EXCITACION	FASE DE PARALISIS	MUERTE
DURACION (PROMEDIO)	42 DIAS	3-6 DIAS	3-5 DIAS	1-2 DIAS	05 DIAS
SINTOMAS	NINGUNO	Debor: ardor en la mordedura Fiebre, (pormigueos) Anorexia Fiebre Cefalea Irritabilidad Depresión Vómitos Cambios de Conducta	Ansiedad Desasosiego Intranquilidad Insomnio Lagrimeo Gritos Espasmos de lengua y contracciones musculares.	Fiebre continua Coma Muerte	
SIGNOS	NINGUNO	Comodiones Hipersalivación Taquicardia	Hidrofobia Aerofobia Fotofobia Sialorra	Hemiparesias Parálisis flácida	

VI. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.-

Suele confundirse con otras patologías como síndrome de Guillan Barre, enfermedades Psiquiátricas, Neurológicas, Encefalitis Virales, Polio, Tétanos, y otros, por lo que es necesario el diagnóstico laboratorial el cual permitirá confirmar o descartar rabia humana.



VII. RABIA EN ANIMALES

- **Animal sospechoso de rabia.** Todo animal doméstico (perro y gato), de consumo o silvestre que muerde con o sin provocación y muestre cambio de conducta, salivación, incoordinación muscular, parálisis y muerte, presencia de signo y sintomatología de las fases de la infección.

- **Caso confirmado de rabia.** Todo animal doméstico (perro y gato), animal de producción (bovinos, ovinos, caprinos, porcinos, camélidos de consumo o silvestre confirmado por laboratorio.



VIII. DESCRIPCION CLINICA

Definición: Enfermedad infectocontagiosa que afecta a todos los animales mamíferos de sangre caliente, que se transmite por mordedura.

- **Periodo de incubación.** Este periodo oscila de 10 días a 2 meses después del cual comienzan los síntomas agrupados en las siguientes 3 fases:

- **Fase prodrómica.** Después del periodo de incubación el estado prodrómico se desenvuelve rápidamente y puede durar hasta 2 a 3 días y en la mayoría de las veces pasa desapercibida.

Esta fase se caracteriza por cambios en la conducta del animal de un estado de irritabilidad a otro de afectividad (o viceversa), apatía, letargia, decaimiento, pérdida de apetito y cambios persistentes y frecuentes de posición. Se rasca el sitio de la mordedura, se oculta en lugares oscuros y tiene dificultad para beber líquidos.

- **Fase agresiva.** Es bastante sensible ante cualquier estímulo (provocado o no provocado), escapa de la casa y suele andar errante, alejándose distancias considerables, atacando a otros animales o personas, sin provocación alguna.

La mayoría de los casos de rabia en perros y gatos desarrollan como rabia agresiva.

- **Fase paralítica o muda.** Dificultad para la deglución por lo que rechaza alimentos y agua, cambios en el ladrido. Primero existe parálisis de los músculos de la laringe y faringe, luego del tren posterior para después de 4 a 5 días morir. Esta fase es la más peligrosa porque se la puede confundir con otras patologías como moquillo canino y envenenamiento.

- Periodo de transmisibilidad. Es decir la presencia del virus en la saliva, el cual es de 3 a 5 días antes de la aparición de los primeros síntomas clínicos y durante todo el curso de la enfermedad. Periodo en que una persona u animal puede ser contagiado con el virus de la rabia. Muerte del perro con rabia. Los ovinos, caprinos, porcinos, camélidos y vacunos presentan.

CICLO DE LA RABIA EN EL PERRO



CARACTERISTICAS DE LA EXPOSICION

Las exposiciones según sus características se clasifican en:

Exposiciones leves. Son mordeduras, arañazo o lameduras en piel, causados por perros, gatos u otros animales sospechosos de rabia, cuya lesión sea única y superficial, localizadas en cualquier parte del cuerpo, excepto cara, cuello, manos o pies.

La exposición a la sangre, orina y heces no constituyen riesgo de transmisión de rabia.

Exposiciones graves. Cuando un animal positivo a rabia, animal silvestre, animal desconocido, realiza mordeduras o arañazos localizadas en cabeza, cara y cuello, mano y pie (pulpejo, palma de manos, planta de pies), región axilar y genital.

La exposición de membranas mucosas (contacto directo de saliva positivo con heridas recientes o con mucosas) lameduras. Mordedura o arañazo en genitales, son exposiciones graves y ameritan profilaxis

MEDIDAS DE PREVENCION QUE DEBE TOMAR LA PERSONA MORDIDA.

1. Lavar inmediatamente la herida con abundante agua jabonosa o con detergente de uso domestico
2. Acudir inmediatamente al centro de salud más cercano.
3. Realizar la denuncia a los centros municipales de zoonosis o centros de salud

TRATAMIENTO DEL ACCIDENTADO EN EL SERVICIO DE SALUD.-

MEDIDAS GENERALES.-

- Tratamiento médico de las heridas (lavar con agua y jabón abundante, posteriormente aplicar antisépticos yodo povidona, para mucosas ocular nasal, lavar por instilación profusa, con solución fisiológica o agua estéril durante 5 minutos.
- Sutura de la herida No debe ser suturada porque podría provocar la infiltración de mayor cantidad de partículas virales. En cara puntos de aproximación una hora después de aplicado el suero antirrábico)

TERAPIA ESPECÍFICA: Si corresponde de acuerdo a cuadro 1

- Vacunas
- Suero

OTRAS MEDIDAS:

- Profilaxis antitetánica, de acuerdo a los antecedentes de vacunación del paciente
- Tratamiento contra infecciones bacterianas.

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

- Todo caso sospechoso o confirmado de rabia debe ser investigado hasta las 24 horas de presentada la notificación, logrando identificar el animal agresor
- Búsqueda de personas agredidas para que reciban la profilaxis respectiva
- Bloqueo de foco de la infección a 1 Km a la redonda donde ocurrió el caso
- Búsqueda de otros posibles contactos humanos y referirlos para valoración
- Búsqueda del animal agresor y vigilancia por 14 días
- Control de foco deberá ser realizado hasta 48 horas

VACUNA ANTIRRÁBICA DE USO HUMANO

VACUNA DERIVADAS TEJIDO CEREBRAL

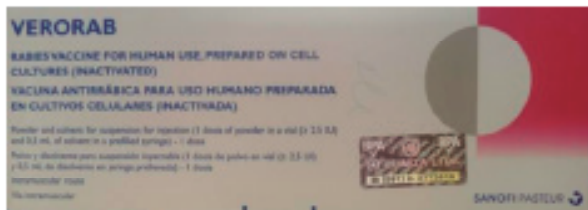
Tipo de Vacuna	Características y Conservación	Presentación	Vía	Dosis
Vacuna tipo Fuenzalida Palacios (CRL) producida por MLASA	Suspensión virus inactivado Tejido cerebral de ratón lactantes albinos No debe congelarse Conservación de +2+8 Confiere protección desde la 5ta dosis de aplicación.	Forma líquida color opalescente ampolla de vidrio color ámbar	Sub cutánea Región deltoidea, Peri umbilical o escapular	1 ml



VACUNA DE CULTIVO CELULAR

Tipo de Vacuna	Características y Conservación	Presentación	Vía	Dosis
Vacuna cultivo celular	<ul style="list-style-type: none"> o Vacuna inactivada, contiene partículas virales o No debe congelarse o Conservación de +2+8 o Confiere a los 7 días anticuerpos detectables y a los 14 días del inicio de la serie se obtiene el 100% de seroconversión 	Fresco/ vial unidosos, con 0.5 ml de diluyente liofilizada	Intramuscular, región deltoidea como dosis independiente mente de la edad, peso, sexo y estado de salud	1 ml

TIPOS DE SUEROS



Suero	Características	Dosificación	Vía de aplicación
Heterólogo (ERIG)	<p>Immunoglobulinas obtenida del plasma de caballo, asno o mules equivalente a 1000 UI (5 ml)</p> <p>* Después de abierto el vial, el producto debe ser utilizado inmediatamente</p> <p>Proteger de la Luz.</p>	<p>40 UI por kg de peso</p> <p>Dosis única.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Infiltrar alrededor y dentro de la herida (punto de inoculación del virus) Lo restante administrar IM <p>En niños < de 2 años aplicar en cara externa del muslo</p>

SUERO ANTIRRÁBICO HETEROLOGO



El suero debe aplicarse hasta el 7mo día de la agresión animal seguido con la vacuna CRL.

Esquema clásico o Cultivo celular.

NO HAY CONTRAINDICACION DE LA APLICACIÓN DE VACUNA Y SUERO ANTIRRABICO EN MUJERES EMBARAZADAS

Suero	Características	Dosificación	Vía de aplicación
Homólogo (HRBG)	<p>Immunoglobulinas antirrábica de origen humano elaborado con suero de humanos hiperinmunizados</p>	<p>20 UI por kg de peso</p> <p>Dosis única.</p>	<p>Infiltrar alrededor y dentro de la herida (punto de inoculación del virus), lo restante administrar IM</p> <p>En niños < de 2 años aplicar en cara externa del muslo</p>

- Este suero no se dispone a nivel nacional

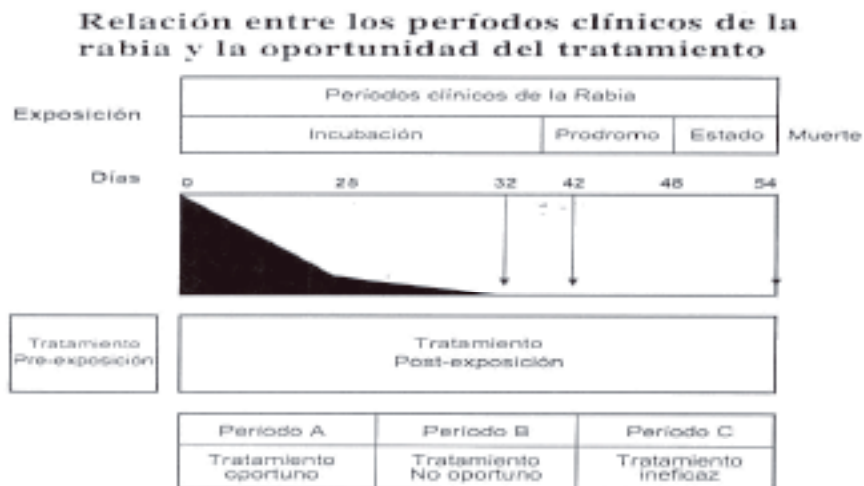
MANEJO DE PROFILAXIS ANTIRRABICA HUMANA EN CASOS DE MORDEDURA

(Se denomina profilaxis antirrábica al uso o administración de biológicos ante la exposición frente al virus rábico).

**CUADRO Nº 2
CONDUCTA A SEGUIR EN ACCIDENTES POR MORDEDURA QUE NO REQUIEREN TRATAMIENTO**

CONDICION DEL ANIMAL MORDEDOR	SITIO DE LA MORDEDURA	GRAVEDAD DE LA HERIDA	CONDUCTA	ACCIONES	ESQUEMA DE PROFILAXIS ANTIRRABICA A SEGUIR
Animal conocido con o sin vacuna (animal doméstico)	Cualquier región del cuerpo menos cabeza, cuello, manos.	Lesiones superficiales	No se vacuna Observación del animal agresor por 14 días	Observación seguimiento	Observación del animal según norma establecidas
Animal doméstico Desconocido (Perro, gato) *Animal sacrificado, muerto naturalmente y/o altamente sospechoso Animal salvaje o silvestre (zorro, mono, murciélago)	Cualquier región del cuerpo menos cabeza, cuello, manos	Lesiones superficiales	Vacuna Obligatoria	Notificación inmediata. investigación bloqueo de foco búsqueda de contactos e inicio de tratamiento a los mismos	VACUNA ESQUEMA REDUCIDO Con CRL: 7 dosis, de 1ml. Diarias continuas Vía Subcutánea región deltoides o interescapular REFUERZO: 10mo, 20vo y 30vo día, luego de la última vacuna de la serie inicial TOTAL 10 DOSIS Con Cultivo Celular: 5 dosis (0, 3, 7, 14 y 28 día) * Nota: En caso de que el diagnóstico laboratorial sea negativo, suspender el esquema en cualquier dosis de profilaxis
*Animal doméstico Desconocido (Perro, gato)	Cualquier región del cuerpo menos cabeza, cuello, manos	Lesiones superficiales	Vacuna Obligatoria	Notificación inmediata. investigación bloqueo de foco búsqueda	VACUNA ESQUEMA CLASICO Con CRL: 7
*Animal sacrificado, muerto naturalmente y/o altamente sospechoso *Animal salvaje o silvestre (zorro, mono, murciélago)				de contactos e inicio de tratamiento a los mismos	dosis, de 1ml. Diarias continuas Vía Subcutánea región deltoides o interescapular REFUERZO 10mo, 20vo y 30vo día, luego de la última vacuna de la serie inicial TOTAL 10 DOSIS Con Cultivo Celular: 5 dosis (0, 3, 7, 14 y 28 día)

RELACION DE LOS PERIODOS CLINICOS DE LA RABIA Y SU OPORTUNIDAD DE TRATAMIENTO



PERIODO A: Es efectivo el tratamiento por el inicio temprano del mismo

PERIODO B: Es inseguro el tratamiento, por su inicio tardío, no existiendo certeza de que se proteja a las personas

PERIODO C: Es inefectivo, porque no alcanza a producirse los anticuerpos suficientes para neutralizar el virus, que finalmente alcanza el SNC.

CONTROL DE FOCO

OBJETIVO

- Proporcionar al personal de los centros de salud los lineamientos y metodología para el control oportuno de los focos de rabia.

DEFINICIONES

FOCO RÁBICO:

- Escenario urbano o rural de ocurrencia de uno o más casos, confirmados por laboratorio, sospechoso o probable por evidencia clínico epidemiológico.

CASO CONFIRMADO:

- Todo perro o gato con diagnóstico de laboratorio confirmado (positivo a rabia).

CASO SOSPECHOSO:

- Todo perro o gato que muerde con o sin provocación y muestre cambio de conducta, salivación, incoordinación muscular, parálisis y muerte presente sintomatología compatible a rabia.

CASO PROBABLE:

- Perro o gato con antecedentes de un animal sospechoso de rabia, que presenta un cuadro neurológico agudo.

FOCO NOTIFICADO:

- Es el caso de rabia identificado en una zona e informado al programa de zoonosis

FOCO INVESTIGADO:

- Sobre el cual se ha realizado la investigación epidemiológica y determinado su extensión en tiempo y espacio.

FOCO CONTROLADO:

- Es aquel foco notificado e investigado, con diagnóstico de laboratorio y después de haber sido intervenido no ha presentado nuevos casos relacionados con el caso índice en un periodo de tiempo no mayor a los 60 días (tiempo

medio de incubación).

ACTIVIDADES DE CONTROL DE FOCO

a).- Investigación del caso de rabia canina notificado

- Fecha de última vacunación
- Coberturas
- Mapeo de casos
- Registro de personas agredidas, familiares, dueño del animal, vecinos del lugar
- Debe ser investigado de 24 a 48 horas
- Comité: Junta de vecinos, Policía, protectoras de animales
- Llenado de la ficha e informe en la semana epidemiológica
- Ubicación del lugar y delimitación del área focal
- Conformación de brigadas
- Búsqueda activa de personas afectadas
- Información relevante:
- Ubicación geográfica Municipio, Localidad Domicilio
- Delimitación del área: 1 Km a la redonda

Antecedentes del animal positivo o sospechoso:

- Especie, edad, sexo raza, propietario, residente habitual o ingresado
- Territorio donde se haya desplazado los últimos 10 días previo al inicio de los síntomas y durante la presencia
- Vacunado: Carnet de vacunación
- Perro intradomiciliario, callejero, desconocido, sacrificado o muerto, diagnóstico de laboratorio.

Identificación de agredidos y contactos en animales:

- Nro. de perros o gatos agredidos o en contacto con animal rabioso, Fecha de última vacunación.
- En el Humano: Nro. de personas de contacto o relacionadas con el foco rábico (Perro o gato).
- Total de personas agredidas o en contacto en casa y en la calle.
- Personas que inician o no tratamiento antirrábico.

b). Búsqueda de personas de contacto

- Ubicar todos los contactos humanos (mordidos o expuestos) en los últimos 15 días anteriores a la fecha de inicio de los síntomas y
- Enviar al centro de salud de referencia para atención médica y tratamiento post exposición.

c). Búsqueda y eliminación de animales susceptibles mordidos y contactos.

- Los perros y gatos que hayan sido mordidos o que tuvieron contacto con el animal positivo, estén o no vacunados, deben ser sacrificados a más tardar 72 horas después de la confirmación.

d). Vacunación antirrábica de caninos y felinos casa por casa

- Visitar todas las casas del área focal, vacunación antirrábica independientemente que hayan sido vacunados o no, realizada por el personal del CEMZOO con el apoyo del personal de salud.
- Marcado de las casas utilizando símbolos
- Al cabo de los 60 días si no hubiese más casos se declara el foco como cerrado y controlado.
- Si se presentara un nuevo caso después de los 60 días se considera la ocurrencia de un nuevo foco y se planifica las medidas de control

e). Educación en salud, comunicación y difusión de la información

- Dirigidas al público en general, Unidades educativas, organizaciones comunitarias.

f). Informes de investigación y control de foco

- Deben ser enviadas al nivel departamental dentro de las 48 a 72 horas.

Etapas para la ejecución del control de foco

Primer Paso

- Investigación del caso de rabia canina notificado:
- Ubicación geográfica
- Antecedentes del animal agresor
- Identificación de agredidos y contactos

Segundo Paso

- Planificación del operativo de control de foco:
- Delimitación del área focal 1 km a la redonda
- Área rural: la mayoría de las comunidades
- Área de trabajo de 24 a 48 horas
- Calcular Recursos humanos ,Brigadas, supervisores
- Termos, biológicos, jeringas y carnets

Tercer Paso

- Recorrido casa por casa:
- Punto de partida del lugar donde residía al animal
- Donde se inicia ahí mismo debe concluirse
- Entrevista al propietario
- Registro en el carnet y la ficha de bloqueo

Cuarto Paso

- Ejecución de otras actividades de control :
- Captura selectiva
- Recolección de perros y gatos
- Resguardo de los animales en captura.

REGISTRO Y PRESENTACION DE LA INFORMACION DEL BLOQUEO

Comprende datos y cantidades que se generan en la actividad que permitirá evaluar su cumplimiento

- **La primera:** es la que se utiliza durante el recorrido del rastillaje
- **La segunda:** es la que se acumula la información de todas las brigadas

Registro de otras actividades

- Nro. de animales retirados de la vía publica
- Nro. de animales resguardados y sacrificados en CEMZOO
- Nro. de cadáveres a las que fue extraída la muestra para ser estudiada por el laboratorio

FICHA EPIDEMIOLÓGICA DE VIGILANCIA Y CONTROL DE LA RABIA
FORMULARIO RAB 2

1.- Fecha de atención 21/8/18 2.- Nro CASO 421
 3.- Nombre del paciente Posasio Cambano J. 4.- Edad Y Sexo 30 F
 5.- Dirección del domicilio del paciente Urup 1 219
 6.- Teléfono (fijo y celular) 2313478
 7.- Dónde fue agredido (calle/zona) Rusa Cantal
 8.- Fecha de la agresión 20/8/18 9.- Red de salud Uru Cantal
 10.- Municipio La Paz
 11.- Provincia Chuquisaca 12.- Comunidad -

12.- LOCALIZACIÓN DE LA AGRESIÓN (mordedura, arañazo):
 Cara () Cuello () Cabeza () Tórax () Brazo Antebrazo ()
 Mano () Cadera () Glúteo () Muslo () Pierna () Pie ()
 Única () Múltiple ()

13.- ASPECTOS DE LAS HERIDAS:
 Inicia () Excoriación () Punzante () Cortante Punzocortante ()
 Abrasión () Laceración () Avulsiva () Amputación () Contusión ()
 Magalladura () Complicada grave () Arañazo de gato () Sólo tamedura ()

14.- Comentario sobre la herida:
Herida profunda de 1 cm. aproximadamente, se realizó el lavado de la herida y se colocó vacuna contra el tétanos 200 dosis

14.- CONDUCTA ACTUAL EN EL SERVICIO DE SALUD

Primeros auxilios recibidos:
Lavado de la herida con agua jabonosa y antibiótico

- * Esquema de Profilaxis Antirrábica Indicado: Reducido () Clásico ()
- * Suero antirrábico: Dosis: 40 UI. x Kg = UI.
 Recibió en otra oportunidad suero: SI () NO ()
- * Tratamiento pre-exposición: Profilaxis ()

ESQUEMA REDUCIDO

1 lote A-95c	2 lote A-95	3 lote A-95	4 lote A-95	5 lote A-95
Nombre del aplicador	Nombre del aplicador	Nombre del aplicador	Nombre del aplicador	Nombre del aplicador
<u>Abraham Ponce</u>	<u>Abraham Ponce</u>	<u>Abraham Ponce</u>	<u>Abraham Ponce</u>	<u>Abraham Ponce</u>
FECHA <u>21-8-18</u>	FECHA <u>22-8-18</u>	FECHA <u>23-8-18</u>	FECHA <u>24-8-18</u>	FECHA <u>25-8-18</u>
6 lote	7 lote	8 lote	9 lote	10 lote
Nombre del aplicador	Nombre del aplicador	Nombre del aplicador	Nombre del aplicador	Nombre del aplicador
<u>Abraham Ponce</u>	<u>Abraham Ponce</u>	<u>Abraham Ponce</u>	<u>Abraham Ponce</u>	<u>Abraham Ponce</u>
FECHA <u>26-8-18</u>	FECHA <u>27-8-18</u>	FECHA <u>28-8-18</u>	FECHA <u>29-8-18</u>	FECHA <u>30-8-18</u>

NOTA 1.- DONDE INDICA LOTE, COLOCAR EL NUMERO DE LOTE DE LA VACUNA QUE SE ESTA APLICANDO
 2.- DONDE INDICA NOMBRE DEL QUE APLICA LA VACUNA, COLOCAR DEBAJO EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTA APLICANDO LA VACUNA
 3.- DONDE INDICA FECHA, COLOCAR LA FECHA EN LA QUE SE ESTA APLICANDO LA VACUNA

ESQUEMA CLASICO

1 LOTE:	2 LOTE:	3 LOTE:	4 LOTE:	5 LOTE:	6 LOTE:
Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna
FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
7 LOTE:	8 LOTE:	9 LOTE:	10 LOTE:	11 LOTE:	12 LOTE:
Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna
FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:
13 LOTE:	14 LOTE:	15 LOTE:	16 LOTE:		
Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna	Nombre del que aplica la vacuna		
FECHA:	FECHA:	FECHA:	FECHA:		

- NOTA 1.- DONDE INDICA LOTE, COLOCAR EL NÚMERO DE LOTE DE LA VACUNA QUE SE ESTÁ APLICANDO.
 2.- DONDE INDICA NOMBRE DEL QUE APLICA LA VACUNA, COLOCAR DEBAJO EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE ESTÁ APLICANDO LA VACUNA.
 3.- DONDE INDICA FECHA, COLOCAR LA FECHA EN LA QUE SE ESTÁ APLICANDO LA VACUNA.

15. Observaciones del esquema de profilaxis (abandonos, transferencias, otros)

16.- ANIMAL MORDEDOR: Conocido () En observación () Callejero (X) Desaparecido ()
 Muerto actualmente () Sacrificado () Se envió a laboratorio SI () NO ()

17.- ESPECIE: Perro (X) Gato () Mono () Otra especie: _____

Edad del animal: ya se sabe

18.- CONDICIONES DEL ANIMAL MORDEDOR:

Fue mordido por otro animal el can agresor? SI () NO () NO SABE (X)

Mordió a otra persona el animal agresor? SI () NO () NO SABE (X) Cuántos: _____

Mordió a otra animal el animal agresor? SI () NO () NO SABE (X) Cuántos: _____

19.- ¿Fue vacunado el animal? ya se sabe Fecha _____/_____/_____

20.- Nombre del dueño del animal _____

21.- Dirección del dueño: _____ Teléfono _____

22.- Estado del animal al DÉCIMO CUARTO día de observación.

23.- Se tiene diagnóstico de laboratorio del animal agresor:

SI () NO (X) Fecha: _____/_____/_____ Resultado: + () - ()

24.- En el reverso de la hoja dibuje 1.- CROQUIS DEL DOMICILIO DEL PACIENTE

2.- CROQUIS DEL LUGAR (CALLE, ZONA) DÓNDE FUE AGREDIDO EL PACIENTE

Rosmary Andy
 NOMBRE DEL FUNCIONARIO

Sci. en Prof.
 CARGO

[Firma]
 FIRMA

Rosario Baubrama 1109027
 NOMBRE DEL PACIENTE NÚMERO DE C.I.

[Firma]
 FIRMA

FICHA DE BLOQUEO E INTERVENCION DE FOCO RABIA

RAB 4

Semana Epidemiológica: _____

Red de Salud: Yotala Provincia: Yapacaní Municipio: La Paz Zona del foco: V. Fátima

Dirección: S. José Establecimiento de salud responsable: V. Fátima Teléfono: _____

Nombre del que notifica: Ivoir Pouy Nombre del propietario: José Escalante

Zona: V. Fátima Dirección: Tapido Rogano Dº 50 Especie: Can

Nombre del animal: Petuche Sexo: M Edad: 2 a

color: blanco Fecha de última vacuna antirrábica: -

PERSONAS MORDIDAS O QUE HAN TENIDO CONTACTO INFECTANTE

1. Nombre: Yvonia Telega Jimeno Edad: 20 Dirección: P. Villarroel Nº 20

Teléfono: 2902240 Cel: -

Lugar de mordedura: cara _____ cuello _____ Manos _____ M.I. M.S. _____

Otros contactos: Lamedura Mucosa oral

Lugar y Fecha: 23-8-18

Tratamiento: Vacuna antirrábica humana: SI NO _____ Fecha de Inicio: 23-8-18

Suero Antirrábico humano: SI _____ NO Fecha: _____

Establecimiento de salud responsable del tratamiento: Asistencia Pública

2. Nombre: _____ Edad: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Cel: _____

Lugar de mordedura: cara _____ cuello _____ Manos _____ M.I. _____ M.S. _____

Otros contactos: Lamedura _____ Mucosa oral _____

Lugar y Fecha: _____

Tratamiento: Vacuna antirrábica humana: SI _____ NO _____ Fecha de Inicio: _____

Suero Antirrábico humano: SI _____ NO _____ Fecha: _____

Establecimiento de salud responsable del tratamiento: _____

Nota: Si existen más contactos o personas agredidas, agregar en hoja extra los datos en el mismo orden

GATOS 1. Fecha ultima vacunación / / OBSERVACIÓN Si _____ No _____

2. Fecha ultima vacunación..... / / OBSERVACION Si _____ No _____

BLOQUEO DEL CASO

Fecha de inicio: 24-8-18 Coordinación con Municipio SI (X) No ()

Fecha de conclusión: 25-8-18 Nro de Brigadas desplazadas: tres

Nro. de personas participantes: 6

Responsable del bloqueo: Lia. María E. Antezura

Cargo: Apoyo técnico Programa Reservas

Canes vacunados: 85


Gatos vacunados: 5

Personas afectadas uno

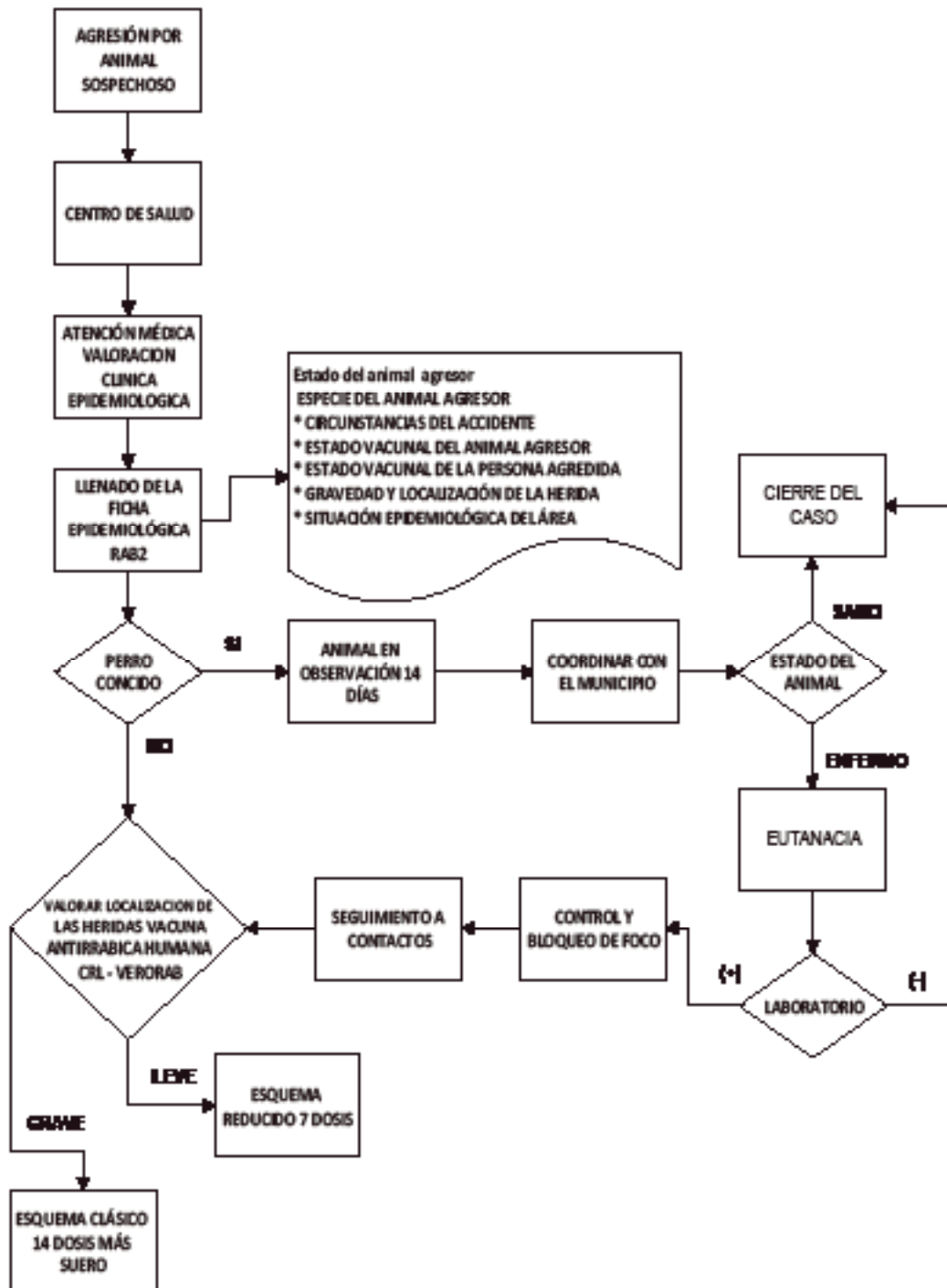
Calles / zonas / sectores / comunidades sujetas del control: _____

RESUMEN DE ACTIVIDADES:

En fecha 24-8-18 a hs. 9.00 se inicia el bloqueo de foco en coordinación con el municipio. Primeramente se conforma las brigadas, se prepara los termos con paquetes para las vacunas y todos los insumos necesarios para realizar la actividad. Posteriormente se realiza la ubicación del lugar del foco y se inicia con la vacunación casa x casa a priori unadamente 10 cuadras a la redonda. Realizando la Búsqueda Activa de personas de contacto y otros animales.

NOMBRE DEL RESPONSABLE	CARGO	FIRMA	FECHA
Lia. M. E. Antezura Adjuntar croquis de Bloqueo	Apoyo técnico		25-8-18

FLUJOGRAMA DE PACIENTES QUE SUFREN ACCIDENTES CON ANIMALES VIGILANCIA ACTIVA



Elaboración: PAJ

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. Guía práctica de control antirrábico para animales domésticos o de compañía. Ministerio de Salud. 2018
2. Serie de informes técnicos. Consulta de expertos sobre la Rabia de la OMS Organización Mundial de Salud. 2013
3. Norma Nacional de Profilaxis para Rabia Humana y Animales domésticos. Ministerio de Salud. Bolivia 2012 -2014
4. Protocolo de Vigilancia y Control de La Rabia. Instituto Nacional de Salud Colombia 2010.
5. Manual de normas y procedimientos para la vigilancia, prevención y control de la rabia República Argentina 2007 Instituto de Zoonosis Luis Pasteur. Ministerio de Salud Ciudad Autónoma de Buenos Aires
6. Vigilancia y Control en Salud Pública. Protocolo de Vigilancia de Rabia Elaborado por: Grupo de vigilancia y control de enfermedades transmisibles (grupo zoonosis) Agosto 2010
7. Publicación de Sociedad Boliviana de Pediatría. Caso Clínico y Actualización Rabia Humana Drs.: Víctor Hugo Velasco, María Paola Arellano Maric, Jorge Salazar Fuentes. Rev.Bol.ped.v.43 n2 La Paz jun. 2004
8. Manual Técnico do Instituto Pasteur. Vacinacao contra a raiva de caes e gatos. Sao Paulo. Brasil, 1999

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Dr. Freddy R. Valle Calderón
Director Técnico SEDES

24

OBJETIVO DE APRENDIZAJE

Fortalecer los conocimientos de personal de salud del Internado Rotatorio para su aplicación en las actividades asistenciales de sus Establecimientos de Salud.

¿QUE SON LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL?

Las infecciones de transmisión sexual, también son conocidas (ITS) o como enfermedades venéreas, son un conjunto de infecciones clínicas infectocontagiosas que se transmiten de persona a persona por medio de contacto sexual que se produce, casi exclusivamente, durante las relaciones sexuales, incluido el sexo vaginal, el sexo anal y el sexo oral, también pueden transmitirse por uso de jeringas contaminadas o por contacto con la sangre y además pueden transmitirse durante el embarazo, el parto, de la madre al hijo.

Las tasas de incidencia de las ITS siguen siendo altas en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances de diagnóstico y terapéuticos que pueden rápidamente hacer que los pacientes con muchas ITS se vuelvan no contagiosos y curar a la mayoría. En muchas culturas, las costumbres sexuales cambiantes y el uso del anticonceptivo oral han eliminado las restricciones sexuales tradicionales.

FACTORES DE RIESGOS

- Promiscuidad.
- Relaciones sexuales sin protección.
- Inicio temprano de las relaciones sexuales.
- Alcoholismo .
- Drogadicción.
- Falta de información.

LAS ITS MÁS COMUNES SON

- VIH.
- Sífilis.
- Gonorrea.
- Herpes.
- Hepatitis B.
- Verrugas genitales.

SÍNTOMAS

- Ardor o dolor al orinar.
- Llagas, ampollas, verrugas y hongos.
- Hinchazón en el área genital.
- Pérdida de peso.
- Piel y ojos amarillos.
- Sangrado y flujo en los genitales.
- Picazón en el área genital.
- Dolor pélvico.

MICROORGANISMOS QUE OCASIONAN ITS

Actualmente existen 30 tipos de ITS, de las cuáles 26 atacan principalmente a las mujeres y 4 a ambos sexos. Los tipos de agentes productores de las infecciones de transmisión sexual incluyen:

- Bacterias.
- Virus.
- Hongos.
- Parásitos.

PREVENCIÓN

Para prevenir las ETS, es fundamental conocer su existencia, los medios de transmisión, optar por:

- **Uso de preservativos:** El preservativo o condón no son 100% seguros, estos solamente brindan protección cuando son usados de forma correcta.
- **Abstinencia sexual:** Esta es la forma más efectiva para evitar el contagio de una enfermedad venérea, aunque es considerada como la más difícil de realizar.

En caso de presentar síntomas, acudir precozmente a la atención sanitaria. También es imprescindible evitar compartir jeringas (para el consumo de sustancias adictivas, por ejemplo).

SÍFILIS

Es una infección de transmisión sexual ocasionada por la bacteria *Treponema pallidum*, microorganismo que necesita un ambiente tibio y húmedo para sobrevivir, por ejemplo, en las membranas mucosas de los genitales, la boca y el ano. Se transmite cuando se entra en contacto con las heridas abiertas de una persona infectada. Esta enfermedad tiene varias etapas: la primaria, secundaria, la latente y terciaria (tardía). En la etapa secundaria es posible contagiarse al tener contacto con la piel de alguien que tiene una erupción cutánea en la piel causada por la sífilis.

Síntomas

Si no es tratada a tiempo la enfermedad atraviesa cuatro etapas:

- **Etapla primaria:** el primer síntoma es una llaga en la parte del cuerpo que entró en contacto con la bacteria. Estos síntomas son difíciles de detectar porque por lo general no causan dolor y en ocasiones ocurren en el interior del cuerpo. Una persona que no ha sido tratada puede infectar a otras durante esta etapa.
- **Etapla secundaria:** surge alrededor de tres a seis semanas después de que aparece la llaga. Aparecerá una erupción en todo el cuerpo, en las palmas de las manos, en las plantas de los pies o en alguna otra zona. Otros síntomas posibles son: fiebre leve, inflamación de los ganglios linfáticos y pérdida del cabello.
- **Etapla latente:** si no es diagnosticada ni tratada durante mucho tiempo, la sífilis entra en una etapa latente, en la que no hay síntomas notables y la persona infectada no puede contagiar a otras. Sin embargo, una tercera parte de las personas que están en esta etapa empeoran y pasan a la etapa terciaria de la sífilis.
- **Etapla terciaria (tardía):** esta etapa puede causar serios problemas como, por ejemplo, trastornos mentales, ceguera, anomalías cardíacas y trastornos neurológicos. En esta etapa, la persona infectada ya no puede transmitir la bacteria a otras personas, pero continúa en un periodo indefinido de deterioro.

GONORREA

La gonorrea es una de las infecciones de transmisión sexual (ITS) más frecuentes. La causante es la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, que puede crecer y multiplicarse fácilmente en áreas húmedas y tibias del aparato reproductivo, incluidos el cuello uterino (la abertura de la matriz), el útero (matriz) y las trompas de Falopio (también llamadas oviductos) en la mujer, y en la uretra (conducto urinario) en la mujer y en el hombre. Esta bacteria también puede crecer en la boca, en la garganta, en los ojos y en el ano.

Síntomas

En la mujer:

- Secreción vaginal inusual.
- Sangrado vaginal inusual.
- Dolor en la parte inferior del abdomen.

La mujer infectada puede no tener síntomas o presentar ligeras molestias al orinar o flujo.

En el hombre:

- Dolor al orinar.
- Secreción uretral purulenta.

En el varón transcurren dos a tres días después del contacto sexual antes de que se presenten los síntomas (dolor al orinar, pues sale por la uretra). La gonorrea y la infección por clamidia pueden ocasionar esterilidad cuando no se aplica el tratamiento.

HERPES

El herpes es una enfermedad de transmisión sexual (ETS) que cualquier persona sexualmente activa puede contraer. La mayoría de las personas con el virus no tiene síntomas. Es importante saber que aún sin presentar los signos de la enfermedad, se puede contagiar a una pareja sexual. El herpes genital es causada por dos tipos de virus. Estos virus se llaman herpes simple del tipo 1 y herpes simple del tipo 2.

Usted puede protegerse contra el contagio del herpes si:

- No tiene relaciones sexuales;
- Tiene una relación mutuamente monógama.
- Uso de preservativos durante las relaciones sexuales.

Síntomas

Los síntomas pueden ocurrir en áreas que no se hayan cubierto por un condón, por lo tanto, es posible que los condones no lo protejan completamente del herpes. La mayoría de las personas que tiene herpes no presenta síntomas o si los presenta son muy leves. Es posible que no se dé cuenta de los síntomas leves o que los confunda con otra afección de la piel como un grano o pelo encarnado. Es por esto que la mayoría de las personas que tienen herpes no lo saben. Las llagas del herpes genital, por lo general, se ven como una o más ampollas en los genitales, el recto o la boca.

Las ampollas se abren y dejan llagas dolorosas que pueden tardar semanas en curarse. A estos síntomas a veces se los llaman “brotos”. La primera vez que una persona tiene un brote es probable que también presente síntomas similares a los de la influenza (gripe) como fiebre, dolores corporales e inflamación de glándulas.

Es común que los brotes de herpes genital se repitan, en especial durante el primer año después de la infección. Los siguientes brotes generalmente duran menos tiempo y son menos graves que el primer brote. Aunque la infección puede permanecer en el cuerpo por el resto de su vida, la cantidad de brotes tiende a disminuir con los años.

Debe hacerse revisar por un médico, si nota cualquiera de estos síntomas o si su pareja tiene una ETS o síntomas de una ETS, como una llaga inusual, secreción con olor, ardor al orinar o específicamente en las mujeres, sangrado entre periodos. No existe una cura para el herpes. No obstante, existen medicamentos que pueden prevenir o disminuir la duración de los brotes. Uno de estos medicamentos para el herpes puede tomarse todos los días y reduce la probabilidad de que usted le pase la infección a su pareja sexual o parejas sexuales.

HEPATITIS B

La hepatitis es una infección grave del hígado producida por un virus. Hay dos tipos de hepatitis (B y C), que se transmiten sexualmente. Éstos pueden transmitirse por medio del contacto directo con líquidos corporales (sangre, semen, líquidos vaginales y saliva) de una persona infectada. Es posible prevenir la infección con **hepatitis B mediante** una vacuna, pero no la de hepatitis C. Muchas personas infectadas con hepatitis B o hepatitis C se recuperan totalmente. Sin embargo, algunas personas con el tiempo padecen infecciones crónicas del hígado, lo que puede resultar en problemas de la salud a largo plazo.

- La hepatitis B se propaga por medio del contacto con la sangre, el semen, u otro líquido corporal de una persona infectada. Es mucho más infecciosa que el virus VIH.
- Tener relaciones sexuales con una persona infectada sin usar preservativo.
- Compartir agujas para inyectarse drogas.

- Hacerse un tatuaje o una perforación en alguna parte del cuerpo con instrumentos sucios que se usaron con otras personas.
- Pincharse con una aguja contaminada con sangre infectada (el personal sanitario puede contraer la hepatitis B de esta forma).
- Compartir el cepillo de dientes o la máquina de afeitar con una persona infectada.
- También, una mujer infectada puede transmitirle la hepatitis B a su bebé en el momento en que éste nace o por medio de la leche materna.

Síntomas

La hepatitis B puede hacer que la persona infectada se sienta como si tuviera influenza. La persona infectada por hepatitis B podría sentirse cansancio, náuseas, inapetencia, fiebre, pérdida del apetito, dolor de estómago, diarrea, algunos presentan oscurecimiento de la orina, heces claras, de color claro, ictericia (en los ojos) no presentan ningún síntoma.

VERRUGAS GENITALES

Papiloma humano

Es una enfermedad infecciosa causada por el VPH (virus del papiloma humano). Se transmite principalmente por vía sexual, aunque puede contagiarse también en piscinas, baños y saunas. Se presenta en la piel de las zonas genitales en forma de verrugas. Las lesiones son apreciables a simple vista o se pueden diagnosticar por observación de tejidos con un microscopio.

Síntomas

Algunos de los síntomas más importantes que sugieren la presencia de virus del papiloma humano son irritaciones constantes en la entrada de la vagina con ardor y sensación de quemadura durante las relaciones sexuales (se denomina vulvodinia), pequeñas verrugas en el área ano-genital: cérvix, vagina, vulva y uretra (en mujeres) y pene, uretra y escroto (en varones). Pueden variar en apariencia (verrugas planas no visibles o acuminadas sí visibles), en número y en tamaño, por lo que se necesita un especialista para su diagnóstico. Aparecen alteraciones en el Papanicolaou, lo que refleja que en el cuello del útero hay lesiones escamosas intraepiteliales (zonas infectadas por VPH que pueden provocar cáncer).

CLAMIDIA

La clamidia es una enfermedad de transmisión sexual muy común que es causada por *Chlamydia trachomatis* es una bacteria que puede causar una ETS. Infección por clamidia es muy común entre los adultos jóvenes y los adolescentes. Sin embargo, mucha gente no sabe que tiene clamidia, porque aunque están infectados, es posible que no tengan síntomas. Aproximadamente 75% de las mujeres infectadas y la mitad de los hombres infectados no tienen síntomas de clamidia.

Los factores de riesgos más importantes incluyen:

- Tener relaciones sexuales inseguras
- Tener relaciones sexuales con más de una persona
- Tener una relación sexual con alguien que tiene múltiples compañeros/as sexuales.

Prevención.

La posibilidad de infectarse con clamidia puede reducirse si evita los comportamientos sexuales riesgosos.

Para reducir su riesgo:

- Utilice medios de protección (preservativo) durante el sexo.
- Limite el número de compañeros/as sexuales.

Síntomas

Aproximadamente 75% de las mujeres y 50% de los hombres con clamidia no tienen síntomas de infección.

En la mujer, los síntomas pueden incluir:

- Un flujo vaginal fuera de lo normal.
- Sangrado después de las relaciones sexuales.
- Sangrado entre los periodos de menstruación.
- Dolor abdominal o pélvico.

En el hombre, los síntomas pueden incluir:

- Flujo del pene.
- Ardor cuando orina.
- Testículos adoloridos o hinchados.

Complicaciones.

Cuando se deja sin tratar, la clamidia puede aumentar el riesgo de transmitir o adquirir el VIH, el virus que causa el SIDA. En la mujer, clamidia sin tratamiento puede invadir el área pélvica e infectar el útero, las trompas de falopio y los ovarios, causando la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI). Los síntomas de EPI incluyen:

- Dolor abdominal
- Dolor de la espalda inferior
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Sangrado entre los periodos de menstruación
- Fiebre

EPI puede ser una condición muy seria y requiere atención médica inmediata. Puede causar daño permanente en los órganos reproductivos de la mujer, y puede resultar en la infertilidad, dolor crónico de la pelvis, y un riesgo aumentado de embarazo ectópico. En el hombre, clamidia sin tratamiento puede afectar los testículos, causando hinchazón, dolor y esterilidad.

PRUEBAS Y EXÁMENES

Las pruebas o exámenes a través de la muestra de orina donde se visualizan bacterias. Existen pruebas laboratoriales presuntivas y confirmatorias para alguna ITS

TRATAMIENTO

La mayoría de las infecciones de transmisión sexual (ITS) tienen tratamientos. Pero algunas virales nunca curan de manera definitiva, de manera que pueden reaparecer cíclicamente y permanecer en el cuerpo del individuo. Algunos de sus tratamientos son:

- Tabletas o comprimidos
- Inyectables
- Otras formas locales

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Normas Nacionales de Atención Clínica. Bolivia 2012.
2. Ministerio de Salud. Guía de Manejo Sindromico de la Infecciones de Transmisión Sexual. Documento Técnico Normativo. La Paz-Bolivia 2010.
3. Ministerio de Salud y Deportes. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Gineco Obstetricia. La Paz- Bolivia 2012
4. Ministerio de Salud y Deportes: Ley N°3729 D.S. N° 0451 Ley para la prevención del VIH/SIDA, Protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/SIDA. La Paz – Bolivia 2010.
5. Ministerio de Salud y Deportes: Guía de Manejo Sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. Documento Técnico Normativos. La Paz-Bolivia. 2010.

Cuadro N° 1 MANEJO SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

SINDROME	SÍNTOMAS	SIGNOS	Etiología más Etiología más común en Bolivia
Flujo vaginal Conjuntivitis neonata	Flujo vaginal anormal Picazón vaginal Dolor al orinar Dolor durante el acto sexual	Flujo vaginal anormal	De la vagina: Tricomoniasis Candidiasis Vaginosis bacteriana Del cervix: Gonoreea
Flujo uretral	Flujo por la uretra Dolor al orinar Necesidad de orinar frecuentemente	Flujo por la uretra	Gonoreea Clamidia
Úlcera genital	Herida(s) en región genital	Úlcera(s) genital(es) Lesión(es) vesicular(es)	Sífilis Chancroide (Chancro blando) Herpes genital
Dolor abdominal bajo	Dolor abdominal bajo Dolor durante el acto sexual	Dolor abdominal bajo al palpar Flujo vaginal anormal Temperatura mayor a 38° C	Gonoreea Clamidia Anaerobios mixtos
Edema de escroto	Hinchazón y dolor de escroto	Edema del escroto	Gonoreea Clamidia
Bubón inguinal	Hinchazón y dolor en la región de la ingle.	Ganglios linfáticos inguinales hinchados Abscesos fluctuantes Úlceras	Linfogranuloma venéreo Chancroide (Chancro blando)
Conjuntivitis neonata	Neonato(a) con ojos hinchados y/o enrojecidos	Párpados hinchados con secreción purulenta	Gonoreea Clamidia

PREVENCIÓN DEL VIH

Autora: Dra Marcela Garnica de Narváez

25

Objetivo del Aprendizaje :

- Educar e informar correctamente transmisión y prevención del VIH.
- Ofertar y realizar la prueba rápida para el VIH.
- Conocer el instructivo técnico (nuevo) algoritmo de diagnóstico para VIH.

INTRODUCCION

La epidemia del VIH/SIDA en la actualidad es el mayor problema de salud pública del presente siglo debido al gasto económico que representa para cualquier país. Los avances logrados en los últimos años han permitido conocer mejor la magnitud del problema, tanto en el diagnóstico de laboratorio, el tratamiento antirretroviral y el mayor acceso a los programas eficaces de tratamiento y prevención.

Según el informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA del 2015 existirá un incremento de personas que vivan con el VIH debido no solo a las tomadas en cuenta como nuevas infecciones por el VIH, si no a la accesibilidad al tratamiento antirretroviral, que ha contribuido en la reducción de la mortalidad por esta enfermedad.

América Latina experimenta un “progreso lento, pero positivo” en materia de lucha contra el SIDA, en una especie de paradoja agrídulce, la epidemia de VIH/SIDA parece ser más grande de lo que en realidad es, a medida que un mayor número de personas viven más tiempo con la enfermedad.

Hay menos casos nuevos de transmisión de VIH y menos muertes. Para el 2014, en América Latina se tuvo una cobertura de la terapia antirretroviral de 68%, superior a la media mundial, situada en 54% (12 julio de 2013).

En Bolivia, desde el primer caso presentado en el año 1984 hasta junio del año 2017, se notificaron 19151 casos. Según la estimación de ONUSIDA las personas que viven con VIH/SIDA en el país alcanzarían a 21.000. Considerando esta estimación, el sub registro existente estaría alrededor del 16% Según la prevalencia del VIH/SIDA, en Bolivia estamos en un periodo con velocidad de transmisión acelerada.

Las ciudades del eje troncal (La Paz, Santa Cruz y Cochabamba) concentran el 88.5 % de los casos notificados al 2017, sin embargo solo Santa Cruz concentra el 50% de los casos de todo el país.

El Departamento de La Paz desde hace 30 años viene trabajando de manera constante sobre la epidemia del virus a través de Centros Departamental y Regional de Vigilancia y Referencia de ITS/VIH/SIDA de la ciudad de La Paz y El Alto (CDVIR y CRVIR), sin embargo debido al crecimiento de nuevos casos y constante aumento del VIH, aún no se logró un equilibrio epidemiológico, su velocidad de crecimiento es acelerado. De los 4035 casos notificados a julio del 2017 en el área urbana y rural del Departamento afecta a los jóvenes y mujeres amas de casa en un 72% del total de casos. En una relación proporcional según sexo 2:1 esto indica que dos hombres infectados existe una mujer también infectado, cada año se registra más casos de VIH.

ELEMENTOS CLAVES DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH:

Información correcta del VIH

¿Qué es el VIH?

Virus de inmunodeficiencia Humana (el virus que causa el SIDA). La infección por VIH destruye el sistema de defensa del cuerpo, haciendo lo más vulnerable a las infecciones

¿Qué es el SIDA?

SIDA significa: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Es una enfermedad grave que representa la etapa avanzada de la infección por el VIH, cuando el cuerpo ya no tiene defensas y aparecen enfermedades oportunistas que puedan causar la muerte. Una persona que vive con VIH puede permanecer saludable y sin síntomas durante mucho tiempo y transmitir el virus sin saberlo.

Transmisión del VIH

- **Sexual:** A través de relaciones sexuales sin protección con personas infectadas. El 97% de las personas infectadas en Bolivia se infectaron por relaciones sexuales.



- **Madre-Niño:** Una mujer infectada por el VIH que esta embarazada puede infectar a su hijo durante el embarazo, parto y lactancia.



- **Sanguínea:** Por transfusión de sangre infectada o a través de objetos corto punzantes que estuvieron en contacto con sangre infectada.



Control de ITS (especialmente en epidemias emergentes)

¿Que son las ITS?

Son infecciones de transmisión sexual que se transmite por tener relaciones sexuales con una persona infectada

¿Cómo se manifiesta las ITS?

- Secreción u olor desagradable.
- Heridas.
- Verrugas.
- Escozor.
- Dolor.



Prevención del VIH.

Uso correcto del condón

¿Cómo se diagnostica el VIH?

Se realiza a través de la prueba rápida del VIH que se encuentran en los centros de salud. Es una prueba gratuita voluntaria y confidencial que cuando se realiza se gana tranquilidad, conocimiento y calidad de vida:

- Tranquilidad. Porque elimino y la duda de saber si vivo o no con el VIH.
- Conocimiento. Porque se informa sobre cómo cuidarse y reconocer si existe alguna situación de riesgo para transmitir el virus.
- Calidad de vida. Porque el acceso a la prueba del VIH me da posibilidad de recibir atención oportunamente.

Orientación y procesamiento de la prueba rápida para el VIH voluntaria.

PRUEBA RAPIDA PARA VIH

- «La Orientación: un proceso altamente efectivo para que el usuario conozca su situación respecto al VIH y se constituye en la mejor herramienta para la prevención, porque permite que el usuario analice los riesgos de contraer dicha infección y en consecuencia pueda adoptar medidas para reducirlos».

Principios Generales:

- Confidencial.
- Voluntario.
- Privacidad y respeto a la intimidad y a la diversidad.
- Apoyo emocional.
- Oportunidad para prevención.

Las pruebas para el diagnóstico del VIH-SIDA deben realizarse acompañadas con pre y post asesoría , con el consentimiento informado de la persona o de su representante legal, a no ser que se encuentre dentro de las excepciones previstas por la presente Ley 3729

Los resultados de las pruebas de diagnóstico del VIH SIDA serán confidenciales y la identidad guardada bajo códigos.

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA RAPIDA DEL VIH

1. Tener disponible todo el material necesario, antes de proceder a realizar la prueba:

- tira de ensayo.
- tampón de arrastre.
- lanceta.
- algodón con alcohol.
- recipientes para desechos.
- marcador indeleble.

2. Preparar la tira de ensayo:

- Retirar el plástico de protección
- Escribir en la parte superior, la identificación del (la) paciente (nombre o código)

3. Elegir el dedo menos encallecido para realizar la punción (índice, anular o medio).

- Limpiar el pulpejo del dedo con alcohol y dejar secar.
- Colocar la palma de la mano hacia arriba.

4. Colocar la lanceta en la punta del dedo (nunca en el centro del dedo) y presionar con firmeza logrando el ingreso

de toda la punta de la lanceta.

5. Desechar la lanceta en un recipiente de material rígido que contenga hipoclorito de sodio del 0.5% al 1%. No se deben reutilizar las lancetas.

6. Dejar caer una gota de sangre en la superficie absorbente de la tira de ensayo y esperar a que la sangre impregne totalmente esta superficie.

7. una (1) gota del tampón de arrastre en la superficie absorbente, sobre la sangre y esperar 15 minutos como mínimo para la lectura.

8. Lectura e Interpretación:

- Reactivo. Dos líneas de color rojo (coloración tenue o fuerte) en las dos ventanas de reacción (control y paciente).
- No Reactivo (negativo). Una sola línea roja en la ventana de control.
- No válido (invalido). Ausencia de línea roja en la ventana de control. Ausencia de línea roja en las dos ventanas de reacción (control y paciente).
En estos casos se debe volver a realizar la prueba.

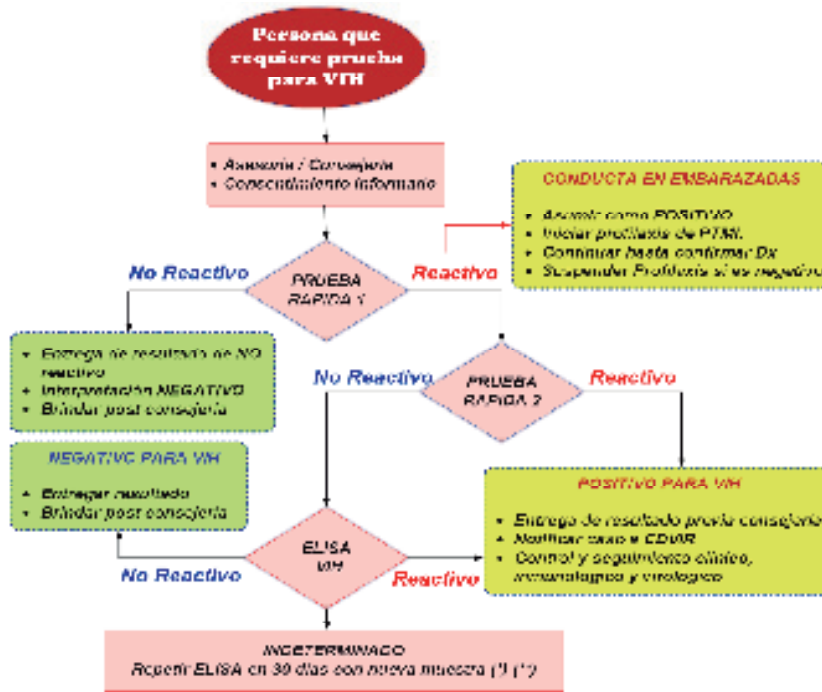
9. Registro de Resultados:

- Registre el resultado en el formulario correspondiente, incluyendo todos los datos requeridos en el mismo.

INSTRUCTIVO TECNICO (NUEVO) ALGORITMO DE DIAGNOSTICO PARA VIH.

De acuerdo al “Reporte de expertos y revisión de la evidencia más reciente para actualizar las Guías de Manejo de las Enfermedades de Transmisión Sexual” de la OMS en 2011, el procedimiento diagnóstico ideal, es aquel cumple con los siguientes criterios:

- Accesible en términos económicos,
- Sensible, Específico,
- Fácil de utilizar, Rápida y Robusta,
- que no requiera equipamiento, y sea de fácil distribución.



(*) De acuerdo al protocolo del suero ELISA se maneja como NEGATIVO o POSITIVO.
 (**) De ocurrir el ELISA como INCETERMINADO, se podrá volver a realizar pruebas rápidas que estén disponibles a través de CDOR.

- **Prueba Rápida 1 (prueba de tamizaje)**, debe ser una prueba rápida con sensibilidad $\geq 99.8\%$ y tenga Evaluación de Desempeño del INLASA sin observaciones. Deberá ser precalificada por OPS
- **Prueba Rápida 2 (prueba de confirmación)**, realizada solo si el resultado de la prueba rápida 1 es reactivo. Debe ser una prueba rápida diferente a la prueba rápida 1, con especificidad $\geq 99.9\%$ y tenga Evaluación de Desempeño del INLASA sin observaciones y/o ser precalificada por OPS.
- **Prueba de ELISA (prueba de desempate)**, solo se realiza en caso de discordancia de resultados obtenidos entre las pruebas rápidas 1 y 2. Debe ser una prueba ELISA de 4^a generación con sensibilidad de 100% y especificidad 99%, con Evaluación de Desempeño del INLASA sin observaciones y/o ser precalificada por OPS.

• **Paso 2. Prueba Rápida 2 (confirmatorio):**

Solo se aplica en casos que la Prueba Rápida 1 tenga resultado REACTIVO. Se realiza de acuerdo al procedimiento descrito en el manual o inserto de la misma. De acuerdo al resultado se debe proceder de la siguiente manera:

REACTIVO: Reportar como POSITIVO.

NO REACTIVO: Se tiene un escenario de discordancia (Prueba Rápida 1 reactiva y Prueba Rápida 2 no reactiva). Solo en este caso se debe pasar a realizar la prueba de ELISA (prueba de desempate).

NO VALIDO: No cumple las especificaciones de control de calidad descritas por el fabricante, en tal caso se deberá repetir el procedimiento de la Prueba Rápida 2.

- Paso 3. Prueba de ELISA (Desempate):
- Solo se aplica en caso de resultados discordantes (primera reactiva y segunda no reactiva). De acuerdo al resultado se debe proceder de la siguiente manera:

REACTIVO: Reportar como POSITIVO

NO REACTIVO: Reportar como NEGATIVO

INDETERMINADO: ($\pm 10\%$ valor del corte), Reportar indeterminado y solicitar una nueva muestra

en un mes para repetir el ELISA (el paciente/usuario podría estar en periodo ventana o de cero conversión).

EMISIÓN DEL RESULTADO FINAL

- El laboratorio registrará los datos y resultados de las pruebas en el sistema de información de donde podrá emitir resultados tomando en cuenta los siguientes criterios:

POSITIVO, cuando: Tiene las dos pruebas rápidas Reactivas ó, Tiene dos pruebas reactivas (Prueba Rápida 1 y ELISA).

NEGATIVO, cuando: Tiene dos pruebas NO Reactivas (Prueba Rápida 2 y ELISA).

INDETERMINADO, cuando: La prueba ELISA es Indeterminado. En este caso se debe repetir esta prueba en 30 días.

• **NOTIFICACIÓN DE CASO**

Todo caso VIH POSITIVO debe ser registrado en la "FICHA DE NOTIFICACIÓN DE CASOS NUEVOS DE VIH/ SIDA" y reportar al Programa Departamental ITS/VIH/SIDA y/o CDVIR, CRVIR del SEDES respectivo.

**ANEXO
TARJETA DE PROCEDIMIENTOS**



BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Normas Nacionales de Atención Clínica. Bolivia 2012.
2. Ministerio de Salud. Guía de Manejo Sindromico de la Infecciones de Transmisión Sexual. Documento Técnico Normativo. La Paz-Bolivia 2010.
3. Ministerio de Salud y Deportes. Normas de Diagnóstico y Tratamiento en Gineco Obstetricia. La Paz- Bolivia 2012
4. Ministerio de Salud y Deportes: Ley N°3729 D.S. N° 0451 Ley para la prevención del VIH/SIDA, Protección de los derechos humanos y asistencia integral multidisciplinaria para las personas que viven con el VIH/SIDA. La Paz – Bolivia 2010.
5. Ministerio de Salud y Deportes: Guía de Manejo Sindrómico de las infecciones de transmisión sexual. Documento Técnico Normativos. La Paz-Bolivia. 2010.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SALUD RENAL

Dra. Aydeé Cristina Ramírez Laura

RESP.PROMOCION Y PREVENCION DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SALUD RENAL

26**Objetivo:**

- Contribuir a mejorar el desempeño del médico egresado.

Las enfermedades no transmisibles constituyen en la actualidad un problema creciente a nivel mundial; este fenómeno se atribuye a los cambios que han experimentado la mayor parte de los países, entre los que destaca el control de las enfermedades infecciosas, el aumento de las expectativas de vida y la adquisición progresiva de un modelo de vida occidental (1).

1. FACTOR DE RIESGO.- Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

1.1Tipos: Se clasifican en dos tipos (5):

1.1.1Modificables: Son aquellos en los que nosotros podemos intervenir y modificarlos, por ejemplo: tabaquismo, nivel elevado de colesterol en la sangre, inadecuados hábitos alimentarios, sedentarismo, obesidad, estrés, consumo de alcohol.

1.1.2 No Modificables: Son aquellos en los que no podemos interferir, como ser: antecedentes familiares de enfermedades, edad, sexo, grupo étnico.

Las principales enfermedades no transmisibles, tienen 4 factores de riesgo en común estas son:

2. HÁBITO DE FUMAR.-

El tabaco es el único producto de consumo que llega a matar a la mitad de sus consumidores cuando se usa de la forma recomendada por su fabricante. Constituye la principal causa de enfermedad y muerte evitable a nivel mundial, relacionada con las enfermedades cardiovasculares, oncológicas y respiratorias; en nuestro país la primera es una de las principales causas de muerte en adultos.



Es una enfermedad que daña tanto a los fumadores como a los no fumadores

La prevalencia del Tabaquismo aumenta en los países en vías de desarrollo, vinculada a un menor nivel educativo y a mayor nivel de pobreza. La población más vulnerable la constituyen las mujeres y los jóvenes.

2.1 Tipos.- Los tipos de fumadores que existen son:

a. El fumador negativo: Es aquél fumador que fuma en situaciones de crisis o nerviosismo y utiliza al tabaco como un relajante.

b. El fumador hedonista: Es aquél fumador que fuma de forma controlada y disfruta del placer del humo del cigarro.

c. El fumador crónico: Fuma constantemente sin ser consciente de ello, consume el tabaco en grandes cantidades y en la gran mayoría no sabe por qué fuma.

d. El fumador drogodependiente: Fuma constantemente y se siente incómodo si le faltan los cigarrillos. No puede estar sin un cigarro en la mano y enciende uno detrás del otro.

e. El fumador pasivo: Es aquél que no consume el tabaco pero que es afectado por el uso de los otros que lo consumen. La combustión del cigarro en personas que están cerca de los fumadores, por la expulsión de sustancias gaseosas contaminan e intoxican el organismo de las personas que no están fumando, ya que lo que los fumadores expulsan es tres veces más tóxico que lo que inhalan. En el caso que sea un niño el fumador pasivo las consecuencias no serían las mismas sino que serían más graves.

El consumo de cigarrillos es un importante factor de riesgo que condiciona a la formación de placas ateromatosas en las paredes internas de las arterias. Los fumadores tienen dos veces más probabilidades de desarrollar las enfermedades cardiovasculares en comparación a quienes no fuman.

3. SEDENTARISMO (falta de actividad física).-

Existen varias definiciones del término sedentarismo. Desde el punto de vista del tiempo dedicado a realizar actividad física, sedentario es aquel individuo que no realiza al menos 30 min de actividad física moderada durante la mayoría de días de la semana (1). Desde el punto de vista del gasto energético, se puede definir como sedentario o inactivo a aquel individuo que no realiza 5 o más días (sesiones) de actividad física moderada o de caminata durante al menos 30 min por sesión, o que no realiza 3 o más días (sesiones) semanales de actividad física vigorosa durante al menos 20 min, o que no genera un gasto energético de al menos 600 $\text{Mets} \cdot \text{min}^{-1}$ por semana (aproximadamente 720 kcal por semana para una persona de 70 kg de peso) en una combinación de actividades vigorosas, moderadas y/o de caminata². Otra definición de sedentarismo tiene que ver con el tiempo que pasa un individuo sentado o recostado (3), o también se puede llamar sedentario a aquel individuo que gasta menos de 1,5 $\text{Mets} \cdot \text{h}^{-1}$ y por día en actividades físicas de tiempo libre, trabaja sentado y emplea menos de una hora por semana en actividades de transporte (caminando)

Las personas sedentarias, es decir, aquellas que no hacen suficiente actividad física, tienen dos veces más probabilidades de desarrollar enfermedades cardiovasculares en comparación a quienes se mantienen físicamente activos. La baja actividad física también puede predisponer a la obesidad y a la diabetes, ambas pueden provocar enfermedades cardiovasculares.

3.1 Recomendaciones.- Es recomendable repartir el tiempo semanal en fracciones de 30 min 5 días a la semana en la actividad aeróbica moderada, o de 25 min 3 días a la semana en la aeróbica intensa.

El tiempo diario se puede dividir en fracciones no menores de 10 min. Tiene la misma repercusión para la salud realizar 30 min seguidos que 3 bloques de 10 min o 2 bloques de 15 min. También se pueden realizar múltiples combinaciones de actividades intensas y moderadas, pero sobre la base de los tiempos recomendados anteriormente; no existe una evidencia científica para cada combinación⁽⁴⁾.

Si se realiza actividad física más allá de los tiempos recomendados, tanto de forma moderada como intensa, o en combinación, el efecto beneficioso para la salud también aumenta.

Es recomendable que los adultos realicen también, y de forma complementaria a lo recomendado anteriormente, ejercicios de fuerza muscular (ejercicios contra resistencia), abarcando todos los grupos musculares posibles. Se recomiendan 8-10 ejercicios, con 8-12 repeticiones cada uno, 2 o más días no consecutivos por semana.

Para mejorar o mantener un rango de movimiento articular normal se recomienda realizar ejercicios de flexibilidad por lo menos 2 o 3 días a la semana, incluyendo estiramientos. Cada estiramiento debe durar 10-30 s, notando tensión o molestia leve, y realizando de 2 a 4 estiramientos para cada ejercicio, completando un total de 60 s.

Evitar la inactividad: cualquier cantidad de actividad, por pequeña que sea, siempre será beneficiosa.

Es importante adaptar la cantidad y el tipo de actividad en relación con la edad y con la forma física de partida de

cada persona.

Recomendar, si es posible, la meta mínima de 150 min semanales de actividad física moderada o 75 min de actividad física intensa. Puede ser una combinación equivalente de ambas, y se puede fraccionar en periodos de al menos 10 min.

Es conveniente distribuir el tiempo dedicado a la actividad física entre todos los días de la semana, o al menos en 3 días a la semana.

Recomendar, si sus condiciones lo permiten, llegar a los 300 min de actividad moderada o 150 min de intensa, o las combinaciones proporcionales de ambas, ya que los beneficios en salud son mayores (4).



Para mantener la salud y prevenir la incapacidad es importante realizar por 2 días a la semana actividades de mantenimiento o incremento de la fuerza (8-10 ejercicios, cada uno de 10 a 15 repeticiones, en 2 días de la semana). pueden realizar más días por semana, pero siempre que no sean consecutivos. actividades de fortalecimiento muscular incluyen: ejercicios con bandas elásticas, máquinas y mancuernas, ejercicios con autocargas (con el propio peso del cuerpo) transportar la bolsa de la compra.

Deben fomentarse los ejercicios de equilibrio (estático y/o dinámico), al menos 3 días por semana, sobre todo en las personas con riesgo de caídas, incluyendo específicos y actividades como baile o tai-chi.

Los ejercicios de flexibilidad también están recomendados, con la finalidad de mantener la movilidad articular. Se realizarán durante un mínimo de 10 min y al menos 2 días por semana, incluyendo estiramientos (de 2 a 4 por ejercicio) que provoquen tensión o molestia leve y que duren entre 10 y 30 s, completando un total de 60 s por cada grupo muscular.

La progresión gradual del tiempo de ejercicio, de la frecuencia y de la intensidad es recomendable para mejorar la adherencia al ejercicio y para minimizar los riesgos.

4. MALOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN:

4.1 Habito alimenticio.- Se define como “conjunto de costumbres que determinan el comportamiento del hombre en relación con los alimentos y la alimentación. Incluye desde la manera como se seleccionan los alimentos hasta la forma en que los consumen o los sirven a las personas cuya alimentación está en sus manos. Los hábitos alimentarios son el producto de la interacción entre la cultura y el medio ambiente, los cuales se van transmitiendo de una generación a otra” (3).

Las personas que tienen malos hábitos alimentarios pueden desarrollar sobrepeso, por lo tanto, corren mayor riesgo de tener el colesterol elevado, hipertensión arterial y otras condiciones crónicas cardiovasculares, que aquellas personas que mantienen un peso saludable (para edad y estatura).

Las personas con malos hábitos alimentarios por lo general consumen gran cantidad de grasas en vez de las cinco porciones recomendadas de frutas y verduras por día.



4.2 Recomendaciones para evitar los malos hábitos alimenticios:

- **Incorporar más frutas y verduras.**- Las verduras, frutas y hortalizas son los alimentos con mayores nutrientes para el organismo. Además de que te darán saciedad y evitarán que caigas en errores graves de alimentación. Combínalos con otros alimentos como legumbres, cereales y carnes magras.
- **No saltar las comidas.**- Lo más recomendado es realizar cinco comidas diarias, de modo de evitar la ansiedad, los atracones y el sentir mucho hambre constantemente.
- **Evitar.- Comer mirando la televisión, leyendo o limpiando.** Al comer es importante relajarse, tomarse un tiempo para pensar y no distraerse, ya que esto puede hacer que aumente el consumo de alimentos, la cantidad, los detalles del tamaño de las porciones.
- **Masticar más los alimentos.**- Aumentar el tiempo que pasas masticando los alimentos hará que necesites menos cantidad de ingesta, puesto que aumentará tu saciedad. Al tardar más en llegar el alimento al estómago, el cerebro actúa enviándote mensajes de que “te estás llenando”.
- **Disminuir el consumo de bebidas con azúcar y gaseosas.**- Lo mejor es que aumentes la ingesta de agua —dos litros diarios como mínimo— y que reduzcas o elimines de tu dieta a las bebidas con calorías.
- **Incorpora refrigerios saludables.**- Es importante que añadas colaciones entre comidas, aunque solo las necesarias. Un exceso puede hacer subas de peso. Además, evita el picoteo de alimentos con muchas calorías.

5. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS

El alcohol, sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia, se ha utilizado ampliamente en muchas culturas durante siglos. El consumo nocivo de alcohol conlleva una pesada carga social y económica para las sociedades.

El alcohol afecta a las personas y las sociedades de diferentes maneras, y sus efectos están determinados por el volumen de alcohol consumido, los hábitos de consumo y, en raras ocasiones, la calidad del alcohol. El consumo nocivo de alcohol también puede perjudicar a otras personas, por ejemplo, familiares, amigos, compañeros de trabajo y desconocidos. Asimismo, el consumo nocivo de alcohol genera una carga sanitaria, social y económica considerable para el conjunto de la sociedad (2).

El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales, incluido el alcoholismo, importantes enfermedades no transmisibles tales como la cirrosis hepática, algunos tipos de cáncer y enfermedades cardiovasculares, así como traumatismos derivados de la violencia y los accidentes de tránsito.

5.1 Clasificación.- La clasificación desde el punto de vista clínico no depende de la cantidad o frecuencia de la bebida sino de las manifestaciones clínicas que el alcohol ocasiona en el individuo, manejándose criterios para:

- * Bebedor no problemático
- * Consumo problemático
- * Consumo perjudicial

Aunque no es frecuente hablar del bebedor normal puesto que podría traducirse como que lo razonable es beber, es necesario que se establezcan criterios que ayuden a distinguir este tipo de individuo del bebedor problema.

5.1.1 Bebedor no problemático.- Es el que cumple los 10 criterios que a continuación se detallan:

1. Ser mayor de 18 años.
2. Si es mujer, no estar embarazada ni en periodo de lactancia.
3. Estado nutricional adecuado.
4. Bebidas ingeridas aprobadas por las autoridades sanitarias.
5. No presentar embriaguez atípica.

6. Consumo de alcohol sin consecuencias negativas para uno mismo ni para otros.
7. No presentar problemas familiares o laborales debidos al consumo.
8. No depender del alcohol para sentirse más alegre o para poderse comunicar más fácilmente.
9. No presentar patologías que se agraven o descompensen con el alcohol.
- 10.No embriagarse.

5.1.2 Consumo problemático.-

Se denomina así cuando el bebedor ha padecido o padece algún problema relacionado con el alcohol, como haber conducido bajo sus efectos o presentar complicaciones médicas, familiares o conductuales.

5.1.3 Consumo perjudicial.-

Se refiere al realizado por una persona que, independientemente de la cantidad consumida de alcohol, presenta problemas físicos o psicológicos como consecuencia del mismo.

6. BIBLIOGRAFIA

1. Normas y Procedimientos para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo. Documentos Técnicos Normativos.33, Bolivia, 2008.
2. Sociedad Peruana de Cardiología, Portal Sedentarismo vs Ejercicio (actualización 24 de enero del 2005.
3. Glosario de términos para la orientación alimentaria, Cuadernos de Nutrición 1086
4. Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Perez-Lizaur AB, Arroyo P. Nutriología Medica, 2001.

SALUD RENAL INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

Dra. Aydeé Cristina Ramírez Laura
 Resp. Promoción y Prevención de enfermedades no transmisibles y salud renal

27**OBJETIVO DE APRENDIZAJE**

Contribuir a mejorar la capacidad resolutive del personal que realiza servicio rural obligatorio en el primer nivel de atención.

La enfermedad renal crónica causada principalmente por las complicaciones de la diabetes e hipertensión es un problema que va aumentando día a día. El tipo grave de la enfermedad renal crónica tiene un impacto enorme en la situación social y económica de las familias; constituyendo un problema para los servicios de salud.

Nuestros riñones son los órganos responsables de eliminar los desechos de nuestro cuerpo; los productos de desecho provienen del normal metabolismo de los alimentos que ingerimos, los riñones también regulan la cantidad de sal que se excreta con la orina (lo cual es muy importante para prevenir la acumulación de líquidos en el cuerpo) y mantienen la concentración sanguínea normal de muchos minerales. Los riñones también producen varias hormonas importantes para la salud, como la vitamina D y la eritropoyetina, que es la hormona que controla la producción de glóbulos rojos en la médula ósea. Si una enfermedad altera estas funciones renales, el cuerpo sufre muchos cambios que pueden llevar a la muerte si no recibe tratamiento oportuno (2).

Las enfermedades renales tienen muchas causas, pero se las puede agrupar bajo algunas categorías (3):

- Aguda o crónica.
- Adquirida o hereditaria.
- Primaria (que no resulta de una enfermedad generalizada).
- Secundaria (que resulta del curso de ciertas enfermedades generalizadas).

1.- La enfermedad renal aguda.- Corresponde a la aparición repentina de anomalías renales en una persona sana. Algunos ejemplos de enfermedad renal adquirida aguda son la detención del flujo de orina a causa de una enfermedad infecciosa de la sangre, una pérdida masiva de sangre (lesiones por accidentes de automóvil o construcción) y reacciones alérgicas graves a ciertos medicamentos.

Estas son situaciones que por su gravedad requieren hospitalización y en las cuales la insuficiencia renal es sólo una de las manifestaciones del cuadro clínico.

Con frecuencia es posible la recuperación completa de la función renal si el trastorno causante de la insuficiencia renal es corregido con rapidez. Pero el pronóstico siempre es inseguro. En los casos graves, el paciente puede necesitar un tratamiento temporario de diálisis hasta que se normalice el flujo de orina.

Un ejemplo de enfermedad crónica hereditaria es la enfermedad renal poliquística (PKD). Se han identificado varios genes causantes de la PKD y las leyes de transmisión hereditaria han sido bien definidas. Estos quistes se pueden detectar a los 20 o 30 años de edad del paciente mediante ultrasonido. Con el tiempo, los quistes crecen y presionan el tejido del riñón, afectando la función renal. Si existen antecedentes familiares de PKD, los parientes e hijos adultos jóvenes de padres afectados deben ser controlados para determinar la presencia de quistes. El control de la hipertensión, una dieta adecuada y el tratamiento del sangrado o infección de los quistes pueden disminuir el progreso de la enfermedad.

Muchas infecciones bacterianas o virales de la garganta, la piel o las válvulas cardíacas pueden causar enfermedades renales adquiridas agudas o crónicas. El daño renal no es causado por la infección en sí, sino por los anticuerpos que produce el cuerpo en respuesta a la infección (3). En casi todas las enfermedades renales causadas por infecciones los riñones se recuperan en algunas semanas o meses. La recuperación completa es más común en niños que en adultos, pero incluso la mayoría de los pacientes adultos recuperan una parte importante o bien toda la función renal.

Finalmente, las enfermedades renales pueden aparecer en el curso de enfermedades sistémicas como la diabetes, el lupus y la inflamación vascular.

2. Enfermedad renal crónica.- Es la pérdida lenta de la función de los riñones con el tiempo. La enfermedad renal crónica (ERC) empeora lentamente durante meses o años y es posible que no se note ningún síntoma durante algún tiempo. La pérdida de la función puede ser tan lenta que no presenta síntomas hasta que los riñones casi hayan dejado de trabajar.

La etapa final de la enfermedad renal crónica se denomina enfermedad renal terminal (ERT). En esta etapa, los riñones ya no tienen la capacidad de eliminar suficientes desechos y el exceso de líquido del cuerpo. En ese momento, es necesaria la diálisis o un trasplante de riñón (1).

La diabetes y la hipertensión arterial son las dos causas más comunes y son responsables de la mayoría de los casos. La enfermedad renal crónica no tiene cura, pero sí se puede retardar su progresión.

2. Diagnóstico.- Los síntomas pueden incluir:

- Inapetencia.
- Sensación de malestar general y fatiga.
- Dolores de cabeza.
- Picazón (prurito) y resequedad de la piel.
- Náuseas.
- Pérdida de peso sin proponérselo.

2.1 Laboratorial.- La mayoría de las personas presentará hipertensión arterial durante todas las etapas de la ERC. Al hacer un examen, su proveedor de atención médica también podría oír ruidos cardíacos o pulmonares anormales en su pecho. En un examen del sistema nervioso, usted podría mostrar signos de daño a nervios. Un análisis de orina puede revelar proteína u otros cambios. Estos cambios pueden surgir de 6 a 10 meses antes de que aparezcan los síntomas.

Los exámenes para verificar qué tan bien están funcionando los riñones incluyen:

- Depuración de creatinina.
- Niveles de creatinina.
- Nitrógeno ureico en la sangre.

3. Etapas de la enfermedad.- Los riñones se consideran saludables y normales siempre que tengan una función de filtración normal y no existan señales de sangre o de proteínas en la orina. El nivel de la función de filtrado depende de la edad y de otros muchos factores que pueden afectar a los riñones. Si la función renal se reduce de forma permanente, se considera que estamos ante un caso de ERC. Los riñones pueden perder su capacidad para filtrar residuos de la sangre de forma gradual.

El proceso de ERC se divide en cinco etapas: en las etapas 1-4, el foco de atención es preservar la función renal; en la etapa cinco, la diálisis y el trasplante pueden ser las únicas alternativas para sobrellevar la enfermedad (1).

La tasa de filtración glomerular (TFG) sirve para clasificar la insuficiencia renal crónica, la norma nos pide evaluar la TFG mediante la ecuación de Cockcroft (estima el clearance):

Sexo	Formula	Obs.
VARON	$ClCr \text{ en ml/min} = \frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso}}{(72 \times Crs)}$	Crs= creatinina en sangre
MUJER	$ClCr \text{ en ml/min} = \frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso} \times 0.85}{(72 \times Crs)}$	*0.85= constante

3.1 Clasificación: Mediante la medición de la tasa de filtración glomerular, clasifica en

- **Estadio I:** Enfermedad de los riñones, GFR normal
- **Estadio II:** Insuficiencia renal leve, GFR = 60 < 89 ml
- **Estadio III:** Insuficiencia renal moderada, GFR = 30 < 59 ml
- **Estadio IV:** Insuficiencia renal grave, GFR = 15 < 29 ml
- **Estadio V:** Insuficiencia renal terminal, GFR < 15 ml.
- **Estadio III:** Insuficiencia renal moderada, GFR = 30 < 59 ml
- **Estadio IV:** Insuficiencia renal grave, GFR = 15 < 29 ml
- **Estadio V:** Insuficiencia renal terminal, GFR < 15 ml.

Etapas de la insuficiencia renal		
Etapas	Descripción	Tasa de filtración glomerular (TFG)*
1	Daño renal (p. ej., proteína en la orina) con TFG normal	90 o más
2	Daño renal con leve disminución de TFG	60 a 89
3	Disminución moderada de TFG	30 a 59
4	Disminución elevada de TFG	15 a 29
5	Insuficiencia renal	Menos de 15

*La cantidad de TFG le indica a su médico cómo están funcionando sus riñones. A medida que avanza la insuficiencia renal, la cifra de su TFG disminuye.

FUENTE: Norma Nacional de Salud Renal

Tratamiento

El control de la presión arterial retrasará un mayor daño al riñón.

- Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o los bloqueadores de los receptores de angiotensina (BRA) se emplean con mayor frecuencia.
- El objetivo es mantener la presión arterial en o por debajo de 130/80 mm Hg. Hacer cambios al estilo de vida como los siguientes puede ayudar a proteger los riñones y prevenir cardiopatía y ataque cerebral (accidente cerebrovascular):
- NO fume.
- Consuma comidas con un contenido bajo de grasa y colesterol.
- Haga ejercicio regularmente (hable con su médico o enfermera antes de empezar).
- Tome medicamentos para bajar el colesterol, si es necesario.
- Mantenga controlado el nivel de azúcar en la sangre.
- Evite ingerir demasiada sal o potasio.

4. Bibliografía

- 1.- Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Renales. Mayo 2007.
- 2.- Glosario de términos para la orientación alimentaria, Cuadernos de Nutrición 1086
- 3.- Casanueva E, Kaufer-Horwitz M, Perez-Lizaur AB, Arroyo P. Nutriología Medica, 2001.

VIRUS DE LA INFLUENZA

Dr. Claudia Salazar de Villena
RESPONSABLE PDEE Y RE LA PAZ

28

Objetivos de aprendizaje.-

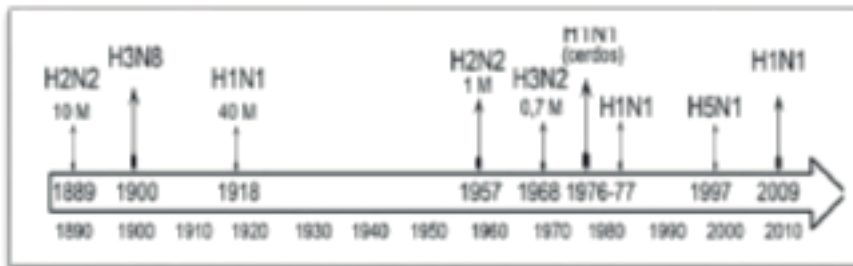
- Actualizar al recurso en salud en formación sobre el virus de la influenza y otros virus respiratorios de importancia epidemiológica.
- Dar a conocer los principios básicos de la vigilancia y control de los Eventos Respiratorios Inusitados.
- Establecer acciones prioritarias en la prevención, transmisión y la atención de los casos de Influenza.

I. ANTECEDENTES.-

La transmisión de enfermedades respiratorias emergentes representa un riesgo importante para las poblaciones del mundo, debido a su elevado potencial de transmisibilidad y la diseminación rápida. Por esta razón producen altas tasas de morbilidad, de hospitalización y alta letalidad.

La influenza o gripe fue reconocida como una enfermedad respiratoria aguda, extraordinariamente contagiosa. A pesar de que a menudo aparenta ser benigna, la influenza es una enfermedad grave que ha provocado la muerte de miles de personas cada año. En los últimos cien años se han presentado varias pandemias, en 1918 conocida como la Gripe Española, la pandemia de 1957 conocida como la Gripe Asiática, la pandemia de 1968 también llamada la Gripe de Hong Kong, el 2003 el Síndrome Agudo Respiratorio Severo (S.A.R.S.) y la última es la pandemia de la A (H1N1) en abril del 2009. En la actualidad se presenta como epidemias estacionales relacionada con los cambios de temperatura y/o el descenso de las mismas; pueden tener consecuencias severas sobre los grupos de alto riesgo, niños menores de dos años, ancianos y personas que padecen enfermedades crónicas.

La tasa de mortalidad estacional anual y su gran transmisión, justifica la vigilancia epidemiológica, por esta razón es una enfermedad sometida a vigilancia internacional por la OMS, en el marco de la "Preparación para pandemia de Influenza" (PIP). Es importante tomar en cuenta que existe el riesgo de la circulación de nuevos virus con alto riesgo pandémico, por esta razón continua en vigencia las recomendaciones formuladas en el protocolo Genérico para la Vigilancia de la Influenza OPS-CDC y debe mantenerse la alerta y prepararse para mitigar el impacto de una eventual nueva pandemia.



Fuente: OPS/OMS

El Reglamento Sanitario Internacional RSI 2005 que está vigente desde el 15 de junio de 2007, exige a todos los estados miembros el fortalecimiento de sus capacidades de vigilancia y respuesta ante la presencia de Eventos de Salud Pública de Importancia Nacional e Internacional (ESPIN y ESPII), los cuales son de notificación inmediata, dentro de estas enfermedades esta la Influenza y todos sus subtipos.

II. SITUACION EN BOLIVIA

En Bolivia la actividad viral en la región andina y sub andina ha sido estable con casos esporádicos desde la semana 3 hasta la 36; con co-circulación de influenza B y A (H1N1) pdm09. El comportamiento viral es diferente en la región tropical del país que se ha podido evidenciar un incremento de casos de influenza en pacientes con patología de base los que ha ocasionado fallecimientos. Se han presentado aproximadamente 1372 casos de Influenza A (H1N1), (H3N2) y B, el 76% de estos casos se presentaron en el departamento de Santa Cruz y hasta la semana 36 se reportaron 31 fallecidos por el virus.

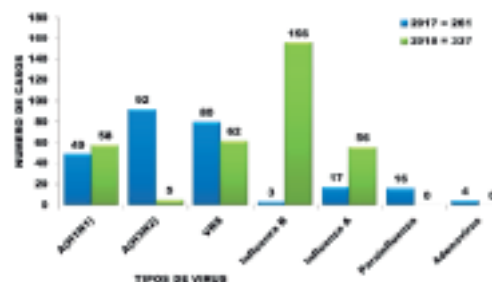
VIRUS RESPIRATORIOS	2017		2018	
	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos
Influenza A (H1N1) Pdm 2009	80	1	686	26
Influenza A (H3N2)	135		673	5
Influenza B	670	6	13	
TOTAL	865	7	1372	31

Ministerio de Salud – boletín epidemiológico

DEPARTAMENTO	A (H3N2)		A(H1N1)		INFLUENZA B	
	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos	Casos	Fallecidos
La Paz	7		55		173	3
Santa Cruz	6		601	23	439	2
Oruro			7		15	
Potosí			1		2	
Cochabamba			2	1	14	
Chuquisaca			4	1	23	
Beni			11		3	
Tarija				1	1	
Pando			5		3	
TOTAL	13		686		673	5

Ministerio de Salud – boletín epidemiológico

En La Paz, hasta la SE 36, la actividad de influenza aumentó ligeramente, en comparación con la gestión pasada. De 261 casos a 337 casos es decir 76 casos más que la gestión pasada. El virus de la Influenza B esta gestión presento más casos, incluso los 3 fallecimientos fueron consecuencia de infección por este virus.



III. VIRUS DE LA INFLUENZA

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda, contagiosa, causada por los virus de la influenza. Es un virus tipo ARN de la familia Orthomixoviridae. Se conocen cuatro tipos de virus de influenza A, B, C y D.

Los virus A y B de la influenza en seres humanos causan epidemias estacionales de la enfermedad. La aparición de un virus nuevo y muy diferente de la influenza A con la capacidad de ocasionar infecciones en las personas puede desencadenar una pandemia de influenza. Las infecciones de influenza tipo C causan generalmente una enfermedad respiratoria leve y no se cree que puedan desencadenar epidemias. Los virus de influenza D afectan principalmente al



ganado y no se cree que puedan causar infecciones o enfermedades en los seres humanos.

Los virus de influenza A se dividen en subtipos según dos proteínas de la superficie del virus: la hemaglutinina (H) y la neuromidasa (N). Hay 18 subtipos diferentes de hemaglutinina y 11 subtipos diferentes de neuromidasa que es de quien depende su capacidad para provocar formas graves del padecimiento. (H1 hasta H18 y N1 hasta N11 respectivamente).

Los virus de influenza A pueden dividirse en diferentes cepas. Los subtipos actuales de virus de influenza A que se detectan en las personas son A (H1N1) y A (H3N2). Los virus de la influenza B no se dividen en subtipos pero pueden dividirse en líneas y cepas. Los virus de la influenza B que circulan actualmente pertenecen a una de las dos líneas: B/Yamagata y B/Victoria.

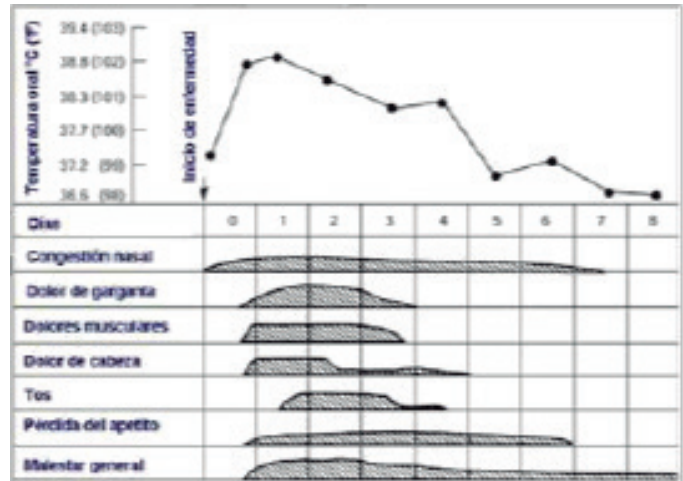
VIRUS DE LA GRIPE		Tipo de virus de influenza	Características del virus
FILUM	VIRUS	Influenza A	<ul style="list-style-type: none"> • Produce casos entre leves y graves • Se clasifica por las proteínas superficiales hemaglutinina y neurominidasa • Puede tener variaciones genéticas mayores o menores • Puede causar epidemias y pandemias • Puede infectar a varias especies
SUBFILUM	RIBOVIRA		
CLASE	RIBOHÉLICA		
ORDEN	SAGOVIRALES		
FAMILIA	ORTHOMYXOVIRIDAE		
GÉNERO	INFLUENZA VIRUS	Influenza B	<ul style="list-style-type: none"> • Produce casos mayormente leves • Puede causar epidemias • Ocurre sólo en seres humanos
ESPECIE	VIRUS INFLUENZA		
TIPO	A, B y C	Influenza C	<ul style="list-style-type: none"> • Produce casos leves, similares al resfriado • Ocurre sólo en seres humanos
SUBTIPO	HA, NA		

IV. ASPECTOS CLÍNICOS

La influenza (también conocida como “gripe”) es una enfermedad respiratoria contagiosa provocada por virus de la influenza. Este virus puede causar una enfermedad leve o grave y en ocasiones puede llevar a la muerte. La influenza es diferente al resfriado. Por lo general, la influenza comienza de repente. Hasta el momento se ha demostrado un cuadro clínico leve y una respuesta favorable al tratamiento.

Síntomas.-

El trastorno afecta a las vías respiratorias altas, bajas o ambas, se caracteriza por el inicio agudo de síntomas y signos respiratorios que incluyen: fiebre, tos seca, rinitis, cefalea, odinofagia, ardor faríngeo, mialgias, artralgias, y ataque importante al estado general. Los síntomas de vías respiratorias suelen tornarse más intensos conforme desaparecen las manifestaciones de orden general. Muchos pacientes señalan faringitis o tos persistente que puede durar una semana o más y que suele acompañarse de molestias retro esternales. Pueden también producirse otros síntomas menos comunes como fotofobia, dolor abdominal, náuseas, vómito y diarrea. La duración de la enfermedad sin complicaciones habitualmente es de una semana, aunque la tos y debilidad pueden persistir por más de 14 días. En el examen físico se puede encontrar, fiebre, taquicardia, inyección conjuntival e hiperemia faríngea.



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA INFECCIÓN POR INFLUENZA

- Fiebre igual a mayor a 38 °C
- Tos seca
- Dolor de garganta
- Congestión Nasal
- Cefalea y Coriza
- Mialgias
- Síntomas Gastrointestinales

V. DIAGNOSTICO

Diagnóstico clínico.-

Se ha establecido como definición de caso de Influenza a todo aquel que presente de manera súbita fiebre mayor de 38°C, acompañada de al menos uno de los siguientes signos o síntomas tos, dolor de garganta o rinorrea, algunas personas han reportado diarreas y vómitos. Los casos graves progresan a neumonía e insuficiencia respiratoria, incluso muerte, como ocurre con la influenza estacional, de la A(H1N1), puede agravar las afecciones crónicas subyacentes.

Diagnostico laboratorial.-

La muestra adecuada es a través del hisopado nasal y faríngeo, también puede hacerse aspirado nasofaríngeo o lavado bronquiolo alveolar o aspirado traqueal. El transporte de la muestra se hace manteniendo una cadena de frío (2 a 8 C).

- Detección de anticuerpos contra el virus (serología).-
No es una técnica de primera elección para el diagnóstico de influenza
- Detección de virus, material genético u otras moléculas virales.-

Se utiliza la inmunofluorescencia que tiene una sensibilidad del 60% a 70%. Solo se diagnostica el tipo de virus, para la sub-tipificación se realiza la Reacción en Cadena de la Polimerasa en tiempo real (RT PCR).

Diagnóstico Diferencial.-

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL OTROS VIRUS RESPIRATORIOS		
SINDROME	AGENTE ETIOLOGICO	CLINICA
Enfermedad tipo influenza	Adenovirus, Coronavirus, Parainfluenza, Rinovirus, VRS, Metaneumovirus, Bocavirus	Fiebre > 38°C, Odinofagia, tos, cefalea, congestión nasal, malestar general, mialgias.
Resfrió Común		Cefalea, congestión nasal, malestar general, mialgias.
Faringitis		Odinofagia
Laringotraqueobronquitis (CRUP)		Fiebre, tos seca y persistente, ronquera.
Bronquiolitis		Tos Seca y persistente, taquipnea, sibilancias asociada a alteraciones radiológicas.
Neumonias	Ademas de los anteriores, Sarampion, Varicela, Hantavirus,	Fiebre, malestar general, tos seca, taquipnea, alteraciones radiológicas.

VI. TOMA DE MUESTRA.-

Existe una mayor concentración viral en los primeros tres días de enfermedad por lo que se recomienda obtener la muestra en este periodo y trasladarla al laboratorio en corto tiempo, en el medio de transporte viral y manteniéndola a una temperatura entre 4 a 8 grados centígrados.

El operador debe haber sido capacitado previamente en la toma de muestra mediante el aspirado nasofaríngeo y el hisopado nasal y faríngeo combinados, debe estar vacunado contra virus influenza estacional y debe contar con:

- Bata o guardapolvo
- Gorro
- Mangas
- Guantes desechables
- Mascarilla de alta eficiencia tipo N95
- Lentes protectores

a. Materiales para la toma de muestra:

- Medio de transporte viral
- Hisopos Dacron

b. Procedimiento:

- Recueste al paciente y eleve un poco su cabeza, introduzca suavemente el hisopo, paralelo al paladar hasta llegar a la nasofaringe, rote suavemente el hisopo para frotar la pared y retírelo cuidadosamente sin dejar de rotar.
- Introduzca el hisopo en el medio de transporte viral y rompa el extremo superior del hisopo y cierre el medio de transporte.
- Identifique la muestra con Nombre del paciente y fecha de toma de muestra.
- La muestra obtenida debe mantenerse refrigerada entre 4 a 8°C en un termo, hasta su procesamiento en el laboratorio.
- Enviar la muestra junto con la ficha epidemiológica, al instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA), única instancia certificada y para realizar la tipificación de los virus de la
- influenza.



FLUJOGRAMA DE INTERNACIÓN



VII. TRATAMIENTO

a. Paciente Ambulatorio.- En el caso de pacientes que no presentan signos de alarma ni pertenezcan a grupos de riesgo se recomienda:

- Aislamiento domiciliario
- Tratamiento sintomático
- Reposo en cama
- Aumento en el consumo de líquidos
- Antipiréticos y analgésicos (paracetamol para la fiebre y mialgias)
- No debe emplearse ácido acetil-salicílico.

b. Tratamiento Antiviral.- El virus de la Influenza A(H1N1) es sensible a los inhibidores de la neurominidasa (oseltamivir y zanamivir), siendo su principal mecanismo de acción bloquear la salida de las células de los virus replicados, reduciendo la duración de los síntomas en 1-3 días, esta droga ha sido aprobada para su uso contra la nueva influenza A(H1N1) debido a la susceptibilidad de esta cepa, su presentación es capsula de 75 mg. debe prescribirse de acuerdo a esquema estándar y en caso de insuficiencia renal se debe ajustar la dosis.

Para optimizar su efectividad del tratamiento se debe administrar en las primeras 48 horas del inicio de los síntomas, sin embargo, se puede administrar después en pacientes con neumonía o con enfermedad progresiva (a pesar que no se cuenta con ensayos clínicos).

La duración del tratamiento es de cinco días con la posibilidad de ampliar el tiempo en casos graves hasta diez días, dado que existe evidencia de la presencia de virus de la nueva influenza A(H1N1) hasta el octavo día en personas con tratamiento antiviral previo durante cinco días.

Peso del paciente	Dosis y tiempo
Menos de 15 kg de peso	30 mg cada 12 horas
De 15 a 23 kg de peso	45 mg cada 12 horas
De 24 a 40 kg de peso	60 mg cada 12 horas
Más de 40 kg de peso	75 mg cada 12 horas

VIII. COMPLICACIONES.-

Es una enfermedad como cualquier cuadro gripal, pasa inadvertido en la mayoría de los casos, pero presenta complicaciones en individuos con enfermedades metabólicas crónicas como la diabetes, obesidad, hipertensión arterial, entre otras las cardiopatías, inmunodeprimidos, enfermedad crónica renal, hemoglobinopatías, EPOC y embarazadas. Además las más frecuentes son las neumonías bacterianas secundarias, principalmente por los agentes *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus* y *Haemophilus influenzae*.

IX. CADENA EPIDEMIOLOGICA.-

a. Reservorio.-

Influenza tipo A.- Se encuentra en aves acuáticas, silvestres, domésticas, también los podemos encontrar en cerdos, caballos. Influenza B y C.- Solo en Seres Humanos.

b. Periodo Incubación.-

El periodo de incubación es de 1 a 4 días con un promedio de 48 horas.



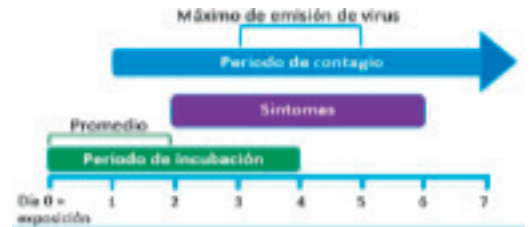
c. Mecanismo de Transmisión.-

Es una patología extremadamente contagiosa, los mecanismos de acción son:

Directo.- Por vía aérea, aerosoles eliminados al toser, estornudar y hablar. Otra forma de contagio directo es el contacto directo con manos contaminadas.

Indirecto.- Contacto con Fómites.

d. Periodo de Transmisibilidad.- Una vez se produzca el contagio por el virus, el período de incubación es de 1 a 4 días. Los adultos pueden transmitir el virus un día antes de que se inicien los síntomas hasta aproximadamente 3-5 días después y los niños hasta 10 días o más, mientras que los inmunosuprimidos pueden excretar los virus por períodos más prolongados.



Parece ser que en las personas infectadas asintomáticas la transmisibilidad es mucho menor.

e. Huésped Susceptible.-

Cualquier individuo que no recibió la vacuna anual. Con mayor riesgo de gravedad o letalidad aquellos pacientes pertenecientes a cualquiera de los grupos de riesgo.

f. Grupos de Riesgo.-

- Menores de 2 años y mayores de 65 (Los extremos de la vida)
- Mujeres embarazadas
- Pacientes con enfermedades crónicas.- Son quienes frecuentemente hacen cuadros de IRAG (Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave)
 - **Pulmonares.-** EPOC, tabaquismo y asma.
 - **Cardíaco.-** Cardiopatías Congénitas, hipertensión arterial, Sistémica, Insuficiencias cardíacas, valvulopatías.
 - **Renal.-** Insuficiencia Renal Crónica
 - **Neurológico.-** Enfermedades neuromusculares y Epilepsia
 - **Inmunológico.-** Inmunosupresion
 - **Otros.-** Diabetes, cáncer
- Personal de Salud

g. Duración de la Enfermedad.-

La enfermedad dura entre una a dos semanas sin tratamiento

h. Inmunidad.-

La inmunidad se adquiere a través de la vacuna anual, en función a la correspondencia de la preparación en la gestión, dependiendo de la cepa que se encuentre en circulación.

i. Variaciones Antigénicas.-

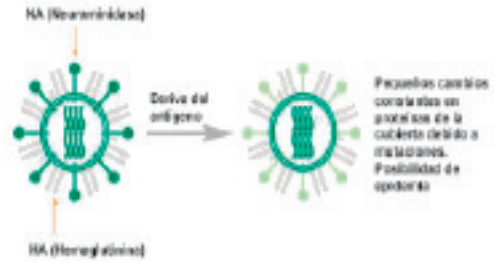
Los virus de influenza cambian constantemente. Pueden cambiar de dos maneras diferentes.

Variación Antigénica Menor Del Virus.

Denominado cambio DRIFT, son pequeños cambios que se producen en los genes de los virus de la influenza y que ocurren de manera continua y con el tiempo a medida que el virus se reproduce. Estos pequeños cambios producen virus que presentan una relación bastante cercana entre sí, la cual puede ilustrarse mediante la ubicación cercana que tienen en un árbol filogenético. Los virus que están estrechamente relacionados por lo general comparten las mismas propiedades antigénicas y un sistema inmunitario expuesto a un virus similar por lo general será capaz de reconocerlo y responder. (A veces esto se denomina protección cruzada).

Sin embargo, estos pequeños cambios genéticos pueden acumularse con el tiempo y transformarse en virus antigénicamente diferentes (alejados en el árbol filogenético). Cuando esto ocurre, es posible que el sistema inmunitario del cuerpo no reconozca esos virus.

Este proceso funciona de la siguiente manera: una persona infectada con un virus de la influenza en particular desarrolla anticuerpos contra ese virus. A medida que se acumulan los cambios antigénicos, los anticuerpos creados para combatir los virus anteriores dejan de reconocer al virus “más nuevo” y la persona puede volver a enfermarse. El hecho de que los cambios genéticos que producen un virus con propiedades antigénicas diferentes explica la razón por la cual las personas pueden contraer la influenza más de una vez. También es el motivo por el que la composición de la vacuna contra la influenza debe revisarse todos los años y actualizarse según sea necesario para hacerle frente a los virus en evolución.



Cambio Antigénico Mayor.-

El cambio antigénico mayor es un cambio abrupto e importante en los virus de la influenza A, lo cual da como resultado nuevas proteínas de hemaglutinina o nuevas proteínas de hemaglutinina y neuraminidasa en virus de la influenza que producen infecciones en los seres humanos. El cambio da como resultado un nuevo subtipo de influenza A o un virus con hemaglutinina o una combinación de hemaglutinina y neuraminidasa que surgió de una población animal que es tan diferente del mismo subtipo en humanos que la mayoría de las personas no tiene inmunidad al nuevo virus. Esta es la mutación que ocurrió en la primavera de 2009, cuando emergió un virus H1N1 con una nueva combinación de genes, infectó a las personas y se diseminó rápidamente causando una pandemia. Cuando tiene lugar una variación, la mayoría de las personas casi no tienen protección contra el nuevo virus.

Mientras los virus de la influenza sufren cambios antigénicos menores todo el tiempo, el cambio antigénico mayor ocurre sólo ocasionalmente. Los virus de la influenza tipo A sufren ambos cambios; los virus de la influenza tipo B cambian sólo mediante el proceso más gradual de cambios antigénicos menores.

X. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Estar en fase epidémica no significa severidad, sino se recomienda implementar los planes de control de influenza a través de la vigilancia intensificada para identificar la circulación del virus de la Gripe A (H1N1) y disminuir el impacto y la velocidad de la transmisión.

a. Definición de caso

Caso Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG):

Fiebre o historia de fiebre, tos, dificultad para respirar y necesidad de hospitalización (según criterio clínico).

Caso Infección Respiratoria Aguda Grave Inusitada (IRAGI):

Persona hospitalizada o fallecida que presente o haya presentado fiebre (mediada o referida), dificultad respiratoria y al menos uno de los siguientes criterios:

- Tener entre 5 y 64 años sin enfermedad de base (priorizar UCI y fallecidos).
- Haber viajado a zona con circulación de agentes de alta patogenicidad.
- Haber tenido contacto directo o indirecto con aves o cerdo.
- Ser trabajador de salud.

Conglomerado de IRAG:

Dos o más personas del mismo núcleo familiar, social o laboral que cumplan la definición de caso de IRAG e inicien sus síntomas con un intervalo máximo de dos semanas entre sí.

Caso sospechoso de (ETI)

Fiebre mayor a 38 C Tos o dolor de garganta, ausencia de otras causas aparentes.

Eventos respiratorios inusitados (ERI)

Son aquellos eventos atípicos o inusuales de infecciones respiratorias agudas, pueden no ser GRAVES, que tiene características especiales:

- IRAG en persona que las dos últimas semanas ha viajado a zonas de alto riesgo y de circulación de la gripe Aviar (A H5N1, A H7N9) o del MERS-CoV.

Países del Medio Oriente y Asia.

- Caso de IRAG en persona joven previamente sana.
- Caso de IRAG en una persona con antecedentes de trabajar con aves, cerdos y que exista reporte de epizootias en la granja.
- Caso de IRAG en personal de salud.

XI. DIFERENCIAS ENTRE EPIDEMIA Y PANDEMIA DE INFLUENZA

El virus Influenza A infecta no solo al hombre sino también animales porcinos, aves domésticas y silvestres. En mamíferos, la enfermedad está limitada al aparato respiratorio, mientras que en aves se puede manifestar como infección asintomática o enfermedad sistémica letal.

El virus B en ocasiones puede producir epidemias, sin embargo, el virus A puede cruzar continentes y causar pandemias.

El virus C es el menos importante y causa infecciones leves y esporádicas no epidémicas.

a. Influenza estacional:

Es el incremento esperado en el número de casos de influenza en un periodo previsto del año.

b. Brote de influenza:

Es un número mayor al esperado de casos de influenza en una región geográfica en particular.

c. Influenza pandémica:

Epidemia de influenza en todo el mundo. Los virus de influenza que tienen el potencial de generar una pandemia se denomina “virus de influenza con potencial pandémico”.

d. Vigilancia Epidemiológica:

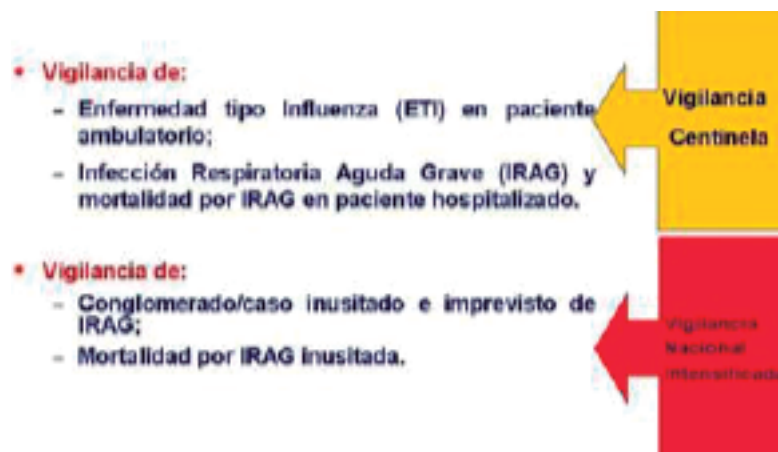
Con el propósito de fortalecer las capacidades básicas de vigilancia y respuesta e integrar la vigilancia epidemiológica con la de laboratorio, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), desarrollo el Protocolo Genérico para la Vigilancia de Influenza¹.

Para alcanzar estos objetivos, el Protocolo Genérico recomienda que la vigilancia de la influenza se deba hacer en dos diferentes modalidades:

➤ Vigilancia centinela de:

ETI en los pacientes ambulatorios IRAG y la mortalidad relacionada con la misma, en hospitales o unidades de salud con servicio de hospitalización

➤ Vigilancia nacional intensificada para detectar un caso inusual o inesperado de infección respiratoria aguda grave, que debe ser detectada en todos los establecimientos de salud.



En Bolivia la vigilancia epidemiológica se realiza mediante Hospitales centinela de IRAG, con un total de ocho de los cuales tres se encuentran en la ciudad de Santa Cruz (Hospital Obrero N 3, Hospital San Juan de Dios y Hospital de Niños), y cinco se encuentran en el departamento de La Paz (Hospital del niño, Instituto Nacional de Tórax, Hospital Arco iris, Hospital Materno Infantil CNS y Hospital Boliviano Holandés

La OPS/OMS realiza recomendaciones que se basan en:

1. VIGILANCIA:

- ✓ Fortalecer los sistemas de vigilancia de las IRAs, ETIs, priorizando las IRAG, esto con el fin de monitorear la conducta epidemiológica de la enfermedad, controlar los virus que se encuentran circulando y grupos más afectados.
- ✓ Fortalecer la vigilancia basada en eventos, que es la captura organizada y rápida de información, de Hospitales Centinela, para poder analizar el comportamiento de la enfermedad.
- ✓ Investigación inmediata de eventos inusitados asegurando la toma de muestra (hisopeado Faríngeo), sobre todo en pacientes fallecidos para la detección del virus circulante.

2. MANEJO CLINICO ADECUADO:

Priorizar la atención médica y tratamiento (Oseltamivir), en pacientes que sean:

- ✓ Extremos de la edad menores de 2 años y mayores de 65 años.
- ✓ Mujeres embarazadas
- ✓ Pacientes con patologías crónicas de base, en casos de pacientes con patologías pulmonares obstructivas, cardiopatías, enfermos renales crónicos, inmunocomprometidos, patologías hepáticas, enfermedades metabólicas (diabetes, obesidad), patologías neurológicas.

El tratamiento en estos pacientes deberá iniciarse sin confirmación laboratorial, pues el tratamiento es más efectivo cuanto más temprano se inicia el tratamiento.

3. VACUNACION:

La OPS/OMS recomienda que la prioridad para recibir la vacuna, deberían ser las mujeres, por su vulnerabilidad a las complicaciones de la enfermedad.

Las gestiones pasadas el departamento llevo las metas establecidas en la vacunación de Influenza, lo que aseguro que como departamento no presentamos fallecimientos y controlemos los brotes.

Por lo que esta gestión priorizaremos la vacunación de la influenza en el departamento a poblaciones objetos sobre todo a pacientes embarazadas, con personas con patología de base.

4. INFORMACIÓN EDUCACIÓN COMUNICACIÓN :

La base de nuestra atención en los primeros niveles de atención, está basada en un IEC adecuado. Por lo que debemos enviar mensajes a la población de cuidados como ser:

- ✓ Las formas de contagio de la influenza, que es por contacto interpersonal.
- ✓ Lavado de las manos
- ✓ Etiqueta respiratoria, así evitamos la transmisión de la enfermedad.
- ✓ Recomendación a la población evitar asistir a las escuelas, trabajos y espacios públicos si presenta signos respiratorios y asistir al centro de salud.

Toda esta información deberá ser transmitida usando medios de comunicación tradicionales (Prensa escrita, spots televisivos, cuñas radiales) y el uso de las redes sociales, que es una nueva forma de comunicación.

CONDUCTA:

Todo paciente con signo sintomatología sospechoso de influenza, debe ser atendido con prioridad, realizando filtros desde el ingreso al establecimiento, así prevenir la transmisión de la enfermedad.

En cada paciente se deberá:

- ✓ Verificar que cumpla con la definición de caso.
- ✓ **Notificación inmediata, Llenado de la ficha epidemiológica.**
- ✓ Seguimiento del paciente, hasta obtener el diagnóstico.
- ✓ Realizar vigilancia en los contactos.
- ✓ Asegurar tratamiento en caso necesario (Oseltamivir 75 mg cada 12 horas por 5 días)*
- ✓ En caso de ser grupo de riesgo se iniciara el tratamiento de inmediato sin esperar resultado laboratorial.

XII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- a. Guía para la Vigilancia Centinela de las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG).Ministerio de Salud. 390. Serie: Documentos Técnico Normativos. La Paz – Bolivia. 2015.
- b. Guía de la organización de la red de vigilancia centinela de virus influenza en Bolivia. Ministerio de Salud. 47. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz – Bolivia. 2015.
- c. Perfil de análisis y tendencias epidemiológicas 2014; 446-450. SEDES La Paz. La Paz – Bolivia 2014.
- d. Protocolo para la vigilancia de virus influenza en Bolivia. Ministerio de Salud. 48. Serie: Documentos Técnicos Normativos. La Paz – Bolivia. 2015.
- e. Hampson A, Mackenzie J. The influenza viruses. MJA 2006; 185(10 Suppl):39-43.
- f. World Health Organization. Pandemic (H1N1)2009-update 56. Disponible.

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Dr. Gunder Rolando Aguirre Nina
 Resp. Programa de Enfermedades Transmitidas por Vectores
 Lic. Lucio López Apaza
 Supervisor de Operaciones Campo

29**Objetivos de aprendizaje.-**

- *Comprender la relación entre los vectores y las enfermedades que producen.*
- *Proporcionar las bases teóricas y definición de los vectores.*
- *Proporcionar el conocimiento básico entomológico de vectores que juegan un rol importante en las enfermedades transmitidas por vectores.*

Introducción.-

Las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) representan un importante reto de salud pública a nivel departamental, nacional, y producen trastornos causados por agentes patógenos, entre ellos virus y parásitos. En el departamento de La Paz se calcula que aproximadamente el 65% del territorio presenta condiciones que favorecen la transmisión de diferentes ETV por contar con zonas subtropicales, tropicales y amazónicas, en donde la población en área endémica de nuestro departamento es aproximadamente de 358.085 habitantes de los cuales la población en riesgo es aproximadamente 140.668 habitantes.

Dentro de las ETVs, las que representan mayor importancia epidemiológica en nuestro departamento son las Arbovirosis (Dengue, Chikungunya, Zika, Fiebre Amarilla), las parasitosis (Leishmaniasis, Malaria, Chagas).

DETERMINANTES DE LAS ETV.-

Los determinantes principales en la ocurrencia de estas enfermedades son el clima y geografía de nuestro departamento que tiene grandes extensiones de zonas amazónicas, tropicales y subtropicales con condiciones climatológicas propicias para la proliferación de los vectores transmisores, entre los factores de riesgo destacados se encuentran los biológicos, ecológicos, sociales, económicos y políticos, que han favorecido de algún modo la dispersión y persistencia de los agentes causales y la proliferación de los vectores, a lo que se suma el aumento de individuos susceptibles, la migración humana, la deficiencia en el acceso a la atención médica y la carencia de tratamientos específicos efectivos. Las ETV están determinadas por las condiciones y circunstancias ambientales y sociales en que viven las poblaciones donde influye el saneamiento básico, la permanencia, almacenaje y calidad del agua corriente, disposición de desechos líquidos y sólidos, basuras, condiciones de las fuentes de agua, de suelos, flora, fauna, bosques, selvas, precipitación pluvial, humedad y clima, así como el tipo de materiales y condiciones de techos, paredes y pisos en viviendas, escuelas, centros de trabajo, espacios de descanso, recreación o terrenos baldíos

Entomología.- La entomología es la ciencia que se encarga del estudio de los artrópodos o insectos. Su campo en el área de la medicina (entomología médica) y/o de la salud pública (entomología en salud pública) es de gran importancia, ya que estudia específicamente los artrópodos e insectos que afectan a los seres humanos, al ser los vectores de muchas enfermedades o incluso siendo ellos mismos capaces de generar patologías. La entomología médica aborda también el estudio biomédico, morfológico, biológico y sistemático de los vectores e insectos patógenos. Además, analiza la epidemiología, prevención, y métodos de control de las E.T.V. e infestaciones causadas por estos organismos, incluyendo también el comportamiento y vida del insecto y aspectos de la interacción vector hospedero.

Definición de vectores.- Los vectores de enfermedades son aquellos organismos que de una forma u otra están involucrados en la transmisión de agentes patógenos responsables de importantes enfermedades, tanto al hombre como a los animales. Estos se clasifican en vectores mecánicos y vectores biológicos.

Vector mecánico.- Son todos aquellos organismos que pueden portar agentes patógenos sobre o dentro de su cuerpo, y de una forma mecánica transmitir de una persona enferma a otra sana cualquier enfermedad. Las bacterias son probablemente las que con más facilidad resultan diseminadas en forma mecánica sobre los animales y el hombre, como por ejemplo la mosca doméstica.

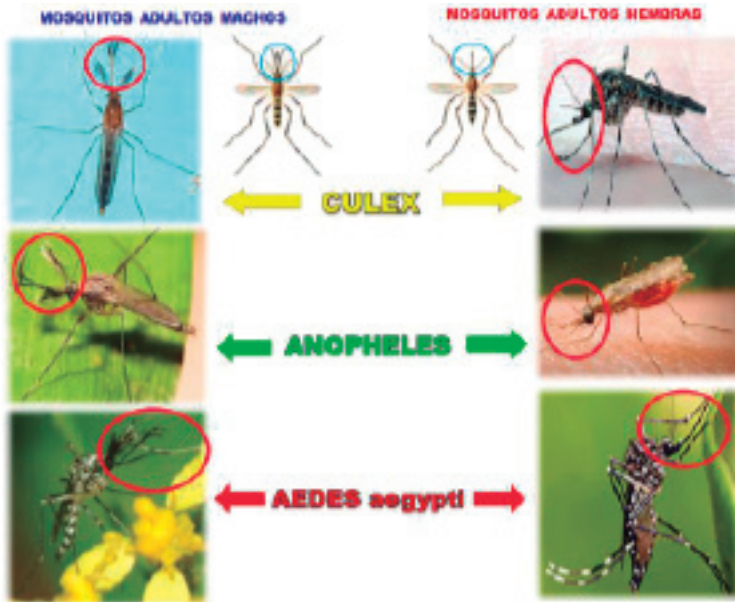
Vector biológico.- Son todos aquellos organismos en los cuales tiene lugar alguna fase esencial del ciclo de vida del agente patógeno (Virus, Parasito, Bacteria) y son capaces de transmitirlo de forma activa al hombre y los animales, ya sea por picadura, mordedura o a través de la orina o las heces. Este es el caso de los mosquitos, triatomas, roedores y otros.

El mosquito Aedes

aegypti.- Es el principal vector de los virus que causan Dengue, Chikungunya, Zika y Fiebre amarilla. Los seres humanos se infectan por picaduras de hembras infectadas, que a su vez se infectan principalmente al succionar la sangre de personas infectadas.



FUENTE: PERFIL DE ANALISIS Y TENDENCIAS EPIDEMIOLOGICAS-2014



Los mosquitos se encuentran en estadios inmaduros en el agua, sobre todo en recipientes artificiales muy próximos a viviendas y, a menudo, en espacios interiores. Los estudios sobre el radio de vuelo indican que la mayoría de las hembras de Ae. aegypti pueden pasar toda la vida en el interior de las casas en las que se han convertido en adultos o alrededor de ellas, y que suelen volar unos 400 metros de media, los mosquitos del subgénero Ae. aegypti se reproducen en espacios interiores y pueden picar en cualquier momento del día. Los hábitats interiores son menos susceptibles a variaciones climáticas, lo que aumenta la longevidad de estos mosquitos. Aedes albopictus es básicamente una especie originaria de la selva que se ha adaptado a entornos rurales, suburbanos y urbanos habitados por personas.

FUENTE: PERFIL DE ANALISIS Y TENDENCIAS EPIDEMIOLOGICAS-2014

Mosquito anopheles.- Anopheles es un género de mosquito de la familia Culicidae que habita en las zonas templadas, tropicales y subtropicales. Existen 465 especies formalmente reconocidas de Anopheles, de las cuales 50 pueden transmitir las cuatro especies diferentes de parásitos del género Plasmodium, causantes de la malaria.

Como todos los mosquitos, los Anopheles atraviesan cuatro fases: huevo, larva, pupa y adulto. Las primeras 3 etapas transcurren en medio acuático y se prolongan entre 5 y 14 días, según la especie y los factores ambientales como la temperatura. Es en la etapa adulta, y solo en el caso de las hembras, las hembras adultas depositan entre 50 y 200 huevos. La mayoría de Anopheles son crepusculares o nocturnos. Algunos se alimentan dentro de los hogares (endofagia), mientras que otros prefieren alimentarse fuera de ellos (exofagia), y tras la ingesta de sangre, algunos mosquitos prefieren reposar dentro (endofilia) y otros fuera (exofilia); no obstante, este patrón de comportamiento cambia según la localización geográfica, las características del hogar y las condiciones microclimáticas.

El mosquito flebótomo.-

De las 800 subespecies de flebótomos, 80 son probados vectores de la Leishmania. Estos vectores pertenecen al género *Phlebotomus* (Europa) y *Lutzomyia* (América). Los flebótomos, conocidos en nuestro departamento como quechicho, roco roco, plumilla son insectos nocturnos, por lo que su momento de mayor actividad se registra al atardecer. Entre otras características externas distintivas, destacan su cuerpo peludo y la posición de sus alas (en ángulo sobre el abdomen) cuando están en descanso. Esta postura cambia cuando se disponen a picar, momento en el que danzan en círculos alrededor de la parte del cuerpo del hospedador elegida para la picadura. Los flebótomos machos se alimentan de fuentes naturales de azúcar, pero sus hembras requieren de la ingestión de sangre para poder madurar sus huevos, de lo que se deduce que los machos no pican. El ciclo completo tiene una duración aproximada de 6 semanas, después de su alimentación con sangre la ovoposición ocurre en 4-8 días. Los huevos eclosionan después de 7-10 días, se dan 4 fases larvarias, posteriormente se produce la fase de pupa, después de 10 días los flebótomos emergen de la pupa.



Muchas especies de flebótomos son vectores de ciertas especies de *Leishmania* pero son incapaces de transmitir otras. En las que son incapaces de transmitir el parásito, la *Leishmania* crece bien en los intestinos de la hembra mientras que la sangre está siendo digerida, pero son perdidos cuando el flebótomo defeca. Se ha sugerido que el anclaje al tracto digestivo medio del flebótomo está mediado por un lipofosfoglicano que varía en las diferentes especies de *Leishmania*. Los vectores deben tener ligandos apropiados en las células del tracto digestivo medio para sostener el anclaje del parásito

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. GUIA DE VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA Y CONTROL INTEGRAL DEL VECTOR AEDES AEGYPTI TRANSMISOR DE ARBOVIRUS, Serie: Documentos Técnicos Normativos, Publicación N°432 La Paz 2017.
2. Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. Norma Nacional y Manual de Procedimientos Técnicos de Leishmaniasis Serie: Documentos Técnico – Normativos Nro 364 La Paz Bolivia 2015.
3. Agudelo Ospina JA, Alzate Carvajal C, Arroyave Castaño AF, Manrique Castaño S, Quiroga Mendoza CA, Sarria Gómez D et. al. Importancia del conocimiento de la entomología en la formación del médico en Risaralda, Colombia. Rev. Méd. Risaralda 2013; 19 (2):162-163.

ARBOVIROSIS DENGUE

Dr. Gunder Rolando Aguirre Nina
RESP. PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
Dr. Felipe Salcedo Javercato
APOYO TECNICO AREA DE GESTION HOSPITALARIA

30

Objetivos de aprendizaje.-

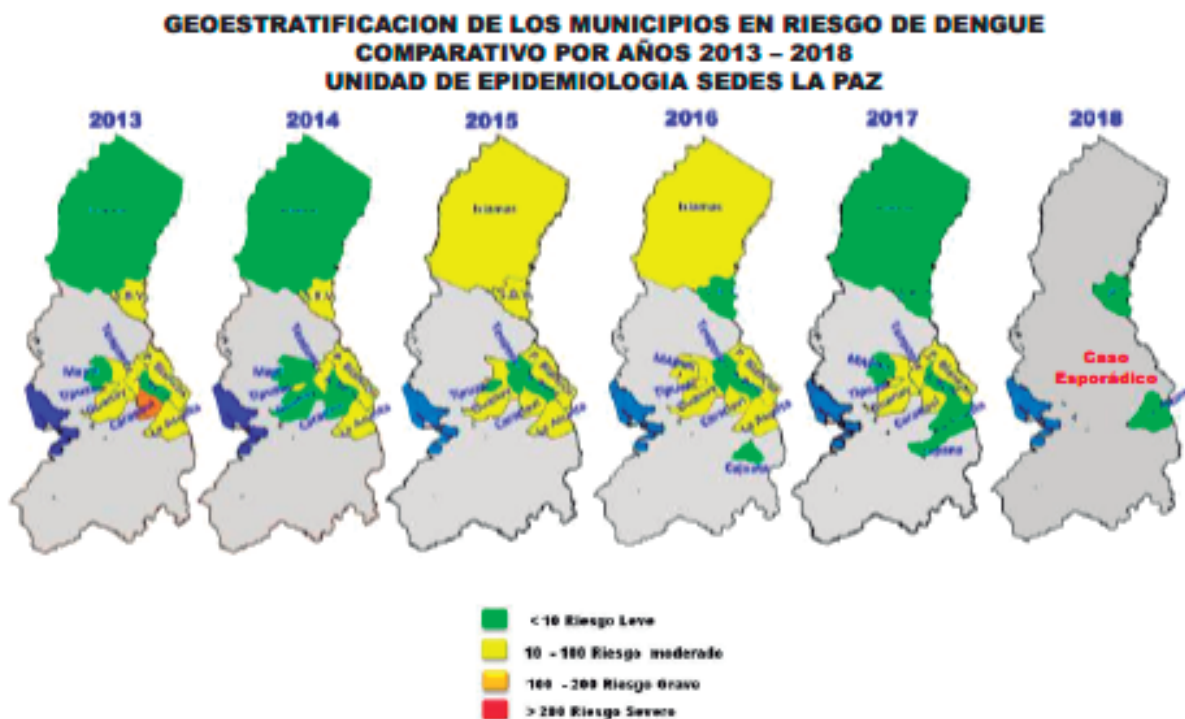
- Proporcionar los conocimientos básicos necesarios de Dengue.
- Proporcionar los procedimientos específicos para la detección, notificación, diagnóstico, manejo, seguimiento y vigilancia de casos de Dengue.
- Identificar y analizar las distintas estrategias para el control de vectores enmarcados en la educación, prevención y promoción de Dengue.

Definición.-

Es una enfermedad infecciosa sistémica y dinámica. La infección puede cursar en forma asintomática o expresarse con un espectro clínico amplio que incluye las expresiones graves y las no graves.

La geoestratificación de los municipios según rangos de riesgo por gestiones 2012 al 2017 permite observar espacialmente cuál ha sido el comportamiento de la enfermedad reemergente en el departamento de La Paz.

En el caso de esta enfermedad a partir del 2012 se adhiere con riesgo moderado el municipio de La Asunta, con magnitud creciente de casos incidentes en varias comunidades, sin embargo, el desconocimiento de su control generando un riesgo socio epidemiológico, al que se sumaba la falta de asesoramiento técnico, siendo que desde el año 2012 hasta el año 2017 estos municipio oscilan cada año manteniendo una alternancia situándose en lugares de riesgo leve y riesgo moderado.



ETIOLOGIA.- El dengue es una enfermedad infecciosa producida por el virus del dengue (DENV). Pertenece al género Flavivirus, de la familia Flaviviridae que, a la vez, pertenece al grupo de los Arbovirus (virus transmitidos por artrópodos). Las partículas virales contienen RNA de cadena simple, son envueltas y tienen aproximadamente 40-50 nm de diámetro. Existen 4 serotipos llamados DENV-1, DENV-2, DENV-3 y DENV-4. La infección por un serotipo

produce inmunidad permanente contra la reinfección por ese serotipo. La infección sucesiva con dos serotipos diferentes es un factor de riesgo para desarrollar las formas graves de la enfermedad.

CICLO DE TRANSMISION.- El Aedes aegypti y el Aedes albopictus son los mosquitos transmisores del dengue. Los Aedes aegypti, mosquitos hembras son la principal fuente de transmisión del dengue, los periodos en que se intensifican las picaduras son el principio de la mañana y el atardecer, antes de que oscurezca, en cada periodo de alimentación el mosquito hembra pica a muchas personas. El mosquito pica a una persona infectada e ingiere la sangre con el virus del dengue, el cual se incuba en el mosquito por un período de 8 a 12 días, después del cual el mosquito comienza a transmitir el virus, picando a otras personas. También puede ocurrir la transmisión mecánica cuando el mosquito interrumpe la alimentación en una persona infectada y pasa a alimentarse inmediatamente en un huésped susceptible. Esta forma de transmisión no requiere la incubación de virus.

CURSO DE LA ENFERMEDAD.

FASE	PROBLEMA
FEBRIL	Fiebre alta y repentina, dura de 2 a 7 días y suele acompañarse de enrojecimiento facial, eritema, dolor corporal generalizado, mialgias, artralgias, cefalea y dolor retro-ocular, manifestaciones hemorrágicas menores, como petequias y equimosis en la piel. <u>Deshidratación. La fiebre alta puede asociarse a trastornos neurológicos y convulsiones en niños.</u>
CRÍTICA	Cerca de la desaparición de la fiebre en los primeros 3 a 7 días de la enfermedad, puede aumentar la permeabilidad capilar paralelamente con los niveles del hematocrito. <u>Choque por la extravasación de plasma; hemorragias graves, compromiso grave de órganos.</u>
RECUPERACION	Cuando el paciente sobrevive a la fase crítica pasa a la fase de recuperación. Hay una mejoría del estado general, se recupera el apetito, mejoran los síntomas gastrointestinales se estabiliza el estado hemodinámico, y se incrementa la diuresis. <u>Hipervolemia (si el tratamiento intravenoso con líquidos ha sido excesivo o se ha extendido en esta fase).</u>

FUENTE: DENGUE, GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS D.P.S.

CLASIFICACION MODIFICADA DE LA GRAVEDAD DEL DENGUE, OPS/OMS.

DENGUE SIN SIGNOS DE ALARMA (DSSA)	<p>Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y presenta fiebre habitualmente de 2 a 7 días de evolución y 2 o más de las siguientes manifestaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Náuseas / vómitos 2. Exantema 3. Cefalea / dolor retroorbitario 4. Mialgia / artralgia 5. Petequias o prueba del torniquete (+) 6. Leucopenia <p>También puede considerarse caso todo niño proveniente o residente en zona con transmisión de dengue, con cuadro febril agudo, usualmente entre 2 a 7 días y sin foco aparente.</p>
DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA (DCSA)	<p>Todo caso de dengue que cerca de y preferentemente a la caída de la fiebre presenta uno o más de los siguientes signos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor abdominal intenso o dolor a la palpación del abdomen 2. Vómitos persistentes 3. Acumulación de líquidos (ascitis, derrame pleural, derrame pericárdico) 4. Sangrado de mucosas 5. Letargo / irritabilidad 6. Hipotensión postural (lipotimia) 7. Hepatomegalia >2 cm 8. Aumento progresivo del hematocrito
REQUIEREN OBSERVACIÓN ESTRICTA E INTERVENCIÓN MÉDICA INMEDIATA	<p>DENGUE GRAVE (DG)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Choque o dificultad respiratoria debido a extravasación grave de plasma. Choque evidenciado por: pulso débil o indetectable, taquicardia, extremidades frías y llenado capilar >2 segundos, presión de pulso ≤20 mmHg; hipotensión en fase tardía. 2. Sangrado grave: según la evaluación del médico tratante (ejemplo: hematemesis, melena, metrorragia voluminosa, sangrado del sistema nervioso central (SNC). 3. Compromiso grave de órganos, como daño hepático (AST o ALT ≥1000 UI), SNC (alteración de conciencia), corazón (miocarditis) u otros órganos

FUENTE: DENGUE, GUÍA PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS D.P.S.

METODOS DE DIAGNOSTICO:

DIRECTOS: Algunas pruebas de RT-PCR en tiempo real no permiten diferenciar entre serotipos, aunque sí pueden detectar cualquiera de los cuatro serotipos del virus en una reacción relativamente sencilla. La técnica inmunohistoquímica permite detectar antígenos del dengue en los tejidos mediante una combinación de anticuerpos policlonales y monoclonales se ha logrado confirmar el diagnóstico en muestras de tejidos de fallecidos con sospecha de dengue.

INDIRECTOS: Los métodos serológicos son ampliamente empleados en el diagnóstico corriente del dengue, se recomienda el análisis de los anticuerpos IgM en muestras obtenidas del quinto al sexto día del inicio de la enfermedad o después. Puede hacerse por: prueba de inmunocaptura enzimática de la inmunoglobulina M (MAC-ELISA) e inmunoglobulina indirecta G (ELISA).

inhibición-hemaglutinación (IH), fijación de complemento (FC), neutralización (NT) y detección de antígeno de proteína no estructural del dengue (NS1 ELISA).

Muestras clínicas. El suero es la muestra de elección para el diagnóstico del dengue aunque también puede obtenerse plasma. Todas las muestras deben enviarse bajo las normas de bioseguridad establecidas y acompañarse de los datos generales del paciente así como de sus datos clínicos y epidemiológicos.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Al hacer el diagnostico se debe tener presente que algunas molestias pueden confundirse con las de otras enfermedades como por ejemplo malaria, rubéola, sarampión, fiebre tifoidea, meningitis y la gripe o influenza. En el dengue no hay rinorrea (secreción de moco por la nariz) ni congestión nasal.

CARACTERISTICA DE LA CLASIFICACION DENGUE
SOSPECHOSO
DENGUE: Persona que vive o ha viajado en los últimos 14 días a zonas con transmisión de dengue y presenta fiebre aguda, normalmente de 2 a 7 días y dos o más de las siguientes manifestaciones: NÁUSEA, VÓMITOS-EXANTEMA- MIALGIA, ARTRALGIA-CEFALEA, DOLOR RETROORBITARIO-PETEQUIAS O PRUEBA DEL TORNIQUETE POSITIVA- LEUCOPENIA
DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA; Es todo caso de dengue que los siguientes signos: DOLOR ABDOMINAL INTENSO Y CONTINUO O A LA PALPACIÓN DEL ABDOMEN - VÓMITOS PERSISTENTES -ACUMULACIÓN DE LÍQUIDOS (ASCITIS, DERRAME PLEURAL, PERICÁRDICO)- SANGRADO DE MUCOSAS-LETARGO O IRRITABILIDAD-HIPOTENSIÓN POSTURAL (LIPOTIMIA)- HEPATOMEGALIA.
DENGUE GRAVE: Con las siguientes manifestaciones: CHOQUE O DIFICULTAD RESPIRATORIA - TAQUICARDIA, EXTREMIDADES FRÍAS Y LLENADO CAPILAR IGUAL O MAYOR A TRES SEGUNDOS, PULSO DÉBIL O INDETECTABLE, HIPOTENSIÓN ARTERIAL-SANGRADO GRAVE (HEMATEMESIS, MELENA, METRORRAGIA, SANGRADO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL)- COMPROMISO DE ÓRGANOS, DAÑO HEPÁTICO (AST O ALT >1000), SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA), CORAZÓN (MIOCARDITIS) U OTROS. Nota: todo caso grave debe ser confirmado por laboratorio.
PROBABLE
TODOS LOS CASOS SOSPECHOSOS DE DENGUE QUE TIENEN UN RESULTADO POSITIVO DE IGM O NS1 O NEXO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO. Nota: durante los brotes, también se considera caso probable de dengue a aquellos casos notificados que no pudieron ser investigados, pues se considera que todos tienen nexo clínico-epidemiológico.
CONFIRMADO
TODOS LOS CASOS DE DENGUE CONFIRMADO POR LABORATORIO (TÉCNICAS MOLECULARES COMO RTPCR CONVENCIONAL, RT-PCR EN TIEMPO REAL U OTRAS, AISLAMIENTO VIRAL, SEROCONVERSIÓN DE IGM O IGG PAREADO O AUMENTO DE CUATRO VECES EL VALOR DE IGG). Nota: Se debe incluir el diagnóstico diferencial de otras enfermedades, según las características epidemiológicas de cada región.

MUERTE POR DENGUE

TODO PACIENTE QUE CUMPLA CON LA DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO, PROBABLE O CONFIRMADO QUE FALLECE COMO CONSECUENCIA DEL DENGUE.

Nota: Se recomienda que a todo caso de muerte por dengue se le realicen pruebas de laboratorio específicas para la infección. De igual forma, todas las defunciones por dengue deben ser analizadas por una comisión interdisciplinaria.

Fuente: Dengue, Guía para la atención de enfermos en la región de las Américas O.P.S.

TRATAMIENTO.- Tratamiento sintomático para el dengue sin signos de alarma:

- Reposo en cama, uso de mosquitero durante la fase febril, especialmente durante el día
- Reposición de líquidos y electrolitos vía oral o parenteral de acuerdo al estado clínico del paciente.
- Adultos: Líquidos abundantes por vía oral (por lo menos, cinco vasos (de 250ml) o más al día, para un adulto promedio de 70 kg de peso corporal.
- Niños: líquidos abundantes por vía oral (leche, jugos de frutas naturales, con precaución en diabéticos), sales de rehidratación oral, agua de cebada, de arroz o de coco recién preparada.
- Paracetamol: o Adultos, 500 a 750 mg por vía oral cada cuatro a seis horas, dosis máxima diaria de 4 g o Niños, dosis de 10 mg/kg cada seis horas
- Aplicación de medios físicos.

EVITAR LO SIGUIENTE: Medicamentos para evitar el dolor y la inflamación, por ejemplo, AINE (ácido acetilsalicílico, metamizol, diclofenaco, otros) o esteroides, antibióticos y anticoagulantes orales.

Signo - Síntomatología	Dengue	Chikungunya	Zika
Fiebre	+++	++++	++
Mialgia	++++	+++	++
Artralgia	0	++++	++
Edema en extremidades	+	+++	+
Rash maculo-papular	++	++	+++
Dolor retro-orbital	++	+	++
Conjuntivitis	0	+	+++
Linfoadenopatía	++	++	+
Hepatomegalia	0	+++	0
Leucopenia	+++	++	++
Trombocitopenia	+++	+	0
Hemorragia	+	0	0

FUENTE.- GUÍA NACIONAL PARA EL MANEJO DE LA INFECCIÓN POR ZIKA

CHIKUNGUNYA

Dr. Gunder Rolando Aguirre Nina
 RESP. PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
 Dr. Felipe Salcedo Javercato
 APOYO TECNICO AREA DE GESTION HOSPITALARIA

31

Objetivos de aprendizaje.-

- Proporcionar los procedimientos específicos para la detección, notificación, diagnóstico, manejo, seguimiento y vigilancia de casos de Chikungunya.
- Identificar y analizar las distintas estrategias para el control de vectores enmarcados en la educación, prevención y promoción.

Definición.-

La fiebre chikungunya es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos infectados. Además de fiebre y fuertes dolores articulares, produce otros síntomas, tales como dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas. Los dolores articulares suelen ser debilitantes y su duración puede variar.

Según el contexto biogeográfico y demográfico de acuerdo a pisos ecológicos se tienen al año 2017 9 Municipios con presencia del vector y cabe mencionar la importancia del nexo epidemiológico conjuntamente con la sobre posición vectorial ya que se identifican Municipios que tienen mucha relación también con Dengue y Zika.

ETIOLOGIA.-

La fiebre chikungunya es una enfermedad vírica transmitida al ser humano por mosquitos. Se describió por primera vez durante un brote ocurrido en el sur de Tanzania en 1952. Se trata de un virus ARN del género alphavirus, familia Togaviridae. "Chikungunya" es una voz del idioma Kimakonde que significa "doblarse", en alusión al aspecto encorvado de los pacientes debido a los dolores articulares.

TRANSMISIÓN.-

El virus se transmite de una persona a otras por la picadura de mosquitos hembra infectados. Generalmente los mosquitos implicados son Aedes aegypti y Aedes albopictus, dos especies que también pueden transmitir otros virus, entre ellos el del dengue y Zika. Estos mosquitos suelen picar durante todo el periodo diurno, aunque su actividad puede ser máxima al principio de la mañana y al final de la tarde. Ambas especies pican al aire libre, pero Ae. aegypti también puede hacerlo en ambientes interiores. La enfermedad suele aparecer entre 4 y 8 días después de la picadura de un mosquito infectado.

SIGNOS Y SÍNTOMAS.-

La fiebre chikungunya se caracteriza por la aparición súbita de fiebre, generalmente acompañada de dolores articulares. Otros signos y síntomas frecuentes son: dolores musculares, dolores de cabeza, náuseas, cansancio y erupciones cutáneas. Los dolores articulares suelen ser muy debilitantes, pero generalmente desaparecen en pocos días, aunque también pueden durar semanas. Así pues, el virus puede causar una enfermedad aguda, subaguda o crónica. La mayoría de los pacientes se recuperan completamente, pero en algunos casos los dolores articulares pueden durar varios meses, o incluso años. Se han descrito casos ocasionales con complicaciones oculares, neurológicas y cardíacas, y también con molestias gastrointestinales. Las complicaciones graves no son frecuentes, a menudo los pacientes solo tienen síntomas leves y la infección puede pasar inadvertida o diagnosticarse erróneamente como dengue en zonas donde este es frecuente.

DIAGNÓSTICO

DÍAS DESPUÉS DEL INICIO DE LA ENFERMEDAD	PRUEBAS VIROLÓGICAS	PRUEBAS SEROLÓGICAS
Días 1 - 3	RT-PCR = Positivo Aislamiento viral = Positivo	IgM (Mac - ELISA) = Negativo PRNT = Negativo
Días 4 - 8	RT-PCR = Positivo Aislamiento viral = Negativo	IgM (Mac - ELISA) = Positivo PRNT = Negativo
Días > 8	RT-PCR = Negativo Aislamiento viral = Negativo	IgM (Mac - ELISA) = POSITIVO PRNT = POSITIVO

FUENTE: OPS/OMS

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

- Malaria Periodicidad de la fiebre y alteración de la conciencia
- Artritis post-infección (incluyendo fiebre reumática) Artritis en una o más articulaciones
- Artritis reumatoidea juvenil

CASO	CLASIFICACION DE CHIKUNGUNYA
SOSPECHOSO	Persona que presente cuadro febril de inicio súbito > 38.5°C, más la presencia de poliartralgias severas incapacitantes o artritis de comienzo agudo, y que se identifique alguna asociación epidemiológica como: presencia del vector <i>Aedes aegypti</i> , antecedente de visita o residencia en áreas de transmisión las dos semanas previas al inicio del cuadro clínico y la existencia de casos confirmados en esa localidad
CONFIRMADO	Todo caso sospechoso con resultado positivo a virus Chikungunya mediante alguna de las siguientes pruebas de laboratorio específicas: <ul style="list-style-type: none"> • Detección de ARN viral mediante RT-PCR en tiempo real en muestras de suero tomado en los primeros cinco días de inicio de la fiebre. • Detección de anticuerpos IgM en muestra de suero a partir del sexto día de iniciada la fiebre.
DESCARTADO POR LABORATORIO	Todo caso en el que no se demuestre evidencia de la presencia de algún marcador serológico o virológico para virus Chikungunya por técnicas de laboratorio realizadas y avaladas por el CENETROP.

FUENTE- GUIA NACIONAL PARA EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD CAUSADA POR EL VIRUS CHIKUNGUNYA

TRATAMIENTO.-

El tratamiento consiste principalmente en aliviar los síntomas, entre ellos el dolor articular, con antipiréticos, analgésicos óptimos y líquidos. El tratamiento sintomático y de soporte incluye reposo y el uso de paracetamol (acetaminofén) adultos: 500 mg cada 6 horas. En niños menores de 5 años: 10- 15mg/kg/peso) para el alivio de la fiebre y para mejorar el efecto analgésico, en caso de persistir el dolor después del 7mo día de inicio de la enfermedad, se puede indicar: ibuprofeno, naproxeno, diclofenaco luego de descartar otras enfermedades; para tratar la erupción cutánea y prurito se indica: clorfeniramina, loratadina, cetirizina. Se debe evaluar siempre el estado de hidratación y hemodinamia. También recomendar a los pacientes reposo y beber abundante líquidos para reponer el mismo, además de minerales perdidos por la sudoración, los vómitos y otras pérdidas insensibles, en casos necesarios administrar soluciones parenterales (cristaloides). Está contraindicado el uso de ácido acetilsalicílico y cortico esteroides por vía tópica o sistémica en fase aguda.

INFECCION POR EL VIRUS DEL ZIKA

Dr. Elvis Mendoza Paco
RESP.ÁREA DE EPIDEMIOLOGÍA-SERES EL ALTO

32

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

1. Actualizar al personal de salud en formación, sobre la emergencia de la infección por el virus del Zika en el Departamento de La Paz y en Bolivia.
2. Conocer el manejo inicial de la infección por el virus del Zika en los establecimientos de salud a nivel nacional.
3. Dar las pautas de la vigilancia epidemiológica de las complicaciones asociadas a la infección por el virus del Zika.

INTRODUCCIÓN

El brote actual de la enfermedad por el virus del Zika fue detectado en el Brasil en el año 2015, desde donde se diseminó rápidamente por toda América Latina y el Caribe. La infección por el virus del Zika en las mujeres embarazadas se ha vinculado a la microcefalia de los recién nacidos, que con frecuencia implica un daño cerebral grave y permanente. El virus del Zika también se la ha asociado a algunas afecciones neurológicas autoinmunes, como el síndrome de Guillain- Barré, aunque con menor frecuencia. En febrero del año 2016, la Organización Mundial de la Salud declaró que el brote representaba una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). Era la primera vez que se observaba que una enfermedad transmitida por mosquitos causaba malformaciones congénitas graves y comprenden la microcefalia y otras alteraciones neurológicas que pueden generar un considerable retraso mental y discapacidad que por sí mismas, por su gravedad y por la carga socioeconómica que conllevan para las familias y el estado boliviano, constituyen una amenaza nueva y creciente.

HISTORIA Y SITUACIÓN ACTUAL DEL VIRUS DEL ZIKA

El virus del Zika fue identificado por primera vez en 1947, en los bosques de Zika del país de Uganda al realizar estudios de transmisión de la Fiebre Amarilla en monos, más tarde en 1952 se confirmaron casos de infección por el virus en seres humanos y fue en 1968 que se logró aislar por primera vez el virus de personas provenientes de Nigeria. En América la primera circulación autóctona del virus del Zika fue confirmada en febrero del 2014 en la Isla de Pascua Chile, en mayo del 2015 se confirmaron los primeros casos de transmisión autóctona en Brasil comenzando en los estados de éste vecino país la epidemia del Zika en las Américas (1).

En Bolivia el virus del Zika ingresó por primera vez en el mes de diciembre del 2015 en el departamento de Santa Cruz, registrándose hasta diciembre del 2016 un total de 185 casos a nivel nacional de Zika confirmados por diagnóstico laboratorial. En el Departamento de La Paz el primer caso se presentó aisladamente en el mes de noviembre del 2016 en la provincia de Caranavi y en la gestión 2017 se tuvieron los primeros casos a nivel departamental desde la tercera semana, alcanzando durante toda la gestión un total de 46 casos confirmados, en la gestión 2018, hasta la semana 44 solo se reportaron 4 casos (Fig.1). En 10 municipios de La Paz existe la presencia del vector y más de 74.000 habitantes constituyen la población en riesgo.

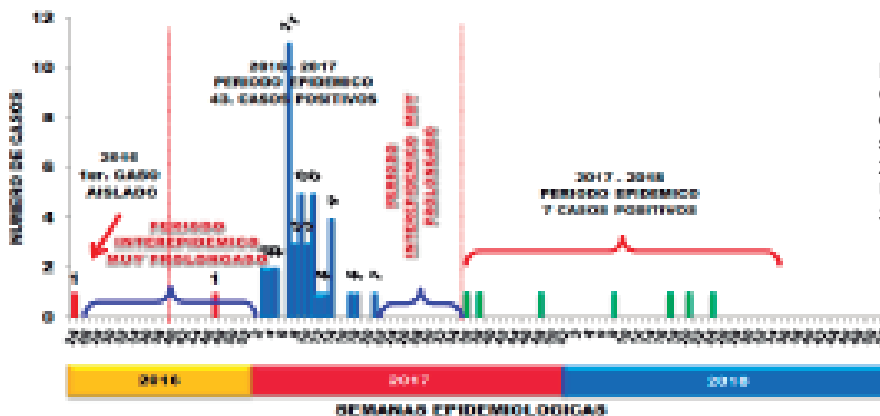


Figura 1: Tendencia Cíclica de ocurrencia de casos de Zika por semanas epidemiológicas 2016-2018. Fuente: Unidad de Epidemiología SEDES

CADENA EPIDEMIOLÓGICA (Fig. 2)

• **AGENTE ETIOLÓGICO:** Arbovirus del tipo RNA no segmentado envuelto por su nucleocápside, perteneciente al género Flavivirus, cercano filogenéticamente al virus del Dengue, Fiebre Amarilla, encefalitis Japonesa y virus del Nilo Occidental; tiene dos linajes, el Asiático y el Africano.

• **RESERVORIO:** Humanos

• **VECTOR:** Mosquito infectado del género Aedes (*Aedes aegyptien* área urbana y *Aedes albopictusen* área selvática).

• **PERIÓDO DE INCUBACIÓN:** 3 a 12 días

• **MECANISMO DE TRANSMISIÓN:**

- (VECTORIAL): Picadura del mosquito infectado por el virus
- (NO VECTORIAL): Vertical madre-feto
- Sanguínea post-transfusional
- Sexual, antes o después del inicio de síntomas
- ¿mordedura de animales? ¿leche materna?
 - **HUESPED SUSCEPTIBLE:** Todo individuo que no fue infectado por el virus Zika.
 - **DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD:** 14 días aproximadamente (6 promedio).
 - **INMUNIDAD:** Prolongada tras cursar con la enfermedad.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Hasta un 80% de las personas pueden cursar la enfermedad asintómicamente, el resto presentarán formas leves a moderadas, no evidenciándose hasta la fecha casos letales de la enfermedad. En pacientes, con enfermedad moderada los síntomas se establecen de forma aguda: con fiebre, exantema maculopapular, conjuntivitis no purulenta, cefalea, mialgia y artralgia, astenia, además de edema en miembros inferiores, y, menos frecuentemente, dolor retro orbitario, anorexia, vómito, diarrea, o dolor abdominal. Duran de 4 a 7 días, y los síntomas se autolimitan.

Las complicaciones congénitas, neurológicas y autoinmunes se han descrito cuando la infección por el virus Zika se presentó durante el primer trimestre del embarazo, constituyéndose en un grupo de alto riesgo.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Establecer el diagnóstico definitivo requiere de la intervención del área de laboratorio, ya sea para la detección de los antígenos del virus o para la detección de los anticuerpos (Fig.3).

Diagnóstico virológico.- Detección del RNA viral a través de (RT-PCR), se obtiene del suero sanguíneo entre el primer y quinto día de iniciados los síntomas; en mujeres embarazadas además se debe coleccionar orina a partir del quinto día.

Diagnóstico serológico.- Detección de anticuerpos IgM específicos para el virus del Zika (ZIKV) a través del método de ELISA o inmunofluorescencia, se obtiene del suero sanguíneo a partir del quinto día de iniciados los síntomas, recomendado principalmente en recién nacidos y pacientes sin el antecedente de exposición previa a otros flavivirus como el Dengue o la Fiebre Amarilla.

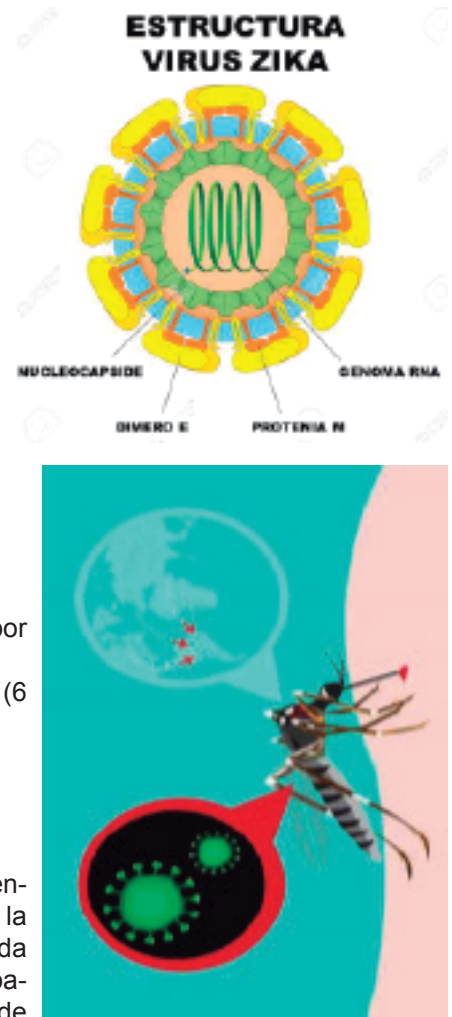


Figura 2: A) Estructura microscópica del virus Zika, B) Diseminación de la enfermedad en la región.

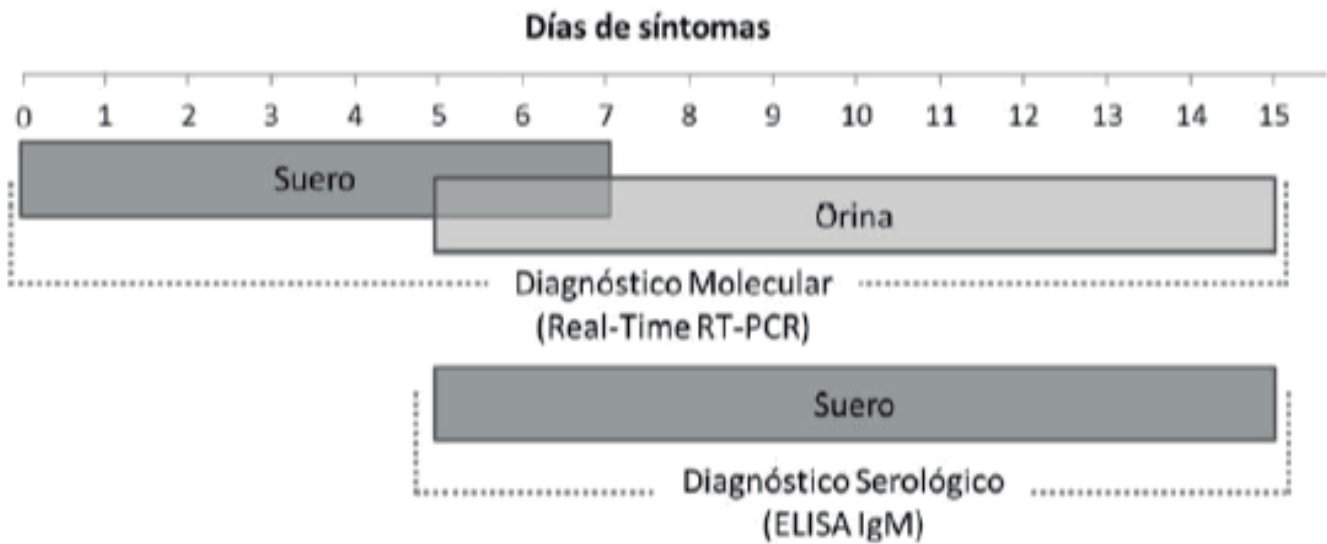


Figura 3: Diagnóstico laboratorial de Zika según fecha de inicio de síntomas

Dentro de las consideraciones generales se indican las siguientes:

- Conservar la muestra refrigerada entre 2 a 8 grados centígrados para que sea procesada antes de las 48 horas posteriores.
- Para su envío por vía aérea, en lo posible garantizar la cadena de frío con hielo seco y/o geles refrigerantes; enviar siempre en triple envase.
- Enviar la muestra con la ficha epidemiológica para Zika-Dengue- Chikungunya completamente llenada.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La enfermedad del Zika tiene como vector al *Aedes aegyptique* casualmente es el mismo vector para otras enfermedades que circulan en nuestro país como el Dengue, Chikungunya y recientemente la reemergencia de la Fiebre Amarilla; los signos y síntomas en éstas enfermedades son similares, con ciertas particularidades en intensidad de los síntomas y su tiempo de presentación (cuadro 1), sin embargo en la gestión 2018 se emitió alerta nacional y departamental de Sarampión, con el que también debe hacerse el diagnóstico diferencial clínico por el aspecto maculopápular y laboratorial para su descarte.

Se pueden presentar casos de co-infección por el virus Zika, Chikungunya, Dengue y Fiebre Amarilla en un mismo paciente.

Cuadro 1: Diagnóstico clínico diferencial de las enfermedades transmitidas por Aedes

SIGNO/ SÍNTOMA	ZIKA	DENGUE	CHIKUNGUN YA	FIEBRE AMARILLA
AGENTE ETIOLÓGICO	(RNA) Virus del Zika– Arbovirus del género Flavivirus	(RNA) Virus del Dengue– Arbovirus del género Flavivirus	(RNA) Virus Chikungunya– Alfavirus del género Togavirus	(RNA) Virus de la Fiebre Amarilla– Arbovirus del g. Flavivirus
FIEBRE	Leve a moderada	Moderado a grave	Intensa	Intensa

MIÁLGIAS	Leve a moderada	Intensa	Moderada a Intensa	Leve
ARTRÁLGIAS	Leve a moderada	Ausente	Intensa	Ausente
RASH MACULO PAPULAR	Moderada	Leve a moderada	Leve a moderada	Ausente
CONJUNTIVITIS	Moderada	Ausente	Leve	Ausente
DOLOR RETRO-OCULAR	Leve a moderado	Moderado	Leve	Ausente
EDEMA EN EXTREMIDADES	Leve	Leve	Moderado	Ausente
LINFOADENOPATIAS	Leve	Leve a moderado	Leve a moderado	Moderado
HEMORRAGIA	Ausente	Moderado	Ausente	Moderado a intenso
HEPATOMEGALIA	Ausente	Ausente	Moderado	Moderada a grave
ICTERICIA	Ausente	Ausente	Ausente	Moderada a intensa
LEUCOPENIA	Leve a moderada	Moderada a intensa	Leve a moderada	Moderada a intensa
TROMBOCITOPENIA	Ausente	Moderada	Leve	Moderada a intensa

FUENTE: adaptación propia del manual de la OPS/OMS

TRATAMIENTO

Además del reposo, el tratamiento es sintomático y de sostén en base a paracetamol, ingesta abundante de líquidos, se puede administrar antihistamínicos y NO se debe recomendar el uso de ácido acetil salicílico u otros AINES por aumentar el riesgo de sangrado y desarrollar el Síndrome de Reye en niños menores de 12 años.

GRUPO DE RIESGO

Si bien la enfermedad es de carácter aguda, benigna y autolimitada, sin letalidad comprobada, cuando la infección se adquiere en la etapa de desarrollo y formación embrionaria (in útero) llega a afectar el sistema nervioso central del producto (neurodesarrollo), manifestándose clínicamente por microcefalia y probable afectación de los órganos de los sentidos (ceguera) entre otras, por tal motivo toda mujer embarazada en áreas endémicas deberá acudir a su control prenatal de manera precoz y prevenir la enfermedad mediante medidas que eviten el contacto con los mosquitos infectados (uso de repelentes, mosquiteros, etc.)

COMPLICACIONES

a) Microcefalia.- Es definida por la OPS/OMS como la medición de un perímetro cefálico en centímetros por debajo del Percentil 3 de curvas de referencia, medido al nacer y confirmado a las 24 horas de nacimiento.

Percentil 3 <31.6 cm <31.9 cm

Al medir el perímetro cefálico evitar el redondeo a centímetros, registrar siempre un decimal.

Se recomienda que los recién nacidos que cumplan los criterios de microcefalia sean evaluados por equipos médicos especializados para conocer el alcance

b) Síndrome de Guillain-Barré.-Trastorno autoinmunitario que afecta el sistema nervioso periférico principalmente los nervios motores y sensitivos. Esto puede producir debilidad muscular y parálisis ascendente que cuando afecta a los músculos respiratorios produce la muerte si no recibe un manejo adecuado por una unidad de cuidados intensivos consistente en medidas de apoyo e inmunoterapia.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DEL ZIKA:

DEFINICIÓN DE CASO

Caso sospechoso.- Toda persona con antecedente de residencia temporal o permanente o viaje en los últimos 15 días a áreas de transmisión local del virus que presente exantema (Rash) maculopápular y pruriginoso y al menos dos o más de los siguientes síntomas:

Consecuencias
La muerte en el útero, o en caso de nacer discapacidad cognitiva y motora.

¿Qué es la microcefalia?
Anomalia consistente en un desarrollo insuficiente del cráneo, a menudo acompañado de atrofia cerebral.

Bebé con microcefalia. Circunferencia de la cabeza menor a 31,9 cm.

Tamaño normal. Circunferencia de la cabeza de 37 cm.

Efectos
Deficiencia mental.
Limitaciones en el habla, audición y movimiento.
En casos extremos la muerte.

Aedes aegypti es el mosquito portador de los virus zika, dengue y chikunguya.

SÍNTOMAS
Pueden empeorar de manera muy rápida

- 1 Debilidad muscular
- 2 Afecta la cubierta del nervio (vaina de mielina), este daño se denomina desmielinización y lleva a que las señales nerviosas se movilizan de manera más lenta.
- 3 Parálisis (afecta ambos lados del cuerpo) comienza en las piernas y luego se disemina a los brazos.
- 4 Pérdida de la función muscular

- Fiebre leve o febrícula < 38.5 grados centígrados
- Conjuntivitis (no purulenta / hiperémica)
- Artralgias / Mialgias
- Edema en extremidades

NOTA.- se considera también el antecedente de contacto sexual sin protección en las dos semanas previas al inicio de los síntomas, con una persona que en las ocho semanas anteriores al contacto sexual haya tenido el antecedente de residencia o viaje a un área endémica.

Caso confirmado.- Caso sospechoso con exámenes de laboratorio específicos positivos para virus del Zika.

NOTA.- Ante la presencia de casos sospechosos es obligatorio la notificación inmediata y el llenado de la FICHA EPIDEMIOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA DE DENGUE – CHIKUNGUNYA – ZIKA. Ante la presencia de recién nacidos con microcefalia además se deberá llenar el FORMULARIO DE REGISTRO INDIVIDUAL PARA SÍNDROME CONGÉNITO ASOCIADO A VIRUS ZIKA (MICROCEFALIA). Y en el caso de Síndrome de Guillain-Barré además se deberá llenar el FORMULARIO DE REGISTRO INDIVIDUAL PARA SÍNDROME NEUROLÓGICO ASOCIADO AL VIRUS ZIKA (SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ)

(Ver anexos en Enfermedades Transmitidas por Vectores)

MANEJO DE CASO

- Aislamiento de los pacientes: una semana (fase virémica)
- Seguimiento de embarazadas: asegurar el control prenatal
- Seguimiento de recién nacidos: manejo multidisciplinario

Ante la presencia de casos sospechosos no se debe esperar los resultados de laboratorio para proceder con las intervenciones de bloqueo en la transmisión (de foco) y el Manejo Integrado del Vector (MIV).

La Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control del dengue (EGI- Dengue – Chikungunya – Zika 2016 a 2018) aprobada su implementación mediante Decreto Supremo No. 2670 de fecha 3 de Febrero del 2016; bien articulada y coordinada brinda las bases para una preparación adecuada frente al virus Zika. Con la intensificación de las acciones integrales de prevención y control, en especial aquellas que apuntan a:

- Vigilancia epidemiológica de síndromes febriles inespecíficos, de las complicaciones neurológicas, autoinmunes y de anomalías congénitas.
- Atención integral al paciente
- Comunicación social (principalmente en municipios endémicos)
- Manejo Integrado del Vector (MIV) (véase Enfermedades Transmitidas por Vectores)
- Medio ambiente (ordenamiento ambiental)
- Laboratorio (fortalecimiento de laboratorios)

RECOMENDACIONES FINALES

1. Al considerarse a la enfermedad del Zika no solo de transmisión vectorial, sino actualmente, también de transmisión sexual (por el tiempo en que esté presente el virus), es de esperar que pronto se tendrán casos de la infección en zonas templadas e incluso en zonas frías, o en la altura, transmitidas por ésta última vía, por tal motivo una tarea fundamental del personal de salud será socializar y concientizar a la población sobre la enfermedad haciendo énfasis en las mujeres gestantes.
2. Es necesario realizar la vigilancia activa de las mujeres confirmadas con la enfermedad, pero también de los casos latentes de microcefalia que se puedan presentar a partir de la presente gestión.
3. Priorizar la investigación de la enfermedad y sus complicaciones en los tres niveles de atención, que aplicados al ámbito local ayudarán a conocer más esta nueva enfermedad y sus futuras intervenciones.

PREVENCIÓN Y CONTROL DE DENGUE-CHIKUNGUNYA-ZIKA ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA (E.G.I).

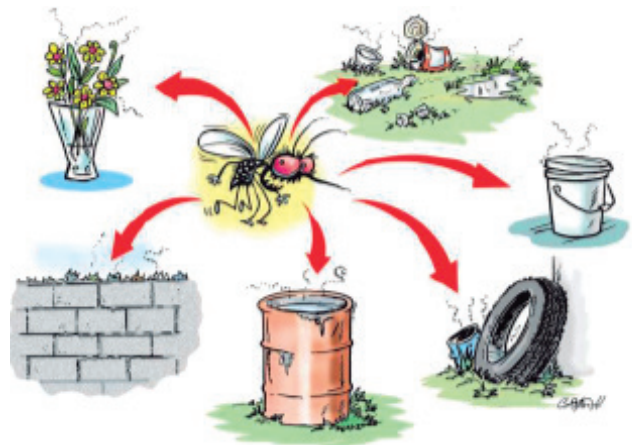
Misión.- Reducir la morbi-mortalidad y carga social-económica causada por los brotes y epidemias de dengue, en base a las resoluciones del consejo directivo de la OPS La EGI es el conjunto de actividades dirigidas a la prevención y control del Dengue, Chikungunya y Zika que deben ser aplicadas en todas las áreas con riesgo de transmisión de estas enfermedades.

En la gestión 2016 se fortaleció la E.G.I. mediante la aprobación del decreto supremo 2670 de fecha 3 de Febrero del 2016 y la ley 035 el 9 de Diciembre de la misma gestión con ámbito de aplicación entre las gestiones 2016 – 2018. Esta estrategia bien articulada y coordinada brinda las bases para una preparación y respuesta frente a las enfermedades virales de Dengue, Chikungunya y Zika. La misma que consta de: Vigilancia epidemiológica, Atención integral al paciente, Laboratorio, Saneamiento ambiental, Movilización social participación comunitaria Manejo integrado del vector. El decreto supremo 2670 tiene su ámbito de aplicación en áreas con riesgo de transmisión del Den-



que, Chikungunya y Zika, además se establecieron las competencias del nivel central del estado y Entidades Territoriales Autónomas (ETAs), este decreto fue elevado a rango de ley N° 889/2016-2018 de prevención y control del Dengue, Chikungunya y Zika, documento que aprueba las acciones de la Estrategia de Gestión Integrada (E.G.I.)

PREVENCIÓN.- La proximidad de las viviendas a los lugares de cría de los mosquitos vectores y la exposición al vector (CONTACTO HOMBRE-VECTOR) son importantes factores de riesgo para la transmisión de arbovirosis, como dengue, chikungunya, zika y fiebre amarilla como para otras enfermedades transmitidas por las especies en cuestión. Se debe tomar en cuenta algunos aspectos generales como por ejemplo los criaderos artificiales y naturales que son los lugares propicios donde los mosquitos hembra depositan sus huevos para multiplicarse. Hoy por hoy, el único método para controlar o prevenir la transmisión de arbovirosis (DENGUE, CHIKUNGUNYA, ZIKA Y FIEBRE AMARILLA) consiste principalmente en la prevención, actitudes y acciones contra el vector como ser:



- Evitar que los mosquitos encuentren lugares donde depositar sus huevecillos aplicando el ordenamiento y la modificación del medio ambiente eliminando correctamente los desechos sólidos y evitando los posibles criaderos naturales y artificiales (recipientes, llantas, ollas, etc.) cubriendo, vaciando y limpiando cada semana los recipientes donde se almacena agua para uso doméstico.
- Utilizar protección personal en el hogar, como mosquiteros en las ventanas, usar ropa de manga larga, materiales tratados con insecticidas, evitar el contacto o exposición al vector (mosquito).
- Para prevenir el Zika las mujeres en edad fértil y mujeres embarazadas deben tener relaciones sexuales con protección y utilizar mosquiteros para dormir.
- Mejorar la participación y movilización comunitarias para lograr el control constante del vector mediante campañas de eliminación de criaderos y saneamiento del medio ambiente.
- Se debe vigilar activamente los vectores (vigilancia entomológica) para determinar la eficacia de las medidas de control.
- El personal de salud debe realizar la vigilancia epidemiológica de una manera activa y participativa con la comunidad.
- Para prevenir la fiebre amarilla se tiene la vacuna.

CONTROL VECTORIAL.- Las competencias en el manejo integrado de vectores de acuerdo al E.G.I. conllevan a un resultado “CRIADEROS DE A. AEGYPTI CONTROLADOS Y/O ELIMINADOS CON LA PARTICIPACION ACTIVA DE LA COMUNIDAD”

Vigilancia entomológica: Es la actividad principal que se hace en forma continua para recolección, tabulación, análisis e interpretación de la información sobre aspectos de biología y bionomía de los mosquitos del género *Aedes* spp. Esta vigilancia se hace con el objeto de elaborar indicadores que permitan evaluar los niveles de infestación y el impacto de las acciones sobre la población de mosquitos.



Control entomológico: Es la actividad principal que se hace con el objeto de interrumpir el ciclo de reproducción de los mosquitos del género *Aedes* spp. En sus fases inmaduras y maduras y está basado en la destrucción de criaderos con la utilización de larvicidas, medios físicos y/o químicos que se realizan combinando las medidas de prevención, participación, intervención e involucramiento de distintos sectores sociales realizando campañas de eliminación de criaderos, limpieza y eliminación de residuos sólidos, y la intervención química con insecticidas autorizados interrumpiendo el ciclo de transmisión de las arbovirosis u otras enfermedades similares, aprovechando de la mejor manera los recursos disponibles y protegiendo el ambiente.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. GUIA NACIONAL PARA EL MANEJO DE LA INFECCIÓN DEL VIRUS ZIKA Serie: Documentos Técnico – Normativos Nro 414. La Paz Bolivia; 2016
2. Organización Panamericana de la Salud OPS. Zika - Actualización Epidemiológica: 25 de agosto de 2017
3. Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. Guía Nacional para el Manejo de la Enfermedad por el Virus de la Chikungunya Serie: Documentos Técnico – Normativos Publicación No, 377 – La Paz – 2015.
4. OPS/OMS. Guía de Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas Washington, D.C. 2011.
5. Loreto Horcada M, Díaz Calderón C, Garrido L. Fiebre chikungunya. Manifestaciones reumáticas de una infección emergente en Europa. Reumatol Clin. 2015;11(3):161–164.
6. Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. GUIA DE VIGILANCIA ENTOMOLÓGICA Y CONTROL INTEGRAL DEL VECTOR AEDES AEGYPTI TRANSMISOR DE ARBOVIRUS, Serie: Documentos Técnicos Normativos, Publicación N°432 La Paz 2017
7. Organización Panamericana de la Salud. DENGUE: GUÍAS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS. 2.ed. Washington,DC: OPS, 2016.

LEISHMANIASIS

Dr. Gunder Rolando Aguirre Nina
 RESP. PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
 Dr. Felipe Salcedo Javercato
 APOYO TECNICO AREA DE GESTION HOSPITALARIA

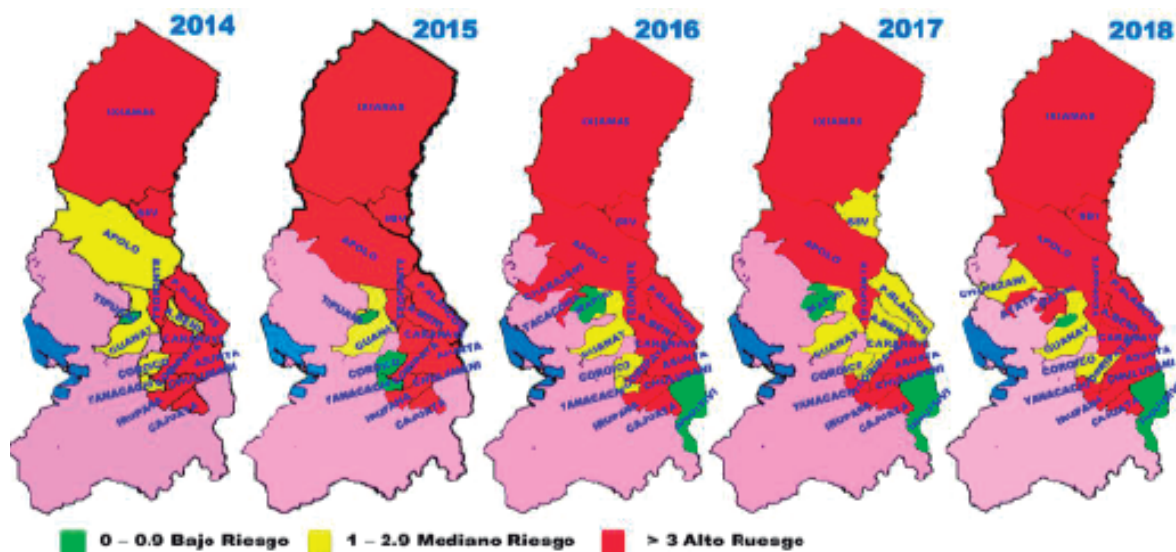
33

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

- Proporcionar los conocimientos básicos clínicos epidemiológicos de la leishmaniasis.
- Proporcionar los procedimientos específicos para la detección, notificación, diagnóstico, manejo, seguimiento y vigilancia de casos de leishmaniasis.
- Identificar y analizar las distintas estrategias para el control de vectores enmarcados en la educación, prevención y promoción.

Antecedentes.-

Actualmente el área endémica de Leishmaniasis en Bolivia se extiende por más del 70% del territorio, no habiéndose reportado casos autóctonos en los departamentos de Oruro y Potosí. Desde hace siete años la mayor cantidad de pacientes reportados se concentran en los departamentos de La Paz, Pando y Beni.



Situación Epidemiológica.-

La geostratificación de los municipios en riesgo según tasa de incidencia por año desde el año 2012 hasta el año 2017 nos permite apreciar cuales son los municipios que se encuentran en alto riesgo, mediano riesgo y bajo riesgo tomando en cuenta el número de casos reportados ya sean casos autóctonos o importados.

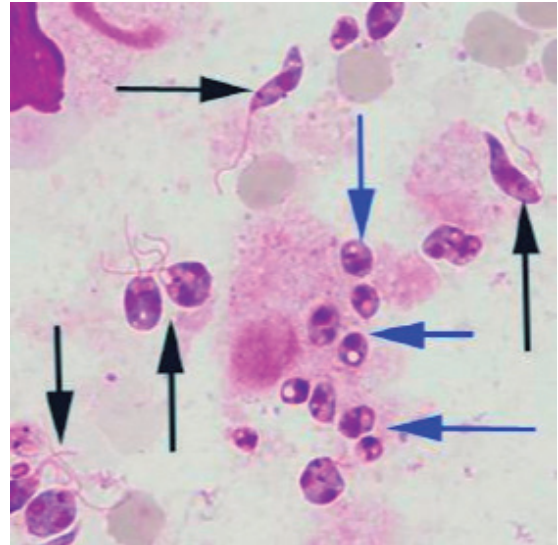
Definición.- La Leishmaniasis en los humanos es un grupo de enfermedades producidas por parásitos protozoos del Género *Leishmania*, transmitidas por insectos hematófagos del Género *Lutzomyas*, corrientemente denominados flebótomos y tienen como reservorios mamíferos silvestres y domésticos, siendo el hombre un hospedador accidental.

AGENTE ETIOLÓGICO

Las Leishmanias, son protozoarios unicelulares que tienen dos formas (amastigote y promastigote).

Amastigote.- Se encuentra dentro de las células del sistema de defensa de los tejidos (piel, hígado, bazo, médula ósea) de los hospederos vertebrados (animal o humano), tienen forma redondeada, sin flagelo, con núcleo y kinetoplasto son inmóviles y miden 2 a 6 micras.

Promastigote.- Es extracelular y se la encuentra en el tubo digestivo del insecto vector (los Flebótomos) y en los medios de cultivos; tiene forma alargada, son móviles al tener un flagelo que emerge por la parte anterior del parásito, este mide entre 5 a 20 micras de largo por 1 a 4 micras de ancho, el flagelo puede medir hasta 20 micras.



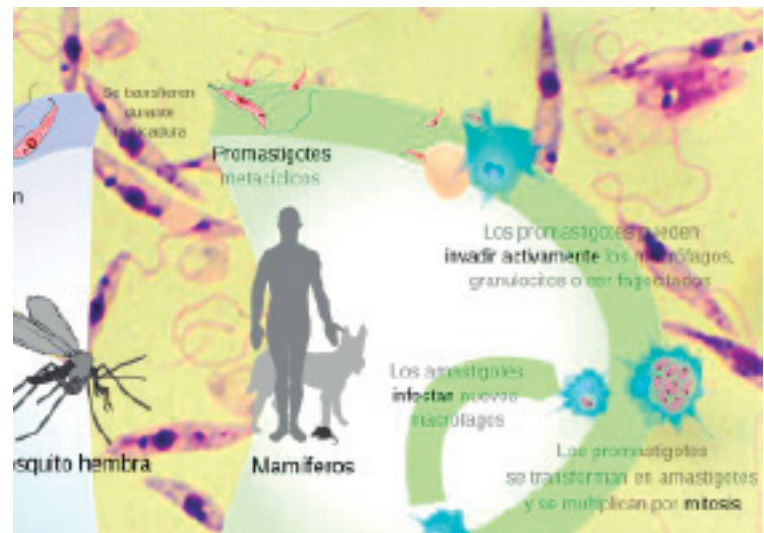
PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

- **Condiciones socioeconómicas.**- La pobreza, malas condiciones de vivienda y las deficiencias de saneamiento falta de prevención y protección personales.
- **Malnutrición.**- Las dietas bajas en proteínas, hierro, vitamina A y Zinc.
- **Movilidad de la población.**- La migración y el desplazamiento de personas no inmunizadas a zonas donde ya existen ciclos de transmisión.
- **Cambios ambientales y cambio climático.**- Pueden influir en la incidencia de la leishmaniasis ya que es sensible a las condiciones climáticas, y los cambios en las precipitaciones, la temperatura y la humedad que influyen en gran medida en la adaptabilidad del vector y la enfermedad.

Transmisión

Ciclo silvestre: Se cumple cuando las personas interrumpen los nichos epidemiológicos y entomológicos, ingresando al bosque sin mecanismos de protección y prevención para extraer recursos naturales, por agricultura, construcción de caminos y desarrollo de proyectos económicos.

Ciclo doméstico rural y urbano: Se cumple en regiones rurales y urbanas colonizadas durante los procesos migratorios de la población por motivos de trabajo definitivo, conformando pequeñas comunidades, poblaciones dispersas semiurbanas y rurales, donde los medios de cultivos próximos a las viviendas y restos de foresta contribuyen a la procreación del vector, en este foco aparentemente roedores, perros y otros animales en contacto directo y estrecho con las personas, juegan un papel importante como reservorios de la enfermedad.



FORMAS CLÍNICAS FRECUENTES

1.- **Leishmaniasis cutánea (LC).**- Es la forma más frecuente, se produce en zonas expuestas del cuerpo con lesiones cutáneas, sobre todo ulcerosas que se presentan en el lugar de la picadura, presentándose una pápula eritematosa, seguida de un nódulo pruriginoso, que alrededor del día 16 comienza a ulcerarse, pueden ser únicas o múltiples de diferente forma y diámetro con bordes elevados e indurados, indoloras, fondo granulomatoso con secreción de líquido seroso, hemático o purulento, cubiertas de costras hemáticas o serohemáticas, también existen variantes clínicas como la cutánea diseminada o difusa, se caracteriza por la aparición de lesiones múltiples, inicia con una o más lesiones con características clásicas de las úlceras granulomatosas con bordes elevados la misma que después del desarrollo de las lesiones primarias

2.- **Leishmaniasis mucocutánea.**- Conduce a la destrucción parcial o completa de las membranas mucosas de la nariz, la boca y la garganta. Se presenta varios meses o muchos años después de haber cicatrizado la forma cutánea, pueden aparecer en los 2 primeros años después de haber cicatrizado la lesión cutánea, por lo que es

muy importante en todo paciente con sospecha clínica de LM buscar la cicatriz característica de LC. En algunos pacientes se puede presentar en forma simultánea con las lesiones cutáneas y en otros no. El sitio inicial y más frecuentemente afectado es la mucosa del tabique nasal con sensación de nariz tapada, prurito o dolor, costras sero-hemáticas, secreción acuosa y sangrado por la nariz, muchas veces llega a la perforación de tabique nasal, lo que determina caída del pirámide nasal ocasionando el aspecto semiológico de nariz de tapir paulatinamente van afectando el paladar blando, paladar duro, úvula y todo lo que es la orofaringe, con lesiones generalmente destructivas, granulomatosas, que muchas veces exacerbaban los rafeos medio y transversal del paladar duro formando la Cruz de Escobel y otras veces son mutilantes. Secundariamente de acuerdo a la gravedad del cuadro y a todo el proceso se presenta disfonía, afonía, dificultad para comer, incluso llegar a una insuficiencia respiratoria.

Leishmaniasis Cutánea Difusa o Anérgica.- Se caracteriza por la presencia de facies leonina, pápulas o nódulos, placas infiltradas múltiples diseminadas, infrecuente afectación de mucosas, ausencia de afectación visceral que exacerbaban los surcos naturales de la facies y madarosis (perdida del segmento distal de las cejas).

3.- Leishmaniasis visceral (también conocida como kala azar).- Es la forma más grave de leishmaniasis, una vez que los parásitos y macrófagos infectados alcanzan órganos y tejidos hematopoyéticos (hígado, bazo, médula ósea, ganglios linfáticos etc.) el periodo de incubación usualmente es entre 2 semanas a 2 meses. La LV afecta principalmente a niños menores de cinco años, puede estar asociada a desnutrición y a otras condiciones de inmunosupresión como VIH- SIDA. Si no se instaura un tratamiento adecuado y oportuno, evoluciona a la muerte. El periodo inicial puede confundirse con otros procesos infecciosos, dentro de los signos y síntomas más comunes están la fiebre persistente de larga duración, con ciclos irregulares, sudoración nocturna, fatiga, debilidad, anorexia, pérdida de peso, hepatoesplenomegalia que se manifiesta con distensión abdominal sobre todo en niños, linfadenopatías, palidez de piel y mucosas por anemia grave y pancitopenia. Los síntomas gastrointestinales inespecíficos como diarrea que puede manifestarse como un síndrome disentérico pueden estar asociados a infecciones recurrentes por amebas, shiguella o salmonella.

FORMAS CLÍNICAS MENOS FRECUENTES

Comprende las formas clínicas poco frecuentes o parecidas: impetigoides, ectimatoideas cromomicrocoides, esporotricoides, tuberculoides, formas aspecto neoplásicas, lupoides, queloides y otras.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Leishmaniasis Cutánea.- Debe ser diferenciada con dermatosis que conforman el síndrome verrugoso: cromomicrocosis, esporotricosis, paracoccidiodomicosis, micetoma, tuberculosis cutánea, neoplasias cutáneas, úlceras traumáticas, úlceras vasculares, úlcera de miembros inferiores en anemia falciforme, diabetes, y Hansen, Piodermatitis (Impetigos, Ectimas), Sífilis, Herpes, entre otras.

Leishmaniasis Mucosa.- Debe ser diferenciada con: Paracoccidiodomicosis, Hanseniasis virchowiana, rinoescleroma, sífilis terciaria, granuloma medio facial, tuberculosis laríngea, histoplasmosis, neoplasias, entre otras.

Leishmaniasis visceral.- Debe ser diferenciada con enfermedades que cursan con un síndrome febril prolongado acompañado de hepatomegalia o esplenomegalia como ser: El síndrome de esplenomegalia tropical (esplenomegalia malarica hiperreactiva), tuberculosis con compromiso del bazo, sífilis visceral con hepatoesplenomegalia, tripanosomiasis americana (enfermedad de chagas), brucelosis, salmonelosis, septicemia, endocarditis bacteriana, histoplasmosis sistémica, linfomas, leucemias y otras neoplasias, anemias hemolíticas, hemoglobinopatías y la sarcoidosis.

COINFECCIÓN POR LEISHMANIA Y VIH

Las personas coinfectadas por Leishmania y VIH tienen grandes probabilidades de padecer la forma florida de la enfermedad y elevadas tasas de recidiva y mortalidad. El tratamiento antirretroviral reduce la progresión de la enfermedad, retrasa las recidivas y aumenta la supervivencia de los pacientes infectados.

DIAGNOSTICO.-

A. Diagnóstico Clínico.- La Leishmaniasis por el polimorfismo de las lesiones forma parte del síndrome verrugoso,

gran simuladora de las dermatosis cutáneas y mucocutáneas, por tanto es imprescindible determinar minuciosamente las características de las lesiones.

B.- Diagnóstico epidemiológico.- Para el diagnóstico epidemiológico es importante averiguar la procedencia, residencia, factores sociales, ambientales y climatológicas del paciente, tratar de ubicar en el mapa la zona o la comunidad donde vive y ver si está dentro la zona endémica conocida e identificada últimamente, preguntar si existen personas o animales (domiciliarios y peridomiciliarios perros o equinos) con lesiones parecidas. En pacientes con sospecha clínica de leishmaniasis visceral de la misma manera debe investigarse y evaluarse los antecedentes epidemiológicos y origen de la infección.

C. DIAGNÓSTICO POR LABORATORIO

Métodos parasitológicos

1. Examen parasitológico directo (EPD) frotis.- El examen parasitológico directo (EPD) consiste en detectar al microscopio las formas amastigotes de Leishmanias provenientes de una muestra obtenida por raspado de los bordes de la lesión. La sensibilidad de la técnica varía entre el 15 a 70% . Para Leishmaniasis visceral se recomienda hacer el aspirado de médula ósea y bazo, por personal capacitado.

Se recomienda repetir hasta 3 veces el EPD cuando el resultado es negativo y persiste la sospecha clínica, debido a que la sensibilidad aumenta, cuando se repite el análisis en lesiones clínica sugerente.

2. Cultivo.- El método de cultivo requiere de medidas y condiciones de bioseguridad más riguroso que el examen parasitológico directo, sin embargo puede fácilmente ser utilizado en los laboratorios de segundo y tercer nivel.

3. Histopatología.- Presenta una sensibilidad del 70 a 75%, donde se observa la presencia de amastigotes en los histiocitos (llamados cuerpos de Leishman- Donovan) y en el medio extracelular infiltrado mixto de células inflamatorias denso y difuso, compuesto de histiocitos y células gigantes multinucleadas, linfocitos y células plasmáticas.

MÉTODOS INMUNOLÓGICOS.- Dentro las cuales se encuentran:

1. Intradermo-reacción de montenegro (IDRM).- La prueba consiste en la aplicación de 0.1 cc de una suspensión antigénica denominada Leishmanina (30 ug/ml) en la dermis del antebrazo, 48 a 72 horas después en casos positivos se desarrolla una reacción maculo papular considerandose la prueba reactiva cuando el diámetro de la induración es igual o mayor a 5 milímetros.

2. Prueba para detección de anticuerpos.- Es una prueba inmunológica que permite la detección de anticuerpos mediante la utilización del antígeno rK 39, específico para Leishmaniasis visceral.

3. Pruebas moleculares.- El diagnostico se realiza mediante la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR), utilizando partidores específicos para el género Leishmania.

TRATAMIENTO

1. MEDICAMENTOS

Antimoniales Pentavalentes (Sb5+) Antimoniato de Meglumina (GLUCANTIME)(medicamento de 1ra línea) indicada para las formas cutáneas y mucosas iniciales, su administración es Intra Muscular, pero se debe valorar la resistencia del paciente ya que puede haber reacción local como una flebitis y esto desencadenar el abandono del tratamiento, por lo que se puede intercalar la medicación por la Vía Intra Venosa diluyendo el compuesto en 200 cc de solución fisiológica se pasa en 2 horas a goteo lento, 20 dosis para las formas cutáneas primarias y 30 dosis para las formas mucosas.

Leishmaniasis cutánea	20 mg de antimonio base/ Kg peso día	20 días
Leishmaniasis mucosa y	20 mg de antimonio	30 días

mucocutánea	base/ Kg peso día	
Leishmaniasis visceral	20 mg de antimonio base/ Kg peso día	30 días

FUENTE: NORMA NACIONAL Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE LEISHMANIASIS

Calculo de las dosis de los Antimoniales Pentavalentes:

$$\text{Peso paciente en Kg} \times 20 \text{ mg (dosis)} \times 5 \text{ ml}$$

$$405 \text{ mg ó } 425 \text{ mg} *$$

- P = Peso del paciente en Kg
- 20 mg = Dosis Kg peso día
- 5 ml = es el contenido de la ampolla
- *405 o 425 = Es la cantidad de antimonio base contenidos en cada ampolla

Si este ejercicio resulta complicado, existe una constante llamada “La constante de SOTO”, la misma consiste en multiplicar el peso del paciente por 0,247

Anfotericina B.- Este medicamento es de uso exclusivo a nivel intrahospitalario y en establecimientos que cuentan con personal entrenado, debido a que su manejo requiere de cuidado por los efectos adversos. Actualmente existen cuatro diferentes formulaciones: Anfotericina B desoxicolato, Anfotericina B liposomal, Dispersión coloidal de Anfotericina B, Anfotericina B de Complejo lipídico .

a) Anfotericina B desoxicolato.- Es un medicamento muy efectivo, con tasas de curación entre 65% y 98%, pero de uso limitado por los efectos adversos y debe ser realizado por personal entrenado, paciente hospitalizado y centro hospitalario equipado. Es indicado para formas cutáneas reactivadas, mucosas graves y muy graves, también en leishmaniasis cutáneas con patología cardíaca donde está contraindicado el antimonio de meglumina o estibogluconato de sodio.

Se administra de manera interdiaria a dosis de 0.5 a 1 mg/kg/ interdiario , I.V diluido en 500cc de solución glucosada al 5% a goteo lento 20 gotas por minuto, antes y después de la administración de la anfotericina B se realiza fluido terapia con 1.000cc de solución fisiológica a chorro, además de administración de antihistamínicos y antiinflamatorios para contrarrestar los efectos colaterales de la misma.

FORMA CLÍNICA	DOSIS	TIEMPO DE DURACIÓN
Leishmaniasis cutánea	0,7 a 1,0 mg /Kg/día	20 dosis
Leishmaniasis mucosa o mucocutánea	0,7 a 1,0 mg/Kg/día Acumulado máximo hasta 3 gr.	30 a 60 dosis
Leishmaniasis visceral	1,0 mg/Kg/día Acumulado hasta 800 mg.	30 dosis

FUENTE: NORMA NACIONAL Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS DE LEISHMANIASIS

Anfotericina B liposomal.- Es una formulación lipídica de anfotericina B y fosfatidilcolina deshidrogenada de soya, distearoilfosfatidilglicerol y colesterol y que se utiliza por vía intravenosa para el tratamiento de la LV. Se administra de 2 a 3 mg/kg/día hasta 20 a 40 mg/kg de dosis total por I.V. interdiaria V diluido en 500cc de solución glucosada al 5% a goteo lento 20 gotas por minuto, antes y después de la administración de la anfotericina B se realiza fluido terapia con 1.000cc de solución fisiológica a chorro, además de administración de antihistamínicos y antiinflamatorios para los efectos colaterales de la misma.

DEFINICIÓN DE CASO

- a) Sospechoso

- **Leishmaniasis Cutánea (LC):** Toda persona con una o más úlceras cutáneas, sin antecedentes de trauma, con tiempo de evolución mayor de 2 semanas, con residencia o antecedente de viaje o estadía a zona endémica.
- **Leishmaniasis Mucosa o Mucocutánea (LCM):** Toda persona con presencia de lesiones ulcerosas o granulosas en región naso oro faríngea, con perforación o pérdida del septum nasal, pudiendo alcanzar a los labios y la boca (paladar y nasofaringe), con o sin antecedente de lesiones ulcerativas o cicatrizales previas en piel y con residencia o antecedente de viaje o estadía a zona endémica.
- **Leishmaniasis Visceral (LV):** Toda persona con fiebre de origen desconocido, acompañado de hepatomegalia o esplenomegalia, anemia y pérdida de peso, con residencia o antecedente de viaje o estadía a zona endémica.

b) Confirmado por laboratorio

- **Leishmaniasis cutánea y mucosa (LC):** Todo paciente sospechoso con visualización del parásito (EPD, cultivo, histopatológico) o pruebas inmunológicas (IDR, IFI, ELISA, HAI) o PCR positivas.
- **Leishmaniasis visceral:** Todo paciente sospechoso con visualización del parásito (EPD, cultivo, histopatológico) o pruebas inmunológicas (IFI, ELISA, HAI) o Inmuncromatografía, PCR positivas.

c) Confirmado por nexo epidemiológico.- Todo paciente sospechoso que en situaciones especiales no cuenta con pruebas de laboratorio disponibles, por barreras de accesibilidad y provenga de zonas endémicas y con antecedentes de exposición al vector.

PREVENCIÓN Y CONTROL

Diagnostico y tratamiento oportunos.- Ayudan a reducir la transmisión y a controlar la propagación y la carga de la enfermedad.

Profilaxis individual: Disminución del contacto hombre-vector, con el uso de pantalón y camisas de manga larga, uso de repelentes, mosquiteros (impregnados con insecticidas o no), mallas milimétricas en puertas y ventanas, evitar actividades nocturnas que exponen a la picadura del insecto.

El control de los vectores.- Ayuda a interrumpir la transmisión de la enfermedad, especialmente en el contexto doméstico con la gestión del medio ambiente, dirigido a reordenar el medio para eliminar los potenciales criaderos con limpieza de malezas alrededor de las viviendas, eliminar materiales orgánicos en descomposición (basuras), mejoramiento de la vivienda con la colocación de mallas milimétricas en puertas y ventanas

Control químico.- Mediante rociado residual intradomiciliario o fumigado espacial, las cuales se realizan previa evaluación entomológica y control de casos.

La vigilancia epidemiológica.- La notificación rápida de datos es fundamental para el monitoreo mediante la vigilancia activa y pasiva.

MALARIA

Dr. Gunder Rolando Aguirre Nina
 RESP. PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES
 Dr. Felipe Salcedo Javercato
 APOYO TECNICO AREA DE GESTION HOSPITALARIA

34

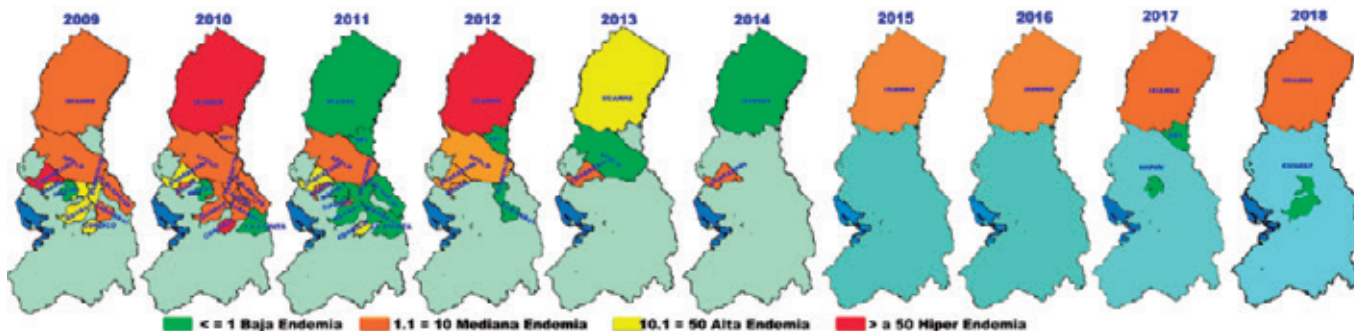
OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

- Proporcionar los conocimientos básicos clínicos epidemiológicos de la malaria.
- Proporcionar los procedimientos específicos para la detección, notificación, diagnóstico, manejo, seguimiento y vigilancia de casos de malaria.
- Identificar y analizar las distintas estrategias para el control de vectores enmarcados en la educación, prevención y promoción.

Definición.-

El paludismo, o malaria, es una enfermedad infecciosa parasitaria, potencialmente mortal causada por parásitos que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados del género Anopheles.

GEOESTRATIFICACION DE LOS MUNICIPIOS EN RIESGO POR NIVEL DE ENDEMICIDAD, GESTIONES 2009 – 2018 (Enero a Junio) (MALARIA)

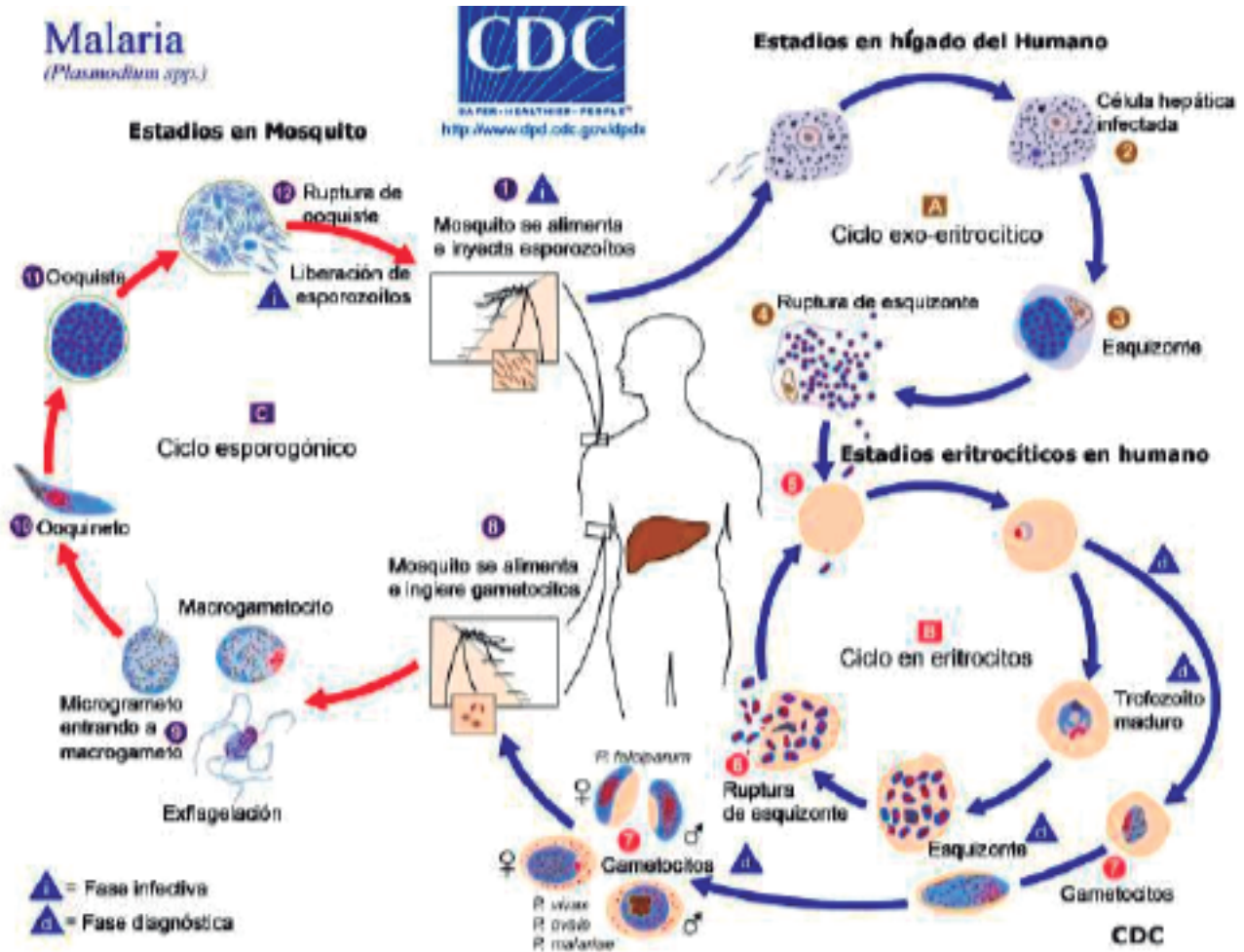


Según la geoestratificación de los municipios en riesgo por nivel de endemicidad desde la gestión 2009 a la gestión 2018 se puede evidenciar que el nivel de endemicidad disminuyó considerablemente reduciéndose prácticamente solo a 2 Municipios que son Ixiamas que esta en Mediana Endemia y San Buenaventura que se encuentra en baja endemia.

ETIOLOGIA.-

Se trata de una enfermedad infecciosa, producida por un protozoo intracelular del género Plasmodium. Existen 5 especies que pueden infectar al hombre, Plasmodium falciparum (P. falciparum), vivax, ovale, malariae y, recientemente, se ha descubierto que el Plasmodium knowlesi, originario de los primates, puede infectar también a humanos, la transmisión se realiza por la picadura del mosquito Anopheles. La forma más frecuente y grave de la enfermedad se debe al P. falciparum, que puede dar lugar a malaria cerebral y otras complicaciones.

TRANSMISIÓN.- El paludismo se transmite en la mayoría de los casos por la picadura de mosquitos hembra del género Anopheles, pican entre el anochecer y el amanecer. La intensidad de la transmisión depende de factores relacionados con el parásito, el vector, el huésped humano y el medio ambiente, los mosquitos Anopheles hembra ponen sus huevos en el agua. Tras eclosionar los huevos, las larvas se desarrollan hasta alcanzar el estado de mosquito adulto. Los mosquitos hembra buscan alimentarse de sangre para nutrir sus huevos. Cada especie muestra preferencias con respecto a su hábitat acuático, por ejemplo, algunos prefieren las acumulaciones de agua dulce superficial, como los charcos y las huellas dejadas por los cascos de los animales, que se encuentran en abundancia durante la temporada de lluvias en los países tropicales. La transmisión es más intensa en lugares donde los mosquitos tienen una vida relativamente larga que permite que el parásito tenga tiempo para completar su desarrollo en el interior de su organismo, y cuando el vector prefiere picar al ser humano antes que a otros



animales. La transmisión también depende de condiciones climáticas que pueden modificar el número y la supervivencia de los mosquitos, como el régimen de lluvias, la temperatura y la humedad.

SÍNTOMAS

PLASMODIUM VIVAX

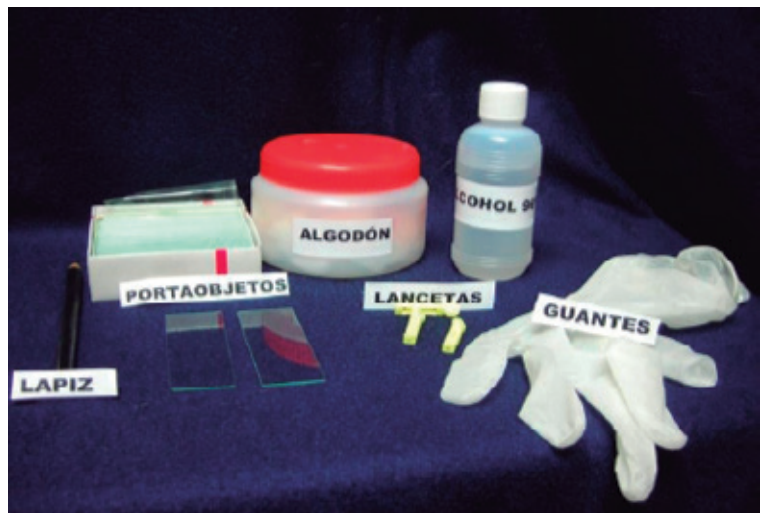
- Escalofríos
- Fiebre en horas de la tarde mayor a 38 grados
- Sudoración
- Malestar general
- Dolores de articulaciones y músculos
- Pérdida de apetito
- Náusea
- Vómitos
- Dolor de cabeza

PLASMODIUM FALCIPARUM

- Escalofríos
- Fiebre en horas de la tarde mayor a 39 grados
- Sudoración
- Irritabilidad
- Alteraciones de conciencia
- Alucinaciones
- Palidez Marcada
- Hepatomegalia - Esplenomegalia
- Ictericia: coloración amarillenta de piel y mucosas
- Dificultad respiratoria

Los niños con enfermedad grave suelen manifestar uno o más de los siguientes síntomas: anemia grave, sufrimiento respiratorio relacionado con la acidosis metabólica o paludismo cerebral. En el adulto también es frecuente la afectación multiorgánica. En las zonas donde el paludismo es endémico, las personas pueden adquirir una inmunidad parcial, lo que posibilita la aparición de infecciones asintomáticas.

DIAGNÓSTICO.- El diagnóstico y el tratamiento tempranos del paludismo atenúan la incidencia de la enfermedad, reducen sus efectos mortales y contribuyen a prevenir su transmisión, antes de administrar el tratamiento se debe confirmar el diagnóstico con métodos parasitológicos con prueba de microscopía “GOTA GRUESA” o prueba de diagnóstico rápido, cuyos resultados pueden obtenerse en 30 minutos o menos.



TRATAMIENTO.-

PLASMODIUM VIVAX 7 DIAS

MEDICAMENTO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
CLOROQUINA (dosis total: 25 mg/Kg)	10 mg/ Kg/día	10 mg/ Kg/día	5 mg/ Kg/día				
PRIMAQUINA (dosis total: 3,5 mg/Kg) CONTRAINDICADO EN EL EMBARAZO	0.50 mg/ Kg/día	0.50 mg/ Kg/día	0.50 mg/ Kg/día	0.50 mg/ Kg/día	0.50 mg/ Kg/día	0.50 mg/ Kg/día	0.50 mg/ Kg/día

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

PLASMODIUM FALCIPARUM 3 DIAS

MEDICAMENTO	DIA 1	DIA 2	DIA 3
ARTEMETHER	1.7 mg/Kg/cada 12 hrs	1.7 mg/Kg/cada 12 hrs	1.7 mg/Kg/cada 12 hrs
LUMEFANTRINE	12 mg/Kg/cada 12 hrs	12 mg/Kg/cada 12 hrs	12 mg/Kg/cada 12 hrs
PRIMAQUINA CONTRAINDICADO EN EL EMBARAZO	0.75 mg/kg/día		

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

PREVENCIÓN Y CONTROL.-

Se enfoca en el diagnóstico y tratamiento oportuno, la lucha antivectorial es el medio principal de reducir la transmisión del paludismo, para el control efectivo del vector se debe priorizar la protección personal, evitar el contacto con el vector en horarios en los que el vector busca alimentarse (amanecer, anochecer), uso de ropa con manga larga, saneamiento ambiental, el uso de mosquiteros tratados con insecticidas, la limpieza y adecuado manejo de los residuos sólidos y en caso necesario, previa evaluación y manejo de casos la fumigación de interiores con insecticidas de acción residual.

Vigilancia.- La vigilancia consiste en hacer un seguimiento de la enfermedad en pacientes diagnosticados y tratados así como en la adopción de medidas basadas en los datos recibidos de los casos de zonas endémicas.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Padilla J, Montoya R. Guía de atención clínica de Malaria. Asociación Colombiana de Infecología. Infectio;2011; 15 (4) 302-323.
- 2.- Organización Mundial de la Salud 2017, MARCO PARA LA ELIMINACIÓN DE LA MALARIA ISBN: 978-92-75-31965-9 2017 disponible en: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>

VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA INTRAHOSPITALARIA – DESDE EL ENFOQUE DE ENFERMERIA

Lic. Hortencia Nina Mendoza
ENFERMERA VIGILANTE DE ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:

1. Promover la vigilancia epidemiológica intrahospitalaria, para mejorar el sistema de salud.

I. INTRODUCCIÓN

La Infecciones Intrahospitalarias es reportada en todo el mundo, entre el 5 y 10% de los ingresos en los hospitales desarrollan una infección nosocomial; en EE.UU. más de 80.000 pacientes mueren anualmente debido a una IIH.

Además que originan un prolongado tiempo de hospitalización, produciendo una carga económica de unos 5.000 millones de dólares al año.

En México, la IIH es la tercera causa de muerte en la población general y las estimaciones del porcentaje de infecciones nosocomiales que son prevenibles pueden llegar al 40%. En Brasil e Indonesia más de la mitad de los niños ingresados en unidades neonatales contraen IIH, con una tasa de letalidad del 12 al 52%. En Perú todos los años, muchas personas son infectadas como resultado de la contaminación cruzada en los establecimientos de salud, generando un grave riesgo para el paciente y más trabajo para el personal de salud, además los costos para el país son significativos, más de 17 millones de dólares adicionales se gastan al año en infecciones intrahospitalarias solo por concepto de días/cama.

Tal es así que la Organización Panamericana de la Salud reporta que recientes encuestas nacionales de prevalencia de IIH o IAAS y datos de programas de seguimiento de bacteriemia en varios países europeos, estiman que estas infecciones afectan, en promedio, a uno de cada 20 pacientes hospitalizados, estimaciones indican que al menos el 9% de estas infecciones podría prevenirse simplemente mejorando la higiene de las manos.

En América Latina la Enfermería Hospitalaria, enfrenta problemas serios, ante la creciente demanda de servicios y la escasez de personal, debidamente formado con conocimientos técnicos exigidos para la vigilancia intrahospitalaria, por otra parte el insuficiente recurso económico para obtener equipo y suministros y buenas condiciones de trabajo, la falta de instalaciones físicas adecuadas, son problemas ampliamente conocidos en el mundo, sin embargo existe marcadas diferencias en cuanto a su alcance y pautas tanto sociales como culturales, que han contribuido a su desarrollo.

II.- VIGILANCIA INTRAHOSPITALARIA

La vigilancia intrahospitalaria es el conjunto de actividades que se realiza para reunir información indispensable en relación a los eventos que se vigilan para proveer cambios y conducirnos a la toma de decisiones y acciones efectivas de prevención, vigilancia y control. Para lo cual es necesario realizar un análisis del problema o los problemas que se están generando en el ámbito hospitalario que se encuentre, por ejemplo:

- La poca adherencia de lavado de manos en el personal de salud, que amerita una intervención oportuna y efectiva.
- El inadecuado manejo de los desechos patógenos hospitalarios en áreas de riesgo.
- La inoportuna identificación de servicios críticos como: Servicios de Emergencias, Infectología, Cirugía, U.T.I., Neonatos y Hemodiálisis, que deben ser vigilados diariamente.

El personal de salud se encuentra expuesto diariamente al contacto con múltiples gérmenes patógenos, situación que lo convierte en potencial portador y transmisor de dichos patógenos a otros pacientes. De manera que en la atención de pacientes es importante tener las manos limpias.

Es necesario que el personal de enfermería genere datos clínicos apoyados con resultados de laboratorio y segui-

miento para una intervención oportuna, coordinando estas actividades con el medico epidemiólogo.

Los jefes de servicio de enfermería, asumen el liderazgo por ser la persona que está en contacto directo con el usuario, deben empoderarse de su área de trabajo, es decir ser el brazo derecho de la enfermera vigilante para el cumplimiento de las actividades dispuestas por la vigilante, ante la respuesta de eventos intrahospitalarios, caso contrario no se podrá encaminar a una mejora continua.

2. PROPOSITO DE LA VIGILANCIA INTRAHOSPITALARIA

Es generar acciones para la prevención y control de infecciones bajo los objetivos de:

- Conocer la morbilidad y mortalidad de las IAAS y sus tendencias en el tiempo.
- Conocer los factores de riesgo de las IAAS y sus tendencias en el tiempo.
- Detectar brotes epidémicos de las IAAS en forma precoz.
- Aportar con información para establecer las medidas de prevención y control de IAAS.
- Aportar con información para investigación epidemiológica.
- Implementar acciones de prevención y control que sea sostenibles en el tiempo (adherencia de lavado de manos, contar con insumos)

2. ETAPAS DE LA VIGILANCIA

- Definición de los hechos que se vigilarán
- Recolección de datos
- Consolidación y análisis de datos
- Divulgación de los resultados a las personas que deben utilizarlos.

2.1 Definiciones

Infección Intrahospitalarias:

- Se considera Infección a la reacción adversa localizada o generalizada producida por la presencia de microorganismos o sus toxinas.
- Se considera Intrahospitalarias, si existe evidencia que no estaba presente o en incubación al momento del ingreso del paciente al recinto hospitalario.

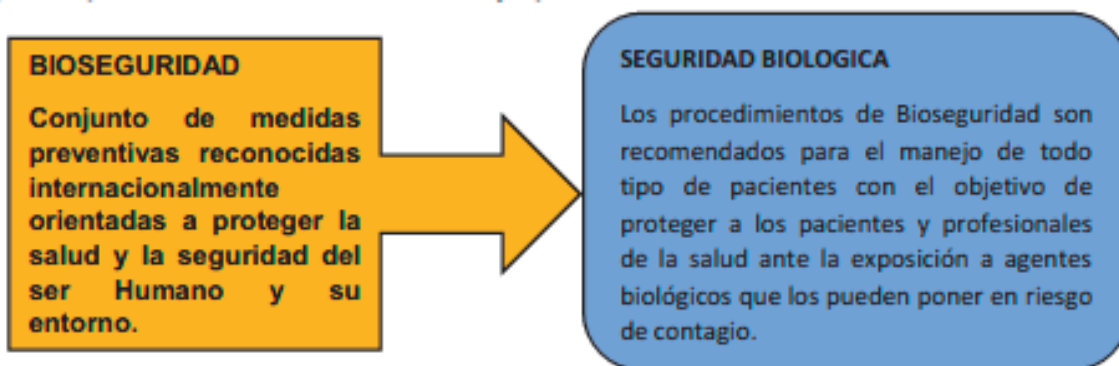
Incluye infecciones cuyos agentes causales son endógenos (flora bacteriana propia del paciente) o exógeno (agente etiológico adquirido de fuentes animadas o inanimadas del Hospital). Incluye las infecciones prevenibles y otras que pueden considerarse inevitables.

Incluye también las infecciones adquiridas durante la hospitalización que se manifiesta después del alta y excluye las infecciones que se encuentran presentes o en incubación al momento del ingreso. Si el periodo de incubación es desconocido y los síntomas se inician durante la hospitalización se considera IAAS.

Se utiliza el término “Adquirido en la comunidad” para designar todos los procesos infecciosos que no son intrahospitalarios.

2.2 Uso del Equipo de Protección Personal

El equipo de protección personal se emplea para proteger al personal de salud de accidentes y de enfermedades que son posibles de controlar en el lugar de origen, por lo que su uso debe ser adecuado y oportuno.



Los E.P.P. tienen por objetivo disminuir el riesgo en la medida que sean adecuados y bien utilizados.

A. Lavado de Manos

Las enfermedades infecciosas son una causa frecuente de demanda de consulta médica en todos los niveles de atención.

El personal que trabaja en las áreas de observación de los servicios de urgencias, se encuentran expuestos al contacto con múltiples gérmenes patógenos, muchas veces desconocidos, debido al elevado movimiento de enfermos, situación que lo convierte en potencial portador y transmisor de dichos patógenos a otros pacientes. Es fundamental el lavado de manos para reducir la transmisión de microorganismos del personal al paciente y del paciente al personal de salud, entre diferentes procedimientos efectuados en los mismos pacientes.



La elección del jabón dependerá del procedimiento y del tipo de paciente (área de riesgo).

- Jabón líquido
- Jabón antiséptico
- Alcohol gel



A.1. Barrera Física

Guardapolvo - pijama

- Se debe asegurar un amplio suministro de ropa de protección apropiada acorde al riesgo que se enfrenta en el desarrollo de las actividades.
 - Cuando esta no está en uso, la ropa de protección limpia debe ser colgada en colgadores destinados solo para ese propósito.
 - La ropa de protección contaminada debe ser colocada y transportada en bolsas apropiadamente identificadas.
 - La ropa contaminada, previa descontaminación, debe ser lavada.
- Debe mantenerse limpia la ropa de protección personal y debe ser cambiada inmediatamente si se sabe que está contaminada con material de riesgo.



Barbijos

Los barbijos descartables son el método de barrera adecuado y se deben utilizar en procedimientos rutinarios, invasivos, y quirúrgicos el operador y el personal de apoyo.



Se debe proveer barbijos al personal de limpieza y alimentos, técnicos de laboratorio, interconsultores, técnicos de rayos, personal de mantenimiento, y a toda persona que deba ingresar dentro de la UCIN o de las habitaciones para una tarea específica.

Recomendaciones:

- Usar adecuadamente el barbijo para reducir la transmisión de microorganismos.
- Los barbijos deben cumplir con los requisitos de filtración y permeabilidad suficiente para ser una barrera efectiva.
- Los barbijos no se deben colgar del cuello o guardarlos en los bolsillos, para evitar la diseminación de los microorganismos atrapados en la cara interna de la mascarilla.

Gorro

Se debe utilizar cuando se prevea un riesgo de salpicadura o aerosol.

Lentes Protectores

Se deben utilizar en actividades en las que hay probabilidades de salpicaduras, durante la intubación, aspiración de secreciones etc.



Las gafas deben ser utilizadas solo para la atención de un solo paciente, su limpieza de rutina es con agua y detergente para eliminar la suciedad seguida del uso de un desinfectante.

Guantes

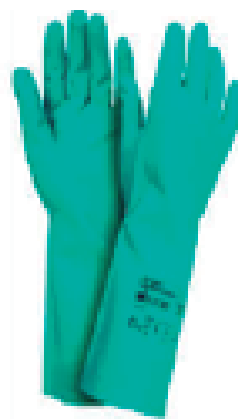
Se debe usar guantes para todo procedimiento que implique contacto con:

- Sangre y otros fluidos corporales, considerados de pre caución universal.
- Piel no intacta, membranas mucosas o superficies contaminadas con sangre.
- Procedimientos, desinfección y limpieza.

Guantes de nitrilo para la atención de pacientes de alto riesgo biológico.



Guantes de nitrilo para limpieza y desinfección de superficies contaminadas con alto riesgo biológico.





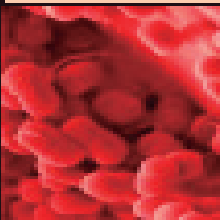
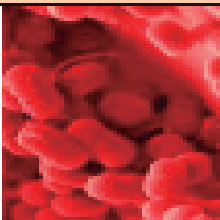


Calzados

Todo personal debe usar zapatos con las siguientes características:

- Deben ser cómodos
- Sin tacones
- Con suelas antideslizantes
- Impermeables a fluidos

NOTA: Se debe quitar la ropa de protección antes de salir del área de trabajo.

TIEMPO DE PERMANENCIA DE LOS MICROORGANISMOS EN SUPERFICIES BIOMATERIALES	
ACINETOBACTER	3 días a 5 meses
BORDETELLA PERTUSIS	3 a 5 días
CLOSTRIDIUM DIFFICILE (ESPORAS)	5 meses
CORYNEBACTERIUM PSEUDOTUBERCULOSIS	1 a 8 días
CORYNEBACTERIUM DIFHTERAE	7 días a 6 meses
ESCHERICHIA COLI	1.5 horas a 16 meses
ENTEROCOCCUS spp.	5 días a 4 meses
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	12 días
HELICOBACTER PYLORI	Mayor y/o igual 90 minutos
KLEBSIELLA spp.	2 horas a más de 30 meses
MYCOBACTERIUM BOVIS	Mayor de 2 meses
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	1 día a 4 meses
NEISSERIA GONORREAE	1 a 3 días
PSEUDOMONA AERUGINOSA	6 horas a 16 meses; En superficies secas: 5 semanas
SALMONELLA TYPHI	6 horas a 4 semanas
SHIGELLA spp.	2 días a 5 meses
STAPHYLOCOCCUS AUREUS	7 días a 7 meses
STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE	1 día a 20 días
STREPTOCOCCUS PYOGENES	3 días a 6 meses
VIBRIO CHOLERAE	1 a 7 días

PACIENTES Y SERVIDORES MAS FACILITADORES DE MICROORGANISMOS MAS CASOS EN BASTOS						
Microorganismo	Características	Forma y estructura	Localización	Reservorios	Reservorios	Reservorios
	Escherichia coli Gram negativo que causa las diarreas y las disenterías hemáticas, como patógenos importantes en la diarrea.	Forma y estructura: Bacilos gram negativos, con flagelos, 2-7 μm de largo y 0.5-1 μm de ancho.	Localización: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.
	Salmonella Gram negativo que causa la salmonela.	Forma y estructura: Bacilos gram negativos, con flagelos, 2-5 μm de largo y 0.5-1 μm de ancho.	Localización: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.
	Shigella Gram negativo que causa la disentería.	Forma y estructura: Bacilos gram negativos, con flagelos, 2-5 μm de largo y 0.5-1 μm de ancho.	Localización: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.
	Yersinia enterocolitica Gram negativo que causa la peste bubónica.	Forma y estructura: Bacilos gram negativos, con flagelos, 2-5 μm de largo y 0.5-1 μm de ancho.	Localización: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.	Reservorios: Intestino humano.

BIBLIOGRAFIA

1. Julia S. Randall Servicios de Enfermería Hospitalaria, Pag. N° 36 - 42
2. Lipstich M, Rileys S, Cauchemez S, et al, NEJM, Mayo 28 2009
3. Montanares J. Equipos de Protección Personal INACUI S.A. Chile 2013
4. José Luis Castañeda Narváez, Dr. Javier Ordoñez Ortega Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría 2014 Vol. XXVII Núm. 107



Gobierno Autónomo Departamental de La Paz
Servicio Departamental de Salud
Unidad de Redes y Seguros Públicos



GESTION DE CALIDAD

SALUD PARA LA PAZ



GESTION DE CALIDAD EN SERVICIOS DE SALUDDr. Roberto Carlos Aranda Asturizaga
JEFE UNIDAD GESTIÓN DE CALIDAD Y SERVICIOS HOSPITALARIOS**36****OBJETIVOS DE APRENDIZAJE:**

El Sistema de Gestión de calidad en Salud está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia y evaluar a las entidades de salud del Sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (nacional, departamental y municipal), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

Introducción

La calidad de la atención médica consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos.

El Sistema de Gestión de calidad en Salud está definido como el conjunto de elementos interrelacionados que contribuyen a conducir, regular, brindar asistencia y evaluar a las entidades de salud del Sector y a sus dependencias públicas de los tres niveles (nacional, departamental y municipal), en lo relativo a la calidad de la atención y de la gestión.

La gestión de la calidad es un componente de la gestión institucional y por ello es un deber de todo funcionario en el sector, el determinar y aplicar la política de calidad expresada formalmente por el Ministerio de Salud. En consecuencia, las orientaciones normativas del Sistema de Gestión de Calidad en Salud deben desarrollarse creativamente y con las especificidades que correspondan en todas las instituciones y entidades del Sector, en los diferentes niveles de su jerarquía organizativa.

EL Sistema incluye los componentes de planificación, organización, garantía y mejora de la calidad e información para la calidad dentro de la dirección estratégica de la institución, en la perspectiva de diseñar, gestionar y mejorar los procesos institucionales hacia una cultura de calidad.

El Servicio Departamental de Salud (SEDES) La Paz, en el marco de las políticas de salud del Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, relacionadas a la atención integral de la salud de las personas y la comunidad, en concordancia con los lineamientos y prioridades de política del sector, bajo los principios de solidaridad, universalidad, equidad y calidad. Enfocando la necesidad de brindar servicios de calidad en Establecimientos de Salud públicos, privados y de la Seguridad Social, que orientan la gestión de calidad se fundamenta en el derecho a la salud y el principio de "Salud para La Paz" con todos, que demanda calidad y no solo cantidad en la oferta de salud.

Las políticas que orientan la gestión de calidad son las siguientes:

1. Relacionadas a las personas (usuario externo)

Provisión de servicios de salud seguros, oportunos, accesibles y equitativos.
Calidad con enfoque de interculturalidad y género
Búsqueda de la satisfacción de los usuarios.
Acceso a los mecanismos de atención al usuario.

2. Relacionadas a los trabajadores (usuario interno)

Cultura de ética de la calidad
Trabajo en equipo
Círculos de la calidad

3. Relacionadas a los Establecimientos de Salud

Ejercer la rectoría del Servicio Departamental de Salud de La Paz

Gestión de recursos para la calidad en salud
Regulación complementaria en los niveles regionales
Evaluación en el proceso de atención de salud

Principios

Los principios en los que se fundamenta el Sistema de gestión de calidad en salud son:

Enfoque al usuario: las organizaciones dependen de sus usuarios; por lo tanto, deben entender sus necesidades presentes y futuras, satisfacer sus demandas específicas y esforzarse en exceder sus expectativas.

Liderazgo: el cumplimiento de los objetivos de la calidad, requiere de líderes que conduzcan a sus establecimientos a la mejora continua

Participación del Personal: el personal de todos los niveles es la esencia de la organización, pues mediante su compromiso posibilita el uso de sus habilidades y conocimientos en beneficio de la calidad.

Enfoque basado en procesos: un resultado deseado se alcanza más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se gestionan como un proceso.

Enfoque sistémico para la gestión: identificar comprender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de la organización.

Mejora continua de la calidad: la mejora continua del desempeño global de la organización debe generar una necesidad permanente de elevar los estándares de calidad técnicos, humanos y administrativos.

Toma de decisiones basadas en evidencias: las decisiones eficaces se basa en el análisis de datos y la información.

Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor: una organización y sus proveedores son independientes en la generación del valor.

Objetivos

1. Capacitar a los recursos humanos del sector, mediante la realización de cursos, talleres o seminarios diferenciados, para la aplicación de los nuevos instrumentos normativos orientados a la máxima satisfacción del usuario y prevención de la mala praxis, incorporando los temas ya referidos de auditoria, responsabilidad médica y del equipo de salud, ética, deontología y bioética.
2. Capacitar recursos humanos para la puesta en marcha de las unidades de gestión de calidad (gestor de calidad) al interior de los establecimientos de salud.
3. Asesorar a los hospitales y centros asistenciales para la conformación de los comités de gestión de calidad y auditoria y comités hospitalarios de ética capacitando a los interesados y ofreciendo orientaciones ético-deontológicas en aras al mejor funcionamiento de los servicios de salud.
4. Diseñar formularios de consentimiento informado, en un trabajo mancomunado con las sociedades científicas del Colegio Médico, servicios de especialidad y asesoría jurídica, para su incorporación en el uso habitual y rutinario del quehacer hospitalario.
5. Coadyuvar en la puesta en marcha y funcionamiento del Instituto Médico de Conciliación y Arbitraje.
6. Diseñar una propuesta para la organización de un curso de especialidad en Peritaje Médico.
7. Organizar un taller departamental para la definición y adopción del expediente clínico único en todos los servicios del sector, con las adecuaciones respectivas según los niveles de atención y especialidades médicas y quirúrgicas.

Normativa legal

- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, enero 2009.
- Ley N° 3131 de 08 de agosto de 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico.
- Decreto Supremo N° 28562 de 22 de diciembre de 2005, que reglamenta a la Ley 3131, del Ejercicio Profesional Médico.
- Ley N° 031 de 19 de julio de 2010, Ley marco de autonomías y descentralización “Andrés Ibáñez”
- Decreto Supremo N° 29601 del 11 de junio de 2008, nuevo modelo de atención y gestión en salud, modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).
- Resolución Ministerial N° 0090 del 26 de febrero de 2008, vigencia de bases, manuales, guías y normas técnicas (PRONACS).



Definiciones

La definición de calidad, trata de englobar todos los antecedentes como la “Condición de la organización sanitaria que, de acuerdo a caracterización y normativa bien definidas dentro de un sistema, permite cumplir funciones bien realizadas que cubren satisfactoriamente las expectativas requerimientos y necesidades de los usuarios, con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”

Reseña del concepto calidad

La calidad no es un tema nuevo

- Con los Reyes, Faraones, Jefes de Tribus: argumentos y parámetros sobre calidad.
El Código de Hammurabi (1752 a. C.), declaraba: “Si un albañil construye una casa para un hombre, y su trabajo no es fuerte y la casa se derrumba matando a su dueño, el albañil será condenado a muerte”.
- Código Hammurabi, Babilonia, (1200 A.C.) “Si un médico trata a un noble con su bisturí para drenar un absceso, y el noble se cura, habiendo el médico salvado su ojo, el médico recibirá 40 shekels de plata. Si el enfermo es un esclavo y el tratamiento es bueno, el médico recibirá 10 shekels de plata. Si a causa del tratamiento el noble perdiera su ojo, las manos del médico le serán cortadas”
- Los Fenicios cortaban la mano a quien hacía un producto defectuoso, aceptaban o rechazaban los productos y ponían en vigor las especificaciones gubernamentales.
- La mayoría de las civilizaciones antiguas daban gran importancia a la equidad en los negocios y cómo resolver las quejas, aún cuando esto implicara condenar al responsable a la muerte, la tortura o la mutilación.
- Con la Revolución Industrial, la producción en masa de productos manufacturados se hizo posible mediante la división del trabajo y la creación de partes intercambiables; sin embargo, esto creó problemas para los que estaban acostumbrados a que sus productos fueran hechos a la medida.

- La Segunda Guerra Mundial apresuró el paso de la tecnología de la calidad.

La necesidad de mejorar la calidad del producto dio por resultado un aumento en el estudio de la tecnología del control de la calidad. Fue en este medio ambiente donde se expandieron rápidamente los conceptos básicos del control de la calidad. Muchas compañías pusieron en vigor programas de certificación.

- La calidad japonesa, como consecuencia del despegue de la industria japonesa, aplicando los conceptos del aseguramiento de la calidad y la prevención. Por ello cada año se otorga en el Japón los muy deseados PREMIOS DEMING al individuo que muestre logros excelentes en teoría o en la aplicación del control de la calidad por estadísticas, o aquella persona que contribuya notablemente a la difusión de las técnicas del control de calidad por estadísticas, así como a su aplicación. Las compañías japonesas que han obtenido dichos premios incluyen Nissan, Toyota, Hitachi y Nipon Steel. En 1989, la Florida Power and Light Company fue la primera compañía extranjera en ganar el premio Deming. “ELIMINAR LA BASURA”

Hitos importantes

- Henry Ford (1900) introduce la producción en serie en su “línea de montaje” de automóviles, con los que comienza a introducir los términos de “productividad” y “estandarización”. Shewhart (1924) introduce las gráficas de control en los Laboratorios Bell. La estadística entra a formar parte del proceso industrial y aparece el control de la calidad como tal.
- Años 60: Comienza el desarrollo de organizaciones y productos que no pueden presentar fallos, como la “Aeronáutica civil”. La producción se centra en los productores. En cuanto al concepto de calidad, este se comprende como el estricto cumplimiento de especificaciones de diseño.
- Años 70: La producción comienza a centrarse en los consumidores. Calidad se considera la adecuación al uso.
- Años 80: Nace el concepto de “calidad total” en forma oficial. Calidad comienza a entenderse como la satisfacción del cliente. Se extiende la certificación de calidad de acuerdo a normas de calidad (ISO).
- Año 1988: Calidad se entiende como elemento de supervivencia de la empresa. El concepto es la excelencia.

Bases conceptuales de la Calidad

Para Avedis Donabedian, padre de la Calidad de la Atención en Salud y docente de la Universidad de Michigan, existen dos elementos centrales para garantizar la

calidad: monitoreo y un adecuado sistema.

Para Enrique Ruelas-Barajas, H. Reyes Zapata y otros, son cinco los elementos fundamentales que permiten garantizar la calidad: evaluación, monitoreo, diseño, desarrollo y cambio organizacionales.

Según Donabedian, los pilares o principios de la calidad en salud, son:

- 1. Eficacia.** Capacidad para asumir la forma más perfecta de contribuir a la mejoría de las condiciones de salud.
- 2. Efectividad.** Las mejorías posibles, en las condiciones de salud, son obtenidas.
- 3. Eficiencia.** Capacidad de obtener la mayor mejoría, en las condiciones de salud, al menor costo posible.
- 4. Optimización.** La más favorable relación entre costo y beneficios.
- 5. Aceptabilidad.** Conformidad con las preferencias del paciente en lo que concierne a la accesibilidad, relación médico-paciente, las comodidades, los efectos y el costo del cuidado prestado.
- 6. Legitimidad.** Conformidad con preferencias sociales, en relación a todo lo anteriormente mencionado.

7. Equidad. Igualdad en la distribución del cuidado y de sus efectos sobre la salud.

Evolución del concepto de calidad

- CONTROL DE CALIDAD
- GARANTÍA DE CALIDAD
- GESTIÓN DE CALIDAD
- EXCELENCIA EN LA GESTIÓN

Hoy día muchas organizaciones se empeñan en lograr el mejoramiento de la calidad, incluyendo JUSE, ASQC, EOQC (European Organization for Quality Control), e IAQ (International Academy for Quality). Así mismo, varios centros de estudio han establecido sus propias investigaciones para estudiar este concepto como: las Universidades de Miami, Wisconsin, Tennessee, el Centro MIT para el Estudio de Ingeniería Avanzada y la Universidad Fordham.

Así mismo, La Organización Internacional de Normas ISO creada desde hace más de cinco décadas, desde su fundación su propósito fue mejorar la calidad, aumentar la productividad, disminuir los costos e impulsar el comercio internacional.

Las normas ISO 9000, que están integradas por un conjunto de modelos y documentos sobre gestión de calidad. En 1987 se publicaron las normas internacionales actuales sobre aseguramiento de la calidad. Por primera vez, cada una de ellas sirve como un modelo de calidad dirigido a determinada área de la industria, la manufactura o los servicios. En la actualidad cubren todas las funciones o posibilidades de desempeño, y tienen el objetivo de llevar la calidad o la productividad de los productos o servicios que se oferten. Aunque los antecedentes más remotos de la existencia de la norma ISO 9000 datan de hace más de 50 años, es importante destacar que la aceptación internacional de la normalización ha tenido vigencia, sobre todo, a partir de la década de 1980.

La aplicación de las normas ISO está avalada por la Organización Internacional para la Estandarización (por sus siglas en Inglés: International Standardization Organization), que es una federación mundial de cuerpos nacionales colegiados de normalización, denominados cuerpos de los países miembros de ISO. Cada uno de estos comités tiene como objetivo preparar y establecer los estándares internacionales de normalización realizados a partir de estudios de los comités técnicos.

Dimensiones de la calidad del servicio

Las dimensiones de la calidad son conceptos o requisitos necesarios, que reúnen las expectativas y necesidades de los usuarios y que requieren ser satisfechas. Nos permiten mantener una atención de calidad centrada en el cliente y de excelencia.

Diversos autores han definido distintas dimensiones de calidad del servicio en la atención de salud que influyen en la satisfacción del usuario:

1. Accesibilidad.
2. Competencia profesional.
3. Efectividad.
4. Eficiencia.
5. Satisfacción del usuario.
6. Oportunidad.
7. Atención centrada en el paciente y familia.
8. Seguridad clínica de pacientes.

Entorno del servidor público (laboral) y su relación con la calidad

La mayor motivación y satisfacción del servidor público, depende de la introducción de un sistema de calidad que permite una mayor participación de los trabajadores de un establecimiento (o empresa), siendo ellos los motores de transformación y de preocupación de la calidad. Al involucrarse todos ellos en su trabajo diario, de vivir el concepto calidad, ven que sus aportaciones realmente se toman en consideración y que sus directivos se preocupan en el sentido de que estén capacitados para poder trabajar bien. Esto conlleva que todos los obreros se sienten

más integrados, y motivados, por su trabajo, siendo esto necesario para optimizar todos los procesos productivos, alcanzando así un alto nivel de satisfacción y optimizando

Logro de la calidad

Para lograr la calidad de servicios es necesario tomar muy en cuenta lo siguiente:

- Necesidad del usuario: Estudiar las necesidades del usuario.
- Requisitos legales: Establecidos mediante normas y protocolos respecto del producto o servicio que se va a ofrecer.
- Competencia: Estudiar, ésta permite mejorar las especificaciones propias, particularmente la capacidad resolutive.
- Capacidad del proceso: Quienes lo generan deben tener claro lo que es posible lograr en los procesos.
- Equilibrio entre costo y valor: Especificaciones más rígidas de lo necesario.
- Poca claridad y ambigüedad: Especificaciones poco precisas.

Parámetros de la calidad

- Calidad tangible. Aquéllos que responden a demandas y expectativas concretas: tiempo, cantidad, durabilidad, confiabilidad, seguridad, índice de defectos, etc.
- Calidad intangible. Aquéllos que responden a expectativas y deseos emocionales: actitudes, compromisos, atención, credibilidad, lealtad, etc.

Calidad total

- Gestión para el logro de la calidad.
- Cambio del modo de funcionamiento de la entidad, de la dirección, en su conjunto, comenzando por la dirección general y siguiendo una progresión de arriba hacia abajo.

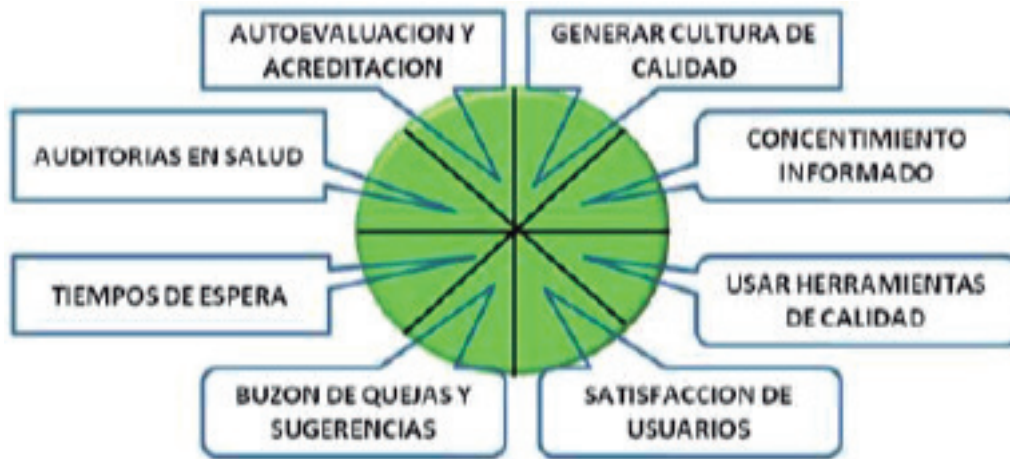
Gestión de calidad en salud

- La Gestión de Calidad en Salud, es el proceso mediante el cual una institución logra ofertar permanente calidad en sus servicios, asumiendo su responsabilidad y en observancia de normas y estándares, previamente establecidos y acordados". (Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoría- MSD).
- "La gestión de calidad constituye una práctica de gestión o gobierno de sistemas sociales (organizaciones) basada en enfoques de calidad, estos enfoques se proponen asegurar procesos que respondan a criterios de eficiencia, eficacia, de compromiso, participación interna, de consideración y atención a las expectativas de los usuarios(as) externos y partes interesadas, todos ellos conducentes a garantizar la producción y entrega de bienes y servicios de calidad". (Gestión de Calidad ISO 9000:2000 en establecimientos de salud MSD/PSRN-GTZ año 2003).
- "Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico". (Artículo 4 de la Ley N° 3131 de 08 de agosto de 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico).

Medios para evaluar la calidad del servicio de salud

- ENCUESTAS
- ENTREVISTAS
- GRUPOS FOCALIZADOS
- BUZÓN DE SUGERENCIA
- AUDITORÍAS EN SALUD

Actividades de calidad



Caracterización de la Gestión de Calidad en Salud

Atención de calidad
DESEQUILIBRIO



Gestión y atención de calidad
EQUILIBRIO



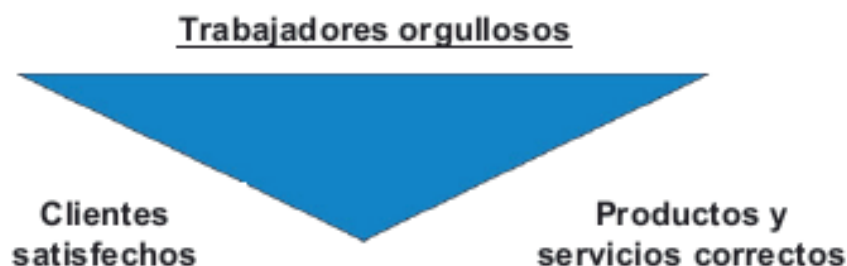
Gestión participativa en la Gestión de Calidad en Salud



(Decreto Supremo N° 29601 del 11 de junio de 2008, modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI).

Objetivos que se pretenden lograr en Gestión de Calidad en Salud

- TENER A SUS USUARIOS CONFORMES Y CONTENTOS
- TENER TRABAJADORES ORGULLOSOS DE LO QUE ESTÁN HACIENDO.
- PRODUCIR PRODUCTOS O SERVICIOS CORRECTOS EN FORMA CORRECTA.



Elementos claves para una gestión para la calidad en salud

- ESTRATEGIA DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL
- CULTURA SANITARIA
- CULTURA ORGANIZACIONAL
- ORIENTACIÓN DE LOS PROCESOS
- MODELO O PLAN PARA LA CALIDAD

Equipo de trabajo como estrategia para una gestión y atención de calidad en salud

El trabajo en equipo implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto. El equipo responde del resultado final y no cada uno de sus miembros de forma independiente. Comunicarse con los usuarios no es fácil; pero, es fundamental para ofrecer calidad de atención. Por ello se considera las 5 "C" del equipo de trabajo como elementales:

- **Complementariedad:** cada miembro domina una parte determinada del proyecto. Todos estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.
- **Coordinación:** el grupo de profesionales, con un líder a la cabeza, debe actuar de forma organizada con vista a sacar el proyecto adelante.
- **Comunicación:** el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones individuales.
- **Confianza:** cada persona confía en el buen hacer del resto de sus compañeros.

Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal.

- **Compromiso:** cada miembro se compromete a aportar lo mejor de si mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante.

El equipo funciona como una maquinaria con diversos engranajes; todos deben funcionar a la perfección, si uno falla el equipo fracasa. Es así, la actual política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural a través de los principios: Participación social, Intersectorialidad, Interculturalidad e Integralidad encara la gestión y atención de calidad con el acto de gestión compartida.

Mejoramiento de la calidad

Un ciclo de mejoramiento de la calidad es un esfuerzo organizado para compartir aprendizajes a través de equipos de trabajo y así:

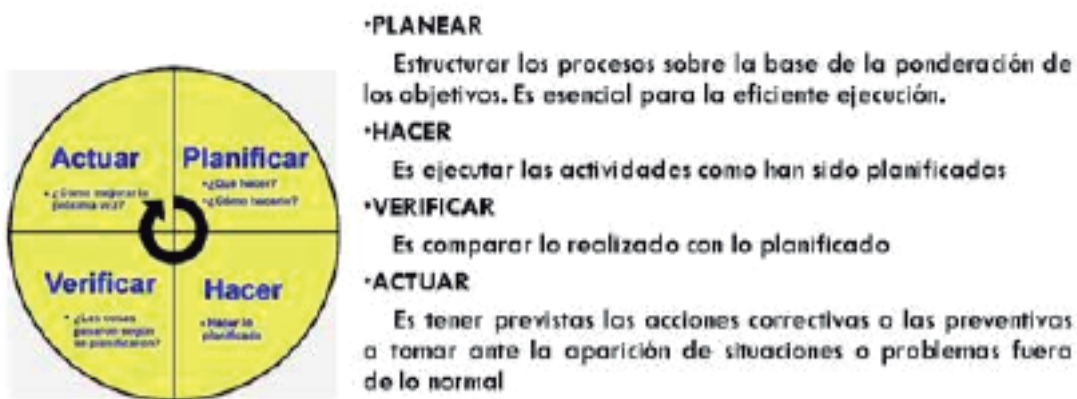
- Adaptar las condiciones locales las mejoras practicas basadas en evidencia, para mejorar un problema especifico priorizado
- Lograr resultados importantes en un periodo corto de tiempo y a bajo costo
- Expandir las mejores prácticas a otros hospitales o niveles de atención

Los elementos claves para el desarrollo de un ciclo de mejoramiento continuo de la calidad de atención son:

- Objetivos de mejora
- Organización y definición de funciones
- Consensuar paquetes de cambios
- Expansión de la estrategia al resto de la red de servicios
- Formar equipos de calidad calificados y garantizar su funcionamiento
- Un sistema de control de la calidad de los procesos y los resultados
- Un sistema regular y periódico de acompañamiento de los equipos de calidad
- Sesiones de aprendizaje como una oportunidad para compartir experiencias
- Incorporar a la estructura social de salud en el control de la calidad

El diagrama que a continuación se expone resume las etapas de la implementación de los ciclos de mejora continua de la calidad.

CICLO PHVA (Ciclo de Deming)



BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Deportes. Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud (PRONACS). Publicación N° 56, La Paz – Bolivia 2008.
2. Ministerio de Salud y Deportes. Gestión de Calidad ISO 9000:2000 en establecimientos de salud MSD/PSRN-GTZ año 2003.
3. Ministerio de Salud y Deportes. Marco Legal para la Gestión Municipal en Salud. Publicación N° 8, La Paz – Bolivia 2011.
4. Ministerio de Salud y Deportes. Manual para la implementación de ciclos de mejoramiento de la calidad de atención en servicios de segundo y tercer nivel de atención. Publicación N° 281, La Paz – Bolivia 2012.
5. Ministerio de Salud y Deportes. Guía básica de conducta médico – sanitaria. Publicación N° 66, La Paz – Bolivia 2008.
6. Historia de la Calidad en Salud. Revista de Salud Pública México N° 45.año 2000.
7. OMS / OPS. Gestión de la Calidad 2000.

ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Dr. Edgar N. Tórrez Iriarte
 Responsable Área de Acreditación
 Dr. Grover Callejas Fernández
 Técnico de Acreditación

37**OBJETIVO DE APRENDIZAJE**

Conocer el proceso de Acreditación de los establecimientos de salud y su utilidad como herramienta para la Mejora Continua de la Calidad de Atención.

INTRODUCCIÓN

En el marco de la implementación de la normativa del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS), y del Reglamento de Acreditación de Establecimientos de Salud del SEDES La Paz; el área de Acreditación de la Unidad de Gestión de Calidad en Salud, es la encargada de impulsar y monitorear procesos de Acreditación en la red de establecimientos de los diferentes niveles.

La base de este proceso de acreditación es la aplicación periódica de la Guía y Planilla de Evaluación, por parte del Equipo Técnico de Evaluación y Mejora de la Calidad (ETE y MCC), conformado por el propio personal; es decir una Autoevaluación que da como resultado un diagnóstico a partir del cual el equipo elabora un Plan de Mejora que identifica los problemas encontrados y su resolución hasta la próxima autoevaluación, y así sucesivamente hasta alcanzar el puntaje mínimo requerido para acreditar. De esta manera el Proceso de Acreditación, se convierte en una valiosa herramienta para la mejora continua de la calidad de los establecimientos de salud.

DEFINICION.

La autoevaluación es un proceso de evaluación, continuo, dinámico, obligatorio y confidencial, realizado por el personal del establecimiento, actores sociales (COLOSA, AUTORIDADES LOCALES, etc.) y municipio, trimestralmente, aplicando la Guía de Evaluación y concluyendo con un Plan de Mejora para ser cumplido hasta la siguiente autoevaluación.

La Acreditación es el resultado de un proceso de evaluación, en base a estándares ya determinados en una norma; evalúa estructura, proceso y resultado de la atención a los pacientes y de la gestión de establecimientos de salud, garantizando mejora de la calidad de la gestión y satisfacción de los usuarios.

ANTECEDENTES:

A lo largo del tiempo se han presentado diversos intentos para incorporar la calidad en el ámbito de la atención en salud. Así, en 1978 se aprueba el actual Código de Salud, en el que se incorporan algunas normativas para la entrega de servicios de salud con calidad.

En 1992, se inicia el proceso de acreditación de hospitales como política de la calidad en Bolivia.

En 1994 se implementa el proceso de acreditación de los Hospitales de Segundo y Tercer nivel, y el Programa de Vigilancia de la Calidad de servicios de primer nivel, acciones cuyo objetivo principal es siempre mejorar la calidad de los servicios de salud.

Con estos antecedentes, la normativa nacional actual (PRONACS) data del 2008 y el Reglamento de Acreditación del SEDES del 2012 como instrumentos ya definitivos y actuales que rigen el proceso de acreditación.

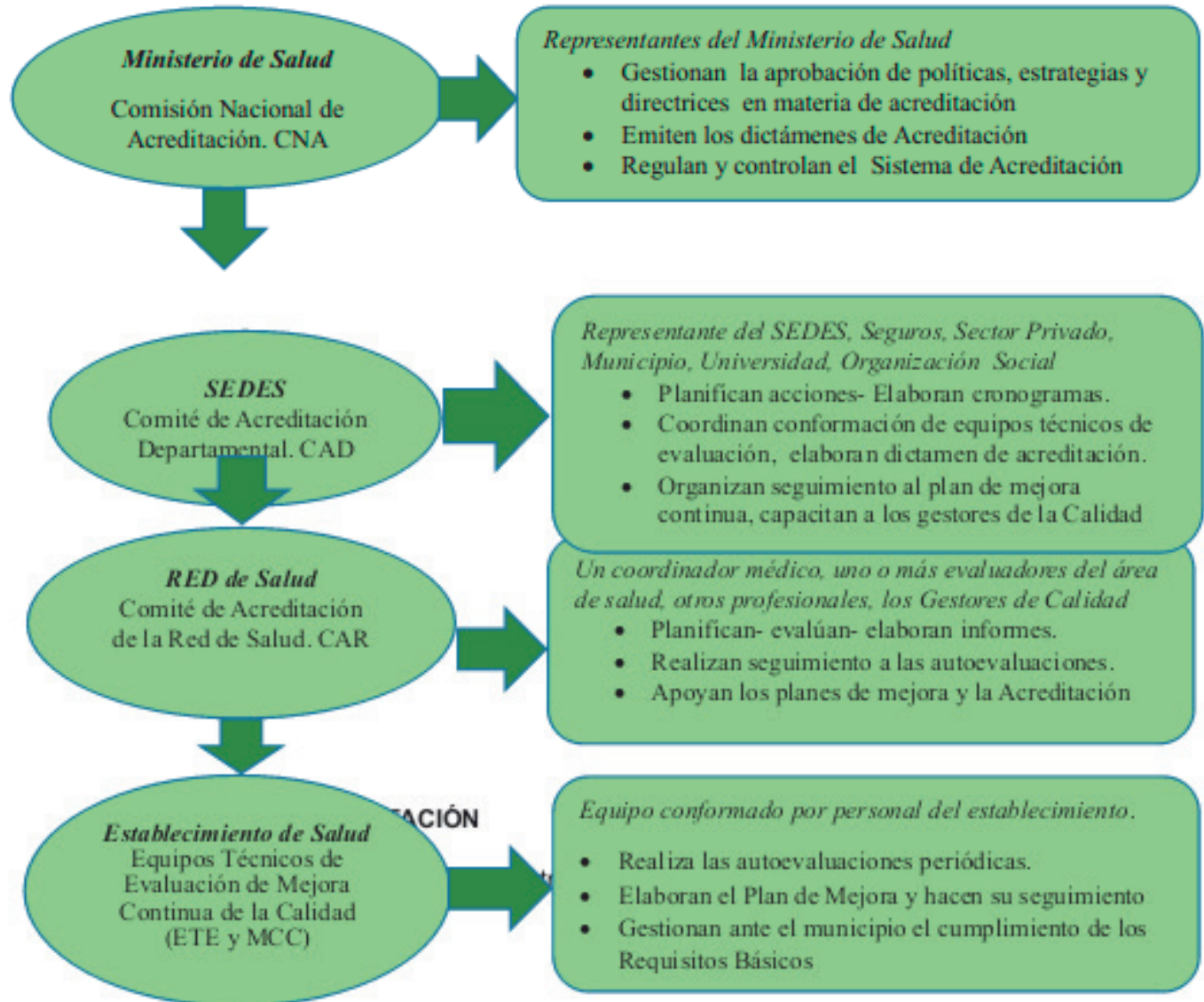
OBJETIVO DE LA ACREDITACIÓN.

Establecer un sistema de evaluación y acreditación que contribuya a la mejora continua y sostenida de la calidad de gestión y atención, garantizando que los servicios acreditados cuenten con los recursos necesarios para poder ofrecer servicios efectivos, eficientes, seguros y de calidad en todos los establecimientos de salud.

Por qué acreditar un Establecimiento de Salud:

- Contribuye a controlar procesos internos.
- Dar garantía a sus clientes externos sobre los servicios que brindan.
- Permite acceder a apoyos financieros y otras organizaciones de calidad en el exterior.
- Mejorar las relaciones mutuas con los proveedores.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA ACREDITACION



Es un procedimiento que se inicia cuando, aplicando la Guía correspondiente, en la Autoevaluación; el equipo del establecimiento ha cumplido los siguientes requisitos:

- El 100% de los 10 Requisitos Básicos.
- Calificación mínima de 85% de los Estándares Obligatorios consignados en la Guía

Cumplido lo anterior, se realiza la solicitud de Acreditación ante el Comité de Acreditación de Red correspondiente (CAR)

El CAR: realiza la verificación de los 10 requisitos básicos y el cumplimiento de los estándares de calidad obligatorios y si estos pasan el 75% de cumplimiento solicita al SEDES mediante nota, la Acreditación correspondiente por parte del Equipo Técnico de Acreditación Externa (ETAE).

MATRIZ DE MONITOREO Y REPORTE DE REQUISITOS BÁSICOS	
NO.	DESCRIPCIÓN
1	EE SS con un año de funcionamiento: Título de propiedad, planos, certificado de apertura SEDES La Paz.
2	Señalización interna y externa: La señalización externa, la señalización interna.
3	Infraestructura en buenas condiciones, paredes pintadas, limpias, sin goteras: MURO PERIMETRAL, Acera perimetral, Ingreso al Establecimiento de salud pavimentada, techos en buen estado, Telefonía (Radiocomunicación). Paredes externas e internas: revocadas y pintadas. Internas: Afiches pegados en espacio de 1.5 m x 1.5 m Ventanas y Puertas.
4	Superficies lisas en áreas de circulación restringida: Las superficies lisas especialmente de las áreas restringidas.
5	Ausencia de polvo, basura, animales domésticos y vectores.
6	Ausencia de escombros, muebles y equipos dados de baja en dependencias y terrenos aledaños al
7	Disponibilidad de servicios básicos (energía eléctrica, agua potable y medios de comunicación): Instalaciones eléctricas, de agua, telefonía (si corresponde), como alcantarilla en buenas condiciones de funcionamiento.
8	Tanque de agua y motor de energía eléctrica: El EE SS tiene estos servicios de salud como enfoque a la calidad.
9	Personal con identificación; uniforme: El uniforme oficial Mandil y Pijama color blanco para el personal de salud, y el color azul para el personal de servicio en todo EE.SS.
10	Instalaciones para circulación vertical de camillas y sillas de rueda (rampas, ascensores) en EE SS de más de una

Estos 10 requisitos básicos son sobretodo competencia municipal. Su cumplimiento es una de las principales restricciones al proceso de acreditación, lo que implica desarrollar gestiones permanentes ante los Gobiernos Municipales

ACREDITACION

Paso que sigue a la Habilitación, consiste en la verificación del Cumplimiento de los 10 requisitos básicos y 85% de los estándares obligatorios, por parte de un Equipo Técnico de Acreditación Externa (ETAE) designado por el Equipo Técnico de Acreditación Departamental. (ETAD-SEDES), ante el cual el ETAE, emite el Informe del resultado de la verificación

GRUPO DE ESTANDARES PARA EL MONITOREO DE ACREDITACION

No.	Grupo de estándar	SIGLA
1.	Accesibilidad y continuidad de la atención	ACA
2.	Evaluación del paciente (atención inicial)	EDP
3.	Atención al paciente	AAP
4.	Derechos del paciente y su familia	DPF
5.	Educación y comunicación al paciente y su familia	EPF
6.	Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento	GLD
7.	Formación y calificación del personal	FCP
8.	Gestión y mejora de la calidad	GMC
9.	Sistema de vigilancia epidemiológica en establecimientos de salud <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y control de las infecciones relacionadas con establecimiento de salud (CIES) • Manejo de residuos generados en establecimientos de salud (MRES) • Bioseguridad e higiene laboral (BIOS) 	SVE:
10.	Gestión de la información	GIN
11.	Gestión y seguridad de las instalaciones	GSI

Cabe hacer notar que además de esos estándares obligatorios existen otros opcionales para cada nivel como se ve en el siguiente Cuadro:

NIVEL DE ATENCION	Nº DE ESTANDARES OBLIGATORIOS	Nº DE ESTANDARES OPCIONALES	NO APLICA
PRIMER NIVEL	131	33	102
SEGUNDO NIVEL	242	40	4
TERCER NIVEL	245	41	0

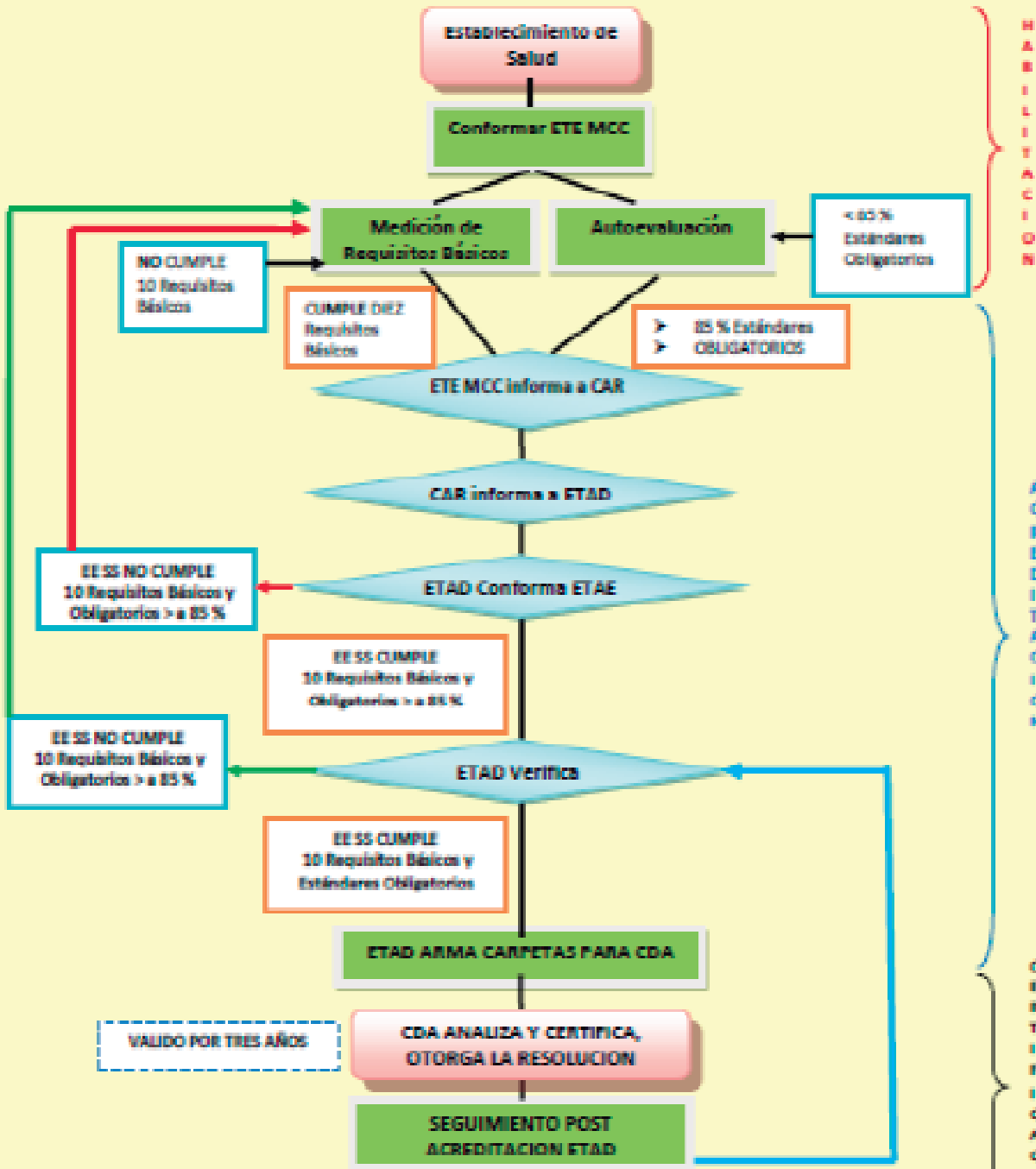
CERTIFICACIÓN

Es la fase final en la cual el Equipo Técnico de Acreditación Departamental, verifica y emite el Dictamen Final al Comité de Acreditación Departamental (CAD), el cual emite la Resolución de Acreditación que se entrega al establecimiento y tiene una vigencia de tres años, en el transcurso de los cuales; se realiza el monitoreo post acreditación para garantizar cumplimiento permanente de los requisitos.



REGLAMENTO DE ACREDITACION

ESQUEMA DE LA ACREDITACION



Reglamento de Acreditación
 CIDEF LA PAZ: Unidad de Gestión de Calidad y Servicios Hospitalarios. Área Acreditación Servicios de Salud
 La Paz, Mar-30-2013

MARCO LEGAL

- a) Constitución Política del Estado Plurinacional
- b) Ley N° 031 del 19 de julio 2010, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “ Andrés Ibáñez”
- c) Resolución Ministerial N°0090 de 26 de febrero de 2008
- d) Decreto Supremo N°28562 del 22 de Diciembre del 2005, Reglamento a la Ley N° 3131 del 08 de agosto 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico
- e) Código de Salud
- f) Decreto Supremo N° 29601, del 11 de junio 2008, que aprueba y establece el nuevo modelo sanitario de Bolivia “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”.
- g) Plan Estratégico Sectorial de Salud

ÁMBITO DE APLICACIÓN: el proceso de acreditación de servicios de salud es de carácter obligatorio para lograr la acreditación como garantía de la calidad de gestión y atención que brindan los establecimientos de salud en todos los subsectores, públicos y privados.

ALCANCE:

Se aplica a todo el sistema de salud tanto públicos, Seguridad Social y privados.

LA ACREDITACIÓN ES UNA HERRAMIENTA DEL PROCESO DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD QUE REQUIERE EL COMPROMISO DE TODOS PARA BRINDAR SALUD CON EXCELENCIA PROFESIONAL BASADA EN LA ATENCIÓN CON CALIDAD Y CALIDEZ.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia
- 2.- Bolivia: Resolución Ministerial 090-2008-MSD- 3.-Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico – 2005 y DS Reglamentario 28562-2005.
- 4.- Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel MSD 2013
- 5.- Manuales de Evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel MSD 2008
- 6.- Bolivia: 2008 Guía de Evaluación y acreditación de Establecimientos de salud de primer, segundo y tercer niveles MSD.
- 7.- Bolivia: Bases para la organización y funcionamiento de Proyecto Nacional de Calidad de Salud MSD- .
- 8.- Ley 031 Marco de Autonomías y Descentralización Julio 2010

VIGILANCIA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Lic. Lidia Ayaviri Céspedes
Responsable de Vigilancia de la Calidad SEDES La Paz

38**OBJETIVO DEL APRENDIZAJE.**

Ofrecer y compartir una información general que coadyuven al conocimiento del personal del S.S.S.R.O. que lo orienten y reflexione sobre y contribuyan a mejorar la calidad de los establecimientos de salud, para lograr la satisfacción de quienes servimos, el deber y responsabilidad de haber hecho bien las cosas parte de la vigilancia de la calidad y lograr la satisfacción del usuario externo .

La Calidad.

“Condición de la organización sanitaria que de acuerdo con la caracterización y normativa claramente definidas de sus servicios dentro de un sistema, a, permite cumplir funciones bien realizadas y seguirás que cubren satisfactoriamente las expectativas requerimientos y necesidades de los usuarios con recursos optimizados y equitativamente distribuidos”. (L.O.E.)

El Sistema de Vigilancia de la Calidad

Entendiéndose como sistema “conjunto de cosas (entiéndase componentes) que relacionadas entre sí ordenadamente, contribuyen a determinado objeto. (L.O.E.)

Constituye un instrumento valioso para la supervisión, seguimiento y monitoreo de la gestión de la calidad en los establecimientos de la red departamental. A partir de su aplicación se pretende lograr establecer procedimientos de forma sistemática y efectiva para la valoración de la gestión de la calidad y cumplimiento de los estándares de calidad, que a medida del cumplimiento logran alcanzar la satisfacción de los usuarios externos

La Falta de calidad en los servicios**La falta de calidad se manifiesta de diferentes formas incluyendo.**

- La falta de calidad hace al servicio de salud inseguro, ocasionando daño material y humano causando desconfianza y acciones legales que ocasionan reacciones prácticas de medicina defensiva.
- La mala calidad se expresa también en limitada accesibilidad, con barreras administrativas, geográficas, económicas, culturales o sociales.

Para el usuario significa:

- Largas listas de espera, horarios de atención incompatibles con sus posibilidades, distancias excesivas al centro de atención, falta de medicamentos, oferta de servicios no adecuado al contexto, preferencias culturales
- La falta de calidad corresponde a la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios de salud.
- Se quejan de maltrato, falta de comunicación, e inadecuación de instalaciones de salud.
- Los profesionales de salud y trabajadores de salud por su lado, sufren de desmotivación, sobrecarga de trabajo, que contribuyen a un deterioro de la calidad del servicio prestado.

Condiciones de la Calidad

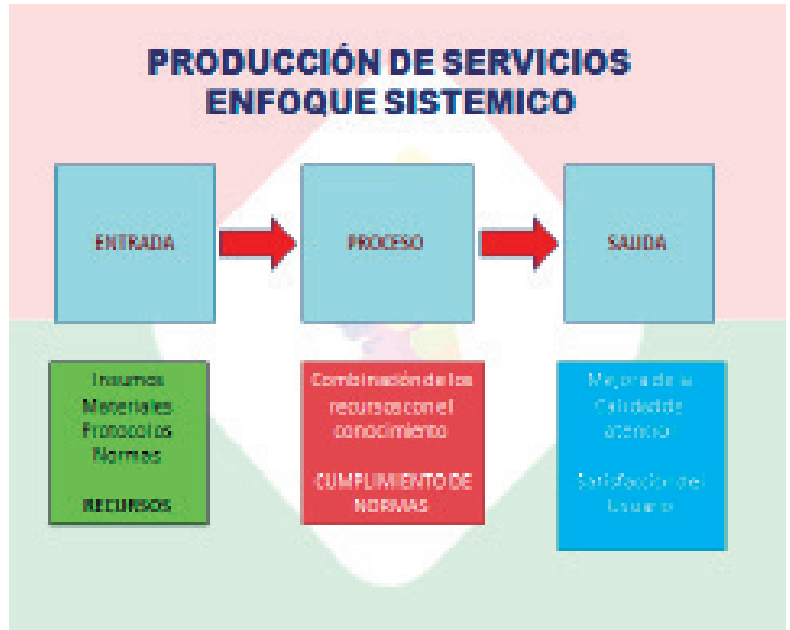
- No puede haber calidad sin ordenamiento y este no existe si no se acompaña de un marco regulador claramente definido, difundido, conocido, asimilado y cumplido por otros.
- Caracterización, de los servicios y establecimientos de salud entendiéndose como un modelo que establezca requisitos mínimos en cuanto a las condiciones de calidad y seguridad de la infraestructura ,equipamiento, dotación de recursos materiales ,insumos y medicamentos ,dotación cualitativa y cuantitativa de recursos humanos flujos funcionales y normas de organización y funcionamiento.

MARCO DE COMPETENCIAS

Dentro de la conducción y mantenimiento de los establecimientos de salud de acuerdo al manejo organizativo regional, local los actores tienen funciones específicas las cuales están definidas ante la ley responsabilidad y grado que tiene.

En el marco de competencias la participación y gestión de los ciudadanos puede jugar un rol decisivo, constituyéndose en los mejores vigilantes de los servicios.

Los gobiernos municipales actores claves que determinara el cumplimiento de la caracterización de establecimientos de salud con la dotación de infraestructura equipamiento y recursos materiales, el personal de salud al cumplimiento de La calidad es una práctica de gestión de sistemas basada en enfoque de calidad, que responden a un criterio de eficiencia eficacia y compromiso y participación interna, de consideración y atención a las expectativas de los usuarios.



Con el grafico describimos que es un accionar de un todo y depende de los procesos, siendo que la falla o falta de uno de estos componentes repercute en el funcionamiento conjunto de la organización institucional. normativas, normas de organización y funcionamiento que permiten asignar responsabilidad específica.

GESTIÓN DE LA CALIDAD COMO ESTRATEGIA DE INCLUSIÓN SOCIAL CLIENTE

- "DERECHO A LA SALUD"
- "DERECHO A LA CALIDAD DE ATENCIÓN"



Los usuarios externos ,deberia existir una relacion de equidad, universalidad, accesibilidad, continuidad, oportunidad y adecuación intercultural

Se necesita definir claramente la relación que existe entre quienes reciben los servicios de salud y quienes los brindan, ambos en calidad de usuarios (internos y externos) reconocimiento y cumplimiento a la voluntad del paciente con trato respetuoso y humanizado desde el primer encuentro considerando sabiendo que basta una mirada, una palabra o una actitud, que generen la confianza en el paciente, la creciente insatisfacción de los usuarios del Sistema de Salud, expresa desconfianza y peligroso incremento de los reclamos y demandas, judiciales por mala práctica médica, significa un deterioro en las relaciones con la sociedad,

MARCO NORMATIVO DE CALIDAD



- Me exige mas tiempo
- Me exige mejorar mis competencias
- Me exige mayor compromiso con el ES
- Me exigen supervisión
- me exigen leer
-Y no me van a pagar mas



¿¿¿ PORQUE MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCION ???

PROCESO DE SENSIBILIZACION

- 1.- Responsabilidad Jurídica (legal)
- 2.- Responsabilidad profesional
- 3.- Responsabilidad Personal



Ningún funcionario puede argumentar desconocimiento de las normas para el cumplimiento de sus deberes, aclarando sin embargo que la institución tiene la obligación de difundirlas y darlas a conocer abiertamente, así como dotar al funcionario de las condiciones necesarias para el buen cumplimiento de sus deberes de acuerdo a la índole y perfil de su cargo que ocupa en la institución. Puesto, que de no hacerlo estaría negando las condiciones de calidad necesarias para su correcto funcionamiento que implicaría debilidad o vulnerabilidad institucional, que se desempeñan en condiciones de precariedad o desventaja.

MARCO NORMATIVO

LA NECESIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LAS NORMATIVAS

Dentro del marco jurídico tener presente que el establecimiento de salud se rigen a y funcionan con base a normas, cuyo conocimiento, acatamiento y cumplimiento es un deber ineludible de cada funcionario de salud independientemente de cual sea su condición y jerarquía. Por otra parte, en concordancia con dichas normas cada funcionario debe cumplir tareas específicas que contribuyan al buen funcionamiento institucional como los componentes armonizados de una maquinaria, donde cada pieza tiene su razón de ser e influye en el funcionamiento del todo.

Por esto se requiere que cada establecimiento cuente con infraestructura, equipamiento, recursos y organización adecuados y concordantes al tipo de servicios que ofrece , de acuerdo con una cartelización y marco de competencias bien definidas.

Artículo 39 de la NCP sostiene: El Estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.

DS N° 28562 de 22 de Diciembre de 2005- Reglamento a la Ley N° 3131 del

Ejercicio Profesional Médico

Artículo 4. Definiciones.

Gestión de Calidad:

“Cumplimiento efectivo de la legislación, técnicas y procedimientos vigentes en todo acto médico”

Artículo 13. Derechos del Paciente.

Todo paciente tiene derecho a:

Recibir atención médica humanizada y de calidad

LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN “ANDRÉS IBÁÑEZ”

Artículo 81. Salud.

III. De acuerdo a la competencia concurrente del Numeral 2 del Parágrafo II del Artículo 299 de la Constitución Política del Estado se distribuyen las competencias de la siguiente manera:

f) Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades terri-



BIBLIOGRAFIA

- 1.- Guía Básica De Conducta Medico Sanitaria M.S. (Documento Técnico normativo 2008 publicación 66).
- 2.- Bases para la Organización y funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en salud. PRONACS. (Documento técnico Normativo 2008 publicación 56)
- 3.- Reglamento de Acreditación SEDES LA PAZ 2012
- 4.- Sistema de Vigilancia de la Calidad de la Red Departamental de Salud SEDES LA PAZ. 2012
- 5.- Ética y Calidad en salud :un binomio inseparable

MANEJO ADECUADO DEL EXPEDIENTE CLINICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Dr. Elías E. Quispe Mamani
Responsable Departamental de Auditoría Médica

39

OBJETIVO DE APRENDIZAJE:

Fortalecer mediante la mejora continua de la Calidad, el correcto manejo del Expediente Clínico y Consentimiento Informado, como parte de la Gestión de la Calidad en Salud.

ANTECEDENTES.-

Dentro de la estructura de la Ley 3131 de 8 agosto del 2005, que en su Artículo N° 10, refiere:

Art.: Cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales señalados en la presente Ley.

Art.: (Documento Medico Oficiales)

Bajo el resguardo y custodia del establecimiento de salud son de usos exclusivos del personal de salud.

Lo establece claramente dentro de los deberes del Medico (personal de salud en conjunto): Deber de confeccionar adecuadamente el Expediente Clínico.

El Expediente Clínico (EC) es el conjunto documentado básico y fundamental para el registro de las características del proceso salud-enfermedad que se presenta en un determinado paciente, sirviendo además como instrumento testimonial que evalúa las condiciones de funcionamiento de cualquier servicio de salud.

Un Expediente Clínico correctamente confeccionado es el mejor recaudo que puede tomar el médico y personal de salud, para evitar las consecuencias de los juicios por mala praxis y la mayor precaución contra los intentos de aquellos que quieran injustamente perjudicar con un juicio de responsabilidades.

OBJETIVOS GENERALES.-

- Establecer la norma y metodología con fundamento científico, tecnológico, administrativo, ético y jurídico, para la elaboración, integración, ordenamiento, uso y archivo del EC, en aras al mejoramiento de la calidad en todo el Sistema Nacional de Salud.
- Ámbito de aplicación:
- La Norma es de observancia y cumplimiento obligatorio en todo el Sistema Nacional de Salud.

DEFINICIÓN.-

El Expediente Clínico (EC), es el conjunto de documentos escritos e iconográficos evaluables que constituyen el historial clínico de una persona que ha recibido o recibe atención en un establecimiento de salud. Su manejo debe ser escrupuloso porque en él se encuentran todos los datos que nos permiten encarar de la mejor manera es estado de salud – enfermedad del paciente y su respectivo tratamiento.

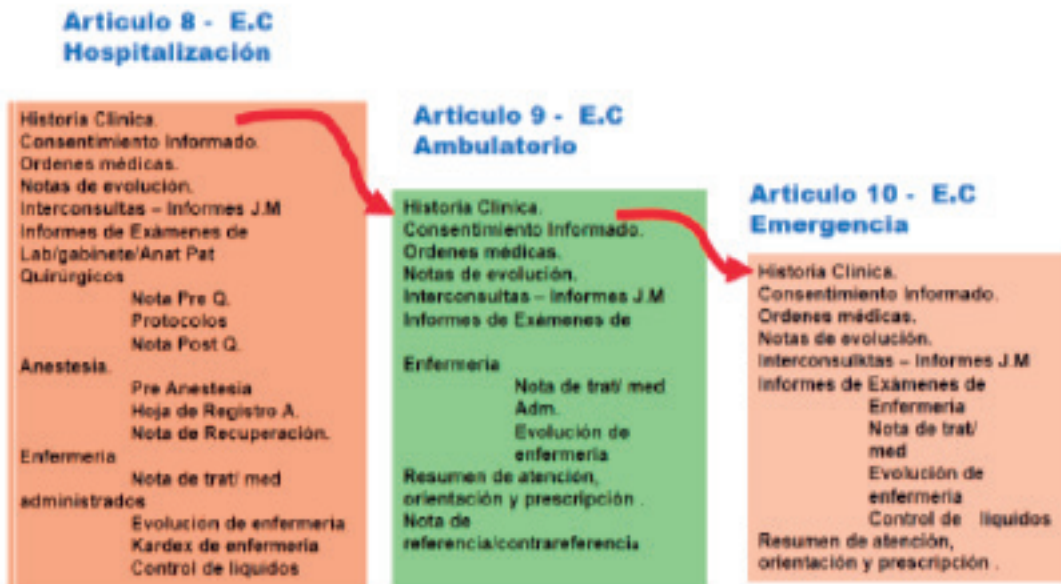
CONDICIONES BÁSICAS DEL EC



FINALIDADES DEL E.C.



TIPOS Y CONTENIDOS DEL EXPEDIENTE CLÍNICO



INDICACIÓN PARA EL MANEJO ASISTENCIAL DEL EC

Art. 14 Ordenamiento y paginación

Al ser el EC un conjunto de documentos distintos, es necesario ordenarlos en secciones fácilmente identificables y de rápida consulta.

- **Primera sección.-** Incluye todos los documentos considerados básicos.- Estos son: papeleta de internación, cuadro de registro de signos vitales, nota de ingreso o admisión, epicrisis, historia clínica propiamente dicha y formulario de consentimiento informado, colocados en orden cronológica.
- **Segunda sección.-** Conformada por el conjunto de informes de los exámenes complementarios al diagnóstico (laboratorio, imagenológicos, endoscópicos, anatomopatológicos, de valoración funcional, etc.) que deben ser ordenados por grupos de afinidad y de acuerdo a fechas, colocando los exámenes últimos o más actualizados en primer plano.
- **Tercera sección.-** Corresponde a las notas de evolución e interconsultas, informes, certificados médicos y resultados de juntas médicas, igualmente ordenadas de acuerdo a fechas, colocado en primer plano aquellas que hubiesen sido realizadas últimamente.

- **Cuarta sección.-** Contiene los productos de procedimientos invasivos que hubieran sido efectuados, como ser protocolos quirúrgicos, anestesiológicos y otros, junto a documentos referidos a copias de informes médicos requeridos por el paciente o por el propio médico tratante, así como aquellos que correspondan a la referencia (contrareferencia) de otros establecimientos.

- **Quinta sección.-** Que incluyen las hojas de indicaciones médicas y tratamientos ordenadas cronológicamente, colocando las más actualizadas en primer plano.

- **Sexta sección.-** propia de enfermería, con las hojas de reporte que pudiesen corresponder, junto a las notas de registro de medicamentos y tratamiento cumplidos, que por su importancia deben estar agrupadas en un mismo conjunto y no mezclarse con las notas de reporte.

Séptima sección.- Agrupa la epicrisis, los documentos administrativos de egreso y otros eventuales como ser protocolos de autopsia, copia de certificados de defunción, etc.

Claridad y pulcritud.-

El manejo del EC debe ser cuidadoso, con anotaciones en letra completamente legible y de fácil comprensión. La letra ilegible, tachadura, correcciones o añadidos, sobrepuesto, o aledaños a la propia escritura, son inaceptables dado el carácter documental médico-legal que tiene el EC, Si fuera necesario hacer alguna modificación o aclaración, debe ser hecha en notas o indicación aparte, debidamente refrendada con el nombre, firma y sello de quien la realice, a más de conseguir fecha y hora en el lugar que corresponda.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Definición.-

El consentimiento informado es la potestad que tiene el/la paciente de aceptar la realización en su propia persona, de procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento clínico, de laboratorio, por imágenes, instrumental o quirúrgico, toda vez que hubiera comprendido cabal y libremente los beneficios y eventuales perjuicios de dichos procedimientos, a partir de información previa que debe brindar el respectivo personal de salud que los realizara, al propio paciente, o al familiar o tutor en casos de minoridad o incapacidad física o mental, debidamente comprobada.

CARACTERÍSTICAS DEL CI

- **Voluntariedad.-** El/la paciente debe decidir libremente someterse a un tratamiento o prueba diagnóstica sin que haya persuasión, manipulación ni coerción.

- **Información.-** Es el proceso de aplicación que realiza el médico tratante al paciente y/o familiares, como parte de su obligación contemplada a la Ley 3131.

- **Comprensión.-** Es la capacidad del paciente y/o familiares de entender la información que se le da sobre la situación de salud en cuestión.

LÍMITES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El paciente tiene derecho a no ser informado, si así lo expresa previamente (dejar sentado esto en el expediente clínico), en caso de riesgo para la Salud Pública, En caso de riesgo inminente grave para la integridad física y psicológica del/la paciente, En caso de paciente menor de edad, incapacidad, físico mental.

El consentimiento Informado se aplica en todos los niveles del sistema sanitario.

Cuando solicitarlo

- Cirugías programadas o de emergencia, médicas y odontológicas.
- Procedimientos diagnósticos invasivos.

- Tratamiento médico o quirúrgico con efectos colaterales.
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria.
- Administración de anestesia.
- Tratamientos médicos de enfermedades más frecuentes, en caso de dudas del paciente.
- Tratamientos en los que se emplea medicamentos que por la evidencia científica se sabe pueda provocar efectos colaterales graves.
- Casos de violencia familiar, doméstica o sexual.
- Tratamiento Odontológico de riesgo. Ortodoncias.
- Investigaciones clínicas, médicas u odontológicas
- Transfusión de sangre y derivados
- Cualquier otra situación en las que el médico, odontólogo, enfermera, auxiliar de enfermería u otro profesional o técnico de salud, considere necesario obtenerlo.

Bibliografía.

- Donabedian A. MilbankFund.O. 44:165. Parte II, 1966.
- Ley del Ejercicio Profesional Medico N° 31313 – Capitulo IV del Ejercicio Medico y las Funciones. Art. 10. (Documentos Médicos Oficiales, de 8 de agosto de 2008. Reglamento a la Ley 31313. Decreto Supremo N° 28562. Documentos Médicos Oficiales Art. 12. (Expediente Médico).
- Norma Técnica Parar el Manejo del Expediente Clínico, emitida el 28 de febrero de 2008 con RM. 0090.
- Dr. Rodríguez Uribe William. Auditoria en Salud para una Gestión Eficiente. Editorial Médica Panamericana 1999.
- Orgaz Miranda Bernardino, Manual de Ética, Biótica, Calidad, Auditoria Médica y Responsabilidad. Editorial Instituto Internacional de Integración, 2016.

AUDITORIA EN SALUD

Dr. Elías E. Quispe Mamani
Responsable Departamental de Auditoria Médica

40

OBJETIVO DE APRENDIZAJE:

Fortalecer la información básico en Auditoria en Salud como herramienta de la Gestión de Calidad en salud, como método autocritico del acto médico.

INTRODUCCIÓN.-

La Auditoria Medica es un proceso interdisciplinario, que permite al Cuerpo Médico y equipo de Salud, realizar la evaluación del acto médico, con los objetivos de mejorar la práctica médica, ser un medio de educación continua, y mejorara la calidad de la atención.

La Auditoria medica se basa fundamentalmente en la evaluación del trabajo de atención que realiza el médico o el profesional en salud en el Sistema Nacional de Salud, para corregir aquellos resultados cuyas experiencias fueron negativas y mejorara los logros y éxitos, evitando que el ejercicio medico profesional este a la defensiva, se disminuyan los costos de atención, y se evite la confrontación médico legal.

DEFINICIÓN DE AUDITORIA MÉDICA

Mencionamos las siguientes:

La Auditoria Medica “es un procedimiento técnico de evaluación permanente de la gestión y prestación de la calidad en todas las actividades del sector salud, con el fin de detectar el funcionamiento real de sus servicios, estableciendo correctivos y/o estímulos para su mejoramiento”. Comisión Nacional de Calidad en Salud y Auditoria –MSD.

Art. 5 (Auditoria Medica) La auditoría medica es un procedimiento técnico analítico, evaluativo, de carácter preventivo y correctivo, con el fin de emitir un dictamen informe o certificación independiente referente al acto médico y a la gestión de calidad de, los servicios de salud.



EVALUACIÓN DE LA AUDITORIA MÉDICA.-

La Auditoria Medica evalúa y analiza:

- La estructura. En término de producción en los servicios médicos (de salud) está en relación con la materia prima a partir de la que se produce el servicio. Se refiere a los recursos humanos, insumos, infraestructura de los esta-

blecimientos de salud (previos y ambientes) donde se realiza la atención, equipamiento, tecnología, entrenamiento y también las finanzas, la estructura organizacional y la administración. Este componente se mide a través de un proceso de acreditación y certificación del establecimiento de salud.

- **Proceso.** Es cuando los médicos y profesionales en salud realizan su trabajo diariamente a través de la conversión de los insumos en productos, como son la consulta, visitas médicas, tratamiento, procedimientos quirúrgicos, laboratorios, imagenología, ecografía, tomografía, etc.

Este componente se mide a través de la Auditoría Médica, propiamente dicha, revisando el expediente clínico, etc.

- **Resultados.** Se basan en el cumplimiento de los objetivos del servicio o el cambio en la calidad de vida y sobrevivencia de un paciente, denominado resultado final.

OBJETIVOS DE LA AUDITORIA MÉDICA

- Garantizar la calidad de vía atención que se brinda a los pacientes, a través de análisis de los procedimientos médicos realizados, con el fin de evaluarlos para mejorar y buscar altos niveles de eficacia y eficiencia (efectividad) en la prestación de los servicios.

PRINCIPIOS QUE SE APLICAN EN AUDITORIA MEDICA

- Imparcialidad. La auditoría médica de servicio de salud se debe realizar de manera imparcial.
- Objetividad. Las Auditorías médicas deben ser concisas y específicas.
- Discreción. Los resultados obtenidos en la auditoría se manejarán con la debida reserva.

CLASIFICACIÓN O TIPOS DE AUDITORIAS.

Existen diferentes clasificaciones y tipos de Auditoría Médica; tomemos en cuenta los más importantes:

- Auditoría programática. Evalúa las políticas, planes y programas, propios del sector de salud.
- Auditoría de servicio. Evalúa la atención que se brinda en los establecimientos de salud.
- Auditoría Médica. Es una evaluación técnica, analítica, de carácter preventivo y correctivo con el fin de emitir un dictamen.

De acuerdo a la instancia se divide en:

- **Auditoría Médica Interna.** La AMI es un proceso obligatorio, auto evaluativo, técnico, unitario, educativo, preventivo y correctivo, no punitivo, que se realiza internamente en un establecimiento de salud. No se requiere de Auditores acreditados y/o especializados.

- **Auditoría Médica Externa.** La AME es un procedimiento ante denuncia, solicitudes, de realización obligatoria, a requerimiento de supuesta mala praxis médica. Debe ser realizada por auditores acreditados externos al establecimiento de salud.

De acuerdo a las necesidades se conocen los siguientes:

- **Auditoría Médica Interna periódica.** Es aquella que se realiza de manera programada, regular y obligatoria en todas las instituciones, establecimientos y servicios de salud.

- **Auditoría Médica Especial.** Es aquella auditoría no programada, que en determinadas circunstancias puede ser solicitada directamente por decisión de autoridad. Enfocando un solo objetivo.

- **Auditoría Médica Interna Inducida.** Es aquella que debe cumplir de acuerdo a necesidad emergentes que circunstancialmente se presenta en el quehacer institucional, principalmente en los siguientes casos:

- Fallecimiento intrahospitalario
- Paciente en estado crítico con riesgo de perder la vida
- Reintervenciones quirúrgicas
- Morbilidad compleja
- Diagnósticos difíciles, poco claros o conflictivos.

- Complicaciones médico-quirúrgicas
- Permanencia prolongada. Reinternación dentro de los 3 días de alta hospitalaria.
- A solicitud de los familiares, tutores o responsables legales de la paciente.

De acuerdo al propósito se conocen los siguientes:

- **Auditoria de la gestión.** Se refiere a la auditoria médica de un periodo de tiempo determinado.
- **Auditoria de la atención integral en salud.** Se refiere a las Auditorias de Calidad que permites establecer el funcionamiento integrado de los componentes de un sistema sanitario o equipo/ institución.

1. De acuerdo a la instancia que la realiza

Auditoria Interna	Auditoria Externa
a. Se ejecuta en la propia institución	a. Se ejecuta por una institución externa o auditor independiente
b. Se lleva a cabo de acuerdo a normas establecidas en el presente Manual	b. Se lleva a cabo de acuerdo a normas establecidas en el presente Manual
c. Se ejecuta con los recursos humanos de la propia institución	c. Los recursos humanos son los de la organización o institución externa que audita
d. Abarca la estructura, procesos y resultados propios de la institución	d. Abarca la estructura, procesos y resultados propios de la institución
e. Institucionalmente dependiente	e. Institucionalmente no dependiente

2. De acuerdo a necesidad:

Auditoria Periódica (Programada o Recurrente)	Auditoria Inducida (Incidental o Concurrente)
1. Con cronograma	1. Sin cronograma (por hecho imprevisto)
2. Periódica.	2. No periódica (se agota en el hecho que la originó)
3. Accionar preventivo, correctivo y propositivo	3. Accionar diagnóstico, propositivo y correctivo
4. De acuerdo a programación	4. De acuerdo a requerimiento
5. Área y objetivos elegidos por conveniencia institucional	5. Área y objetivos impuestos por un hecho contingente o eventual
6. Obedece a un marco de referencia preestablecido	6. Se circunscribe a la investigación de un hecho puntual
7. Responde a una programación	7. Responde a un caso incidental
8. Es interna o externa	8. Es interna o externa
9. Cierra con informe final y recomendaciones	9. Cierra con informe final y recomendaciones relacionadas al caso que se audita

Etapas o pasos de la auditoría interna

- Identificación de la materia de análisis.
- Análisis preliminar
- Acopio de información, sistematización e investigación.
- Auditoría propiamente dicha
- Evaluación técnica del informe
- Definición y propuesta de un plan de acción rápida
- Cierre e informe final
- Recomendaciones.

Características del informe de auditorías médicas

Los informes de auditoría médica interna o externa. Donde; se evalúa y critica la calidad de atención en forma retrospectiva, debe cumplir los siguientes requisitos de:

- Conformidad. Cuando se cumple con la normativa
- No Conformidades. Cuando hay incumplimiento a la normativa.

Bibliografía

- Donobedian A. MibankFund. O. 44:165. Parte II, 1966
- Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 31313 – Capítulo IV del Ejercicio Médico y las Funciones. Art. 10. (Documentos Médicos Oficiales, de 8 de agosto de 2008. Reglamento a la Ley 31313. Decreto Supremo N° 28562. Documentos Médicos Oficiales Art. 12. (Expediente Médico).
- Galán Morera Ricardo. Auditoría en Salud para una Gestión Eficiente. Editorial Médica Panamericana 1999.
- Manual de Auditoría y Norma técnica, Emitida el 28 de febrero de 2008 con RM.0090.
- Orgaz Miranda Bernardino, Manual de Ética, Biótica, Calidad, Auditoría Médica y Responsabilidad. Editorial Instituto Internacional de Integración, 2016.

FARMACIA Y LAS RECETAS MÉDICAS

Dr. Franklin Antonio Canaviri Yujra
Responsable Departamental de Farmacias SEDES LA PAZ

41

Objetivo del aprendizaje

Informar y capacitar a todo el personal de Salud en general y de Pregrado de la importancia de conocer las recetas Médicas y la relación de las mismas con establecimientos Farmacéuticos

La prescripción racional y adecuada es posible si el profesional, con conocimientos basados en información actualizada e independiente y con la destreza necesaria, es capaz de identificar los problemas de salud del paciente, permitiéndole seleccionar el esquema de terapia adecuado. Para lograr éste objetivo se debe contar con herramientas metodológicas y búsqueda de información independiente que permitan objetividad y racionalizar al máximo el proceso deductivo, que culmina con la emisión de una prescripción, plasmada en una receta médica.

En el artículo 17 del Reglamento del Sistema Nacional Único de Suministros SNUS se establece la aplicación de Normas de Buenas Prácticas de Prescripción de medicamentos establecidas por el Ministerio de Salud que serán motivo de auditorías específicas que permitan mejorar los hábitos de prescripción tanto en el Sistema Público de Salud como en el Seguro Social de corto plazo.

La Guía de Buenas Prácticas de Prescripción debe satisfacer las necesidades del equipo de salud relacionados con el conocimiento y uso adecuado del medicamento y dando cumplimiento obligatorio de normas de diagnóstico y tratamiento establecidas, es una herramienta oportuna, necesaria y procedente que facilita la Promoción del Uso Racional del Medicamento entre los prescriptores y logrará una atención en salud de calidad conforme a lo establecido en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, el reglamento del Comité de Farmacia y Terapéutica, Ley del Medicamento y Políticas Nacionales de Salud.

La prescripción de medicamentos en el sistema público, se realizará obligatoriamente en documento estandarizado, como fuente de datos e información relevante para la alimentación de los sistemas informáticos establecidos, contemplándose el uso obligatorio de la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales utilizando la Denominación Común Internacional - DCI o nombre genérico y protocolos terapéuticos.

La prescripción de medicamentos psicotrópicos de acuerdo a la norma del Manual para la administración de psicotrópicos y estupefacientes se realizará en receta archivada para psicotrópicos y en receta valorada para estupefacientes.

Con el fin de brindar una atención de salud con calidad y calidez, en la prestación de servicios, la relación entre el equipo de salud y el usuario debe ser horizontal, en un espacio en el cual la interacción de éstos se dé respetando la cosmovisión, mediante comunicación fluida, preferentemente en el idioma del usuario, y aceptando la decisión de éste en relación a su salud y los procedimientos médicos de diagnóstico, tratamiento y prevención, académicos o tradicionales.

Asimismo, en la prescripción, el profesional que prescribe compartirá las expectativas terapéuticas con su paciente y la familia, brindándoles la información y orientación práctica que requieran, así como también de los posibles efectos adversos a que se somete al utilizar los medicamentos procurando que el tratamiento prescrito esté al alcance de su particular economía (en caso de no contar con un seguro de salud).

DEFINICIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA

La prescripción médica es el acto de recetar, es decir la acción de expresar por escrito que medicamento debe recibir el paciente, la dosificación correcta, duración del tratamiento y ordenar su dispensación en una receta con las indicaciones precisas para su uso.

Este acto complejo requiere de conocimientos, experiencia profesional, habilidades específicas, un gran sentido de responsabilidad y una actitud ética. Por lo tanto el prescriptor deberá asumir la responsabilidad legal por lo que implica la prescripción.

La prescripción de medicamentos que realiza el profesional en salud es el resultado de una serie de consideraciones y decisiones relacionadas con la evolución del estado de salud del paciente y con el papel que los medicamentos desempeñan en su tratamiento, por lo tanto, para la correcta prescripción se deberá realizar un adecuado diagnóstico, que permita una adecuada farmacoterapia, y se deberá tomar en cuenta las pautas para una adecuada prescripción aportándole al paciente más beneficios que riesgos para su salud.

OBJETIVOS DE UNA BUENA PRESCRIPCIÓN

- Maximizar la efectividad en el uso de medicamentos.
- Minimizar los riesgos a los que se somete el paciente al usar los medicamentos.
- Cuidar por la seguridad e integridad del paciente.
- Contribuir a minimizar los costos de atención en salud por medio del uso racional del medicamento.
- Contribuir a preservar o mejorar la salud y bienestar del paciente, por lo tanto a mejorar la calidad de vida del paciente y de la población boliviana.

BASE LEGAL

1. Constitución Política del Estado.
2. Ley del Medicamento 1737.
3. Reglamento de la Ley del Medicamento D.S. 25235 4.
4. Sistema Nacional y Único de Suministros D.S. 26873 5.
5. Reglamento del Sistema Nacional y Único de Suministro R.M. 0735 6.
6. Manual para la Administración de la Farmacia Institucional Municipal FIM 10.
7. Manual de Prestaciones de Seguros del Ministerio de Salud 2.

ALCANCE

La presente guía es aplicable en todos los Establecimientos de Salud y para ser utilizado por profesionales en salud: médicos (as) generales y especialistas, odontólogos (as), bioquímicos(as) farmacéuticos(as), químicos (as) farmacéuticos(as), auxiliares sanitarios, y otros (as), que como equipo contribuirán a mejorar el estado de salud de la población.

También se dirige sobre todo a estudiantes de grado de Medicina que están a punto de iniciar los cursos clínicos e internado para lograr paso a paso el proceso de prescripción razonada, enseñando las habilidades que serán necesarias durante toda la actividad profesional. Los residentes médicos también pueden encontrar en la guía una fuente de nuevas ideas y quizá un incentivo para el cambio que le permitirá actuar de manera ética y entender porque en las instituciones de salud se han elegido determinados protocolos de tratamiento habitual, y le enseñará como hacer el mejor uso de ellos.

ASPECTOS QUE INFLUYEN EN LA PRESCRIPCIÓN

En el proceso de prescripción se consideran los siguientes aspectos que delimitan e influyen el proceso.

a) Aspectos Normativos Están facultados para la prescripción los médicos generales, médicos especialistas, odontólogos en sus ámbitos de competencia.

La receta médica, Recetario – Recibo SNUS 02 (estandarizado por el Sistema Nacional y Único de Suministros SNUS) y la Receta Valorada son los instrumentos que materializan la prescripción de los medicamentos requeridos para la farmacoterapia de la patología diagnosticada. Es un documento legal, técnico y administrativo, de propiedad del paciente y confidencial por los datos que van registrados en ella. Se puede dar a conocer información respecto al consumo de medicamentos en términos generales tales como denominación, y cantidad sin revelar el nombre del paciente y del prescriptor.

b) Publicidad y Promoción de fabricantes y distribuidores de medicamentos Se ven influenciados los métodos de prescripción por los mecanismos de publicidad y promoción de los fabricantes y distribuidores de medicamentos. Sin

embargo existen recomendaciones internacionales de la Organización Mundial de la Salud - OMS, plasmadas en los “Criterios Éticos para la Promoción de Medicamentos” y en nuestro país “Normas Éticas para la Promoción de Medicamentos” publicación N° 6 de la Serie:

Regulación Farmacéutica del Ministerio de Salud. En todas las entidades públicas de salud los profesionales de la salud, deberán de atender a los pacientes como prioridad y no así a visitantes promotores de medicamentos de industrias farmacéuticas, importadoras y distribuidoras de medicamentos.

c) Educación y Promoción del Conocimiento La formación en terapéutica médica de los prescriptores es de vital importancia y debe ser iniciada en un pregrado incorporando aspectos del uso de medicamentos de manera sistemática en la malla curricular de las Universidades, fortalecida en un post – grado y actualizada con su ejercicio profesional. En todas las instancias, un profesional que prescribe debe tener presente los principios éticos que rigen su conducta profesional, siendo uno de los factores importantes la ética en la calidad de atención a la población.

d) Aspectos socio - económicos Los prescriptores de medicamentos deben tener en cuenta en todo momento las condiciones socio – económicas de la población, sus limitados recursos económicos, conceptos culturales, grado de instrucción, entorno familiar, educación y conocimiento de medicamentos. Los prescriptores tienen la responsabilidad de conjugar los factores socioeconómicos, a fin de definir lo mejor para cada caso, según criterios técnicos, sociales y éticos, brindando la misma oportunidad de acceso a medicamentos a la población de diferentes comunidades, municipios y regiones.

En tal sentido la prescripción debe realizarse con nombre genérico.

e) Aspectos Interculturales El prescriptor deberá adoptar el modelo de salud familiar e intercultural SAFCI en los establecimientos de salud con el enfoque integral e intercultural abarcando no solo la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión, así como su salud mental y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico, de donde provienen el/la usuario/a, la familia y la comunidad. Debe existir acercamiento, coordinación, respeto y aceptación entre culturas, comunicación fluida, preferentemente en el idioma del usuario, y aceptando la decisión de éste en relación a su salud y los procedimientos médicos de diagnóstico, tratamiento y prevención, académicos o tradicionales.

PROCESO DE LA PRESCRIPCIÓN RACIONAL

La presente Guía de Buenas Prácticas de Prescripción, basada en el concepto de farmacoterapia racional, es desarrollada con el propósito de promocionar el Uso Racional del Medicamento entre los prescriptores. Por Farmacoterapia Racional se entiende al conjunto de decisiones y acciones que, sobre la base de un correcto diagnóstico e identificación de los problemas del paciente, involucra los siguientes aspectos:

Consideración de medidas no farmacológicas - Determinación de uso o no de medicamentos - Correcta selección de medicamentos (si son necesarios) - Elaboración del adecuado régimen de dosificación, con instrucción clara y completa que faciliten el cumplimiento de la terapia - Seguimiento o monitoreo de la evolución del paciente Estos aspectos son herramientas para que los prescriptores desarrollen eficientemente el proceso bastante complejo de análisis profesional basándose en evidencia científica.

PASOS DE UNA CORRECTA PRESCRIPCIÓN PASOS OBJETIVO

<p>1. Definir el Problema de Salud del Paciente</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer el Diagnóstico correcto.
<p>2. Especificar el Objetivo Terapéutico</p> <p>¿Qué quiere conseguir con el tratamiento?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evitar el uso de medicamentos innecesarios ▪ Impedir tratar dos enfermedades al mismo tiempo ▪ Evitar la prescripción profiláctica innecesaria ▪ Mejorar su adhesión al tratamiento al informar al paciente
<p>3. Diseñar el esquema de Tratamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Perfil farmacológico ▪ Eficacia ▪ Seguridad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Establecer el uso del Medicamento adecuado (fármaco y forma farmacéutica) ▪ Establecer pautas de dosificación ▪ Establecer duración del Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conveniencia ▪ Costo ▪ Forma Farmacéutica 	
<p>4. Indicar el tratamiento Farmacológico ▪ No Farmacológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escribir la receta { instrumento que materializa el tratamiento indicado} con letra legible ▪ Recetario Recibo SINUS D2 ▪ Receta médica ▪ Receta valorada
<p>5. Brindar información, instrucciones, advertencias, y otras indicaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Importancia del cumplimiento del tratamiento ▪ Efectos del Medicamento ▪ Interacciones ▪ Instrucciones ▪ Próxima Consulta ▪ Dieta Ejercicio físico ▪ Hábitos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocer y verificar si el paciente entendió las indicaciones del tratamiento
<p>6. Supervisión de la evolución del Tratamiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modificar el Tratamiento ▪ Suspender el Tratamiento ▪ Detener el Tratamiento ▪ Continuar con el Tratamiento

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS CONTROLADOS

En caso de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes, el profesional prescriptor debe tomar en cuenta que la receta archivada o valorada respectivamente quedarán retenidas en el establecimiento de farmacia, por lo que las indicaciones e instrucciones deben señalarse en una receta aparte.

Los medicamentos sujetos a control como los psicotrópicos y estupefacientes, se deben prescribir bajo la normativa vigente del Manual para la Administración de Psicotrópicos y Estupefacientes.

Receta médica archivada

El prescriptor debe prescribir específicamente psicotrópicos en Receta médica, de manera descrita en el punto 4. Indicar la receta, asimismo registrar los datos del paciente: nombre, número de carnet de identidad, domicilio, teléfono y firma.

Receta médica valorada

Estas recetas están disponibles en talonarios para la venta en el Ministerio de Salud previa autorización profesional del Área de Vigilancia y Control de la Unidad del Medicamento del Ministerio de Salud. (ANEXO 2)

Deben prescribir en el marco del Uso Racional de forma legible exclusivamente medicamentos estupefacientes aquellos profesionales médicos, odontólogos habilitados y debidamente matriculados en el Ministerio de Salud y registrar los siguientes datos:

Datos del Medicamento	Datos del Médico	Datos del Paciente
Nombre Genérico ó DCI	Nombres y Apellidos	Nombres y Apellidos
Marca (opcional)	Especialidad	Domicilio
Cantidad (líteral y numeral)	Matrícula Profesional	Carnet de Identidad
Forma Farmacéutica	Domicilio y Teléfono	Teléfono
Concentración	Sello y Firma	Lugar y Fecha

Para la venta de medicamentos, según las disposiciones de la autoridad reguladora UNIMED, éstos deben expenderse de acuerdo a su condición de venta establecida en el registro sanitario respectivo:

- Receta médica
- Venta libre

Receta médica

Se considera receta médica, a toda prescripción emitida con fines terapéuticos por un profesional de la salud facultado y matriculado en el Ministerio de Salud

Venta libre

Son de venta libre aquellos medicamentos que no necesitan receta médica para su dispensación o venta, llamados OTC (Over The Counter) y recomendados para venta libre por la Comisión Farmacológica Nacional en establecimientos autorizados farmacias y boticas por lo que no requieren prescripción facultativa, sin embargo no se acepta la venta en vías públicas.

Uso restringido

Son aquellos medicamentos que deben prescribirse en receta médica, sin embargo por la relevancia sanitaria y efectos no deseados por las consecuencias de su uso son de absoluto uso restringido. Ej. La Talidomida que tiene efectos teratogénicos.

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS NUEVOS

Criterios que deben tomarse en cuenta sobre los medicamentos nuevos que están a disposición de los prescriptores:

- Se conocen los estudios de experimentación previa o ensayos clínicos que son realizados en condiciones diferentes a las condiciones existentes cuando el medicamento es administrado a la población.
- No aportan ventajas comparativas con las alternativas terapéuticas existentes en términos de sus efectos o de su costo beneficio.
- Los productores invierten grandes sumas de dinero en la producción de medicamentos

nuevos y en su promoción para la inmediata inducción a su prescripción.

- Se debe estar alerta frente a las afirmaciones de sus beneficios y se recomienda la búsqueda de información independiente, veraz, válida y científica, registro sanitario vigente en Bolivia, y se cuestione: ¿Qué medicamento es?, ¿Cuál es su principio activo?,

¿Cuál es su indicación principal?, ¿Es un medicamento de primera elección?, ¿Se ha comparado su eficacia con la de otros fármacos o su placebo?, ¿En qué pacientes se experimentó?, ¿Tiene contraindicaciones?, ¿Tiene interacciones medicamentosas clínicamente importantes?, ¿Dónde obtuvo la información sobre el medicamento?, ¿Sobre el prospecto?, ¿De revistas comerciales que patrocinan los productores del medicamento?, ¿De las publicaciones científicas?, ¿Cuál es la información para el paciente?, ¿Tiene ventajas claras con relación a otros productos similares?, ¿Relación entre sus beneficios y sus riesgos?, ¿Se beneficia algún paciente en particular?, ¿Cuáles son los costos que implica un tratamiento?, ¿Cuál es el costo – beneficio?.

PRESCRIPCIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES

Preparado Magistral.-Es un producto elaborado bajo la dirección de un químico farmacéutico o por el mismo y diseñado o formulado por el prescriptor de manera personalizada según requerimientos farmacológicos para el paciente. La fórmula es elaborada según las normas técnico – científicas establecidas y con el detalle de principios activos y excipientes que el prescriptor formuló. Estos preparados especiales van destinados a grupos reducidos de pacientes que no cuentan con alternativas comerciales para su tratamiento. La etiqueta del producto magistral envasado deberá indicar el nombre y ubicación del establecimiento farmacéutico en el cuál se lo preparó, la fórmula completa, la dosis, la forma de uso o aplicación y el n° de orden que le corresponde en el registro de recetas de la farmacia.

PRÁCTICAS INCORRECTAS EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

- Emplear medicamentos en situaciones clínicas que no los requieran.
- Omitir medidas NO farmacológicas cuando sean pertinentes.
- Firmar recetas en blanco. - Sustituir la firma del prescriptor por un facsímil.
- Prescribir medicamentos que no sean producto de una consulta.
- Uso de productos de eficacia y/o seguridad cuestionable o de su asociación injustificada.
- Elección no acertada del (los) medicamento (s) para el problema diagnosticado en el paciente.
- Sobre - prescripción (polifarmacia) o sub – prescripción de medicamentos.
- Fallar en la dosificación, elección de la vía de administración, y/o duración del tratamiento.
- Omitir características relevantes del paciente para el ajuste de la terapia. - Insuficiente o nula explicación al paciente de los aspectos de la prescripción.
- Prescribir medicamentos caros, existiendo alternativas de menor costo e igualmente eficaces y seguras. - Creer erróneamente que los medicamentos genéricos son de menor calidad que los equivalentes de marca.
- Prescribir medicamentos nuevos sin la adecuada evaluación comparativa de su beneficio – costo. - Monitoreo deficiente de la farmacoterapia (que puede impedir la detección precoz de una falla terapéutica y/o de reacciones adversas a medicamentos).
- Utilizar letra ilegible en la elaboración de recetas.
- Emplear formas abreviadas o escuetas para la descripción de las posologías de medicamentos ej.: (3x2x2). - Entregar indicaciones inadecuadas para el paciente, así como no detallar en forma clara y precisa las medidas farmacológicas y no farmacológicas.

ERRORES EN EL PROCESO DE PRESCRIPCIÓN Y POSTERIORES

Debido a la complejidad del proceso de medicación, que comprende las etapas de prescripción, dispensación, administración y monitoreo de la medicación, se producen los errores de medicación, que pueden originar daños de importancia que son reconocidos como una causa significativa de aumento de morbi – mortalidad y del incremento de gastos en el sistema de salud, ya sea por hospitalización o por atención ambulatoria de los pacientes.

Por las características propias de la población pediátrica, es vulnerable a los errores de medicación y a las reacciones adversas a los medicamentos por la falta de experiencia en el uso de determinadas drogas considerándose así el grupo de mayor riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. “Guía de la Buena Prescripción” (OMS/DAP/ 94.11), Organización Mundial de la Salud, Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales; Ginebra 1994.
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/jh2991s/>
2. “Manual de Buenas Prácticas de Prescripción”, Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Medicamentos e Insumos (DIGEMID), Lima 2005.
[http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/Manual de Buenas Prácticas de Prescripción Imprenta1.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/Manual%20de%20Buenas%20Pr%C3%A1cticas%20de%20Prescripci%C3%B3n%20Imprenta1.pdf)
3. “Buenas Prácticas de Prescripción”, Dirección Municipal de Salud de Guanabacoa; Cuba -2008. <http://www.dmsgbc.sld.cu/formulario/buenas.htm>
4. “Guía para las Buenas Prácticas de Prescripción”, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-Dirección de Regulación Unidad Reguladora de Medicamentos e Insumos Médicos, San Salvador, Salvador-2009.
http://www.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_buenas_practicas_prescripcion.Pdf
5. “Promoción del uso racional de Medicamentos: Componentes centrales”. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, septiembre 2002.
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4874s/>
6. “Prescripción Racional de Medicamentos”; Marcelo Lalama; Ventana Abierta, Boletín de fármacos 2005; 8 (2). http://www.boletinfarmacos.org/042005/ventana_abierta.asp.
7. Normativa para una administración del medicamento segura – Seguridad del Paciente-Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río, Chile 2009.
8. Res. Ex. N° 3108/2008 del Hospital San Juan de Dios-CDT/ Servicio de salud Occidente región metropolitana sobre Prevención de Errores de Medicación, Chile 2008.
[http://www.hospital.sanjuandedios.cl/protocolos%20calidad/ Exenta_3108.pdf](http://www.hospital.sanjuandedios.cl/protocolos%20calidad/Exenta_3108.pdf)
9. Manual para la administración de la Farmacia Institucional Municipal FIM. Serie: Regulación Farmacéutica. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia 2005.
<http://www.sns.go.bo/unimed.pdf>
10. guía de buenas prácticas de prescripción publicación N°391 Ministerio de Salud.

FARMACOVIGILANCIA

Dra. Gladys Garzofino Mamani
Responsable de Farmacovigilancia SEDES La Paz

42

OBJETIVO DEL APRENDISAJE

Establecer la vigilancia obligatoria de todos los medicamentos con el fin de realizar un seguimiento sobre la eficacia terapéutica, prevenir los efectos colaterales y las reacciones adversas no deseadas producidas por los medicamentos y comunicar los hallazgos en un tiempo adecuado.

La Farmacovigilancia es la ciencia y las actividades relacionadas con la detección, evaluación, entendimiento y prevención de efectos adversos relacionado con medicamentos.

1. BASE LEGAL

La reglamentación farmacéutica para la Farmacovigilancia tiene como base jurídica legal:

- La Ley No.1737, Ley del Medicamento
- Decreto Supremo reglamentario No. 25235 que establece la vigilancia obligatoria de todos los medicamentos.
- Reglamento de la Comisión de Farmacología Nacional
- Manual del Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Vigilar la seguridad que ofrece el medicamento sobre la población en general, aportando información adecuada, mediante la detección, recolección, análisis, evaluación y prevención de las Reacciones Adversas a Medicamentos

2.2 Objetivos específicos

- a) Desarrollar Farmacovigilancia a través de la detección temprana e identificación de las reacciones adversas, fallas terapéuticas de los medicamentos.
- b) Evaluar, comprobar y registrar la información obtenida sobre reacciones adversas, interacciones y problemas de efectividad relacionados con los medicamentos.
- c) Estimar cuantitativamente la relación beneficio/riesgo de los medicamentos para mejorar la prescripción de medicamentos.
- d) Fomentar la seguridad del uso de los medicamentos en forma segura, racional y más efectiva.

3. DEL ALCANCE

Se aplican a todos los laboratorios industriales, empresas importadoras, distribuidoras, establecimientos farmacéuticos, profesionales en salud, establecimientos de salud, y personas naturales jurídicas, tanto de orden público y privado, incluyendo el seguro social de corto plazo en todo su conjunto dedicados a la fabricación, elaboración, importación, fraccionamiento, almacenamiento, distribución, dispensación, venta, donación o comercialización de medicamentos, entendiéndose como tales los productos contemplados por la Ley No. 1737

4. COMITÉ TÉCNICO DEPARTAMENTAL DE FARMACOVIGILANCIA

Es un organismo asesor- técnico- científico del Servicio Departamental de Salud, tiene como finalidad asesorar al Centro Departamental de Farmacovigilancia, sobre las medidas correctivas y preventivas que se deriven de las ac-

ciones de Farmacovigilancia. Asimismo debe:

- a) Cumplir y hacer cumplir disposiciones legales establecidas en el Sistema Nacional de Farmacovigilancia.
- b) Cumplir y hacer cumplir lo establecido en las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia.
- c) Sensibilizar en el ámbito de Farmacovigilancia a los profesionales de salud, población en general a través de capacitaciones.

5. DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE FARMACOVIGILANCIA

Es un organismo asesor- técnico- científico del equipo asistencial que representa la línea oficial de comunicación y unión entre el equipo multidisciplinario de la institución, tiene como finalidad asesorar a la unidad de Farmacovigilancia, sobre las medidas correctivas y preventivas que se deriven de las acciones de Farmacovigilancia.

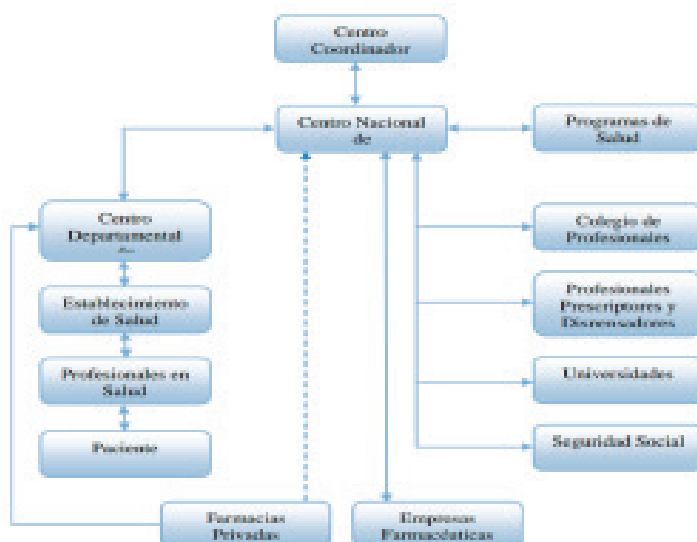
6. DE LOS EFECTORES

Los profesionales en salud deben:

- Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas en el Sistema Nacional de Farmacovigilancia y en las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia.
- aquellas de medicamentos de reciente comercialización y problemas relacionados con el uso de medicamentos.
- Monitorizar las notificaciones de sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos, garantizando que toda notificación de sospecha de carácter grave, sucedida en el territorio se comunique al Centro Nacional en el lapso de 24 horas.
- Informar la sospecha de eventos adversos, reacciones adversas en el lapso de 72 horas al centro departamental o nacional correspondiente, mediante la tarjeta amarilla de notificación espontánea utilizada por el Sistema Nacional de Farmacovigilancia.

7. DEL FLUJO DE LA INFORMACIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS A MEDICAMENTOS

Proceso de notificación de las sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos:



Ante la sospecha de una Reacción Adversa a un Medicamento:

- El paciente debe notificar al establecimiento de salud más cercano.
- En caso de acudir al centro de salud e identificar una Reacción Adversa Grave deberá derivar a un establecimiento de segundo o tercer nivel.
- El establecimiento de segundo o tercer nivel debe remitir la información a través de la tarjeta amarilla al centro Departamental previo análisis de causalidad.
- El paciente puede notificar a la farmacia mas cercana la sospecha de una RAM.
- El profesional farmacéutico debe enviar la información al centro departamental de Farmacovigilancia.

8. METODOLOGIA

Para desarrollar actividades de Farmacovigilancia, existen diversos métodos:

a) Notificaciones espontáneas: se basa en la identificación y detección de las sospechas de reacciones adversas de medicamentos de parte de los profesionales de la salud en su práctica diaria y el envío de esta información al Centro Departamental, Nacional de Farmacovigilancia.

b) Farmacovigilancia Intensiva: se fundan en la recolección de datos en forma sistemática y detallada de todos los efectos perjudiciales de los medicamentos.

c) Estudios epidemiológicos: tienen la finalidad de comprobar una hipótesis, es decir, establecer una causalidad entre la presencia de reacciones adversas a los medicamentos y el uso de un medicamento.

El más difundido de los métodos de estudio de la Farmacovigilancia es el sistema de notificación espontánea, también llamado de la tarjeta amarilla.

9.1 NOTIFICACIÓN ESPONTANEA

El Sistema Nacional de Farmacovigilancia utiliza como instrumentos de notificación la tarjeta amarilla, azul, verde, el mismo debe garantizar la información los más completo posible:

9.1.1 TARJETA AMARILLA

Instrumento utilizado para la notificación de sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos, el mismo que será único en todo el país. (Anexo I, Formulario 020)

9.1.2. TARJETA AZUL

Instrumento utilizado para la notificación de sospechas de Fallas Terapéuticas, el mismo que será único en todo el país. (Anexo II, Formulario 029)

9.1.3. TARJETA VERDE

Instrumento utilizado para la notificación de Eventos Supuestamente Atribuibles

a Vacunación e Inmunización ESAVIS. (Anexo III, Formulario 030)

9. BUENAS PRACTICAS DE FARMACOVIGILANCIA

Las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia son un conjunto de reglas, procedimientos operativos y practicas establecidas que se deben cumplir para asegurar la calidad e integridad de los datos producidos en determinados tipos

de investigaciones o estudios.

Las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia se fundan en la adquisición de datos completos de los informes de eventos adversos espontáneos, también conocido como notificación de casos.

10.1. OBJETIVO:

Las Buenas Prácticas de Farmacovigilancia están destinadas a garantizar:

- La veracidad de los datos recogidos para la correcta evaluación de los riesgos asociados a los medicamentos.
- La confidencialidad de la identidad de las personas que hayan presentado o notificado las reacciones adversas.

Para cumplir con estas Buenas Prácticas de Farmacovigilancia:

- Las notificaciones de sospechas de reacciones adversas o problemas relacionados con medicamentos deben registrarse de acuerdo con el principio de veracidad de los datos suministrados.
- Deben documentarse al máximo todas aquellas notificaciones que por su gravedad o novedad de la sospecha de reacción adversa lo precisen.
- Deben cumplirse escrupulosamente los plazos establecidos para la comunicación de sospecha de reacciones adversas graves, tratándolas con la máxima prioridad.

Características de un sistema de notificación exitoso:

- No punitivo. Los Notificadores están libres sin miedos de ser castigados o recibir represalias por la notificación.
- Confidencial. La identidad de los pacientes, los notificadores y las instituciones no son revelados nunca.
- Independiente. El Sistema de Notificación es independiente de cualquier autoridad con poder de castigar al notificador o a la institución.
- Temporalidad. Las notificaciones son analizadas rápidamente y las recomendaciones se diseminan rápidamente a los que necesitan conocerlos, especialmente cuando se identificaron peligros serios.

GLOSARIO DE TERMINOS UTILIZADOS EN FARMACOVIGILANCIA

Acontecimiento adverso. Cualquier suceso medico desafortunado que puede presentarse durante el tratamiento con un medicamento, pero que no necesariamente tiene una relación causal con dicho tratamiento.

Beneficio/riesgo, relación. Relación entre los beneficios y los riesgos que presenta el uso de un medicamento. Sirve para expresar un juicio sobre la función del medicamento en la practica medica.

Efecto secundario. Efecto que no surge como consecuencia de la acción farmacológica primaria de un medicamento, sino que constituye una consecuencia eventual de esta acción.

Eficacia. Grado en que determinada intervención origina un resultado beneficioso en ciertas condiciones, medido en el contexto de un ensayo clínico controlado.

Factor de riesgo. Característica congénita, hereditaria o derivada de una exposición o del hábito de vida que se asocia a la aparición de una enfermedad.

Indicación. Los usos al cual se destinan un producto (medicamento, dispositivo médico, suplemento dietético, etc.) después que sea probado científicamente que su empleo para una finalidad determinada es efectivo y seguro.

Intensidad o severidad de una reacción adversa. Es la magnitud del efecto provocado por una reacción adversa en un individuo, pudiéndose calificar de leve, moderado o severa, según afecte o no al desarrollo de la actividad cotidiana del paciente.

Interacción Medicamentosa. Cualquier interacción entre uno o más medicamentos, entre un medicamento y un alimento y entre un medicamento y una prueba de laboratorio.

Medicamento. Toda sustancia medicinal y sus asociaciones o combinaciones destinadas a su utilización en las personas o animales que se presente dotadas de propiedades para prevenir, diagnosticar, tratar, aliviar o curar enfermedades o dolencias.

Reacción adversa a medicamentos (RAM). Según la OMS, “reacción nociva y no deseada que se presenta tras la administración de un medicamento, a dosis utilizadas habitualmente en la especie humana, para prevenir diagnosticar o tratar una enfermedad, o para modificar cualquier función biológica”.

Reacción adversa grave. Cualquier reacción que sea mortal, que pueda poner en peligro la vida, que implique una incapacidad o una invalidez que tenga por consecuencia la hospitalización.

Reacción alérgica al medicamento. Reacción adversa al medicamento que se caracteriza por ser dosis dependiente y que es mediada por el sistema inmunológico.


Riesgo. Es la probabilidad de ocasionar un perjuicio, que normalmente se expresa como un porcentaje o una razón, la probabilidad de un suceso.

Seguridad. Característica de un medicamento que puede usarse con una probabilidad muy pequeña de causar efectos tóxicos injustificables.


Toxicidad. Grado en que una sustancia es nociva. Fenómenos nocivos debidos a una sustancia o medicamentos y observados después de su administración.

BIBLIOGRAFIA

Sistema Nacional de Farmacovigilancia./Ministerio de Salud y Deportes;
Serie: Documentos Técnico Normativo La Paz – Bolivia 2011
Ley 1737 Ley del Medicamento y Decreto Supremo No. 25235./Ministerio
de Salud y Deportes; Serie: Documentos Técnico Normativo La Paz –
Bolivia 2011
<http://agemed.minsalud.gob.bo/reg-far./index.htm>



IMPOSIBILIDAD DE REACCIÓN ADVERSA A MEDICAMENTO



TARJETA DE NOTIFICACION ; TENGA LA GENTILEZA DE REPORTAR ! Form-020

NOTA: LA FALTA DE UNO DE LOS DATOS NO IMPOSIBILITA LA REVISION DEL FORMULARIO

Nombre de la Institución:			
Nombre de Paciente:			
Historia Clínica:			
Ubicación del Paciente (dirección):			
Tel:		Zona:	
Edad:			
Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Otro
Medico Tratante:	Especialidad:		
Embarazo:	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Desac. <input type="checkbox"/> Lactancia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Desac.

CARACTERIZACION DEL EVENTO ADVERSO

Fecha del evento adverso:

Inicio del evento adverso con relación a la administración de el(los) medicamento(s) sospechoso(s):

<input type="checkbox"/> Inmediata	Dentro de:	<input type="checkbox"/> minutos	<input type="checkbox"/> horas	<input type="checkbox"/> días	<input type="checkbox"/> semanas	<input type="checkbox"/> meses
------------------------------------	------------	----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	--------------------------------

EFFECTOS DESCRITOS

Grupos Cardiovasculares	Grupos Respiratorios	Grupos SNC	Grupos Gastrointestinales	Misceláneos
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	<input type="checkbox"/> Alucinaciones	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Alteración de libido
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Congestión nasal	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Vómitos	<input type="checkbox"/> Mialgia
<input type="checkbox"/> Púrpuras	<input type="checkbox"/> Depresión respiratoria	<input type="checkbox"/> Cefalea	<input type="checkbox"/> Dolor abdominal	<input type="checkbox"/> Demencia
	<input type="checkbox"/> Tos	<input type="checkbox"/> Desorientación	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Amnesia
		<input type="checkbox"/> Fatiga	<input type="checkbox"/> Sequedad bucal	<input type="checkbox"/> Edema facial
		<input type="checkbox"/> Inestabilidad	<input type="checkbox"/> Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Dolor genitalizado
		<input type="checkbox"/> Espasmo	<input type="checkbox"/> Melitosis epigástrica	<input type="checkbox"/> Artralgia
		<input type="checkbox"/> Incontinencia	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Hematomas
		<input type="checkbox"/> Inconmunicación	<input type="checkbox"/> Vértigo	<input type="checkbox"/> Hemorragias
Alteración de los sentidos	Trastornos Urinarios	Neurólógico	Otros	
<input type="checkbox"/> Alteración de la visión	<input type="checkbox"/> Hematuria	<input type="checkbox"/> Parálisis	Dermatológicos	
<input type="checkbox"/> Alteración de la audición	<input type="checkbox"/> Dificultad urinaria	<input type="checkbox"/> Sedación	<input type="checkbox"/> Erupción cutánea	
<input type="checkbox"/> Alteración del gusto	<input type="checkbox"/> Poliuria	<input type="checkbox"/> Temblor	<input type="checkbox"/> Prurito	
		<input type="checkbox"/> Tinnitus	<input type="checkbox"/> Rash	
		<input type="checkbox"/> vértigo	<input type="checkbox"/> Apendic	
			<input type="checkbox"/> Infección cutánea	

OTROS SINTOMAS

MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)

NOMBRE GENÉRICO	LABORATORIO FABRICANTE	DOSIS (Dosis / día)	Frecuencia administración	Via	tt	Inicio / Fin tratamiento		Número de días	Autorización	
						Inicio	Fin		SI	NO

MEDICAMENTO(S) CONCOMITANTE(S)

NOMBRE GENÉRICO	LABORATORIO FABRICANTE	DOSIS (Dosis / día)	Frecuencia administración	Via	tt	Inicio / Fin tratamiento		Número de días	Autorización	
						Inicio	Fin		SI	NO

FACTORES QUE PUEDEN PREDISPONERSE A UNA REACCIÓN ADVERSA			
ANTECEDENTES DE ALERGIAS EN GENERAL			
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE	<input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE	
ANTECEDENTES DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS			
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE	<input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE	
ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN PREVIA A:			
MEDICAMENTO SOSPECHOSO			
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE	<input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE	
MEDICAMENTO CONCOMITANTE			
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE	<input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE	
OTRAS CONDICIONES			
ALTERACION HEPATICA			
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE	<input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE	
ALTERACION RENAL			
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE	<input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE	
CONSUMO DE ALCOHOL			
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE	<input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE CANTIDAD	
CONSUMO DE TABACO			
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO SABE	<input type="checkbox"/> SI, IDENTIFIQUE CANTIDAD	Nº cigarrillos / día: Nº cigarrillos / semana:
OTRAS CONDICIONES FISIOLOGICAS Y/O PATOLOGIAS RELEVANTES:			
SEGUIMIENTO FECHA:			
<input type="checkbox"/> Suspendió tratamiento con medicamento sospechoso	<input type="checkbox"/> Reagió Vinal		
<input type="checkbox"/> Requirió Tratamiento de la RAM	<input type="checkbox"/> Malformación		
<input type="checkbox"/> Requirió hospitalización	<input type="checkbox"/> Muerte		
OBSERVACIONES			
SEGUIMIENTO FECHA:		CAUSALIDAD:	
<input type="checkbox"/> Recuperado completamente	<input type="checkbox"/> No Clasificada		
<input type="checkbox"/> Recuperado con secuelas	<input type="checkbox"/> Improbable		
<input type="checkbox"/> No recuperado aún	<input type="checkbox"/> Condicional		
<input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Posible		
	<input type="checkbox"/> Probable		
	<input type="checkbox"/> Definida		
OBSERVACIONES			
Datos del Notificador			FECHA:
Nombre			Relación con el paciente:
Teléfono de contacto			



Ministerio de Salud
Ministerio de Salud y Deportes



EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES
A VACUNACION E INMUNIZACION

Form-030

SEDES: _____ Municipio: _____ Establecimiento: _____
 Teléfono: _____
 Nombre del caso: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Nombre del padre o madre: _____
 Teléfono: _____
 Dirección del domicilio: _____ (Adjete croquis domicilio al reverso)
 Investigado por:
 Nombre: _____ Cargo: _____ Firma: _____
 Fecha: _____ Relación con el paciente: _____

Vacuna administrada en el Establecimiento o brigada Fecha: _____ Hora: _____
 Fecha de inicio de los síntomas (signos): _____ Hora: _____
 Reporte Fecha Hora

Descripción de los signos y síntomas y tratamiento administrado

Nº	Signos y Síntomas	Tiempo transcurrido	Tratamiento administrado
1			
2			
3			
4			

Marque la condición del paciente según corresponda:

- Produjo discapacidad Fecha: J./J./A.
 Enfermedad que amenaza la vida cual
 Requiere hospitalización # de días.....
 Falleció Fecha Hora
 Ninguna de las anteriores

Anote datos de vacunación

Fecha	Tipo de vacuna	Fabricante	No. Dosis	Lugar de vacunación	No. Lote	Fecha de expiración

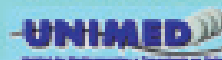
Anote cualquier otra vacuna aplicada en las 4 semanas previas a la anterior lista y a la vacuna cuestionada

Fecha	Tipo de vacuna	Fabricante	No. Dosis	Lugar de vacunación	No. Lote	Fecha de expiración

Se hicieron pruebas de laboratorio? si no cuales _____
 El paciente tiene antecedentes de alergias, convulsiones, defectos congénitos diagnósticos, otros si no
 Cual? Detalle: _____
 Reportó este evento previamente si no a quién? _____ donde: _____
 Clasificación final del caso Confirmado Descartado



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes



Form. - 029

NOTIFICACION DE SOSPECHA DE FALLAS TERAPÉUTICAS Y FALLAS FARMACÉUTICAS

NOTA. NO DEJE DE LLENAR SI NO CONOCE ALGUNA INFORMACIÓN SOLICITADA

NOMBRE GÉNÉRICO:		PAÍS DE ORIGEN:	
NOMBRE COMERCIAL:		N° REGISTRO SANITARIO:	
CONCENTRACIÓN:		COLOR:	
CÓDIGO:		OLOR:	
FORMA FARMACÉUTICA:		SABOR:	
LABORATORIO FABRICANTE:		VOLUMEN:	
FECHA DE EXPIRACIÓN:		CONTAMINACIÓN:	
N° LOTE(S):		DESINTEGRACIÓN:	
PRESENTACIÓN:		OTROS (Especifique):	
INDICACIÓN:			
DOSIS:			
DURACIÓN DEL TRATAMIENTO:			
COMENTARIO DE LA INEFICACIA DEL MEDICAMENTO:			
OBSERVACIONES:			
INFORMACIÓN DEL NOTIFICADOR			
NOMBRE Y APELLIDOS:		PROFESIÓN:	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		LUGAR:	FECHA:
			FIRMA:
ACCIONES A TOMAR: (Espacio de Resado exclusivo de la Unidad de Medicamentos y Tecnología en Salud)			

NOTA: Este formulario deberá ser remitido a la Autoridad Reguladora de Medicamentos del Ministerio de Salud y Deportes

TOMA DE MUESTRA BIOLÓGICA

Dr. Juan José Amador Arze
Resp. Área de Laboratorio

43

OBJETIVO DEL APRENDISAJE

Asegurar que el resultado de laboratorio, cuya muestra debe ser tomada por profesional capacitado y en cantidad representativa, coadyuve a confirmar o descartar el diagnóstico presuntivo (posible causa de enfermedad) que realiza el médico tratante.

Definición.-

Se entiende como muestra biológica, al material de origen humano proveniente de tejidos o fluidos (sangre, orina, fluido vaginal, materia fecal, líquido cefalorraquídeo, semen, saliva, sudor, líquido amniótico y otros) obtenido para su análisis. Los resultados obtenidos ayudan al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades.

La toma de muestra será entonces un conjunto de procedimientos y técnicas destinadas a obtener fluidos o tejidos corporales adecuados para su análisis en el laboratorio, para posterior emisión del resultado, a partir del paciente.

Obtención de Muestras.-

A continuación indicamos los puntos básicos para la obtención de cualquier tipo de muestra biológica: Verificar que en la solicitud del examen de laboratorio indique que tipo de prueba se realizara, cual es la posible enfermedad (diagnostico presuntivo) para luego saber que muestra se le pedirá al paciente.

Preparar el equipo que se necesitara para la toma de muestra: estuche para cateterismo, bandeja para punción lumbar, agujas hipodérmicas, frascos de vidrio limpios, tubo de ensayo estéril, jarra, papel absorbente y otros.

Se le explicará al paciente lo que hará el profesional en salud al grado que pueda cooperar en la toma de muestra, según el procedimiento que se vaya a efectuar, proporcionándole intimidad, ajustando la intensidad de la luz, ayudando a acomodarse, la posición que debe tomar y cubrirse. El profesional en salud deberá tomar en cuenta todas las normas de bioseguridad para la toma de muestra, una vez que se realice la técnica (según el caso de muestra a analizar) se deberá asegurar que la cantidad de muestra sea suficiente, el recipiente adecuado, el momento oportuno y el paciente indicado en las condiciones dadas.

Una vez que se tenga la muestra se deberá tomar en cuenta como se la tratara; tomando en cuenta factores como la conservación si es a temperatura ambiente o refrigerada, se llevara de inmediato al laboratorio o si se ha de manejar de manera especial.

Posteriormente se deberá identificar el recipiente donde se tiene la muestra a analizar por el laboratorio, con el etiquetado, nombre del paciente, edad, sexo, número de identificación y de cuarto (caso si el paciente este hospitalizado), (cantidad, según el caso) hora y fecha de la toma de muestra, nombre del médico tratante.

En el expediente clínico debe registrarse día y hora, el procedimiento en sí, la respuesta emocional y psicológica del paciente, también debe incluirse cualquier medicamento o solución utilizada en la realización de la prueba o si el paciente consume algún tipo de fármaco que pueda alterar en el resultado del análisis de la muestra en laboratorio. Las muestras biológicas para analizar pueden ser de distinto tipo según de donde viene podemos decir:

Muestra de orina, sangre, heces fecales, vómitos, esputo, líquido cefalorraquídeo (LCR), contenido gástrico – duodenal, líquido seminal, piel, pelo y uñas, exudado nasal, faríngeo, conjuntival, ótico, uretral, vaginal, de heridas.

El personal de enfermería, generalmente, es el responsable de la obtención y recogida de las muestras biológicas. Sólo en casos excepcionales si bien por las características y complejidad de la técnica o por la enfermedad padecida por el paciente, será el médico quien lleve a cabo el procedimiento de obtención de la muestra, el caso de LCR o de cierto tipo de exudados.

Bibliografía.-

Ministerio Salud y Deportes de Bolivia. Manual de Toma de Muestra, Conservación, Transporte y Envío de Muestras. 2010; 166: 7-40

LA DONACION DE SANGRE COMO PARTE DE LA HEMOTERAPIADr. Juan José Amador Arze
Resp. Área de Medicina Transfusional**44****OBJETIVO DEL APRENDISAJE***Conocer y saber la importancia de la Donación de Sangre, garantizando la calidad, seguridad, disponibilidad y/o productos que se puedan obtener de la misma para personas que lo necesiten.***Antecedentes.-**

Las transfusiones de sangre y los productos sanguíneos contribuyen a salvar millones de vidas cada año, permitiendo aumentar la esperanza y la calidad de vida de pacientes con enfermedades potencialmente letales, así como llevar a cabo procedimientos médicos y quirúrgicos complejos, también desempeñan un papel fundamental en la atención materno-infantil, desastres naturales y los provocados por el ser humano.

Únicamente puede garantizarse un suministro de sangre adecuado mediante donaciones periódicas voluntarias no remuneradas. El objetivo de la OMS (Organización Mundial de la Salud) es que hasta el 2020, todos los países obtengan su suministro de sangre de donantes voluntarios no remunerados¹.

Definición.-

La donación de sangre es un procedimiento médico por el cual a una persona se le realiza una extracción de sangre que posteriormente se inyecta a otra persona (transfusión de sangre) o en su caso se usa para la elaboración de medicamentos.

La Donación como tal.-

Los Bancos de Sangre o Servicios de Transfusión se aprovisionarán de Sangre Humana, sus componentes y derivados a través de donantes voluntarios y altruistas no remunerados, toda extracción de sangre se efectuará en establecimientos habilitados legalmente, previo examen médico y de laboratorio, estos centros tienen la obligación de realizar pruebas serológicas a toda sangre extraída a ser transfundida; para LES (Lupus eritematosos sistémico, hepatitis A, B, C y D, VIH- SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida), Chagas, Malaria y caso necesario para detectar otras en enfermedades transmitidas por esta vía.

En caso de encontrarse reacciones serológicas reactivas, para enfermedades infecto - contagiosas, los resultados deben ser notificados a la autoridad de salud correspondiente, a todo donante se le entregará "Carnet de Donante" en el cual se registrará: el Grupo Sanguíneo, Factor Rh y la fecha de la última donación, a sola presentación del Carnet de Donante, se priorizará a éste y a su familia, en caso de necesidad de transfusión sanguínea.

Sólo podrán ser donantes de sangre o de sus componentes, las personas comprendidas entre los 18 y 60 años, debiendo cumplir los requisitos establecidos, no podrán ser donantes las siguientes personas: Mujeres embarazadas hasta después de transcurridos seis meses del parto, personas portadoras del virus de hepatitis A, B, C y D, personas con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y portadoras del virus VIH.

La cantidad máxima de sangre que se puede extraer a cada donante será el equivalente a 500 ml, incluido el anticoagulante, quedando terminantemente prohibida la donación de sangre por personas que tengan conocimiento previo de ser portadores de condiciones patológicas y transmisibles, a través de la transfusión sanguínea.

Transfusión de sangre y Receptores.-

Toda transfusión de sangre y/o de sus componentes deberá ser realizada con sangre compatible, entre el donante y el receptor, con pruebas de compatibilidad en cada caso, y con los análisis de laboratorio establecidos, la persona que se somete por prescripción médica a una transfusión de sangre y/o sus componentes.

Sobre el personal a cargo.-

Las prácticas referidas a extracciones y transfusiones de sangre serán realizadas por personal profesional de Enfermería o técnico en Hemoterapia, bajo la supervisión de un médico especializado en hematología y en hemoterapia, los Bancos de Sangre tendrán sus laboratorios bajo responsabilidad de un Bioquímico especializado en Inmunohematología o profesional médico especializado, con certificación del Colegio profesional respectivo.

Las Jefaturas de Centros de Referencia Nacional y Centros de Referencia Regionales, estarán a cargo de médicos hematólogos preferentemente con experiencia en administración de servicios de salud, el personal de apoyo estará bajo la dirección y control directo de un profesional médico o bioquímico especializado en el área, donde se aplicaran normas técnicas de bioseguridad y control de calidad.

Toda transfusión sanguínea está exenta de remuneración, lo que quiere decir que es totalmente gratuita tanto para el personal profesional y/o técnico a nivel institucional público, así como para los donantes y/o receptores, solo se cobrara por los insumos utilizados de acuerdo a los aranceles fijados en cada Hemocentro.

Bibliografía.-

Decreto Supremo N° 24547 - Reglamento a la Ley de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre. 1997; 14: Art. 14-15; Art. 17-19; Art. 23; Art. 27.

Decreto Supremo N° 402 - Donación de hemocomponentes de sangre segura. 2010; 2: Art. Único.
Organización Mundial de la Salud (Sede web). 2016 (2017; Consultado 20 de septiembre de 2017).
Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-blood-donor-day/2016/event/es/>

HEMOVIGILANCIA

Dr. Juan José Amador Arze
Resp. Medicina Transfusional

45

OBJETIVO DEL APRENDISAJE

Personal del servicio de transfusión de Centros de Salud de 2° y 3° nivel, cuenten con el conocimiento necesario respecto a las medidas y procedimientos a realizar frente a reacciones adversas que se presenten en el momento de una transfusión o donación de sangre.

Definición.-

Conjunto de procedimientos organizados de vigilancia relativos a los efectos o reacciones adversas que puedan aparecer a lo largo del servicio de transfusión, desde la extracción de la sangre y componentes hasta el seguimiento de los receptores, todo ello con el fin de prevenir y tratar su aparición o recurrencia.

Antecedentes.-

Es en este sentido que debemos tomar en cuenta los siguientes términos:

Receptor: Persona que ha recibido una transfusión de sangre o componentes sanguíneos.

Incidente: Término usado de manera general para hacer referencia a cualquier tipo de efecto, acción o reacción inesperada durante los procesos de donación, preparación de componentes o transfusión.

Reacción adversa: Respuesta nociva e inesperada en el donante o en el paciente, en relación con la extracción o la transfusión de sangre o de sus componentes. Se considera grave si el resultado es mortal, potencialmente mortal, produce invalidez o incapacidad o da lugar a hospitalización o enfermedad o, en su caso, las prolongue.

Efecto adverso: Cualquier hecho desfavorable vinculado a la extracción, verificación, tratamiento, almacenamiento y distribución de sangre y componentes.

Imputabilidad: Probabilidad de que una reacción adversa en un receptor pueda atribuirse a la sangre o al componente transfundido, o de que un efecto adverso en un donante pueda atribuirse al proceso de la donación.

Incidentes que se deben notificar.-

1. Incidentes relacionados con la Transfusión:

Reacciones adversas a la transfusión (RAT): Respuesta nociva e inesperada en el paciente, en relación con la transfusión de sangre o de sus componentes.

a. Errores en la administración de componentes (EAC): Episodio en que a un paciente se le transfunde un componente sanguíneo que no cumple los requisitos idóneos o que estaba destinado a otro paciente.

b. Incidentes sin efecto: Cualquier error que de no haberse detectado a tiempo hubiera producido un incidente en el proceso transfusional, pero que al ser detectado antes de la transfusión no se ha llegado a producir.

2. Reacciones Adversas a la Transfusión:

Reacciones de tipo febriles, alérgicas, hemolíticas, edema pulmonar carcinogénico, lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión, aloinmunización, sospecha de infección bacteriana transmitida por transfusión, púrpura postransfusional, hemosiderosis, sospecha de infección parasitaria transmitida por transfusión, error en la administración de componentes, otros.

Incidentes relacionados con la donación.-

1. Complicaciones con síntomas locales: causadas directamente por la inserción de la aguja. Algunas se caracterizan por producirse extravasación, mientras otras se caracterizan por la aparición de dolor.

1a. Complicaciones principalmente caracterizadas por extravasación, están los hematomas que consiste en acumulación de sangre en los tejidos fuera de los vasos y sus síntomas son: decoloración, hinchazón y dolor local.

2a. Punción arterial de la arteria braquial o de una de sus ramificaciones producida por la aguja utilizada en la venopunción, donde los síntomas son el dolor leve localizado en la región del codo, objetivamente se puede ver la sangre recogida de un color rojo más luminoso del normal y quizás movimientos de la aguja provocados por la pulsación arterial, la bolsa se llena muy rápido, en casos de no haber complicación puede no presentarse hematoma en la región, complicaciones como es el riesgo de un hematoma grande que se incrementa, así como de síndrome compartimental en el antebrazo, pseudoaneurisma en la arteria braquial, fístula arteriovenosa, sangrado retardado o reinicio espontáneo del sangrado en el lugar de la venopunción después de realizada la donación.

2. Complicaciones principalmente caracterizadas por dolor:

1a. Irritación neurológica producida por la presión ejercida por un hematoma, donde los síntomas son de tipo nervioso irradiando dolor y/o parestesias en asociación con el hematoma.

2a. Lesión neurológica será el daño de un nervio al insertar la aguja o retirarla, los síntomas serán dolor con frecuencia asociado a parestesia, es irradiante e intenso.

3a. Daño en el tendón producido por la aguja, los síntomas serán con dolor local intenso, no irradiante que se inicia inmediatamente tras la inserción de la aguja.

4a. Dolor en el brazo, casos caracterizados principalmente por dolor local, intenso e irradiante en el brazo de la donación y que aparece durante o en las cuatro horas siguientes.

3. Otras categorías con síntomas locales:

3a. Tromboflebitis que es la inflamación de una vena asociada a trombosis, los síntomas que se presentan son: calor, endurecimiento, dolor local, enrojecimiento e hinchazón.

3b. Alergia (local): reacción cutánea en el lugar de venopunción producida por alérgenos de las soluciones utilizadas para la desinfección del brazo o alérgenos de la aguja, los síntomas serán: rash, hinchazón y picor en el lugar de venopunción.

4. Complicaciones con síntomas generalizados:

Reacción vasovagal: sensación general de malestar y debilidad, con ansiedad, mareo y náuseas, que puede progresar hasta la pérdida de conocimiento (síncope). En la mayoría de los casos se producen sólo síntomas menores, pero unos pocos casos siguen un curso más grave con síntomas como pérdida de conciencia y convulsiones o incontinencia, los síntomas son sobre todo malestar, debilidad, ansiedad, mareo, náuseas, sudoración, vómitos, palidez, hiperventilación, convulsiones y pérdida de conciencia.

Se clasifican en cuatro tipos:

- **Reacción vasovagal inmediata:** los síntomas se producen antes de que el donante haya abandonado el lugar de donación.
- **Reacción vasovagal inmediata con daño:** daño causado por caídas o accidentes en donantes con reacción vasovagal e inconsciencia antes de que el donante abandone el lugar de donación.
- **Reacción vasovagal retardada:** los síntomas se producen después de que el donante haya abandonado

el lugar de donación.

• **Reacción vasovagal retardada con daño:** causado por caídas o accidentes en donantes con reacción vasovagal e inconsciencia después de que el donante haya abandonado el lugar de donación.

Sobre el personal a cargo.-

Las prácticas referidas a extracciones y transfusiones de sangre serán realizadas por personal profesional de Enfermería o técnico en Hemoterapia, bajo la supervisión de un médico especializado en hematología y hemoterapia.

Recomendaciones ante una Reacción Transfusional.-

El caso de tener una reacción adversa se procederá de la siguiente manera: Interrumpir de inmediato la transfusión, notificar la reacción al médico, valorar y estabilizar al paciente, posteriormente se retirara el equipo de transfusión y el hemoderivado.

Se tomara una muestra del hemoderivado y se llevara al Banco de Sangre local para su posterior estudio.

Bibliografía.-

Decreto Supremo N° 24547 - Reglamento a la Ley de Medicina Transfusional y Bancos de Sangre. 1997; 14: Art. 14-15; Art. 17-19; Art. 23; Art. 27.

Decreto Supremo N° 402 - Donación de hemocomponentes de sangre segura. 2010; 2: Art. Único.

Norma de procedimientos de enfermería para los tres niveles de atención publicación 290, la paz Bolivia 2013 serie documentos técnicos normativos

Servicio de Salud del Principado de Asturias (Sede Web). Consultado 08 de noviembre de 2017. Disponible en: [https:// www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20 y %20Sistemas/AS_Calidad/ SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/GHAS%202011/Definiciones.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE/GHAS%202011/Definiciones.pdf)



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS



SISTEMA DEPARTAMENTAL DE INFORMACIÓN

SALUD PARA LA PAZ



LA INFORMACION EN SALUD SISTEMA DEPARTAMENTAL DE INFORMACION EN SALUD (SDIS) (DEFINICION Y USO)

MSc. DR. Casto Hugo Navia Mier
JEFE UNIDAD SDIS SEDES LA PAZ

Lic. Wilfredo Heredia, Tec. Edgar Cabrera, Tec. Daly Silva, Adhemar Ayala

46

OBJETIVO DEL APRENDISAJE

El Estudiante comprenderá y aplicará los componentes de las definiciones y el uso de la información en salud, durante su rotación del Servicio de Salud Rural Obligatorio en las actividades diarias y continuas dentro del establecimiento de salud, enfocado al resultado final que es la toma de decisiones en base al análisis de la información en salud

I. INTRODUCCIÓN

La información que se genera en cualquier ámbito es un elemento valioso para poder determinar diferentes tipos de acciones, preventivas, operativas o correctivas u otras; en salud no es diferente esta concepción ya que en todos los niveles de gestión, vale decir el nivel nacional, departamental, municipal, la red de salud un municipio o un establecimiento de salud requiere y necesita estadísticas de salud para saber el alcance que logra en relación a la población que atiende traducido en coberturas, causas de consulta (Morbilidad) o causas de defunción (Mortalidad), las causas de enfermedades y cualquier otra causa relacionada al estado de la salud de una población determinada. Teniendo a disposición esta información, los niveles descritos deberían poder abordar los problemas de salud y priorizar el uso de recursos de cualquier tipo para dar respuesta, considerando que todo recurso destinado a salud es un recurso muy valioso.

Cada año, la OMS analiza los datos de sus 193 Estados Miembros y elabora estimaciones de carga de morbilidad y mortalidad que se publican en el informe Estadísticas Sanitarias Mundiales.

Dichas estimaciones vienen a ser como la boleta de calificaciones de la salud mundial. Nos indican, por ejemplo, que los riesgos para la salud están cambiando. En efecto, el número de personas que mueren por enfermedades infecciosas en los países de ingresos bajos y medianos está disminuyendo, pero está aumentando el de personas que padecen enfermedades crónicas como consecuencia de los cambios en las pautas de actividad física y de consumo de alcohol, tabaco y alimentos. Estos países ahora sobrellevan la doble carga de las enfermedades crónicas no transmisibles y las enfermedades que tradicionalmente afectan a los pobres.

Dentro el Sistema de Salud en Bolivia, se ha definido el uso de indicadores de salud para monitorear y llevar adelante procesos de medición, comparación y principalmente la toma de decisiones en base a los resultados de las actividades operativas realizadas en los establecimientos de salud, este análisis de la información a partir del uso de indicadores establecidos por compromisos internacionales, los programas nacionales o intereses departamentales y la toma de decisiones se consideran como el acto final del proceso de información y como el punto de partida de un proceso de planificación estratégica que dirija las acciones operativas como retroalimentación del proceso de relevamiento de información y su uso correspondiente de un proceso de gestión permanente.

La información generada en cada una de las actividades de cuidado de la salud o los procesos y procedimientos que esto genera, debe ser utilizada de manera racional en cada uno de los niveles de gestión de acuerdo al actual modelo, vale decir que desde el nivel inferior operativo sea esta una comunidad o un sector que recibe atención de salud, deben hacer uso de la información generada como instrumento del proceso gerencial integral: Planificar, organizar, dirigir, coordinar y controlar las acciones que se desarrollan para alcanzar niveles de eficacia y eficiencia en estos niveles, siendo que esta información es el reflejo de las actividades operativas y que las decisiones que conlleva estas deben ser locales o regionales y alcanzar a los niveles departamental y nacional como reflejo de la implantación de la política pública.

En este sentido se debe tener claro que la información generada debe conducir a:

- Tomar decisiones, las alternativas más satisfactorias para hacer efectivas estas.
- Controlar su ejecución.
- Evaluar los resultados expresados en nuevos hechos.

El Sistema Nacional de Información en salud (SNIS), fue creado en año 1990, y fijó como su objetivo principal, el de proporcionar información de salud en forma oportuna y confiable de los servicios de salud del Sistema Nacional de Salud, es decir todos los subsectores: Públicos, Seguridad de Corto Plazo, ONGs, Iglesia, FF.AA., privados, etc., y de sus tres niveles de atención, en el marco del modelo de atención.

La actualización permanente tanto del conocimiento científico como de la experiencia ha desencadenado la generación de procesos y procedimientos, tendientes a simplificarlos y disminuir el tiempo que se demora en formalizar las acciones en base a documentos administrativos e incorporando procesos informatizados y herramientas informáticas que permitan optimizar la gestión de la información y la mejora de los atributos de la información.

II. CONCEPTOS GENERALES

1. Definición Operativa del SNIS/VE

El Sistema Nacional de Información en Salud se define como: “un conjunto de normas, instrumentos, procesos y procedimientos destinados a la captación, sistematización, consolidación y retroalimentación de la información, concerniente a los procesos técnicos y administrativos del proceso de brindar salud a la población y los eventos de vigilancia epidemiológica en los establecimientos de salud de acuerdo a las normas nacionales e internacionales, con el fin de garantizar la adecuada y oportuna toma de decisiones en todos los niveles del Sistema Nacional de Salud”

2. Instrumentos del SNIS/VE

El Sistema Nacional de Información en Salud reconoce a los instrumentos de CAPTACION, SISTEMATIZACION Y CONSOLIDACION, de acuerdo a la Resolución Ministerial 2010 del 20 de Diciembre de 2013 en actual vigencia, es así que tenemos cuatro tipos de instrumentos:

2.1. Instrumentos de captación:

Son los instrumentos destinados al registro de datos de tipo clínico y epidemiológico desde la fuente primaria de información, los usuarios o clientes de un servicio y se consignan cuando el usuario o cliente hace consumo del servicio. En esta categoría entra todo instrumento que capte la información clínica y socio demográfica como epidemiológica de cada paciente y son los siguientes:

- Historia Clínica R.A.- SALUD INE 101
- Historia Clínica Perinatal
- Carnet de Salud de la Madre
- Carnet de Salud Infantil
- Certificado Único de Defunción CEMED, RA-SALUD INE 102
- Certificado Médico de Defunción Perinatal CEMEDEP, RA-SALUD INE 104.
- Certificado Médico del Nacido Vivo CEMENAVI, RA – SALUD INE 105

La historia clínica oficial del Sector público, instrumento médico legal, para centros de salud, reconocida por el SNIS y catalogada como registro administrativo por el Instituto Nacional de Estadística es la Historia Clínica Única R.A. 101. No existe una Historia Clínica única para los Hospitales de segundo y tercer nivel, teniendo cada Hospital sus propios instrumentos de captación.

2.2. Instrumentos de sistematización:

En esta categoría entran los instrumentos destinados al acopio continuo de datos tanto clínicos epidemiológicos como estadísticos y demográficos durante periodos de tiempo preestablecidos.

Estos instrumentos permiten al final del periodo definido, obtener datos estadísticos organizados y continuos. Los instrumentos de sistematización oficiales implementados por el SNIS, codificados como registros administrativos por el INE son los siguientes:

- Módulo de Información Básica, RA – SNIS MIB 200
 - Carpeta Familiar

 - CUADERNO N° 1, CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIAS Y ENFERMERÍA, RA SALUD INE SNIS 201
 - CUADERNO N° 2, ATENCIÓN INTEGRAL DE NIÑO(A) MENOR DE 5 AÑOS, RA SALUD INE SNIS 202
 - CUADERNO N° 3, CONTROL PRENATAL, PARTO Y PUERPERIO, PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y PREVENCIÓN DEL CÁNCER UTERINO, RA SALUD INE SNIS 203
 - CUADERNO N° 4, CONSULTA ODONTOLÓGICA, RA SALUD INE SNIS 204
 - CUADERNO N° 5, INTERNACIONES, RA SALUD INE SNIS 205
 - CUADERNO N° 6, ACTIVIDADES CON EL PERSONAL DE SALUD Y LA COMUNIDAD, RA SALUD INE SNIS 206
 - HOJAS DE REGISTRO DIARIO HOSPITALARIO: Consulta Externa, Medicina General o Medicina Interna, Consulta Externa Pediatría, Consulta Externa Ginecología – Obstetricia, Consulta Externa Odontología y registro Diario Emergencias.
 - INSTRUMENTOS DE EVALUACION: Gestión y Bioseguridad de los Residuos Sólidos Generados en Establecimientos de Salud, Form. H+ 35, Form. Laboratorio Grande, Form. Ambulatorio, Form. Laboratorio pequeño.
- Además de estos instrumentos detallados, se cuenta con los cuadernos del Programa de Tuberculosis y los cuadernos del Programa Ampliado de Inmunizaciones.

Un hecho importante en relación a los instrumentos de sistematización y específicamente respecto a los cuadernos, es que se cuenta con una herramienta informática, que de acuerdo a la Resolución ministerial N° 1707 /2014, debe de ser obligatoria en los establecimientos de primer nivel de atención es el Software de Atención Primaria en Salud SOAPS, ya implementado y funcionando en casi todo el departamento de La Paz.

2.3. Instrumentos de consolidación

Son formularios que consolidan los datos estadísticos de cada establecimiento al final de cada periodo preestablecido ya sea mensual o semanal para su envío al siguiente nivel de acopio que es la red de salud. Los formularios de consolidación oficiales implementados por el SNIS y codificados como registros administrativos por el INE son los siguientes:

- Formulario PRODUCCIÓN DE SERVICIOS, RA-SALUD INE 301 a.
- Formulario PRODUCCIÓN DE SERVICIOS PARA ESTABLECIMIENTOS DE II Y III NIVEL DE ATENCION, RA-SALUD INE 301 b
- Formulario PARA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, RA-SALUD INE 302^a y 302b
- Formulario CÓDIGO R. A SNIS-303: INFORME MENSUAL DE LABORATORIO DE EPIDEMIOLOGICA RA-SALUD INE 303
- Formulario LABORATORIOS DE CITOPATOLOGIA Y ONCOHEMATOLOGÍA, RA-SALUD INE 307

Cada uno de estos formularios tiene un manejo específico.

2.4. Instrumentos de retroalimentación

Para brindar retroalimentación se pueden producir una serie de instrumentos técnicos y de acuerdo al nivel en el que se va a intervenir con información, es decir boletines tríplices formularios de control de calidad o cualquier otro que permita retornar la información con algún procesamiento previo, que tienda a mejorar la calidad de los procesos o su análisis y consecuente toma de decisiones.

Estos instrumentos deben ser desarrollados en un formato que facilite la lectura de datos procesados, como ejemplo tenemos la gráfica de monitoreo de consultas, el cuadro estadístico de producción u otros que se utilizan para informar los resultados del proceso productivo y establecer mecanismos de control tales como el monitoreo y la evaluación.

3. MODULO DE INFORMACIÓN BÁSICA (MIB)

El módulo de Información Básica es un instrumento del SNIS, que utilizan los establecimientos de salud principalmente en el primer y segundo nivel de atención para la obtención de datos demográficos, de infraestructura, equipamiento y otros concernientes a las determinantes de salud, importantes para realizar el análisis de situación de salud, se aplica bajo la modalidad de encuesta anual directa, constituyéndose en la base para la planificación, programación y el control de las diversas actividades, en procura de mejorar la calidad de atención en salud y contribuir a mejorar la calidad de vida del pueblo boliviano.

Dentro del análisis de la situación de salud, no son solamente los indicadores de salud los que se evalúan y utilizan, es necesario para este cometido contar con otro tipo de información que nos otorgue datos sobre la situación de estructura de los establecimientos de salud, la situación social, situación económica y de medio ambiente que son los factores determinantes en el proceso salud – enfermedad.

Actualmente se tienen además de estos datos información de la estructura social organizada, el idioma de las comunidades así como también la oferta de medicina tradicional con la que se cuenta en las diferentes localidades del departamento circunscritas por su establecimiento de salud.

Esta información de estructura permite la contextualización del análisis y la red explicativa del comportamiento del proceso salud – enfermedad mediado por factores intra y extra sectoriales.

4. COMITÉ DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN (CAI)

El Comité de Análisis de Información – CAI es un espacio de discusión, análisis e intercambio de opiniones sobre problemas relacionados con la situación de salud de una comunidad o población determinada, que se realiza en base a indicadores de salud. Forma parte de un proceso dirigido a realizar una reunión de trabajo, con el fin de analizar indicadores epidemiológicos y de gestión, condiciones y determinantes de problemas de salud para tomar decisiones, realizar seguimiento, evaluación, control periódico de los servicios de salud y la comunidad, todo con el fin de tomar decisiones, sean estas las de adecuar planes, proyectos y/o ajustar políticas.

Mejorar las condiciones de salud en el departamento, se constituye en la unidad de análisis precisando, plantear e implementar los objetivos de la Salud Pública como son la promoción y prevención de enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles, así como el analizar las inequidades, desigualdades y determinantes de las condiciones de salud.

La coordinación Intra e Intersectorial, al igual que la difusión de la información, son aspectos que al ser encarados en las reuniones de los Comités de Análisis de Información, permiten orientar las acciones en salud en beneficio de la población.

Las reuniones del CAI deben realizarse en cada uno de los niveles de gestión, desde el establecimiento hasta el nivel nacional, además no menos importante se incluye el CAI comunitario.

El Comité de Análisis de Información debe cumplir con el siguiente objetivo:

“Generar un espacio para el reconocimiento, identificación, análisis y elaboración de insumos que retroalimenten el proceso de toma de decisiones y acciones de mejoramiento, en torno a los eventos de interés de la salud de la población y del quehacer en salud pública”, siendo sus objetivos específicos:

1. Presentar y analizar información de salud, establecimientos, Municipios , Redes o Departamento.

2. Asumir decisiones estratégicas y ajustes de carácter operativos en base al análisis de la información de

la situación de salud.

3. Establecer compromisos de acción y seguimiento Para llevar adelante la actividad del CAI de acuerdo a la: GUIA DE APLICACIÓN DEL COMITÉ DE ANALISIS DE INFORMACION (CAI)", se cumple con el marco teórico del CAI normado por el MSD, con las tres fases:

1ra Fase: Preparación

2da Fase: Desarrollo

3ra Fase: Seguimiento

5. PROCEDIMIENTOS DEL SNIS

Se describen dos tipos de procedimientos en el manejo de la información:

1. Procedimientos Manuales

Se refiere a llenado manual de todos los instrumentos descritos, ya sean los de captación, sistematización y consolidación (formularios, cuadernos y otros instrumentos).

La tendencia actual visualiza que estos procedimientos cada vez deben disminuir y cambiar hacia los procedimientos electrónicos con la aplicación de herramientas informáticas y de esta manera mejorar la calidad de los datos.

2. Procedimientos electrónicos Sistemas Informáticos

Con el desarrollo de la tecnología los procedimientos de la información en salud también están siendo informatizados, es así que actualmente se cuenta con sistemas informáticos implementados como el SOAPS, SICE – SIAF softwares que lleva los instrumentos de sistematización y consolidación, con el fin de facilitar el trabajo a través la reducción de tiempos, contar con la información en menor tiempo, que sea de calidad y evitar la duplicidad de informes.

Como ya habíamos hecho mención, se tiene de acuerdo a la Resolución Ministerial 1707 del 5 de Diciembre de 2014, donde se aprueba el uso obligatorio de la herramienta SOAPS en los establecimientos de primer nivel de atención para sistematizar la información generada en estos establecimientos, sin embargo también permite la impresión de la historia clínica única en los componentes de seguimiento y a partir de la sistematización generar los formularios de consolidación.

Esta información tal cual el flujo de la información, permite que exista una consolidación a nivel de la red de salud y esta información pueda llegar a los niveles de gestión de una manera más ágil y oportuna.

Otro procedimiento electrónico se realiza, en la red de salud, donde existe el software del SNIS que permite informatizar los formularios de consolidación. El procesamiento electrónico de datos también se realiza en el Servicio Departamental de Salud donde se recibe la información electrónica de las redes de salud y se consolida para enviar al nivel central del SNIS donde se realiza un tercer paso en la informatización de los datos.

Características del SOAPS

Es una herramienta que agiliza el trabajo del personal de salud, generando reportes especializados, información clínica estadística por paciente lo que permite realizar el seguimiento y monitoreo. Genera información de morbilidad, registra los medicamentos y servicios complementarios prescritos, realiza gráficos del estado nutricional, genera indicadores de evaluación del estado nutricional en niños.

6. FLUJO DE LA INFORMACIÓN



La información nace en el establecimiento de salud, ya sea este puesto de salud, centro de salud, hospital básico, hospital general o especializado. En el caso del sector público la información se sistematiza diariamente en los cuadernos del SNIS respectivos a medida que se dan las prestaciones de salud o en tiempo real a la prestación de un servicio si se utiliza una herramienta informática, en otros sub-sectores como la Seguridad Social, algunas ONG's y algunos establecimientos privados, la información se sistematiza en cuadernos o formularios propios de cada institución o sus herramientas informáticas pero deben respetar las variables e información solicitada.

Mensualmente o semanalmente (según el formulario) la información se consolida en los formularios de consolidación respectivos y se envía a la gerencia de red respectiva. En el caso de hospitales generales o especializados la información no se envía a la gerencia de red sino directamente al SEDES correspondiente.

La norma específica que los establecimientos deben enviar su consolidado a su red hasta el quinto día de cada mes, y los hospitales generales y especializados deben enviar su información al SEDES hasta el décimo día de cada mes, sin embargo de acuerdo a la Resolución Ministerial No. 1707 de fecha 5 de diciembre de 2014 los establecimientos que utilizan el Software de Atención Primaria en Salud SOAPS deben subir la información generada en el mes anterior al Consolidador Web a través de los archivos ".wak", en el plazo establecido por dicha Resolución hasta el 5 de cada mes de manera oportuna.

En la gerencia de red se consolida electrónicamente la información proveniente de los establecimientos de salud de su jurisdicción y se envía al SEDES correspondiente. La norma establece que las gerencias de red deben enviar la información electrónicamente consolidada hasta el décimo día de cada mes. Antes del envío de la información la gerencia de red debe revisar la calidad de la información (en términos de confiabilidad, cobertura, consistencia y oportunidad).

El SEDES consolida electrónicamente la información de las redes de su jurisdicción y la envía al nivel central, previa revisión de la calidad de la información.

La norma establece que el SEDES debe enviar la información al nivel central hasta el décimo octavo día de cada mes, habiendo previamente revisada la calidad de la misma y habiendo realizado las correcciones correspondientes.

El nivel central recibe la información de todos los SEDES y la publica en la página Web, previa revisión de la calidad. La norma específica que la información debe estar disponible vía web en un tiempo corto máximo hasta el vigésimo segundo día posterior al mes informado.

7. Carpeta Familiar

La carpeta familiar es un instrumento del modelo de atención de la SAFCI que tiene dos etapas, la primera donde se visita a las familias en sus domicilios y se recoge diferentes datos que son transcritos en la carpeta, segundo se consolida en un sistema informático, la información debe ser consolidada como establecimientos de salud, como

municipio, como coordinación de red, como departamento y finalmente como país.

8. Hechos Vitales

Hechos Vitales incorpora la información de nacimientos y defunciones, información que debe registrarse en formularios por el personal de los establecimientos de salud y consolidada en el sistema informático por el estadístico de la coordinación de red. La información debe tener características de continuidad, permanencia, obligatoriedad y cobertura total.

a. Objetivos

- Fortalecer la implementación del certificado Médico Único de defunción - CEMEUD, Certificado de defunción Perinatal CEMEDEP en todos los subsectores de atención en salud en coordinación con el servicio de Registro Civil (SERECI).
- Implementar el formulario de Registro del Recién Nacido en todos los subsectores de atención en salud coordinando con el SERECI y otras instituciones.
- Crear con los actores involucrados un código único para el MSD, SERECI, para la aplicación y seguimiento de nacidos vivos y defunciones.

b. Importancia

El CEMEUD y el CEMEDEP son instrumentos de carácter:

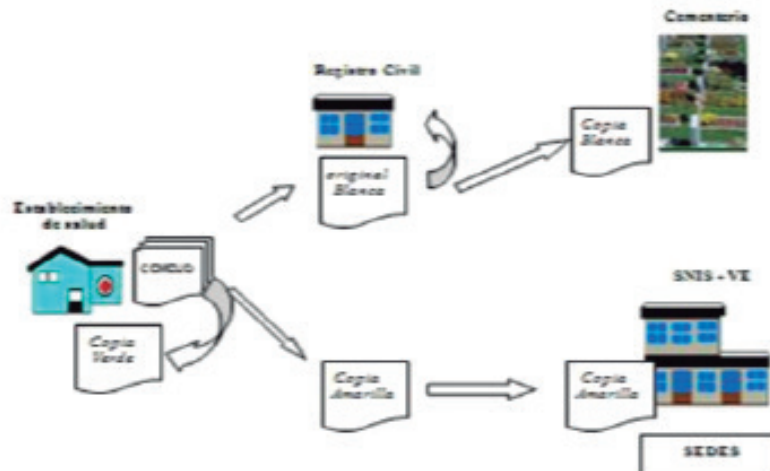
- **Médico Legal.**- que certifica la muerte de una persona.
- **Demográfico.**- que recoge información del occiso del momento y del lugar de la muerte para el análisis poblacional.
- **Epidemiológico.**- registra las causas de la muerte con fines de intervención sanitaria.

c. Principios

- La extensión del CEMEUD y CEMEDEP y Nacido Vivo es gratuita para el solicitante.
- El Contenido del CEMEUD y el CEMEDEP es confidencial y de uso exclusivo del

Sistema Nacional de Información y el SERECI.

Flujograma de las copias



- El Certificado de Nacido Vivo, el Original y la copia celeste se entrega a la madre
- La madre va al Registro Civico donde entrega el original y se hace sellar la copia celeste con el

Registro Civico.

- La copia amarilla se envia junto con los formularios del SNIS.
- La copia verde es para el Establecimiento.

9. Sistema de Vigilancia Nutricional Comunitario (SVIN-C)

Sistema de Vigilancia Nutricional Comunitario (SVIN-C) es un proceso sistemático y continuo de recolección periódica de datos (tres meses calendario), relacionados con los conocimientos y prácticas de nutrición por parte de las madres o cuidadores de niños y niñas menores de 2 años, secundariamente, incluye otros elementos que tienen que ver con la organización de la comunidad y la capacidad de la red de salud, para enfrentar la desnutrición y promover una nutrición adecuada.

10. Registro Único de Establecimientos de Salud (RUES)

El RUES es un sistema informático que permite disponer de información sobre la estructura de los establecimientos de salud de acuerdo a la norma nacional de caracterización de centros de salud; en cuanto a su estructura, funcionalidad y normatividad.

Su aplicación está reglamentada por la Resolución Ministerial 435.

El sistema está publicado en la dirección <http://rues.minsalud.gob.bo>; antes de ingresar, el personal que desea registrar el establecimiento de salud debe tener la documentación de respaldo.

El sistema informático de registro tiene cinco pasos; primero se llenan los datos de la identificación del establecimiento de salud; segundo, se hace el registro de los datos de propiedad; tercero, los requisitos que cumplen; cuarto, el número de profesionales que trabajan en el establecimiento, y quinto la infraestructura misma del centro u Hospital.

Una vez llenado el RUES, el coordinador de la red está en la obligación de revisar los datos e introducirlos en la bandeja de la Unidad Responsable de la Red departamental de salud que será la encargada de hacer el seguimiento de la validación y aprobación; posteriormente, esta información pasará a la bandeja del Director Técnico del Servicio Departamental de Salud (SEDES) quien es el responsable final de la información.

Finalmente, el sistema emite un certificado de categorización del establecimiento de salud con datos veraces y reales.



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS



METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PARA LA PAZ



INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA (IAP) E INVESTIGACIÓN OPERATIVA (IO) EN SALUD PÚBLICA APLICADA AL SSSRO

Dr. MSP Alex Federico Gómez Sánchez Molina
Dr. Eberth Osco Quispe

47

Se desarrolla la orientación para la redacción del documento final del trabajo realizado con el propósito de estandarizar la calificación y de dar a conocer los criterios de evaluación que aplicara el tribunal en la recepción del trabajo.

Introducción

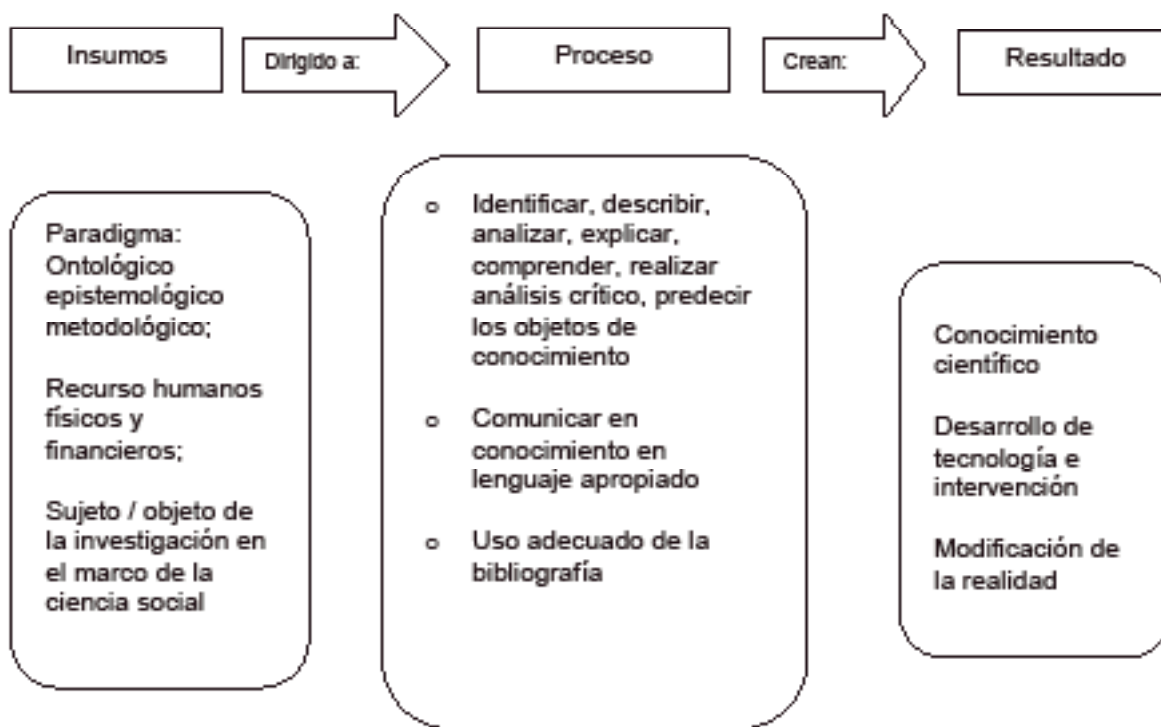
Se presenta inicialmente las consideraciones generales de la investigación acción participativa (IAP) con un enfoque sistémico porqué es el tipo de investigación establecida en la norma de ejercicio del servicio social de salud rural obligatorio (SSSRO) de manera orientadora, ya que se entiende que en la materia de metodología de investigación de la Facultad cursaron la misma; luego se desarrolla la orientación para la redacción del documento final del trabajo realizado con el propósito de estandarizar la calificación y de dar a conocer los criterios de evaluación que aplicara el tribunal en la recepción del trabajo.

ENFOQUE SISTÉMICO APLICADO INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA

E INVESTIGACIÓN OPERATIVA

A continuación, se presenta una gráfica en la cual se aplica el enfoque sistémico para comprender la producción del conocimiento científico en la IAP e IO

Gráfica N° 1 Enfoque sistémico de la investigación



OPERACIONALIZACIÓN DEL TEMA A ABORDAR EN LA INVESTIGACIÓN

Para operacionalizar el tema de investigación, se debe tener una sesión de trabajo:

tanto con el Responsable o Director del Establecimiento, y/o Tutor del trabajo, así como, con el Coordinador de la Red, para identificar el tema de la intervención.

A continuación se presenta un ejemplo para orientar la operacionalización del tema de investigación:

Tópico general de estudio

- Salud Materno Infantil
- Prestaciones Establecidas en la Ley 475
- Seguros Públicos de Salud

Tópico específico de estudio

- Control Prenatal
- Salud oral en la gestante

Delimitación espacial del trabajo

- Municipio de Batallas - Provincia Los Andes - Departamento de La Paz
- Republica de Bolivia

Delimitación temporal del trabajo

- Meses de enero, febrero, marzo de 2.019

Conceptos y definiciones útiles

- Prenatal
- Control prenatal
- Actividades en el prenatal
- Salud oral en el prenatal
- La gestación
- Periodos de la gestación
- Cuidados en el periodo de gestación
- Cuidados en salud oral en el periodo de gestación
- Prestaciones de salud dirigidas a la mujer en el prenatal
- Promoción de la demanda en el prenatal (Bono Juana Azurduy)
- Red municipal de servicios de salud
- Características demográficas del municipio
- Características sociales económicas y culturales del municipio

Cuando abordamos la pregunta ¿Cuál será nuestro tópico general de estudio?, la respuesta esperada esta en relación a uno de los ámbitos de acción de la salud pública, y/o de los programas de salud que implementa el Ministerio de Salud.

Por ejemplo, podemos citar, como menú, el contenido de la Atención Primaria de Salud (APS), expresada en las claves y/o componente de la misma, que son:

- La educación para la salud: métodos para identificar, prevenir y combatir los problemas de salud
- La salud materno infantil incluyendo la planificación familiar
- La alimentación y nutrición
- El agua potable y el saneamiento básico

- La atención a las enfermedades prevenibles por vacunación
- La atención a las enfermedades prevalentes, o dominantes o endémicas locales
- La atención a las enfermedades y traumatismos comunes
- Los medicamentos esenciales
- Promoción de la salud mental

Puede abordarse uno o más tópicos generales; que no excluye a otros tópicos relacionados con la salud pública que no se especifican en el menú. El tópico general puede estar también en el contexto de la Atención Primaria Ambiental (APA).

Para facilitar el avance del trabajo a realizarse, se ha presentado la lista precedente, asimismo, para orientar la respuesta a la siguiente pregunta.

Cuando abordamos la pregunta ¿Cuál nuestro tópico específico? la respuesta esperada esta en relación a uno de los componentes del tópico general, el cual se constituye en una particularidad del tópico general identificado.

Siguiendo el ejemplo inicial podemos citar los temas específicos emergentes:

- La educación para la salud o Programas educativos específicos dirigidos a la comunidad con el propósito de brindar enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes, en los establecimientos de salud.
- Campañas educativas que realiza el Ministerio de Salud en el ámbito de la epidemiología, entre las cuales podemos citar: el de identificación del síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, campañas de prevención del cáncer de pulmón, problemas renales, campañas de desratización en mercados, difusión del programa de desnutrición cero y otros.
- Campañas de información y educación sobre el Bono Juana Azurduy de Padilla que es una forma de promoción de la demanda de salud.

• La salud materno infantil incluyendo la planificación familiar:

- Prenatal
- Parto
- Puerperio
- Cuidados del recién nacido
- Crecimiento infantil y desarrollo en la infancia
- Estimulación psicosensorial temprana
- Atención a las enfermedades prevalentes en la infancia AIEPI (Clínico - Comunitario – Neonatal – Nutricional)
- Planificación familiar métodos modernos
- Planificación familiar métodos naturales

• La alimentación y nutrición

- Hábitos de alimentación - encuesta de consumo de alimentos del día anterior
- Estado nutricional e identificación de la desnutrición

• La atención a las enfermedades prevenibles por vacunación

- Programa Ampliado de Inmunizaciones (sus componentes)

• La atención a enfermedades prevalentes, dominantes o endémicas (emergentes y reemergentes) locales:

- Tuberculosis
- Malaria
- Chagas
- Dengue

- Leishmania
- Zoonosis - Rabia
- Infecciones Respiratorias Agudas
- Enfermedades Diarreicas Agudas
- Alcoholismo
- Tabaquismo
- Leishmaniasis
- Enfermedades No transmisibles
- Enfermedades reemergentes
- Enfermedades emergentes
- Otras patologías locales

• **La atención a las enfermedades comunes**

- Accidentes y traumatismos
- Emergencias y urgencias médicas
- Enfermedades ocupacionales

• **Los medicamentos esenciales**

- Farmacias Institucionales Municipales (sus componentes)
- Dispensación de medicamentos
- Uso de medicamentos (componentes de su proceso)
- Terapias y medicamentos tradicionales

• **El agua y el saneamiento básico**

- Provisión y acceso al agua potable
- Disposición de desechos orgánicos
- Disposición de desechos sólidos
- Provisión y acceso a otros servicios sanitarios

REVISION BIBLIOGRAFICA

Identificado el tema, se debe conocer el mismo para los cual recurrimos a: El uso de la bibliografía sobre el tema, dándole una visión sistémica, se identificarán procesos como: el levantamiento bibliográfico, la elaboración de fichas bibliográficas, la identificación y referencia de la bibliografía en el texto según las Normas de Vancouver, como se ve en la Grafica N° 2 Enfoque sistémico para comprender el uso de la bibliografía

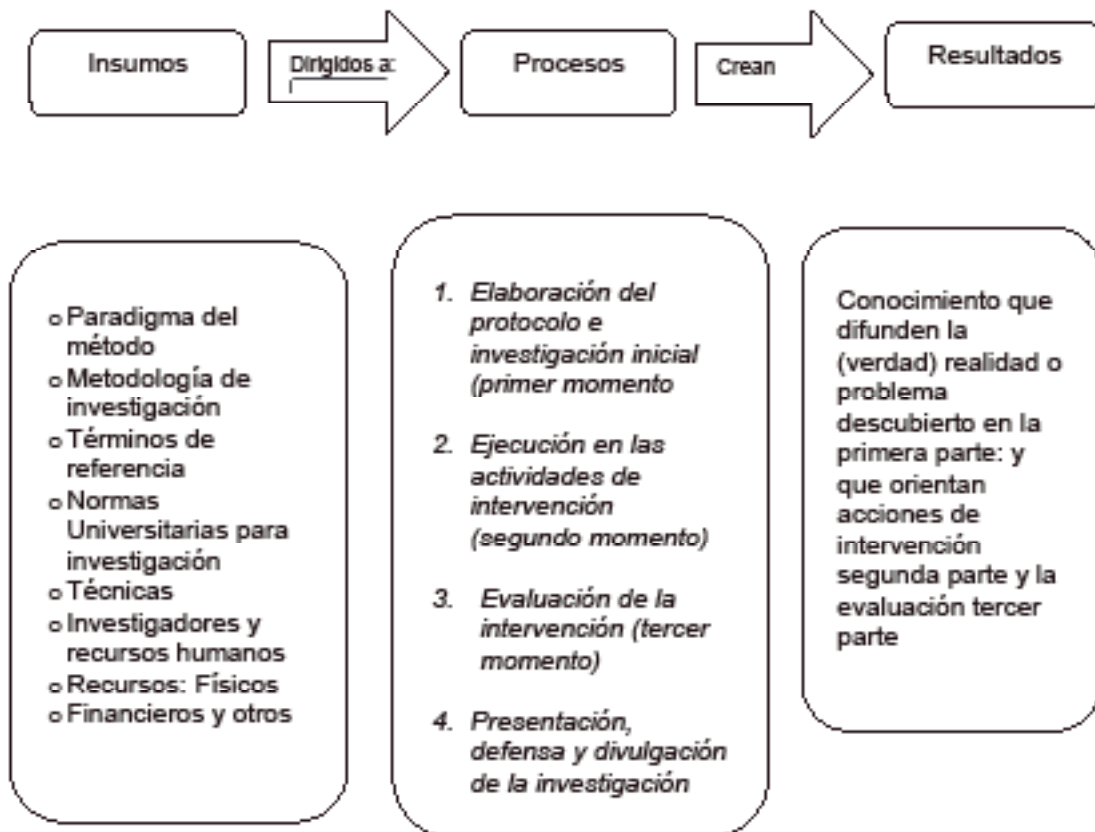
Grafica N° 2 Er



METODOLOGIA

En la grafica 3, se presenta con enfoque sistémico de la metodología de investigación aplicada resumida

Grafica N° 3 Enfoque sistémico de la metodología de investigación resumida



EL CONTENIDO DEL TRABAJO

El siguiente es el contenido para elaborar el informe del trabajo de investigación:

Resumen

I Introducción

- Antecedentes
- Marco teórico
- Formulación del problema
- Justificación

II Objetivos

- De investigación
- De intervención
- De evaluación

Capítulo III Metodología de Investigación

- Tipo de estudio
- Operacionalización de variables
- Sistematización de técnicas de la estadística

- Sistematización bibliográfica
- Sistematización de las técnicas o procedimientos de intervención

Capítulo IV Resultados y Discusión

- Resultados
- Discusión

Capítulo V Conclusiones y Recomendaciones

- Conclusiones
- Recomendaciones

Bibliografía

- Referencia Bibliográfica
- Consulta Bibliográfica

Anexos

- Numeración según su pertinencia

PARÁMETROS DE EVALUACIÓN

Se realizan preguntas a modo de expresar la identificación de los criterios de evaluación del contenido para cada parte.

Las consideraciones para la evaluación, deben reflexionarse como tales, solo con fines evaluativos, ya que no es el propósito de las mismas simplificar y/o elaborar recetas fáciles para elaborar trabajos de investigación.

Título:

Tiene: ¿la acción?, ¿el sujeto/objeto? y ¿el periodo?

Resumen:

Se puede identificar en él: los antecedentes, el propósito, la metodología, los principales resultados, es una invitación a la lectura, tiene abstrat, palabras claves.

I Introducción:

Preámbulo cuando amerite.

Antecedentes:

Describe: ¿los avances del tema?, ¿identifica el área de estudio?, ¿da una visión de la red sanitaria?, ¿da las condiciones sanitarias o epidemiológicas? (según su pertinencia en el trabajo) el lector se ubica con la narración, como es el área de estudio, sin visitar el lugar, hace referencia al anexo N° 1, actualización de las isócronas.

Se utiliza la bibliografía de manera adecuada, se hace referencias a datos del Instituto Nacional de Estadística INE que están en los censos o proyecciones, en salud hace referencia a la última encuesta nacional de demografía y de salud ENDSA e informes del servicio y la gerencia.

Anexo N° 1 Ubicación Geográfica - Datos del Municipio – actualización de isócronas, permite enriquecer este propósito, se verifica, si esta relacionado con la caracterización de ubicación geográfica, (división - política del estado) del municipio, describe los aspectos demográficos, económico sociales, culturales, antropológicos, históricos, que si colocados en el texto, no contribuyen en la línea de redacción, y están en nuestro mapa mental. (Contiene un zum en un atlas, mapa, para identificar el área y un resumen de los datos del municipio).

Marco teórico:

Se verifica si se utiliza la referencia bibliografía al interior del texto según las normas de Vancouver, se analiza el ordenamiento, la redacción, la lógica, el referencial semántico, la gramática del texto, se contrasta con el mapa mental.

Formulación del problema:

Se verifica, la característica de la formulación del problema, ¿es una interrogación?, ¿Cuáles el conjunto de variables?, ¿Cuál unidad de estudio?, la delimitación temporal, la delimitación espacial.

Justificación,

Se verifica si contiene los siguientes componentes: la trascendencia, la vulnerabilidad, la magnitud del problema que se investiga u otros aspectos que se considera pertinentes según el tipo de trabajo desarrollado.

II Objetivos

A) Objetivos de identificación del problema

B) Objetivos de intervención

C) Objetivos de evaluación de la intervención:

Se verifica las características, se hace énfasis en verificar: el tiempo de redacción, el orden lógico, la coherencia, la consistencia, si son claros, precisos, si orientan la identificación de referentes empíricos, en los cuales se pueden identificar parámetros de medición, si crean expectativas sobre el conocimiento de la realidad.

III Metodología de Investigación

No necesita preámbulo va directamente a los contenidos, según los incisos

a) Tipo de estudio:

Se analiza si responde a las siguientes preguntas: ¿Qué tipo de investigación es por la representación de las variables?, ¿Qué tipo de investigación es por la característica de las variables?, ¿Qué tipo de investigación es por el periodo de obtención de información de las variables?, ¿Qué tipo de investigación es por la ocurrencia de los datos en las variables?, ¿Qué tipo de investigación por otro criterio relevante?

b) Operacionalización de objetivos y variables:

Describe: ¿Cómo se operacionalizó el tema de investigación?, ¿Cómo se operacionalizó el problema e identificaron las variables?, ¿Cómo se operacionalizó la hipótesis y sus las variables?, ¿Cómo se operacionalizaron los objetivos y las variables?, ¿Cómo los resultados de los procesos anteriores orientaron la boleta final y su aplicación en la entrevista?, ¿describe la técnica de la entrevista?, se verifica el contenido con los anexos N° 6, y N° 7.

Anexo N° 2 Matriz de Operacionalización de Objetivos y Variables

Matriz de Operacionalización de variables: objetivo, variables, definición de la variable, rango identificado de medición y forma de obtención del dato sugerida

Objetivo	Variables	Definición	Rango de medición	Forma de obtención del dato

Anexo N° 3 Boleta de Entrevista

c) Sistematización de técnicas de la estadística:

Verifica por una parte: ¿Cuál es el universo?, ¿Cuál el procedimiento de muestreo?, ¿Cuál el porcentaje de la muestra o tamaño muestral?, ¿La muestra es o no es significativa?, ¿Por qué?;

Por otra parte: ¿Cómo se obtuvo la información sistematizada?, ¿Qué tipo de tabulación se realizó?, ¿Cómo se prepararon los cuadros?, ¿Cómo se prepararon las gráficas?, ¿Cómo se orientó con los resultados la discusión?, ¿Cómo se orientó las conclusiones y recomendaciones?.

d) Sistematización bibliográfica,

Verificar si: ¿Hace referencia al levantamiento bibliográfico?, ¿Hace referencia a la elaboración de fichas bibliográficas?, ¿Hace referencia a la utilización de las normas de uso bibliográfico de Vancouver?

e) Procedimiento de la Intervención

Verificar ¿uso de técnicas de comunicación y otros procedimientos de intervención? ¿Visitas domiciliarias de seguimiento del problema?

f) Cuestiones administrativas

Verificar: Cronograma – Presupuesto - Presupuesto Capitulo IV Resultados y Discusión
No necesita preámbulo va directamente a los contenidos.

a) Resultados

Verificar si los cuadros y gráficas permiten identificar: numeración; características del título, características del contenido y fuente si es pertinente, se contrasta con la Tabulación Intermedia si es pertinente – Cuadros y Gráficas.

b) Discusión:

Se verifica, si existe referencia a los antecedentes y/o al marco teórico en el tratamiento de la presentación de los cuadros de las variables.

Capitulo V Conclusiones y Recomendaciones

No necesita preámbulo va directamente a los contenidos.

a) Conclusiones:

Se verifica si se realizan las consideraciones necesarias a los resultados y discusión para su elaboración y si responden a cada uno de los objetivos propuestos en el trabajo.

c) Recomendaciones:

Se verifica si responden al problema y si toma en consideración la familia, la comunidad, el servicio y la vulnerabilidad del tema.

Bibliografía

No necesita preámbulo va directamente a los contenidos.

a) Referencia Bibliográfica:

Se verifica si el orden corresponde a las citas bibliográficas por orden de aparición según las normas de Vancouver.

b) Consulta Bibliográfica:

Se contrasta con el levantamiento bibliográfico.

Exposición de resultados
Verificar el uso del Power Point o PREZI

Tiene:

- Diapositiva de presentación
- Diapositivas que expliquen el contenido
- Diapositiva o lámina de cierre.

A continuación se presenta la matriz de evaluación del trabajo de investigación cuya esencia es la investigación acción participativa y la investigación operativa

Su uso es obligatorio por parte de los Coordinadores de Red y el Equipo que evalúa el trabajo para evitar un manejo discrecional de las notas que se emiten y dar objetividad a las mismas.

**MATRIZ DE CALIFICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN OPERATIVA
 (IO) INVESTIGACIÓN ACCIÓN PARTICIPATIVA (IAP) - SSSRO**

Trabajos Estándar	Nueva propuesta	ideal	caso
1. Resumen	4	++++	++
2. Antecedentes	3	+++	++
3. Marco teórico	4	++++	++
4. Problema y construcción	5	+++++	++
5. Justificación	3	+++	++
6. Objetivos de investigación	2	++	++
7. Objetivos de intervención	3	+++	++
8. Objetivos de evaluación de la intervención	2	++	++
9. Tipo de estudio	2	++	++
10. Sistematización de variables	4	++++	++
11. Sistematización estadística	2	++	++
12. Sistematización bibliográfica	2	++	++
13. Técnicas de Intervención	5	+++++	++
14. Resultados del diagnóstico	3	+++	++
15. Resultados de la intervención	3	+++	
16. Resultados de la evaluación final	3	+++	
17. Discusión	3	+++	++
18. Conclusiones	3	+++	++
19. Recomendaciones	2	++	++
20. Bibliografía	2	++	++
21. Presentación	3	+++	++
Total	63= 100		38 =60

Si 63 es 100%
 38 es X o sea 60% es la nota final

Se advierte que los criterios permiten aprobar los trabajos bien elaborados, que se tiene un banco de trabajos de los últimos años para evitar plagios y duplicaciones.

BIOESTADISTICA BASICA

Dra. Liliam S. Belzu Cuba
 DOCENTE DPTO. SALUD PUBLICA - UMSA
 Dr. Ebeth Osco Quispe
 COORD. DE REDES RURALES SEDES
 Dr. Richard Belzu C.
 ODONTOLOGO - UMSA

48

Objetivo de aprendizaje.-

Generar una buena aplicación de la bioestadística en los trabajos de investigación de los estudiantes designados al SSSRO, bajo un modelo sencillo y de fácil aplicación.

Este texto, es un buen punto de partida para el conocimiento e interiorización de la teoría estadística por parte de estudiantes que no aprecian el análisis lógico, pero paradójicamente es el que mas utilizaran en su vida profesional, al mismo tiempo servirá a profesionales noveles y experimentados, quienes en el afán de coleccionar conocimiento, olvidaron pautas tan simples pero tan fácticas, en el entendido de hacer de la práctica estadística una profesión.¹

Hoy, precisamente se gesta un texto que ni de lejos intenta ser la panacea de la estadística, simplemente quiere demostrar que la estadística, ciencia “odiada” por la mayoría de los estudiantes de salud, se puede enfocar de manera lúdica, práctica y amena, así es que si te animaste a leer este texto, prepárate!! por que trataremos de llevarte desde el principio mas simplistas hasta la complejidad numérica pero de una forma tal, que no sentirás un camino pedregoso sino allanado de ideas frescas que rememoran conceptos antiguos².

Quizá uno de los problemas que causan más dificultades al estudiante de medicina, odontología y enfermería, reside, en comprender cual es la finalidad de la estadística y cuál su aplicación en el área de salud, mas aún en el campo de la investigación, que hoy por hoy se ha transformado en la actividad de mayor proyección internacional más en el campo de la investigación.

DEFINICIÓN.-

Por estadística entendemos los métodos científicos por medio de los cuales podemos recolectar, organizar, resumir, presentar y analizar datos numéricos relativos a un conjunto de individuos u observaciones y que nos permiten extraer conclusiones válidas y efectuar decisiones lógicas basadas en probabilidades de las que surgirán dichos análisis. Utilizamos la estadística para aquellos casos en los que tenemos una gran cantidad de observaciones y cuya aparición se rigen por las leyes del azar o aleatorias³

CUADRO N°1



Fuente : Bioestadística de Lethierre 2017

BIOESTADISTICA.-

La palabra BIOESTADISTICA no es más que las ciencias estadísticas aplicadas a las fenómenos vitales o aquellos donde intervengan los seres vivos como parte del problema, La palabra bioestadística cuya derivación proviene de las voces griegas BIO = VIDA ESTATUS = ESTADO en líneas generales.⁴⁻⁵

CLASIFICACION DE LA BIOESTADISTICA

Al igual que la estadística, es la disciplina orientada al área de la salud se ha clasificado en dos grandes ramas :

- Bioestadística Descriptiva: La estadística descriptiva analiza, estudia y describe a la totalidad de individuos de una población, su finalidad es obtener información, analizarla, elaborarla y simplificarla lo necesario para que pueda ser interpretada cómoda y rápidamente y, por tanto, pueda utilizarse eficazmente para el fin que se desee⁵⁻⁶
- Bioestadística Inferencial: Trabaja con muestras, subconjuntos formados por algunos individuos de la población, de donde se infiere aspectos relevantes con un grado de confianza que permite establecer previsiones y conclusiones generales sobre una población a partir de los resultados obtenidos de una muestra⁶⁻⁷.

APLICACIONES DE LA ESTADÍSTICA

Desde los albores de la historia de la estadística e indirectamente de la bioestadística, nos hemos preguntado para que nos servirá esta ciencia, en nuestra vida diaria y mucho más en nuestro desempeño profesional, desde estudiantes en su generalidad, nos hemos visto en la imperiosa necesidad de aplicar nuestros escasos conocimientos matemáticos tan solo con nuestro sentido común que en realidad es el menos común de nuestros sentidos, dejando de lado nuestra LÓGICA, quizá por esta aversión estudiantil a una ciencia novel nos hayamos imaginado barreras para su aprendizaje y mucho más para su aplicación, con estas consideraciones mencionemos que la Estadística, según hemos visto en sus orígenes históricos, ha ido ligada a las cuestiones de Estado, siendo la organización de las estadísticas oficiales un hecho reseñado como fundamental en todos los países, sobre todo en aquellos que pertenecen al tercer mundo. Pero tiene muchas otras importantes aplicaciones. Señalamos a continuación una selección de dichas aplicaciones.⁵⁻⁶⁻⁷

CUADRO N° 2



Fuente : Bioestadística de Lethierre 2017

• **BIOLOGÍA, MEDICINA, ODONTOLOGÍA, ENFERMERÍA Y VETERINARIA:**

En cualquier estudio de tipo experimental la Bioestadística es utilizada en toda su extensión, habiendo nacido en los últimos tiempos la asignatura de Bioestadística con esta finalidad. Como ejemplo la en Genética, los estudios sobre herencia son los más desarrollados en base a esta ciencia al mismo tiempo es utilizada como herramienta para avizorar o prevenir enfermedades endémicas, epidemias y sobre todo pandemias como el SIDA o SIDNA ,entre otras enfermedades que producen morbilidad pero sobre todo mortalidad masiva.⁸

TEORIA DE LAS VARIABLES.-

Desde el origen de la humanidad, el ser humano ha llegado a observar una serie de características que han motivado a la creación de obras insignes, que lo han exaltado, indignado e incluso dieron origen a guerras por ejemplo: “La guerra de Troya causada por la belleza de una mujer, Helena” a desencadenado la locura como la búsqueda de la perfección por Arquímedes, Sócrates y Platón, al mismo tiempo el ser humano desde la edad primitiva, se vio en la necesidad de representar en forma gráfica (numérica) sus posesiones y pertenencias, compararlas con sus semejantes e iniciar intercambios (trueques) cuyo beneficio mutuo repercutía en su manera de vivir, posteriormente filósofos contemporáneos como Albert Einstein, Peter Night, entre otros, lograron entender la importancia de operar variables para una investigación con rigor científico⁸⁻⁹⁻¹⁰

Todos estos sabios y filósofos habían comprendido que el objetivo final de una investigación es el de obtener información capaz de cambiar o modificar la realidad a través de eventos comprobados, de ahí que la bioestadística utilice como elementos de estudio a grupos de personas (población), cosas, áreas geográficas, tiempos específicos, características que son susceptibles de ser medidos, entre ellas podemos mencionar a las siguientes:

POBLACION.-

Conjunto de elementos o personas que presentan por lo menos una característica de un fenómeno a estudiar por ejemplo los universitarios de la carrera de odontología o de la carrera de medicina o de ingeniería, etc.

CLASIFICACION DE LAS POBLACIONES.-

Las poblaciones se clasifican en dos dependiendo del tipo de característica que presenta,

a. Población finita, es aquella que tienen un número limitado o definido de elementos, por ejemplo si nosotros quisiéramos conocer las estaturas de los administrativos de la universidad, o si quisiéramos conocer la residencia de los asegurados en el Hospital “ X” sería muy fácil por que esta población esta cautiva en un determinado lugar, y por ende están registrados, se simboliza con la letra “N” mayúscula.

b. Población infinita, es aquella que no tienen límite es decir que se desconoce cuantos son los componentes del conjunto de elementos, por ejemplo las estrellas del firmamento, el número de cabellos de una determinada persona, número de pensamientos, número de espermatozoides todo medido en determinado tiempo y espacio, etc.

POBLACION OBJETO O BLANCO.-

Se denomina población blanco u objeto, ha aquella que específicamente se elige del universo para ser estudiada, experimentada u observada. Ej. de todo Bolivia solo se estudia las personas de La Paz o de todo la UNIVERSIDAD solo se desea estudiar a los estudiantes de la carrera de MEDICINA que cursan el tercer AÑO o por ejemplo de los universitarios, solo deseo estudiar a los estudiantes de la carrera de medicina, que cursan EMBRIOLOGÍA, de sexo masculino y que usan lentes , u otro ejemplo, de todas las mujeres de La Paz se desea estudiar a las mujeres entre 15 a 25 años con residencia en Sopocachi, casadas pero sin hijos.

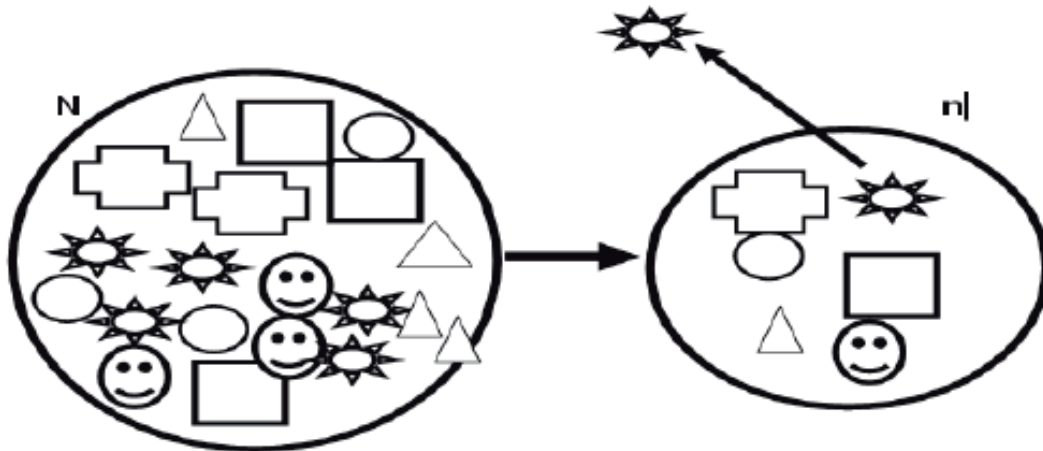
MUESTRA.-

Parte más representativa de un todo, o subconjunto del universo o la parte más significativa de una agrupación de elementos, con características comunes. (n) Por ejemplo, si nosotros quisiéramos establecer de manera correcta una muestra significativa de la población boliviana, se debería utilizar una parte de los pobladores de Santa Cruz,

La Paz, Cochabamba, etc., , es decir una parte de todos los diferentes departamentos, (varones y mujeres), pero aquí intervienen dos procesos que se debe evitar el SESGO y el AZAR (SUERTE), procesos que normalmente hacen que un resultado sea poco creíble y confiable, lo que determinaría un derroche insulso de tiempo, para un investigador .

CUADRO N°3

En el ejemplo podemos observar universo, población y muestra, siendo esta última las figuras estrelladas lo más representativo del todo:



Fuente : Bioestadística de Lethierre 2017

UNIVERSO.-

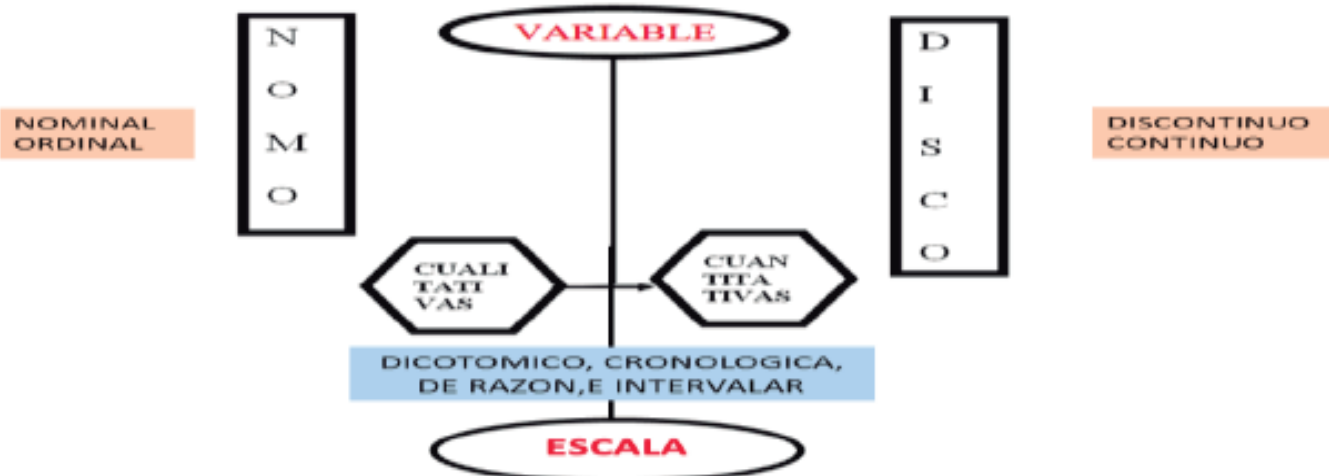
Es también considerado como población general ò total de la población, al conjunto de elementos ò personas que presentan más de una característica de un fenómeno a estudiar ò más de una variable a observar, por ejemplo cada persona un sin fin de variables (edad, sexo, características físicas, sociales, raciales, etc.), otro ejemplo los residentes brasileños ò peruanos que presentan múltiples variables (etnia, idioma, hábitos, modismos, manierismo, etc.).

VARIABLE.-

Es una característica o propiedad determinada del individuo, sea medible o no. Esta propiedad hace que las personas de un grupo puedan diferir de las de otro grupo en la muestra o población de estudio.

Las variables para su mejor entendimiento se clasifican en variables cualitativas y cuantitativas: (ver gráfico N° 4 con memotécnico)

CUADRO N°4



Fuente : Bioestadística de Lethierre 2017

VARIABLE CUALITATIVA.-

Son variables que representan cualidades de la muestra, o características típicas o atípicas de un elemento, aquello que más nos llame la atención de un sujeto de estudio, como por ejemplo, belleza, amor, sexo, raza, condición nutricional, clima, color de ojos de un grupo de personas, etc.

CLASIFICACION DE VARIABLES CUALITATIVAS.-

Las variables cualitativas se clasifican en:

- **Variables Categóricas NOMINALES:** son variables cualitativas que NO permiten establecer un orden, valores dependen de otras variables que pueden influir en ella, también se la llama variable de respuesta. Por ejemplo la sobrevivencia, respuesta al tratamiento, evolución, el hecho de ser universitarios de diferentes carreras, el ser estudiantes, el ser profesionales, no representa un orden específico, SEXO, RAZA etc., si tomamos en cuenta el sexo de un determinado paciente, no existe un ordenamiento específico si este es varón o mujer, no existiendo un orden claro entre ambas variables.
- **Variables Categóricas ORDINALES:** estas si permiten establecer un orden determinado, una gradación, que permite diferenciar unos de otros según la característica objeto de estudiar, por ejemplo los grados de la milicia (Soldado, sargento, suboficial, oficial, general), los grados académicos (estudiante, docente, coordinador, jefe académico, vicerrector, rector), los pisos de un edificio (Primer, Segundo, Tercer, Cuarto, etc.), la jerarquía administrativa (Obrero, Empleado, Subjefe, Jefe), la clasificación de tipos de caries (tipo I, II, III etc.), los grados de gingivitis, los grados de neumonía, diarrea, etc.
- **Otras variables categóricas:** Dicotómicas, son las que tienen dos valores fijos y excluyentes entre si como la evolución, presencia o ausencia de una enfermedad o característica en la muestra. Por ejemplo el pertenecer a un determinado club de fútbol, o el de tener una u otra preferencia sexual, el sexo, el de gustarle un determinado color, donde solo se le da dos opciones para elegir y una sola respuesta o variable o característica como respuesta, ante una pregunta directa ¿es Ud. bolivarianista o strongista? La respuesta puede ser o bolivarianista o strongista (dos opciones y una respuesta)

VARIABLE CUANTITATIVA.-

Son las que se puede representar con números, es decir son aquellas que se pueden medir, habitualmente se clasifican en dos tipos de variables las discontinuas o discretas y las continuas o concretas o numéricas propiamente dichas

- **Variable DISCONTINUA**, o sea que NO posee una continuidad, es decir que entre dos variables no se puede tomar otro valor numérico (solo puede tomar valores unitarios o enteros, no aceptando decimales, quebrados ni porcentajes).

Por ejemplo el número de dedos de una mano, el número de ojos, el número de hijos, el número de caries, etc.

1 -----2-----3-----4-----etc.

- **Variable Numérica o CONTINUA**, o sea que posee una continuidad entre dos variables donde se puede tomar otro valor numérico (tomándose valores relativos aceptándose decimales, quebrados y porcentajes) Por ejemplo la edad, hematócrito, transporte de oxígeno, altura, peso, frecuencia cardiaca o respiratoria, dosis de un medicamento, tiempo, etc..

1 - 1,1- 1,2- 1,3 - 1,4 - 1,5 - 1,6 - 1,7 - 1,8 - 1,9 -

ESCALAS DE MEDICION.-

Como sabemos las características personales como estatura, edad, género, habilidades, tamaños de un determinado grupo se los conoce como variables, sabemos que existe una gama muy diferenciada de variables de las cuales se puede extrapolar diferentes escalas para ser medibles, la aplicación de la bioestadística para medir característica

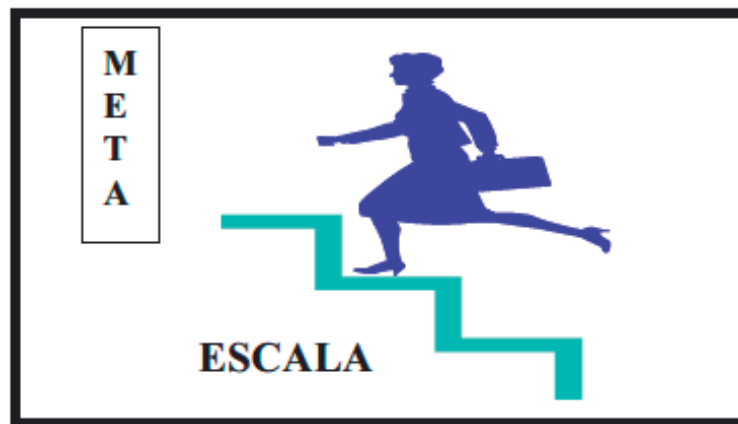
y valores tanto cualitativos como cuantitativos a través de la utilización de escalas que permitan medir de mejor manera un resultado obtenido.

ACLARACIÓN.- *Diversos autores clasifican sus variables como preludios d e indicadores, por ejemplo en investigación ha surgido una dinámica de cambios en la clasificación y nombramiento de variables, ayer llamadas causales y de efecto, dependientes e independientes, hoy llamadas de resultado, de efecto, intervinientes,etc. Para tomar en cuenta.*

MEDICION DE VARIABLES.-

Antes que una variable sea tratada estadísticamente debe ser observada/medida para un conjunto de unidades observacionales, las unidades observacionales son aquellos entidades que se observan, cuando las observaciones se cuantifican (es decir se expresan numéricamente) se dice que los números son medibles, una medición es una observación que se expresa físicamente ò en forma numérica, es decir cuando se le otorga un valor determinado según su magnitud.

CUADRO N°5



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2017, anexo 5.

De lo anteriormente mencionado podemos deducir que existen diferentes formas de medir variables, algunas se las puede medir directamente por ejemplo la temperatura, la tensión arterial, la inteligencia, y otros en forma indirecta, como el grado de aprovechamiento de una determinada asignatura, la eficiencia, eficacia, el amor, ser romántico, ser buen ò mal estudiante, etc.

CLASIFICACION DE LAS ESCALAS.-

Las Escalas al igual que las variables se clasifican en cualitativas y cuantitativas, al mismo tiempo se sub dividen en:

“CARLOS CUENTA ESCALAS “

ESCALA NOMINAL ò CLASIFICATORIA.-

Este tipo de variables no presentan un ordenamiento previo, más al contrario es arbitraria, por ejemplo

- ♣ Variable : PROFESION
- ♣ Escala : INGENIERO
MEDICO
ABOGADO
ENFERMERO
ODONTOLOGO

ESCALA ORDINAL.-

Las variables susceptibles de ser medidas siguiendo un ordenamiento (orden), formada por una clase mutuamente excluyentes, que se agrupan de acuerdo a un orden pre asignado. Por ejemplo

- ♣ Variable : GRADO DE INSTRUCCION
- ♣ Escala : PRIMARIAS
SECUNDARIA
SUPERIOR
POST SUPERIOR

ESCALA DISCRETA ò DISCONTINUA.-

Se dice que si la variable medida es susceptible a ser contada, se puede construir una escala discreta, formada por números ENTEROS con incrementos fijos, donde las fracciones no son consideradas, para esto, se debe considerar la magnitud de los números expuestos. Por ejemplo:

- ♣ Variable : NUMERO DE HIJOS
- ♣ Escala : 1 HIJO
2 HIJOS
3 HIJOS
4 HIJOS

ESCALA CONCRETA ò CONTINUA.-

Cuando uno cuenta con variables de tipo cuantitativo continuo o concreto se puede utilizar este tipo de escala, cuyo requisito es el de poder presentar números relativos ò racionales (fraccionados, porcentuales y/o decimales) siendo esta medición aproximada. Por ejemplo:

- ♣ Variable : ESTATURA
- ♣ Escala : 1,65 m.
1,66 m.
1,67 m.
1,68 m.

ESCALA DICOTOMICA.-

Es aquella escala que presenta tan solo dos opciones para medir la variable, siendo esta variable de tipo cualitativo ò cuantitativo dependiendo de la información ò resultado que se busque, por ejemplo:

Variable preferencia por un equipo de Futbol (football)

- ♣ Escala de medición : Bolívar y Wilsterman
- ♣ Respuesta : Bolívar ò Wilsterman

ESCALA CRONOLÒGICA.-

Es un tipo de escala cuantitativa continua, se la utiliza para estudiar algunos fenómenos en función al tiempo, algunos autores la tratan como si fuera una escala de variable independiente, permite conocer un determinado fenómeno a través del tiempo, es decir permite un seguimiento temporalizado (en el pasado, en el presente ò en el futuro).

- ♣ Variable. Cambios físico de María Gordales
- ♣ Escala de medición : al 1 año
5 años
25 años
50 años
75 años
100 años

ESCALA INTERVALAR

Las categorías se ordenan en unidades igualmente espaciadas, siendo posible medir las diferencias relativas en cada punto de la escala, no EXISTE EL CERO ABSOLUTO, tenemos como ejemplo:

- ♣ Variable : Medición de la temperatura corporal.
- ♣ Escala : Grados centígrado ò Celsius (37°)

ESCALA DE RAZÓN

En esta escala SI EXISTE EL CERO ABSOLUTO y la magnitud de diferencia entre los valores numéricos entre sí por ejemplo:

- ♣ Variable : RELACIÓN ENTRE LAS EDADES
- ♣ Escala : Juan recién nacido (0 años)
José 9 años (9 años más)
Joaquín 18 años (9 años que José y 18 años más que Juan)

INDICADORES EN SALUD PUBLICA: TASAS, PROPORCIONES Y RAZONES.-

¿QUÉ ES UN INDICADOR?

• Un indicador es la expresión cualitativa que refleja un aspecto del tema estudiado o una situación determinada. Es un instrumento de evaluación que expresa relación entre diez variables y permite medir directa o indirectamente las modificaciones que se presentan. Las características propias de un indicador son estar disponible, simple, tener validez, confiabilidad, sensibilidad y especificidad, es decir que sea fácil de construir, que mida lo que debe medir, identifique aquello que se desea identificar y sea apto para el análisis.

CLASIFICACION DE INDICADORES:

POR SU CONSTRUCCIÓN: Son los mas utilizados que nos da una idea de la magnitud real del problema. Estos son:

- a. Números Absolutos
- b. Tasas
- c. Razones
- d. Proporciones
- e. Índices

a. Números absolutos: Útiles para dimensionar un evento en términos absolutos y cuya utilidad son:

- Estimación de requerimientos (camas, RRHH)
 - Ej. Partos -----> dotación de camas
 - Consultas -----> dotación de profesionales
- Denominadores estables ---> estiman riesgo

b. Tasas: Una tasa es una forma de describir fenómenos cualitativos que ocurren en una población que se repiten en el tiempo. Es una fracción donde el denominador es el centro de los hechos referidos a un objeto y característica de la salud.

¿Qué tipo de tasas existe?

1. Tasas Brutas o Generales o No Específicas .-

Tasas Brutas o Crudas, que corresponden a la definición de arriba, es decir, describen un fenómeno manteniendo constantes únicamente el tamaño de la población y el tiempo.

- Miden riesgos globales
- Son tasas resumen
- Suelen amplificarse por 1.000 hab. Para facilitar lectura, pero siempre se considera el denominador, para dicho cálculo.

$$TF = \frac{\text{Nº de nacidos vivos, en un determinado lugar y tiempo}}{\text{Nº de mujeres en edad fértil}} \times 1000$$

NUMERADOR CONSTANTE
DENOMINADOR

2. Tasas Específicas.-

Las cuales describen un fenómeno manteniendo constante no solo el tamaño de la población y el tiempo, sino también una o más características adicionales, como la edad, el sexo o la ocupación de los afectados.

Estimador de riesgo considerando un atributo poblacional de interés:

- Enfermedad
- Sexo
- Grupo de edad
- Otros

Ej. : De uno y otro tipo de tasas, aparecen a continuación:

$$1. \text{ Tasa bruta de mortalidad: } \frac{\text{Nº de fallecidos en un año}}{\text{Población a mediados del año}} \times 1000$$

$$2. \text{ Tasa de mortalidad Específica por causa: } \frac{\text{Nº fallecidos por causa x en un año}}{\text{Población a mediados del año}} \times 100.000$$

c. Razones.-

Las razones son cocientes de dividir una parte del total entre la parte restante.

La razón mas utilizada en demografía es la razón de masculinidad y feminidad que nos indica la cantidad de hombres/ mujeres por cada mujer / hombre. Cuyas características son:

- Poco utilizadas
- Establecen relación entre 2 eventos
- Numerador y denominador: no relacionados

Ejemplo:

$$\text{Razón de masculinidad} = \frac{\text{Nº de hombres}}{\text{Nº de mujeres}}$$

d. Proporciones.-

Son el resultado cociente donde el numerador es parte del denominador, es decir es la fracción del denominador, no debemos olvidar que al multiplicar una proporción por 100 nos dará un porcentaje. Las tasas en cambio, es forzoso

que el denominador represente la población expuesta al riesgo de que le ocurran los sucesos de la especie consignada en el numerador.

Tasa y proporciones son casos especiales de “frecuencias relativas”. Estas relacionan en forma de cociente, dos cantidades cualquiera.

- Muy utilizadas
- Establecen relación entre 2 eventos
- Numerador y denominador: relacionados

Interpretación:

- Señalan importancia relativa de un evento
- OJO: No indican riesgo
- No trabajan con población expuesta
- Útiles en descripción

¿CÓMO SE CALCULA UNA PROPORCION?

No debemos olvidarnos que es una proporción no es más que un estadígrafo que establece la relación de una muestra sobre la población, de la que se obtiene un cociente denominada proporción, para su análisis se establece una constante de 100 y se transforma en porcentaje.

La fórmula es:

$$\text{Proporción} = \frac{\text{Nº de sucesos o entidades de la especie o subconjunto}}{\text{Nº de sucesos o entidades del género o del conjunto}}$$

ALGUNAS PROPORCIONES.....PORCENTAJES

Son muy numerosas. Damos ejemplos importantes:

- | | |
|---|---|
| 1. Proporciones de mortalidad por causa x | $\frac{\text{Nº de fallecidos por causa x}}{\text{Nº fallecidos por todas causas}}$ |
| 2. Proporción de muertos de 50 años y más (Índice de Swaroop) | $\frac{\text{Nº de fallecidos por causa x}}{\text{Nº de fallecidos de toda edad}}$ |

TEORIA DE LOS REDONDEOS.-

En muchas ocasiones nos vemos en la necesidad de utilizar números absolutos ò racionales, dependiendo del caso, cuantos decimales ò cuantos enteros y decimales debemos utilizar solo lo puede normar nuestro criterio, ò nuestro sentido común pero si deseamos transformar ese sentido común en un sentido científico deberemos forzosamente utilizar artificios matemáticos destinados a facilitarnos la tarea, de ahí que se haya inventado la manera de disminuir el número de dígitos de una cifra a través del redondeo.

CUADRO N° 7



Fuente: .Bioestadística de Lethierre 2017

REDONDEO.-

Es la manera más adecuada y exacta de transformar un número entero precedido de decimales (Ej. 34,3892) en un número que solo presente el número de decimales que nosotros veamos convenientes, por ejemplo dos decimales Ej. : 34,39

Una de las explicaciones de él porque se utiliza el redondeo, se fundamenta en que por lo general los resultados de los diferentes estudios utilizan la combinación de variables tanto cualitativas (Ej. sexo) como cuantitativas (Ej. 4), estas últimas en especial las continuas (Ej. 23,11) consideran el exceso de números enteros precedido de decimales (Ej. 24,628394859) como resultados final en la medición o el cálculo realizado, pero como se darán cuenta el número exagerado de valores numéricos (decimales) NO nos permite utilizar la información adecuada y objetiva, de ahí que se pueda evitar este problema operativo a través del REDONDEO.

CLASIFICACION DE REDONDEO.-

Para su mejor **ENTENDIMIENTO** el redondeo se clasifica en los siguientes (ver nemotécnico):

CUADRO N° 8

“RENE REDONDEA”

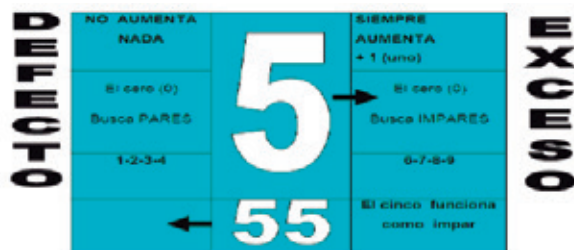


Fuente: Bioestadística de Lethierre 2017

Nemotécnico que nos permite comprender los diferentes tipos de redondeo según su importancia y grado de utilización en la vida diaria, aún más en nuestra profesión que no está exenta de este tipo de cálculo:

- a) Redondeo por Defecto
- b) Redondeo por Exceso
- c) Redondeo por Aproximación

CUADRO N° 9



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2017.

► EJERCICIO DE APLICACIÓN DIARIA.-

Ud. es un profesional en salud que concluye su año de provincia en la comunidad Incallajta (Prov. Omasuyos) , debe presentar sus informes finales al SEDES - La Paz, y se da cuenta que los números obtenidos de la tabulación de pacientes atendidos durante esa gestión es de:

- Atención clínica 21,005 por mes
- Atención comunitaria 21,345 por mes
- Atención ambulatoria 52,555 por mes
- Atención mujeres fértiles 17,119 por mes

- Atención menores 5 años 6,7129 por mes

TEORIA DE LAS FRECUENCIAS.-

Tablas estadísticas, recopilaciones numéricas bien estructuradas y fáciles de interpretar de las que se vale el estadístico para sintetizar los datos obtenidos con el fin de hacer uso sencillo de ellos o bien para darlos a conocer de forma comprensible.

Existen infinidad de tablas estadísticas, pero las más básicas son las tablas de frecuencias, las de frecuencias relativas y frecuencias absolutas, y/o acumuladas, las de frecuencias con datos no agrupados (simples) y las frecuencias agrupadas en intervalos de clase, las de una ò doble entrada.

TABULACION.-

Una vez realizado el trabajo de campo y recolección de la información a través de encuestas, entrevista personales, revisión documentada o cualesquier otra técnica se pasa al proceso de tabulación ò ordenamiento de los datos recabados, la confección de cuadros, gráficos y toda ayuda disponible para luego analizar la información.

Tabular es ordenar y contar para realizar este ordenamiento y conteo; hay dos tipos tanto de ordenamiento como de métodos de conteo, los que realiza pasos similares, por ejemplo tenemos:

- Pacientes del Hospital San Gabriel que cursan Diabetes mellitus, cuyas edades fluctúan entre 17 años hasta 33:
29-30-24-27-19-28-18-18-22-24-26-26-26-25-27-33-33-32-31-20-17-17-18-19-22-25-26-24-28-30-31-30-30-30-30-18-19-20-20-23-25-21-28-29-28-28-28

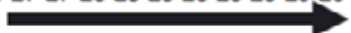
- Como se darán cuenta esta serie de datos (edades) no nos permiten en forma objetiva identificar los fenómenos que se repitan con mayor frecuencia, y menos personalizar alguna de esta información.

ORDENAMIENTO.-

Tomando en cuenta el anterior ejemplo es necesario realizar un procedimiento estadístico para que la información pueda utilizar de mejor manera , pero sobre toda sin perdida de tiempo, para esto se ha ideado el ORDENAMIENTO tanto en sentido ASCENDENTE o DESCENDENTE, pudiéndose realizar de la siguiente manera :

Ascendente: es decir del número menor al número mayor:

17-17-18-18-18-18-19-19-19-20-20-20-21-22-22-23-24-24-24-25-25-25-26-26-26-26-27-27-28-28-28-28-28-28-29-30-30-30-30-30-30-30-31-31-32-33-33



Descendente: es decir del número mayor al número menor:

33-33-32-31-31-30-30-30-30-30-30-30-29-29-28-28-28-28-28-28-27-27-26-26-26-26-25-25-25-24-24-24-23-22-22-21-20-20-20-19-19-19-18-18-18-18-17-17-



Estos datos corresponden a edades de personas y NO nos proporcionan información rápida ni menos indican algo objetivo, pero si ordenásemos estas cifras en sentido creciente o decreciente , tendríamos una serie de números donde se observa tanto el de menor dimensión como el de mayor dimensión , esa diferencia matemática que existe entre ellos es considera rango.

FRECUENCIA.-

Es el número de veces que se repite un determinado fenómeno o problema objeto de nuestra investigación en un tiempo y espacio , por ejemplo el número de veces que asistimos al cine, a bailar, el número de veces que comemos, dormimos, reímos, etc.

FRECUENCIAS SIMPLES.-

La columna que titula frecuencia simple, tiene datos absolutos (es decir números enteros) que se obtuvieron al pa-

lotear el grupo de edades de revisión, también tenemos a las denominadas frecuencias acumuladas, como también podría haber existido las frecuencias relativas e incluso de frecuencias agrupadas, a continuación explicaremos en detalle cada una de ellas.

FRECUENCIA AGRUPADA.-

Existen algunos artificios matemáticos que se utilizan en este tipo de procedimientos estadísticos para que la información obtenida sea lo más objetiva posible, por ejemplo el de utilizar frecuencias agrupadas es decir reunir a variables numéricas en frecuencias siguiendo para esto intervalos de clase (datos agrupados). En este caso , cuando observamos Frecuencias agrupadas observamos en forma más objetiva la información, si no logra presentar visualmente esta información permite que el investigador tenga una visión clara de la diferencia de magnitudes.

Al mismo tiempo se puede realizar otras operaciones estadística como por ejemplo frecuencias relativas y acumuladas siguiendo patrones y fórmulas destinadas para este tipo de problemas , por ejemplo:

Frecuencia agrupada		Frecuencia relativa	
<i>Li.....Ls</i>	FA	Proporción (fi)	%
20 24	9	0.23	23
25 29	11	0.29	29
30 34	18	0.47	27
N	38	0,99	99

- No se debe olvidar que se simboliza con “ni” al número de veces que se repite un determinado valor de una variable.
- Que “fi” es el cociente que se obtiene entre la frecuencia absoluta y el tamaños de la “n” , al mismo tiempo no se debe olvidar que “fi” es igual a la división de “ni” entre “n” (fi= ni/n ó n/ N)

TABLAS DE FRECUENCIAS RELATIVAS Y FRECUENCIAS ACUMULADAS.-

Estas tablas constan de dos columnas, en la primera se escriben los valores de la variable, xi. En la segunda las correspondientes frecuencias, fi.

Estas sencillas tablas se utilizan, únicamente, cuando la variable es discreta y admite pocos valores (a lo sumo, de 12 a 16). Una tabla de frecuencias se puede ampliar con nuevas columnas con las frecuencias relativas y las frecuencias acumuladas, por ejemplo :

Frecuencia Simple		Frecuencia Relativa	
ESTADO CIVIL	F (ni)	Proporción (fi)	%
Soltero	11458	0.364	36.4
Casado	1703	0.426	42.6
Viudo	839	0.210	21.0
N	4000	1.00	100

FRECUENCIAS ACUMULADAS.-

En una tabla de frecuencias, cuando la variable es cuantitativa y, por tanto, los distintos valores de la tabla aparecen ordenados de menor a mayor, se llama frecuencia acumulada de un valor de la variable a la suma de su frecuencia con las frecuencias de los valores anteriores. Por ejemplo, si al lanzar un dado 100 veces se obtienen los siguientes resultados:

$$f(1) = 16$$

$$\begin{aligned} f(2) &= 13 \\ f(3) &= 21 \\ f(4) &= 19 \\ f(5) &= 14 \\ f(6) &= 17 \end{aligned}$$

Las frecuencias acumuladas se las realiza siguiendo el procedimiento matemático de suma correlativa entre el segundo de la columna A y el primero de la columna B, tal como explicamos a continuación :

$$\begin{aligned} fa(1) &= 16 \\ fa(2) &= 16 + 13 = 29 \\ fa(3) &= 29 + 21 = 50 \\ fa(4) &= 50 + 19 = 69 \\ fa(5) &= 69 + 14 = 83 \\ fa(6) &= 83 + 17 = 100 \end{aligned}$$

Estos resultados se aprecian mejor en una tabla:

x_i	f_i	fa_i
1	16	16
2	13	29
3	21	50
4	19	69
5	14	83
6	17	100

Las frecuencias relativas acumuladas son las frecuencias acumuladas divididas por el número total de individuos

REGLAS GENERALES PARA LA ELABORACIÓN DE TABLAS DE FRECUENCIAS AGRAUPADAS.-

La respuesta a la interrogante de cuantos intervalos de clase se deberá considerar para realizar estas distribuciones ,pasa por dos decisiones , la primera que sin receta el investigador escoge la amplitud así por ejemplo si el investigador quiere 4 intervalos de clase, por ejemplo entre 34 y 21 = 13 dividirá el 13 entre la cantidad 4 siendo el resultado 3,25 , si nos imaginamos que el grupo de edades constituye una línea tendremos :

$$21 \dots \dots \dots 34$$

La operación realizada ha dividido esa línea en cuatro partes de la siguiente manera:

$$21 \dots \dots i \dots \dots i \dots \dots i \dots \dots 34$$

Si tomamos en cuenta las líneas entrecortadas cada punto equivale 3,25 unidades y se van sumando a 21 tendremos las siguientes dimensiones y valores sobre la línea .

$$21 \dots \dots i \dots \dots i \dots \dots i \dots \dots 34$$

24,25 27,25 30,75

Esto nos permite establecer que en situaciones especiales podrían existir un número determinado como limite su-

perior de un intervalo de clase y al mismo tiempo ser el límite inferior de otro intervalo de clase, lo que nos traería problemas ya que Juan de 24 años debería pertenecer a ambos intervalos de clase, para esto se ha convenido en crear la REGLA DE LOS UNOS , regla implícita , que consiste en incrementar la unidad a todas los límites inferiores de los diferentes intervalos de clase, salvo al primero, cuyo número uno se incrementa al límite superior del último de los intervalos de clase , por ejemplo

Mario de 25 años presenta tuberculosis a que intervalo de clase pertenece:

- Intervalo de clase A 20-25
- Intervalo de clase B 25-31
- Intervalo de clase C 31-26

La otra opción es la de sumar los dos límites tanto superior e inferior de cada uno de los intervalos de clase y posteriormente dividirlos entre dos , una vez redondea esa cifra ese número se denominará **PUNTOS MEDIANOS O INTERVALOS DE CLASE (xi)**, estableciendo con esto diferencias incluso infinitesimales ò de centésimas pero diferencias al fin que nos permiten manejar de manera adecuada esta información sin cometer sesgo.

Pese a que el investigador es el que plantea el número de intervalos de clase a conveniencia , es necesario considerar de manera operativa, el uso de la “ regla estandarizada “ que sugiere utilizar de 3 a 5 intervalos de clase. (ya que existen cálculos logarítmicos, formales entre otros, con diferentes procedimientos no explicados aquí).

MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL.-

Las medidas de tendencia son aquellos estadígrafos que se inclinan o se orientan hacia una sector determinado de la curva de normalidad expresada en la curva de Gausse y La Place, cuando estos estadígrafos tienden hacia la zona central , zona cero o de normalidad estadística , se denominan de TENDENCIA CENTRAL por ejemplo moda, proporción y mediana (cuartiles, deciles, percentiles, etc.) mucho más cuando estas tiende a presentar una valor numérico similar (igualdad y no equidad) y de TENDENCIA PERIFERICA, a quienes se alejan en cada cálculo de la zona cero o de la línea de normalidad , entre ellas podemos mencionar a los siguientes estadígrafos: chi2, prueba p, pruebas de significancia, T de Students, prueba z, entre otras.

CUADRO N° 11

¿A ò B ó ambos?



Fuente: Bioestadística de Lethierre 2017

1. Medidas de Tendencia Central.-

La medida más evidente que podemos calcular para describir un conjunto de observaciones numéricas es su valor medio.

Las Medidas de tendencia central se caracterizan por que suelen ocupar fenómenos numéricos que se ubican cerca de la mitad de la curva, que se realiza dentro de la distribución de la frecuencia.

COMPONENTES:

- a. Promedio o Media aritmética o simplemente Media Mediana (Md) o (Me)
- b. Modo o moda (Mo) o (Ma)

- c. Mediana
- d. Cuartiles, deciles, percentiles y recorrido intercuartilar ó curva epidemiológica (Q)

a. PROMEDIO O MEDIA ARITMETICA.-

Es aquel valor que se obtiene de la división de todos lo valores , sobre el número de veces que se repiten cada una de sus unidades de estudio ó la manera de estandarizar la información de un determinado fenómeno numérico.

Ejemplo:

Se desea conocer la prevalencia de pacientes con EDAS, la edad de los pacientes es: Unidades de estudio = 25

$$1+1+2+3+3+4+5+6+7+7+8+8+8+9+10+11+11+12+12+13+14+15+16+17+17 = 220$$

La sumatoria de todas las unidades de estudio, dividió entre el total de Unidades de estudio es decir 25

$$220 / 25 = 9$$

Es decir se utiliza una fórmula que expresa el mismo fenómeno:

Promedio: $\frac{n1+n2+n3+n.....}{“x”n}$

PROMEDIO EN DISTRIBUCION DE FRECUENCIA SIMPLE:

Utiliza la siguiente formula

$$x = \frac{\sum (x * f)}{n}$$

Las operaciones matemáticas deben multiplicar x (número) por la f (frecuencia Simple de edad de los pacientes es decir (x * f). La letra Sigma Mayúscula, representa la sumatoria de todos los resultados obtenido en (x* f) cuya sumatoria es = 361

El denominador n representa la sumatoria de Frecuencia simple es decir = 50

Ejemplo 1:

Médicos parasitólogos del C.S.I. Inquisivi, Provincia de Inquisivi están realizando una investigación, desean conocer la incidencia de pacientes menores de 15 años con fasciola hepática, durante el tercer trimestre de 2016, las edades de los pacientes son:

$$14,7,11,5,10,7,3,5,14,14,11,7,6,10,3,2,8,14,6,11,2,4,9,8,13,6,13,2,10,11,4,2,6,9,7,6,12,10,12,11,9,12,10,9,12,11,5,4,3,2$$

a) Ordene la edad de los pacientes en sentido descendente horizontal:

$$14-14-14-14-13-13-12-12-12-12-11-11-11-11-11-9-9-9-9-8-8-7-7-7-7-6-6-6-6-5-5-5-4-4-4-4-4-3-3-3-3-3-3-2-2-2-2$$

b) Obtenga el promedio en distribución de frecuencia simple:

x	F	x * f
14	4	56
13	2	26
12	4	48
11	5	55
9	4	36
8	2	16
7	4	28
6	5	30
5	3	15
4	5	20
3	7	21
2	5	10
	N= 50	361

$$\bar{x} = \frac{\sum (x \cdot f)}{N}$$

$$\bar{x} = \frac{361}{50} = 7,22$$

La lectura y el análisis de este estadígrafo es el siguiente, la edad estandarizada de personas que cursan con fasciolosis hepática es de 7,22 años.

PROMEDIO EN DISTRIBUCION AGRUPADA EN INTERVALOS DE CLASE.-

El presente ejercicio tiene una gran similitud con el ejercicio anterior .Para esta operación se necesita de el PUNTO MEDIO o Marca de Clase (Xi) que se obtiene de los intervalos de clase. Es decir de la sumatoria y división del Li (Límite inferior) y Ls (Límite superior) entre dos

$$\text{Punto medio } X_i = \frac{L_i + L_s}{2}$$

Para realizar el promedio en frecuencias agrupadas se utiliza la siguiente fórmula.

$$\bar{x} = \frac{\sum (x \cdot f)}{N}$$

EJEMPLO:

Médicos de provincia del Hospital de Escoma desean conocer la frecuencia de pacientes diagnosticados con parasitosis intestinal, confirmado por examen laboratorial.

$$\bar{x} = \frac{\sum (x \cdot f)}{N}$$

$$\bar{x} = \frac{1125}{90} = 12,5$$

Li	Xi	Ls	FA	Xi*FA
3	5,5	7	22	121
8	10,5	12	27	283,5
13	15,5	17	24	372
18	20,5	23	17	348,5
			N = 90	1125

La lectura y el análisis de este estadígrafo es el siguiente, la edad estandarizada de personas que cursan con parasitosis intestinal es de 12,5 años.

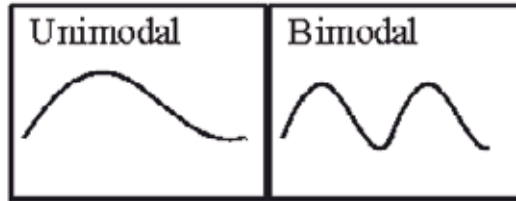
LA MODA O VALOR MODAL (Mo) ò (Ma).

Tiene un significado bastante preciso y es de extraordinaria utilidad, aunque inexplicablemente poco utilizado en

estudios socio económicos.

La moda, como su nombre lo indica, es el valor más común (de mayor frecuencia dentro de una distribución ó es la frecuencia de veces que más se repite un determinado fenómeno numérico, en forma reiterativa. Una información puede tener una moda y se llama unimodal, dos modas y se llama bimodal, o varias modas y llamarse multimodal.

CUADRO N°12



Fuente: Bioestadística de Lothierro 2017

Sin embargo puede ocurrir que la información no posea moda ó que la moda se repita en forma excesiva que deje de ser moda, no se deben olvidar los

PRINCIPIOS de la MODA:

- 1.- El primero solo demuestra el fenómeno, por ejemplo vestir de negro o verde.
- 2.- que quien establece la moda es el segundo fenómeno numérico que al repetirse establece el estadígrafo, por ejemplo , cuando en una comunidad existen personas de ojos claros (100%),
- 3.- Al aparecen dos sujetos con distinta repetición de un fenómeno (contraparte o diferencia) son ellos los que establecen al moda.
- 4.- Cuando la moda es exagerada o se staura, desaparece, por ejemplo todos visten de negro , al no existir un punto de comparación , esta desaparece.

MODA EN FRECUENCIAS SIMPLES

Por ejemplo N° 1 en el conjunto {3,4,5,6,6,7,10,13} la moda es 6. Si son dos los números que se repiten con la misma frecuencia, el conjunto tiene dos modas.

EDADES	FRECUENCIA
8	11
9	1
10	1
11	5
12	6
13	22
14	6
15	8
16	9
17	7
18	5
N =	81

MODA

NO SE OLVIDEN QUEno todas las frecuencias deben necesariamente tener moda o exclusivamente moda, y que el principio de cualquier frecuencia es la identificación a simple vista del número que más veces se repite o reitera, es decir moda.



UNIMODAL



BIMODAL

MODA EN FRECUENCIA AGRUPADA: Requiere de la siguiente Fórmula

Li = Limite inferior
 n = Valor de una variable
 a = Amplitud de intervalo

$$Mo = Li + \frac{(n-1)}{(n-1) + (n+1)} \cdot a$$

Se puede utilizar la formula abreviada o algebraica:

$$Mo = Li + \frac{(n-1)}{2(n)} \cdot a$$

El moda en frecuencia agrupada es fácil de ubicarlo pues debe considerarse la columna de frecuencia Simple y verificar cuales son los intervalos que mayor número de veces se repite y no así la frecuencias de veces que se repite un número. Se debe tomar en cuenta los siguientes puntos para utilizar la fórmula :

- La muestra (n) es de la moda obtenida a simple vista
- Que la letra “a” representa al rango ó amplitud
- Que siempre se debe realizar los ejercicios desde lo más complejo hasta lo mas fácil matemáticamente hablando (división, multiplicación, suma y resta)

EJEMPLO:

Se desea conocer la Moda agrupada en pacientes internados en el hospital del Tórax con diagnóstico de tuberculosis .Unidades de estudio ó población =50

La edad de los pacientes es la siguiente.

20-21-22-23-24-25-26-27-27-27-27-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-37-37-37-37-38-39-40-41--43-44-45-46-47-47-47-47-47-48-49-50-51-51-52-52-52-52-52

Li	Xi	Ls	FA
20	24	27	12
28	32	35	8
36	40	43	19
44	48	52	11

n=50

MODA

$$Mo = Li + \frac{(n-1)}{(n-1) + (n+1)} \cdot a$$

$$Mo = 36 + \frac{18}{18 + 20} \cdot 8$$

$$Mo = 36 + \frac{18}{38} \cdot 8$$

$$Mo = 36 + (0,47) \cdot 8$$

$$Mo = 36 + 3,8 = 39,8$$

La lectura de este estadígrafo es la siguiente, que la edad que más se repite en pacientes con problemas tuberculosos en el Instituto Nal. Del Tórax es la de 39,8 años.

MEDIANA: (Me)

Es la observación equidistante de los extremos ó la división teórica que se realiza de un determinado fenómeno numérico, ya que cuanto más subdividamos este problema mejor podremos estudiar sus características ó es aquel valor que se encuentra en la parte central de un universo y que ambos lado izquierda y derecha tiene las mismas unidades de estudio.

La mediana en frecuencia simple puede ser en unidades de estudio pares o impares es decir cuando el fenómeno debe establecer una parte media, que hacer cuando sus unidades son pares o impares.

a) Mediana en Unidades de estudio Par

21 - 24 - 30 - 36 - 46 - 47

$$Me = \frac{30 + 36}{2} \qquad Me = 33$$

b) Mediana en Unidades de estudio Impar

21 - 24 - 30 - 36 - 46 = Me = 30

Otro ejemplo MEDIANA A SIMPLE VISTA

X	F
5	3
6	4
9	3
10	2
N=	12

CON
FRECUENCIAS
PARES

X	F
5	3
6	4
9	3
10	2
11	5
N=	17

CON
FRECUENCIAS
IMPARES

MEDIANA EN FRECUENCIA AGRUPADA.-

La mediana en frecuencia agrupada requiere necesariamente la participación del punto medio o marca de clase (Xi), la cual se de los intervalos de clase. Es decir de la sumatoria y división del Li (Limite inferior) y Ls (Limite superior) Utiliza la siguiente fórmula:

$$Me = Li + \frac{(N/2) - Ni}{n} \times a$$

Algunas CONSIDERACIONES ESPECIALES para solucionar este tipo de ejercicios:

1. El lite inferior se refiere al de la mediana identificada a simple vista
2. La " N " se refiere a la muestra total ó población de la frecuencia agrupada
3. En caso que al N ó población de la frecuencia agrupada sea par debe incrementarse la unidad , para evitar error estadístico.
4. La " ni " significa nivel anterior a la muestra de la mediana
5. La " a " re refiere al rango ó amplitud
6. No olvidarse regla matemática de la complejidad a la simplicidad

EJEMPLO:

Se desea conocer la mediana de edades de pacientes atendidos tanto en los servicios de medicina interna como de odontología integral del Hospital Obrero durante mayo 2015.

X	F _s
21	3
22	4
23	5
24	5
25	6
26	5
27	5
28	4
29	3
N =	40

$$\frac{N + 1}{2} = \frac{60+1}{2} = 30,5$$

NIVEL DE FRECUENCIA PAR	NIVEL DE FRECUENCIA IMPAR
$\frac{N + 1}{2}$	$\frac{N}{2}$

La mediana agrupada requiere a su vez se realice previamente 6 pasos para su desarrollo cada uno de ellos presenta una formula la cual deriva de la formula madre de la Mediana.

EJEMPLO: Mediana agrupada (6 pasos)

Se desea conocer la mediana de edad de pacientes atendidos en el servicio de oncología en el Hospital General durante 2002.

IC = 5
R (a) = 5

N=60

	Li	xi	Ls	FA
1	1	3,5	5	12
2	6	8,5	10	22 Ni
3 Me =	11	13,5	15	8 n
4	16	18,5	20	8
5	21	23,5	25	10
			N =	60

$$Me = Li + \frac{(N/2) - Ni}{n} * a$$

$$Me = 11 + \frac{(60+1/2) - 22}{8} * 5$$

$$Me = 11 + \frac{(30,5 - 22)}{8} * 5$$

$$Me = 11 + \frac{(7,5)}{8} * 5$$








$$Me = 11 + 0,9 * 5$$

$$Me = 11 + 4,5$$

$$Me = 15,5$$

La lectura de este estadígrafo es la siguiente, que la edad media de personas que fueron atendidos en los servicios de medicina y odontología fueron 15, 5 años .

Con esta metódica, se puede realizar cuartiles, deciles y cualquier percentil, ya que todos ellos parten de la misma fórmula :

$Me = Li + \frac{(N/2) - Ni}{n} \times a$		MEDIANA
$Q4 = Li + \frac{(N/4) - Ni}{n} \times a$		CUARTIL
$Q100 = Li + \frac{(N/100) - Ni}{n} \times a$		PERCENTIL
$Q1 = Li + \frac{1(N/4) - Ni}{n} \times a$		RECORRIDO INTERCUARTILAR
$Q2 = Li + \frac{2(N/4) - Ni}{n} \times a$		
$Q3 = Li + \frac{3(N/4) - Ni}{n} \times a$		
$Q4 = Li + \frac{4(N/4) - Ni}{n} \times a$		



ACLARACIÓN.- Les aseguro que cuando su nivel de practicidad, habilidades y conocimientos sobre estadística se amplie, Uds. podrán aplicar esa lógica estadística en la utilización de cualquier paquete estadístico, ya sea desde el mas simple en su manejo como lo es el Excel, STATS, SPSS, Epiinfo hasta STATA o R, paquetes que le facilitarán aun más su analisis de información, pero que de ninguna manera reemplazaran la lógica que imprimirán en cada analisis de datos que al ser utilizados se transformarán en información valiosa.

COMO HACER E INTERPRETAR GRAFICOS.-

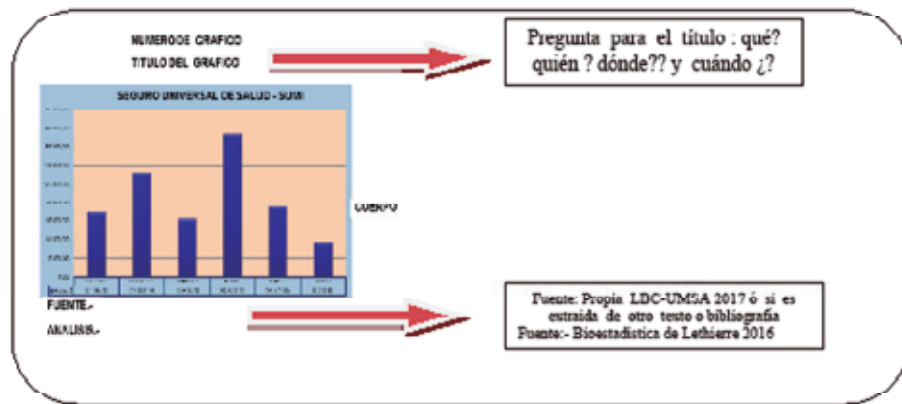
Luego de obtenidos los resultados que deberán ser emitidos para un informe, un trabajo de investigación u otro documento, luego de ser sistematizada, ordenada, tabulada, se necesita representarlos de manera gráfica, sea como:

- cuadros,
- tablas y/o
- gráficos:
- » sectores o inadecuadamente llamados tortas,
- » histogramas,
- » columnas y/o barras
- » pictogramas.

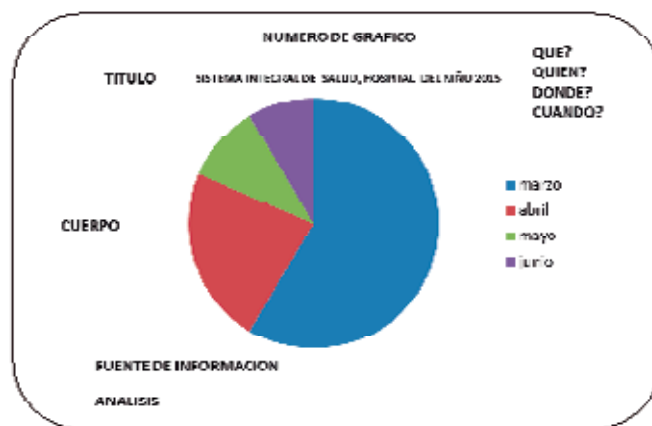
Todos estos gráficos, deben ser analizadas (siempre ponderando lo más llamativo, confrontándolo con lo menos llamativo, tratando de explicar la diferencia evidenciada).

Para su presentación y/o escritura en su informe o documento, debe cumplir con los siguientes requisitos:

CUADRO N°14 Elementos fundamentales de un grafico



CUADRO N°15



REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Creswell, J.W. RESEARCH DESIGN : QUALITATIVE, CUANTITATIVE, AND MIXED METHODS APPROCHES,2da. Ed, Londres : Sage . 2013
2. Creswell, J.W. RESEARCH DESIGN : QUALITATIVE,AND MIXED METHODS APPROACHES,3ra. Ed. Londres : Sage, 2009
3. Lethierre ; METODOLOGIA DE LETHIERRE, 2015.
4. Zegarra B.: METODOS DE INVESTIGACION , CAP Ensayos Clinicos, Ed. 2da Edt. Brugeira.Mexico 2012 , pags.. 12- 34
5. CAMACHO, J. Estadística con SPSS versión 9 para Windows. Madrid: Ra-Ma.2000, págs. inext
6. DIAZ de RADA, V. (1999) Técnicas de análisis de datos para investigadores sociales: aplicaciones prácticas con SSPS para Windows. Madrid: Ra-Ma págs. inext
7. FERRAN, E. SPSS para Windows. Programación y análisis estadístico. Madrid: MacGraw-Hill. 2016 págs. inext
8. FOSTER, J. Data Analysis using SPSS for Windows: A Beginner's Guide. London: SAGE. 2015 págs. inext
9. GREEN, S et al. Using SPSS for Windows: Analyzing and Understanding Data. Upper Saddle River: Prentice Hall.2016 págs. inext
10. HOWITT, D. y CRAMER, D. A Guide to Computing Statistics with SPSS for Windows. London: Prentice-Hall.2015 págs. inext
11. LIZASOAIN, L. y JOARISTI, L. SPSS para Windows. Madrid: Paraninfo.2011 págs. inext
12. MONEGAL, M. Introducción al SPSS: manipulación de datos y estadística descriptiva. Barcelona: EUB.2014 págs. inext
13. NORUSIS, M.J. SPSS 6.1 Guide to Data Anaysis. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1999 págs. inext
14. SÁNCHEZ CARRION, J.J. Manual de Análisis de datos. Madrid: Alianza Universidad. 1995 págs. inext



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS

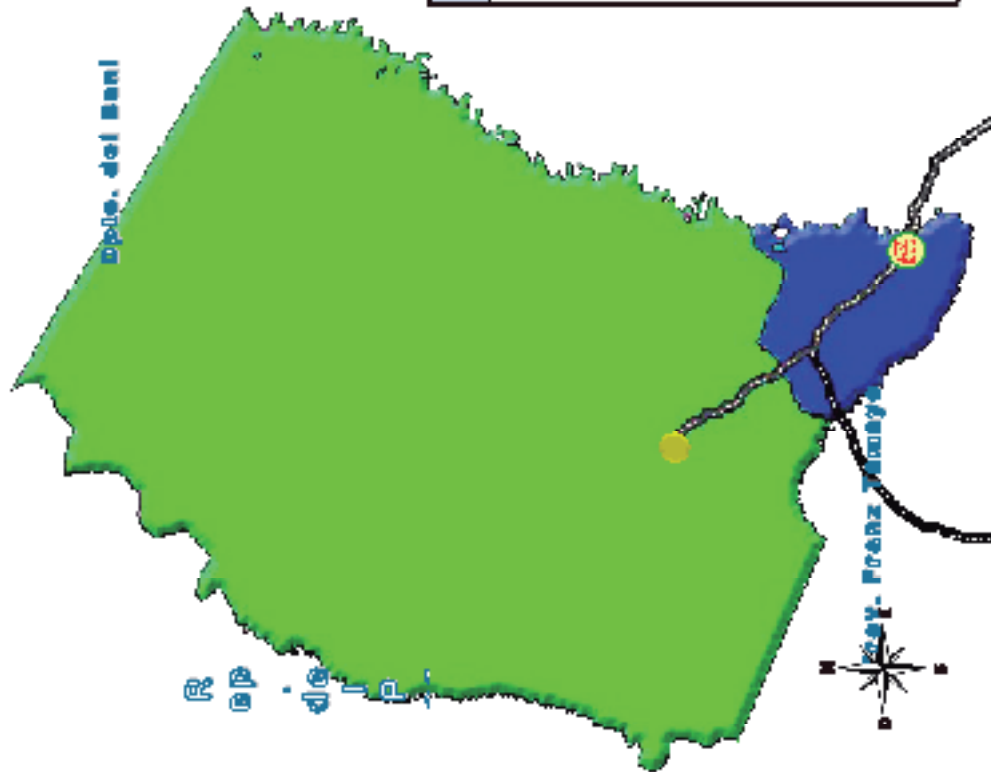


ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DEL SISTEMA PÚBLICO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

SALUD PARA LA PAZ



Estructura de Establecimientos de Salud Red de Salud No. 1 Rural. SEDES La Paz 2018

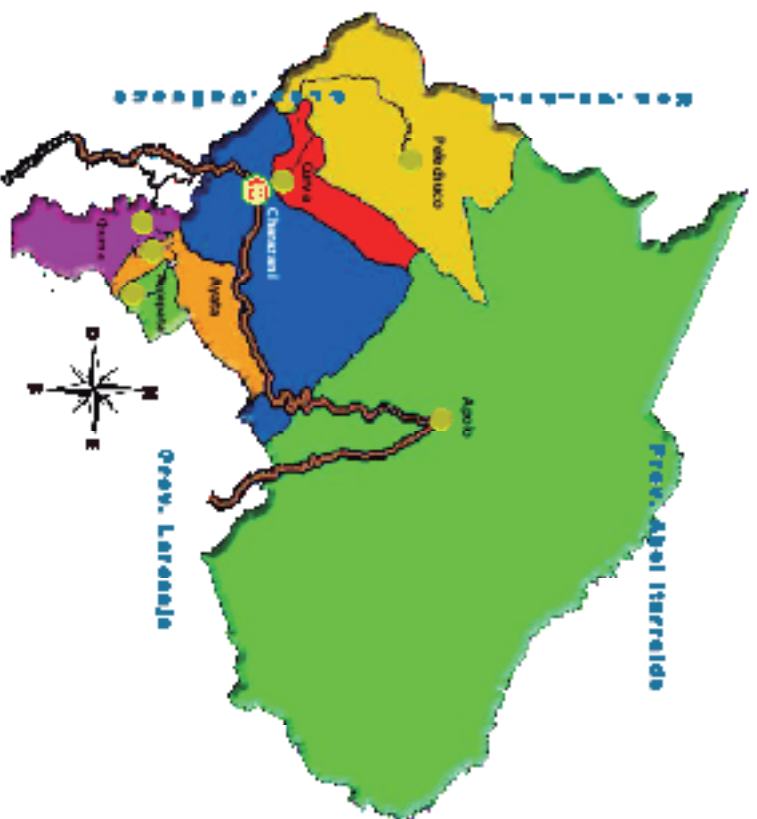


PROVINCIA	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL	SUB SECTOR
AMB. ITURBAMALDI	EDUAMANG	200022	EL TEBE	C. S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Pública
		200023	EDUAMANG	C. S. CON INTENCIÓN	2do NIVEL	Pública
		200024	MENDEZ	C. S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Pública
		200025	CAMPESIN DEL ENERO	C. S. AMBULATORIO	2do NIVEL	Pública
		200026	TRINIDAD	C. S. AMBULATORIO	2do NIVEL	Pública
		200027	ESP. ENFERMEDADES DEL HIPOCÓ	C. S. AMBULATORIO	2do NIVEL	Pública
		200028	TORONDOANG	C. S. AMBULATORIO	2do NIVEL	Pública
		200029	INMURIN	7 URSO DE SALUD	2do NIVEL	Pública
		200030	UN. BURNAMANTUBA	C. S. INTENSIV.	2do NIVEL	Pública
		200031	TUKUPPA	C. S. CON INTENCIÓN	2do NIVEL	Pública
SAN BILBAO, VENTURA	SAN BILBAO, VENTURA	200032	UN. UN. DE CHUPAMANG	C. S. AMBULATORIO	2do NIVEL	Pública
		200033	ES DE INAYO	C. S. AMBULATORIO	2do NIVEL	Pública
		200034	COM. UNIDAD BURNAMANG	C. S. AMBULATORIO	2do NIVEL	Pública

PRE-ITE: SEDES SEDES LA PAZ

Elaborado por: Tm. Edgar Anderson Ramos - 8 sup. de Informática Estadística

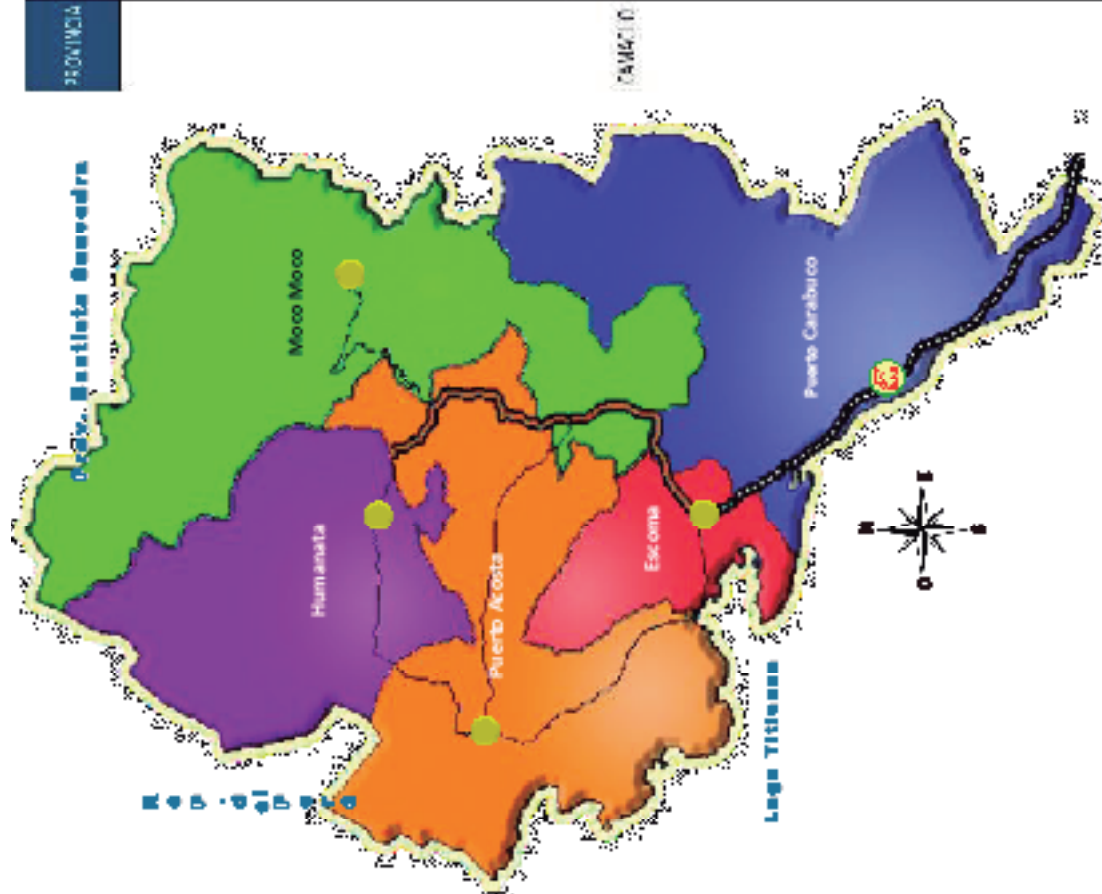
Estructura de Establecimientos de Salud Red de Salud No. 2 Rural. SEDES La Paz 2018



MUNICIPIO	NÚCLEOS	CÓDIGO	FORMA DE PARTICIPACIÓN	EPS	NÚM. SERVICIOS
MUNICIPIO DE AREQUIPA	CIUDAD	20008 CALCOMAYO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20009 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20010 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20011 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20012 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20013 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20014 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20015 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20016 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20017 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20018 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20019 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20020 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20021 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
MUNICIPIO DE PUNO	CIUDAD	20022 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20023 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20024 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20025 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20026 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20027 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20028 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20029 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20030 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20031 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20032 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20033 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		20034 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO	EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
		MUNICIPIO DE CUZCO	CIUDAD	20035 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO
20036 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20037 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20038 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20039 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20040 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20041 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20042 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20043 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20044 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20045 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20046 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20047 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS
20048 SAN ANTONIO	ESTABLECIMIENTO PÚBLICO			EPS AREQUIPINO	14 SERVICIOS PÚBLICOS

FIGURA 2. ESTRUCTURA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Elaborado por: Dra. Ligia Patricia Salazar - Equipo de Asesoría Técnica

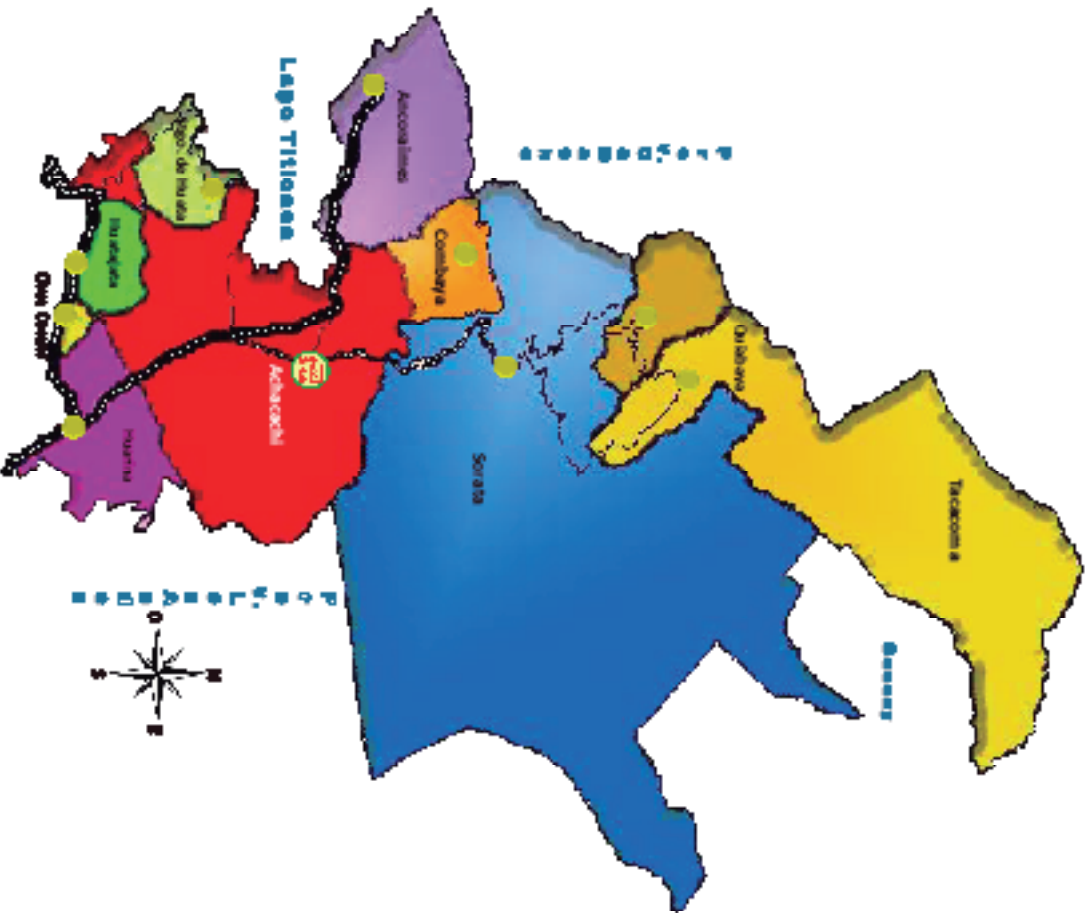
Estructura de Establecimientos de Salud Red de Salud No. 3 Rural. SEDES La Paz 2018



PROVINCIA	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL	SUBSECTOR
PAMACIO	ESCOMAS	20030	CHILIPATA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público
		20032	HOSPITAL ESCOMAS	HOSPITAL SEGUNDO NIVEL	2do NIVEL	P. Público
	HUMANTLA	20055	HUMANTLA	C.S. CON INTERACCION	1er NIVEL	P. Público
		20056	INDOLLA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público
		20059	ILANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público
		20070	ITAIKALIT	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público
	MORCOMARCO	20071	MORCOMARCO	C.S. CON INTERACCION	1er NIVEL	P. Público
		20072	PACALRES	C.S. CON INTERACCION	1er NIVEL	P. Público
		20073	QUENI	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	P. Público
		20074	QUILINKS	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	P. Público
20075		SAPFIN	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	
20076		ILANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	
20077		WILKALA	C.S. CON INTERACCION	1er NIVEL	P. Público	
20078		PACOTANDA	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	P. Público	
PUERTO CARABUCO	20081	CHUAPA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	
	20084	ICURINI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	
	20085	PASAJER BELLEN	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	P. Público	
	20087	PUERTO ACOSTA	C.S. INTEGRAL	1er NIVEL	P. Público	
	20088	SALVADUCHO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	
	20090	COTRANTA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	
	20095	ACUAS CALIENTES	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	
	20097	ADUQUA	C.S. CON INTERACCION	1er NIVEL	P. Público	
	20099	CARRILITO	C.S. CON INTERACCION	1er NIVEL	P. Público	
	20031	COJUSQUA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	
PUERTO CARABUCO	20031	KOJUPONGO	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	P. Público	
	20033	CHAGUAYA	C.S. CON INTERACCION	1er NIVEL	P. Público	
	20037	SANTAGO DE OCHOA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	
	20038	YURICOA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	
	20046	HUALAQUA	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	P. Público	
	20047	CHUANI	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	P. Público	
	20074	SANIDADISFRUTIVA TIWA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	
	20075	ORITATA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	P. Público	

RED DE SERVICIOS DE SALUD
Elaborado por: Tm. Edgar Fabian Ramos - Jefe. de Informes y Estadística

Estructura de Establecimientos de Salud Red de Salud No. 4 Rural. SEDES La Paz 2018



PROVINCIA	SEDES	COORDINADAS	FORMA DE SERVICIO	TIPO	USUARIOS	SUD
COCHABAMBA	2300101	LA PAZ	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300102	LA PAZ	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300103	LA PAZ	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300104	LA PAZ	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300105	LA PAZ	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300106	LA PAZ	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300107	LA PAZ	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300108	LA PAZ	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300109	LA PAZ	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300110	LA PAZ	SEDE	SEDE	10000	SEDE
CHUQUISACA	2300201	CHUQUISACA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300202	CHUQUISACA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300203	CHUQUISACA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300204	CHUQUISACA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300205	CHUQUISACA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300206	CHUQUISACA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300207	CHUQUISACA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300208	CHUQUISACA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300209	CHUQUISACA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300210	CHUQUISACA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
TARIJA	2300301	TARIJA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300302	TARIJA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300303	TARIJA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300304	TARIJA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300305	TARIJA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300306	TARIJA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300307	TARIJA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300308	TARIJA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300309	TARIJA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300310	TARIJA	SEDE	SEDE	10000	SEDE
BENI	2300401	BENI	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300402	BENI	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300403	BENI	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300404	BENI	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300405	BENI	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300406	BENI	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300407	BENI	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300408	BENI	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300409	BENI	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300410	BENI	SEDE	SEDE	10000	SEDE
PANDO	2300501	PANDO	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300502	PANDO	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300503	PANDO	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300504	PANDO	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300505	PANDO	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300506	PANDO	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300507	PANDO	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300508	PANDO	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300509	PANDO	SEDE	SEDE	10000	SEDE
	2300510	PANDO	SEDE	SEDE	10000	SEDE

Estructura de Establecimientos de Salud Red de Salud No. 6 Rural. SEDES La Paz 2018

PROVINCIA	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL	SUB SECTOR
INGANI	WACHA	20004	PRIMARIA- WACHA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20006	COLLAJALA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20008	CONCHI	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20009	WILATACERINO	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20013	JALSUMI	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20017	FLORONA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20018	WACHA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20020	INDIORESENI UNQUILES	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	URON
		20041	VILLA INDIOS	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20052	WACHA DIS	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Seg. Social
		20070	HOSPITAL MUNICIPAL WACHA	HOSPITAL NIVEL	2do NIVEL	Publico
		20090	TILAYA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
	ACHOCALLA	20015	ACHOCALLA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20016	LIMBI	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20019	TUMI	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20020	COLLAJALA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20023	WALICHILLA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20029	WILAYCAMA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20031	WACANCA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20032	PALUYANI	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20033	WALAYCAMA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20034	WILACORA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20035	WILAYCAMA	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20037	CONCHI	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20038	OWALIND	CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico
		20039	PALCOLAYU	CLICOR WTBUSIACEN	1er NIVEL	Publico
		PALCA	20045	WILAYCAMA	CLAMBU WTBUSIACEN	1er NIVEL
20046	TUMI		CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico	
20048	CHOCOLICORA		CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico	
20079	COYPUA		CLAMBUULATORIO	1er NIVEL	Publico	

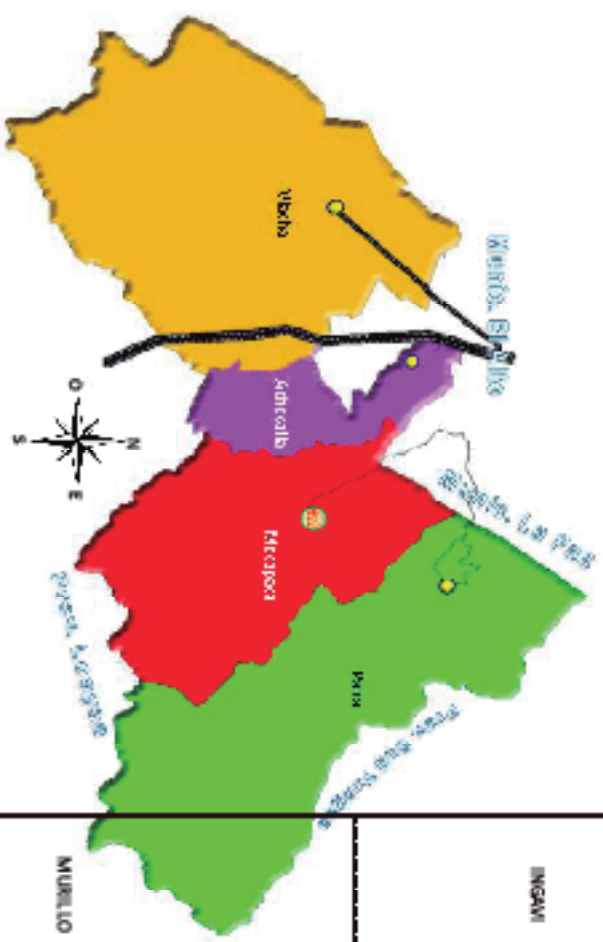


FIGURA 2004/2008 LA PAZ
Elaborado por: Tena, Ligero y Alvarado | www.ingoni.gov.bo | Ingoni, la información que importa

Estructura de Establecimientos de Salud Red de Salud No. 8 Rural. SEDES La Paz 2018

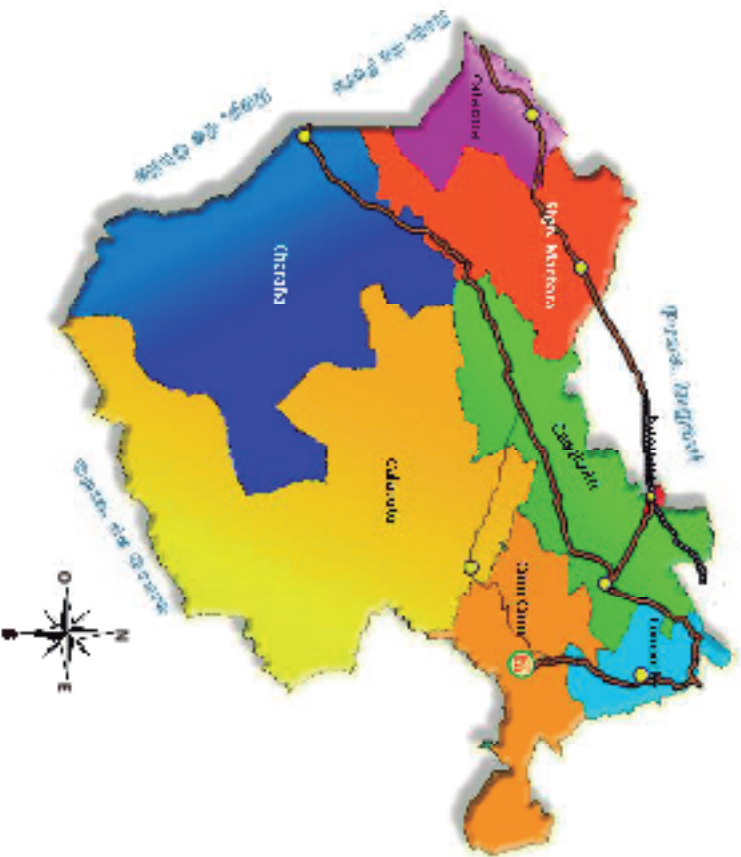
Elaborado por: Tania Eddy y Patricia Barrera - Equipo de Monitoreo y Evaluación



PROVINCIA	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	FNCT.	SUB SECCION
COTACACHI	COTACACHI	200014	INQUISIVI	CS. CON ATENCIÓN	287 SVCS.	2.0103
		200015	GUAPESA	CS. CON ATENCIÓN	287 SVCS.	2.0103
		200016	SAN JUAN (PQ)	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200017	MULLUMAY	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200018	TORRENTA BLANCA	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200019	CHALVA	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200020	HOSPITAL COMPLEJO	HOSPITAL SECUNDARIO NIVEL 2do SVCS.	287 SVCS.	2.0103
		200021	INQUISIVI	HOSPITAL SECUNDARIO NIVEL 2do SVCS.	287 SVCS.	2.0103
		200022	INQUISIVI	HOSPITAL SECUNDARIO NIVEL 2do SVCS.	287 SVCS.	2.0103
		200023	INQUISIVI	HOSPITAL SECUNDARIO NIVEL 2do SVCS.	287 SVCS.	2.0103
		200024	INQUISIVI	HOSPITAL SECUNDARIO NIVEL 2do SVCS.	287 SVCS.	2.0103
		GUAPESA	GUAPESA	200025	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO
200026	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200027	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200028	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200029	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200030	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200031	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200032	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200033	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200034	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200035	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
LA PAZ	LA PAZ			200036	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO
		200037	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200038	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200039	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200040	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200041	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200042	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200043	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200044	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200045	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		200046	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
		TUPIZA	TUPIZA	200047	INQUISIVI	CS. AMBULATORIO
200048	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200049	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200050	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200051	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200052	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200053	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200054	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200055	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200056	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103
200057	INQUISIVI			CS. AMBULATORIO	287 SVCS.	2.0103

Estructura de Establecimientos de Salud Red de Salud No. 10 Rural. SEDES La Paz 2018

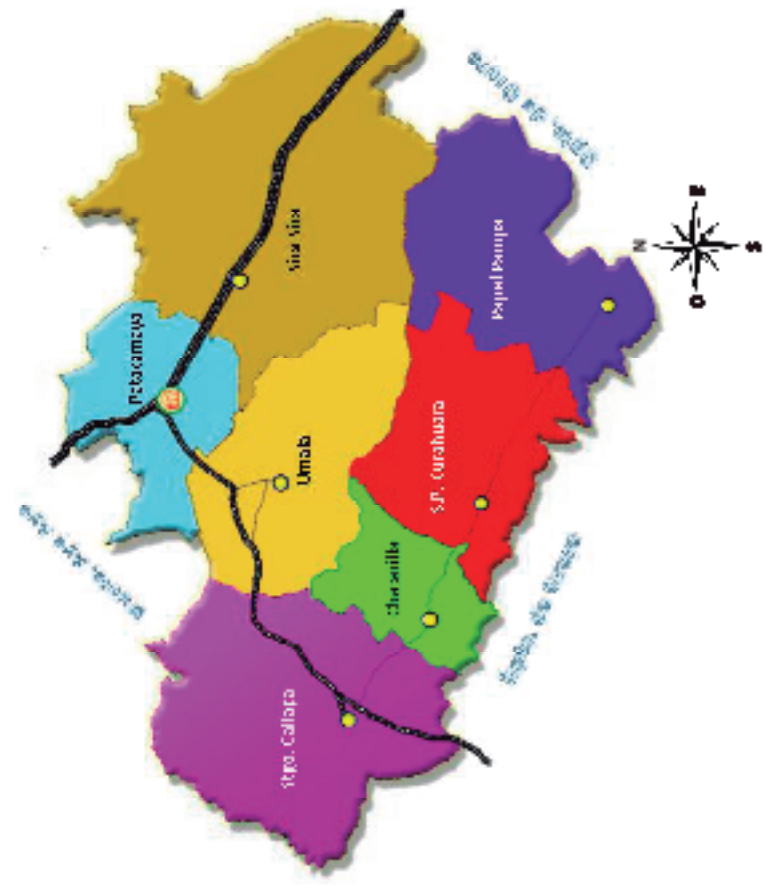
REDA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
Elaborado por: Tania López Estrella Ramos - Arq. de Planificación Estratégica



PROVINCIA	MUNICIPIO	FORMA ESTABLECIMIENTO	TPO	NIVEL	SIR
VALENZUELA	SANTO DOMINGO DE LOS RIOS	20004 CALABAZA	C.S. COM. INTEGRACION	2º NIVEL	PSORTO
		20004 PULIPIYANI	PIESTO DE SALUD	1º NIVEL	PSORTO
		20004 TOLACUJO	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
		20004 ULAVALVALA	C.S. AMBULATORIO	2º NIVEL	PSORTO
		20005 SANTIAGO DE MACHACA	C.S. COM. INTEGRACION	1º NIVEL	PSORTO
		20006 HUARFENO	C.S. AMBULATORIO	2º NIVEL	PSORTO
		20007 V. LA LINDA LINDA	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
		20007 ULAVALVALA	C.S. COM. INTEGRACION	1º NIVEL	PSORTO
		20004 CONFINTE YUMA	PIESTO DE SALUD	1º NIVEL	PSORTO
		20004 GALACAPERO	C.S. AMBULATORIO	2º NIVEL	PSORTO
CAJACANO	SANTA ANA	20005 SANAN NAYACACHAYOCOS	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
		20004 OROTELLO	C.S. AMBULATORIO	1º NIVEL	PSORTO
		20007 TABOJANAYWA	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
		20005 ULAVALVALA UNSO	C.S. AMBULATORIO	2º NIVEL	PSORTO
		20005 ACHITI	C.S. COM. INTEGRACION	1º NIVEL	PSORTO
		20007 ANTOQUILWA	C.S. AMBULATORIO	2º NIVEL	PSORTO
		20008 ULAVALVALA	C.S. COM. INTEGRACION	2º NIVEL	PSORTO
		20008 KANTILINKA	PIESTO DE SALUD	1º NIVEL	PSORTO
		20004 BAJA LINDA LINDA	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
		20004 YILUCUYA	C.S. AMBULATORIO	2º NIVEL	PSORTO
NAYALES	SANTA ANA	20006 V. LA VALWA	C.S. AMBULATORIO	2º NIVEL	PSORTO
		20006 V. LA VALWA	C.S. AMBULATORIO	1º NIVEL	PSORTO
		20006 QIDOCOROSI	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
		20002 QUAVALWA	C.S. COM. INTEGRACION	2º NIVEL	PSORTO
		20005 SPIRITITAS	C.S. AMBULATORIO	1º NIVEL	PSORTO
		20000 GENERAL TERREZ	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
		20005 QUAMPULL	C.S. COM. INTEGRACION	2º NIVEL	PSORTO
		20004 W. SANVALA YUMI	C.S. AMBULATORIO	1º NIVEL	PSORTO
		20005 CANTONCO	C.S. AMBULATORIO	2º NIVEL	PSORTO
		20002 CONCORCO	C.S. INTEGRAL	2º NIVEL	PSORTO
COMANCHE	SANTA ANA	20009 ISHAP-QUI ANKANI	C.S. AMBULATORIO	1º NIVEL	PSORTO
		20009 QUILINKA	C.S. AMBULATORIO	1º NIVEL	PSORTO
		20000 CARLOS PALMQUE A. TUCI OROCO	C.S. COM. INTEGRACION	2º NIVEL	PSORTO
		20004 W. SANVALA YUMI	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
		20005 W. SANVALA YUMI	C.S. AMBULATORIO	1º NIVEL	PSORTO
		20005 ENQUELWA	C.S. AMBULATORIO	2º NIVEL	PSORTO
		20004 W. SANVALA YUMI	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
		20005 W. SANVALA YUMI	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
		20005 W. SANVALA YUMI	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
		20005 W. SANVALA YUMI	PIESTO DE SALUD	2º NIVEL	PSORTO
MAYACAMA DE INCAJES	MAYACAMA	20005 INCAJES	C.S. AMBULATORIO	2º NIVEL	PSORTO

Estructura de Establecimientos de Salud Red de Salud No. 11 Rural. SEDES La Paz 2018

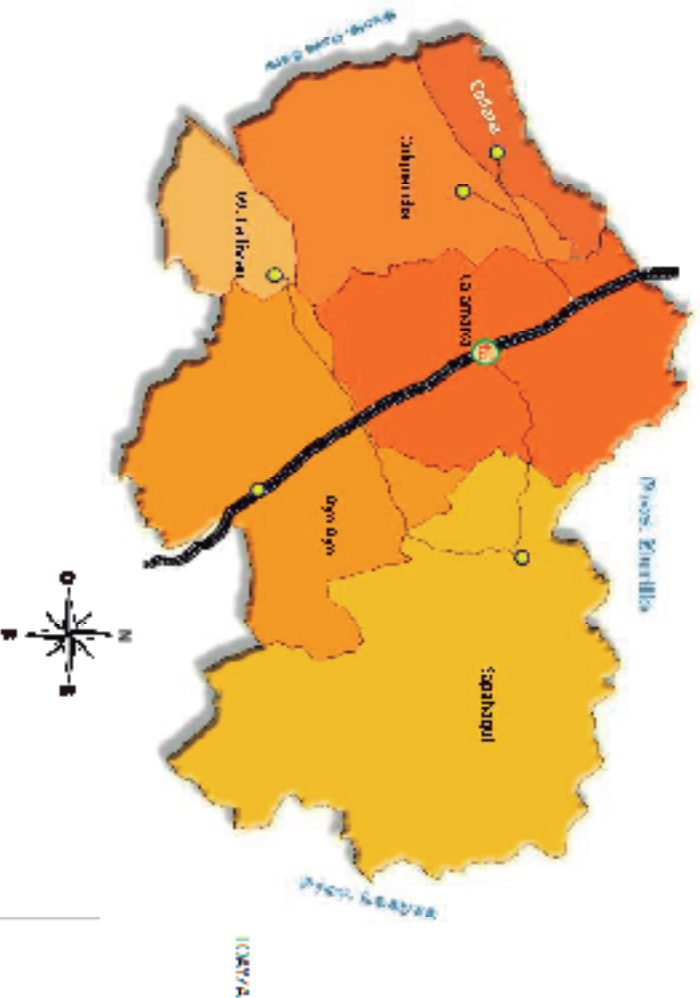
FUENTE: SEMPRE EN LA PAZ
Elaborado por: Tita Edgar Alvarez Rosas -Ejército de Misioneros Estables-



PROVINCIA	MUNICIPIO	CEDRO	MONISE DEL ESTABLECIMIENTO	LETO	NIVEL	SUB NIVEL		
AREQUIPA	PILCAYANAYA	40204	U.S. AMBULATORIO		Sar Nivel	Público		
		40207	CHIRIACOLE		Sar Nivel	Público		
		40208	CHIRIKUNARI		Sar Nivel	Público		
		40200	HOSPITAL (PILCAYANAYA)		2do Nivel	Público		
		40203	COLCHANI		FUENTO DE SALUD	Sar Nivel	Público	
		40206	SELIN		U.S. AMBULATORIO	Sar Nivel	Público	
	PROVINCIA (VILLA URBANA)	AREQUIPA	40202	U.S. AMBULATORIO		Sar Nivel	Público	
			40201	FORANI		U.S. CON INTERNACION	Sar Nivel	Público
			40202	LAPLACHACA		U.S. CON INTERNACION	Sar Nivel	Público
			40204	SANTA ROSA		U.S. INTERIO	Sar Nivel	Interno
			40204	VILLA ANTONIARTE		U.S. AMBULATORIO	Sar Nivel	Interno
			40204	YANQUI		U.S. AMBULATORIO	Sar Nivel	Interno
CABILBERTO VILLAVIEJA	PAJUEL PANPA	30274	U.S. AMBULATORIO		Sar Nivel	Público		
		30275	U.S. AMBULATORIO		Sar Nivel	Público		
		30276	U.S. AMBULATORIO		Sar Nivel	Público		
		30277	U.S. AMBULATORIO		Sar Nivel	Público		
		30278	U.S. AMBULATORIO		Sar Nivel	Público		
		30279	U.S. AMBULATORIO		Sar Nivel	Público		
		30279	SAN JOSE DE TAMBORA		C.S. CON INTERNACION	Sar Nivel	Público	
		30274	U.S. AMBULATORIO		C.S. AMBULATORIO	Sar Nivel	Público	
		30275	SANTO AGUSTO DE COLIYANA		C.S. AMBULATORIO	Sar Nivel	Público	
		30276	SACDILLO		C.S. CON INTERNACION	Sar Nivel	Público	
		30277	CHIRIQUILLA		C.S. AMBULATORIO	Sar Nivel	Público	
		30278	CONQUIPAMAYA		FUENTO DE SALUD	Sar Nivel	Interno	
PROVINCIA DE CALLAYA	SARILLACO DE CALLAYA	40252	URUPATA		C.S. CON INTERNACION	Sar Nivel	Público	
		40253	VALLECAMBA		C.S. CON INTERNACION	Sar Nivel	Público	
		40254	EGCALONA		C.S. AMBULATORIO	Sar Nivel	Público	
		40252	RINDETA ALTA		C.S. AMBULATORIO	Sar Nivel	Público	
		40247	JANNO MARCA		C.S. CON INTERNACION	Sar Nivel	Público	
		40248	SAN FELIX DE OUMAHUATA		U.S. CON INTERNACION	Sar Nivel	Público	
		40249	VILLA MARQUILLA		U.S. CON INTERNACION	Sar Nivel	Público	
		40250	LOSORULLA		U.S. AMBULATORIO	Sar Nivel	Público	
		40251	JALQUI		U.S. AMBULATORIO	Sar Nivel	Público	
		40250	CHOURA		FUENTO DE SALUD	Sar Nivel	Público	
		40248	CALLAPA		U.S. CON INTERNACION	Sar Nivel	Público	
		40247	VILLA TUCUYURI		U.S. AMBULATORIO	Sar Nivel	Público	
PROVINCIA	SARILLACO DE CALLAYA	40248	CALLACA		Sar Nivel	Público		
		40249	CANUTA		Sar Nivel	Público		
		40250	PAITIBAY		Sar Nivel	Público		
		40251	PAITIBAY		Sar Nivel	Público		

Estructura de Establecimientos de Salud Red de Salud No.12 Rural. SEDES La Paz 2018

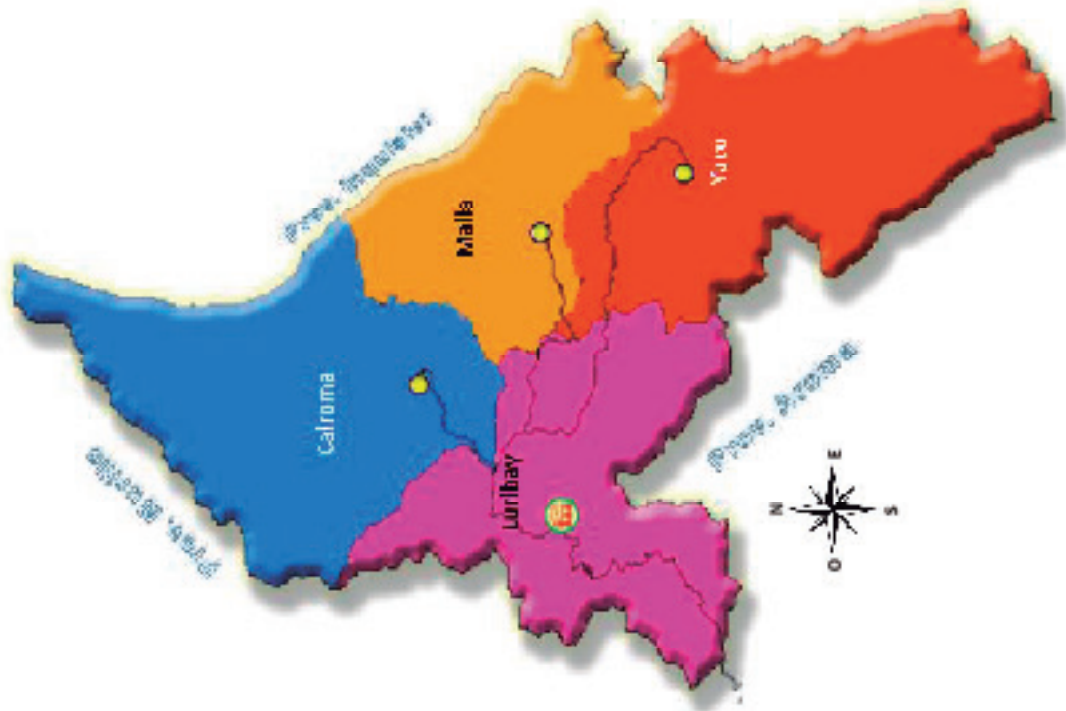
PROVINCA SUCRE/SEDESA 102
Establecidos por Tipo, Ejeje, Establecimiento, Nivel y Establecimiento



PROVINCA	MUNICIPIO	CODIGO	MONTE DE ESTABLECIMIENTOS	TIPO	NIVEL	SECTOR
SUCRE	SUCUMBI	200395	CURUMBA	C.S. CON INTERVENCION	1er NIVEL	Publico
		200396	COROCUTA	C.S. CON INTERVENCION	1er NIVEL	Publico
		200397	UJUNA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Publico
		200398	TORREMANA	C.S. CON INTERVENCION	1er NIVEL	Publico
		200399	UCHUMERVA	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	Publico
		200400	VILCOO	C.S. CON INTERVENCION	1er NIVEL	Publico
		200590	HUARA	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	Publico
		200640	VILCOO CUS	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Seguridad Social (CAJAS)
		200657	SACANI	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	Publico
		200718	MACLECAMARCA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Publico
		200857	P.S. ARACA LLASUNO	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	Publico
		200719	ANCI ALUANI	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	Estare
200719	TIKI TIAR	C.S. CON IN-HUMACIUN	1er NIVEL	Publico		
200780	ACAMARI	C.S. CON IN-HUMACIUN	1er NIVEL	Publico		
200781	YERUYA	C.S. CON IN-HUMACIUN	1er NIVEL	Publico		
200782	MACIMA	C.S. CON INTERVENCION	1er NIVEL	Publico		
200783	POYOFIJO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Publico		
200784	MINIMUNTANI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Publico		
200784	COLINI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Publico		
200785	ANDUOYA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Publico		
200780	MATARA	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	Publico		
200786	JACHINPUNYA	C.S. CON INTERVENCION	1er NIVEL	Publico		
200789	MAJLA	C.S. CON INTERVENCION	1er NIVEL	Publico		
200589	ROCEO (UPZ)	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	Publico		
200697	ZSIRI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Publico		
200788	ORANTA	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Publico		
200788	CONCHAMARCA	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	Publico		
200789	TABLACHACA	C.S. CON INTERVENCION	1er NIVEL	Publico		
200791	VILLA PUCILLINI (MACO)	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	Publico		
YACO	200792	VALO	C.S. CON INTERVENCION	1er NIVEL	Publico	
	200808	CITALLAMA	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	Publico	
	200808	CITUCAMARCA	PUERTO DE SALUD	1er NIVEL	Publico	
	200808	PAMPAPUNO	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Publico	
	200808	TERMININI	C.S. AMBULATORIO	1er NIVEL	Publico	

PROVINCA SUCRE/SEDESA 102
Establecidos por Tipo, Ejeje, Establecimiento, Nivel y Establecimiento

Estructura de Establecimientos de Salud Red de Salud No. 13 Rural. SEDES La Paz 2018



PROVINCIA	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL	SUB SECTOR
CALROMA		200006	CARONNA	C.B.COM INTERMEDIACION	1er NIVEL	Pública
		200009	COROCUTA	C.B.COM INTERMEDIACION	1er NIVEL	Pública
		200017	LIDUA	O.B.AM BAJOTIRO	1er NIVEL	Pública
		200020	TOMEPANPA	C.B.COM INTERMEDIACION	1er NIVEL	Pública
		200029	UCHUNMOR	PUERTO DE BAJIO	1er NIVEL	Pública
		200030	VELICO	O.B.COM INTERMEDIACION	1er NIVEL	Pública
		200036	HUMBA	PUERTO DE BAJIO	1er NIVEL	Pública
		200048	VELICO CIS	O.B.AM BAJOTIRO	1er NIVEL	Seg. Social
		200057	SACANI	PUERTO DE BAJIO	1er NIVEL	Pública
		200070	IMC HICAMARCA	C.B.AM BAJOTIRO	1er NIVEL	Pública
		200076	ACHALLANI	PUERTO DE BAJIO	1er NIVEL	Seg. Social
		200079	LIMBANI	C.B.COM INTERMEDIACION	1er NIVEL	Pública
		200088	AGARNO	C.B.COM INTERMEDIACION	1er NIVEL	Pública
		LURIBAY		200021	PURUNPA	O.B.COM INTERMEDIACION
200022	PUCUNA			C.B.COM INTERMEDIACION	1er NIVEL	Pública
200023	POROMBI			C.B.AM BAJOTIRO	1er NIVEL	Pública
200024	INURUNIPAM			O.B.AM BAJOTIRO	1er NIVEL	Pública
200024	COLLE			C.B.AM BAJOTIRO	1er NIVEL	Pública
200025	ANQUORNA			O.B.AM BAJOTIRO	1er NIVEL	Pública
200026	AYUPA			PUERTO DE BAJIO	1er NIVEL	Pública
200028	JACHANAPA			C.B.COM INTERMEDIACION	1er NIVEL	Pública
MALLA		200024	MALLA	O.B.COM INTERMEDIACION	1er NIVEL	Pública
		200026	BODRO (LUP)	PUERTO DE BAJIO	1er NIVEL	Pública
		200027	AREMI	C.B.AM BAJOTIRO	1er NIVEL	Pública
		200029	USATA	O.B.AM BAJOTIRO	1er NIVEL	Pública
		200030	COMENAMARCA	PUERTO DE BAJIO	1er NIVEL	Pública
YUTO		200008	TALACHACA	C.B.COM INTERMEDIACION	1er NIVEL	Pública
		200021	MILLA PUCHUMI (MCCI)	PUERTO DE BAJIO	1er NIVEL	Pública
		200022	YACO	C.B.COM INTERMEDIACION	1er NIVEL	Pública
		200029	CHALLONA	PUERTO DE BAJIO	1er NIVEL	Pública
		200030	CHUCAMARCA	PUERTO DE BAJIO	1er NIVEL	Pública
		200036	PANIPAJE	C.B.AM BAJOTIRO	1er NIVEL	Pública
200048	HOMBRE	O.B.AM BAJOTIRO	1er NIVEL	Pública		

Estructura de Establecimientos de Salud Red de Salud No.14 Rural. SEDES La Paz 2018

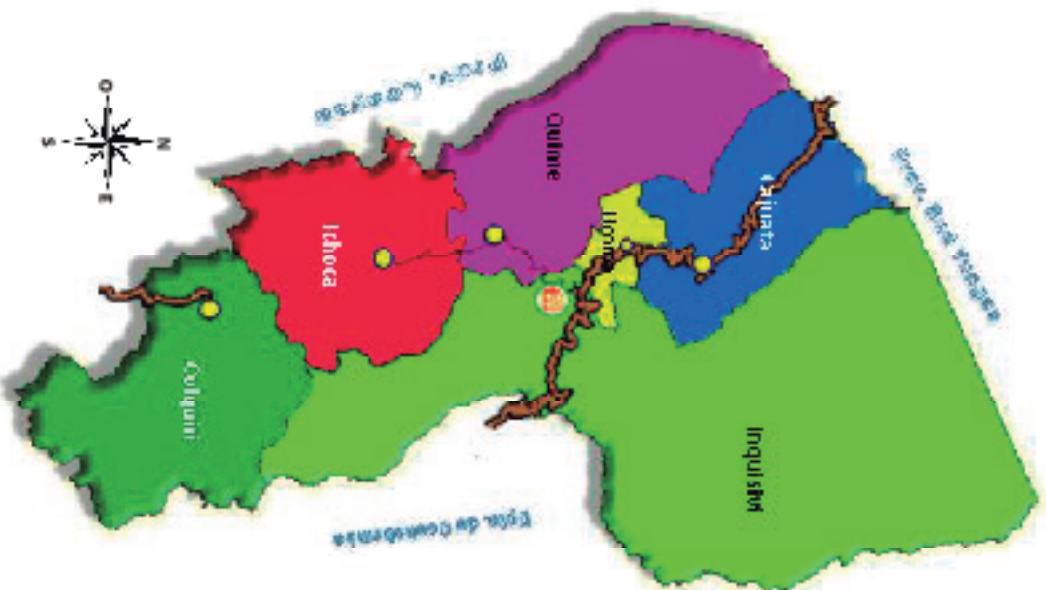


FIGURA 2018: SEDES LA PAZ
Elaborado por: The Edgar Estrella Flores - Ing. de Matemática Estadística

PROVINCIA	MUNICIPIOS	CODIGO	NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	TIPO	NIVEL	SUB SECTOR
COCHABAMBA	COCHABAMBA	200411B	PARMIRA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200411A	COCHABAMBA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200411D	BUMI	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200411E	YALLAYACU	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200411F	NUÑETI	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200411G	CHUMPA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200411H	AMARILLA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200411I	COCHABAMBA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200411J	INDIO DE ALAMPA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200411K	PAUCA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200411L	PAUCA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200411M	BULLALI	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
ORURO	ORURO	200412A	TUPICACI	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200412B	TUPICACI	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200412C	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200412D	ANDOCOM	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200412E	COCHABAMBA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200412F	COCHABAMBA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200412G	COCHABAMBA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200412H	COCHABAMBA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200412I	COCHABAMBA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200412J	COCHABAMBA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		200412K	COCHABAMBA	OS.DON N.TEMBLACION	1er NIVEL	Publico
		POTOSI	POTOSI	200413A	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD
200413B	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200413C	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200413D	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200413E	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200413F	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200413G	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200413H	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200413I	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200413J	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200413K	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
CHUQUISACA	CHUQUISACA			200414A	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD
		200414B	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200414C	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200414D	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200414E	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200414F	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200414G	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200414H	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200414I	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200414J	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		200414K	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
		QUIMSAS	QUIMSAS	200415A	COCHABAMBA	OS.A N.BEATITUD
200415B	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200415C	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200415D	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200415E	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200415F	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200415G	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200415H	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200415I	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200415J	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico
200415K	COCHABAMBA			OS.A N.BEATITUD	1er NIVEL	Publico



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
UNIDAD DE REDES Y SEGUROS PÚBLICOS



ANEXOS

SALUD PARA LA PAZ



Gobierno Autónomo Departamental de La Paz
Servicio Departamental de Salud

TITULO

NOMBRE Y APELLIDOS:

CARRERA:

UNIVERSIDAD:

NOMBRE DE TUTOR/A:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

ÁREA DE SALUD:

MUNICIPIO:

RED DE SALUD:

PROVINCIA:

TRIMESTRE:

SEDES
SALUD PARA LA PAZ



Gobierno Autónomo Departamental de La Paz
Servicio Departamental de Salud

INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NOMBRE Y APELLIDOS:

CARRERA:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

ÁREA DE SALUD:

MUNICIPIO:

RED DE SALUD:

PROVINCIA:

MES:

SEDES
SALUD PARA LA PAZ



GOBIERNO AUTONOMO DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

Nombre y apellidos:
 Universidad:
 Carrera:
 Facultad:
 Establecimiento de Salud:
 Municipio:
 Red de Salud:
 Mes correspondiente:
 Meses de rotación:

1. AREA DE PLANIFICACION**Actividades de planificación y programación (descripción de lo siguiente)**

- a) Realizo el cronograma de actividades del mes
- b) La programación fue realizado en equipo de salud del establecimiento de salud.
- c) Se ha cumplido con la programación de cronograma
- d) Si ha existido dificultades en el cumplimiento de las actividades

2. ACTIVIDAD DOCENTE ASISTENCIAL

FECHA	ACTIVIDAD	LUGAR	Nº PARTICIPANTES
	Exposición/actualización de tema o presentación de caso clínico.	Establecimiento de Salud	

3. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES**Temática de educación a la Comunidad:**

FECHA	ACTIVIDAD	LUGAR	Nº PARTICIPANTES
	Socialización, exposición temática abordada, en enfermedades transmisibles, no transmisibles, Ley 475, atención a la madre-niño, personas adultas y personas con discapacidad	Organización comunitaria, Unidad educativa, Instituciones y otros	

Temática de stand participado, organizado:**Lugar:**

FECHA	ACTIVIDAD	ORGANIZADOR/ EXPOSITOR	Nº PARTICIPANTES
	Feria integral de salud en la comunidad/Cantón/Cuidad		

