

TEMAS Y RESUMEN

ATENCION PRIMARIA

- Bases y fundamentos de la practica de la medicina familiar

La atención primaria es el cuidado esencial de la salud basado en métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables, y tecnología universalmente accesible para los individuos y familias de la comunidad.

Los componentes de la APS incluyen:

- Educación
- Promoción del abastecimiento de alimentos
- Promoción del abastecimiento de agua potable
- Promoción de los servicios sanitarios básicos
- Atención de la salud materno–infantil, incluyendo la planificación familiar
- Inmunización.
- Tratamiento de lesiones y enfermedades comunes.
- Provisión de medicamentos esenciales.

Estos servicios son otorgados no solo por médicos sino por una amplia gama de profesionales. La Medicina Familiar, es la especialidad medica efectora de la APS por definición. Así, se ocupa de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad o del órgano o sistema afectado.

El medico familiar es, en esencia un generalista genérico. Así, integran distintos componentes:

- PRIMER CONTACTO: base para la determinación del procedimiento a seguir, sin las interpretaciones unidireccionales de un especialista, sino con la visión panorámica.
- ACCESIBILIDAD: El acceso debe estar facilitado para mejorar el diagnóstico y el tratamiento.
- CONTINUIDAD Y LONGITUDINALIDAD: La continuidad no es propia del medico de familia, pero si lo es la longevidad como seguimiento a lo largo de tiempo y no solo de un tratamiento particular.
- ATENCIÓN INTEGRAL: No solo se limita al diagnóstico y tratamiento de dolencias o enfermedades, sino también al establecimiento de una relación medico–paciente–familia.
- COLABORACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO: El medico de familia tiene que estar preparado para la derivación del cuidado de ciertos pacientes en otros profesionales de la salud.
- ORIENTACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA: Busca la adaptación de la persona enferma en su propio ambiente y así optimizar el tratamiento sin olvidar el contexto de la matriz relacional y las problemáticas psicosociales.

7– Medicina basada en la evidencia

La medicina basada en la evidencia es, en esencia, una estrategia de aprendizaje y formación continua que intenta achicar la brecha entre la investigación y la práctica clínica. En los últimos cuarenta años el progreso de las ciencias posibilitó la comprensión de muchos de los procesos biológicos que antes eran solo conjeturas, como así, las formas de tratamiento. La información que aparece día a día es sumamente vasta, por lo que para cualquier médico es imposible estar absolutamente al día. Por esta razón es de suma importancia la educación en la **forma de priorizar la información** y en la **evaluación de las fuentes** de tal información.

Cuando se habla de la mejor evidencia disponible, se refiere a la que proviene de estudios relevantes de investigación clínica que, una vez evaluados, sean aplicables a la práctica médica cotidiana.

El primer paso y, quizás, el mas importante, es la **formulación de la pregunta**. La mayor dificultad radica en nuestra habilidad para ser lo mas específicos posible en la pregunta, la intervención y el resultado que se va a evaluar. La metodología propuesta por Rubinstein para la determinación de la pregunta incluye 3 pasos: El primero es el **reconocer** lo que uno no sabe, el segundo es determinar el **tipo de déficit** de conocimiento (grieta, solucionable con preguntas específicas de una situación particular; o déficit global, solucionable con la consulta a un libro de texto por ser un tema mas amplio). El tercer y ultimo paso es, finalmente, **formular la pregunta**.

A continuación, se debe buscar la información. Además de las fuentes clásicas, como libros de texto y otros profesionales, existen muchas citas en bases de datos en Internet (MEDLINE o LILACS) y en las revistas médicas. Además, hay otras bases de datos como las revisiones sistemáticas de Cochrane, que incluye la información ya evaluada críticamente y comentada, lo que ahorra mucho tiempo al lector.

A pesar de que la medicina basada en la evidencia aporta una herramienta de gran utilidad en la práctica, no en todos los casos es ventajosa la información. Hay veces en que la evidencia disponible es contradictoria, o simplemente no existe. La evidencia encontrada puede no adaptarse a la situación de los pacientes, o bien, sus condiciones pueden no ser reproducibles. Por esto es importante **no tomar como dogmáticos los principios de la MBE**.

10– Razonamiento médico y diagnóstico

Al evaluar un paciente, el medico intenta reconocer las evidencias externas que proveen el interrogatorio, el examen físico y los estudios diagnósticos. La meta deseable consiste en definir el verdadero estado del paciente. Si bien este conocimiento no es imposible, en la mayoría de los casos el medico trabaja con incertidumbres.

En una etapa temprana, los primeros datos que se generan de un paciente se desencadenan en una hipótesis. Esta hipótesis inicial de la situación del paciente se va confirmando o descartando y reemplazando a medida que el interrogatorio y los exámenes van aconteciendo. Así, se van generando unos pocos diagnósticos que al final de la consulta nos dan las directivas para continuar: no haciendo nada, obteniendo mas información por estudios, o directamente tratando sin información adicional.

La heurística (del griego *heúristko*, arte de inventar) es un proceso mental que nos permite estimar probabilidades a partir de la experiencia previa, inconscientemente. Este modelo de pensamiento se basa en 3 principios: La **representatividad**, en cuanto a la probabilidad de que el evento suponga las características de tal o cual enfermedad. La **disponibilidad** es el proceso cognitivo por el cual la probabilidad de un evento se determina por la facilidad con que se recuerda. Por último el **anclaje y ajuste** implica la capacidad de realizar una estimación inicial que luego se va ajustando a las características especiales del paciente.

La heurística y sus principios, sin embargo, posee sesgos que deben ser evitados en todo lo posible. La **representatividad** posee los sesgos de desconocimiento de la probabilidad previa, uso de hallazgos clínicos poco precisos como predictores, uso de predictores redundantes, uso inadecuado de la regresión a la media como evidencia diagnóstica y comparación con experiencias pequeñas y poco representativas. La **disponibilidad** posee los sesgos de sobreestimación o subestimación de la probabilidad de condiciones poco frecuentes. Los sesgos de **anclado y ajuste** incluyen el anclado incorrecto y el ajuste insuficiente.

11– Interpretación de los estudios diagnósticos y toma de decisiones

Los médicos usan constantemente los métodos diagnóstico. Entre ellos se incluyen también el interrogatorio,

el examen físico y los estudios de laboratorio. Todos pueden contribuir a brindar mayor información y a dilucidar la incertidumbre que el médico tiene acerca del paciente.

La falta de un criterio para acercarse a la verdad, puede dar como resultado una información a veces inútil o redundante. La formulación de preguntas abiertas y cerradas debe estar ordenada en pos de generar información cuantitativa y cualitativamente útil. Las preguntas abiertas generan hipótesis de diagnóstico, mientras que cerradas deben servir como prueba diagnóstica para aumentar el caudal de información y así, descartar o afirmar su hipótesis.

Cada prueba diagnóstica tiene, lo que se dice, características operativas que pueden definirse de la siguiente forma:

- La **tasa de verdaderos positivos o sensibilidad** es la capacidad de detectar a un paciente enfermo.
- La **tasa de verdaderos negativos o especificidad** es la capacidad de confirmar en individuos sanos la ausencia de un enfermedad.
- **Tasa de falsos negativos.**
- **Tasa de falsos positivos.**

Estas características se consideran constantes en cada estudio. Sin embargo situaciones pueden provocar fallas en estas características por variaciones en el operador o, bien, por diferencias en los estadios de la enfermedad.

12– Historia Clínica orientada al problema

El registro de la información a través de la HCOP (Historia Clínica Orientada al Problema) es un elemento fundamental. Una HC de buena calidad son esenciales para la evaluación de los servicios de salud y la determinación de las mejores opciones en el cuidado médico. Para esto, la HC debería:

- Estar disponible toda vez que se necesite
- Sea de fácil lectura, comprensión y que este redactadas en lenguaje familiar.
- Que este organizadas y permita hallar los datos fácilmente.
- Informe sobre la evolución del paciente.
- Contenga información confiable en situaciones legales.

La HCOP está estructurada en 4 partes: La lista de problemas, la base de datos definida, los planes iniciales y las notas de evolución.

La **lista de problemas** es la parte mas importantes de la COP, por esto se ubica en la primera página. Se los suele clasificar en agudos y crónicos, y debe ser un registro periódico de los problemas del paciente.

La **base de datos** es similar a una fotografía del paciente en el momento en que inicia su HC. Incluye información de rutina y específica del problema. Esto evita el registro de información redundante. Una parte de esta base de datos es el genograma (ver mas adelante).

El **plan inicial** determina el camino a seguir para cada problema, esto incluye los procedimientos diagnósticos, el monitoreo, el tratamiento y la educación sobre cada uno de los problemas.

Las **notas de evolución** deben ser breves y realizarse en cada visita del paciente. Se debería organizar en cuatro tipos de información: Subjetiva, objetivo, evaluación y del plan de seguimiento.

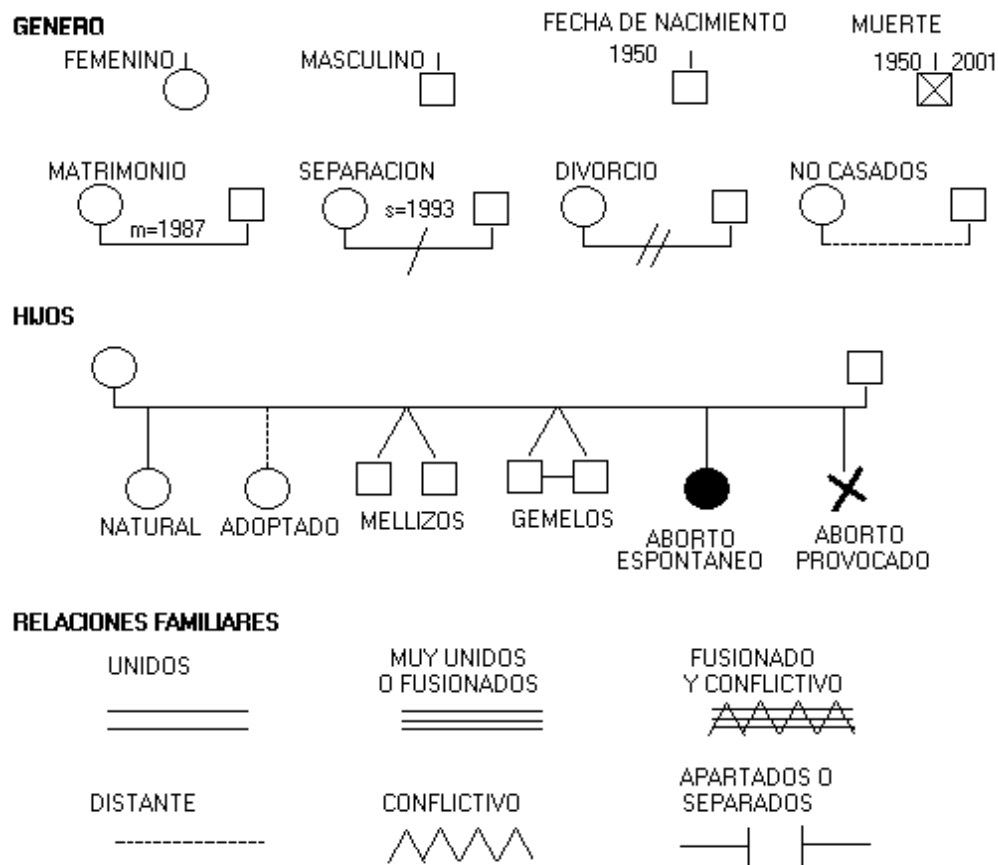
14– Genograma

La familia, muchas veces, es un recurso de información útil para el diagnóstico y, a la vez, es una ayuda para el manejo de los problemas. Existen diez aspectos importantes acerca de la historia familiar que tienen relevancia en el aspecto clínico: los patrones de género, el ciclo vital familiar, los patrones intergeneracionales, la dinámica familiar, el contexto religioso y cultural, las enfermedades genéticas de la familia, la adaptación de la familia a la enfermedad y a los cambios, los recursos familiares y los eventos críticos.

El genograma no solo aporta a la relación médico-paciente-familia, sino que también revela información importante acerca del mismo paciente que servirá de guía para la entrevista clínica.

Con frecuencia, el hecho de compartir el genograma con el paciente le permite a este último reflexionar sobre los patrones de su familia, y así, mejorar su situación o realizar intervenciones.

A continuación se dan las pautas para la graficación del genograma, el uso de dibujos facilita la lectura y la interpretación para el lector.



18- Comunicación de riesgos a los pacientes

La comunicación de la evidencia científica a los pacientes tiene varios objetivos: que el paciente participe mas activamente en su tratamiento, que lleguen a un mayor entendimiento con sus médicos y que se adhieran mejor al plan. Además, sabemos que el paciente tiene derecho a saber de su enfermedad, su pronóstico y sus opciones terapéuticas.

La adquisición de herramientas que faciliten la entrega de dicha información es elemental en la práctica cotidiana. Una estrategia para comunicar los riesgos a un paciente resume 5 pasos:

- Entender la experiencia y las expectativas del paciente y su familia
- Construir una sociedad entre el paciente y el médico, usando la empatía.
- Proveer la evidencia dándonos cuenta de las incertidumbres, incluso las no expresadas.
- Presentar una recomendación.
- Evaluar la comprensión y el estado de acuerdo con la información recibida.

20– Prevención en la practica clínica

La prevención es el acto por el cual se pretende evitar que algo suceda. Las prácticas preventivas se realizan en tres momentos o niveles: La **prevención primaria** comprende la protección y promoción de la salud antes de la aparición de una patología. La **prevención secundaria**, en cambio, comprende el diagnóstico y tratamiento temprano, en general en el paciente asintomático y disminuye la morbilidad. La **prevención terciaria** se realiza con el fin de rehabilitar al paciente y actúa para reducir complicaciones, una vez que la enfermedad ha producido un daño.

El **rastreo**, tamizaje o *screening* es la aplicación de una prueba para detectar una condición o enfermedad potencial en una persona asintomática. Esto se hace para disminuir la morbilidad de ciertas enfermedades por el tratamiento temprano. Sin embargo, no todas las enfermedades se deben rastrear, pues su diagnóstico no significa una reducción de la morbilidad.

Existen ciertos **s sesgos** relacionados con los procedimientos de rastreo. Estos incluyen sesgos de **dilución** (si a pacientes no se les realizan las pruebas), de **contaminación** (pacientes que no se incluían en el grupo reciben la prueba), de **selección** (que no sea representativa), del **tiempo de duración** (estados preclínicos prolongados, preferentemente detectados en rastreos, son enfermedades mas leves que las detectadas sintomáticamente) o bien del **tiempo de anticipación** (cuando el diagnóstico temprano no modifica la supervivencia).

Las practicas de rastreo se dividen en 5 grupos (A, B, C, D e I). Estos grupos están determinados por la evidencia y los resultados que tienen. Las prácticas del grupo A son tan necesarias que es obligatorio realizarlas en las consultas de control.

RECOMENDACIONES DE PRACTICAS PREVENTIVAS

El chequeo anual debería evolucionar de una completa recolección de datos en el interrogatorio, un examen físico de los pies a la cabeza (completo) y una batería de pruebas para ver si aparece algo alterado.

NACIMIENTO – 10 AÑOS

Se recomienda que los controles sean mensuales o bimestrales hasta el año, bimensuales hasta los 2, y después anuales. Se recomiendan las siguientes medidas de rastreo:

- Registro de peso, altura y perímetro cefálico, y tensión arterial.
- Fenilalanina y TSH al nacer.
- Auscultación cardiaca y palpación de pulsos periféricos.
- Reflejos del ojo.
- Maniobras de Ortolani y Barlow en pacientes con riesgo de luxación de cadera.
- Examen ocular.
- Control de la audición.

Se debe aconsejar a los padres o tutores del niño en:

- Uso de sustancias: tabaquismo pasivo.

- Prevención de accidentes.
- Dieta y ejercicio
- Salud dental

Se deben recordar las inmunizaciones obligatorias del calendario de vacunación y los suplementos dietarios, en caso de ser necesarios.

11 AÑOS – 24 AÑOS

Se aconseja realizar las siguientes maniobras de rastreo:

- Registro de tensión arterial, peso, altura, Papanicolaou en mujeres sexualmente activas.
- Rastreo de alcoholismo, tabaquismo o drogadicción.
- Serología para rubéola o vacunación en mujeres susceptibles.

Este grupo se debe aconsejar acerca del abuso de sustancias, la prevención de accidentes, salud dental, dieta, ejercicio y sexualidad. A los 16 años se deben indicar el refuerzo de la doble adultos, rubéola y Hepatitis B.

24 AÑOS – 64 AÑOS

En los pacientes de este grupo se recomiendan controles periódicos de salud anuales. En ellos se recomienda:

- Registro de tensión arterial, el peso y la altura
- Papanicolaou en mujeres sexualmente activas cada 1 a 3 años.
- Rastreo de alcoholismo, tabaquismo o drogadicción.
- Rastreo de dislipemias.
- Rastreo de cáncer de mama y de colon.

Se recomienda aconsejar en temas como sexualidad, salud dental, prevención de accidentes, abuso de sustancias, dieta y actividad física. Se debe indicar el refuerzo de la doble cada 10 años y vacuna antirrubéola en mujeres sin antecedentes de vacunación.

MAYORES DE 65 AÑOS

Se aconseja realizar controles de salud cada año.

- Registro de la tensión arterial, peso, altura cada tres años.
- Evaluación de la agudeza visual y auditiva.
- Rastreo de cáncer de mama.
- El PAP debe suspenderse a los 65 años si los últimos 3 fueron normales.

Se sugiere aconsejar acerca de salud dental, prevención de accidentes y caídas, abuso de sustancias, dieta y actividad física. Es importante reevaluar la medicación que predisponga a caídas o deterioro cognitivo. Hay que recomendar ejercicio, cambios de conducta y ámbitos seguros para prevenir caídas. Es conveniente que los convivientes estén entrenados en resucitación cardio-pulmonar. Deben indicarse anualmente vacunas contra el neumococo e influenza, además, se debe reforzar la doble cada 10 años.

21- Examen físico en el paciente asintomático

El examen físico es una serie de maniobras destinadas a detectar o prevenir enfermedades en el paciente asintomático ambulatorio. El EF debe ofrecer información útil para el diagnóstico y para afianzar la relación medico-paciente. Aproximadamente el 56% de los casos se pueden realizar solo con el interrogatorio, el EF

puede llevar esa cifra al 73%.

En el EF predominan las maniobras mas **sensibles** que específicas. Esta propiedad es importante para lograr el mayor **poder predictivo positivo** posible, o sea, que se trata de descartar todos los falsos negativos. A su vez, las maniobras no son muy exactos y la exactitud de un signo es diferente en cada entidad según este en relación con el diagnóstico presuntivo o no.

El EF en si, no es una herramienta tan poderosa para el diagnóstico como el interrogatorio, sin embargo, es más importante que muchas otras pruebas. Por último, es importante saber que el desacuerdo clínico en el EF es frecuente.

En la población adulta asintomática es importante realizar una serie de maniobras, cuya omisión se considera un error. Se dividen en 3 grupos: A, B y C. El grupo A se debe realizar en cada visita a todos los pacientes. El grupo B a todos los pacientes en cada visita o anualmente. Las maniobras del grupo C están dirigidos a pacientes en riesgo o con ciertas características.

A.– Tensión arterial.

B.– Examen dental.

Altura y peso.

Agudeza visual.

C.– Palpación mamaria.

Examen de la piel.

Palpación abdominal (Aneurisma de aorta).

Examen de cavidad oral.

Examen testicular.

Palpación tiroidea.

Sin embargo, realizar intervenciones por fuera de estas en una consulta de control, puede llevar a falsos positivos y, en caso de ser solicitados, deben estar dirigidas a afianzar la relación medico–paciente mas que a un diagnóstico.

22– Prevención de lesiones no intencionales

El término de lesiones no intencionales intenta persuadir de que todo tipo de accidente puede ser prevenido. La cadena de eventos y circunstancias que lleva a la ocurrencia de una lesión no intencional tiene como características la no intencionalidad y que las consecuencias son evidentes.

Las lesiones no intencionales son la principal causa de muerte en la población de 1 a 35 años en la mayor parte de los países. En la Argentina las lesiones no intencionales son la cuarta causa de mortalidad de la población general. La morbilidad asociada a ellas también es elevada.

Las recomendaciones destinadas a la prevención deben estar incluidas en el examen periódico de salud, sobre todo en el control o seguimiento del niño sano y de los ancianos. Los grupos de riesgos son 3: los niños, los

ancianos y los adolescentes. En los primeros esta dado por su incapacidad para superar las demandas, al igual que en los ancianos. A estos últimos se le agrega el hecho de la dificultad de rehabilitación de ciertas lesiones (mayor letalidad). Por el contrario, los adolescentes y jóvenes presentan una característica en su conducta que los lleva a desafiar su desempeño en situaciones riesgosas.

25- Entrevista clínica

La relación medico-paciente aparece como algo difícil de caracterizar, sin embargo, existen muchos problemas frecuentes en la comunicación entre el médico, su paciente y su familia. Estos se podrían enumerar como dificultades en la **razón que trae al paciente** a la consulta, la **recolección de información**; las **explicaciones**, la **adherencia** del paciente al tratamiento, los temas de **legalidad** y la falta de **empatía** y **entendimiento**. Es responsabilidad del médico ahondar en su relación con el paciente y la familia para realizar cambios a favor de la calidad, o sea, de la salud.

Los marcos teóricos o **modelos de entrevistas** nos aportan un mapa para guiarnos en la relación medico paciente. Los mas importantes son el modelo biopsicosocial y el modelo colaborativo, pero existen otros.

Según el **modelo biopsicosocial** los factores psicosociales y los biológicos aparecen en el mismo nivel y tienen un rol fundamental no solo en el mantenimiento sino también en la aparición de la enfermedad. Al hacer diagnóstico en los distintos niveles, el médico consigue una visión mas global y puede estimular el desarrollo de conductas que favorezcan la salud.

El **modelo colaborativo** plantea que un sistema terapéutico debe estar orientado a la colaboración entre todos los actores que participan en él, o sea, el medico, el paciente y la familia. Este modelo promueve un sistema de negociación para la resolución de las diferencias.

LA ENTREVISTA MEDICA

EL CLIMA DE LA ENTREVISTA: Es el tono o la atmósfera en que se desenvuelve la entrevista (incluyendo si permite el flujo multidireccional de información, si permite o no el desarrollo desconfianza y la identificación y expresión de diferencias o barreras). Es el proceso que permite generar un contexto colaborativo.

EL CONTROL DE LA ENTREVISTA: Es la manera por la cual el estilo del médico influye en el ritmo y el foco de la entrevista.

El médico puede tomar cierto tipos de posturas o roles: 1) **Directivo** el médico toma el role dominante en decidir que hacer, cuando y cómo. 2) **Democrático** el médico colabora con los pacientes en decidir que debe ser hecho. 3) **No-Directivo** el médico permite que la sesión se autogestione.

A su vez, existen variables que influyen la elección del estilo (forma de pago del médico, variabilidad en las necesidades de los pacientes, estilo de personalidad, tiempo disponible etc.)

EL médico debe estar atento al tiempo y al ritmo de la sesión, para acelerar o desacelerar la discusión, tratar todos los temas programados y pedir a los pacientes que colaboren en el establecimiento del ritmo de la sesión

También se debe observar el foco de la discusión y así determinar una agenda (determinar el tiempo y/o prioridades), evitar las interrupciones externas, evitar digresiones, mantenerse en el tópico y pedir a los pacientes que ayuden en el establecimiento del foco.

LA RECOLECCION DE LA INFORMACION: Es el proceso por el cual el médico recolecta información (del paciente, su contexto micro macrosocial; su motivo de consulta) con el objetivo de ayudar al diagnóstico

y formular hipótesis, utilizando un razonamiento hipotético–deductivo.

LA DEFINICION DEL PROBLEMA: Es el proceso por el cual el médico, el paciente y su familia negocian la definición del problema teniendo en cuenta las diferencias y establecen un contrato terapéutico.

EL MANTENIMIENTO DE LA RELACION TERAPEUTICA: El desarrollo de una relación de colaboración entre el médico y/o el paciente y/o la familia con el objetivo de alcanzar y mantener el contrato terapéutico negociado en la definición del problema.

LA PROMOCION DEL AUTOCUIDADO: Es la forma del cuidado la cual se compromete la iniciativa individual del paciente y su familia en identificar y actuar según sus propias necesidades (con o sin asistencia). Esta categoría trata de los abordajes que el médico puede usar para influenciar la motivación del paciente y del uso de recursos.

28– Ciclo vital familiar y crisis

El crecimiento familiar nos lleva necesariamente al concepto de cambio en las reglas con que se maneja una familia en la cotidianeidad. Ahora bien, el repertorio de reglas con que cuenta una familia no es ilimitado. El hecho de compartir ese sistema de creencias y la manera especial en que éste se pone en juego en cada situación, en cada momento de su vida, a través de las reglas de relación, es lo que garantiza la unión y la permanencia en el tiempo de una familia como tal.

El momento de transición de una etapa a otra es un momento de **crisis**, en el cual los miembros de la familia tienen la clara percepción de que las reglas con que se venían manejando ya no sirven y que aún no han surgido de ellos, otras nuevas que las reemplacen.

Periodo de galanteo (adolescencia)

- Surgen problemas si se demora este proceso en el joven.
- El adolescente enfrenta la involucración simultánea entre su familia y sus iguales.
- Los padres pueden: soltar a sus hijos o enredarlos a perpetuidad en la organización familiar. A veces, el joven se lanza prematuramente al matrimonio en un intento de liberarse de su red familiar.

Constitución de la pareja estable

- La pareja, al inicio, debe elaborar multitud de acuerdos.
- Los temas que no pueden discutirse quedan enquistados en el matrimonio.
- La nueva pareja aprende a usar tanto el poder de la fuerza como el poder de la debilidad y enfermedad.
- La involucración paterna en la nueva pareja es causa de desavenencias.
- Cortar, totalmente, con la familia de origen no trae buenos resultados.
- El arte del matrimonio sería: conseguir la independencia conservando la involucración emocional con la familia de origen.

Nacimiento de los hijos.

- Con el nacimiento de un hijo la pareja pasa de ser dos personas a configurar un triángulo; esto debe implicar un cambio en las reglas de relación.
- La pareja puede empezar a tratar sus problemas a través del hijo.
- El período más común de crisis es cuando los hijos empiezan la escolaridad.
- Para los padres, la escolaridad del hijo es una experiencia de que terminarán dejando el hogar.

Periodo intermedio.

- En este período la relación matrimonial se profundiza y amplía; se han forjado relaciones estables con la familia extensa y con círculos de amigos.
- Al llegar a esta etapa, la pareja ha atravesado muchos conflictos y ha elaborado modos de interacción

bastante rígidos y repetitivos.

– En estos años medios pueden sobrevenir graves tensiones y también el divorcio.

El destete de los padres.

– El hecho de que los hijos dejen el hogar coloca a algunos padres frente a frente sin nada que decirse ni compartir.

– La enfermedad del hijo hace que sus padres no tengan que quedar solos sino que sigan comunicándose a través de los problemas del hijo.

– Es en esta etapa, y cuando el hijo logra abandonar el hogar, los padres deben transitar ese cambio que se llama convertirse en abuelos.

– Cuando el hijo mayor produce un nieto, puede liberar a alguno de los padres de su hijo menor, con el que, tal vez, estaban excesivamente involucrados.

– Cuando la gente joven se aísla de sus padres priva a sus hijos de los abuelos, no permitiendo la interrelación mutua entre las generaciones.

El retiro de la vida activa

– Algunas veces, el retiro de la vida activa hace que se halle la pareja frente a frente, veinticuatro horas, creándose diversos problemas.

– Un síntoma, en esta etapa, puede verse como la protección de un miembro sobre el otro.

– Desarrollando un síntoma incapacitante, el otro miembro, al ayudar a su pareja, se siente útil; de esta manera, lo desvía de la crisis que puede sobrevenir a la jubilación al sentirse retirado de una vida activa.

44– Adicciones (Sirve también para Cs. Humanas)

La utilización de sustancias que alteran los estados de conciencia se ha producido desde tiempos prehistóricos, tanto a nivel individual como social. En China y Egipto, el uso de opio se describe desde los primeros monumentos históricos. En la India se conocía la marihuana desde 2000 años a.C.

Describir la epidemiología del consumo de sustancias es sumamente difícil, que presenta demasiadas variaciones locales y una variación digna de mención. En Argentina el aumento de la drogodependencia es prácticamente exponencial, siendo el alcohol, el tabaco, la marihuana, la cocaína y drogas aún mas potentes las que atacan a los jóvenes.

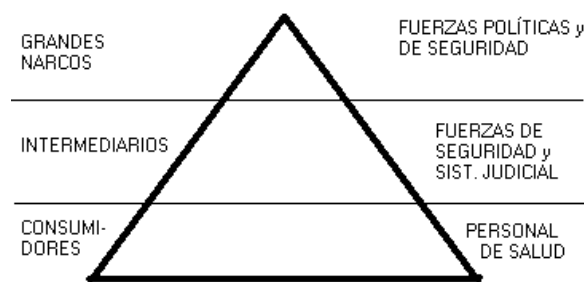
DEFINICIONES:

- **Drogodependencia:** Es un trastorno en el cual se tiene una actitud compulsiva a consumir una droga para lograr un efecto psíquico o, simplemente, sentirse bien. La sustancia se denomina **psicoactiva**, actúa sobre el SNC, alterando el pensamiento, el estado de ánimo y /o la conducta. Es un proceso en donde no solo se daña la persona que consume sino también su ámbito familiar y social.
- **Uso:** El uso puede ser médico o lúdico, cuando se utiliza ocasionalmente de forma recreativa.
- **Abuso:** Es el uso no médico, ni ocasional, acompañado por compulsión. Sobreviene como consecuencia de factores propios de la persona y de su medio social.
- **Tolerancia:** Es la necesidad de una dosis cada vez mayor.
- **Dependencia física:** Es la alteración del cuerpo anatomofisiológica, puesto que la sustancia debe ser administrada periódicamente para evitar los síntomas de la abstinencia.
- **Abstinencia:** El síndrome de dependencia es producido por la interrupción de la administración de una sustancia; algunas no lo provocan.
- **Dependencia psíquica:** Implica la vivencia de necesitar la administración de una sustancia para preservar la integridad, y produce una gran ansiedad.

FISIOPATOGENIA: Hay dos conceptos básicos para entender la fisiopatogenia de los trastornos por abusos de sustancias.

- La **comorbilidad** contempla la presencia de 2 o mas trastornos en un mismo paciente. Es la presencia de un antecedente o concurrencia actual de un trastorno psiquiátrico en adición a la enfermedad primaria. Esto también se denomina patología dual y se presenta en el 80% de los abusadores de sustancias. Los principales trastornos asociados son los de personalidad, depresión, ansiedad, límite, antisocial, etc. Para determinar este trastorno no es suficiente la observación en un cuadro agudo, sino que es necesario el examen por un tiempo prolongado.
- El **craving** (o las ganas compulsivas) es otro de los aspectos de la fisiopatología asociado al deseo irrefrenable de la droga y apunta a la presión interna para conseguirla. El lapso entre el craving y la realización del impulso es el momento ideal en el que se debe intervenir mostrando al paciente técnicas de para controlar y modificar la conducta.

Las teorías causales de las adicciones ofrecen explicaciones desde tres aspectos: La **coadición** que aparece entre dos personas en relación estrecha con la misma dependencia; los **factores genéticos** que refieren algunos estudios sobre el alcoholismo; y los **factores neuroquímicos** que establecen que las personas que son menos sensibles a los opiáceos endógenos buscarían sustituir esa deficiencia.



La prevención de la drogodependencia es de suma importancia y esta debe llegar antes que la guerra este declarada. Estudios demuestran que mientras mas se retrase la edad de inicio en el consumo de drogas, mas favorable es el pronóstico de un tratamiento.

Si consideramos a los consumidores como una pirámide dividida en 3 estratos tendremos una figura como la de la derecha. En ella vemos que la prevención del estrato mas bajo, el de los consumidores, es atendido por los profesionales de salud. Este justamente es el lugar a donde apunta la atención primaria ya que, teniendo en cuenta el poderío de los narcotraficantes, no basta atacar la oferta, sino que hace falta **atacar la demanda** a través de la concientización acerca del problema. Esto depende del diagnóstico precoz de la adicción, así como de la **educación y concientización** acerca de que toda adicción conlleva un **proyecto de muerte y disolución de la sociedad**.

La prevención de puede iniciarse en cada comunidad por monitoreo por parte de promotores de salud, los cuales pueden detectar casos de riesgo, educar a los padres, realizar actividades que ocupen tiempo libre en acciones sanas o estimular la mejoría de logros académicos y deportivos. En los lugares de trabajo se debiera promover el suministro de información y planes de rehabilitación que no amenacen la continuidad laboral o social de la persona. Las intervenciones en las escuelas han demostrado un retraso en la edad de inicio.

ABORDAJE DE PACIENTES ADICTOS

El consumo de drogas se relaciona con una tendencia a la exaltación del yo. Históricamente se hablaba de 4 niveles de uso: experimental, ocasional o social, regular o abuso y dependencia.

El DSM es el Manual de Diagnóstico y Estadística de la Asociación de Psiquiatras Norteamericanos. En el se distinguen solo 2 categorías de uso: Dependencia y Abuso. El primero habla de un **patrón adaptativo** de consumo de una sustancia que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo marcado por la tolerancia, el síndrome de abstinencia, el aumento de las dosis, la reducción en la actividad social, el deseo persistente, la inversión de tiempo en la adicción y la continuación a pesar de tener conciencia del daño. El

segundo habla de un **patrón desadaptativo** del consumo que conlleva el consumo recurrente con complicaciones a nivel laboral, legal, físico y social.

A diferencia del alcohólico, el drogadicto no posee una constelación de síntomas bien definidos para la detección temprana. Para lograr un cambio en un paciente adicto debemos seguir una serie de pasos que incluyen 6 pasos. Este modelo viene después de una etapa preparatoria donde se lo hace consciente al adicto a su problema y se afirma en él la voluntad de abandonar tal hábito. Este modelo surge del tratamiento de alcohólicos, pero se adapta bastante bien al caso de drogadictos:

- Rastreo para identificar al paciente que usa o abusa de sustancias.
- Categorizar la probabilidad y la gravedad del problema con la droga.
- Educar sobre el tipo de droga, sus efectos en la salud y los problemas que presenta.
- Realizar un acuerdo entre el médico y el paciente de que hay un problema al que se tratará de dar solución.
- Brindar el apoyo y los cuidados durante etapas de detoxificación, rehabilitación y cuidados posteriores.
- Realizar el seguimiento tratando de evitar las recaídas.

El abordaje debe ser flexible y responsable, y es preciso realizar un diagnóstico riguroso acerca de las comorbilidades de la dependencia. Para esto se suele adjuntar terapias de grupo o individuales que estimulen al paciente a resolver la patología de fondo a su adicción.

El tratamiento de un paciente se acompaña de intervenciones individuales y familiares, donde el terapeuta guiará a la familia hacia el desarrollo de habilidades sociales y de autocontrol.

45- Alcoholismo

46- Tabaquismo

El conocimiento del tratamiento para dejar de fumar involucra de modo especial a los Médicos de Atención Primaria, ya que el 70 % de los fumadores visitan a su médico cada año. Es importante no perder esto de vista y capitalizar la intervención a favor del cese de tabaco en este grupo de pacientes. Los fumadores reconocen en el consejo médico una importante motivación para dejar de fumar y algunos no desean ingresar a un programa especial; por lo que el aprendizaje de ciertas habilidades por parte del médico son herramienta primordial en el trabajo con el paciente fumador.

Existen numerosas opciones farmacológicas en el tratamiento para dejar de fumar que modifican nuestra práctica actual.

Los puntos clave a tener en cuenta son:

- los fumadores con fallos anteriores
- conocer todas las opciones de Nicotina de Reemplazo (NR): parches, chicles, spray nasal, e inhalada; y otras como bupropión o clonidina.
- el uso de material de autoayuda
- el rastreo de comorbilidades de patologías psiquiátricas y alcoholismo.

Desde 1996 han surgido guías para el tratamiento del tabaquismo de importantes asociaciones norteamericanas basadas en trabajos aleatorizados y meta-análisis. Las principales pertenecen a la Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) y a la American Psychiatric Association (APA) (ver bibliografía sugerido). Sus recomendaciones más importantes son:

- Usar sistemas de identificación, tratamiento y seguimiento de fumadores, tanto para motivar como para efectivizar el cese.
- Ofrecer el uso de NR en forma generalizada salvo en circunstancias especiales.
- Utilizar un sistema de consultas múltiples de asesoramiento y soporte de al menos 20 minutos de duración cada vez, a lo largo de varias semanas.
- Apoyar los programas antitabáquicos a través de la formación y entrenamiento de personal especializado; de cambios en la política de salud y de la inclusión en las coberturas de los tratamientos.

En los años posteriores aparecieron varias alternativas y conocimientos que amplían lo indicado en esas guías: la liberación de varios productos a la venta libre en EE.UU., el empleo de spray nasal y nicotina inhalatoria bucal y otra alternativa no nicotínica: el Bupropion. Todas estas formas tienen efectividad claramente superior al placebo aunque no todas han sido comparadas entre sí.

- **Identificación sistemática de todos los fumadores en cada visita.** Se sugiere incluir su estado de fumador actual o anterior dentro de los signos vitales en la Historia Clínica del paciente.
- **Indicación clara y fuerte de dejar de fumar a todos los fumadores** no dar por sobreentendido la indicación médica de la necesidad de dejar de fumar.
- **Identificar aquellos fumadores que esta dispuestos a hacer el intento de dejar** si el paciente ya está decidido iniciar asistencia.
- **Asistir y ayudar al paciente a dejar de fumar**

1. Concretar una fecha de cese, idealmente dentro de los 15 días subsiguientes, a elección del paciente. Tener en cuenta que puede facilitar el que sea en el fin de semana.
2. Preparar el contexto: que comunique su decisión a familiares, amigos y compañeros de trabajo.
3. Modificar el entorno: aconsejar deshacerse de los cigarrillos la noche anterior a la fecha de cese, retirar ceniceros, ventilar los ambientes, evitar situaciones o compañías que lo lleven a fumar. Evitar el café y el alcohol.
4. Repasar los intentos anteriores: ¿qué lo hizo recaer?
5. Explicar los signos de la abstinencia: cefaleas, insomnio, irritabilidad, nerviosismo, disminución en la concentración, alteraciones en el apetito, temblores, sudores.
6. Ofrecer a usar Nicotina de reemplazo (NR) o Bupropion.
7. Dejar en claro: la abstinencia de cigarrillo debe ser absoluta
8. Referir que el uso de alcohol esta asociado fuertemente a recaídas.
9. La presencia de otros fumadores en la casa se asocia a menor tasa de éxito.
10. Uso de material impreso (por ejemplo: de alguna asociación).

47 – Violencia

Las víctimas de la violencia doméstica provienen de todos los sectores de la vida, de todas las culturas, de

grupos de bajos o altos ingresos, de todas las edades, de cualquier religión. Ellas comparten sentimientos de impotencia, aislamiento, culpa, temor y vergüenza.

Los hombres y las mujeres que siguen el ejemplo de sus padres y usan la violencia para resolver los conflictos, les están enseñando el mismo comportamiento destructivo a sus hijos. Puede perder el empleo o su carrera profesional puede quedar incapacitado debido a lesiones, arrestos u ofensas. A causa de la violencia se pierden vidas. **En Argentina** se estima que el 25% de las mujeres sufre regularmente violencia doméstica y el 50% pasará por alguna situación de violencia en algún momento de su vida.

El médico de cabecera ha sido identificado como el profesional con el cual la mayor parte de las pacientes prefiere discutir maltrato familiar por lo que se encuentra en una posición única para detectar situaciones abusivas.

73– Evaluación y problemas comunes de la adolescencia

La adolescencia es una etapa del ciclo vital con características particulares. Es una de las poblaciones, al igual que los niños, en donde la mayor parte de los esfuerzos de la atención médica deben centrarse en actividades de **atención primaria**. Se trata de una población sana pero con gran tendencia a tomar conductas o enfrentarse con situaciones de riesgo. El médico de familia tiene la oportunidad de detectar precozmente situaciones y los jóvenes en riesgo.

La primer entrevista sobre todo en menores de 18 años, habitualmente se realiza en presencia de los padres. El objeto de esta primera parte es conversar con ambos acerca del **secreto profesional** y proponer el "**contrato para la relación médico-paciente**", médico-familia que uno propone. Si bien uno debe garantizarle al adolescente la confidencialidad de la consulta, deben establecerse las pautas de esta en acuerdo con el adolescente y la familia.

Confidencialidad con el adolescente no es sinónimo de exclusión familiar. En la primer consulta se deben encarar los aspectos positivos ya que con frecuencia se sienten un conjunto de fracasos. En consultas ulteriores los aspectos negativos deben encararse al inicio de la consulta para evaluar su peso y decidir luego a lo largo de la consulta como darles su curso.

En lo inmediato uno debe proponerse trabajar en la pesquisa de enfermedades asintomáticas, evaluación del crecimiento y desarrollo, en lo mediato establecer una relación con el paciente que determine una asistencia más efectiva en el futuro.

Se debe evaluar la salud física y emocional, antecedentes de enfermedades personales y familiares. Indagar acerca de las relaciones familiares (independencia), con los pares (identidad sexual, medio en que se mueve), rendimiento escolar, planes profesionales (rol social), intereses y aptitudes especiales. Los antecedentes de conductas de riesgo para la salud, a lo mejor no se deben indagar sobre todos en la misma consulta, pero si tenerlos presentes y jerarquizarlos de acuerdo a cada adolescente.

88– Menopausia, climaterio y otros trastornos en la mujer

La menopausia es el fin de la menstruación y se confirma cuando la mujer no ha tenido períodos durante 12 meses consecutivos. Es un evento normal y natural que les ocurre a todas las mujeres entre los 45 y 55 años. La menopausia comienza cuando los estrógenos disminuyen mucho y los períodos menstruales cesan definitivamente. Aun cuando algunas mujeres tienen síntomas o problemas de salud durante toda su peri menopausia y después de la menopausia, es una oportunidad para que todas las mujeres se concentren más en ellas mismas y hagan cambios que mejoren su salud.

Existe un período de transición antes de la menopausia llamado **peri menopausia**, en el que el cuerpo

comienza a producir menos de las hormonas estrógeno y progesterona. En este lapso de tiempo se pueden tener síntomas como por ejemplo los sofocos. La mayoría de las mujeres llegan a la menopausia alrededor de los 50 años y lo reconocen porque dejan de menstruar. Algunas veces hay mujeres jóvenes que necesitan realizarse una cirugía en la que le extraen el útero y los ovarios para tratar algún problema en particular, por lo que, luego de este tipo de cirugía comienza lo que se conoce como **menopausia quirúrgica**. Esta menopausia es causada por la cirugía. Ya no tendrá más períodos menstruales, debido a que le extraen sus ovarios.

A las mujeres que le han operado sólo el útero, pero que les han dejado los ovarios en su lugar, no sufrirán una menopausia por la cirugía. Sin embargo, debido a que les han extraído el útero, no tendrán períodos y no podrán tener hijos. Más adelante estas mujeres tendrán también su menopausia natural pero no se darán cuenta ya que no tienen sangrados menstruales.

Postmenopausia se refiere a todos los años de vida después de la menopausia. Es el período posterior al momento en el cual no se ha tenido un período durante 12 meses seguidos – sea una menopausia natural o inducida.

Algunas mujeres pueden tener síntomas desde la peri menopausia y continúan teniéndolos una vez que han llegado a la menopausia. Los calores han llegado a ser el síntoma distintivo de la menopausia. Estos son una sensación de enrojecimiento o calor, acompañado a veces de sudoración. En algunas mujeres pueden causar incomodidad o alteraciones para dormir. Otros síntomas que pueden comenzar en la peri menopausia son: sudoración nocturna, problemas para dormir, cambios en los estados de ánimo (cambios del humor, irritabilidad), problemas vaginales, como sequedad vaginal e irritación que pueden causar dolor durante la relación sexual y los exámenes ginecológicos, problemas urinarios como ardor o dolor al orinar, o goteo al estornudar, toser o reír, problemas de concentración o memoria, disminución del interés en el sexo y cambios en la respuesta sexual, aumento de peso, pérdida o debilitamiento del cabello. Las "manchas" o sangrados si ocurren deben ser consultadas con el médico.

La terapia hormonal para la menopausia, es el uso de medicamentos recetados para "reemplazar" las hormonas que los ovarios han dejado de fabricar cuando ocurre la menopausia. Las hormonas se dan normalmente como pastillas o parches para pegar sobre la piel.

Este tratamiento se utiliza en algunos casos para tratar los síntomas de la menopausia por un corto período de tiempo. Por lo general no se recomienda a mujeres que tienen los siguientes problemas de salud: sangrado vaginal por causas desconocidas, sospecha de cáncer de mama, cáncer de útero, enfermedades del corazón, trombosis en las venas, enfermedad del hígado. Las mujeres no deberían tomar las hormonas para prevenir enfermedades del corazón o para protegerse contra la demencia o pérdida de la memoria. Este tratamiento debe ser indicado y monitoreado por el médico.

Ahora bien, menores cantidades de hormona femenina (estrógeno) repercute en los huesos, favoreciendo que pierdan calcio y se debiliten, y consecuentemente aparece el riesgo de osteoporosis. El médico debe ayudar a prevenir enfermedades recomendando:

- » Consumir suficiente calcio para mantener sus huesos fuertes.
- » Hacer por lo menos 30 minutos de ejercicios simples como caminar, correr o bailar todos los días de la semana.
- » Consumir alimentos sanos incluyendo en su dieta bastantes productos de cereales integrales, verduras y frutas.
- » Mantener el peso.

- » Controlar la presión sanguínea.
- » En diabéticos, reforzar los controles.
- » Reducir el nivel de colesterol.
- » En fumadores, insistir en el cese.
- » Si bebe alcohol, regular la cantidad a no mas de 1 copa por día.

91- Evaluación funcional del anciano

El 6% de la población tiene más de 65 años. La tercera edad incluye el proceso de envejecimiento que se caracteriza por una disminución funcional progresiva , un aumento de la vulnerabilidad y falta de respuesta al estrés.

La mayoría de las enfermedades que se presentan son crónicas:

- Artrosis 50%
- Lumbalgia 33%
- Deterioro visual 32%
- Molestias digestivas inespecíficas 29%

Los temas que tienen importancia en la evaluación geriátrica son:

1- Interrogatorio:

- Aislamiento
- Comunicación social
- Caídas
- Deterioro sensorial y cognitivo
- Incontinencia de orina
- Medicación
- Medio en el que vive el paciente (Ej: muebles, luz, lámpara cerca de la cama, barras en la bañera.)

2- Examen Físico:

- TA
- Altura (ej: primera consulta y luego cada tres años. Debe reducir su altura como máximo 5 cm. Si supera se sospecha aplastamiento vertebral.)
- Peso en BMI : 22-25
- Examen visual
- Examen auditivo (ej: si oyen menos realizar audiometría)
- Examen bucal.

3- Evaluación funcional:

a- Evaluación de la esfera física:

*Actividades de la vida diaria (AVD): Autocuidado ej: bañarse, vestirse, ir al baño, alimentación.

*Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) ej: autonomía

*Sistema músculo esquelético: triple prueba: Llevar las manos a la cabeza, tomar un lápiz, levantarse y andar

b– Evaluación de la esfera cognitiva:

*Test de minimal mental Folstein (MMT): S 87 % y E 82 %

*Set test: pedirle que nombre :10 colores, 10 animales, 10 frutas y 10 ciudades

*Clock set

c– Evaluación de la esfera emocional: Depresión ej: 6 meses de TT° antidepresivo

d– Evaluación de la esfera social:

- La familia ocupa un lugar fundamental.

- Evaluar siempre la situación social del paciente.

- El sistema de apoyo social del anciano está formado por tres componentes:

Apoyo informal ---> Familia y amigos

Apoyo formal -->estructuras burocráticas, sistema de seguro social.

Sistema semiformal -->Iglesia, sociedad de fomento, centros de jubilados

286– Manejo de la comunicación en cuidados paliativos

Los cuidados paliativos intentan acompañar a la persona en el trance entre la vida y la muerte y optimizar la forma de morir satisfaciendo las necesidades físicas, psicoemocionales y espirituales del paciente y su familia. Se basan en el control de los síntomas, el manejo adecuado de la comunicación y el acompañamiento creativo.

El **control de los síntomas** apunta a paliar el sufrimiento físico, sin olvidar que también están sometidos a sufrimientos de tipo psicológico, social y espiritual. Con respecto a la **comunicación** se habla de verdad apropiada ya que existe una verdad para cada paciente con respecto a la demanda que cada cual realiza. También existe el concepto de verdad acumulativa que alude a que no es conveniente ni necesario que se aporte toda la información de golpe. El **acompañamiento** trata de crear un ambiente para que el paciente pueda volcar todas las dudas e inquietudes que se van presentando en el transcurso de la enfermedad: el pronóstico, las fantasías de curación, los posibles síntomas que aparecerán, etc. Además, se debería estimular la resolución de asuntos pendientes para lograr una tranquilidad de morir con la seguridad de haber hecho que sus cosas queden ordenadas.

El manejo de la **comunicación** puede marcar una diferencia abismal entre quienes se encargan de los síntomas físicos y aquellos que pretenden aportar cuidados paliativos. Para esto conviene escuchar mas que hablar, y esto incluye los 3 tipos de lenguajes: el idioma verbal, el lenguaje no verbal simbólico y el lenguaje verbal simbólico.

Si bien cada paciente y cada situación debe ser manejada de forma artesanal, hay ciertas recomendaciones que facilitan y optimizan las entrevistas con los pacientes terminales:

- Una **presentación adecuada** y una **relación respetuosa** facilita en mucho la comunicación de los miedos del paciente. Tratarlo de Ud. y pedir permiso al realizar procedimientos son ejemplos que le devuelven el respeto que el paciente cree haber perdido.
- **Evitar actitudes de barrera**, como usar guardapolvo o atrincherarse detrás del escritorio, que producen una sensación de rechazo en el paciente.
- **Establecer los roles** de las personas y explicar los procedimientos que se le presentarán al paciente en el transcurso de su enfermedad de antemano.
- **No invadir** el terreno o ambiente del paciente ni intentar cambiarlo.
- **Establecer una distancia y una postura adecuadas** para la relación, la primera debe garantizar un contacto físico sin invadir la intimidad del paciente y la segunda debe denotar interés por lo que le sucede al otro.
- **Establecer el contacto visual y físico** siempre y cuando el paciente lo permita. Esto demuestra interés y contención.
- **Hacer preguntas abiertas** predispone al paciente a hablar y expresarse.
- **Respetar y favorecer los silencios.**
- **Evitar las interpretaciones.**
- **No mentir.**
- **Evitar los consejos** ya que este es carente de valor y puede despertar sentimientos de incomprensión, odio y enojo.
- **No usar frases hechas** de uso cotidiano como no se preocupe o no piense en eso ya que generan sentimientos de incomprensión y enojo y distancia la relación. Mas vale permanecer en silencio que responder con estas frases.

Para dar una **mala noticia** es necesario evaluar 3 preguntas. Es recomendable tener por lo menos tres entrevistas para determinar ¿Qué sabe el paciente?, ¿Qué quiere saber? y ¿Está preparado para recibir esta información?

Es importante no olvidar que el paciente es el protagonista de la escena y tiene derecho a una muerte digna, como tiene derecho a la vida.

287– Manejo del dolor

El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable. Es una sensación subjetiva que integra la lesión en si misma y el impacto emocional y social. El dolor produce un deterioro de la calidad de vida de las personas y de sus familias.

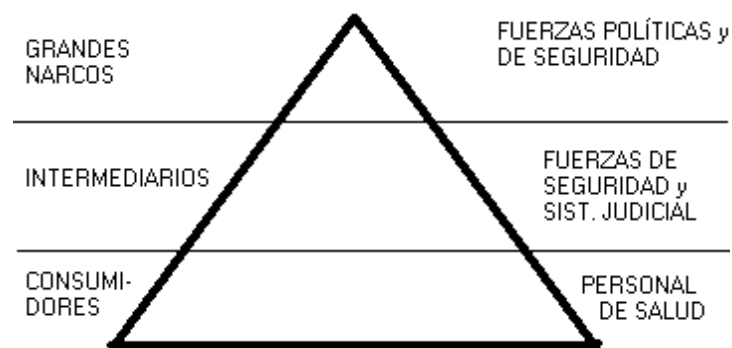
El dolor puede ser musculoesquelético, visceral, vascular o neuropático según el origen del mismo. A su vez, se puede diferenciar entre agudo y crónico no solo por un criterio cronológico o temporal, sino también por el motivo y el tratamiento del mismo. El dolor agudo es una señal de alerta sobre una enfermedad, en cambio, el dolor crónico ya no sirve de alarma, sino que es una enfermedad en si mismo.

La evaluación del dolor debe ser minuciosa y debe estar enfocada a la estimación del tipo, localización, intensidad y severidad del dolor, como a los factores que lo agravan o alivian, las causas probables que lo generan, el tiempo desde su aparición y la resta al tratamiento. Se pueden usar escalas para evaluar el dolor como la del ABCDE o la de Wisconsin brief inventory.

Determinar el tipo de fármaco que vamos a usar en un paciente con dolor, según la recomendación de la OMS depende exclusivamente de la intensidad del mismo, como muestra la *escalera analgésica de la OMS*. Esta es una guía terapéutica que puede ayudar en la decisión del fármaco a utilizar. En los casos de dolor crónico es recomendable contar con equipos terapéuticos multidisciplinarios.

El tratamiento del dolor consiste en el alivio por farmacoterapia de la sensación física con el simultaneo

tratamiento de la causa. Existen tres tipos de fármacos analgésicos: Los **AINE** son inhibidores de las COX que sintetizan las Pg, no crean tolerancia ni dependencia física; los **opiáceos** son los analgésicos mas potentes que existen, traen consigo varias complicaciones y crean dependencia y tolerancia física; y los **agentes adyuvantes** que incluyen los corticoides, los antidepresivos tricíclicos, los anticolvulsionantes y el baclofeno, entre otros.



SANO	ASINTOMATICO	ENFERMO
Vacunacion Consejo Educacion	Mx PAP TA	Rehabilitacion Terapia
PRIMARIA	SECUNDARIA	TERCIARIA