



"El Mallku"

HÉROE DEPARTAMENTAL



M.Sc. SANTOS QUISPE QUISPE
GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

PRESENTACIÓN

La Protección y la Prevención de enfermedades, es una de las prioridades de la Gobernación de La Paz, fueron momentos difíciles cuando nos encontramos en la pandemia, varias vidas se separaron de sus seres queridos, se están agotando las instancias necesarias para potenciar el Sistema de Salud del departamento de La Paz, el Área Rural también es prioridad, donde apoyaremos continuamente a nuestros hermanos y hermanas, quienes necesitan de una atención de buena calidad. En este internado rotatorio, se requiere de buenos profesionales, cuyo objetivo es estar al pendiente del cuidado de la Salud y la vida de toda la población.



El Manual de Servicio Social de Salud Rural Obligatorio, ayudará como guía y formación de profesionales en Salud, toda la población, sus familiares y el Departamento de La Paz confiamos y estamos seguros que unidos mejoraremos la atención en Salud y un buen desempeño, aprovechamiento de las labores que se realizan en los diferentes Establecimientos de Salud.

M.Sc. Santos Quispe Quispe
GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

LA PAZ, UNIDOS POR **LA SALUD**

PRESENTACIÓN

El Servicio Departamental de Salud SEDES La Paz, tiene el compromiso de velar la Salud de la Población mediante el fortalecimiento de Recurso Humano en coordinación con las instancias y niveles de gestión en el Departamento de La Paz, nuestra prioridad es la promoción de la Salud como un derecho fundamental.

El motivo fundamental es dar prioridad a la población rural que por medio de la formación de los profesionales por las Universidades Públicas y Privadas del Departamento de La Paz se han designado para que puedan valorar la realidad, apliquen sus conocimientos en este encuentro y la

vinculación entre la formación académica y la sociedad en todos los municipios y provincias.

El presente Manual de Servicio Social Rural Obligatorio coadyuvará como un documento bibliográfico de consulta actualizado con normativas y Programas Nacionales y Departamentales para el mejor desempeño y aplicación de los documentos.



Dr. Adrián Henry Ascarrunz Carrillo
DIRECTOR TÉCNICO SEDES LA PAZ

Dr. Adrián Henry Ascarrunz Carrillo
DIRECTOR TÉCNICO SEDES LA PAZ

LA PAZ, UNIDOS POR **LA SALUD**

**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

RED 2 (APOLOBAMBA)
43 establecimientos

RED 3 (CAMACHO)
32 establecimientos

RED 4 (OMASUYOS)
60 establecimientos

RED 5 (LOS ANDES M.K.)
31 establecimientos

RED 9 (TIWANACU)
39 establecimientos

RED 6 (MURILLO)
40 establecimientos

RED 13 (AYO AYO)
23 establecimientos

RED 1 (ITURRALDE)
13 establecimientos

RED 7 (CARANAVI)
68 establecimientos

RED 8 (CHULUMANI)
46 establecimientos

RED 15 (INQUISIVI)
42 establecimientos

RED 14 (LOAYZA)
34 establecimientos

RED 12 (AROMA)
41 establecimientos

RED 11 (PACAJES)
39 establecimientos



Dr. Santos Quispe Quispe
GOBERNADOR DEL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

AUTORIDADES DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ

Dr. Adrian Henry Arcarrunz Carrillo
DIRECTOR TÉCNICO

Dr. Luis Andrés Sánchez Morón
COORDINACION ADMINISTRATIVA

Dr. Marcelo Hugo Galarreta Tarqui
**JEFE UNIDAD DE PLANIFICACION
Y DESARROLLO ORGANIZACIONAL**

Lic. Anahí Mancilla Copa
JEFE UNIDAD ADMINISTRATIVA FINANCIERA

Dra. Kristel Quiroz Suarez
JEFE UNIDAD ASESORIA JURIDICA

Dr. Juan Ireneo Choque Rondo
JEFE UNIDAD REDES DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Greddy Fernández Betancourt
JEFE UNIDAD GESTION DE CALIDAD EN SALUD

Lic. Fanni Raquel Magne Paiza
**JEFE UNIDAD DE COMUNICACIÓN,
PROTOCOLO Y RELACIONES PÚBLICAS**

Ing. Abel Amilcar Sandobal Chura
**JEFE UNIDAD DEL SISTEMA
DEPARTAMENTAL DE INFORMACION EN SALUD**

Dra. Gabriela Rosa Mamani
JEFE UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA E INVESTIGACION

Dr. Luis Fernando Vega Torres
**JEFE UNIDAD PROMOCION DE LA SALUD
Y PREVENCION DE ENFERMEDADES**

Lic. Freddy Calle Cruz
JEFE UNIDAD DE UNIDAD DE AUDITORIA INTERNA

Dra. Milenka Isabel Alfaro Calderón
JEFE UNIDAD DE TRANSPARENCIA

Lic. Andrea Daniela Tiñini Alvarez
JEFE UNIDAD RECURSOS HUMANOS

Dr. Ivar Andrés Mercado Flores
JEFE USACSA

Dr. José Gutiérrez Mamani
DIRECTOR TECNICO SERES EL ALTO

GESTION 2023

AUTORES

Dr. Adrian Henry Arcarrunz Carrillo
 Dr. Luis Andrés Sánchez Morón
 Dr. Juan I. Choque Rondo
 Dra. María del Carmen Guillen Zanabria
 Dra. Dennise Vivian Frias Rocha
 Dr. Ramiro Alfredo Calle Quiquijana
 Dr. Nelson Estrada Rueda
 Lic. Yecenia Oruña Quispe
 Dra. Paola Alizon Ruiz Mamani
 Dr. Luis F. Vega Torrez

Lic. Nery Salas Contreras
 Lic. Wara Quispe Fernandez
 Dr. Carlos E. Gutierrez Choque
 Dra. Olga Ramos Villca
 Dr. Rubén Héctor Narváez Gonzales
 Dr. Juan José Amador Arze
 Dra. Julia N. Paucara Coarite
 Dra. Gladys Garzofino Mamani
 Lic. Lidia Ayaviri Cespedes
 Dra. Karla Espinoza Zanabria
 Dr. Jaime L. Huaynoca Villca

Dr. MSc. Oliver Llanos Valencia
 Lic. Erika Andrea Chávez Choque
 Lic. Mirian Quispe Mamani
 Lic. Claudia Bustios Alave
 Tec. Ramiro Bustillos Dominguez
 Ing. Freddy Machaca Guachalla
 Lic. Juan C. Mayta Villca
 Lic. Roxana Laura Gutierrez
 Dr. Henry Catarina Huañapaco
 Lic. Erasmo Cordero Lopez
 Lic. Marlene Azurduy Jaliri
 Dr. Severino Arturo Pinto Ariñez
 Dra. Gladys Avalos Carvajal
 Dar. Ximena M. Mamani Vargas
 Lic. Marina Y. Troche Eguez
 Lic. Leonardo Prado Rivas
 Dra. Rogelia Catunta Mullisaca
 Lic. Ronald R. Aguilar Manriquez
 Lic. Jhovana M. Salguero Meneces

Dr. José A. Zambrana Torrico
 Dra. Liliam S. Belzu Cuba

Director Técnico Sedes La Paz
 Jefe Gabinete de Despacho
 Jefe Unidad Redes de Servicios de Salud
 Responsable Continuo de la Atención
 Técnico Responsable Administrativo SUS
 Responsable Área Salud Oral
 Técnico Área Salud Oral
 Responsable Área de Enfermería
 Coordinador de Redes Rurales
 Jefe Unidad Promoción de la Salud y
 Prevención de Enfermedades
 Resp. Deptal. Genero y Violencia
 Resp. Deptal. Programa de Alimentacion y Nutricion
 Resp. Deptal Area de Gestion Participativa
 Resp. Deptal Area Interctorialidad
 Resp. Departamental de Auditoria Médica
 Resp. Área De Laboratorio
 Resp. Depatal Area de Acreditacion
 Resp. Farmacovigilancia
 Resp. Deptal. Vigilancia de la Calidad
 Resp. Deptal. Vigilancia Epidemiologica
 Resp. Deptal Programa Enfermedades Emergentes-
 Reemergentes
 Resp. Deptal. Emergencias y Desastres
 Resp. Deptal. Programa Ampliado de Inmunizaciones
 Gestora de Calidad PAI Redes Urbanas
 Gestora Redes Urbanas PAI
 Tec. Programa Ampliado de Inmunizaciones
 Tec. Logistico PAI
 Gestor de Calidad PAI Redes Urbanas
 Resp. Cadena de Frio
 Resp. Deptal CACU
 Resp. Departamental Programa de Zoonosis
 Enfermera Programa Zoonosis
 Resp. Programa ITS VIH SIDA
 Resp. Centro Coordinador de Emergencias Deptal.
 Resp. Area Clinica Unidad de Gestion Hospitalaria
 Jefe UTRAIID
 Resp. Deptal Salud Mental
 Medico Comité revisor de Expediente Clinico
 Psicologo Comité revisor de Expediente Clinico
 Trabajadora Social Comité revisor de
 Expediente Clinico
 Jefe De Planif. Epidem. Hosp. INT
 Docente Dpto. Facultativo Salud Pública - UMSA

Agradecimiento a los profesionales que aportaron para esta producción bibliográfica 2023.

Diseño de Tapa, Carátula y Diagramación de interiores:

Lic. Franz Lazo de la Vega Sandoval

Profesionales que participaron en la validación del documento:

Dr. Juan Ireneo Choque Rondo

Dra. María Del Carmen Guillen Zanabria

Dra. Paola Alisón Ruíz Mamani

Lic. Yecenia Oruño Quispe

Dr. Ramiro Alfredo Calle Quiquijana

Responsables de la Edición:

Dr. Juan Ireneo Choque Rondo

Dra. María Del Carmen Guillen Zanabria

Dra. Paola Alisón Ruíz Mamani

Lic. Yecenia Oruño Quispe

Dr. Ramiro Alfredo Calle Quiquijana

Dr. Nelson Estrada Rueda

Esta es una publicación exclusiva del:

Servicio Departamental de Salud La Paz para el "Servicio Social de Salud Rural Obligatorio"

Depósito Legal N° 4-1-470-2022 P.O.

13va Impresión

Impreso:

© Imprenta Editorial Príncipe

Celular: 79524629

Email: principeimpresiones@gmail.com

La Paz Bolivia

INDICE

REGLAMENTO DE SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO (SSSRO)	15
SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (S.A.F.C.I.)	20
APLICACIÓN DEL MARCO LEGAL DE LA LEY No 1152 SISTEMA UNICO DE SALUD (S.U.S.)	23
BIOSEGURIDAD	33
SALA SITUACIONAL DE SALUD	46
CARPETA FAMILIAR	50
CONTINUÚO DE LA ATENCION	59
COMITÉ DE ANALISIS DE INFORMACIÓN (C.A.I.).....	110
SALUD ORAL	114
VIGILANCIA EPIDIMIOLÓGICA HOSPITALARIA: PREVENCIÓN IAAS	125
PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES	132
GÉNERO Y VIOLENCIA	138
ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN	144
GESTIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD	156
INTERSECTORIALIDA EN SALUD	161
MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD	165
MANEJO ADECUADO DL EXPEDIENTE CLÍNICO	171
ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	179
FARMACOVIGILANCIA	192
VIGILANCIA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	202
VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA	210
ENFERMEDADES EMRGENTES Y REEMERGENTES	211
ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ROEDORES	213
INFLUENZA	219
SARS-CoV-2. COVID-19	226
GESTION DE RIESGO EN DESASTRES EN SALUD.....	230
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION.....	234

PROGRAMA DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO DE LA RABIA	253
TUBERCULOSIS	269
CÁNCER CÉRVICO UTERINO	302
ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES ARBOVIRALES 2019-2023	308
ZIKA	322
PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA	333
SISTEMA DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	346
DISCAPACIDAD Y SALUD MENTAL	356
ÁREA DE REHABILITACIÓN	366
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	374
BIOSTADÍSTICA BÁSICA	392
VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA COMUNITARIA	423

REGLAMENTO DE SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO (SSSRO)

CAPITULO I

ARTICULO Nº 1.- DEFINICION.- El Servicio Social de Salud Rural Obligatorio, es un servicio de estudiante del internado de las Carreras, de las Ciencias de la salud: Medicina, Enfermería y Odontología, de las Universidades Publicas y Privadas, tener un estrecho contacto con la realidad nacional, complementando adecuadamente su formación profesional, el servicio prestado de atención en salud por parte de los estudiantes, según la SAFCI, realizado a dedicación exclusiva, en los establecimientos de salud de primer nivel de atención y Hospitales de segundo Nivel del área rural del Departamento de La Paz, bajo el denominativo de "Servicio Social de Salud Rural Obligatorio".

ARTICULO Nº. 2.- El Servicio Social de Salud Rural Obligatorio es de Carácter Obligatorio y forma parte del internado rotatorio de las Carreras de Medicina, Enfermería y Odontología de todas las facultades de Ciencias de Salud de Universidades Publicas y Privadas del Estado Plurinacional.

ARTICULO Nº 3. DURACION.- El tiempo de duración del rote correspondiente al Servicio Social de Salud Rural Obligatorio es de 3 meses calendario para estudiantes egresados de universidades nacionales y de 6 meses para estudiantes egresados en el extranjero.

ARTICULO Nº 4. HABILITACION.- Todos los estudiantes deberán ser habilitados legalmente por el Coordinador del Internado de la Carrera respectiva u otra autoridad, bajo la lista de admisión de aprobados del SSSRO SEDES publicados oficialmente y considerando los tiempos de validez de los mismos y seguir el cronograma establecido.

ARTICULO Nº 5. INGRESO.- Todos los estudiantes de las tres carreras para el ingreso al Servicio Social de Salud Rural Obligatorio serán admitidos bajo la evaluación anual y/o semestral cuyo puntaje de aprobación es 51 puntos.

ARTICULO Nº 6. AREA DE TRABAJO.- Los establecimientos de salud a los cuales son designados los estudiantes habilitados a este rote son centros de salud de primer nivel de atención y Hospitales de Segundo nivel del área rural del departamento de La Paz del sistema público de salud. Dicha designación es realizada por prelación de notas.

ARTICULO Nº 7.- Las instituciones como las fuerzas armadas, iglesia, ONGs u otras, que requieran la incorporación de estudiantes para el Servicio Social de Salud Rural Obligatorio a sus establecimientos de salud deberán formalizar convenios respectivos con el Servicio Departamental de Salud La Paz.

ARTICULO Nº 8.- Los estudiantes asignados al Servicio Social Rural Obligatorio, serán incorporados como personal de apoyo y con un manual específico para que cumplan, principalmente, funciones de promoción de la salud y prevenciones de Enfermedades.

ARTICULO Nº 9.- Los Estudiantes del internado que rotan el Servicio Social de Salud Rural Obligatorio, No recibirán ningún tipo de estipendio, remuneración o reconocimiento monetario, bajo ninguna modalidad establecida o a establecerse, en virtud de que el Servicio Social de Salud Rural Obligatorio forma parte de formación Universitaria.

ARTICULO Nº 10.- De la Supervisión y Seguimiento al Desempeño de sus funciones a los estudiantes del SSSRO, estará a cargo de SEDES La Paz, a través de Coordinadores Técnicos de Redes Rurales y Coordinadores de las Universidades.

CAPITULO II

ARTICULO Nº 11. OBJETIVO.- Contribuir a la formación de profesionales del área de la salud de forma integral, capacitados y preparados para coadyuvar a resolver los problemas dominantes de la salud de nuestro país, cuya visión de atención considere como prioridad la atención primaria en salud con enfoque integral del individuo, familia y comunidad y/o población.

CAPITULO III

ARTICULO Nº 12. ORGANIZACIÓN Y ADMINISTRACION.- El rote correspondiente al Servicio Social de Salud Rural Obligatorio se constituye en un sistema académico cuya planeación, organización, dirección, control y evaluación están a cargo de la Coordinación de Redes Rurales, Área de Enfermería y Área de Salud Oral, el cual depende de la Unidad de Redes y Seguros Públicos del SEDES La Paz.

El personal de planta de los establecimientos de salud del sistema público del departamento de La Paz se constituye en los docentes asistenciales y/o tutores designados para que a través de ellos se realice el tutelaje de todas las actividades del estudiante designado al SSSRO, estos tutores deberán ser correspondientes a cada carrera, ser reconocidos y avalados por la institución y las Universidades del Sistema público y privado.

CAPITULO IV

ARTICULO Nº 13. FUNCIONES DEL ESTUDIANTE QUE ROTA EL SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO.- Estarán enmarcadas en las estrategias de Atención Primaria en Salud, Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural (SAFCI) bajo la aplicación de la hoja de evaluación individualizada centrado en los siguientes componentes que establece:

- **PRIMERA ETAPA- ACTIVIDADES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**
OBLIGACIONES Y DEBERES
GESTION DE PLANIFICACION
EVALUACION DE CONOCMIENTOS
EDUCACION DE LA SALUD
SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION
PROMOCION DE LA SALUD
PREVENCION DE ENFERMEDADES – ASISTENCIA INTEGRAL MEDICA
ODONTOLOGICA Y ENFERMERIA
- **SEGUNDA ETAPA: COORDINACION TECNICA DE RED Y COMITÉ DOCENTE ASISTENCIAL**

TRABAJO DE INVESTIGACION

- Elaboración de un trabajo de Investigación priorizando los problemas prevalentes de la zona, enmarcadas a las determinantes de la Salud y/o Promoción de la salud.
- Dicha investigación será parte del proceso evaluativo de la rotación.

CAPITULO IV

ARTICULO No 14. DE LAS OBLIGACIONES DEL ESTUDIANTE DE ROTE DE SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO

1. Cumplir con todos los términos del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio y asistir a todas las reuniones que fueran convocados por sus inmediatos superiores.
2. Presentarse en el lugar de rotación a partir de la fecha de inicio de la misma y como máximo plazo hasta 48 horas después del inicio solo para aquellos lugares donde es difícil el acceso, ante autoridad máxima del Servicio de Salud designado, con el memorándum y credencial emitido por el SEDES.
3. Cumplir el cronograma de actividades establecido a partir del momento de reconocimiento del lugar de rotación de acuerdo a las funciones establecidas por el SEDES y la Universidad, priorizando actividades de Promoción de la Salud y Prevención de las enfermedades.
4. Tratar y dirigirse con respecto a sus superiores, iguales y subalternos, así como a los usuarios de servicios de salud que acudan al establecimiento de salud donde presten el SSSRO.
5. Permanecer en instalaciones del establecimiento el tiempo que no realiza actividad comunitaria, como parte del equipo de salud, apoyando las acciones y actividades de manera integral.

6. Permanecer debidamente uniformado pulcramente e identificado ante todas las personas que asisten al establecimiento de salud.
7. Respetar las normas de bioseguridad, en los establecimientos de Salud.
8. Brindar colaboración necesaria al personal designado de la Universidad dependiente o del SEDES, en las supervisiones periódicas.
9. Comunicar por escrito el requerimiento de ausencia temporal, ante situaciones imprevistas excepcionales a la autoridad máxima del Servicio de Salud con copia al encargado de la rotación de la Universidad dependiente, y presentar el respaldo o justificativo pertinente a su solicitud 48 horas posteriores a los días de ausencia, con el correspondiente visto bueno de su universidad.
10. Cumplir con la labor designada, en función al cronograma establecido.
11. Ante requerimiento de la necesidad presencial del estudiante del internado que rota el SSSRO en la sede de la universidad dependiente, deberá comunicar por escrito a la autoridad máxima del establecimiento de salud, y presentar el respaldo o justificativo pertinente a su solicitud 48 horas posteriores a los días de ausencia, con el correspondiente visto bueno de su universidad.
12. Prohibición a acogerse a huelgas y/o paros en virtud a estar en fase de formación.
13. Elaborar un informe escrito completo y documentado de las actividades emprendidas en la estadía en el Servicio de Salud, acorde al cronograma de actividades presentado y a las funciones asignadas por el SEDES La Paz o su universidad.
14. Elaborar un trabajo de Investigación de campo en los dos meses iniciales de rotación (sujeto a normas académicas de la Universidad dependiente y del SEDES), estipular claramente en un cronograma los tiempos de desarrollo del trabajo para evitar retrasos posteriores en la conclusión del mismo.
15. Aplicación de las recomendaciones del trabajo de investigación en el último mes de rotación, refrendar su intervención con los resultados de la misma y sus respaldos correspondientes.
16. Informe de actividades de la rotación y del trabajo de investigación, ante tribunal conformado por personal de la Universidad y representantes del SEDES.

ARTICULO Nº 15. DE LOS DERECHOS DEL ESTUDIANTE DEL ROTE DE SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO.

1. Recibir capacitación e inducción en las Normas internas del Establecimiento de Salud.
2. Ser considerado personal de apoyo de Equipo del Servicio de salud
3. Recibir trato cordial del personal del Servicio de salud.
4. Ser respetada su privacidad personal.
5. Gozar de descanso de 48 horas por mes (lugares cercanos) y 72 horas (lugares poco accesibles a 6 o más horas de viaje de la ciudad de La Paz), sujeto a programación conjunta con el responsable del Servicio de Salud.
6. Disponer de los períodos de alimentación (para desayuno, almuerzo y cena) adaptadas a las actividades cotidianas de cada interno e Institución.
7. Participar de los beneficios de los talleres de capacitación y/o actualización continua que el personal de base tenga en sus establecimientos de salud de designación.
8. En situaciones de emergencia y/o accidentes deberán recibir asistencia médica respectiva y/o referencia de los establecimientos de salud al cual estén designados.
9. Con previo aviso a su inmediato superior y siempre y cuando sea por causas de salud podrá ausentarse de su establecimiento de salud, debiendo justificar dicha causa mediante la presentación de la licencia médica correspondiente y su documentación de respaldo. Los días de licencia podrán ser en un máximo de 3 días que posteriormente deberán ser repuestos.
10. Reclamar por escrito al Responsable del S.S.S.R.O. del SEDES situaciones consideradas anormales por el pasante.
11. Recibir por lo menos una supervisión, de las autoridades competentes durante la rotación.
12. Recibir colaboración del equipo de salud para conseguir sus resultados de acuerdo a las posibilidades de cada establecimiento y su personal.

ARTICULO Nº 16. DE LAS OBLIGACIONES DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE SALUD

1. Realizar inducción al estudiante de SSSRO, según el Plan de Inducción de la institución. (Hacer conocer al interno la infraestructura, funcionamiento del establecimiento, el personal dependiente del mismo y la jurisdicción

geográfica a su cargo, el reglamento interno, las normas procesos y procedimientos, protocolos de atención, etc.)

2. Programar las actividades del interno en función al presente reglamento y a las necesidades del servicio.
3. Brindar trato cordial y de respeto al estudiante del SSSRO.
4. Brindar apoyo técnico necesario al estudiante del internado, para el desarrollo de sus actividades.
5. Supervisar en todo momento las actividades del estudiante del SSSRO.
6. Emitir certificación de acciones comunitarias realizadas por el estudiante del SSSRO..
7. Emitir informes a requerimiento de las actividades o comportamiento y desarrollo de actividades del interno.
8. Al concluir la rotación, el tutor correspondiente deberá emitir la certificación efectiva sin errores ni enmendaduras, así como dar el visto bueno del trabajo de investigación realizado por el estudiante, este proceso deberá ser realizado antes de la evaluación respectiva en la Coordinación Técnica de la Red de Salud.

ARTICULO No 17. FALTAS PASIBLES DE SANCION

1. Incumplimiento a la puntualidad al servicio de salud designado, así como la falta de uso uniforme pulcro y adecuado con su identificación personal (marbete o credencial) requeridas para cada área del establecimiento de salud.
2. Realizar actividades ajenas a la Institución, durante el horario de servicio, para realizar otras actividades a las que no se le sean asignados.
3. Desprestigiar a la Institución Incurriendo en actos reñidos por la moral, (escándalos públicos peleas, en estado de ebriedad), violencia, malos tratos, injuria, contra sus inmediatos superiores, compañeros, pacientes, familiares y/o población en general, ya sea dentro o fuera del establecimiento de salud.
4. Ausentarse de sus actividades sin autorización escrita de su inmediato superior y/o tutor y/o falta de documentación de ausencias al servicio de salud.
5. Sustraer del establecimiento de salud: activos, material, medicamentos, material bibliográfico, expedientes clínicos, etc., sin autorización de su inmediato superior y/o tutor.
6. Propiciar, celebrar y/o participar de acontecimientos ajenos a los intereses del establecimiento de salud.
7. Presentarse al servicio de salud bajo efectos del consumo de bebidas alcohólicas, estupefacientes o psicotrópicos, etc.
8. Realizar actos inmorales en el establecimiento de salud o en la comunidad dependiente del servicio de salud designado.
9. Comprometer con su imprudencia, descuido o negligencia, la seguridad del servicio de salud asignado o de las personas que ahí se encuentren, así como causar daños o destruir intencionalmente el mobiliario, útiles de trabajo, materiales y demás objetos que estén en el establecimiento de salud.
10. Cobrar cualquier servicio que este incluido en sus actividades, así como vender medicamentos para beneficio personal dentro del horario señalado, fuera o dentro del establecimiento de salud.
11. Conducir cualquier motorizado de uso del establecimiento de salud (vehículo y/o motocicleta) en el cumplimiento de sus obligaciones con o sin autorización.

A las transgresiones disciplinarias del estudiante del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio), consideradas como tales por el responsable del Servicio, el tutor deberá elevar el informe correspondiente por conducto regular a la Coordinación de Redes Rurales, Área de Enfermería y área de Salud Oral según la Carrera.

En caso de complejidad de casos se conformará un comité tribunal disciplinario a cargo de un representante de la Universidad dependiente y el SEDES La Paz para dar una solución final.

ARTICULO N° 18. MEDIDAS DISCIPLINARIAS

Las medidas disciplinarias serán realizadas bajo el siguiente orden:

1. Amonestación verbal: esta deberá ser realizada en privado por el tutor o responsable del establecimiento de salud y será aplicado cuando el estudiante infrinja los numerales 1 y 2 del art. 17 y los numerales 2, 5, 6 y 7 del art. 14.
2. Amonestación escrita: es la observación por escrito que se aplicara cuando se infrinja de forma reiterada los numerales: 1, 2 y 11 del art. 17 y los numerales 2, 5, 6 y 7 del art. 14. Esta observación deberá ser realizada por

el tutor a cargo con visto bueno de la Coordinación Técnica correspondiente.

3. Cancelación del SSSRO: la cancelación del SSSRO será procedente cuando:
 - 3 o más ausencias injustificadas en un periodo de 30 días.
 - Violación de los numerales 3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10 del art. 17.
 - Reincidencia de una falta que ya amerite amonestación escrita.
 - Cometer algún delito de orden común.

La cancelación del SSSRO será efectivizado a través de la presentación de un informe documentado procedente del Tutor y Coordinación Técnica al SEDES La Paz.
4. Otras faltas no consideradas en el presente reglamento, serán analizadas por el comité tribunal.

ARTICULO Nº 19. DE LAS FUNCIONES DEL SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD

1. Declaración por autoridad competente mediante memorándum, de un responsable del Servicio Social de Salud Rural Obligatorio en cada SEDES.
2. Planificación adecuada y equilibrada en la asignación de Servicios de Salud (Hospitales de segundo nivel y Centros de Salud de primer nivel) para los estudiantes del SSSRO de las Universidades Públicas y Privadas.
3. Participación en la supervisión periódica a los estudiantes del SSSRO en caso se requiera.
4. Remisión al responsable del S.S.S.R.O. de Universidad dependiente, la calificación emitida por el responsable del Servicio de Salud.
5. Participación en el tribunal de defensa de trabajos de campo y de investigación a la finalización de cada rotación.
6. Participación en el comité tribunal, ante requerimiento escrito, para análisis de situaciones disciplinarias.
7. Facilitación a los interesados, de la Resolución Administrativa, a la conclusión del proceso.
8. Participación en el Comité Regional y/o Nacional del S.S.S.R.O.

ARTICULO Nº 20. DE LAS FUNCIONES DE LAS UNIVERSIDADES PUBLICAS Y PRIVADAS.

1. Declaración por autoridad competente mediante memorándum, de un responsable del Servicio de Salud Rural Obligatorio en cada Universidad.
2. Elaboración de la relación nominal de estudiantes del SSSRO especificando fechas de rotación de Salud Pública, y remisión de listas al responsable del S.S.S.R.O. del SEDES.
3. Planificación de las actividades académicas para la rotación correspondiente.
4. Participación en la supervisión periódica a los estudiantes del SSSRO en caso se requiera.
5. Planificación conjunta con SEDES para conformación de tribunal de defensa de trabajos de campo y de investigación, a la finalización de cada rotación.
6. Participación en el comité tribunal de disciplina, ante requerimiento, para análisis de situaciones disciplinarias.
7. Participación en el comité regional y/o Nacional del S.S.S.R.O.

CAPITULO V

ARTICULO Nº 21. DEL SISTEMA DE APROBACIÓN DE LA ROTACIÓN

1. La calificación será de 100 puntos, ponderado sobre el total de rotaciones completadas en la gestión académica.
2. El sistema de calificación se registrará de acuerdo a la hoja de evaluación establecida por el Servicio Departamental de Salud SEDES que será aplicado en las Redes de Salud.
3. Para tramitar la resolución administrativa se deberá obtener una nota mínima de 71% de acuerdo a normas vigentes.
4. En caso de la no obtención mínima el médico interno deberá repetir la rotación al concluir la gestión, de acuerdo a reprogramación por el responsable de la Universidad en coordinación con el SEDES La Paz.
5. La evaluación correspondiente en la red municipal y en la Coordinación Técnica deberá ser realizada en el lugar correspondiente y dependiente de la Red de Salud (ámbito rural), cuyo cronograma será culminado por la Coordinación Técnica el último día de su rotación según su memorándum a excepción que exista razones justificadas por el estudiante hasta los 6 meses.

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

Dr. Juan I. Choque Rondo
JEFE UNIDAD DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural S.A.F.C.I. Es una política pública de país establecido como un nuevo modelo Sanitario de Bolivia cuyo eje estratégico es la promoción de la salud, considerando la salud desde una perspectiva de la familia, comunidad que en manera organizada sean parte de la intervención autónoma en la resolución de los problemas de salud, es una nueva forma de hacer la salud, entendiéndose que es un derecho humano. Este enfoque se basa en el reconocimiento a las diferencias culturales y un relacionamiento horizontal entre culturas.

La Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural está establecido en el Decreto Supremo 29601, promulgado el 11 de junio de 2008, que por medio de los 18 Artículos obliga la implementación y su aplicación en los distintos niveles de atención en salud.

PRINCIPIOS DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

- Participación Comunitaria: Es la capacidad de la población organizada en participar en la toma de decisiones de manera directa, efectiva considerando las necesidades de salud local mediante la planificación, ejecución - administración, seguimiento-control social de las acciones de salud.

Grafico N°1 que representa la participación comunitaria en salud.



Fuente gestión 2015

- Intersectorialidad: Entendida como una interacción coordinada entre la población o comunidades organizadas con los sectores del estado (agua, salud, educación, saneamiento básico y otras) en base a alianzas estratégicas, con el fin de actuar sobre las determinantes de la salud en el marco de la corresponsabilidad.

Grafico N°1 que representa las alianzas con otros sectores.



Fuente propia 2011

- Interculturalidad: Es la reciprocidad que genera el complemento entre las personas, familias y comunidades, promoviendo una interacción armónica, horizontal y equitativa con la finalidad de obtener relaciones simétricas de poder, en la atención y toma de decisiones en salud.

Cuadro N°4 que representa la práctica médica de acuerdo a su cultura.



Fuente propia 2018

- **Integralidad:** Es el sentir, conocer, pensar respecto a la salud como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, comunidad y el entorno enmarcado en los procesos de promoción para la salud, prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades.

El estado prioriza el derecho a la salud y a la vida, en el marco de la estrategia de la promoción, que promueve la movilización social para que la población ejerza que su salud es prioridad.

Cuadro N°4 que representa que el enfermo incluye la persona y su entorno.



Fuente propia 2018

La política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural tiene dos modelos:

Modelo de Atención, a través de la atención médica en el establecimiento de salud o la visita familiar permite el seguimiento la salud de las familias mediante las carpetas familiares.

Modelo de Gestión, mediante los distintos espacios de deliberación se realiza la toma de decisiones entre la comunidad y sus representantes junto al sector salud, cumpliendo los procesos de planificación, ejecución, seguimiento y control.

- **Planificación:** Es el proceso inicial para establecer que hacer respecto a la salud, debe darse respuesta respecto a qué hacer, cómo, cuándo, dónde, con cuánto, los responsables.
- **Ejecución-Administración.** Donde las actividades planeadas con la participación de las autoridades de la comunidad, el personal de salud y de todos/a para establecer los recursos ante las instancias pertinentes.
- **Seguimiento-Control:** Es proceso final donde las actividades son más centradas en realizar el análisis comparando con lo logrado y lo planificado para hacer ajustes internos.

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 DE LA LEY Nº 1152 SISTEMA UNICO DE SALUD (S.U.S.)

Dennise Vivian Fria

RESPONSABLE AREA DE SEGUROS PUBLICOS SEDES LA PAZ

Carlos Rubén Veizaga Casso

TECNICO RESPONSABLE ADMINISTRATIVO SUS SEDES LA PAZ

I. INTRODUCCIÓN

Por la fragmentación sanitaria que aún existe en el sistema de salud en nuestro país, el Sistema Único de Salud, Universal y gratuito pretende cambiar esta situación ofreciendo atención gratuita sin ninguna discriminación, étnica, racial, social, económica, religiosa, política, edad o género, además de inequidad social, también por la población que no contaba con un seguro de atención en salud y por solidaridad para alcanzar al ejercicio universal del derecho a la salud y el vivir bien, actualmente plasmado en el Marco Legal de la Ley No 1152, que es un documento técnico administrativo, ya en sus casi 2 años de aplicación, tiene el propósito de facilitar la labor del equipo de salud, del personal encargado de su atención y gestión, ya que otorga información completa sobre aspectos normativos, fundamentales para la correcta aplicación de la mencionada Ley.

Los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), en cumplimiento al Artículo 3º (RESPONSABLES Y FUNCIONES DE LA IMPLEMENTACION Y APLICACIÓN DEL SUS). Parágrafo III “Servicios Departamentales de Salud” del Reglamento para la Aplicación Técnica, y la Gestión Administrativa y Financiera de la Ley Nº 1152 de 20 de febrero de 2019 “HACIA EL SISTEMA UNICO DE SALUD UNIVERSAL Y GRATUITO” aprobado mediante R.M. No 0251 de 30 de junio de 2021 tienen las obligaciones de cumplir y hacer cumplir la Ley Nº 1152 y sus normas conexas, en base a la Política SAFCI, el Plan de Desarrollo Sectorial en Salud y los lineamientos y estrategias establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes para la correcta implementación del Sistema Único de Salud en su jurisdicción; además de otras atribuciones como sancionar el incumplimiento y otorgar incentivos, por tal motivo el fin del presente documento, es poder fortalecer su aplicación de fácil acceso y de interpretación para evitar la mala interpretación en los IOC, GAMs, personal de salud y y estructura social o control social, en salud porque 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 en el Sistema de Corto Plazo (Cajas de Salud).

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 República de Bolivia, 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 universal. Las instituciones oficiales de salud en Bolivia fueron:

- Juntas de Sanidad Pública 1828.
- Protomedicato 1830.

El Dr. Alfredo Mollinedo, hizo aprobar 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.

- 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.
- Secretaria 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).

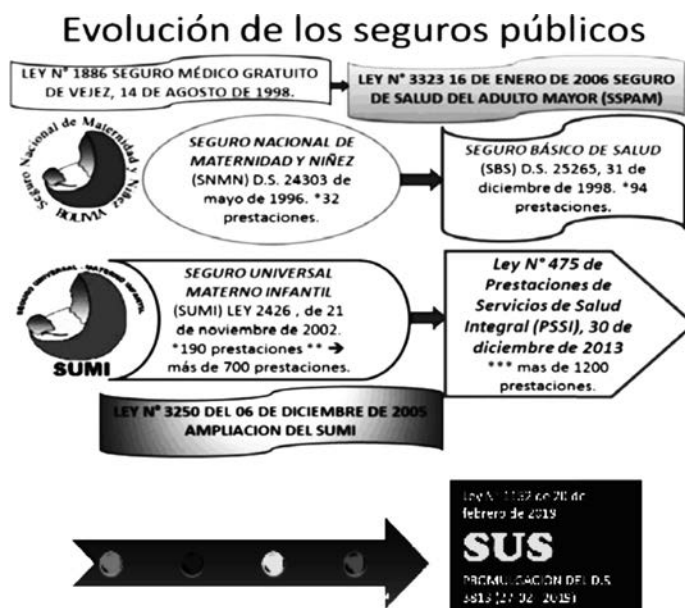
Durante el proceso revolucionario entre 1925 – 1964, con la fundación y desarrollo de la Central Obrera Boliviana (COB), emergen los sindicatos agrarios, surge la hegemonía popular con la expansión rural en salud y educación. Entre los años 1964 – 1971 Bolivia es gobernada por militarismo populista, 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.

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 No 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 No 3250 de ampliación del SUMI de 06 de diciembre de 2005 para otorgar prestaciones a las mujeres en edad fértil.
- LEY No 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del 30 de diciembre de 2013, con 1204 prestaciones de servicios de salud.
- LEY No 1069 Modificatoria a la Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral, hacia el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito del 28 de mayo del 2018.
- LEY No 1152 del 20 de febrero del 2019 Modificatoria a la Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral, Modificada por La Ley 1069 del 28 de mayo del 2018.
- El Reglamento de Gestión Administrativa de la Ley No 1152-SUS aprobado mediante R.M. No 0132 de 27 de marzo de 2019.



III. OBJETIVO GENERAL

Aplicar e interpretar la gestión técnica, administrativa y financiera de la Ley N° 475, medicada por la Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018 y la Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019, respaldada por la Resolución Ministerial N° 0251 el Reglamento para la aplicación Técnica, y la Gestión Administrativa y Financiera de la Ley No 1152 de 27 de marzo de 2019.

IV. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Socializar la Ley No 1152-SUS y su reglamento, para la correcta implementación y aplicación en todo el proceso técnico – administrativo y financiero a cargo del personal de salud, el personal de los GAMs vinculados al área de la salud para una gestión y atención de calidad, la estructura social e salud (Autoridades Locales, Comites Locales y COMUSAS) y que los usuarios 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 de Corto Plazo (SSCP).

La Ley No 1152, 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.

Para la aplicación de esta Ley contextualizaremos brevemente algunos aspectos de los articulados que comprenden para su mejor entendimiento:

ACCESO A LA ATENCIÓN DE SALUD (ART. 3).-

II. Para el acceso de la población al Sistema Único de Salud (SUS), las personas beneficiarias deben adscribirse en el establecimiento de salud del Primer Nivel de Atención del subsector público más cercano a su domicilio o mediante los equipos móviles de salud, que se constituyen en la PUERTA DE ENTRADA AL SUS



¿Qué es el SUS?



Es la manera que el Estado garantiza el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a la atención integral en salud de la población boliviana.

¿A quién beneficiará?

A toda la población sin seguro de salud como gremiales, trabajadores por cuenta propia, cocineros, panaderos, meseros, albañiles, agricultores, artesanos, transportistas, trabajadoras del hogar, estudiantes, lustracalzados, entre otros.



Cómo debes registrarte al SUS

1



La persona debe acudir al establecimiento de salud más cercano a su domicilio presentando los siguientes documentos:

- Carnet de Identidad vigente.
- Última factura de luz o agua.

2



- En el Establecimiento de Salud se habilitará un Punto de Registro de las personas beneficiarias al SUS.
- En este punto se verificará si la persona ya es beneficiaria de algún seguro en una Caja de Salud.

3



- Si los datos son correctos el personal de salud, procederá a llenar el Formulario de Registro Único de las Personas al SUS.

Una vez registrada la persona podrá acceder a la atención médica gratuita

REFERENCIA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ATENCIÓN HOSPITALARIA (ART. 13).-

I. El personal de salud de los establecimientos de salud del Primer Nivel de atención, previa evaluación y según criterio clínico, deberá referir al paciente que requiera atención hospitalaria en otro establecimiento de Primer Nivel con mayor capacidad resolutoria o en hospitales de Segundo o Tercer Nivel, cumpliendo la normativa de Referencia y Contrarreferencia de manera Adecuada, Justificada y Oportuna y con boleta de referencia correctamente elaborada.

II. El personal de salud de los establecimientos receptores Hospitales de Segundo Nivel de atención, previa evaluación y según criterio clínico, podrá referir al paciente a un hospital de Tercer Nivel cumpliendo la normativa específica vigente de manera Adecuada, Justificada, Oportuna y con boleta de referencia correctamente elaborada.

REFERENCIA A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE MAYOR COMPLEJIDAD PARA ATENCIÓN AMBULATORIA DE ESPECIALIDAD (ART. 14).-

I. La persona referida a un servicio de salud de mayor complejidad para consulta y/o tratamiento ambulatorio por un especialista, debe contar con la Boleta de Referencia correspondiente y con toda la información clínica necesaria para facilitar su ingreso y atención en el establecimiento de salud al que fue referida.

II. El personal del Hospital de segundo o tercer nivel de atención que atiende a un paciente referido, deberá exigir obligatoriamente la boleta de referencia y toda la información clínica de la paciente generada en el establecimiento de salud que refiere, para la atención especializada correspondiente.

REFERENCIA DE PACIENTES PARA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (ART. 15).-

I. Las personas referidas para la realización de exámenes complementarios en otro establecimiento de salud, accederán de manera directa al mismo, portando la solicitud de exámenes de laboratorio, imagenología/gabinete o servicios de sangre (Documento 8) emitida por el personal de salud del establecimiento solicitante y su documento de identidad. No requiriendo la Boleta de Referencia

II. El establecimiento de salud que realiza los exámenes o servicios solicitados, debe registrar correctamente los datos del paciente en el reporte de resultados de exámenes de laboratorio, imagenología/gabinete o servicios de sangre (Documento 9) que será remitido al establecimiento de salud solicitante.



CONTRAREFERENCIA DE PACIENTE (ART. 16).-

El médico del establecimiento de salud que realizó la atención de la persona referida, una vez concluida la misma, debe cumplir con la contra referencia del paciente al establecimiento de salud de origen, de acuerdo a la Norma de Referencia y Contrarreferencia y acompañando una copia de la epicrisis, con el fin de que el establecimiento de salud de origen:

- Esté informado del resultado final de la atención.
- Supervise el cumplimiento del tratamiento ambulatorio prescrito.
- Efectué el seguimiento del paciente.
- Retroalimente al personal con la información pertinente para la mejora continua de la calidad de la atención.

EXCEPCIÓN EN LA ATENCIÓN GRATUITA (ART. 18).-

I. Si una persona accede de manera directa a los hospitales públicos de Segundo y Tercer Nivel por atenciones no consideradas Emergencias, se le informará que su atención no será gratuita, debiendo cancelar el costo de la misma.

II. En caso de que la persona decida cancelar el costo de su atención, deberá pagar los aranceles correspondientes.

III. Los pacientes referidos a hospitales de segundo y tercer nivel tienen prioridad en su atención, frente a los pacientes que prefieren cancelar por la misma.

INSTRUMENTOS ADMINISTRATIVOS (ART. 19).-

I. Se establecen los siguientes instrumentos administrativos para la atención, recolección, sistematización y de cobro y pago de los servicios y Productos en Salud.

a) Expediente Clínico completo.-

1. Historia clínica completa
2. Ordenes médicas.
3. Notas de evolución
4. Epicrisis

b) Instrumentos de recolección de la información

1	• Documento 1 (D-1): Recetario/Recibo de atención ambulatoria
2	• Documento 2 (D-2): Recetario/Recibo de atención del paciente internado.
3	• Documento 2a (D-2a): Hojas adicionales al Documento 2.
4	• Documento 3 (D-3): Recetario/Recibo de atención odontológica
5	• Documento 4 (D-4): Recetario/Recibo de prestaciones especiales.
6	• Documento 5 (D-5): Descargo y Solicitud de Botiquín de Servicio
7	• Documento 6 (D-6): Descargo de Traslados de emergencias
8	• Documento 7 (D-7): Formulario (Boleta) de Referencia
9	• Documento 7a (D-7a): Formulario (Boleta) de Contrareferencia
10	• Documento 8 (D-8): Solicitud de exámenes de laboratorio, Imagenología/Gabinete o servicios de sangre
11	• Documento 9 (D-9): Reporte de resultados de exámenes de laboratorio, Imagenología/Gabinete o servicios de sangre

HERRAMIENTAS INFORMÁTICAS (ART. 20).-

I. Los establecimientos de salud públicos tendrán disponible las siguientes herramientas informáticas:

II. En el marco de la implementación del gobierno electrónico y el Sistema Único de Información en Salud (SUIS) se implementará de forma gradual nuevas herramientas tecnológicas bajo estándares abiertos y software libre, interoperados, definidos y validados por el Ministerio de Salud para mejorar la gestión de la información clínica y administrativa que requiere el SUS.

**SISTEMA DE CONTROL FINANCIERO EN SALUD (ART. 21).-**

I. El Sistema de Control Financiero de Salud (SICOFS) se constituye en la herramienta informática que permite:

- a) Efectuar control de la información técnica y administrativa financiera.
- b) Realizar control de los servicios y productos en salud otorgados por los establecimientos de salud.
- c) Facilitar los procesos para la asignación presupuestaria basada en los servicios y productos en salud.
- d) Realizar el procesamiento de la información para gestionar los cobros y pagos intermunicipales e inter niveles.
- e) Realizar el procesamiento de la información para gestionar los cobros y pagos a Entes Gestores
- f) Generar y transmitir información útil, oportuna y facilitar la generación de indicadores.

II. El Ministerio de Salud efectuará los ajustes y actualizaciones pertinentes y necesarias.

III. El GAM o GAIOC debe garantizar la aplicación de esta herramienta informática en su jurisdicción, siendo de uso exclusivo de los mismos, quedando prohibida su implementación y aplicación en establecimientos de salud u otras instancias diferentes.

IV. El Ministerio de Salud, es responsable de la administración de la base de datos de la información generada por el SICOFS, que estará disponible para la reconstrucción de la misma que por cualquier motivo fuera extraviada o alterada en el Municipio.

V. Los establecimientos de salud son responsables de enviar información confiable, fidedigna y oportuna al SICOFS a través de los sistemas SOAPS-SALMI y SICE-SIAF

ART. 22. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO PARA ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE GAMs o GAIOCs.-

I. El GAM o GAIOC definirá el presupuesto anual en base a un Criterio Poblacional bien determinado sobre la base de criterios rectores señalados el Ministerio de Salud.

II. El presupuesto para los hospitales de II Nivel se basará en los Productos en Salud que serán ofertados durante una gestión.

III. Con esa base y usando los criterios señalados en la Ley N° 1152 y siguiendo la norma administrativa vigente, cada E.S. municipal elaborará su programación y requerimiento presupuestario y lo someterá al GAM o GAIOC correspondiente.

IV. El GAM o GAIOC evaluará las programaciones y solicitudes de presupuesto y asignará el monto financiero aprobado

1	• Campañas de salud y prevención de enfermedades.
2	• Control de crecimiento y desarrollo en menores de 2 años.
3	• Detección precoz del cáncer de cuello uterino
4	• Prevención de enfermedades metabólicas en escolares
5	• Orientación y distribución de métodos de Planificación Familiar
6	• Cumplimiento del esquema PAI.
7	• Atención a la mujer embarazada
8	• Vacunación antirrábica canina y felina
9	• Otras actividades de prevención
10	• Distribución del Complemento Nutricional para el Adulto mayor "Carmelo"
11	• Otras actividades de prevención de enfermedades.

ART. 23. CÁLCULO DE LA CÁPITA MUNICIPAL AJUSTADA PARA EL I. NIVEL PARA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA.

- I. Para establecer el presupuesto total correspondiente al primer nivel de atención en municipios que cuenten con hospitales de segundo nivel, se deberá restar del presupuesto total de la Coparticipación Tributaria Municipal para la salud (15.5%), el presupuesto destinado a la atención del segundo nivel.
- II. El monto per cápita municipal ajustada para el primer nivel será calculado de la siguiente manera
 - a) Inicialmente se determinará la cantidad y composición de la población de la jurisdicción municipal no asegurada a la SSCP que debe calcularse con base al número de personas adscritas y no adscritas en el marco del SUS después de realizado el proceso de depuración.

ART. 24.- CRITERIOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES Y ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA EN E.S. DE I NIVEL DE ATENCIÓN.-

- I. Los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, para facilitar los procesos de planificación, programación, asignación de recursos, ejecución, y control, programarán sus actividades aplicando los siguientes criterios:
 - a) Criterios poblacionales y de accesibilidad
 - b) Criterios de cobertura de promoción de la salud
 - c) Criterios de cobertura de prevención de la enfermedad
 - d) Criterios de Programación de Servicios Curativos.-
1. Para programar sus servicios curativos, cada establecimiento de salud de primer nivel de atención debe definir previamente su Cartera de Servicios.
2. Se aplicarán criterios técnicos y estadísticos, con base a:
 - Producción histórica de servicios
 - Perfil epidemiológico de su población
 - Tipo de caracterización de establecimiento

ART. 25.- CÁLCULO DEL PRESUPUESTO PARA HOSPITALES DE 2do. NIVEL DE ATENCIÓN. -

- I. El presupuesto para hospitales de segundo nivel se basará en los Productos en Salud definidos en la Cartera de Servicios del hospital a partir de la Lista de Servicios y Productos en Salud publicada por el Ministerio de Salud.
- II. La Cartera de Servicios será aprobada por el SEDES a partir del informe técnico de la Coordinación de Red respectiva.

ART.32.- PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS PARA EL CONTROL DE LA EJECUCIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS ASIGNADOS A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MUNICIPALES. -

II. La Instancia Técnica de Salud, para efectos de cobro intermunicipal y por atención a asegurados y beneficiarios de los entes gestores, identificará y aprobará en el SICOFS los servicios y Productos en Salud otorgados a beneficiarios del SUS referidos desde otras jurisdicciones territoriales, urgencias y emergencias, utilizando la siguiente documentación de respaldo presentada por el establecimiento de salud:

Documento 7 (D-7): Formulario (Boleta) de Referencia de cada paciente referido desde otras jurisdicciones territoriales.

III. Una vez realizada la revisión y validación de la información, la Instancia Técnica de Salud deberá imprimir al menos tres (3) ejemplares de los siguientes documentos:

- a) Documento 14 (D-14): Servicios y Productos en Salud Realizados (SPR).
- b) Documento 15 (D-15): Reporte de Servicios y Productos en Salud Realizados (REPES).
- c) Documento 17 (D-17): Servicios y Productos en Salud Realizados a afiliados en los Entes Gestores en establecimientos de salud públicos (SPR-EG).
- d) Documento 18 (D-18): Reporte de Servicios y Productos en Salud Realizados a afiliados en los Entes Gestores en establecimientos de salud públicos (REPES-EG).

ART.33.- PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE COBRO POR ATENCIONES INTERMUNICIPALES. -

I. Se considerarán para el cobro por atenciones intermunicipales a:

- a) Pacientes referidos por establecimientos de salud de primer o segundo nivel de otra jurisdicción municipal.
- b) Pacientes de otras jurisdicciones territoriales atendidas por urgencias o emergencias,
- c) Atención de pacientes con patologías crónicas que requieren seguimiento periódico.
- d) Personas adscritas en otras jurisdicciones municipales que se encuentran en tránsito

ART.35.- PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS DE COBRO POR ATENCIONES INTERNIVELES AL MINISTERIO DE SALUD

I. Se considerarán para el cobro por atenciones inter niveles al Ministerio de Salud a:

- a) Atención con productos en salud correspondientes a tercer nivel realizadas en establecimientos públicos de primer y segundo nivel de atención.

Con este material se pretende como Área de Seguros Públicos de Salud, que el personal del S.S.S.R.O. 2021 tenga un conocimiento claro, en vista que actualmente está vigente la LEY N° 1152 (S.U.S.)

CARTERA DE SERVICIOS

En cumplimiento a lo establecido en el Artículo 12 del Reglamento aprobado mediante Resolución Ministerial 0251/2021, se indica que los establecimientos de salud sobre la base de la CARTERA MÍNIMA DE SERVICIOS, brindaran de manera obligatoria el conjunto de servicios de salud destinado al cuidado integral de las personas, familias y comunidades.

Se consideran como “servicios de salud del SUS, todos aquellos que los establecimientos de salud públicos están en capacidad de otorgar a los beneficiarios, de acuerdo a su capacidad resolutive e instalada, mientras no signifiquen exclusiones especificadas en normativa emitida por el Ministerio de Salud y Deportes.” En tal sentido, se actualiza la

Lista de Servicios de Salud del SUS, que incluye un amplio conjunto de servicios de salud que los establecimientos de salud del subsector público están en capacidad de brindar a la población beneficiaria de la Ley N° 1152, de acuerdo a su CAPACIDAD FÍSICA Y RESOLUTIVA DISPONIBLE y al nivel de atención al que pertenecen. No se encuentran contemplados en la presente Lista los diagnósticos disponibles en la Codificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), que deben utilizarse y registrarse en el expediente clínico por parte del personal de salud de acuerdo a cada paciente atendido.

LISTA DE SERVICIOS DE SALUD DEL SUS PARA LA ELABORACIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS (revisar pág. Web ministerio de salud)

- a) Servicios de salud: Son aquellos destinados a la promoción de la salud y la prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad que son otorgados por médicos, odontólogos, enfermeras y otro personal de los distintos establecimientos de salud.
- b) Productos de Salud: Es el conjunto de servicios individuales de salud que hacen parte de la atención sanitaria y que se relacionan entre sí alrededor del diagnóstico principal que caracteriza a cada caso. Se constituyen en instrumentos para la planificación, control y financiamiento de la atención en salud.
- c) La CARTERA DE SERVICIOS se constituye en el conjunto de servicios que oferta un establecimiento de salud a partir de su propia capacidad resolutive e instalada para responder a las demandas y necesidades de la población que atiende. La misma debe ser elaborada en el establecimiento de salud, registrada en el RUES aplicando el Módulo de la Cartera de Servicios del Sistema Informático de Registro Único de Establecimientos de Salud, que permitirá luego que las Coordinaciones de Red y los SEDES, puedan validar y aprobar dicha Cartera.

TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud se encuentran agrupados en los siguientes tipos:

- a) Servicios de Promoción de la Salud
- b) Servicios de Prevención de las Enfermedades
- c) Servicios de Tratamiento de las Enfermedades
- d) Servicios de Rehabilitación de las Enfermedades
- e) Servicios de Diagnóstico de las Enfermedades
- f) Servicios de Apoyo al Diagnóstico
- g) Servicios de Capacitación para la Salud

PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS

La prescripción y dispensación de medicamentos e insumos médicos deberá ser realizada a través de los Recetarios/ Recibos establecidos en la normativa del Sistema Nacional Único de Suministro– SNUS.

El prescriptor, en el marco del uso racional de medicamentos, en base a un problema de salud correctamente diagnosticado, tiene disponible aquellos medicamentos señalados en la Lista Nacional de Medicamentos Esenciales – LINAME y LINADIME. La prescripción de medicamentos debe realizarse con nombre genérico (evitando nombres comerciales), en la forma farmacéutica, concentración y cantidad adecuada a la edad, peso, talla y características individuales del paciente. Los medicamentos e insumos médicos no fraccionables deben ser prescritos en el Recetario/ Recibo cumpliendo el uso racional de los mismos, las características de cada paciente y en relación al diagnóstico o diagnósticos del paciente

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. LEY No 1152 del 20 de febrero del 2019 Modificatoria a la Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral, Modificada por La Ley 1069 del 28 de mayo del 2018 y El Reglamento de Gestión Administrativa de la Ley No 1152-SUS aprobado mediante R.M. No 0132 de 27 de marzo de 2019. Publicación, La Paz – Bolivia, 2019.
2. Ministerio de Salud del Estado Plurinacional de Bolivia. Marco Legal de la Ley No 475. Serie: documentos de política. Publicación 15, La Paz – Bolivia, 2014.
3. 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.
4. Ministerio de Salud y Deportes, Marco Legal del Seguro Universal Materno Infantil -SUMI 2003, de la Ley No 2426 de 22 de noviembre de 2002.
5. 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- 19.
11. Resolución Ministerial No 0646 de 09 de junio de 2014. Reglamento para la Gestión Administrativa de la Ley No 475 -PSSI. Daniel Huayta del Ministerio de Salud aporta con esquemas explícitos: Ruta crítica para transferencia de recursos, procedimiento de cobro – pago y cobro por las prestaciones a la seguridad social obligatorio de corto plazo.

BIOSEGURIDAD

Lic Yecenia Oruña Quispe
RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DE ENFERMERIA

I. INTRODUCCION

Las medidas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección, en los servicios de salud vinculados a accidentes frecuentes, tanto con material punzocortante como también por exposición a sangre y fluidos corporales, en el caso de sufrir accidentes con material punzocortante, independientemente de si las heridas son leves o no, éstas suponen la exposición a cualquier microorganismo patógeno infeccioso que de una u otra manera pueden afectar su salud.

No debemos olvidar que hoy en día existe deficiencia en la aplicación de medidas de bioseguridad que pone en riesgo tanto para pacientes, personal y familiares; de ahí que nazca la consigna “El conocimiento es indispensable en los trabajadores de la salud, ya que se relaciona con la posibilidad de evitar un contagio directo o la contaminación cruzada. Permite al personal de salud auto cuidado de su salud y disminuir el riesgo de transmisión de infecciones intrahospitalarias hoy llamadas Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), que aumentan los días de estancia, el riesgo de vida y los costos derivados de esta nueva enfermedad, todo esto sustentados en la Resolución Ministerial 0855 Dispone la creación de Comité de Vigilancia Hospitalaria o de Establecimiento de Salud, y Sub Comité de Bioseguridad y Sub comité de Residuos Hospitalarios y/o de Establecimientos de Salud.

1.1. LEGISLACIÓN BOLIVIANA DE BIOSEGURIDAD

Según el reglamento para la aplicación de la norma boliviana de bioseguridad el estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. En Bolivia bajo Resolución Ministerial del 30 de noviembre del 2009, el Ministerio de salud resuelve aprobar el REGLAMENTO PARA LA APLICACION DE NORMA BOLIVIANA DE BIOSEGURIDAD EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NB 63001-63006 (Lineamientos de Gestiones de Hospitales, Laboratorios, Consultorios Odontológicos y Veterinarios) el presente reglamento se basa en las Normativa Legal Ley N° 1333 de Medio Ambiente y sus Reglamentos, Decreto Ley General de Higiene y Seguridad Ocupacional y bienestar N. 16998, Ley de Pensiones N. 1732, Decreto Ley N. 15629 del Código de Salud, Normas Técnicas Bolivianas NB 69001-69009 y su respectivo reglamento, Normas Técnicas Bolivianas de residuos Sólidos NB 742-760, con aplicación obligatoria a los establecimientos de Salud, en las instituciones públicas de la seguridad social a corto plazo y privadas con o sin fines de lucro. Esta norma establece los requisitos de bioseguridad en los establecimientos de salud. Así también establece los requisitos que logren reducir el riesgo de exposiciones a agentes físicos, químicos y biológicos.

II. ANTECEDENTES.

El SEDES LA PAZ, desde que se ha implementado el SSSRO, entre las actividades asistenciales, según competencia en el ámbito Departamental, el SEDES 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 la labor en los establecimientos públicos, pero con el manejo correcto de los términos de bioseguridad, evitando a la exposición de los distintos riesgos (biológicos, físicos, mecánicos y ergonómicos), aplicando los principios de protección, responsabilidad, prevención, garantizar un ámbito óptimo de trabajo y principio de cooperación, el manejo adecuado de este conocimiento minimizaría la posibilidad de infecciones asociadas y la difusión de las mismas.

III. DEFINICIONES

A) CONCEPTO DE BIOSEGURIDAD

La OMS entiende por bioseguridad al conjunto de normas y medidas destinadas a proteger la salud del personal frente a riesgos biológicos, químicos o físicos a los que este expuesto durante el desempeño de sus funciones.

B) INFECCIONES ASOCIADOS A LA ATENCION DE SALUD (IAAS)

Infección que presenta durante la hospitalización o como consecuencia de ella y que se no se encontraba presente o en incubación 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.

De manera operativa “se denomina infección asociada a la atención de salud cuando el paciente no presenta infección a su admisión, sino que la contrae a las 48 horas o más de su admisión en el centro de atención sanitaria, e incluso se considera que una IAAS hasta 15 días después de la intervención quirúrgica”.

C) EXPOSICION

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

Digestiva: Oral, Pipeteo con la Boca, salpicadura dentro la boca, dedos, comidas, bebidas.

Respiratoria: Por inhalación de Aerosoles.

Piel: contaminación por derrames, salpicaduras, equipos contaminados.

Inoculación: agujas. Cortaduras, mordeduras y rasguño de animales de experimentación.

IV. PRINCIPIOS DE BIOSEGURIDAD

4.1. UNIVERSALIDAD

Las medidas de bioseguridad deben involucrar a todas las dependencias de la institución. Todo el personal, pacientes (si los hubiera) y visitantes deben cumplir de rutina con las normas establecidas para prevenir accidentes.

4.1.1. ESTANDARES UNIVERSALES

- El paciente deberá ser considerado como potencialmente infectado.
- Es obligatorio el lavado de manos antes y después de tener contacto con el paciente, sangre, secreciones y líquidos corporales.
- Usar guantes siempre que exista la posibilidad de tener contacto con fluidos orgánicos.
- Usar mandilón cuando exista la posibilidad de contaminar la ropa.
- Está contraindicado el uso de maquillaje y joyas en las áreas críticas.
- No se debe ingerir alimentos en consultorios y áreas de alto riesgo.
- La ropa quirúrgica no debe permanecer más de 12 horas luego de ser utilizada en el ambiente de trabajo.
- Usar lentes protectores cuando exista la posibilidad de recibir salpicaduras.
- Los objetos punzo cortantes se eliminan en recipientes cerrados, rígidos, rotulados no perforables.
- Nunca recolocar el capuchón protector de las agujas luego de ser utilizada.
- Todos los trabajadores de las áreas y servicios de alto riesgo, deberán contar con tres dosis de vacuna anti hepatitis y 5 dosis de antitetánica.
- Después de limpiar cuidadosa y minuciosamente el instrumental, este debe desinfectarse y esterilizarse.
- Toda área o superficie potencialmente contaminada será limpiada y desinfectada con hipoclorito de sodio al 1%.
- El derrame de material potencialmente contaminado será limpiado y secado con toallas absorbentes, lavado con detergente y desinfectado con hipoclorito de sodio al 1%.
- Clasificar la ropa probablemente contaminada para su respectivo tratamiento.

- Colocar y transportar la ropa contaminada en bolsas impermeables para prevenir el derrame de líquidos.
- No se utilizará bolsas de tela en el transporte de ropa contaminada.
- En la atención de pacientes en los ambientes de aislados se usará el equipo de protección respiratoria de acuerdo al nivel de riesgo del procedimiento.
- La limpieza de camillas, mobiliarios y mesas de trabajo se realizará con paño humedecido en solución de hipoclorito al 1%.
- El material biológico debe ser auto clavado, antes de ser transportado al almacenamiento final para su posterior tratamiento.
- Toda muestra debe ser considerada potencialmente infectante. Para el transporte de muestras, deberán ser colocadas en contenedores cerrados.
- Situar a las personas con enfermedades infecciosas con agentes aeropatógenos en habitaciones individuales, con ventilación indirecta e iluminación con luz natural.

4.2. USO DE BARRERAS

Son medidas para poder evitar la exposición directa a sangre, fluidos orgánicos, mediante el uso de materiales adecuados. La utilización de barreras (ej. Guantes) no evitan la ocurrencia de algún accidente de exposición a fluidos, pero si es importante mencionar que disminuyen las consecuencias que podría provocar dicho accidente.

4.2. MANEJO DE RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS

No es secreto que nuestro principal problema es no solo la manipulación sino la eliminación de basura, es decir materiales que han sido dejados allí por profesionales y no profesionales en salud hasta ahora no se han generado mecanismos eficaces de control y manejo de las basuras y de los desperdicios de los hospitales, centros de salud y consultorios (gasas, agujas, material de impresión, dientes, sangre, órganos, y otras secreciones, restos de tejido de cirugía etc.), pero esto no ha sucedido.

No hay centros de esterilización ni cremación de la basura en área rural y excepcionalmente en las urbes del eje troncal.

Lo constituyen los restos de material orgánico (órganos, fracciones de tejido, grasa, paños impregnados de sangre). Desechos contaminados. Aquellos que han estado en contacto con sangre fluidos del paciente.

La basura una vez recolectada por personal experto deben ser procesadas y no aglomerada en sitios donde se favorezca la diseminación bacteriana.

4.2.1. RESIDUOS SOLIDOS HOSPITALARIOS

Es todo residuo generado en un establecimiento de salud por una tarea productiva resultante del accionar ejercido por las instituciones prestadoras de servicios de salud y similares, ya sea en forma directa o indirecta desarrollando investigación o experimentación.

CLASIFICACIÓN RESIDUOS		
CLASE	SUBCLASE	TIPO DE RESIDUO
CLASE "A" Residuos infecciosos	A-1	Biológico
	A-2	Sangre, hemoderivados y fluidos corporales
	A-3	Quirúrgico
	A-4	Corto punzantes
	A-5	Cadáveres o partes de animales contaminados
	A-6	Asistencia a pacientes aislamiento
CLASE "B" Residuos especiales	B-1	Residuos radioactivos Residuos farmacéuticos
	B-2	Residuos químico peligrosos
	B-3	
CLASE "C"		Residuos comunes

4.2.1.1. RESIDUOS INFECCIOSOS

CLASE A-1 Biológicos	CLASE A-2 Sangre Hemoderivados	Quirúrgicos Anatomopatológicos
- Cultivos - Inóculos - Medios de cultivo - Hemo/copro/uro /esputo/LCR - Placas Petri - Vacunas vencidas o inutilizadas	- Sangre líquida/ coagulada - Bolsas con sangre - Muestras de sangre - Suero- plasma - Mangueras Intravenosas - Paquete globular - Torundas, gasas, apósitos con sangre	- Residuos patológicos humanos - Tejidos y Órganos - Fetos y placentas - Piezas anatómicas - Fluidos resultantes de cirugías, biopsias, necropsias - Muestras para análisis

4.2.1.2. RESIDUOS INFECCIOSOS

CLASE B-1 Residuos Radioactivos	CLASE B-2 Residuos Farmacéuticos	CLASE B-3 Residuos Químicos Peligrosos
Cualquier material que contenga o este contaminado con: - Radionucleidos (concentraciones mayores a las establecidas, de acuerdo a norma)	- Fármacos vencidos/ rechazados/ devueltos/retirados del mercado	- Tóxicas - Corrosivas - Inflamables - Explosivas - Reactivas - Placas radiografías - Pilas, baterías y termómetros

4.2.1.4. RESIDUOS COMUNES

CLASE C Residuos comunes

- Papeles
- Cartones
- Cajas
- Plásticos
- Restos de preparación de alimentos
- Residuo limpieza de patio y jardines
- Yesos y vendas no contaminadas

4.2.2. CODIGO DE COLORES

- Residuos infecciosos (rojo)
- Residuos especiales (azul)
- Residuos comunes (negros)

V. ALMACENAMIENTO PRIMARIO

Es aquel que se realiza en el mismo lugar donde se genera los desechos.
Requerimientos:

- Recipiente plástico

Características

- Fácil lavado
- Peso ligero
- Resistentes
- Identificados
- Ubicados estratégicamente para cada tipo de residuos
- Con bolsas y código y simbología

- Bolsas de polietileno

Características

- De polietileno
- Impermeables
- Espesor de 60-120
- Color opaco
- Sin roturas o imperfecciones
- Resistentes

- Bidones rígidos corto punzantes

Características

- Envase rígido
- Con tapa con abertura
- Capacidad de llenado hasta $\frac{3}{4}$ de capacidad
- Identificado
- Cerrados herméticamente

VI. ALMACENAMIENTO INTERMEDIO

Es aquel que se realiza en pequeños centros de acopio, en cantidad proporcional a la generación y horarios de transporte el mismo que debe encontrarse:

- Ubicado estratégicamente
- Debe contar con recipientes rígidos y resistentes
- De ser de fácil lavado y desinfección

VII. LAVADO DE MANOS

Definición: Es el conjunto de métodos y técnicas que remueven, destruyen, reducen el número y la proliferación de los microorganismos en las manos.

7.1. CONSIDERAMOS 3 TIPOS DE LAVADO DE MANOS:

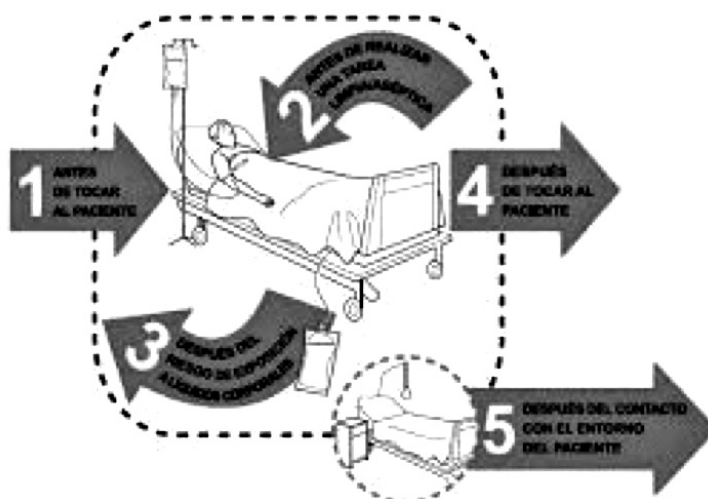
- 1) Social: remueve la flora transitoria y la suciedad de la piel de las manos. Se realiza con agua y jabón.
- 2) Antiséptico: remueve y destruye la flora transitoria de la piel de las manos. Se utiliza agua y soluciones antisépticas o gel alcohólico.
- 3) Quirúrgico: remueve y destruye la flora transitoria y reduce la flora residente. Se realiza con agua y soluciones antisépticas (clorhexidina 4%).

7.2. LOS 5 MOMENTOS PARA EL LAVADO DE MANOS:

Momento 1: Antes del contacto con el paciente y previene principalmente la colonización cruzada del paciente.

Momento 2: Antes de una tarea aséptica y tiene como objetivo prevenir la colonización e infección asociada al cuidado de la salud.

Momento 3: Después del riesgo de exposición a un fluido corporal. Este momento tiene un doble objetivo. El primero y más importante es reducir el riesgo de colonización o infección de los trabajadores de la salud frente a agentes infecciosos; el segundo reducir el riesgo de transmisión de microorganismos ("colonización") a un sitio limpio del cuerpo, en el mismo paciente. Momento 4: Después del contacto con el paciente y la acción del lavado de manos reduce sustancialmente la contaminación de las manos del trabajador con flora del paciente. Momento 5: Después del contacto con el entorno del paciente cuando las manos se expusieron a cualquier superficie de la zona del paciente.



7.3. PASOS PARA EL LAVADO DE MANOS

1. Mójese las manos con agua.
2. Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir la superficie de las manos.
3. Frótese las palmas de las manos entre sí.
4. Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.
5. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
6. Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.
7. Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.
8. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
9. Enjuáguese las manos con agua.
10. Séquese las manos con una toalla de un solo uso.
11. Utilice la toalla para cerrar el grifo.



Mójese las manos con agua;



Deposite en la palma de la mano una cantidad de jabón suficiente para cubrir todas las superficies de las manos;



Frótese las palmas de las manos entre sí;



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa;



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados;



Frótese el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos;



Frótese con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa;



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa;



Enjuáguese las manos con agua;



Séquese con una toalla desechable;



Sírvase de la toalla para cerrar el grifo;



Sus manos son seguras.

VIII. ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

Corresponde a “todo equipo, aparato o dispositivo especialmente proyectado y fabricado para preservar el cuerpo humano, en todo o en parte, de riesgos específicos de accidentes del trabajo o enfermedades profesionales los EPP son un complemento indispensable de los métodos de control de riesgos para proteger la salud de los colaboradores al interior de un laboratorio y deben usarse en conjunto con las recomendaciones por la OMS y las buenas prácticas de bioseguridad establecidas en este manual.

- El uso de los EPP dependerá del procedimiento a realizar y del grado de exposición, por lo cual cada colaborador deberá revisar los riesgos relacionados con sus protocolos y así implementar las medidas de

bioseguridad respectivas. Los EPP corresponden a la última barrera que tiene un usuario para evitar la ocurrencia de un accidente

- Guantes: Reducen el riesgo de contaminación por fluidos o material contaminado.
- Mascarillas quirúrgicas: Elementos diseñados para proteger la cara contra partículas, salpicaduras y otros cuerpos extraños. También, las mascarillas protegen la mucosa de la nariz y boca contra posibles inóculos infectados.
- Gorros: Evitan el contacto con salpicaduras por material contaminado y son un elemento esencial para una correcta gestión del protocolo de higiene y bioseguridad.
- Delantal: Se consideran como una barrera de protección para evitar que la vestimenta quede expuesta en casos de derrame o salpicaduras por material contaminado. Su diseño debe ser de manga larga hasta el puño y su largo a la altura de la rodilla.
- Anteojos para exposición a material particulado: Se utilizan comúnmente para brindar protección primaria al impacto de material particulado. También los hay con $\rightarrow$ ltrros UV para evitar la exposición a radiación óptica.
- Antiparras para exposición a productos químicos: Protege a las mucosas oculares de emanación de vapores y salpicaduras de productos químicos o fluidos biológicos. Además, protege en casos de impacto de material particulado.

IX. ANTISÉPTICOS Y DESINFECTANTES:

9.1. ANTISEPTICO: Sustancia química aplicada a la piel o tejidos vivos que previene o detienen el crecimiento de microorganismos ya sea por inhibición o destrucción.

Propiedades de un antiséptico

- Amplio espectro
- Rapidez de acción efecto residual
- Baja toxicidad o capacidad irritativa
- Bajo costo

9.1.1. ALCOHOLES

Presentación: Etílico, gel, soluciones.

Mecanismo de acción: Desneutraliza las proteínas en presencia de agua, por lo tanto su actividad depende la concentración.

- La acción depende de la dilución en agua
- Efectivo en concentraciones del 50% al 90% se usa al 70 %
- Existen tres como antisépticos: etílicos, isopropílicos y N- propílicos
- Amplio espectro
- Acción germicida muy rápida
- Acción residual casi nula, se seca rápidamente volátiles e inflamables
- Disminución de acción por presencia de materia orgánica (heces, moco, sangre)
- No efectivos para la eliminación de esporas.

Características de los alcoholes:

- Amplio espectro de acción que incluye M. TBC
- Efecto máximo precoz (10seg)
- Antiséptico de mayor impacto en la magnitud de reducción bacteriana
- No toxico
- Concentración ideal 70%
- Buen solvente de otros productos

Desventajas:

- Seca la piel
- No actúa en presencia de suciedad
- No tiene efecto residual
- No usar en mucosas
- Inflamable

9.1.2. CLOREXIDINA 4%, 2%, 0.5%

Mecanismo de acción: absorción por difusión pasiva a través de las membranas, rápido para bacterias y levaduras.

Características:

- Antiséptico de mayor efecto residual (5-6 hrs) por su afinidad con la piel
- Inicio de acción rápida de 15 a 30 segundos con efecto máximo hasta de 6 horas
- Mayor efecto sobre Gram+ que sobre Gram-
- Efecto aceptable sobre algunos virus, limitada sobre hongos.
- No afectado por sangre o materia orgánica
- Alto costo relativo
- Base de alcohol 0.5% y alcohol etílico al 75%
- Toxicidad dermatitis por contacto (concentraciones al 4%)
- Baja toxicidad (NO DAR EN OJO O OIDO)
- Ototoxicidad y daño ocular en inoculación directa.
- NO USAR EN NIÑOS PREMATUROS
- Daño en la piel de neonatos al ser utilizada en parches para cubrir catéteres

9.1.3. YODADOS

- Tintura 5%-1%
- Yodosforos 10%-7.5%

Características:

- Amplio espectro
- Bacterias, hongos, virus, algunos esporulados
- No cubre le M. tuberculosis
- Se inactiva en presencia de materia orgánica
- Inicio de acción y efecto máximo de tipo intermedio a los tres minutos
- Tiene efecto residual (2-3hs)
- Tiene efecto irritante sobre la piel, también existe alergia al compuesto
- Puede absorberse por mucosas o por vía cutánea
- Se ha reportado contaminación por pseudomonas

Uso:

- 10-7.5% lavado de manos quirúrgico y clínico, lavado y asepsia de la piel
- Tintura yodo, alcohol yodado 5-1 % POCO USO

	ALCOHOL YODADO	YODO POVIDONA
Efecto máximo	Inmediato	3 minutos
Efecto residual	Presente y breve	Presente y prolongado
Toxicidad		(liberación del yodo) 2-3 hs
Aplicación sobre mucosas	Presente quemadura	Liberación del yodo más lenta
	No	Posible

9.1.4. PEROXIDO DE HIDROGENO

- H2O2- Agua oxigenada 10%
- Agente oxidante
- Muy inestable, se descompone formando moléculas de O₂ y H₂O. La liberación de O₂ destruye los microorganismos anaerobios, y el burbujeo expulsa restos tisulares.
- Breve y débil acción germicida
- Tóxico: puede causar quemaduras, dolor irritación.

Recomendaciones en el uso de antisépticos

- Evaluar la sensibilidad de la piel
- Usar en piel limpia
- Controlar fecha de vigencia del envase
- Sol. Yodada en envases oscuros para evitar la exposición al sol
- Los envases deben permanecer con las tapas cerradas
- Al usar torundas con alcohol, aplicar el producto inmediatamente antes del procedimiento
- No mezclar antisépticos (excepto alcohol) se inactivan en combinación

9.2. DESINFECTANTES:

Los desinfectantes son sustancias químicas altamente tóxicas para los tejidos, por lo que sólo están indicados para superficies inertes, la excepción la presenta el Alcohol etílico 70%.

Cuando se realiza este procedimiento se pueden dar tres niveles de desinfección y que se relacionan con el nivel de acción del desinfectante. Existen tres Niveles de Desinfección:

- Desinfección de alto nivel (DAN): Es el procedimiento a través del cual un agente químico destruye a los microorganismos, incluyendo los virus resistentes y al *Mycobacterium tuberculosis*. Es realizado con agentes químicos líquidos que eliminan a todos los microorganismos, como ejemplos el ácido peracético, dióxido de cloro, peróxido de hidrógeno, el Ortoftaldehído al 0,55%, glutaraldehído al 2% y el formaldehído entre otros.
- Desinfección de nivel intermedio (DNI): Procedimiento químico que elimina formas vegetativas de bacterias, hongos y virus, pero no a todos a los virus pequeños de composición lipídica. Se realiza utilizando agentes que eliminan bacterias vegetativas y algunas esporas bacterianas, aquí se incluye el grupo de los fenoles, el hipoclorito de sodio, el alcohol, entre otros.
- Desinfección de bajo nivel (DBN): Procedimiento químico que puede destruir bacterias en su forma vegetativa y algunos hongos. No elimina el *Mycobacterium tuberculosis* ni virus pequeños de estructura lipídica. Es realizado por agentes químicos que eliminan bacterias vegetativas, hongos y algunos virus en un periodo de tiempo corto, (menos de 10 minutos) por ejemplo el grupo de amonio cuaternario.

9.2.1. CLASIFICACION DE SPAULDING

Con objeto de racionalizar los procedimientos más adecuados para cada tipo de material, Spaulding clasificó los elementos de atención según en qué parte del paciente serán usados, como

- Artículos no críticos: Son aquellos artículos que tomarán contacto sólo con piel indemne o simplemente no entrarán en contacto con ningún tejido del huésped. En general para prevenir IAAS a través de estos artículos es suficiente la remoción mecánica de la materia orgánica y suciedad visible con agua y detergente.
- Artículos semicríticos: Son aquellos artículos que tomarán contacto con mucosas o piel no indemne. En estos casos además del lavado del material, se requiere someterlos al menos a algún nivel de desinfección o esterilización.
- Artículos críticos: Son aquellos que entrarán en contacto con tejidos estériles, torrente vascular o cavidades normalmente estériles. Estos artículos siempre requerirán de la exposición a algún agente esterilizante, más aún, el material crítico debe ser sometido a un proceso que garantice cada una de las etapas de: Lavado, preparación, exposición al agente esterilizante y posterior manipulación.

9.2.2. DESINFECTANTES DE BAJO NIVEL:

9.2.2.1. SALES DE AMONIO CUATERNARIO

- Concentración de 0.4- 1.6. %
- Sin efecto sobre esporas y con limitación sobre M.TBC y algunos virus
- No es más efectivo que otros desinfectantes y su costo es mayor al cloro
- Se inactivan con materia orgánica
- Uso en desinfección de pisos, paredes y mobiliario en general

9.2.3. DESINFECTANTES DE NIVEL INTERMEDIO

9.2.3.1. ALCOHOL:

- Concentración 70-90^a
- Acción intermedia
- Desinfección de artículos no articulados como (termómetros, superficies externas, ampollas, frascos etc.)

Mecanismo de acción: desnaturaliza las proteínas en presencia de agua, por lo tanto su actividad depende de la concentración.

9.2.3.1.2. HIPOCLORITO DE SODIO:

El cloro, oxidante de acción rápida, es un germicida químico de uso muy extendido y de amplio espectro. Normalmente se vende en forma de lejía, una solución acuosa de hipoclorito sódico (NaOCl) que puede diluirse en agua para conseguir distintas concentraciones de cloro libre.

Características:

- Económico
- amplio espectro
- corrosivo
- se inactiva con la materia orgánica
- debe ser conservado en envases opacos bien cerrados y protegido del calor
- debe ser utilizados en condiciones apropiadas
- tiempo de acción: 15 a 30
- Muy tóxico e irritante de las mucosas
- Alta corrosivo

Uso:

- limpieza de pisos, muebles, mobiliario
- potabilización de agua
- no aplicar directamente sobre la sangre o materia orgánica

Fórmula para la dilución del hipoclorito:

$$\text{Fórmula: } \left[\frac{\% \text{ de hipoclorito de sodio concentrado}}{\% \text{ de hipoclorito de sodio deseado}} \right] - 1$$

Ejemplo:

$$\left[\frac{4.5 \%}{0.5\%} \right] - 1 = 9 - 1 = 8 \text{ partes de agua por cada parte de hipoclorito}$$

9.2.4. DESINFECTANTES DE ALTO NIVEL**GLUTARALDEHÍDO**

Las soluciones ácidas de glutaraldehído adquieren su actividad máxima a un pH 7,5 a 8,5; después de activado tiene una vida media de 14 días, porque las moléculas de glutaraldehído se van polimerizando, lo que bloquea los grupos aldehído que son el sitio activo (biocida). La actividad antimicrobiana también depende de condiciones como la dilución, la concentración y la temperatura (es mayor al aumentar la temperatura). Es un compuesto no corrosivo.

El glutaraldehído es un compuesto irritante para los ojos, la garganta y la nariz. Puede producir rinitis, epistaxis, asma y dermatitis de contacto en los trabajadores expuestos. Cuando no se hace un barrido adecuado del glutaraldehído de los diferentes equipos también puede ser un irritante para los pacientes. Se han descrito queratitis por el uso de tonómetros, y proctitis por los colonoscopios que no fueron lavados suficientemente después de su uso.

Su acción está dada por la alquilación de los grupos sulfidrilo, hidroxil, carboxil y amino, de los microorganismos, lo cual altera el ADN y la síntesis de proteínas.

9.2.4.1. ORTOFTALALDEHIDO

Es un desinfectante de alto nivel para reprocesamiento manual de endoscopios flexibles y otros dispositivos médicos, se ha demostrado que elimina bacterias, virus y hongos, y es una solución segura que protege a pacientes y usuarios. Es posible medir el poder efectivo de la solución con tiras reactivas, tiene una vida útil de hasta 14 días y vida en almacén hasta de dos años.

9.2.4.2. ACIDO PERACÉTICO

La actividad desinfectante del ácido peracético radica en su capacidad oxidante sobre la membrana externa de las bacterias, endosporas, y levaduras, el mecanismo de oxidación consiste en la transferencia de electrones de la forma oxidada de ácido de las membranas de los microorganismos provocando su inactivación y su muerte. Para la desinfección de superficies de áreas semicríticas, se debe utilizar a una concentración de 0,01% de ácido peracético, con un tiempo de exposición 5 minutos.

En la desinfección de las áreas críticas puede utilizarse una concentración de 0,2 %. Este desinfectante será utilizado por los laboratorios que manipulen agentes biológicos, requiere para su manipulación el uso de EPP adecuados.

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.
6. Organización Panamericana de la Salud. Manual de esterilización para Centros de Salud. OPS; 2008.
7. MINSA Lima. Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias. MINSA. Lima; 2005.
8. REVISTA CHILENA DE INFECTOLOGÍA 2017; 34 (2): 156-174; Antisépticos y Desinfectantes, apuntando al uso racional. Recomendaciones del comité consultivo de IAAS, Sociedad Chilena de Infectología.
9. RUTALA WA. APIC. Guideline for selection and use disinfectants. AM J Infect Control 1990
10. RUTALA WA, WEBER DJ FDA. Labelling requirements for disinfection of endoscopes: A counterpoint. Infect Control Hosp epidemiol 1995.
11. KARAN, GEORGE. Aparición de Resistencia en Bacterias y Hongos: Un Problema Global. Un simposio Acreditado. San Francisco, California. Setiembre 1999
12. GENE - SALLES. Presente y Futuro de las Centrales de Esterilización en Europa. En Todo Hospital NO 1. 158. Julio - Agosto 1999.
13. Ministerio de Salud de Chile. División Programa de Salud, Dpto Epidemiología: "Manual de Prevención y Control de las Infecciones Intrahospitalarias y Normas del Programa Nacional" 1993.
15. Arévalo JM, Arribas JL, Calbo L, Hernández M^a J, Lizan M, Herruzo R. Guía del grupo de trabajo sobre desinfectantes y antisépticos. Revisión 1998. Medicina Preventiva 1998; 4(2): 38 – 43.
16. Fendler EJ, Dolan MJ, Hammon BS, Williams RA. Effects of topical alcohol gel use on human skin Infect Control Hosp Epidemiol 2000; 21 — 103.
17. REVISTA CHILENA DE INFECTOLOGIA 2017; 34 (2): 156-174; Antisépticos y Desinfectantes apuntando al uso racional. Recomendaciones del comité consultivo de IAAS, Sociedad Chilena de Infectología .
18. RUTALA WA. APIC Guideline for selection and use disinfectants. AM J Infect Control 1990
19. FAVERO MS, Bond WW. Chemical disinfection of medical and surgical materials In:Block SS, ed. Disinfection. sterilization and preservation. 4th ed. Philadelphia: Lea & Febiger 1991.
20. RUTALA WA WEBER DJ FDA. Labelling requirements for disinfection of endoscopes: A counterpoint.
21. FAVERO MS, Bond WW. Chemical disinfection of medical and surgical materials In:Block SS, ed. Disinfection, sterilization and preservation. 4th ed. Philadelphia: Lea & Febiger 1991
22. RUTALA WA. WEBER DJ FDA, Labelling requirements for disinfection of endoscopes: A counterpoint. Infect Control Hosp epidemiol 1995
23. WENZEL R, WILLIAN A, RUTALA WA. Disinfection, sterilization and Waste Disposal. 1997
24. AORN. Practicas Recomendadas para el Cuidado de Instrumental quirúrgico y Endoscópico. Edic.MMISA
25. Recomendadas para el Cuidado de Instrumental quirúrgico y Endoscópico. Edic. MMISA.
26. MANUAL DE BIOSEGURIDAD PARA LOS TRABAJADORES, Hospital Universitario del valle
27. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care (Advanced draft), en: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/ghhad_download/en/index.htm.

SALA SITUACIONAL DE SALUD

Dr. Juan Ireneo Choque Rondo
Jefe de Unidad de Redes de Servicios de Salud

Dr. Fernando Luis Maldonado Tiñini
Médico C.S. Umala

I. CONCEPTO

Espacio físico o virtual que muestra la información permanente y actualizada de la situación de salud del Establecimiento de salud, Red municipal de salud y Red de Servicios de salud en los tres niveles de atención sirve para un análisis sistemático permanente y la toma de las decisiones.

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.
- Monitorizar las tendencias de los eventos de salud que se notifiquen y de los factores de riesgo
- 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.
- Fomenta estructurar el equipo de análisis, investigación y difusión.
- Monitorizar las actividades de intervención frente a las epidemias, urgencias, desastres naturales y otros.
- Detección y notificación de desigualdades e inequidades en salud.
- Educación permanente sobre temas de interés social y de salud
- Generación de indicadores básicos

III. NIVELES DE IMPLEMENTACION

- Nivel Local (Consultorio vecinal, Puestos y Centros de Salud Ambulatorio, con Internación e Integrales y Hospitales)
- Nivel Municipal (Cabecera municipal)
- Nivel de Red (Coordinación Técnica de Red)
- Nivel Departamental (Servicios Departamentales de Salud)

IV. RECURSOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LA SALA DE SITUACIÓN DE SALUD.

- Contar con un espacio físico o virtual.
- Debe tener un sistema de información permanente y actualizada.
- Tecnología adecuada para el análisis de los datos.
- Profesional de salud con formación adecuada y continua.

V. PASOS PARA LA IMPLEMENTACION

Proceso de captación de la información

Debe ser efectuado por el personal de establecimiento de salud aplicando los siguientes instrumentos

INSTRUMENTOS DE CAPTACION DE LA SALA SITUACIONAL DE SALUD

DATOS CLINICOS	OTROS DATOS
Historia Clínica	Carpets Familiares
Historia Clínica Perinatal Base	Modulo de Informacion Basica
Carnet de Salud Infantil	Cuaderno de Actas y de Campo
Certificado Nacido Vivo	Matriz de Identificación y Priorización de Problemas
Certificado Único de defuncion	Planilla de Conformación de Estructura Social
Fichas Epidemiologicas	Planilla de identificación y registro de Médicos Tradicionales
Fichas de Tratamiento	Formulario de Atención de Médicos Tradicionales
Registro de Vacunacion	Cartapacio de Gestion Participativa en Salud
Fomularios de Laboratorio	Cartapacio de Interculturalidad
Epicrisis	
Fomulario de Referencia y Contrareferencia	
Fomulario de solicitud de los Programas de Salud	
SOAPs	
Certificado Único para casos de Violencia	

Fuente Adaptado Guía para la implementación de la Sala Situacional de Salud 2019

Proceso de sistematización de la información
Es todo procedimiento que permite la organización, almacenamiento de la información recolectada en las distintas actividades:

INSTRUMENTOS DE SISTEMATIZACION DE LA SALA SITUACIONAL DE SALUD

Cuadernos de registro de SNIS
Cuadernos de registro de PAI
Cuaderno de registro de programa de Tuberculosis
Otros cuadernos de Programas
Sistematización de Carpetas Familiares
Cuadros, gráficos de sistematización de Datos
SOAPs
Cuadernos de actas y de campo

Fuente Adaptado Guía para la implementación de la Sala Situacional de Salud 2019

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:

INSTRUMENTOS DE CONSOLIDACION DE LA SALA SITUACIONAL DE SALUD

Fomularios de SNIS Semanales y Mensuales
Informe Mensual de Cohorte
Software de Consolidación de Carpeta Familiar
Cuadros, gráficos de monitoreo
Consolidación de prioridades en Salud de las Comunidades
Consolidado de atención de Salud de Médicos Tradicionales

Fuente Adaptado Guía para la implementación de la Sala Situacional de Salud 2019

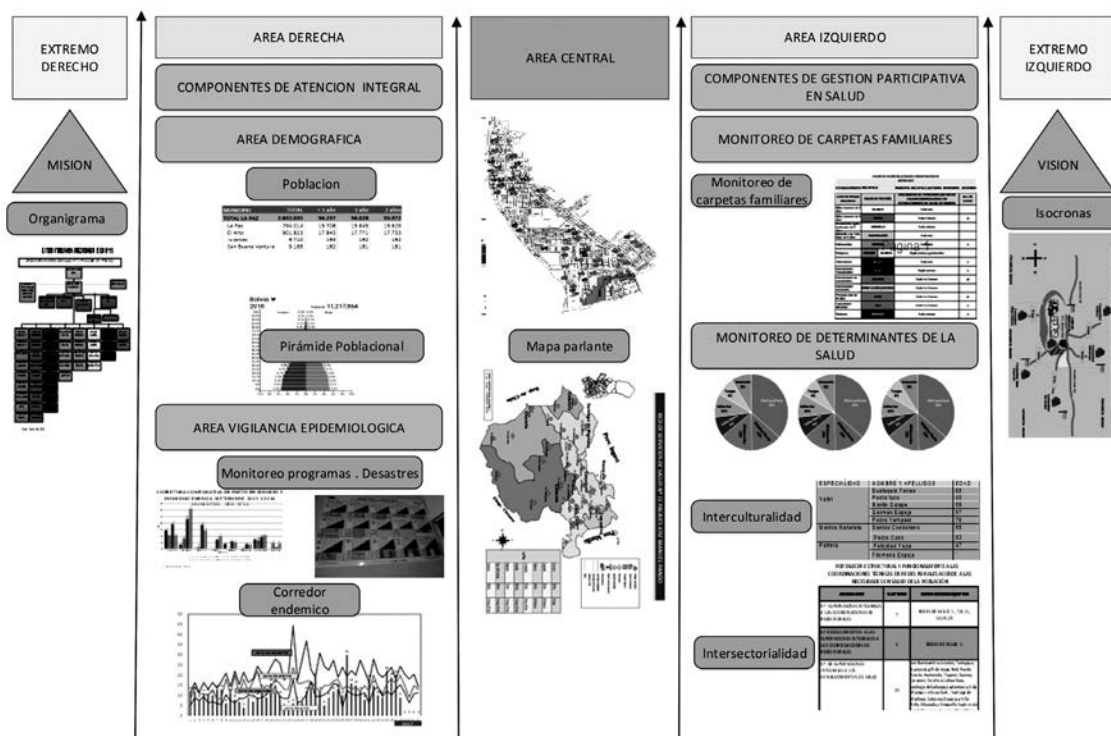
Proceso de socialización de la información

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.

VI.COMONENTES 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 de acuerdo al siguiente gráfico:

Gráfico N°1 Representación de las áreas de la estructura de la sala situacional



Fuente Adaptado guía de implementación de salas situacional de salud a nivel local 2016

VII. 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			
N° de vivienda	CON BAJA	CON BAJA	CON BAJA
N° 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			

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
Puérperas	ROSADO BLANCO	Según normas y protocolos
Enfermedades Transmisibles	AZUL	Según normas
Enfermedades no transmisibles	CELESTE	Cada 1 o 2 meses
Enfermedades vectoriales	VERDE CLARO	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

VIII. BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Guía para la Implementación de la Sala Situacional en Salud a Nivel Local. Pub. 608. 2016.
2. 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
3. Gonzales Pozzo Camilio. Sala situacional central de la secretaria distrital de salud. Bogotá DC: 2007
4. Gustavo Bergonzoli. Instrumento para la Vigilancia en Salud Pública, Sala Situacional, Guatemala. Marzo 2010.
5. Ministerio de Salud. Guía de implementación de la sala situacional de salud a nivel local. publicación 608.2016.
6. Proyecto de Salas de Análisis de Situación de Salud y Calidad de Vida: Bases de su desarrollo perspectivo. Reporte Técnico de Vigilancia 2014.

CARPETA FAMILIAR

Dr. Juan Ireneo Choque Rondo
Jefe de Unidad de Redes de Servicios de Salud

DEFINICION

Instrumento que permite conocer la información de la situación de la salud familiar en el marco de la implementación de la Política de salud familiar comunitaria Intercultural.

IMPLEMENTACION DE LA CARPETA FAMILIAR

La importancia de la carpeta familiar nos proporciona muchos beneficios que describimos de la siguiente manera:

IMPORTANCIA	BENEFICIOS
Localización de las familias	Ejercer sus derechos por la familia
Planificar las visitas y acciones de educación	Coadyuva en la planificación participativa y control social.
Identificar determinantes	Orienta la gestión pública
Identificar la salud de los componentes de la familia	Permite medir la mejora de la atención realizada
Programar acciones de prevención, promoción y rehabilitación.	Coadyuva en el cumplimiento de las actividades programadas
Coadyuva la elaboración de Plan Estratégico de Salud	Orienta las necesidades de capacitación para el equipo de salud
Proporciona datos para la sala situacional	Mejora la imagen institucional
Mejorar la calidad de atención	Orienta las áreas de información y orientación que requiere la comunidad
Fortalece el sistema de atención en salud	

RESPONSABLES DE LA APLICACIÓN DE LA CARPETA FAMILIAR

- El equipo de trabajo del establecimiento de salud.

PASOS PARA LA APLICACIÓN

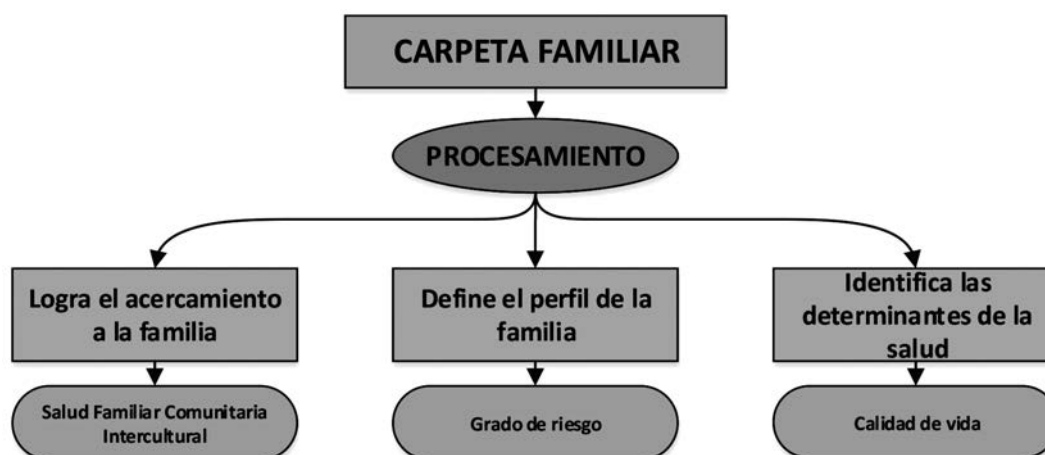
- Recibir capacitación y actualización en el manejo.
- Gestión del material para la aplicación en las visitas familiares.
- Coordinar con autoridades de la comunidad, autoridad local de salud y otras autoridades socializando el beneficio de la carpeta familiar.
- Realizar el cronograma de actividades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

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° 1 Proceso de la aplicación de la Carpeta Familiar.



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

CONSTRUCCION DE 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 y viviendas.

Gráfico N°3 Croquis de localización de viviendas y familias



Fuente propia 2023

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



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

REGISTRO DE DATOS DE LA CARPETA FAMILIAR

La codificación se realizará de la siguiente forma:

Depto	Provinci	Munici	Red de	Establecimien	Comunida	Viviend	Famili
.	a	pio	Salud	to	d	a	a

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

El código de los Departamentos, Provincias, Municipio se registra de la siguiente manera:

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

PROVINCIA	CÓDIGO
Muñecas	05
Franz Tamayo	07

PROVINCIA	MUNICIPIO	CÓDIGO
Muñecas	Chuma	01
	Ayata	02
	Aucapata	03

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

El código de la Red, Establecimiento de Salud corresponde a la estructura del SNIS-VE en el caso de la Red Apolobamba es el 02 En el caso de Establecimientos de Salud que corresponde a la Red N° 11 Pacajes Jose Manuel Pando corresponde a lo siguiente:

PROVINCIA	MUNICIPIO	N°	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.

La 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

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	Según el SNIS-VE
Comunidad/barrio o Unidad vecinal	Establecido a nivel local.
Familia:	Registrar el 1° apellido o de representante (proveedor), seguido del 2° apellido
Idioma:	El idioma hablado con mayor predominio en la familia. Hablado: idioma 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. Tiempo a pie: expresado en horas y minutos. Tiempo de movilidad: es el tiempo de Establecimiento de salud a la vivienda. Otro medio de transporte: (motocicleta, cuadratac, bicicleta, balsa, caballo u otro)
Fecha de registro:	Anotar día/mes/año
Nombre y apellidos del responsable de registro de la información:	Debe estar registrado el nombre completo de registrador además de la firma y cargo..

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. (Escuela, iglesia, río, cerro u otros, orientándose en los puntos cardinales.
---------	--

III. FAMILIOGRAMA

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

IV. DETERMINANTES DE LA SALUD

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. Chozo y pahuichi/casa rustica: choza es construida con materiales locales y naturales.
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.
N° 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 publica, 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,

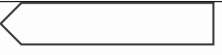
	quemada, rio /quebrada.
Ingreso familiar	Permite ahorrar: cuando a la familia ahorra después de priorizar sus necesidades básicas. Satisface necesidades básicas y otras: es cuando el dinero obtenido le alcanza satisfacer las necesidades básicas y otras necesidades, además permite ahorrar. Satisface necesidades básicas: cuando el dinero alcanza solo para la satisfacción de las necesidades de la familia. A veces no alcanza: existe poca disposición de recursos afectando a las necesidades básicas. Insuficiente: No se logra satisfacer las necesidades básicas.
Consumo diario de alimentos:	Marcar de 0 al 5 de acuerdo a la frecuencia de consumo por la familia, es 0 si consume diariamente y en 5 cuando no se consuma ese alimento en forma diaria, sumar todas total de 25 puntos.
Nivel de Instrucción de la madre:	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

V. SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA

Nombre y apellidos:	Registrar todos los datos en forma correlativa.
Parentesco:	Iniciar con el 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 o enfermedad o Discapacidad	Registrar: factores de riesgo como la obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de alcohol, caries dental, fumar, enfermedades crónicas: hipertensión, diabetes, cardíacas, 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 musculares esqueléticas 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.
Grupos de riesgo:	Grupo I: sanos sin ningún factor de riesgo. Grupo II: con factores de riesgo. Grupo III están los enfermos. Grupo IV: con discapacidad congénita o adquirida, física, intelectual, sensorial o múltiple.

IDENTIFICACION DE COLORES SEGÚN RIESGO DE ACUERDO A LA CARPETA FAMILIAR

Las carpetas familiares 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 BIOLOGICO	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:	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. Abuso verbal y emocional: persona que ofende a la otro/a Intimidación de tratos: se puede coaccionar a la víctima utilizando a terceros, como a los hijos u otros miembros. 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. Abuso económico: control al acceso a la economía familiar. Abuso sexual: referida a las violaciones ya sea en pareja o por algún miembro de la familia hacia otro independiente a la edad. Abuso físico: referida a golpes, mordiscos, amenazas con armas u objetos. Desprecio: minimizar, toma de decisiones sin consulta.
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 los penados por ley. (marihuana, clorhidrato de cocaína, pasta base, crack, heroína, éxtasis, alucinógenos de origen sintético, incluye clefa, tinner, 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.

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 (✓) hasta tres si 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.

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.

Residencia temporal:	Registrar en orden 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:	Tickea (✓) 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 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.

Recorre a la medicina tradicional:	Debe estar en forma correlativa, 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:	Registrar el sexo M o F.
Parto:	Registrar lugar de nacimiento dentro o fuera .
Atendido por:	Registrar si fue atendido por personal de salud, partera o familiar .
Tiene certificado de nacimiento:	Tickea (✓) lo que corresponde si cuenta o no cuenta .

XIII. DEFUNCIONES

Fecha de defunción:	Se debe registrar en orden día/mes/año
Defunción:	Tickea (✓) si fue institucional o no institucional .
Neonatal menor a 28 días:	Tickea (✓) si corresponde.
Con certificado de defunción:	Tickea(✓) si corresponde
Otorgado por:	Tickea (✓) 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.

CONTINUÓ DE LA ATENCION

Dra. Maria del Carmen Guillen Zanabria.

RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DEL CONTINUO DE LA VIDA SEDES LA PAZ

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 morbilidad y mortalidad 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 cotidianeidad, 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 resolutoria 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 resolutoria. 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.



cimientos 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.

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.

Todo esto nos lleva a un nemotécnico:

2.1. EMBARAZO EN ADOLESCENTES

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.

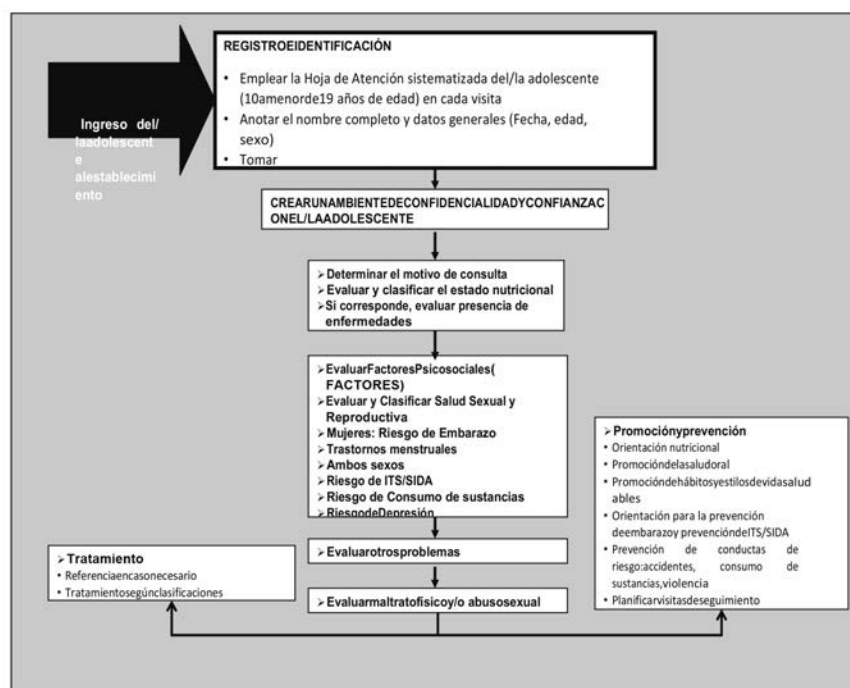
Una de cada tres adolescentes del quintil más pobre es madre o se encuentra embarazada, frente a 1 de cada 10 del quintil superior.

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:

- 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.
- 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.
- 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.
- 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

EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO REPRODUCTIVO EN MUJERES NO EMBARAZADAS EN EDAD FERTIL

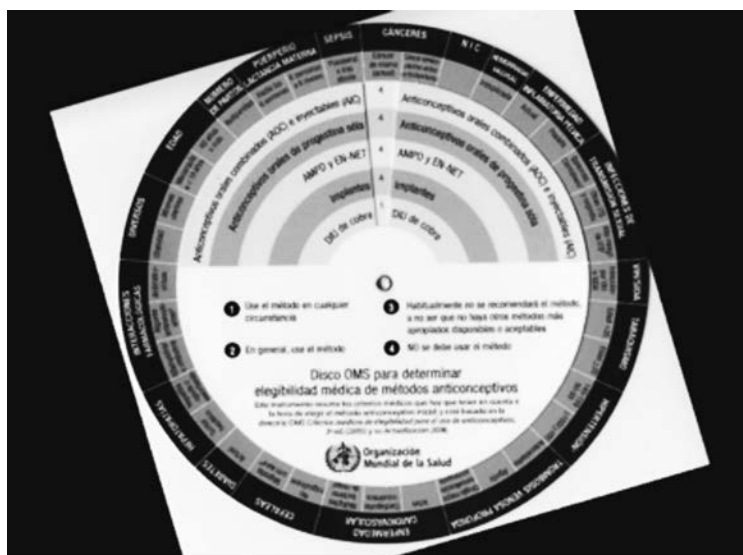
EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Uno o más de los siguientes: - Menor de 15 años o mayor de 35 años de edad ANTECEDENTES - Enfermedades crónicas (ej. Tuberculosis, diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía, nefropatía, VIH/SIDA) - Cirugía del tracto reproductivo - Otra condición médica grave - Violencia intrafamiliar - Exposición a químicos y/o insecticidas - Fumadora activa / pasiva, alcoholismo o drogadicción ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS - Primigesta o gran múltipara; Embarazo múltiple - Hijos con BPN; Prematuridad; Malformación congénita; Macrosómicos; Abortos; Muerte fetal o neonatal - Embarazo ectópico; Mola hidatidiforme; Cesárea previa - Periodo entre embarazos < 2 años o > 5 años - Preeclampsia/eclampsia; Sensibilización al Rh ESTADO ACTUAL - IMC menor de 19 o igual o mayor de 25; Talla menor de 140 cm - Palidez palmar intensa - Caries y/o periodontitis - Examen de mamas anormal - Presión arterial elevada - Flujo genital; úlceras, vesículas u otras lesiones genitales - Dolor abdominal bajo CON LABORATORIO - Hemoglobina por debajo de límites normales - VDRL o RPR reactivo (mayor de 1:8); Prueba de VIH (+) - PAP positivo - ELISA para Chagas (+); Gota gruesa para malaria (+) - Infección urinaria y bacteriuria asintomática	MUJER CON RIESGO SEXUAL Y REPRODUCTIVO	➤ REFERIR AL HOSPITAL, Referencia NO urgente ➤ Orientar en métodos anticonceptivos y prevención de ITS/VIH-SIDA (Págs.20, 32, 33) ➤ Completar los exámenes de laboratorio y realizar una nueva evaluación ➤ Toma de PAP e IVAA ➤ Realizar orientación nutricional, salud oral, hábitos, usos y costumbres saludables (Págs.26,27,28) ➤ Administrar hierro con ácido fólico (Pág.29) ➤ Aplicar vacunas según esquema (Pág.29) ➤ Realizar y enseñar el autoexamen de mamas (Pág. 35) ➤ Manejo Síndromico de las ITS (Pág.18) ➤ Si VDRL o RPR reactivos: administrar penicilina benzatínica 2,4 millones de UI, IM, en una sola dosis. ➤ Si detecta caries y/o periodontitis referir al odontólogo.
No presenta ninguna de las señales anteriores	MUJER CON BAJO RIESGO SEXUAL Y REPRODUCTIVO	➤ Realizar orientación nutricional, salud oral, hábitos, usos y costumbres saludables (Págs.26,27,28) ➤ Orientar en métodos anticonceptivos y prevención de ITS/VIH-SIDA (Págs.20, 32, 33) ➤ Toma de PAP e IVAA ➤ Administrar hierro con ácido fólico (Pág.29) ➤ Aplicar vacunas según esquema (Pág.29) ➤ Toma de PAP e IVAA ➤ Realizar y enseñar el autoexamen de mamas (Pág.35) ➤ Orientar sobre la prevención y control del cáncer de cuello uterino (Pág.36) ➤ Si la mujer emplea algún método anticonceptivo y desea embarazarse, recomendar su suspensión o retiro

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

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.



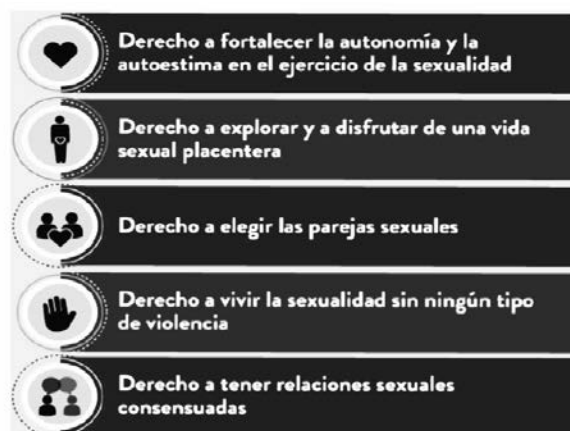
SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El término derechos implica la capacidad de tomar decisiones autónomas, de asumir responsabilidades y de satisfacer necesidades, ambas en el campo individual y colectivo, son parte de los Derechos Humanos.

- 1945 carta de constitución de las Naciones Unidas (oficializo la posibilidad que naciones y personas pudieran encontrar motivos de acuerdo).
- 1948 proclamación de los Derechos Humanos (no incluyen los derechos sexuales y reproductivos)
- En 1968 conferencia sobre los Derechos Humanos de Teheran (derecho de las parejas para decidir el número de hijos y espaciamiento)
- 4ta Conferencia Mundial de la Mujer – Beijing
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo – Cairo (concepto de DS-DR) 1994
- 1974 Conferencia de la Población de Bucarest (derecho de los individuos/ parejas para decidir el número de hijos y el deber del estado para asegurar este derecho)
- Consenso de Montevideo sobre la Población y Desarrollo 2014
- Objetivos de desarrollo sostenible 2015

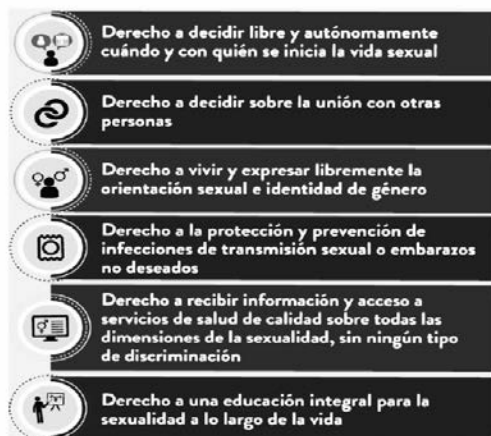
Derechos Sexuales



DERECHOS REPRODUCTIVOS

Comprenden el derecho básico de toda pareja y de toda persona de decidir libre y responsablemente sobre el número, espaciamiento y la oportunidad de tener hijos/as y de tener la información y los medios de hacerlo, gozando del más elevado nivel de salud sexual y reproductiva.

Derechos Sexuales



Derechos Reproductivos



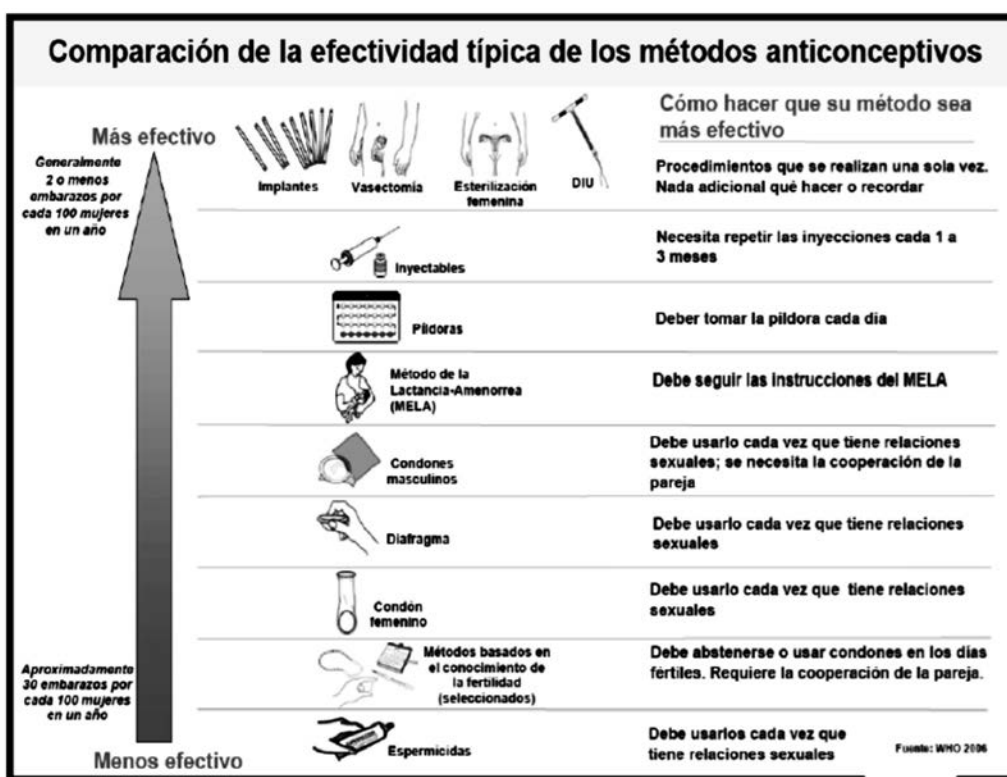
Derechos Reproductivos



METODOS ANTICONCEPTIVOS



METODOS ANTICONCEPTIVOS



ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA – PROFILAXIS DEL EMBARAZO EN CASO DE ABUSO SEXUAL

Tipo de hormona	Dosis	Marcas comunes @	1era DOSIS	2da DOSIS (a las 12 horas)
Píldoras combinadas con Levonorgestrel y Etinil estradiol "METODO YUZPE"	Dosis Alta: 50 µg Etinil estradiol y 0.25 mg de Levonorgestrel	Fertilan Tetragynon Eugynon	2	2
	Dosis Baja: 30 µg etinil estradiol y 0.15 mg de levonorgestrel o 30 µg de norgestrel	Microgynon Lofemenal	4	4
Levonorgestrel	1.5 mg	Postinor 1 Glanique 1 Taza 1	Dosis única 1	NO SE REQUIERE
Levonorgestrel	0.75 mg	Postinor 2 Glanique 2 Taza 2	1	1

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.
- Paso 2: Para la palpación se debe utilizar las yemas de los dedos índice medio y anular realizando movimientos leves de rotación (circular) de diámetro a una moneda de 10 ctvs., la palpación 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 contralateral.
- 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 examen se debe revisar siembre el área axilar de ambos lados buscando masas, y otras anomalías (ganglios), este examen solo debe practicar parada y con el

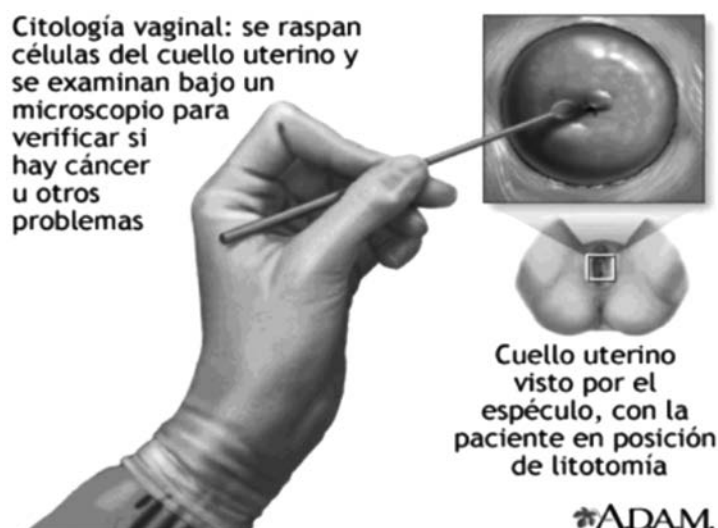


brazo levemente extendido, acción que facilitara el examen.

Este examen se lo debe realizar a los 7 a 10 días posterior la menstruación. Existen 2 tipos de autoexamen Acostada y de pie gráficas 1 y Gráfica 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

Factores de riesgo: - 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)	• Prevención primaria: - 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: - Papanicolaou - Inspección Visual del cuello uterino con Ácido Acético (IVAA) o Inspección del cuello uterino con lugol (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)

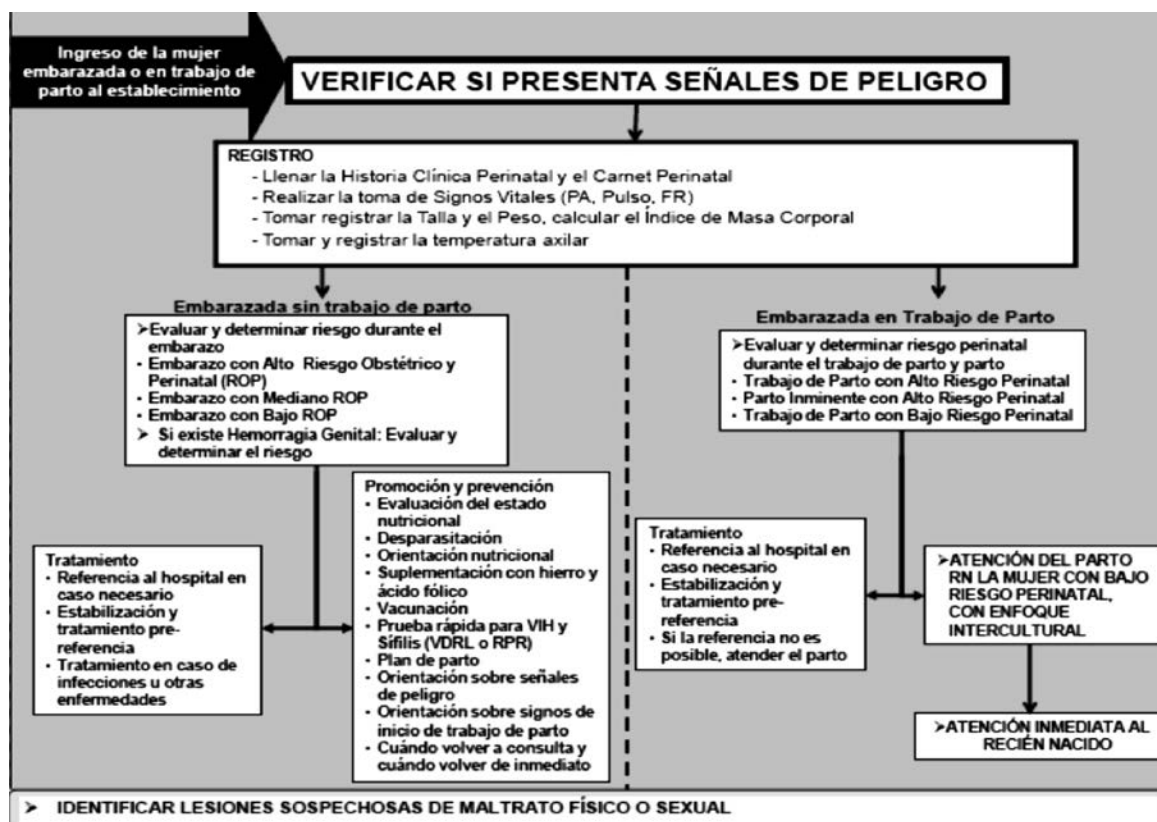
Interpretación de resultados cuando un Papanicolaou sale con alguna lesión, del carácter displásico (MIC y LIEB) se debe referir a un centro de mayor complejidad para la valoración por especialidad, para que se le practique una biopsia colposcopia, estudio que podrá definir tratamiento.

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.

EMBARAZO Y PARTO: FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA



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

De esta manera procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, por señalar sólo algunos ejemplos, la inducción del mismo con oxitocina 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:

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Tiene una o más de las siguientes señales de peligro durante el embarazo y parto • 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	SEÑALES DE PELIGRO DURANTE EL EMBARAZO	➤ 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 RIESGO PARA LA MADRE Y PARA EL BEBÉ

RIESGO MATERNO	RIESGO PARA EL BEBÉ
Es la probabilidad de morir o de sufrir una complicación grave como resultado del embarazo, parto o puerperio Tener en cuenta que: • 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	• 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

- **EL NUEVO PARADIGMA:** "TODOS LOS EMBARAZOS SON DE RIESGO"
- UNA MUJER QUE NO PRESENTA NINGÚN FACTOR DE RIESGO PUEDE COMPLICARSE EN CUALQUIER MOMENTO DEL EMBARAZO, DURANTE O DESPUÉS DEL PARTO
 - EL OBJETIVO PRINCIPAL, DEL CONTROL PRENATAL, ES DETECTAR A TIEMPO CUALQUIER PATOLOGÍA O COMPLICACIÓN Y TRATARLA

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.

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Uno o más de los siguientes: ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS • 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 • Cirugías previas en el tracto reproductivo Embarazo actual • 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 • Palidez palmar severa y/o anemia severa • Hemorragia genital • Masas pélvica • PA diastólica de 90 mmHg o más HISTORIA CLÍNICA GENERAL • 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 Laboratorio • Proteinuria (+ o más) • Prueba rápida para VIH reactiva • PAP (+) SI DURANTE LOS SIGUIENTES CONTROLES DETECTA UNO O MÁS DE LOS SIGUIENTES: • Preeclampsia severa (Dolor de cabeza intenso, dolor en epigastrio o hipocondrio 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 (glicemia mayor a 105 mg/dl).	EMBARAZO CON ALTO RIESGO OBSTÉTRICO Y PERINATAL	➤ 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

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

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.

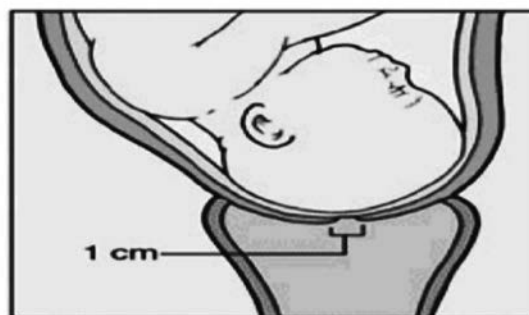
EL OBVIAR UNO DE ESTOS PASOS CONDICIONA Y AUMENTA EL RIESGO DE UNA MADRE Y SU PRODUCTO

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. Clínica
Fecha de ingreso		Hora de ingreso		Membranas rotas hora(s)
Frecuencia cardíaca fetal				
Líquido amniótico				
Moldeamiento del cráneo				
Dilatación cervical				
X				
Descenso cefálico				
O				
Horas de T. de parto				
Hora Real				
Contracciones en 10 minutos				
Oxitocina U/L gotas / minuto				
Medicamentos administrados y líquidos IV				
Pulso y Presión arterial				
Temperatura °C				
Orina { Proteínas, Acetona, Volumen				

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, partograma

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.

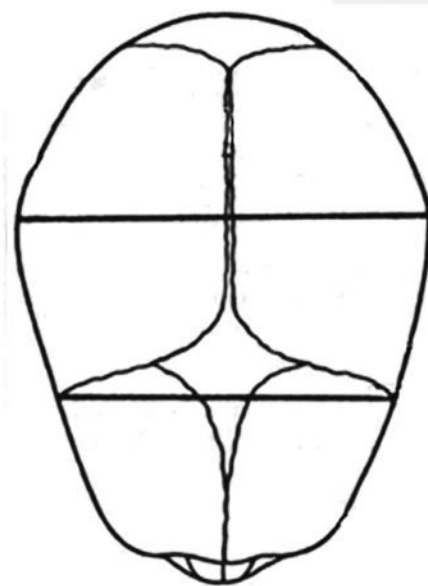
LÍNEA DE ALERTA: Se inicia el registro a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación completa esperada, a razón de 1 cm por hora.

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.

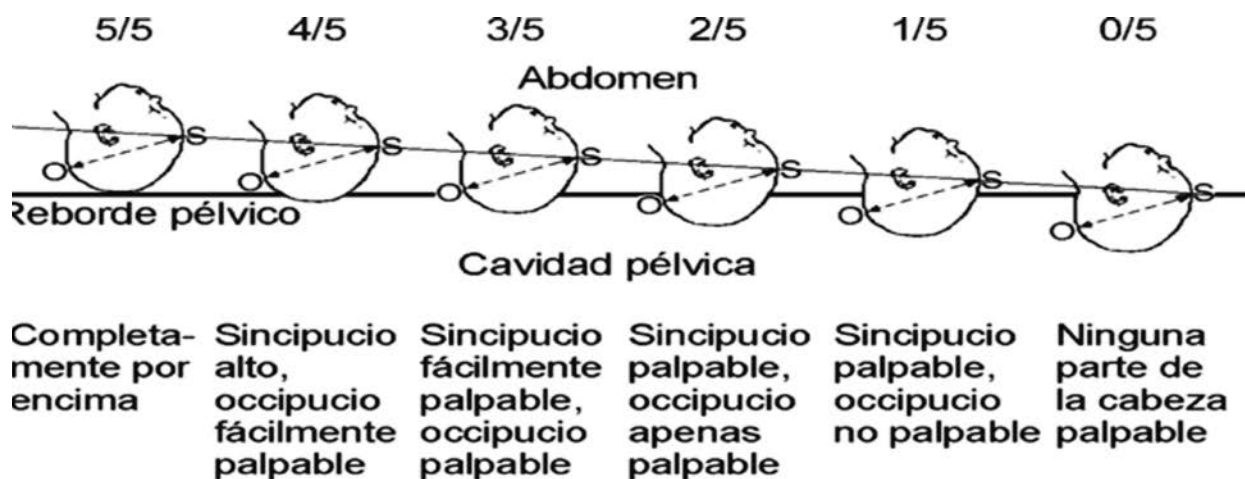
TEMPERATURA: Registre cada 2 horas.

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

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

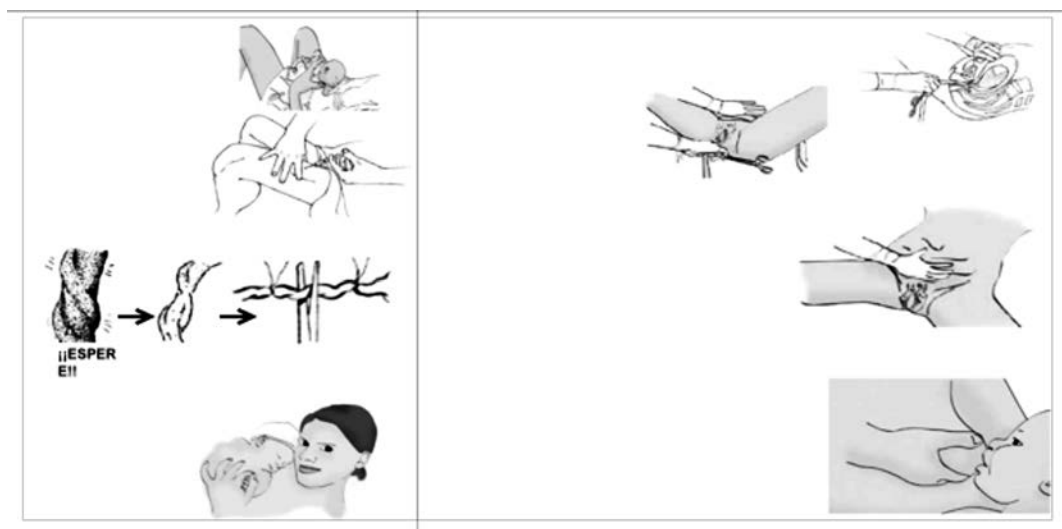
Registre los detalles del parto: (terminación, fecha y hora, peso, talla, APGAR al nacer) en el espacio, a la derecha de la línea de acción.

Gráfica 6: Descenso en cavidad pélvica del producto



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

Cuadro 7



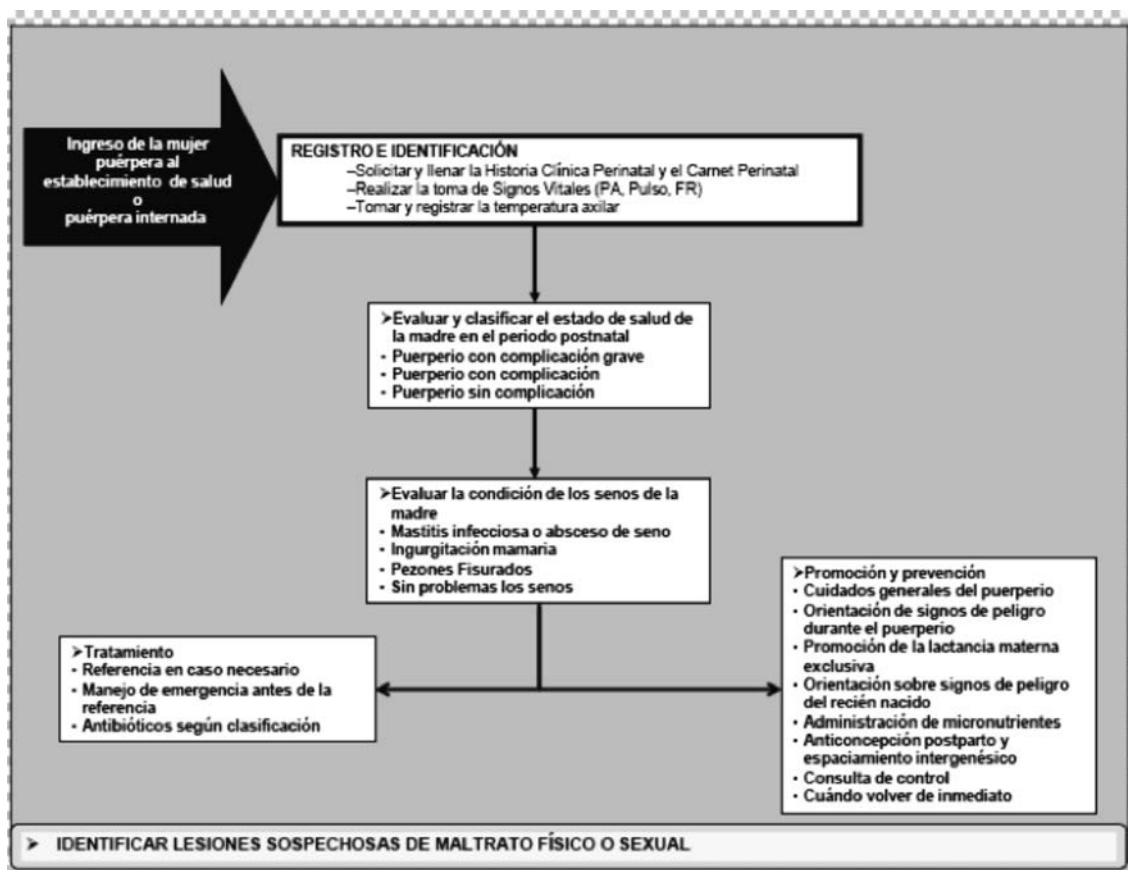
EVALUAR Y DETERMINAR RIESGO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO

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

FLUJOGRAMA DE ATENCION POST NATAL

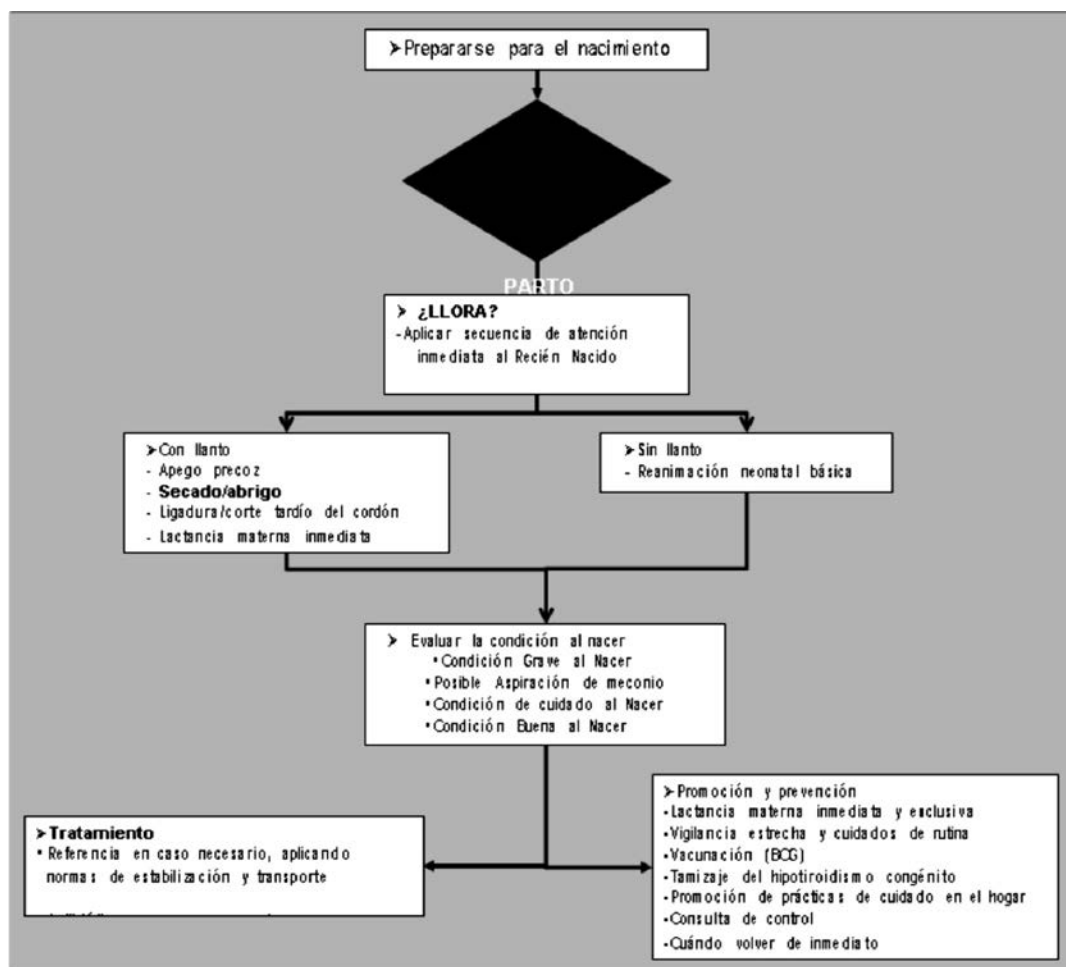
CLASIFICACION DE LA MADRE PERIODO POSTNATAL

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
La parturienta presenta menos de 3 contracciones en 10 minutos o, usando el partograma, el parto NO es inminente Y tiene una de las siguientes señales: • Tiene menos de 15 o más de 35 años de edad • Hipertensión o hipotensión arterial • Tiene o ha tenido recientemente convulsiones (ataques) o desmayos • Proteinuria (+) • Tiene o ha tenido recientemente dolor de cabeza intenso y/o visión borrosa y/o zumbido en los oídos • Edema en cara y manos • Calentura o fiebre • Flujo genital fétido • Rotura de Membranas mayor a 8 horas • Edad Gestacional: Menor a 36 semanas o Mayor a 41 semanas, por FUM o ecografía • FCF menor a 100 o mayor a 180 latidos/minuto • Hemorragia genital intensa • Altura Uterina (AFU) no correlacionada con edad gestacional • Palidez intensa de piel y mucosas y/o anemia severa • Presentación podálica o situación transversa • Antecedente de cesárea previa/iterativa • Embarazo múltiple • Antecedente de Muerte fetal intrauterina • Antecedente de retención placentaria	TRABAJO DE PARTO CON ALTO RIESGO PERINATAL	➢ Canalizar vía venosa con bránula N° 16 o 18 ➢ Aplicar Suero Fisiológico o Ringer Lactato a 40 gotas por min. ➢ Si sospecha de preclampsia/eclampsia: Manejo de emergencia (Págs. 68, 69) ➢ Nifedipino: 20 mg VO ➢ Si existe sospecha de infección (RPM mayor a 6 horas, fiebre y/o flujo vaginal con mal olor): Manejo de emergencia (Pág. 67) ➢ En amenaza de parto pretérmino: Manejo de emergencia (Pág. 67) ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital
SI, ADEMÁS de una o más de la señales del cuadro superior, presenta: • 3 o más contracciones intensas en 10 minutos y/o • Ganas de pujar y/o • Adelgazamiento de periné y/o • Apertura de la vagina, cabeza fetal visible	PARTO INMINENTE CON ALTO RIESGO PERINATAL	➢ Proceder a atender el parto de acuerdo al Cuadro de Procedimientos 13 ➢ Canalizar vía venosa empleando Suero Fisiológico o Ringer Lactato ➢ Preeclampsia/eclampsia: Manejo de emergencia (Págs. 68, 69) ➢ Ante sospecha de infección (RPM mayor a 6 horas, fiebre y/o flujo vaginal con mal olor): Manejo de emergencia (Pág. 67) ➢ Prever alta probabilidad de Reanimación Neonatal (Pág. 82) ➢ Considerar necesidad de referir en postparto inmediato (a la madre y al recién nacido)
La madre tiene contracciones uterinas y no presenta ninguna de las señales anteriores	TRABAJO DE PARTO CON BAJO RIESGO PERINATAL	➢ Proceder a atender el parto de acuerdo al Cuadro de Procedimientos 13 ➢ Prever probabilidad de Maniobras de Reanimación Neonatal (Pág. 82)



EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Una o más de las siguientes señales: • Palidez intensa de piel y mucosas • Sangrado abundante por vagina • Hipotensión y/o taquicardia • Fiebre • Salida de restos placentarios • Salida de loquios con mal olor • Hipertensión • Visión borrosa • Dolor abdominal intenso • Ataques (convulsiones) • Tristeza o llanto fácil o inactividad, por más de 2 semanas	PUERPERIO CON COMPLICACIÓN SEVERA	➤ Referir URGENTEMENTE al hospital, luego de haber estabilizado a la paciente y haber iniciado tratamiento específico
Una o más de las siguientes señales: • Palidez de piel y mucosas • Sutura de episiotomía (si hubiera) con dehiscencia o signos de infección • Sutura de cesárea (si hubiera) con signos de infección • Tristeza o llanto fácil por menos de 2 semanas • Enfermedad obstétrica en tratamiento (preeclampsia, eclampsia, etc.) • Enfermedad sistémica en tratamiento	PUERPERIO CON COMPLICACIÓN	➤ Continuar la vigilancia a la madre después del parto y brindar cuidados generales (Pág. 73) ➤ Curar la sutura del periné o cesárea e iniciar o continuar antibióticos ➤ Brindar apoyo emocional ➤ Dar hierro durante 90 días (Pág. 46) ➤ Dar Vitamina A 200.000 UI si no la recibió después del parto ➤ Orientar sobre: - Lactancia materna exclusiva (Pág. 88) - Señales de peligro durante el puerperio (Pág. 74) - Cuándo volver de inmediato (Pág. 74) - Cuidados generales en el postparto incluyendo el aseo perineal - Anticoncepción postparto (Págs. 32, 33) - Señales de peligro en el recién nacido (Pág. 107) - Cuidados generales del recién nacido (Pág. 108) ➤ Indicar que vuelva para control en 2 días
• No presenta ninguna de las señales anteriores	PUERPERIO SIN COMPLICACIÓN	➤ Vigilar a la madre después del parto ➤ Brindar cuidados generales ➤ Dar hierro durante 90 días (Pág. 46) ➤ Dar Vitamina A 200.000 UI si no la recibió después del parto ➤ Indicar cuándo volver de inmediato (Pág. 74) ➤ Indicar cuándo volver a control (Pág. 75) ➤ Conversar sobre el plan de emergencias para el postparto ➤ Orientar sobre: - Lactancia materna exclusiva (Pág. 88) - Señales de peligro durante el puerperio (Pág. 74) - Cuidados generales en el postparto incluyendo el aseo perineal - Anticoncepción postparto (Pág. 32, 33) - Señales de peligro en el recién nacido (Pág. 107) - Cuidados generales del recién nacido (Pág. 108) ➤ Indicar que vuelva para control en 2 días

6. ATENCION 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.

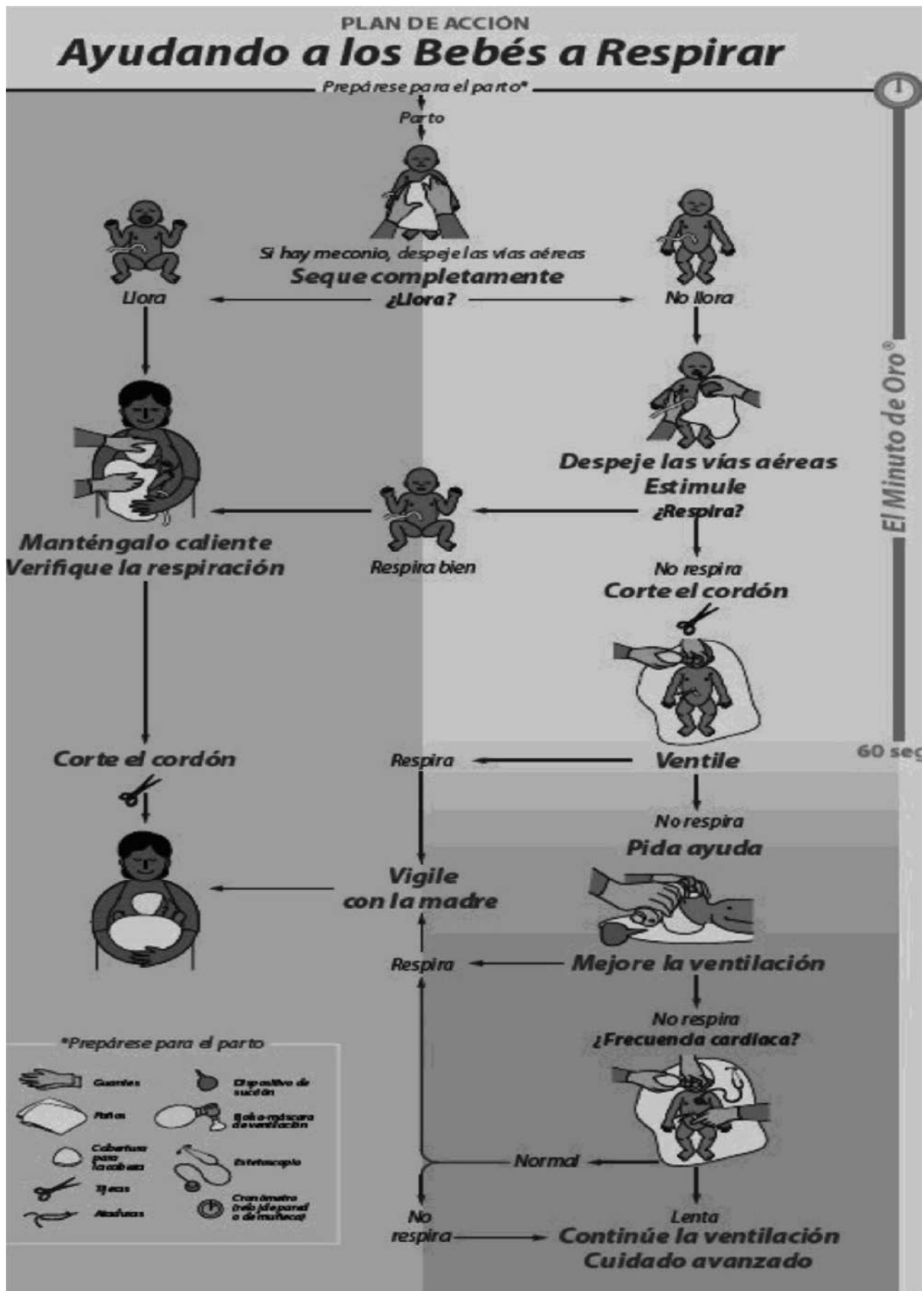
El personal de enfermería debe tener formación y entrenamiento requeridos para la primera evaluación y examen del recién nacido incluye los siguientes aspectos:

- 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.

EVALUAR LA CONDICION AL NACER

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
El RN presenta uno o más de los siguientes: • RPM mayor a 12 horas • Madre con flujo genital fétido • Antecedente de reanimación neonatal • Dificultad respiratoria moderada o severa • Cianosis generalizada • Palidez intensa • Peso < 2000 g • Edad gestacional menor a 32 semanas • Malformaciones congénitas mayores • Traumas severos durante el nacimiento	CONDICIÓN GRAVE AL NACER	➤ Administrar OXÍGENO, si tiene dificultad respiratoria o cianosis generalizada (Pág. 83) ➤ Nada por boca, si tiene dificultad respiratoria ➤ Dar la Primera Dosis de Antibióticos apropiados (Pág. 98) en caso de: - Rotura de membranas - Flujo genital con mal olor ➤ Referir URGENTEMENTE al hospital según normas de estabilización y transporte (Pág. 96) ➤ Mantener al RN abrigado en el trayecto al hospital
El RN presenta ALGUNO DE LOS SIGNOS ANTERIORES Y • Líquido amniótico con meconio	POSIBLE ASPIRACIÓN DE MECONIO	➤ Administrar OXÍGENO (Pág. 83) ➤ Dar la Primera Dosis de Antibióticos apropiados (Pág. 98) ➤ Referir URGENTEMENTE al hospital según normas de estabilización y transporte (Pág. 96)
Uno o más de los siguientes: • Peso entre 2.000 a 2.500 g • Edad gestacional entre 32 a menor de 37 semanas • Peso mayor a 3.800 g • Fiebre materna • Dificultad respiratoria leve • Antecedentes de riesgo perinatal • Trauma leve	CONDICIÓN DE CUIDADO AL NACER	➤ Vigilar al recién nacido durante las primeras 24-48 horas de vida ➤ Mantener al recién nacido junto con su madre ➤ Aplicar los cuidados esenciales y rutinarios al RN (Pág. 86) ➤ Orientar a la madre sobre: - Lactancia Materna Exclusiva (Pág. 88) - Cuidados del RN en el hogar (Pág. 89) - Cuidados 'extra' para el RN prematuro o con bajo peso al nacer (Pág. 90) ➤ Realizar tamizaje de hipotiroidismo congénito (Pág. 86) ➤ Enviar a su domicilio, junto con la madre una vez que cumpla los criterios de alta ➤ Indicar cuándo volver de inmediato (Pág. 89) ➤ Recomendar a la madre volver a consulta de seguimiento a las 24 h, o realizar visita domiciliaria
• No presenta ninguno de los signos anteriores	CONDICIÓN BUENA AL NACER	➤ Vigilar al recién nacido durante las primeras 24-48 horas de vida ➤ Mantener al recién nacido junto con su madre ➤ Aplicar los cuidados esenciales y rutinarios al RN (Pág. 86) ➤ Orientar a la madre sobre: - Lactancia Materna Exclusiva (Pág. 88) - Cuidados del RN en el hogar (Pág. 89) ➤ Realizar tamizaje de hipotiroidismo congénito (Pág. 86) ➤ Indicar cuándo volver de inmediato (Pág. 89) ➤ Recomendar a la madre volver a consulta de seguimiento a los 2 días



1	2	3	4	5	6
Si hay meconio, <i>despeje las vías aéreas</i>					
Seque completamente	Seque completamente	Seque completamente	Seque completamente	Seque completamente	Seque completamente
Llora	No llora	No llora	No llora	No llora	No llora
Manténgalo caliente, verifique respiración	Manténgalo caliente, posicione la cabeza	Manténgalo caliente, posicione la cabeza	Manténgalo caliente, posicione la cabeza	Manténgalo caliente, posicione la cabeza	Manténgalo caliente, posicione la cabeza
	Despeje las vías aéreas	Despeje las vías aéreas	Despeje las vías aéreas	Despeje las vías aéreas	Despeje las vías aéreas
	Estimule la respiración	Estimule la respiración	Estimule la respiración	Estimule la respiración	Estimule la respiración
Respira bien	Respira bien	No respira	No respira	No respira	No respira
Corte el cordón	Corte el cordón	Corte el cordón	Corte el cordón	Corte el cordón	Corte el cordón
Atención de rutina	Atención de rutina	Ventile	Ventile	Ventile	Ventile
		Respira bien	No respira	No respira	No respira
		Vigile con la madre	Pida ayuda	Pida ayuda	Pida ayuda
			Continúe/mejore la ventilación	Continúe/mejore la ventilación	Continúe/mejore la ventilación
			Respira	No respira	No respira
			Vigile con la madre	Continúe la ventilación	Continúe la ventilación
				Frecuencia cardíaca normal Respira	Frecuencia cardíaca lenta O normal No respira
				Vigile con la madre	Continúe la ventilación Cuidado Avanzado

Hay 3 preguntas importantes en el Plan de Acción:

- Llora?
- Respira?
- Frecuencia cardíaca?

Las respuestas a estas preguntas identifican diferentes rutas del Plan de Acción y varios casos diferentes, como se muestra arriba. Trace cada uno de los casos descritos arriba en el Plan de Acción (página 36). Recuerde, si hay meconio en el líquido amniótico, las vías aéreas deben despejarse antes de secar. La clave principal para el éxito con Ayudando a los Bebés a Respirar es la práctica. Practique durante el curso y tan frecuentemente como sea posible.

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

Pasos en el manejo de la vía aérea y ventilación

- 1.- Apertura manual de la vía aérea**
- 2.- Evaluación de la ventilación**
- 3.- Evaluación de la permeabilidad**
- 4.- Limpieza y desobstrucción (si es necesario)**
- 5.- Permeabilidad por métodos no manuales si están disponibles**
- 6.- Ventilación de rescate y oxigenoterapia**

Revisión A. et al (13) La vía aérea y ventilación. Ten Brink Torrado
de <http://www.elsevier.com/locate/journal/2014/04/24/20140424.pdf> Consultado el: 26/06/2020

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

RECONOCER SEÑALES DE PELIGRO

Reconozca las señales de peligro que significan que un bebé no está bien. Enseñe las señales de peligro a los padres. Un bebé con cualquiera de las señales de peligro necesita atención urgente y tratamiento.

- **NO RESPIRA BIEN.** - Respira demasiado rápido, demasiado lento o tiene retracciones en el pecho.
- **COLOR ANORMAL.** - piel azulada, roja pálida o icterica (ictérico en las primeras 24 horas).
- **FRIJO O CALIENTE AL TACTO.** - Cuerpo caliente o frío al tacto
- **NO ACTUA BIEN.** - estado de alerta, postura o movimientos anormales
- **NO LACTA BIEN.**
- **OJOS INFLAMADOS O CON PUS, OMBLIGO ROJO, SANGRANTE O CON PUS, PUSTULAS EN LA PIEL.**
- **CONVULSIONES.** - Movimientos espasmódicos de brazos y/o piernas.

INCENTIVAR LA LACTANCIA MATERNA TEMPRANA

-MANTEGA EL CONTACTO ENTRE MADRE Y BEBÉ. - Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre para la atención de rutina o para despejar las vías aéreas y estimular la respiración, después de pinzar o atar y cortar el cordón, posicione al bebé sobre el pecho de la madre.

-INCENTIVE LA LACTANCIA MATERNA DENTRO DE LA PRIMERA HORA DESPUÉS DEL NACIMIENTO. - La mayoría de los bebés estarán alertas y listos para lactar enseguida del nacimiento, no todos van a estar listos en el mismo tiempo, ayude a la madre a reconocer cuando el bebé está listo para lactar

-FACILITE LA POSICIÓN CORRECTA Y EL ACOPLAMIENTO. - Ayude a la madre a posicionar al bebé en el seno, la madre debe estar cómoda, el bebé de frente al seno, ayude al bebé agarrar el pezón si es necesario.

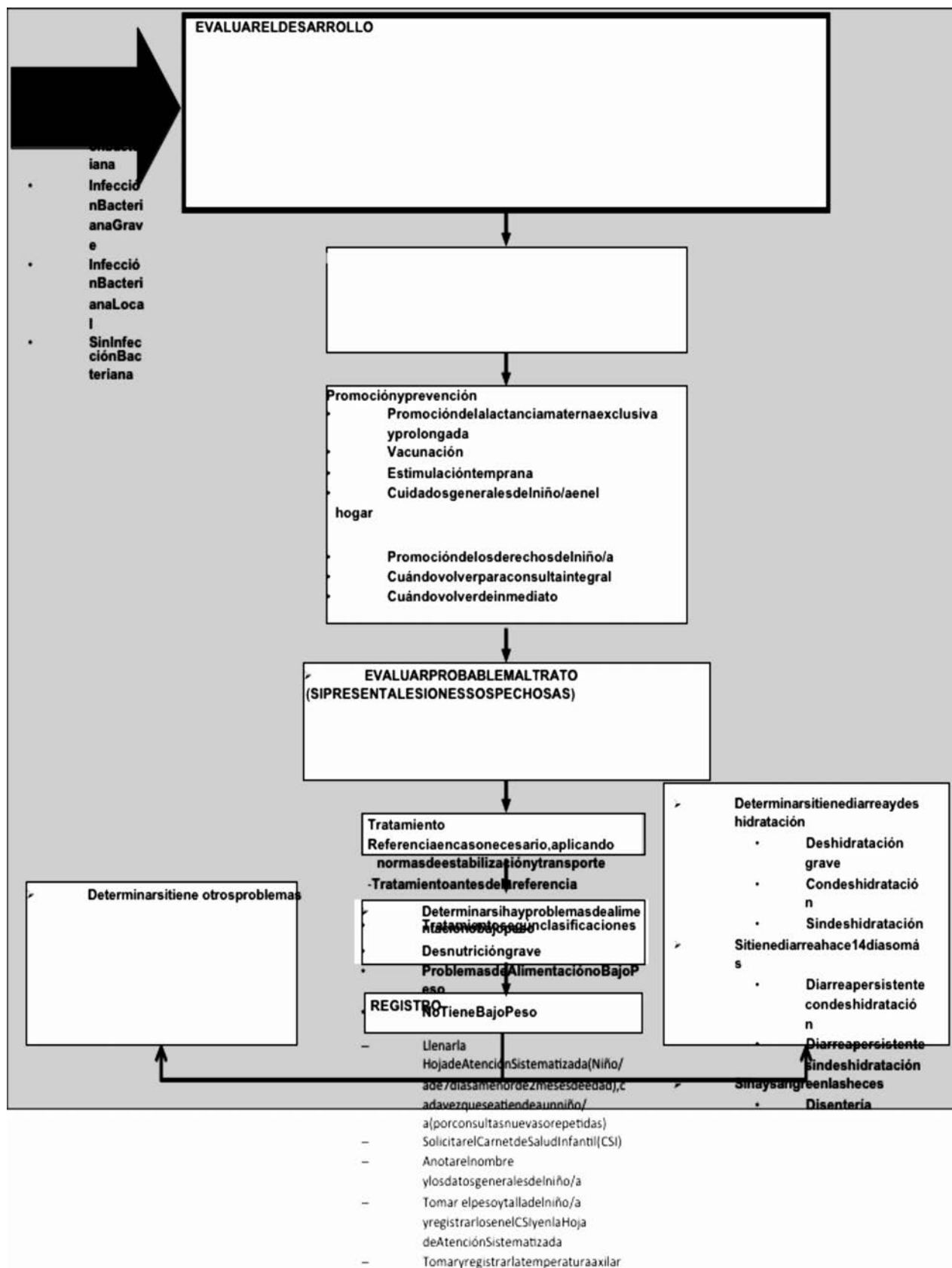
-INCENTIVE ALIMENTACIÓN FRECUENTE A DEMANDA. - Mantenga a la madre y al bebé juntos, enseñe a la madre a reconocer cuando su bebé está listo para lactar y responder.

-NO OFREZCA OTROS LÍQUIDOS AL BEBÉ. - Los bebés no requieren otro líquido más que el calostro y la leche materna que produce su madre, las madres necesitan alimentos más nutritivos y líquidos.

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.

Las 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 (prematurados) 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.

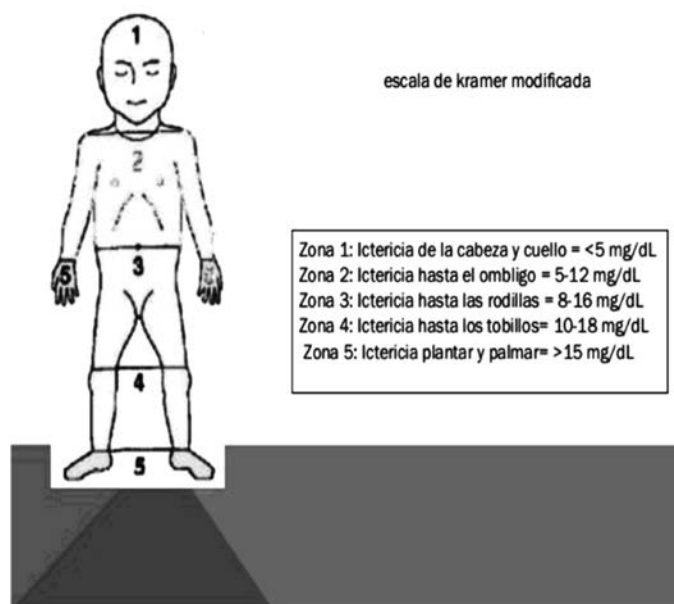
En los casos más graves de ictericia, es necesario realizar una exanguinotransfusión. En este procedimiento, se reemplaza la sangre del bebé por sangre fresca. Aplicarles a los bebés afectados gravemente por ictericia inmunoglobulina intravenosa también puede ser muy efectivo para reducir los niveles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

FLUJOGRAMA DE ATENCION MENOR DE 2 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

Ingreso del menor
de 7 días al
establecimiento

REGISTRO E IDENTIFICACIÓN

- Solicitar y revisar Carnet Perinatal y Carnet de Salud Infantil
- Tomar y registrar la Talla y el Peso
- Tomar y registrar la temperatura axilar
- Llenar la Hoja de Atención Sistematizada para el Menor de 7 días

- Determinar si tiene infección bacteriana
- Infección Bacteriana Grave
 - Infección Ocular Grave
 - Infección Bacteriana Local
 - Sin Infección Bacteriana

- Determinar si tiene ictericia neonatal
- Ictericia Grave
 - Ictericia Moderada
 - Ictericia Leve

- Determinar si tiene problemas de alimentación o bajo peso
- Peso muy bajo
 - Problemas de Alimentación o Bajo peso
 - Sin Problemas de Alimentación Ni Bajo peso

- Tratamiento
- Referencia en caso necesario, aplicando normas de estabilización y transporte
 - Antibióticos antes de la referencia, según clasificación
 - Tratamiento de infecciones locales

- Determinar si tiene otros problemas

- Promoción y prevención
- Lactancia materna exclusiva
 - Promoción de cuidados en el hogar
 - Vacunación (BCG), si no la recibió la antes
 - Consulta de control
 - Cuándo volver de inmediato

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

2a24mesesdeedad		2añosamenoresde5años	
• 2a4meses - Mira el rostro - Sigue a un objeto - Reacciona a un sonido - Eleva la cabeza • 4a6meses - Responde al examinador - Agarra objetos - Emite sonidos (carcajadas) - Sostiene la cabeza • 6a9meses - Intenta alcanzar un juguete - Lleva objetos a la boca - Localiza un sonido - Cambia de posición activamente (gira sobre su cuerpo) • 9a12meses - Juega a taparse y descubrirse - Transfiere objetos entre una mano a la otra - Repite sílabas - Se sienta sin apoyo	• 12a15meses - Imita gestos (ej. aplaude) - Pinza superior - Produce jerga - Camina con apoyo • 15a18meses - Ejecuta gestos a pedido - Coloca cubos en un recipiente - Dice una palabra - Camina sin apoyo • 18a24meses - Identifica dos objetos - Garabatea espontáneamente - Dice tres palabras - Camina para atrás	• 2años2añosy6meses - Se quita la ropa - Construye una torre de tres cubos - Señala dos figuras - Patea una pelota • 2añosy6mesesa3años - Se viste con supervisión - Construye torre de 6 cubos - Forma frases de dos palabras - Salta con ambos pies • 3años3añosy6meses - Dice el nombre de un amigo - Imita una línea vertical - Reconoce dos acciones - Tira la pelota • 3añosy6mesesa4años - Se pone una camiseta - Mueve el pulgar con mano cerrada - Comprende dos adjetivos - Separa en cada pie por 1 segundo	• 4años4añosy6meses - Iguale colores - Copia un círculo - Habla de manera comprensible - Salta en un solo pie • 4añosy6mesesa5años - Se viste sin ayuda - Copia una cruz - Comprende 4 órdenes - Separa en cada pie por 3 segundos

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, Poliomielitis, 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	Nº 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 <i>Haemophilus Influenzae</i> 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

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 resfriados 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

Resfriado común

Lo que se conoce como “un resfriado” 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.

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)
--	--

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 inflaman.

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 10.

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

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
CUALQUIER SIGNO DE PELIGRO EN GENERAL y/o uno o más de los siguientes: • Tiraje subcostal • Estridor en reposo	NEUMONÍA GRAVE O ENFERMEDAD MUY GRAVE	➤ 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 PENICILINA PROCAÍNICA (Pág. 143) ➤ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 150) ➤ Administrar oxígeno (Pág. 151)
• Respiración rápida	NEUMONÍA	➤ 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. 139) ➤ Indicar a la madre que regrese en 2 días ➤ Si tiene sibilancias administrar salbutamol en aerosol cada 6 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 o niña enfermo (Pág. 133)
• Ningún signo de neumonía o enfermedad muy grave ni neumonía	SIN NEUMONÍA	➤ 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)

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 disentérica 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 alimentación correcta;
- 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 11.

EVALUAR**CLASIFICAR****TRATAR**

Dos o más de los siguientes: • 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	Si el niño o niña no tiene otra clasificación grave: ➤ Administrar Plan C en el establecimiento de salud (Pág. 142) Si el niño o niña tiene otra clasificación grave: ➤ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte, dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto (Pág. 150) ➤ Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho
Dos o más de los siguientes: • Inquieto/irritable • Ojos hundidos • Bebe ávidamente, con sed • Signo del pliegue cutáneo: La piel vuelve lentamente al estado anterior	CON DESHIDRATACIÓN	Si el niño o niña no tiene otra clasificación grave: ➤ Administrar Plan B en el establecimiento de salud (Pág. 141) ➤ Dar zinc, por 14 días Si el niño o niña tiene otra clasificación grave: ➤ Referir URGENTEMENTE al Hospital dándole sorbos frecuentes de SRO en el trayecto (Pág. 150) ➤ Recomendar a la madre que continúe dándole el pecho.
• NO hay suficientes signos para clasificar como Deshidratación grave o Con deshidratación	SIN DESHIDRATACIÓN	➤ Administrar Plan A (Pág. 141) ➤ Dar zinc, por 14 días (Pág. 131) ➤ Indicar a la madre cuándo volver de inmediato (Pág. 148) ➤ 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)
• Con signos de deshidratación	DIARREA PERSISTENTE CON DESHIDRATACIÓN	➤ 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. 150) ➤ 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 PERSISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN (Pág. 133)
• Sin signos de deshidratación	DIARREA PERSISTENTE SIN DESHIDRATACIÓN	➤ 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. 148)
• Sangre en las heces	DISENTERÍA	➤ Dar CIPROFLOXACINA durante 3 días o cotrimoxazol durante 5 días (Pág. 139) ➤ 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. 148)

Cuadro 13

	Plan A	Plan B	Plan C
1° 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
2° Examine			
Signo de pliegue cutáneo	Desaparece rápidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muy lentamente (mas de 2")
3° Decida			
	No tiene signos de deshidratación	Si presenta dos o más signos tiene deshidratación	Si presenta dos o más signos tiene deshidratación grave
4° Trate			
	Use Plan A	Use Plan B	Use Plan C pese al niño

PLAN C: REHIDRATACIÓN PARENTAL RAPIDA

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 las SRO por vía oral hasta que se instale el gota a gota. Administrar 100ml/kg³ de la solución de lactato de Ringer repartidos de la siguiente manera:

Edad	Primero administrar 30 ml/kg en:	Luego administrar 70 ml/kg en:
Lactantes (menos de 12 meses)	1 hora ^b	5 horas
Pacientes (mas de 12 meses)	30 minutos ^b	2 ½ horas

Reevaluar al paciente cada una o dos horas. Si la hidratación no mejora, administre la venoclisis más rápido.

Después de seis horas (en los lactantes) o tres horas (en los pacientes mayores), evaluar el estado del paciente usando el cuadro de evaluación. Luego elija el plan de tratamiento apropiado (A, B o C) para continuar el tratamiento.

Si no se dispone de la solución de lactato de Ringer, puede usarse la solución salina normal (véase el anexo 2).

Repetirlo una vez si el pulso radial es todavía muy débil o imperceptible

Organización Panamericana de la Salud. "Tratamiento de la diarrea: Manual Clínico para los Servicios de Salud". Washington, D.C.: OPS, 2008

El, plan c se lo debe realizar ya en un cetro 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 evaluar signos de peligro repercuten en su salud y ponen en riesgo su vida y se debe tomar en cuenta los siguientes datos:

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 formula;

Peso (Kg)

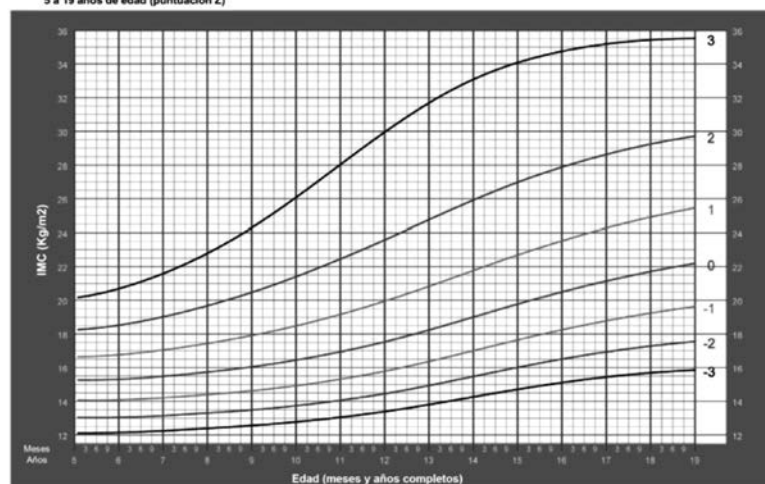
Talla (m2)

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

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

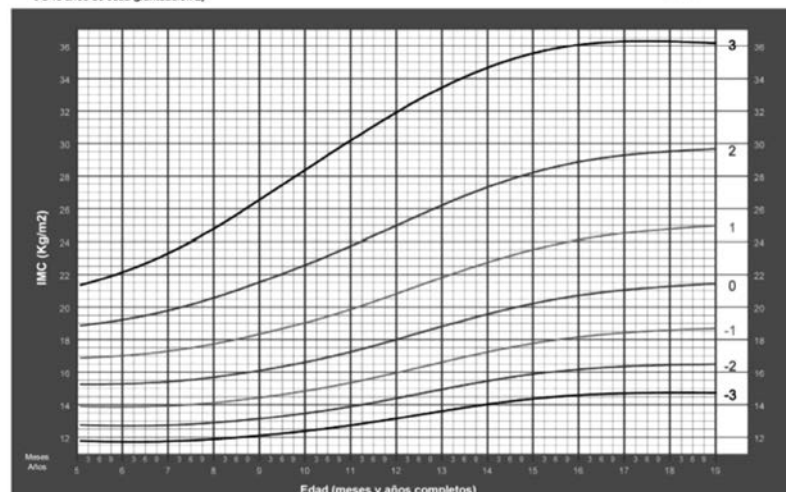
ÍNDICE DE MASA CORPORAL – VARONES

5 a 19 años de edad (puntuación Z)



ÍNDICE DE MASA CORPORAL – MUJERES

5 a 19 años de edad (puntuación Z)



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 14

EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL EN TODOS LOS/LAS ESCOLARES		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
OBSERVAR, DETERMINAR - Enflaquecimiento extremo - Peso en Kg - Talla en cm - Palidez palmar (intensa, con palidez, sin palidez) - Determinar el IMC mediante la siguiente fórmula: $IMC = \frac{\text{Peso actual (Kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$ - 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	- Referir al hospital para valoración y manejo integral - Realizar recomendaciones generales para sobrepeso y obesidad (Pág. 14) - Evaluar salud oral (Pág. 162)
		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	- Realizar encuesta alimentaria (Pág. 13) - Realizar recomendaciones generales para sobrepeso y obesidad (Pág. 14) - Evaluar salud oral (Pág. 162) - Promocionar estilos de vida saludable: Cuidados generales de salud, prevención de accidentes y violencia - Visita de seguimiento en 30 días
		- Uno o más de los 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 O ANEMIA GRAVE	Referir URGENTEMENTE al Hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 170)
		- Uno o más de los 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	- Realizar encuesta alimentaria (Pág. 13) - Dar recomendaciones generales para la alimentación del escolar (Pág. 126) - Dar hierro (Pág. 164) - Dar albendazol 400 mg vía oral, dosis única o mebendazol 500 mg, dosis única - Evaluar salud oral (Pág. 162) - Visita de seguimiento en 15 días
		- IMC: El punto cae entre las CURVAS 1 y -2 (INCLUYE SI EL PUNTO CAE EN LA CURVA -2), según la edad y sexo - No tiene palidez palmar	NO TIENE DESNUTRICIÓN NI OBESIDAD/ SOBREPESO	- Dar recomendaciones generales para la alimentación del escolar (Pág. 126) - Dar albendazol 400 mg vía oral o mebendazol 500 mg, dosis única - Promocionar estilos de vida saludable: Cuidados generales de salud, prevención de accidentes y violencia - Evaluar salud oral (Pág. 162) - Control cada 3 meses

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

**PREGUNTAR POR EL SÍNTOMA PRINCIPAL:
TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR O
DOLOR DE GARGANTA**

**El Escolar ¿tiene tos o dificultad para respirar
o dolor de garganta?
SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:**

Preguntar:	Observar, Escuchar (el escolar debe estar tranquilo)
¿Hace cuánto tiempo? ¿Tiene sibilancias o silbido durante la espiración? ¿Es la primera vez que el Escolar tiene sibilancias?	- Tomar la temperatura axilar - Contar las respiraciones en un minuto - Verificar retracción intercostal, aleteo nasal, uso de músculos accesorios - Presencia de cianosis en boca y labios - Escuchar si hay sibilancias - Observar faringe y palpar cuello: - Faringe enrojecida, placas blanquecinas, puede existir un puntillado petequeal y amígdalas aumentadas de tamaño - Ganglios cervicales: Aumentados de tamaño y dolorosos

Si el escolar tiene	Respiración rápida es
• De 5 a 12 años	30 ciclos o más por minuto

CLASIFICAR

EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Dos o más de los siguientes - Retracción intercostal - Aleteo nasal - Uso de músculos accesorios (esternocleidomastoideos) - Cianosis (labio y boca) - Sibilancias	NEUMONÍA GRAVE O ASMA GRAVE	➤ Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol, 4 disparos, esperar 20 min. y volver a clasificar (Pág. 140) ➤ Si las sibilancias y la dificultad respiratoria persisten, repetir la administración de salbutamol cada 20 minutos durante una hora mientras se refiere al hospital ➤ Si tiene dificultad respiratoria sin sibilancias dar la primera dosis de penicilina procainica IM (Pág. 166) ➤ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 170)
Uno de los siguientes: - Respiración rápida - Sibilancias	NEUMONÍA/ ASMA	➤ Si tiene sibilancias, administrar salbutamol en aerosol 2 disparos, esperar 20 min. y volver a clasificar (Pág. 140) ➤ Referir al hospital para probable manejo a largo plazo de ASMA ➤ Si no tiene sibilancias: Dar AMOXICILINA VO cada 12 horas por 5 días (Pág. 165) ➤ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 169) ➤ Dar recomendaciones para la alimentación del niño/a enfermo (Pág. 133) ➤ Consulta de seguimiento en 2 días
Faringe enrojecida y dos o más de los siguientes - Placas blanquecinas - Puntillado Petequeal - Fiebre - Ganglios cervicales aumentados de tamaño y dolorosos - Amígdalas aumentadas de tamaño	FARINGITIS BACTERIANA	➤ Administrar Penicilina Benzatínica IM, dosis única (Pág. 166) ➤ Indicar paracetamol para dolor faríngeo o fiebre (Pág. 165) ➤ Indicar a la madre cuándo debe volver de inmediato (Pág. 169) ➤ Dar recomendaciones para la alimentación del niño/a enfermo (Pág. 133) ➤ Consulta de seguimiento en 5 días
Faringe enrojecida	SIN NEUMONÍA	➤ 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. 169) ➤ Realizar control regular para la atención integral, según cronograma (Pág. 169)

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

Cuadro 16

PREGUNTAR POR EL SÍNTOMA PRINCIPAL: DOLOR ABDOMINAL Y/O DIARREA		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
El Escolar ¿tiene dolor abdominal y/o diarrea? SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA:		CLASIFICAR	PROBABLE ABDOMEN AGUDO	➤ Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las recomendaciones para el transporte (Pág. 170) ➤ No administrar nada por vía oral ➤ Colocar vía venosa con Ringer Lactato
Preguntar:	Observar, Escuchar (el escolar debe estar tranquilo)			
Preguntar: • ¿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?	• Dolor abdominal a la palpación: localizado/ Generalizado/rebote positivo • Compromiso del estado general (fiebre, malestar general, decaimiento) • Fiebre: Temperatura axilar > 38°C		DOLOR ABDOMINAL/ DIARREA	➤ Recomendar reposo ➤ Recomendar líquidos caseros mates, sopas y alimentación ➤ Si existe diarrea, evaluar el estado de hidratación y aplicar plan A, B o C (Págs. 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. 169)
		Dolor abdominal y dos o más de los siguientes: • Fiebre • Vómitos • Dolor persistente de menos de 24 horas de duración • Muy localizado o generalizado a la palpación o rebote positivo • Compromiso del estado general		
		Dolor abdominal y dos o más de los siguientes: • Disminuye a momentos • Diarrea sin sangre • No hay compromiso del estado general	DOLOR ABDOMINAL/ DIARREA	➤ Recomendar reposo ➤ Recomendar líquidos caseros mates, sopas y alimentación ➤ Si existe diarrea, evaluar el estado de hidratación y aplicar plan A, B o C (Págs. 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. 169)
		Dolor abdominal y diarrea con sangre visible en heces		DISENTERÍA ➤ Ciprofloxacina 250 mg VO cada 12 horas, durante 3 días ➤ Recomendar mayor consumo de líquidos (Plan A o B) ➤ Visita de seguimiento en 2 días ➤ Indicarle cuándo volver de inmediato (Pág. 169)

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

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 18 EVALUAR TRAUMATISMOS O ACCIDENTES

EL ESCOLAR ¿HA SUFRIDO UN TRAUMA O ACCIDENTE?		EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
Si la respuesta es afirmativa:				
Preguntar:	Observar, palpar:			
• Antecedente del traumatismo y/o accidente • ¿El accidente o trauma fue grave? (caída de una altura elevada, trauma craneal con pérdida de la conciencia, atropellamiento, accidente en vehículo en el que existieron heridos o muertos, etc.)	• ¿Está respirando normalmente, sin dificultad? • ¿La tráquea está en posición medial (al centro del cuello)? • ¿Está pálido/a, frío y tiene un llenado 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 o impotencia funcional de miembros? • ¿Existen heridas abiertas, que sangran profusamente? • ¿Existe hundimiento de cráneo? • Existe salida de sangre o líquido claro por uno o los dos oídos? • ¿Existe aumento de volumen del abdomen?	CLASIFICAR	TRAUMA SEVERO/ POLITRAUMATISMO	➢ Asegurar la vía aérea colocando la cabeza en posición neutra, limpiando secreciones o sangre y retirando 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 mascarilla a 5 L/min ➢ Inmovilizar el miembro o miembros afectados ➢ Reducir el sangrado por compresión ➢ Canalizar vía y administrar Solución Fisiológica ➢ Referir URGENTEMENTE al hospital (Pág. 170)
		• Antecedentes de traumatismo grave y uno o más de los siguientes • Dificultad para respirar • Desvío de la tráquea • Palidez cutánea y llenado capilar lento (más de 2 segundos) • Alteración del estado de conciencia • Una o más heridas sangran profusamente • Deformidad en una o más extremidades, con impotencia funcional		
		• Antecedente de trauma craneal y uno o más de los siguientes: • No abre los ojos espontáneamente (solo al hablarle o producir dolor) • No habla, está confuso o dice palabras inadecuadas • No obedece órdenes (solo retira sus miembros al dolor) • Salida de líquido claro o sangre de oídos • Pupilas de diferente tamaño (anisocoria) • Hundimiento en el cráneo	TEC GRAVE	
		• Antecedentes de traumatismo no grave • No presenta ninguno de los signos previos	TRAUMA LEVE/POLICONTUSO	➢ Observar durante 4-6 horas ➢ Evaluar el estado de conciencia, respiración y palidez cutánea cada hora ➢ Si hay dolor, administrar ibuprofeno o paracetamol (Pág. 165) ➢ Luego de las 4-6 horas, enviar al niño/a a su domicilio ➢ Enseñar a la madre cuándo volver de inmediato (Pág. 169) ➢ Control en 2 días para verificar evolución de las contusiones o golpes

Dentro de la integralidad de atención se debe manejar la valoración siempre de forma multidisciplinaria para lo cual se debe tener en cuenta:

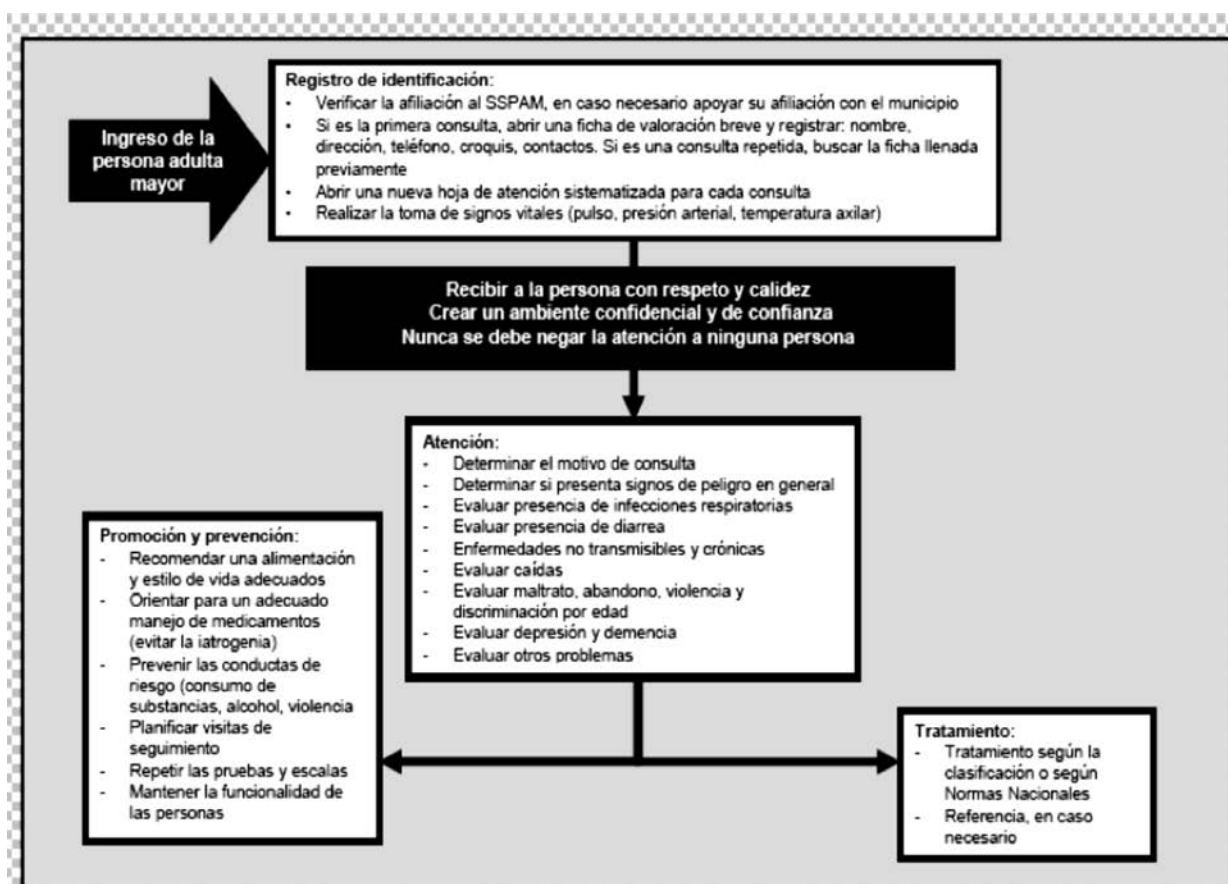
Higiene Oral en la edad escolar

Enseñar a realizar un cepillado de dientes correcto:

- Colocar pasta dentífrica del tamaño de una arveja sobre la escoba del cepillo de dientes y mojarla con poca agua
- Comenzar cepillando la cara externa de los dientes, con movimientos verticales de arriba abajo y de abajo arriba, con el cepillo en plano horizontal. Primero los incisivos, luego los caninos, premolares y acabar con los molares.
- Proseguir limpiando el interior de los dientes, con el cepillo en plano horizontal, empleando movimientos verticales de las encías hacia fuera. Acabar la limpieza con las superficies de masticación
- Realizar movimientos circulatorios y arrastrando las cerdas hacia el exterior de los dientes
- La lengua también debe ser incluida en la tarea de limpieza bucal. Se debe cepillarla desde el interior hacia afuera
- Algunos cepillos incluyen cerdas de plástico muy suaves, en la cara posterior, con el propósito específico de cepillar la lengua

Recomendaciones para la salud oral en la edad escolar

- Cepillarse los dientes después de cada comida de 3 a 5 veces por día durante 1 a 3 minutos empleando pasta dental básica de adultos (de 1500 partes por millón ppm)
- Visitar al odontólogo por lo menos una vez al año
- Consumir una dieta de frutas y verduras
- Evitar o reducir al máximo el consumo de golosinas y bebidas azucaradas

9. ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR (MAYOR DE 60 AÑOS)

FLUJOGRAMA DE ATENCION

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.

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 44: EVALUAR EL ESTADO NUTRICIONAL

DETERMINAR EN TODA PERSONA ADULTA MAYOR, SI PRESENTA DESNUTRICIÓN O SOBREPESO/OBESIDAD OBSERVAR, DETERMINAR - Enflaquecimiento extremo - Determinar el Índice de Masa Corporal (IMC), $\frac{\text{Peso actual (Kg)}}{\text{Talla}^2 \text{ (m)}}$ - Si existe peso previo, determinar la cantidad de peso perdido, en kg.	CLASIFICAR	EVALUAR	CLASIFICAR	TRATAR
		• IMC mayor a 29	OBESIDAD	- Referir al hospital para evaluación - Dar recomendaciones nutricionales tomando en cuenta hábitos, cultura y situación socio económica (Págs. 14, 183)
		• IMC de 25 a 29	SOBREPESO	- Realizar Encuesta Alimentaria y corregir 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 valoración por nutricionista - Promover la actividad física, de acuerdo a su capacidad y estado de salud - Corregir otros factores de riesgo (uso innecesario de fármacos, tabaquismo, consumo de alcohol)
		siguientes • IMC menor a 19 • Pérdida de peso reciente, sin causa aparente (más de 5 kg en 6 meses)	DESNUTRICIÓN	- Realizar recomendaciones nutricionales generales (Pág. 12) - Realizar recomendaciones nutricionales específicas (Pág. 183)
		• IMC de 19 a 24 (inclusive)	ESTADO NUTRICIONAL NORMAL	- Promover estilos de vida saludable: 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)

CUADRO DE PROCEDIMIENTOS 47: EVALUAR PRESENCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y CRONICAS

EVALUAR DEPRESIÓN Y DEMENCIA EN LAS PERSONAS ADULTAS Y MAYOR

La persona mayor puede presentarse, o ser llevada, debido a preocupación por su estado mental o por cualquier causa (enfermedad)	CLASIFICAR	Puntaje de la escala de Yesavage mayor a 6 O Si se ve triste y deprimido/a y presenta dos o más de factores de riesgo siguientes:		➤ Referir URGENTEMENTE al Hospital o a un centro especializado (Hospital psiquiátrico) acompañado por otra/s persona/s
PREGUNTAR: • ¿Tiene cambios en el patrón del sueño durante las últimas dos semanas? (No puede dormir, despierta muy temprano, duerme mucho) • ¿Está realizando sus actividades habituales durante las últimas dos semanas? • ¿Ha sufrido algún evento traumático durante los últimos 3 meses? (muerte de un ser querido, separación de algún familiar o de la pareja, abuso físico, sexual o psicológico) • ¿Habla frecuentemente de la muerte o suicidio durante las últimas dos semanas? • ¿Existen antecedentes familiares de depresión o suicidio? • ¿Existen cambios de comportamiento: irritabilidad, falta de memoria, falta de interés		• 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	➤ Establecer contacto con la familia
OBSERVAR: • Descuido personal evidente • Se lo/la ve triste y deprimido/a • Lloro con facilidad • Está desorientado/a en tiempo, persona y lugar • Aplicar la escala de Yesavage (ver en la ficha de valoración geriátrica) para la depresión • Aplicar la Escala de Evaluación Cognitiva (MMSE) para ver si existe una sospecha de demencia		Presenta dos o más de los siguientes: • 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 • Deshidratación • Fiebre • Hipertensión	ALTERACIÓN MENTAL SECUNDARIA	
		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 vigentes en el país y en el departamento de la Paz.

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

ENFERMEDADES ASOCIADAS	SEXO					
	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%N	%	
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	9.055
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

10. 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, (publicación326. M.S.2013) 6.- Normas nacionales de atención clínica tomo I y II (publicación 288, M.S. 2013)
- 7.- Normas nacionales Reglas, protocolos y procedimientos de anticoncepción (publicación169, M.S. 2012)
- 8.- Guía práctica de preparación de alimentos, (publicación 113, M.S. 2011)
- 9.- "Ante guía" prevención del embarazo en adolescencia", comité de adolescentes y jóvenes para la prevención del embarazo en la adolescencia, (publicación UNFPA, 2012)

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

Dra. Paola A. Ruiz Mamani
COORDINADORA DE REDES RURALES- SEDES LA PAZ

Dr. Juan I. Choque Rondo
JEFE UNIDAD DE REDES Y SERVICIOS DE SALUD SEDES LA PAZ

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.

En la realización de este es importante delimitar y priorizar el análisis desde cuatro perspectivas, Intersectorialidad, interculturalidad, integralidad y participación social.

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

El Comité de Análisis de Información – CAI- es un espacio de análisis, intercambio y evaluación de la información instituida por todos los establecimientos de salud, en sus diferentes niveles, lo que permitirá tener una visión global y desagregada de las acciones en salud, todo con el fin de tomar decisiones, adecuar planes, proyectos y ajustar políticas.

Forma parte de un proceso dirigido a realizar una reunión de trabajo con el fin de analizar indicadores epidemiológicos, busca mejorar las condiciones de salud en el departamento y centros de salud correspondientes, 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 no transmisibles, así como el analizar las inequidades para tomar decisiones, desigualdades, determinantes de las condiciones de salud y realizar seguimiento, evaluación y control de salud y la comunidad.

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.

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.

- a) Presentar y analizar información de salud, establecimientos, Municipal, redes y departamental.
- b) Asumir decisiones estratégicas y ajustes de carácter operativos en base al análisis de la información de la situación de salud.
- c) Identificar las necesidades y problemas de salud presentes en cada centro de Salud.
- d) Establecer compromisos de acción y seguimiento

IV. METODOLOGIA DEL COMITÉ DE ANALISIS DE INFORMACIÓN (CAI).

La metodología debe ser adecuada a los diferentes niveles de gestión, desde el establecimiento hasta el nivel nacional, incluido CAI comunitario y CAI hospitalario, en ella haremos mención a parámetros orientados a un análisis de información general.

V. 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, 2da Fase: Desarrollo y 3ra Fase: Seguimiento

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

- a) 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.
- b) 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.
- c) 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 cada uno 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 (Metaalcanzar)	Actividades arealizar	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;

- 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.
- Realización de reuniones de control y evaluación del cumplimiento del plan; el mismo se realizará 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	
Establecimiento/ Comunitario *	- Presentar indicadores - Analizar posibles causas y factores determinantes. - Identificar alternativas - 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 Municipal de Salud)	- Presentar indicadores epidemiológicos y de gestión. - Analizar posibles causas - Identificar alternativas - Proponer acciones específicas - Elaborar acta.	- Alcaldes, miembros - Personal de salud de los establecimientos - Representantes comunitarios, líderes vecinales, y otros.	Equipo técnico de la red municipal	Trimestral
Red de Salud	- Presentar indicadores epidemiológicos y de gestión. - Analizar posibles causas - Identificar alternativas - Proponer acciones específicas - Elaborar acta	- Autoridades de 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 - Indicadores alternativas - Proponer acciones específicas. - Elaborar acta.	- Autoridades del SEDES y equipo técnico. - Personal de salud de los establecimientos. - Representantes sectoriales (Educación, saneamiento, agricultura, comercio, etc.) - Líderes vecinales y comunitarios	SNIS –VE	Semestral
Nacional	- Presentar indicadores. - Analizar posibles causas - Identificar alternativas - Proponer acciones específicas - Elaborar acta.	- Autoridades de salud del SEDES, - personal de salud de los establecimientos. - Representantes sectoriales (educación, saneamiento, comercio, agricultura, hacienda, etc.) - Líderes vecinales y comunitarios	SNIS –VE Nacional	Anual

Fuente: Guía de Aplicación CAI. Bolivia 2014

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.

BIBLIOGRAFIA

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.
4. Servicio Departamental de Salud La Paz, Manual de Organizaciones y Funciones (MOF) La Paz-Bolivia 2011.
5. Simposio Internacional sobre planificación comunitaria en salud. La Paz- Bolivia 2018
6. Comité de la Caja Nacional de Salud, La Paz- Bolivia, (2023).

SALUD ORAL

Dr. Ramiro Calle Quiquijana
RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DE SALUD ORAL SEDES LA PAZ

INTRODUCCIÓN

La asamblea Mundial de la Salud reconoce que la salud bucal debe estar firmemente arraigada dentro de la agenda de enfermedades no transmisibles (ENT). Por tanto, la Organización Mundial de la Salud para el 20221, considera que la salud bucodental es parte integral de la salud general de la persona, es decir, comparte vías causales comunes y se afecta mutuamente de forma bidireccional.

Cabe destacar que son cinco las enfermedades bucodentales, que tienen un gran impacto en la salud y el bienestar de la población sumando a la creciente carga de las ENT: la caries dental; Enfermedad periodontal; Edentulismo y cáncer de labio y cavidad oral. Las enfermedades bucales mencionadas son de naturaleza crónica, progresiva y acumulativa. Los impactos de las enfermedades bucales desencadenan en consecuencias físicas, sociales y mentales. Además, las enfermedades bucales no tratadas pueden afectar negativamente las oportunidades de empleo y reducir la productividad. La mayoría de las enfermedades buco dentales son prevenibles con cuidados personales y la acción sobre las determinantes generales sociales, económicas y políticas de la salud. Con fines de reducir la carga de morbilidad y los efectos secundarios que conlleva.

CARIES DENTAL

Basados en Henostroza 20072 define a la caries dental como una enfermedad progresiva y lenta que presenta un carácter dinámico, es decir, que la caries dental puede ser revertida en cualquier momento desde que la relación causa-efecto sea modificada, la caries dental es una enfermedad azúcar dependiente. Definida como una disbiosis, que se manifiesta principalmente por el consumo alto de azúcares fermentables. Misma que es la principal causa de caries dental, mostrando una clara relación dosis-efecto. La evidencia del papel del azúcar en la etiología de la caries dental desempeñó un papel crucial en la OMS1, que recomienda menos del 10% de la ingesta energética total diaria de azúcares libres. La caries es un proceso dinámico, ya que en la superficie del diente se produce los procesos de desmineralización y remineralización. Si se diagnostica en un estado inicial, es posible detener o revertir el proceso.

La caries dental es una enfermedad crónica de mayor prevalencia en la infancia extendida por todo el mundo sin distinción de género o raza. Afecta a todos los grupos etarios, a partir de la erupción de los dientes primarios, la erupción de los dientes permanentes y se mantiene en niveles elevados hasta la vejez.

Etiología

Su etiología es multifactorial, divididos en factores primarios y secundarios: Por un lado, respecto a los factores primarios se refiere a los microorganismos, dieta, huésped, tiempo y edad y por el otro lado los factores modulares, se refiere a factores sociales, económicas, estilos de vida y políticas de la salud, mismos no causan la caries dental, pero si intervienen en su aparición y desarrollo.

Indicadores epidemiológicos para la caries dental

Los levantamientos de la salud bucal a través de los indicadores epidemiológicos permiten cuantificar y describir las características de la afectación poblacional ante las enfermedades bucodentales en una misma población o la comparación de poblaciones, fomentando la investigación en el campo de la Odontología Social.

Índice de Knutson

Es una medida de prevalencia que cuantifica la presencia de caries dental en una población dada. Es decir, cuantifica a las personas que presentan caries dental, sin determinar la severidad de la caries dental. Para luego dividirlo por el número total de la población en estudio y brindar un porcentaje de valor final. No establecen diferencias entre el número de dientes afectados ni entre los diferentes grados de severidad cariosa. Donde la unidad de medida es el individuo.

Es importante realizar la comparación del resultado obtenido con los siguientes parámetros de evaluación de prevalencia de caries dental para su interpretación. Mismos que se presentan a continuación:

Tabla 1 Se presenta los parámetros de evaluación de prevalencia para la caries dental, índice de Knutson.

Índice Knutson	Categoría
Menor a 80 %	Prevalencia Baja
Entre 80 y 95 %	Prevalencia media
Mayor al 95 %	Prevalencia alta

Fuente: Elaborado en base a la Norma Técnica Administrativa y Manual de Aplicaciones Odontológicas, 20173

A manera de ejemplo:

Se pretende conocer la prevalencia de caries dental en los estudiantes de primaria de una unidad educativa. Considerando que la población total es de 230 estudiantes de ambos géneros. Con los datos obtenidos, se procede a sustituir la siguiente fórmula.

$$\text{Índice de knutson} = \frac{\text{Nro de estudiantes que presentan caries dental}}{\text{Nro total de la población de estudio}} * 100$$

$$\text{Índice de knutson} = \frac{195}{230} * 100$$

$$\text{Índice de knutson} = 84 \%$$

Interpretación: de la población total (N=230) el 84 % padece de caries dental que corresponde a una valoración de prevalencia media. Así mismo, se puede interpretar que, de cada 100 estudiantes de primaria 84 estudiantes presentan caries dental.

Índice CPOD

Fue desarrollado por Knutson, Klein y Palmer en 1935, es el indicador epidemiológico fundamental para determinar de manera cuantitativa la severidad de la caries dental que afecta a una población. El CPOD es generalmente expresado como el número promedio de la sumatoria de dientes permanentes con caries dental, piezas dentarias perdidas por efecto de la caries y piezas dentarias obturadas como consecuencia de la caries dental que incluye las extracciones indicadas, divididos entre el total de los individuos examinados, en una población de estudio. La unidad de medida es la pieza dentaria permanente.

$$\frac{C + P + O + D}{\text{(+ extracción indicada)}}$$

Cariado + Perdido + Obturado Diente

Para su cálculo, la Organización Mundial de la Salud recomienda obtenerlo por edades, y propone la categorización de: 5-6 años, 12 años, 15 años, 18 años, 35 -44 años y 60-74 años. Siendo los 12 años la edad estratégica para comparar el estado de salud bucal entre en diferentes países, ya que es el punto intermedio de la vida con mayor incidencia de caries dental. La prevalencia de caries en los dientes permanentes suele mostrar aumentos pronunciados después de la erupción y alcanzan los niveles más altos en la última adolescencia y adultez temprana antes de permanecer estable por el resto de la vida

Para el levantamiento epidemiológico de este índice el examen bucal se inicia por el segundo molar superior derecho hasta el segundo molar superior izquierdo prosiguiendo con el segundo molar inferior izquierdo finalizando con el segundo molar inferior derecho. Cabe destacar que para la medición se excluyen los terceros molares. Trabajando en cuadrantes, la medición se realiza en los cuadrantes I y III el examen es de la siguiente manera: oclusal, palatino (lingual), distal, vestibular y mesial. Respecto a los cuadrantes II y IV el examen es con la siguiente secuencia: Oclusal, palatino (lingual), mesial, vestibular y distal.

Índice ceod

Índice adoptado por Gruebbel para la dentición temporaria en 1994. Se obtiene de igual manera que el índice CPOD, considerando solo los dientes temporales cariados, extraídos y obturados. Se consideran 20 dientes para la examinación. Los dientes temporarios son propensos a la caries tan pronto como erupcionan, con un pico de prevalencia alrededor de los 6 años.

$$\begin{matrix} c & e & o & d \\ \text{Cariado} & + & \text{Extraído} & + & \text{Obturado Diente} \end{matrix}$$

Cuando se evalúa en una población con dentición mixta, en el intervalo de edad de 6 a 12 años, Se obtiene calculando la media aritmética de los valores del CPOD y ceod. Es decir, calcular el promedio de ambos índices. Por otro lado, la examinación para determinar los criterios de diagnóstico en piezas dentarias temporales o permanentes se realiza según los siguientes criterios clínicos.

Tabla 2 Criterios de diagnóstico clínico dental para los índices ceod y COPD

Temporario	Permanente	Criterios de Diagnóstico
A	0	Sano
B	1	Cariado
C	2	Obturado y cariado
D	3	Obturado sin caries
F	6	Soporte de puente corono especial o funda
E	4	Perdido por caries
-	5	Perdido por otra razón
-	7	No erupcionado
G	8	Traumatismos
H	9	No registrado

Código	Conceptualización	Criterios
Código A-0	Diente sano: No se evidencia clínicamente la caries ya sea presente o tratada.	☐ Presencia de manchas blancas o lechosas ☐ Zonas descoloridas o ásperas ☐ Puntos o fisuras manchados que retienen la sonda sin tejido reblandecido o sin presencia del esmalte socavado ☐ Áreas oscuras, brillantes, duras o punteadas del esmalte que muestren signos de fluorosis moderada o severa.
Código B-1	Diente cariado: Pieza dentaria que presenta caries dental	☐ Se evidencia tejido reblandecido sea esmalte, dentina o cemento. ☐ Piezas con obturaciones provisionales ☐ Piezas dentarias totalmente destruidas por lesiones cariosas (indicadas para extracción)
Código C-2	Diente Obturado y cariado: La pieza dentaria esta obturada sin embargo presenta caries dental.	☐ Se evidencia que la pieza dentaria tiene una o más restauraciones permanentes y una o más zonas cariadas. ☐ No debe diferenciarse la caries primaria de la secundaria.
Código D-	Diente obturado	☐ Se evidencia una o más restauraciones

3	sin caries: La pieza dentaria esta obturada sin embargo presenta caries dental.	permanentes y no existen lesiones cariosas.
Código F-6	Soporte de puente corono especial o funda	☐ Se registra cuando una pieza dentaria forma parte de un puente fijo o parte de soporte de un puente. ☐ Se registra en caso la corona fue cementada por motivos de caries. ☐ Fundas y láminas que cubren la superficie labial exentos de caries.
Código E-4	Diente perdido o extracción indicada	☐ Piezas dentarias que han sido extraídas debido a la presencia de caries ☐ Resaltar que el código no se aplica en caso el diente perdió sea por otra causa que no sea la caries dental. ☐ En piezas temporarias se registra cuando se justifique la pérdida a edad temprana
Código 5	Diente perdido por otra razón	☐ Piezas dentarias permanentes ausentes por causa congénita o fueron extraídas por motivos ortodónticos, periodontopatías y traumatismos entre otros. ☐ No se registra en piezas temporarias
Código 7	No erupcionado	☐ Espacio dental que deja un diente permanente sin erupcionar, pero en ausencia de piezas primarias. ☐ No se registra en piezas temporarias
Código G-8	Traumatismos	☐ Cuando falta una parte de la superficie dental como resultado de un traumatismo y no se evidencia signos de caries.
Código H-9	Diente no registrado	☐ Se registra para una pieza impactada, que no se puede examinar para llenar e diagnóstico ☐ En caso de piezas supernumerarias ☐ En caso de piezas con patologías de forma, tamaño y estructura.

Fuente: Elaboración en base al levantamiento Epidemiológico Índice ceo y CPO-D 4, Ministerio de Salud 2015

Algunos aspectos a considerar

- Se considera un diente está presente en boca cuando cualquier parte del mismo es visible.
- En caso que un diente permanente y otro primario ocupan el mismo espacio dental, debe registrarse el estado del diente permanente.
- La pieza dentaria debe estar libre de detritos para su examinación, puede ser eliminada con el uso de una gasa.
- Los dientes supernumerarios no son clasificados
- No se examinan los terceros molares
- Todas las coronas en dientes posteriores, excepto en caso de pilares de puentes se considera restauradas por consecuencia de caries.
- En el caso de coronas anteriores habrá que preguntar al paciente el motivo por el cual se le colocaron.

Ilustración 1 Se presenta el instrumento de consolidación de datos (ficha colectiva), Índice ceo y CPOD.

FICHA COLECTIVA ODONTOLÓGICA 2015
LEVANTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO CPO-D y ceo

UNIDAD EDUCATIVA: LOCALIDAD:
 FECHA: MAT. PROF.
 RESPONSABLE ODONTÓLOGO: FIRMA PROF.
 REGISTRADOR: FIRMA PROF.

Nº	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD		DIENTES TEMPORARIOS				DIENTES PERMANENTES				TOTAL PIEZAS SANAS	TOTAL PIEZAS DENTARIAS	
		F	M	c	e	o	TOTAL ceo	C	P		O			TOTAL CPO
									P	El				
1							0					0		
2							0					0		
3							0					0		
4							0					0		
TOTAL							0					0	0	0

ÍNDICE ceo	0
ÍNDICE CPOD	0

Elaboración en base al levantamiento Epidemiológico Índice ceo y CPO-D 4, Ministerio de Salud 2015

Es importante realizar la comparación del resultado obtenido con los siguientes parámetros de evaluación de severidad de la caries dental para su interpretación. Mismos que se presentan a continuación:

Tabla 3 Se presenta los parámetros de evaluación de la severidad de caries dental, índice de CPO-D.

Índice CPOD	Categoría
0.0 a 1.1	Muy leve
1.2 a 2.6	Leve
2.7 a 4.4	Moderado
4.5 a 6.5	Severo
> a 6.6	Muy severo

Fuente: Elaborado en base a la Norma Técnica Administrativa y Manual de Aplicaciones Odontológicas, 20173
 A manera de ejemplo

N°	Nombre y apellido	Edad	Sexo		DIENTES TEMPORARIOS				DIENTES PERMANENTES					TOTAL PIEZAS SANAS	TOTAL PIEZAS DENTARIAS
					c	e	o	Total ceo	C	P		O	Total CPOD		
			F	M						P	EI				
1	Melany Romero	10	x		3	0	1	4	5	1	2	3	11	4	18
2	Leonel Soria	6		X	4	1	1	6	2	0	0	1	3	10	16
3	Milagros Carpio	12	X		2	0	0	2	4	2	1	3	10	8	20
4	Felix Durán	12		X	1	1	2	4	5	3	0	4	12	6	24
Total					10	2	4	16	16	6	3	11	36	28	78

Cálculo del índice CPOD

$$\begin{aligned} \text{Índice CPOD} &= \frac{\text{Nro de piezas con caries} + \text{Piezas perdidas} + \text{piezas obturadas}}{\text{Nro total de personas examinadas}} \\ \text{Índice CPOD} &= \frac{36}{4} \quad \text{Índice CPOD} = 9 \end{aligned}$$

Interpretación: De la población total (N=4) la severidad de caries dental es de 9, respecto a los parámetros de evaluación se categoriza con un grado de severidad muy severo.

Cálculo del índice ceod

$$\begin{aligned} \text{Índice ceo} &= \frac{\text{Nro de piezas con caries} + \text{Piezas perdidas} + \text{piezas obturadas}}{\text{Nro total de personas examinadas}} \\ \text{Índice ceo} &= \frac{16}{4} \quad \text{Índice ceo} = 4 \end{aligned}$$

Interpretación: De la población total (N=4) la severidad de caries dental es de 4, respecto a los parámetros de evaluación se categoriza con un grado de severidad moderado.

Cálculo del índice ceod y CPOD

$$\begin{aligned} \text{Índice ceo y CPOD} &= \frac{\text{Nro de piezas con caries} + \text{Piezas perdidas} + \text{piezas obturadas}}{\text{Nro total de personas examinadas}} \\ \text{Índice ceo y CPOD} &= \frac{52}{4} \quad \text{Índice ceo y CPOD} = 13 \end{aligned}$$

Interpretación: De la población total (N=4) la severidad de caries dental es de 13, respecto a los parámetros de evaluación se categoriza con un grado de severidad muy severo.

ENFERMEDAD PERIODONTAL

Se considera la segunda enfermedad bucal prevalente a nivel mundial, es una enfermedad de la mediana edad, alcanzando las tasas de prevalencia más altas alrededor de los 60 años una enfermedad inflamatoria crónica de origen infeccioso que afecta a los tejidos de soporte de los dientes. Se clasifican en gingivitis y periodontitis. La gingivitis es una inflamación de las encías originada por el biofilm de bacterias que se forma en la superficie dental. Sin embargo, la periodontitis se produce debido a la gingivitis no tratada, que procede a la pérdida de tejido periodontal, que se manifiesta por pérdida de inserción periodontal y pérdida ósea alveolar evaluada por radiografía. La periodontitis es una enfermedad inflamatoria destructiva de los tejidos del soporte de los dientes y es causado por microorganismos específicos, resultando en destrucción del ligamento periodontal y del hueso alveolar, resultando en la formación de bolsas periodontales y /o encías que presentan recesión. Aunque inicialmente son causados por biopelículas microbianas, factores ambientales y genéticos que contribuyen a su desarrollo. A fines de la década de 1980, los estudios mostraron la evolución del conocimiento sobre la enfermedad periodontal, donde se identificó el papel en la ruptura de la homeostasis sistémica.

Enfermedad periodontal y su asociación con la salud general

Los estudios muestran una asociación entre la enfermedad periodontal severa y la Diabetes Mellitus. Donde las intervenciones clínicas para mitigar la enfermedad periodontal severa han mostrado mejoras en el estado de la Diabetes Mellitus. Así mismo, con la enfermedad cardiovascular y en menor extensión con la enfermedad cerebro vascular y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Por otro lado, con las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el parto prematuro y el bajo peso al nacer y la neumonía 1,5.

Es importante destacar, que no existe suficiente evidencia sobre el efecto de la terapia periodontal en la reducción de los niveles glucémicos en individuos con diabetes mellitus tipo 1, Sin embargo, se han publicado estudios clínicos que generan mejor evidencia como los ensayos clínicos aleatorizados o su metaanálisis para estudiar el impacto de la terapia periodontal en el control glucémico de la diabetes mellitus tipo 2.

Por otro lado, de acuerdo con el período gestacional y la gravedad de la enfermedad, la periodontitis promueve resultados indeseables del embarazo. El parto prematuro podría ser causado por la exposición de la mujer embarazada a formas menos severas de periodontitis. La restricción del crecimiento y la prematuridad extrema se deberían a la exposición a periodontitis más severa y en un período gestacional temprano. Exposiciones aún más graves de periodontitis podrían inducir el aborto espontáneo, el aborto tardío y la muerte fetal.

Indicadores epidemiológicos para la enfermedad periodontal

Índice de O'leary

Fue propuesto por O'leary Drake Taylor en 1972, basado en la suma del número total de caras con placa dentobacteriana y se divide por la cantidad total de caras presentes en la boca y se multiplica por 100. Se obtiene sustituyendo la siguiente fórmula. Destacar que cada pieza dentaria está constituida por cuatro superficies dentarias. Con exclusión de las superficies oclusales para el examen. Previo al examen, se utiliza aditamentos reveladores de placa bacteriana como el rosa oscuro en caso de aplicar la eritrosina.

Se aplica en el momento inicial, es decir en la primera consulta y a lo largo del tratamiento para determinar la capacidad de controlar la placa dentobacteriana con el cepillado dental. Valorando antes y después de la enseñanza de la higiene bucal, fomentando el autocuidado de la salud bucal del paciente. Es importante realizar la comparación del resultado obtenido con los siguientes parámetros de evaluación de la condición de higiene bucal para su interpretación. Mismos que se presentan a continuación:

Condición	Parámetro de evaluación	
0 % - 15 %	Higiene Buena	
16 % - 49 %	Higiene Regular	
50% - 100 %	Higiene Mala	

Fuente: Elaborado en base a la Norma Técnica Administrativa y Manual de Aplicaciones Odontológicas, 20173

A manera de ejemplo

$$\text{Índice de O'leary} = \frac{\text{Nro de superficies dentales teñidas}}{\text{Nro total de superficies dentales presentes}} * 100$$

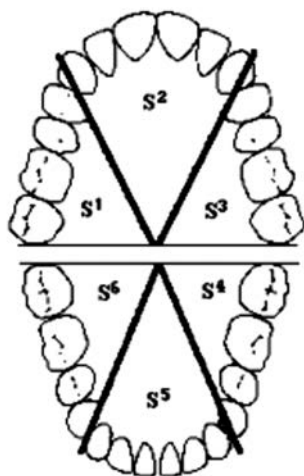
$$\text{Índice de O'leary} = \frac{64}{80} * 100 \quad \text{Índice de O'leary} = 80 \%$$

Interpretación: La condición de higiene bucal es de 80 %, respecto a los parámetros de evaluación se categoriza con una condición de higiene Mala.

Índice de necesidades de tratamiento periodontal de la comunidad (INTPC)

La participación comunitaria e individual son necesidades esenciales en los programas preventivos para la salud periodontal. El INTPC es un método simple y efectivo que proporciona una visión general rápida del estado periodontal, es decir, brinda un panorama de los requisitos de salud pública en el campo periodontal, Destacar que el diagnóstico de las enfermedades periodontales es posible de realizar después de evaluar la información clínica, radiográfica, de laboratorio (Ej. Microbiología) y de los datos obtenidos en la anamnesis del paciente.

Sin embargo, ningún índice puede reemplazar el minucioso procedimiento que realiza el especialista (periodoncista), para llegar a establecer el diagnóstico de la enfermedad periodontal que el paciente necesita. No obstante, el Índice de Necesidades de Tratamiento Periodontal de la Comunidad (CPITN), diseñado inicialmente con propósitos epidemiológicos, se ha transformado en una excelente herramienta para realizar un examen periodontal básico y de esta manera identificar los pacientes que necesitan tratamiento periodontal.



El realizar este examen periodontal básico, basado en el CPITN, caracterizado por su simpleza, facilidad y el breve tiempo que demora, permite al odontólogo general establecer en un breve período de tiempo y con un mínimo de instrumental, las necesidades de tratamiento periodontal de sus pacientes

Para la medición, la dentición se divide en seis sextantes, para cada sextante se determina un valor mismo que corresponde a la puntuación más alta de cada sextante. Inicia la numeración de los sextantes del lado superior derecho al lado superior izquierdo prosiguiendo con el lado inferior derecho al lado inferior izquierdo. Como se parecía en la siguiente ilustración.

Para el registro de los datos, dependerá de la edad del individuo. Por un lado, para los jóvenes que se encuentran entre el intervalo de edad de 7 y 19 años se recomienda el examen de solo seis piezas dentarias debido a la presencia de bolsas falsas por la erupción dentaria de las piezas permanentes. Y por otro lado, para examinar a los adultos mayores a 20 años, se examinan doce piezas dentarias:

Segundo molar superior derecho, primer premolar superior derecho; canino superior derecho, canino superior izquierdo; primer premolar superior izquierdo, segundo molar superior izquierdo; segundo molar inferior derecho, primer premolar inferior derecho; canino inferior derecho, canino inferior izquierdo; primer premolar inferior izquierdo, segundo molar inferior izquierdo. Como se presenta en la siguiente tabla.

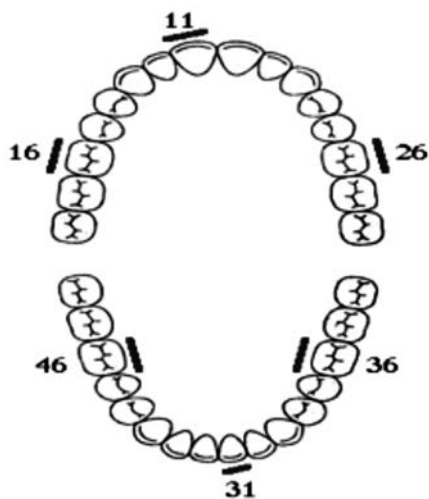
Tabla 5 Registro de datos según edad, Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal de la Comunidad (INTPC)

Edad	Ficha de registro	Características									
Intervalo de edad de 7-19 años	<table border="1"> <tr> <td>S1: 16</td><td>S2: 11</td><td>S3: 26</td></tr> <tr> <td>S3: 46</td><td>S5: 31</td><td>S6: 36</td></tr> <tr> <td colspan="3">Fecha: / /</td></tr> </table>	S1: 16	S2: 11	S3: 26	S3: 46	S5: 31	S6: 36	Fecha: / /			↓ Seis piezas dentarias ↓ Una pieza por sextante
S1: 16	S2: 11	S3: 26									
S3: 46	S5: 31	S6: 36									
Fecha: / /											
Mayores a 20 años	<table border="1"> <tr> <td>S1: 17-14</td><td>S2: 13-23</td><td>S3: 24-27</td></tr> <tr> <td>S4: 47-44</td><td>S5: 43-33</td><td>S6: 34-37</td></tr> <tr> <td colspan="3">Fecha: / /</td></tr> </table>	S1: 17-14	S2: 13-23	S3: 24-27	S4: 47-44	S5: 43-33	S6: 34-37	Fecha: / /			↓ Doce piezas dentarias ↓ Dos piezas por sextante ↓ Se examinan los terceros molares si remplazan la función del segundo molar ↓ No se incluyen piezas dentarias con exodoncia indicada.
S1: 17-14	S2: 13-23	S3: 24-27									
S4: 47-44	S5: 43-33	S6: 34-37									
Fecha: / /											

El examen debe ser realizado en 6 puntos por pieza evaluada: Disto palatino (disto lingual), centro palatino (centro lingual), mesio palatino (mesio lingual), disto vestibular, centro vestibular y mesio vestibular. Es importante realizar la comparación del resultado obtenido con los siguientes parámetros de evaluación del Índice de necesidades de tratamiento periodontal de la comunidad para su interpretación. Mismos que se presentan a continuación:

Códigos	Criterios de evaluación	Códigos	Tratamientos
Código 0	Tejidos periodontales sanos	Código 0	Mantener las medidas de prevención
Código 2	Sangrado observado hasta 30 segundos después del sondaje ✚ Código 1: Si no hay bolsa o tártaro, pero presenta sangrado ✚ Código 2: Presencia de tártaro y/o obturaciones defectuosas	Código 1 Instrucción de higiene bucal Código 2 Instrucción de higiene bucal, destartraje, eliminar obturaciones con desajustes.	
Código 3	Bolsa patológica de 3,5 a 5,5 mm o más, el área negra de la sonda se encuentra a nivel del margen gingival.	Código 3 y 4	Instrucción de higiene bucal, destartraje supragingival, subgingival y pulido radicular.
Código 4	Bolsa patológica de 5,5 mm. O más, el área negra de la sonda no se observa		

Para la examinar se utiliza la sonda periodontal diseñada por la Organización Mundial de la Salud, diseñada para una manipulación suave de los tejidos periodontales. Respecto a la descripción la sonda presenta una esfera de 0,5 mm. De diámetro en el extremo, con una porción codificada de color que se extiende desde los 3,5 a los 5,5 mm. La sonda se introduce entre el diente y la encía con una presión no mayor a 20 gramos⁶. El extremo de la sonda debe mantener el contacto con la superficie de la raíz. Y la colocación adecuada de la sonda tanto en profundidad como en angulación en relación al eje longitudinal de la pieza dentaria (Mayor profundidad más hemorragia; angulación de la sonda 60° es un indicador más sensible).



Índice Simplificado de Higiene Oral

El índice de Higiene Oral fue creado por Greene y Vermillon EN 1960, el índice sufrió una modificación respecto al número de piezas dentarias evaluadas, simplificando a la evaluación solo de seis piezas dentarias, denominado desde entonces, Índice Simplificado de Higiene Oral o OHI simplificado (OHI-S, por sus siglas en inglés oral hygiene index simplified).

El presente índice evalúa, dos componentes: Placa bacteriana y Cálculos dentarios. Misma que permite la valoración cuantitativa de los diferentes grados de higiene bucal⁷. Para ello se evalúa seis piezas dentarias: El incisivo central superior derecho en su cara vestibular, el incisivo central inferior izquierdo en su cara vestibular, El primer molar superior derecho e izquierdo en sus caras vestibulares y el primer molar inferior derecho e izquierdo en sus caras linguales.

Para la verificación de la presencia de la placa bacteriana, se realiza el examen deslizando el explorador sobre el diente, de mesial a distal se inicia por el tercio incisal u oclusal, siguiendo el tercio medio y terminando en el tercio gingival del diente. Para la exploración se emplean un espejo bucal y un explorador dental tipo hoz o cayado de pastor o una sonda periodontal (OMS) no se utilizan agentes reveladores de placa bacteriana. Por otro lado, la examinación para determinar los criterios de evaluación para determinar la presencia de placa bacteriana o cálculos dentarios en las piezas dentarias se puede realizar según los siguientes criterios clínicos cada uno se valora en una escala de 0 a 3.

Tabla 6 Criterios de evaluación clínico dental para el índice Simplificado de Higiene Oral

Placa Bacteriana			Cálculo Dentario		
Código	Evaluación		Código	Evaluación	
0	Ausencia de placa		0	Ausencia de cálculo	
1	Placa bacteriana hasta el tercio cervical del diente.		1	Cálculo supragingival	
2	Placa bacteriana hasta el tercio medio del diente		2	Cálculo subgingival	
3	Placa bacteriana sobre el tercio incisal u oclusal del diente		3	Cálculo supra y subgingival	

Fuente: Elaborado en base a la Norma Técnica Administrativa y Manual de Aplicaciones Odontológicas, 20173

La calificación DI-S se obtiene por persona totalizando la puntuación de los desechos por superficie dental y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas.

La valoración CI-S se practica colocando con cuidado un explorador dental en el surco gingival distal y llevándolo en sentido subgingival desde el área de contacto distal hacia la mesial (una mitad de la circunferencia dental es considerada como la unidad de calificación). La puntuación CI-S se obtiene por persona redondeando las calificaciones del cálculo por superficie dentaria y dividiendo el resultado entre la cantidad de superficies examinadas. La calificación OHI-S por persona es el total de las calificaciones DI-S y CI-S por sujeto.

Es importante realizar la comparación del resultado obtenido con los siguientes parámetros de evaluación del grado de higiene bucal para su interpretación. Mismos que se presentan a continuación:

Placa Bacteriana			Cálculo Dentario		
DI-S			CI-S		
Condición	Parámetro de evaluación		Condición	Parámetro de evaluación	
0,0 – 1,2	Adecuada		0,0 - 0,6	Higiene Buena	
1,3 – 3,0	Aceptable		0,7 – 1,8	Higiene Regular	
3,1 – 6,0	Deficiente		1,9 – 3,0	Higiene Mala	

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de la salud bucodental Hacia la cobertura sanitaria universal para la salud bucodental de aquí a 2030 [Internet]. Ginebra; 2022. 1-32 p. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240061569>
2. Henostroza H. G, Henostroza Q. N, Mas L. J. Caries Dental: Principios y procedimientos para el diagnóstico. Primera Ed. Heredia UPC, editor. Lima - Perú; 2007. 1-171 p.
3. Ministerio de salud Estado Plurinacional de Bolivia. Norma Técnica Administrativa y Manual de Aplicaciones Odontológicas [Internet]. La Paz-Bolivia: Unidad de Redes y Servicios de Salud y Calidad, Dirección General de Servicios de Salud, Viceministerio de Salud y Promoción; 2017. 1-135 p. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/component/downloads/?task=download.send&id=388&catid=23&m=0&Itemid=>
4. Ministerio de salud Estado Plurinacional de Bolivia. Levantamiento Epidemiológico Índice ceo y CPO-D [Internet]. Estado Plurinacional de Bolivia: Dirección General de Servicios de Salud.; 2017. 1-66 p. Disponible en: <https://mail.google.com/mail/u/0/#search/INDICE++CPOd/QgrcJHrnvsGtVkZmGpztPvTtzwllhwrnNG?projector=1&messagePartId=0.1>
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación actual de las enfermedades no transmisibles [Internet]. Washington, D.C; 2014 [citado 6 de julio de 2023]. 1-16 p. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=6D3A5C8C7CE9EF621F0E27737438E2BC?sequence=1
6. Zúñiga Q. CF. Relación entre la Enfermedad Periodontal y el Parto Prematuro en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Carlos Albero Según Escobedo. Arequipa 2014 [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2014. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/198122182.pdf>
7. Ministerio de salud y deportes. Normas de Salud Oral, Serie Documento Técnico Normativo. La Paz-Bolivia: 176; 2010. 1-153 p.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALARIA: PREVENCIÓN DE IAAS

Lic. Yecenia Oruña Quispe
RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DE ENFERMERÍA

I. INTRODUCCIÓN:

Las infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), que en el ayer se denominaban infecciones intrahospitalarias o nosocomiales; se constituyen en complicaciones que presentan los pacientes, cuya frecuencia es variable dependiendo de la complejidad del servicio de salud, siendo más frecuente durante la hospitalización. En razón de su magnitud y efectos sobre el sistema de salud de un país, se han constituido en un problema de salud pública, que debe ser encarado con decisión. La vigilancia epidemiológica relacionada a las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud IAAS, debe ser considerada como un proceso de construcción colectiva, que involucra varios elementos: cognitivos, métodos y técnicas multidisciplinarias; por ello un sistema de vigilancia resulta esencial para la práctica de prevención y tiene dos propósitos:

- Monitorización de los cambios en el comportamiento de situaciones de las IAAS en determinadas áreas hospitalarias o centros de atención.
- Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas en situación de brotes o lo que es más frecuente en la prevención.

Existe adicionalmente un otro problema, que es ignorado frecuentemente, se relaciona con la falta de empleo de la misma terminología y acepciones sobre las IAAS, provocando falta de entendimiento entre los actores y comprensión de disposiciones de tipo normativo; por tanto, el presente documento dispone de un glosario que permitirá a todos los involucrados estandarizar los conceptos. Los establecimientos de salud deben de implementar dos tipos de medidas: programas de prevención y acciones de control. Las medidas de prevención abarcan las actividades de programación y protocolización, es decir, la definición previa de las acciones a realizar, su implementación y evaluación. Los programas de prevención incluyen la elaboración, aplicación, desarrollo y evaluación de normas, programas, protocolos, guías y recomendaciones encaminadas a prevenir la aparición de enfermedades infecciosas en el establecimiento; todo ello basado en la máxima evidencia científica disponible y las disposiciones emanadas del Ministerio de Salud.

Las acciones de control consisten en la ejecución y mantenimiento de los programas preventivos. A partir de la información facilitada por la Vigilancia, los establecimientos deben mantener una línea continuada de acción contra las infecciones, que se basa en la aplicación de un amplio conjunto de medidas cuyo objetivo es el mantenimiento y mejora de la higiene en el centro, y la adecuada calidad técnica y seguridad en todos los actos asistenciales.

Esta Norma se constituye en una referencia para todos aquellos establecimientos de salud que desarrollan acciones de Vigilancia Epidemiológica en los tres niveles de atención del Estado Plurinacional de Bolivia.

II. EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN DE SALUD

La epidemiología “es el estudio de la dinámica de ocurrencia, distribución y determinantes de eventos asociados a la salud, en poblaciones específicas. Esta disciplina define la relación de una enfermedad con la población en riesgo e involucra la determinación, análisis e interpretación de tasas” de manera general.

La epidemiología de IAAS “explica la ocurrencia de este tipo de infecciones entre pacientes que concurren a un centro de atención en salud, y la magnitud del problema en su contexto. Incluye datos acerca de la distribución de IAAS por tipo de paciente, patógeno causante, unidad de tratamiento y período de tiempo. Estos datos ayudan a comprender la problemática de IAAS en un determinado establecimiento y resultan muy útiles para definir estrategias preventivas”.

2.1. PRINCIPALES INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN EN SALUD-IAAS

Las IAAS, antes conocidas como infecciones nosocomiales, se definen como infecciones asociadas a la atención en salud, cualquiera sea su contexto (por ejemplo, en hospitales, centros para hospitalizaciones prolongadas, instalaciones

comunitarias / ambulatorias o instancias de cuidado en el hogar o centros comunitarios). Una IAAS es una infección localizada o sistémica que se desencadena a partir de una reacción adversa a la presencia de uno o varios agentes(s) infeccioso(s) o su toxina(s), sin que haya evidencia de su presencia previa a la admisión en el centro de atención en salud respectivo. Usualmente, se considera que una infección corresponde a una IAAS si se manifiesta al menos 48 horas después de la admisión.

2.2. PRINCIPALES TIPOLOGÍAS DE IAAS

Hay cuatro tipos principales de IAAS, todas asociadas a procedimientos invasivos o quirúrgicos. Ellos son:

1. Infección de tracto urinario asociada al uso de catéter (ITU-CA)
2. Neumonía asociada al uso de ventilador (NAV)
3. Infección de sitio quirúrgico (ISQ)
4. Infección del torrente sanguíneo asociada al uso de catéter (ITS-CVC)

2.3. FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS RELACIONADOS A IAAS

Los tres grupos de factores de riesgo para IAAS son:

1. factores huésped.
2. factores agentes.
3. factores ambientales.

2.3.1. FACTORES HUÉSPED

Los factores huésped afectan el riesgo de una persona a la exposición y resistencia a la infección. Los pacientes que se internan en un centro de atención médica generalmente llegan en mal estado de salud, con bajas defensas contra bacterias y otros agentes infecciosos. La edad avanzada, el nacimiento prematuro y la inmunodeficiencia (asociada a drogas, enfermedades o irradiación) constituyen un riesgo general, mientras que ciertas patologías conllevan riesgos específicos. Por ejemplo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica aumenta la posibilidad de infección de tracto respiratorio. Otros factores huésped asociados con un mayor riesgo de IAAS incluyen tumores malignos, infección con el virus de inmunodeficiencia humana, quemaduras graves y ciertas enfermedades de la piel, desnutrición severa, coma, diabetes mellitus, enfermedad broncopulmonar, problemas circulatorios, heridas abiertas y traumas.

2.3.2. FACTORES AGENTE

Un agente infeccioso puede ser una bacteria, virus, hongo o parásito. La mayor parte de las IAAS se asocian a una bacteria o virus; a hongos ocasionalmente y a parásitos, muy rara vez. Hay 2 tipos principales de bacterias que causan IAAS: cocos Gram-positivos (Por ej. Staphylococcus y Streptococcus) y bacilos Gram-negativos (Por ejemplo, Acinetobacter, Pseudomonas, Enterobacter y Klebsiella).

2.3.3. FACTORES AMBIENTALES

En esta categoría entran los factores extrínsecos que afectan ya sea al agente infeccioso o al riesgo de una persona de verse expuesta a este agente. Los factores ambientales relativos a IAAS incluyen el ambiente animado e inanimado que rodea al paciente. El ambiente animado se refiere al personal de atención en salud, otros pacientes en la misma unidad, familia y visitas. El ambiente inanimado incluye el instrumental y equipos médicos, así como las superficies ambientales. Otros factores de riesgo asociados al ambiente de atención en salud son las condiciones de salubridad, limpieza de la unidad, temperatura y humedad, así como las técnicas de diagnóstico y maniobras terapéuticas empleadas.

El diagnóstico y los procedimientos terapéuticos pueden aumentar el riesgo de adquirir una IAAS, particularmente

1. Aquellos que requieren intervenir tejidos contaminados o infectados o insertar un cuerpo extraño.
2. Catéteres permanentes, especialmente intravenosos y urinarios.

3. Traqueotomía o intubación traqueal, ventilación respiratoria asistida, anestesia.
4. Diálisis.
5. Transfusión.
6. Drogas inmunosupresoras, antimicrobianas, hiperalimentación.
7. Terapia de radiación. Los dispositivos para procedimientos invasivos, como sondas de intubación, catéteres, drenajes quirúrgicos y sondas de traqueotomía, todos sortean los mecanismos de defensa naturales del paciente y constituyen una puerta de entrada evidente para una infección. Mientras mayor sea el tiempo que el paciente permanezca con el dispositivo, mayor será el riesgo de infección.

El tratamiento recibido también puede dejar a un paciente vulnerable frente a las infecciones; la inmunosupresión y el tratamiento antiácido debilitan las defensas del cuerpo, mientras que la terapia antimicrobiana (que elimina la flora competitiva y solo conserva microorganismos resistentes) y las transfusiones sanguíneas recurrentes también han sido identificadas como factores de riesgo.

III. CADENA DE INFECCIÓN

Una infección resulta de la interacción entre un agente infeccioso y un huésped susceptible. El ambiente ejerce influencia sobre esta interacción, que ocurre cuando el agente y el huésped entran en contacto. Generalmente, la manera de prevenir una IAAS es cortar la cadena de infección mediante la interrupción de la transmisión. La cadena de infección consta de los siguientes eslabones: agente infeccioso, reservorio, puerta de salida, modo de transmisión, puerta de entrada y huésped susceptible. El agente infeccioso es un patógeno que causa una IAAS. Su capacidad de desencadenar una infección depende de su virulencia, patogenicidad, dosis infecciosa e infectividad. Reservorio es un lugar en el que el agente infeccioso puede sobrevivir, conservando o no la capacidad de multiplicarse. Algunos reservorios comunes en centros de atención en salud son personas con enfermedades infecciosas y dispositivos o equipamientos médicos contaminados (usualmente llamados vehículos)



3.1. Puerta de entrada:

Se refiere al sitio por el cual el microorganismo ingresa al hospedero susceptible, quien debe proveer condiciones para que el microorganismo pueda sobrevivir, multiplicarse y dejar que sus toxinas y otros factores de patogenicidad actúen. Las principales puertas de entrada son el aparato respiratorio superior, el sistema digestivo y las soluciones de continuidad de la piel, además del transporte de agentes por instrumentos invasivos hacia cavidades o tejidos normalmente estériles.

3.2. Hospedero/huésped susceptible:

Este es el eslabón final de la cadena. Para que el microorganismo logre infectar al hospedero y causar enfermedad tendrán que darse factores constitucionales, genéticos, inmunitarios y otras características inespecíficas del individuo.

Todos ellos contraponen al huésped la capacidad de combatir o limitar la infección o sucumbir ante la invasión de microorganismo.

3.3. El agente infeccioso:

Es un patógeno que causa una infección. Su capacidad de desencadenar una infección depende de su virulencia, patogenicidad, dosis infecciosa e infectividad.

3.4. Reservorio:

Lugar en el que el agente infeccioso puede sobrevivir, conservando o no la capacidad de multiplicarse. Algunos reservorios comunes en centros de atención en salud son personas con enfermedades infecciosas y dispositivos o equipamientos médicos contaminados (usualmente llamados vehículos).

Hay tres tipos de reservorios humanos:

1. Personas enfermas (con signos y síntomas de la enfermedad).
2. Personas colonizadas (albergan un agente infeccioso, pero no presentan la infección).
3. Portadores (están infectados, pero no muestran signos o síntomas; pueden transmitir la infección a otros).

3.5. Puerta de salida:

Sitio por el cual el microorganismo deja el hospedero, que suele corresponder al sitio donde se localiza habitualmente el agente. Las principales puertas de salida son el aparato respiratorio superior, el sistema digestivo inferior y las soluciones de continuidad colonizadas o infectadas.

3.6. Mecanismo o vía de transmisión:

Vía o componente por el cual el microorganismo se traslada desde la puerta de salida del reservorio hasta la puerta de entrada del hospedero susceptible. Los principales mecanismos de transmisión de las IAAS son (véanse ejemplos de infección según mecanismo de transmisión en el capítulo Precauciones adicionales según vía de transmisión).

IV. MODOS DE TRANSMISIÓN DE UNA IAAS

4.1. TRANSMISIÓN POR CONTACTO

El contacto es el modo de transmisión de IAAS más importante y frecuente; se divide en tres subgrupos: contacto directo, contacto indirecto y transmisión por gotitas.

La transmisión por contacto directo, como su nombre lo indica, implica contacto directo entre superficie corporal y superficie corporal, así como la transferencia física de microorganismos entre un huésped susceptible y una persona infectada o colonizada. Por ejemplo, algunas instancias en que se produce contacto directo son cuando un enfermero(a) voltear a un paciente, dar un baño a un paciente o realizar otras actividades de cuidado del paciente que requieren contacto personal directo. También puede darse transmisión por contacto directo entre dos pacientes.

La transmisión por contacto indirecto involucra el contacto entre un huésped susceptible y un objeto intermedio, habitualmente inanimado, como es el caso de instrumental contaminado, agujas, apósitos o guantes contaminados, que no se cambian entre pacientes.

La transmisión por gotitas ocurre cuando un reservorio humano genera gotitas. Principalmente al toser, estornudar o hablar, o durante la realización de ciertos procedimientos como una broncoscopia. La transmisión ocurre cuando la persona infectada expulsa gotitas con patógenos a través del aire y estas se depositan en el cuerpo del huésped, a menos de 1 metro de distancia.

4.2. TRANSMISIÓN AÉREA

La transmisión aérea ocurre por diseminación ya sea de núcleos en el aire (partículas pequeñas, de tamaño o descamaciones cutáneas, los que pueden ser inhalados por pacientes en la misma sala o incluso a distancias mayores del paciente emisor, dependiendo de factores ambientales. Para prevenir la transmisión aérea se utilizan sistemas especiales de ventilación. Algunos de los microorganismos que se transmiten de esta manera son: *Mycobacterium tuberculosis*, y los virus de la rubéola y varicela.

4.3. TRANSMISIÓN POR VEHÍCULO

La transmisión por vehículo se aplica a microorganismos que se transmiten vía objetos contaminados, como alimentos, agua, medicamentos, dispositivos y equipamientos médicos, juguetes y productos biológicos como sangre, tejidos u órganos.

4.4. TRANSMISIÓN POR VECTOR

La transmisión por vectores ocurre cuando vectores como mosquitos, moscas, ratas y otras alimañas transmiten microorganismos. La transmisión puede darse a través de la contaminación simple vía vectores animales o artrópodos, o su penetración bajo la piel o membrana mucosa. Esta vía juega un rol menor en la transmisión de IAAS.

V. ESTRATEGIAS PARA PREVENIR LA GENERACIÓN DE IAAS: CONFORMACIÓN DE COMITÉS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVE)

La conformación de grupos selectos de personas que dispongan de tiempo (médicos epidemiólogos, internistas, intensivistas, infectólogos, bioquímicos, enfermeras u otros), con conocimientos y compromiso para la defensa intra y extra hospitalaria del ingreso de agentes patógenos, o la generación de factores de riesgo o la minimización de posibilidades y vías de contagio, hasta ahora se ha constituido como una de las principales estrategias para lidiar con una amenaza silente pero que ahora convive con nosotros.

Los comités de vigilancia epidemiológica cumplen con objetivos claros en post de esta finalidad:

- Disminuir el riesgo de adquirir Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) tanto en los pacientes como en el personal de salud.
- Contribuir a mejorar la calidad de la atención hospitalaria y materializar con la máxima eficiencia los objetivos del Control y Prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).
- Planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de los Sub comités a su cargo.
- Garantizar el sistema de vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).
- Definir la magnitud de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) y de la mortalidad por esta causa, determinando servicios y localización de infecciones más frecuentes y los factores de riesgo asociados.
- Establecer prioridades entre los problemas de infecciones y de mortalidad identificados, definir estrategias de prevención y control para aquellos problemas considerados de primer orden dentro del hospital.
- Elaborar las normas y procedimientos para la prevención de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), sobre la base de las indicaciones nacionales, ajustadas a las condiciones institucionales.
- Mantener actualizados los aspectos microbiológicos relacionados con las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), en especial los mapas microbianos por servicios. La sensibilidad y resistencia a los antimicrobianos en uso, que debe ser la base para el desarrollo de una política adecuada de racionalización en el uso de los antibióticos, antisépticos, y desinfectantes.
- Sistematizar la atención médica integral del equipo de salud del hospital, controlando los riesgos laborales (biológicos) en el medio hospitalario, con el fin de disminuir la morbilidad por estas causas, exigiendo el cumplimiento de los programas de vacunación establecidos y otros que se determinen en el plan de acción diseñado a partir de la realización del Análisis de Situación de Salud.
- Controlar que en el hospital se garantice el saneamiento ambiental básico.

VI. FUNCIONES DEL COMITÉ DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Su función principal es la de generar el consenso institucional necesario para implementar las intervenciones, considerando los recursos necesarios y tomando decisiones consensuadas entre sus integrantes para mejorar y jerarquizar la prevención y el control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS).
- Trabajar en forma coordinada con los miembros del sub comité de Bioseguridad y Gestión de residuos, con miembros del subcomité de IAAS, con los miembros del Subcomité de Farmacovigilancia y con el Comité de análisis de Información, además de las distintas áreas del HOSPITAL, servir como guía y proporcionar recomendaciones marco para su readecuación a cargo de los jefes de departamento y unidades.
- Dirigir los esfuerzos al progreso del control de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en la institución, analizar los problemas detectados y proponer soluciones.
- Participa en las reuniones institucionales y estar atento a sucesos nacionales e internacionales relacionados con la salud; y a las indicaciones o sugerencias de las autoridades en el Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial la Salud (OMS).
- Elaborar documentos marco (normas, guías, políticas) sobre la prevención y control de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) en pacientes y personal.
- Intervenir en las siguientes áreas de su competencia: sistemas de vigilancia epidemiológica de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), políticas de esterilización, desinfección y antisepsia; sistema de aislamiento de pacientes infectados; políticas de uso de antibióticos; prevención de infecciones en el personal; prevención y evaluación de las infecciones asociadas a procedimientos Invasivos, manejo de los brotes epidémicos; evaluación de nuevos procedimientos de diagnóstico y tratamiento.
- Periódicamente realizar un Diagnóstico de Situación de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), planificar y evaluar políticas de intervención.

VII. RESPONSABILIDADES DE COMITÉS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- La responsabilidad principal del Comité de vigilancia epidemiología, es generar el consenso necesario para implementar las medidas de control y prevención de infecciones. Esto incluye recomendar a la Dirección de la Institución y a la Sub dirección Administrativa los recursos humanos, físicos y los insumos necesarios para cumplimiento de las acciones del comité de vigilancia epidemiológica institucional.
- En las reuniones, se analizarán las tendencias de las Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS) a lo largo del tiempo, los microorganismos aislados y la sensibilidad a antibióticos. Asimismo, se acordarán los proyectos prioritarios, según las necesidades institucionales, la programación sobre vigilancia, las guías y protocolos que se desarrollarán o adaptarán, la política pos exposición para el personal y las acciones de educación a equipos de salud, pacientes y familiares. Además, se analizarán todos los temas emergentes que requieran tratamiento del comité y aquellos que deban desarrollarse de modo continuo en la institución para lograr los objetivos propuestos por el Comité.
- El Comité de Vigilancia epidemiológica es la autoridad máxima de la organización relacionada con la vigilancia, prevención y control de infecciones, da un marco y sostén político-administrativo al subcomité de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud (IAAS), reporta directamente al Director de nuestra Institución, regula toda la actividad vinculada con la epidemiología hospitalaria, aprueba y evalúa el desarrollo del programa de control de infecciones, y su actividad tiene implicancias éticas y legales.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS; Carga mundial de infecciones asociadas a la atención sanitaria: Disponible en el URL. https://www.who.int/gpsc/country_work/burden_hcai/es.
2. Organización Panamericana de la Salud; Vigilancia epidemiológica de las Infecciones asociadas a la atención de la salud. Módulo III: Información para gerentes y personal directivo; PAHO, ISBN: 978-92-75-31688-7; Disponible en el URL: <https://lris.paho.org/handle/10665.2/3270>.
3. Akeau Unahalekhaka et al.: Control básicos de control de infecciones, IFICC USA -2011, págs. Inext.
4. JOIN COMMISSION INTERNATIONAL. Estándares de acreditación para hospitales. Prevención y control de infecciones. 5ª ed. 2014:165-177.

5. Ticona H, Zambrana J, Lima Z, Velasco M, Adrián M, Comité de Vigilancia Epidemiológica Institucional. Edt. INT, Ed, Propia, Bolivia 2018, págs., Inext.
6. Maimone, Stella. CODEINEP. Comité de Control de Infecciones. Disponible en: http://codeinep.org/wp-content/uploads/2017/02/comite_2015.pdf.
7. Durlach R; Del Castillo, M. Comité de control de Infecciones Epidemiología y control de infecciones en el hospital. 1ª edición. Ed. de la Guadalupe, 2006:3-4.
8. Barker DIP, Couper C. Rose G, Epidemiology in Medical Practice. NewYork: Churchill Livingstone, 1998.
9. Ostrowsky B. Epidemiology of Health care-Associated Infections, In: Bennett & Brachman's Hospital Infections. 5th edition. Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia. 2007: 3-23.
10. Doshi RK. Patel G, MacKay R, Wallach F. Health care-Associated Infections: Epidemiology, Prevention, and Therapy. Mount Sinai J Med 2009; 76: 84—94.
11. Klevens RM. Edwards JR, Richards CL, Horan TC, Gaynes RP, Pollock DA, et al. Estimating Health Care-Associated Infections and Deaths in U.S. Hospitals, 2002. Public Health Reports 2007; 122: 160-166. http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/hicpac/infections_deaths.pdf [Accessed July 8, 2011]
12. Rosenthal VD, Maki DG Jamulitrat S, Medeiros ED, Todi SK, Gomez DY, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009. Amer J Infect Control 2010; 38:95-106.
13. Scott RD II. The Direct Medical Costs of Health care-Associated Infections in U.S. Hospitals and the Benefits of Prevention. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2009. http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/Scott_CostPaper.pdf [Accessed July 8, 2011]

PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES

Dr. Luis Fernando Vega Torrez

**JEFE DE LA UNIDAD DE PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES
PROMOCION DE LA SALUD**

INTRODUCCIÓN. -

Promoción de la Salud es un proceso que proporciona a la población los medios necesarios para ejercer mejor y mayor calidad de vida y control sobre su salud. Su desafío consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo.

Frente a una actitud pasiva, la promoción de la salud propone una actitud activa donde las personas participan, se movilizan, se implican y se responsabilizan de su salud.

Consiste en fomentar en la persona la responsabilidad política, social, individual, para el mejoramiento de la salud de las personas y mejoramiento de ambientes. Su finalidad es lograr que existan personas y familias saludables en comunidades saludables. El proceso que tiene la Promoción de la salud, también es lograr un desarrollo completo a lo largo de la vida.

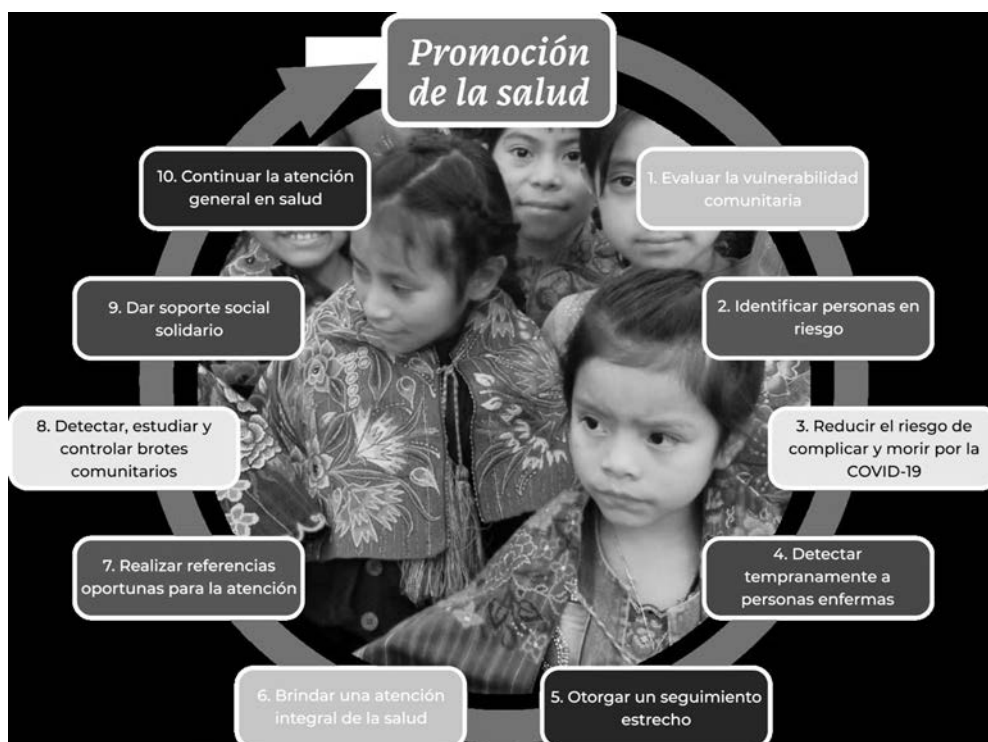
Objetivos de la Promoción de la Salud:

- Disminuir los riesgos.
- Transformar de forma positiva las condiciones de vida
- Fomentar la toma de decisiones de la sociedad sobre su salud.
- Mejorar las condiciones de vida de una población.

La aparición de la pandemia de COVID 19, está llevando a un reposicionamiento del accionar de la promoción de la salud y coloca en tela de juicio las estructuras políticas y económicas predominantes en el mundo actual, lo que puede permitir el surgimiento de nuevas formas de organización social para que los habitantes de los distintos países puedan alcanzar mejores condiciones de vida.

La pandemia de COVID-19, es un problema social y especialmente de salud cuya aparición ha permitido destacar la circulación de otras epidemias concurrentes que están afectando a la población y la crisis socioeconómica y estructural presente en distintos países. Su atención está básicamente orientada a contrarrestar la enfermedad, mediante medidas de intervención a nivel comunitario para disminuir la propagación del virus y prevenir nuevos contagios.

Este contexto, permite plantear la promoción de salud como fundamento para repensar los procesos de educación de la población para la valoración de su salud a partir de diferentes enfoques de la promoción de salud; las orientaciones que han tenido las políticas de salud desarrolladas durante la aparición de las pandemias ocurridas en el mundo en diferentes momentos; los desafíos a los cuales se enfrentan los países y los comportamientos sociales que se están observando durante la actual pandemia. Con estos antecedentes se esbozan algunas lecciones aprendidas desde los aspectos político, científico y social y se plantean unas consideraciones generales, desde el escenario que nos presenta COVID-19, sobre la importancia de asumir la salud como derecho y deber social y la promoción de la salud como proceso que permita a los individuos y las comunidades desarrollar estrategias de aprendizaje para proteger su salud y actuar sobre sus determinantes sociales; igualmente, se destacan elementos de los procesos comunicacionales que se encuentran directamente relacionados con la promoción de la salud para orientar la vida de los ciudadanos.



ANTECEDENTES

ALMA ATA, 1978

En 1978 la Conferencia Internacional celebrada en Alma Ata (antigua URSS) bajo los auspicios de la OMS y la UNICEF formuló una declaración sobre la Atención Primaria de Salud. Según esta declaración, la AP “presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios. Comprende, como mínimo, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de prevención y de lucha correspondientes, la promoción del suministro de alimentos y de una alimentación apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con la inclusión de la planificación de la familia, la inmunización, etc. Esto permitió un impulso muy positivo a la reforma de los servicios de asistencia de primer nivel.

En 1981 la Asamblea Mundial de la Salud adoptó un objetivo global de “Salud para todos en el año 2000”. Las seis ideas básicas subyacentes en la propuesta son: Equidad para reducir las desigualdades entre las naciones y dentro de las mismas naciones, Promoción de la salud y prevención de la enfermedad para permitir a la población el uso máximo de su capacidad física, mental y emocional, Cooperación intersectorial, fomentando políticas saludables y reduciendo riesgos en el entorno físico, económico y social, Atención primaria de salud como foco del sistema de asistencia sanitaria, Cooperación internacional frente a los problemas que superan las fronteras estatales, como la contaminación o el comercio de productos peligrosos, Participación comunitaria para alcanzar objetivos comunes que requieren una comunidad informada, motivada y activa. Esta nueva orientación de la salud pública va más allá de sus elementos biológicos y reconoce la importancia de los aspectos sociales de los problemas de salud ligados a los estilos de vida.

OTTAWA, 1986

En la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud (Ottawa, 1986), se consolidaron importantes avances conceptuales, recogidos en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud.

Tres acciones específicas:

1. Abogar por la salud
2. Capacitar a las personas para alcanzar su potencial de salud

3. Mediar entre intereses divergentes a favor de la salud

Cinco ámbitos de aplicación:

- I. La elaboración de políticas saludables que tengan en consideración la salud en todos los sectores y que se valga de diferentes métodos (educación, legislación, política de precios, etc.). Esta política es la base de las restantes medidas.
- II. La creación de entornos saludables, teniendo en cuenta la organización social del trabajo, la producción de energía y la urbanización de modo que ofrezcan condiciones saludables desde el punto de vista físico y psicosocial.
- III. El refuerzo de la acción comunitaria. La participación de la comunidad es indispensable para mejorar el nivel de salud de los individuos y afrontar sus problemas.
- IV. El desarrollo de aptitudes individuales mediante información y educación en materia de salud. Estas aptitudes deberán adquirirse durante toda la vida a través de la familia, la escuela, el trabajo, los medios de comunicación y, en especial, los servicios de salud.
- V. La reorientación de los servicios sanitarios para que la promoción de la salud se vaya desarrollando progresivamente sin desatender sus obligaciones de prevención y asistencia. Esto implica cambios en la formación de los profesionales y en la organización de los servicios y requiere investigaciones sobre salud, pero sobre todo un cambio importante de actitud.



ADELAIDA, AUSTRALIA, 1988.

En ella se desarrolló lo acordado en Ottawa, con especial énfasis en los puntos específicamente relacionados con los aspectos políticos. El documento titulado “Recomendaciones de Adelaida” define la política que lleva a la salud como la que se preocupa explícitamente por conseguir la salud y la equidad a través de todos los campos (agricultura, comercio, educación, industria, trabajo, etc.) Se reconoce la necesidad de hacer participar a muy distintas entidades sociales, gubernamentales o no, así como a la industria, las asociaciones, los sindicatos, el comercio y la iglesia en las actividades de los servicios sanitarios.

Como campos de acción política inmediata la conferencia fijó los siguientes:

Implicar a las mujeres como primeras promotoras de salud, apoyando sus organizaciones, mejorando su información y educación y garantizando su autodeterminación en materia de salud en lo relacionado con la natalidad, el cuidado de los niños y el hogar y la asistencia sanitaria.

Desarrollar una política alimentaria que garantice alimentos sanos en la cantidad necesaria y que sean aceptables culturalmente.

Adoptar medidas para reducir el consumo de tabaco y alcohol modificando cultivos y realizando los necesarios ajustes en aquellos países en que estos cultivos representen importantes ingresos.

Trabajar los servicios sanitarios junto con los grupos ecologistas para conseguir un ambiente saludable, libre de los factores físicos, químicos y biológicos nocivos para la salud, y considerar la importancia de la conservación de los recursos no renovables y del desarrollo sostenible.

SUNDSWALL (SUECIA) 1991.

La Conferencia de Sundswall (Suecia) sobre Promoción de la Salud desarrolló el objetivo de “Salud para todos en el año 2000” elaborado en Jomtien ese mismo año, en lo que ha sido la primera conferencia global sobre promoción de la salud. Reunió a personas, organismos e instituciones de 81 países.

El mundo industrializado necesita pagar la deuda ambiental y humana que ha acumulado por la explotación del mundo en desarrollo.

Como resumen pueden aceptarse tres imperativos básicos:

1. Reducir la actividad económica y tecnológica ajustándola al desarrollo sostenible.
2. Crear ambientes de apoyo en sus dimensiones social, política y económica.
3. Aumentar la equidad.

Los principios fundamentales de la vida sostenible son:

Respetar y cuidar la biosfera, conservando su vitalidad y diversidad.

Mejorar la calidad de la vida humana, mediante el saneamiento ambiental, la educación, la libertad, la seguridad y el respeto a los derechos humanos.

Reducir al mínimo el consumo de los recursos no renovables y reciclar todo lo posible.

Mantener el desarrollo dentro de la capacidad de la Tierra para suministrar materias primas y absorber residuos.

Cambiar actitudes, conductas y valores hacia el desarrollo y el consumo, sobre todo en las personas y países más favorecidos.

Responsabilizar a las comunidades para una acción más inmediata, de tipo intersectorial.

Establecer una alianza global internacional.

La declaración fue remitida a la Conferencia de Naciones Unidas sobre Ambiente y Desarrollo, llamada Cumbre de la Tierra que tuvo lugar en 1992 en Río de Janeiro, con el fin de que la tuvieran en cuenta en sus debates.

JAKARTA (1997) Y MEXICO (2000).

En Jakarta se establecieron las prioridades para el siglo XXI:

Promover la responsabilidad social
Aumentar la inversión en salud
Estimular asociaciones multisectoriales
Aumentar la capacidad de la comunidad
Garantizar la infraestructura necesaria
Llamar a la acción

Como puede verse a través de las conferencias sobre promoción de la salud cuyos documentos finales hemos comentado y de otras muy directamente relacionadas con ellas, la salud es hoy un tema central de preocupación en el mundo, que afecta no sólo a los servicios sanitarios sino a la política global mundial y a la propia de cada país. Ahora bien, es preciso que estas hermosas declaraciones de principios se conviertan en decisiones políticas concretas en los más diversos sectores implicados y en una acción coordinada entre ellos en todos los niveles.

DECLARACION DE SHANGAI (2016)

Del 21 al 24 de noviembre de 2016 ha tenido lugar en Shanghái (China) la Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, organizada conjuntamente por el Gobierno de China y la OMS. De la reunión ha salido la Declaración de Shanghai sobre la Promoción de la Salud que puede ser un referente de los temas de actualidad que se están discutiendo en Promoción de la Salud.



La Declaración reconoce que la salud y el bienestar son fundamentales para el desarrollo sostenible: “Reafirmamos que 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. Estamos determinados a no dejar a nadie atrás”. Para ello:

- Hay que adoptar decisiones políticas audaces en pro de la salud. Estamos ante un nuevo contexto mundial para la promoción de la salud. La salud de las personas ya no se puede desligar de la salud del planeta, y el

crecimiento económico por sí mismo no garantiza la mejora de la salud de una población. Las inaceptables desigualdades sanitarias requieren la acción política en muchos sectores.

- La buena gobernanza es esencial para la salud. Las políticas en pro de la salud y la justicia social benefician a toda la sociedad.
- Las ciudades y las comunidades son entornos esenciales para la salud. La salud es el producto de la vida diaria, esto es, de los barrios y las comunidades donde la gente vive, ama, trabaja, compra y juega.
- Los conocimientos sanitarios empoderan y fomentan la equidad. Los conocimientos sanitarios empoderan a las personas y posibilitan su participación en iniciativas colectivas de promoción de la salud.
- Hacen un llamamiento a la acción. Reconocen que la salud es una opción política, y hay que contrarrestar los intereses perjudiciales para la salud y eliminar los obstáculos al empoderamiento.

Pero la salud también depende de nuestro estilo de vida y de nuestras decisiones al elegir salud, y por ello han publicado la infografía 12 consejos para gozar de buena salud.



BIBLIOGRAFIA.

- COSTA, M. y LÓPEZ, E. (2005). Educación para la Salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. En: GAVIDIA V, TALAVER M. (2012). "La construcción del concepto de salud". Didáctica de las ciencias sociales y experimentales. Nro. 26, 161-175.
- CHOPRA, M, FORD, N. (2005). "Scaling up health promotion interventions in the era of HIV/AIDS: challenges for a rights based approach". Health Promotion International. Volumen 20, N° 4, 383-390 doi:10.1093/heapro/dai018
- EPP J. (1996). Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud en Organización Panamericana de la Salud. Promoción de salud; una antología. Washington D.C: OMS

GÉNERO Y VIOLENCIA

Lic. Nery Salas Contreras
RESP. DEPARTAMENTAL DE GÉNERO Y VIOLENCIA

ANTECEDENTES

La pandemia de COVID-19, es considerado también como un problema social cuya aparición ha permitido destacar la circulación de otras epidemias concurrentes que están afectando a la población.

Así mismo la pandemia ha generado un incremento significativo de casos de violencia y otras tipologías en la familia constituyéndose en una voz de alarma.

Ante la tendencia de la curva de contagios próximos a la cuarta ola de COVID-19 en el departamento, es necesario prever acciones de promoción de buenos hábitos y buen trato que incluyan como estrategia para contribuir a mejorar la calidad de vida.

Por consiguiente, con el fin que los derechos de las personas en situación de alguna de las formas de violencia sean respetados, se promueve en los establecimientos de salud la identificación, atención y referencia a los sistemas de protección.

En el marco de la PROMOCION DE LA SALUD Y LA DECLARACION DE SHANGHAI (2016) el Área de Género-Violencia establece lineamientos frente al COVID 19 estratégicos en base a tres pilares:

La buena gobernanza es esencial para la salud. Las políticas en pro de la salud y la justicia social benefician a toda la sociedad.

Las ciudades y las comunidades son entornos esenciales para la salud. La salud es el producto de la vida diaria, esto es, de los barrios y las comunidades donde la gente vive, ama, trabaja, compra y juega.

Los conocimientos sanitarios empoderan y fomentan la equidad. Los conocimientos sanitarios empoderan a las personas y posibilitan su participación en iniciativas colectivas de promoción de la salud.

El objetivo fundamental es la de desarrollar acciones integrales de promoción del buen trato y prevención de casos de violencia en la familia en el marco de competencias y medidas en salud a nivel departamental a través de:

- Establecer mecanismos de difusión de información en la promoción del buen trato para la prevención de la familia en el marco de las medidas en salud pública y ley 348.
- Socializar contenidos de prevención de violencia al personal de salud con énfasis de derechos y atención a la familia.
- Promover la coordinación interinstitucional con Sistemas de Protección orientados a la restitución de derechos en los diferentes grupos etarios

Cuyas acciones operativas contemplan:

- Difusión de información en la promoción del buen trato para la prevención de la familia en el marco de las medidas en salud pública y ley 348. (reproducción de material)
- Socialización de contenidos de prevención de violencia al personal de salud con énfasis de derechos y atención a la familia.
- Alianzas estratégicas con instancias que desarrollan acciones en la temática

SITUACION ESTADISTICA

El problema de violencia de acuerdo a reportes de informes departamentales, nacionales e internacionales 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 autointerpersonal 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.

A nivel departamental el reporte de violencias por grupos de edad y sexo correspondiente a gestiones 2018, 2019 y 2020 relacionados a la violencia en la familia: masculino 74, femenino 227, y violencia sexual masculino 15, femenino 74, 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

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 (Ley 348)

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 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

 MINISTERIO de SALUD		
<u>CERTIFICADO ÚNICO PARA CASOS DE VIOLENCIA EN EL MARCO DE LA LEY 348</u>		
En el establecimiento de salud: _____ de _____ nivel de la Red de Salud: _____ Ubicado en: _____ de la Ciudad/Localidad: _____ Municipio: _____ Provincia: _____ Departamento: _____ El/La proveedor (ra) _____ Matricula 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

Anamnesis:

Fecha y Hora de la Agresión:					Lugar en que ocurrió el hecho: Hogar ☐ Centro de diversión ☐ Escuela ☐ Desconoce ☐ Trabajo ☐ Propiedad Pública ☐ Propiedad Privada ☐ Vehículo automotor ☐ Vía Pública ☐ Otros ☐				
Día	Mes	Año	Hora	Min	Si el agresor se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes SI ☐ NO ☐ Desconoce ☐				
Si la víctima se encontraba bajo el influjo de sustancias embriagantes, en lo posible indagar que sustancia SI ☐ NO ☐ Desconoce ☐					Efecto referido: Estimulación de SNC ☐ Depresión del SNC ☐ Alucinaciones ☐ No específica ☐				
Número de personas que le agredieron					Si el presunto agresor (a) es conocido SI ☐ NO ☐				
Si el agresor la agredió físicamente SI ☐ NO ☐					Si hubo forcejeo o defensa SI ☐ NO ☐				
Si el agresor resultó lesionado SI ☐ NO ☐					Si en el hecho existió violencia a nivel de las vestiduras SI ☐ NO ☐				
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	DEFINICIÓN
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: • 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 hematóidina) y; • 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: _____

DIAGNOSTICO

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 lesión

**BIBLIOGRAFIA**

1. 348 Ley integral para garantizar a las Mujeres una Vida Libre de Violencia
2. Ley 1173
3. Caja de herramientas para la atención de la violencia en los servicios de salud
4. Plan departamental de Salud SEDES L.P.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

Lic. Wara Quispe Fernandez
RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

II. 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.

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 los diferentes grupos vulnerables (menores de 5 años, mujeres gestantes y en periodo de lactancia, adultos mayores), continúa siendo uno de los problemas de salud y nutrición 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 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,), las distintas Unidades y áreas del SEDES y los diferentes Gobiernos Autónomos Municipales.

OBJETIVO

El objetivo general del Área de Alimentación y Nutrición está orientado a la Reducción - Prevención de la Malnutrición de los diferentes grupos vulnerables, dando énfasis a los niños/ niñas menores de 5 años con prioridad en menores de 2 años implementando intervenciones integrales y multisectoriales a nivel departamental y municipal, estableciendo mecanismos transparentes de evaluación y monitoreo a las intervenciones multisectoriales, fortaleciendo la capacidad y participación comunitaria.

IV. LINEAS ESTRATEGICAS DEL AREA DE ALIMENTACION Y NUTRICION

A) EMBARAZO, PUERPERIO Y LACTANCIA MATERNA.

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 materna 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 de la mujer incrementan aún 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 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

ALIMENTO COMPLEMENTARIO PARA LA MUJER EMBARAZADA Y PUERPERA

Desarrollar un complemento nutricional que contribuya a disminuir los efectos negativos y/o optimizar el estado nutricional de manera integral durante la etapa de gestación y lactancia con nutrientes escasos y/o críticos para la madre, el feto y el niño.

OBJETIVO DEL NUTRIMAMÁ

FORMA DE PREPARACION

- Producto instantáneo en polvo, no necesita cocción y es fácilmente digerible.
- La ración diaria es de 27 gramos del producto diluidos en 150 mililitros de agua fría o tibia previamente hervida o jugos de frutas naturales.

B) ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

La Iniciativa Amigos de la madre IAMN, promueve la implementación de pasos hacia una lactancia materna exitosa y de esta manera contribuye en la mejora de la salud materno-infantil. Los once pasos se deben seguir aplicando la norma técnica de la Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez y el Manual de acreditación de amigos de la madre y la niñez (para I, II y III Nivel de atención) (IAMN)





LEY 3460 “FOMENTO A LA LACTANCIA MATERNA Y CONTROL DE COMERCIALIZACION DE SUCEDANEOS

El Ministerio de Salud y la Dirección General de Promoción de la Salud, a través de la Unidad de Alimentación y Nutrición emite el “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 Sucédáneos”, 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.

C) 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 adecuado en cantidad y calidad para cubrir las necesidades nutricionales de su acelerado crecimiento y desarrollo.

También debe ser variada y balanceada nutricionalmente, para que el/la niño/a conozca distintos sabores, olores, texturas, temperaturas, colores y consistencia de los alimentos, de esta manera, se define sus gustos, preferencias o rechazos, a su vez ser organizada (respetar los horarios de comida).

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

Debe empezar a comer en su propio plato, la introducción de nuevos alimentos 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, siendo la consistencia semisólida (papillas o purés) y posteriormente sólidas y picadas (comida de la olla familiar).

- PRIMERA SEMANA DE INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA
Dar papa o camote aplastados y mezclados con leche materna
Se debe alimentar por lo menos 2 veces al día, 3 cucharas rasas, en cada comida
- SEGUNDA SEMANA
Mantener las indicaciones de la primera semana
Agregar cereales aplastados
Agregar fruta raspada (plátano, manzana, pera, papaya)

- **TERCERA SEMANA**
Introducir trozos pequeños de zapallo, zanahoria, remolacha (mezclados con leche materna)
- **CUARTA SEMANA**
Dar carnes: pollo, res (tamaño del puño del niño) de forma triturado, raspado, mezclado con los alimentos ya conocidos.

VARIEDAD Y FRESCURA DE LOS ALIMENTOS

- o Es importante variar los alimentos de la dieta.
- o Los alimentos deben consumirse rápidamente después de su preparación. NO SE LOS DEBE GUARDAR

ALIMENTACION ACTIVA Y PERCEPTIVA

- o LA madre o cuidadora del niñ@ debe dedicar tiempo a la alimentación, estar con el niñ@ hasta que termine su comida.

ALIMENTO COMPLEMENTARIO (NUTRIBEBE)



El Nutribebe no reemplaza una alimentación complementaria adecuada, la enriquece con micronutrientes.

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

D) SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

VITAMINA "A"



El personal de Salud tiene la responsabilidad de administrar la vitamina A desde los 6 meses de vida del niño. Según esquema se debe entregar en cada establecimiento de salud

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)

- Verificar en el CS 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.

CHISPITAS NUTRICIONALES



- 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

Indicar a la madre que las chispitas Nutricionales deben ser consumidas durante 60 días seguidos, un sobre cada día. Se debe explicar cuidadosamente la manera correcta de prepararlas y administrarlas al niño@

Se debe hacer un control estricto sobre el consumo adecuado, con estrategias que cada establecimiento sea responsable.

E) COMPLEMENTO NUTRICIONAL PARA ADULTOS MAYORES

Es importante para:

- Proporcionar nutrientes escasos pero necesarios en este grupo
- Mitigar limitado acceso de alimentos de alto valor nutritivo.

FORMULACIÓN DEL ALIMENTO COMPLEMENTARIO

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, fosforo.
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.

DENTRO DE PATOLOGIAS ESPECÍFICAS SE RECOMIENDA:

- La composición del producto Carmelo no contiene azúcar, por lo cual no está contraindicado en pacientes diabéticos, sin embargo, se recomienda fraccionar la dosis.
- La concentración de proteínas y grasas que contiene el producto Carmelo no excede los valores requeridos en pacientes Obesos e Hipertensos, por lo que no se constituye en contraindicación para su administración.

BENEFICIARIO	TIEMPO DE ENTREGA	RECOMEDACION DE CONSUMO	DOSIS
Sin patología de base	1 Bolsa Cada mes	30g del producto en 150 ml de agua	1 toma al dia
Con Desnutrición	1 Bolsa Cada mes	15g del producto en 150 ml de agua	1 toma al día durante una semana cuando es la primera entrega
		30g del producto en 150 ml de agua	1 toma al día desde la segunda entrega
Con sobre peso, obesidad	1 Bolsa Cada mes	30g del producto en 150 ml de agua	1 toma al día a media mañana o a media tarde
Con Hipertensión	1 bolsa Cada mes	15g del producto en 150 ml de agua	1° toma a media mañana
			2° toma a media tarde
Con diabetes	1 Bolsa Cada mes	15g del producto en 150 ml de agua	1° toma a media mañana
			2° toma a media tarde
CONTRAINDICADO:			
1) INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y/O CRONICA			
2) INSUFICIENCIA HEPATICA AGUDA Y/O CRONICA			

Entrega en el establecimiento de salud de primer nivel, más cercano a su domicilio o comunidad.

F) 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 Usuarías, Consumidoras y Consumidores del país, se aplica al aceite vegetal para consumo humano en los siguientes tipos: aceite comestible de soja, aceite comestible de algodón, aceite comestible de girasol, aceite de maíz, aceite comestible de mezcla de soja y algodón, aceite comestible de mezcla de soja y girasol sea de fabricación nacional, importada o de donación y quede incluida en las siguientes partidas arancelarias.

G) VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA 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 su estado nutricional (si presenta algún problema nutricional: desnutrición, sobre peso, obesidad).

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.

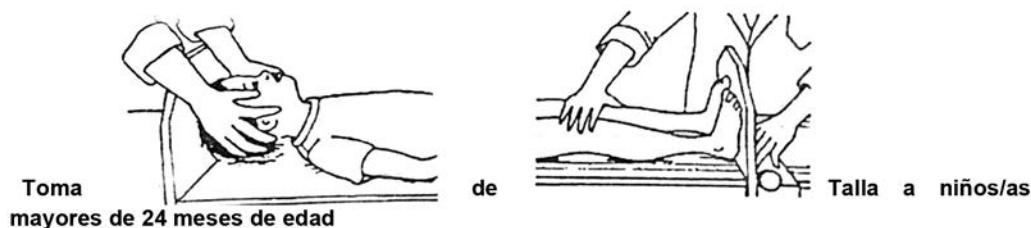
Si en los dos últimos controles el niño ha ganado peso y este se encuentra en la curva de estado nutricional normal, significa un crecimiento bueno por lo tanto se debe felicitar a la madre y alentar a que siga cuidando la alimentación de su hijo.

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 tallimetro.
- Asegúrese que el infantómetro o tallimetro. 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.



- 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 tallimetro 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.

I) MANEJO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA EN MENORES DE 5 AÑOS

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 re lactación 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.

ATLU (Alimento terapéutico listo para el uso) 	El ATLU es considerado como un medicamento para tratar la desnutrición aguda grave y moderada sin complicaciones	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	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.
---	---	--	--

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
Zinc (Suplementación terapéutica) 	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	Alimentos fuente de zinc como; Carnes y vísceras	Tratamiento talla baja: 45 comp.20 mg. 10mg/90 días Tratamiento diarrea: 14 comp. 20mg./ 14 días

H) UNIDADES DE NUTRICION INTEGRAL – UNI

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.

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.
- Ley 775 Alimentación Saludable
- 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
- Manual para la Implementación de la Iniciativa Amigos de la Madre y la Niñez

GESTIÓN PARTICIPATIVA EN SALUD

Dr. Carlos Eduardo Gutiérrez Choque

RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DEL ÁREA DE GESTIÓN PARTICIPATIVA

I. INTRODUCCIÓN.

La visión del SEDES menciona que 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 la 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*

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.

DEFINICION.

III. La Salud Familiar Comunitaria Intercultural 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, ejecución-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 políticas, 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.

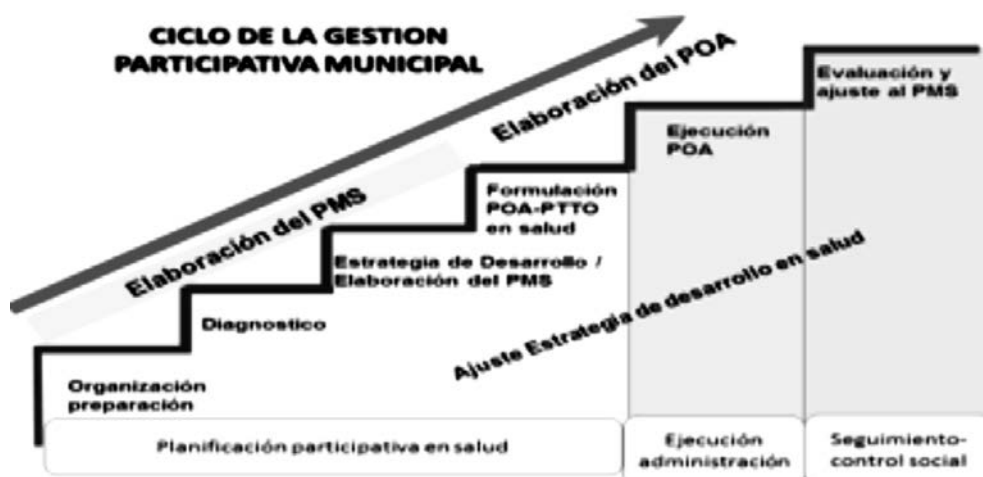
Su objetivo es plantear un conjunto de acciones para alcanzar metas definidas participativamente.

- 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 tarea 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.

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, también se socializa el proceso de elaboración del PMS, se identifica actores sociales (estructura social en salud) e institucionales a nivel Municipal.

2da. actividad: Conformación del Equipo Técnico Social de Salud, donde se socializa la información necesaria para la elaboración del PMS.

3ra. actividad: Organización del Equipo Técnico Social de Salud, donde se fortalece las capacidades técnicas del ETSS, y se elabora el Plan de trabajo del ETSS.

Deben lograrse los siguientes productos en esta 1ra. Etapa.

- La resolución de la Instancia Máxima de Gestión Local de Salud para implementar el proceso de 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, donde se realiza el diagnóstico institucional del servicio de salud y su área de influencia, diagnóstico de las determinantes sociales de salud desde la comunidad o barrio, se complementa las características de la interculturalidad y la medicina tradicional en la comunidad o barrio.

2da. actividad: Consolidación y complementación del diagnóstico situacional de salud del establecimiento y sus comunidades o barrios, donde se consolida la información de las 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, donde se consolida los diagnósticos situacionales de salud de los establecimientos y sus comunidades o barrios, se elabora el diagnóstico financiero en salud.

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:

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, 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, donde se propone proyecto, programa, líneas estratégicas de acción, misión, visión, objetivos y indicadores estratégicos.

2da actividad: Concertación participativa de la propuesta estratégica de desarrollo Municipal en salud donde se valida y complementa la estrategia de desarrollo Municipal de salud en la 1ra mesa Municipal de salud.

3ra actividad: Redacción del Plan Municipal o IOC de Salud, se realiza la descripción de los referentes de la estrategia de salud, incorpora el diagnóstico de salud del municipio y las necesidades y demandas sociales en salud, descripción de la estrategia de desarrollo municipal en salud, armonización del PMS al plan territorial de desarrollo integral, elaboración del presupuesto del PMS.

4ta actividad: Concertación participativa del Plan Municipal o IOC de Salud, presentación del plan municipal de salud en la 2da mesa municipal de salud, aprobación del PMS por la IMGLS.

5ta actividad: Aprobación y difusión del Plan Municipal o IOC de Salud, donde aprueba el consejo Municipal.

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.

No olvidar realizar el seguimiento y control social a la ejecución de proyectos a través de los POA durante los siguientes 5 años programados en el PMS, a través de mesas Municipales de Salud de seguimiento al cumplimiento del PMS de manera semestral.

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.

INTERSECTORIALIDAD EN SALUD

Dra. Olga Ramos Villca
RESPONSABLE ÁREA DE INTERSECTORIALIDAD

1. INTRODUCCIÓN

La política SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural). Es una política de salud, que 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 indígenas originarios campesinos 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.

Esta política consta de 4 principios:

- Participación social.
- Intersectorialidad.
- Interculturalidad.
- Integralidad.

La Intersectorialidad según la política SAFCI define como la intervención coordinada entre la población organizada y el sector salud, con otros sectores del estado, para actuar sobre las determinantes de salud.

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 de Intersectorialidad con el propósito de realizar acciones sobre las determinantes de salud.

En este marco, el Área de 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 población del Departamento de La Paz.

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 Prevención de Enfermedades.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. INTERSECTORIALIDAD

Con el Decreto Supremo N° 29 – 601 – Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural en el Artículo 3 inciso b. sobre Intersectorialidad.

Es la intervención coordinada entre la población y los diferentes sectores (salud, educación, saneamiento básico, producción, vivienda, alimentación), con el fin de actuar sobre las determinantes socioeconómicas de la salud en base a las alianzas estratégicas y programáticas, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas y necesidades identificadas.

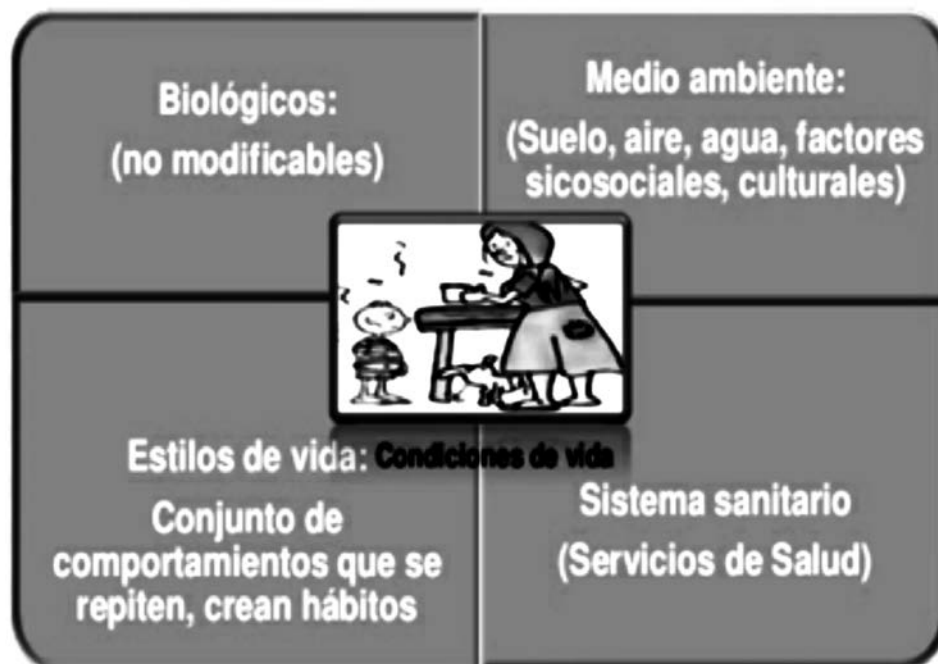


2.2. ALIANZAS ESTRATEGICAS

Son un conjunto de esfuerzos, recursos y capacidades de sectores (salud, educación, saneamiento básico y otros), instituciones públicas y privadas, dirigidas por la población organizada, para el logro de objetivos comunes en salud.



¿Qué es determinantes? Conjunto de factores tanto personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de la salud de los individuos o de las poblaciones.



2.3 LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

En 1974 se publicó el Informe de Lalonde donde se expuso, luego de un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedades de los canadienses, que se habían determinado 4 grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual y colectiva. Estos determinantes son:

- a) Medio Ambiente
- b) Estilos de Vida
- c) Biología Humana
- d) Atención Sanitaria
- a) **MEDIO AMBIENTE:** Relacionado a los factores ambientales físicos, biológicos, de contaminación atmosférica, de contaminación química, tanto del suelo, agua y aire, y los factores socio-culturales y psicosociales relacionados con la vida en común.
- b) **ESTILOS DE VIDA:** Relacionados con los hábitos personales y de grupo de la alimentación, actividad física, adicciones, conductas peligrosas o temerarias, actividad sexual, utilización de los servicios de salud.
- c) **BIOLOGIA HUMANA:** Relacionado a aspectos genéticos y con la edad de las personas.
- d) **LA ATENCION SANITARIA:** Que tiene que ver con la calidad, accesibilidad y financiamientos de los servicios de la salud que atienden a los individuos y poblaciones.

3. IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN:

A pesar de los adelantos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, son las acciones de prevención las más activas para conseguir una vida sana y digna.

Según las OMS define a la prevención como "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducciones de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas.

3.1 TIPOS DE PREVENCIÓN:

La OMS define tres niveles de prevención.

- a) Prevención primaria
- b) Prevención secundaria
- c) Prevención terciaria

a) PREVENCIÓN PRIMARIA

Es limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo.

b) PREVENCIÓN SECUNDARIA

Es la curación de los pacientes y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno.

Con el fin de reducir la prevalencia de la enfermedad. A enfermedades cuya historia natural comprende un periodo precoz de diagnosticar y tratar, además puede detenerse su progresión hacia un estadio más grave.

c) PREVENCIÓN TERCIARIA

Es reducir el proceso y las complicaciones de una enfermedad ya establecida y es un aspecto importante de la terapéutica y de la medicina de rehabilitación.

4. ÁREA DE INTERSECTORIALIDAD

Tiene la tarea general de establecer alianzas estratégicas con otros sectores para lograr la intervención coordinada sobre los determinantes de la salud que actúan desfavorablemente en el desarrollo de la vida de los habitantes y la población del Departamento de La Paz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud, Lineamientos Estratégicos de Promoción de la Salud. Documentos Técnicos Normativos. 2013.
2. Lalonde M. new perspective on the health of Canadians .A working document. Ottawa Government of Canada, 1974.
3. Ministerio de Salud, Salud Familiar Comunitaria Intercultural Documento Técnico – Estratégico .Versión didáctica. La Paz, 2013.

MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD

Med. Trad. Tania Saucedo Marca
RESPONDABLE DEPARTAMENTAL DE MEDICINA TRADICIONAL

I. INTRODUCCION.

Quilasuyo hoy Bolivia país de las Medicinas Naturales, la Medicina Tradicional Ancestral, hasta la segunda mitad del siglo XX en Bolivia era penalizada, estaba prohibido ejercer la práctica de la medicina tradicional milenaria. Son los Kallawayas que en los décadas de los 1970, 1980 luchan constantemente para despenalizar, habiendo mostrado la efectividad en el tratamiento y la curación de las distintas enfermedades comunes y extrañas. En mérito a esa lucha, se crea el primer Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawayaya por Ley del 9 de abril de 1987 Nro. 0928 con Resolución Ministerial Nro. 0231 del 13 de marzo del mismo año validado por el presidente de entonces Víctor Paz Estensoro a su vez reconoce la provincia Bautista Saavedra como Capital de la Medicina Tradicional de Bolivia

En 1977 la UNESCO otorga al territorio Kallawayaya como Reserva Mundial de la Biosfera, considerando que la provincia Bautista Saavedra u región Kallawayaya tiene una amplia biodiversidad de flora y fauna por lo que está llamada a preservar y conservar su propio medio ambiente.

Los kallawayas eran los herbolarios que conocían las virtudes de muchas hierbas, enseñaban y curaban a los hijos de los Incas y de los Curacas, gozaban también de el alto honor de llevar en hombros al rey Inca (Girault :1974:402)

En el desarrollo progresivo de la Medicina como ciencia, tanto en nuestro país como en el resto del mundo, se han incorporado conocimientos y prácticas que, por sus resultados, demuestran el alto valor que tienen en el perfeccionamiento del Sistema de Salud. Entre las tendencias de la Medicina Contemporánea también se destaca, con un vigor creciente en los últimos años, el de la incorporación de la Medicina Tradicional y Natural a la práctica profesional, no como un método alternativo motivado por causas de índole económica, como vía para dar solución a los problemas de desabastecimiento, sino como una verdadera disciplina científica que es necesario estudiar perfeccionar y desarrollar permanentemente, por sus demostradas ventajas éticas y científicas.

El conocimiento y aplicación de las técnicas de promoción de salud , prevención de enfermedades, diagnóstico, curación y rehabilitación que comprende la Medicina Tradicional y Natural en busca de más vida y sobre todo de más calidad de vida, tiene una gran importancia para los pueblos indígenas originarios campesinos y ciudades subdesarrollados, por cuanto es posible generalizar el uso de medicamentos y otros recursos de fácil adquisición, de bajo costo, y al alcance de todos, independientemente del grado de desarrollo alcanzado en la producción industrial de medicamentos en cada pueblo. Con la generalización del estudio y la puesta en práctica de los métodos y técnicas de la Medicina Tradicional y Natural se ponen en manos de nuestros trabajadores de la salud.

La Constitución Política de Estado reconoce a la Medicina Tradicional, mediante la ley Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, por lo tanto el Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Medicina Tradicional va implementado la articulación y el registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana RUMETRAB.

II. MARCO LEGAL.

Bolivia es el primer país que reconoce legalidad a la Medicina Tradicional en la Constitución Política del Estado Plurinacional

- Art. 35, II. El Sistema de Salud, es único e incluye a la Medicina Tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos
- Art. 42, I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la Medicina Tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario.
- Art. 42 III La Ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y la calidad de Servicio.
- Art. 24, Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus

prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico

- Ley 450 de 4 de diciembre de 2013, Ley De Protección a Naciones y Pueblos Indígena Originarios en situación de alta vulnerabilidad.
- Ley N° 459 de 19 de diciembre de 2013 Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana y su Reglamento D.S 2436
- Declaración Americana sobre los derechos de los pueblos indígenas (aprobada en la segunda sesión plenaria, celebrada el 14 de junio de 2016). (Artículo xviii.) Salud.
- Declaración de las naciones unidas sobre los derechos humanos de los pueblos indígenas. Ley n° 3760 de 07 de noviembre de 2007. (Artículo 24).
- Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Ley N° 1257 de 11 de julio de 1991. (Artículo 25).

DEFINICIONES

- a) La Organización Mundial de la Salud OMS.- La medicina tradicional es la suma de conocimientos técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas y que se utilizan para mantener la salud, tanto física como mental.
- b) Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.-Es un conjunto de conceptos conocimientos saberes prácticas milenarias ancestrales basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, parte del sistema nacional de salud. (ALP, 2013)
- c) Prestadores de servicios de la medicina tradicional ancestral boliviana.- Se constituyen en prestadores de servicios de la medicina tradicional ancestral boliviana, las siguientes especialidades:
 - Médicas y médicos tradicionales ancestrales(Kallawayas, Qulliris-Curanderos- Hueseros, Q'apachaqueras-chifleras)
 - Guías espirituales de las naciones y pueblos indígena originario campesino y afro bolivianos. (amawt'as, yatiris,Chaman)
 - Parteras y parteros tradicionales.
 - Naturistas tradicionales (herbolarios, materos y herberos)
- d) Ejercicio y práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana .- Consiste en reconocer revalorizar y fortalecer los conocimientos, prácticas y saberes de la medicina tradicional ancestral boliviana y las formas de identificar y tratar las enfermedades, haciendo uso de sus métodos y técnicas terapéuticas tradicionales en beneficio de la persona, la familia y la comunidad.

AVANCES EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

Medicina Tradicional e Interculturalidad sujeto a la Ley 459 D.S. 2436 de la Medicina tradicional Ancestral Boliviana

1. Artículo 12 de la Articulación de las dos Medicinas en los Establecimientos de Salud de los Municipios Urbano y Rural funcionando y se realiza monitorio y supervisión,

Sala de Parto Intercultural Hospital Patacamaya



Sala de Parto Intercultural Centro de Salud Colquencha



2. Artículo 10 Registro Único de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana RUMETRAB tiene por Objetivo de establecer control al ejercicio y la práctica de la medicina tradicional.





El Comité de registro revisando las carpetas RUMETRAB La Paz

3. En el Departamento de La Paz se entregó 95 matrículas a prestadores de la medicina tradicional, en las diferentes especialidades gestión 2022.



Entrega de las matriculas a los prestadores de servicio la Medicina Tradicional en multifuncional de Ceja el Alto.

4. Artículo 23 Consejos Departamentales de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana CODEMETRA, Los Servicios Departamentales de Salud y las Unidades de Medicina Tradicional en marco de sus competencias, tienen la facultad de constituir el consejo Departamental de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana CODEMETRA. área de medicina Tradicional en coordinación con la Federación Departamental de Medicina Tradicional en un congreso Departamental eligieron sus representantes de las 4 especialidades a los miembros de CODEMETRA La Paz, luego se procedió la posesión. Gestiones 2023-20226



Congreso Departamental de Medicina tradicional
Posesión de Consejo de Medicina Tradicional
Elección del Consejo CODEMETRA CODEMETRA La Paz

5. promoción de la medicina tradicional:



Difusión de la medicina tradicional en los medios de comunicación y las Redes sociales



6. Educación

Ley 459 Artículo 8, los prestadores de Medicina Tradicional de acuerdo al artículo 18 de la Ley 070 de la Educación Avelino Siñani – Elizardo Pérez, realizan perfección de saberes y conocimientos ancestrales de la práctica de la Medicina Tradicional, en la actualidad en el Departamento de La Paz tenemos 43 Técnicos Medios la primera promoción 2018.

En el Departamento de La Paz están Acreditadas Tres Centros de Educación alternativa: CEA Huayhuasi, CEA Cruz andina y Cea Radio san Gabriel. Sujeto a la Resolución Bi Ministerial de Educación y Salud contempladas en las normas vigentes

BIBLIOGRAFÍA

Ley 070 Avelino Siñani Elizardo Pérez

Ley 475 de prestaciones de servicios de salud.

ALP. (2013). Ley de Medicina Tradicional Anestral Boliviana. La Paz: Gaceta oficial del Estado Plurinacional de Bolivia.

MANEJO ADECUADO DEL EXPEDIENTE CLINICO

Dr. Rubén Héctor Narváez Gonzales
RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DE AUDITORIA MÉDICA

ANTECEDENTES.

La Ley 3131 del 08 de agosto de 2005 (Ley del Ejercicio Profesional Médico), en su artículo 12 sobre deberes del médico, inciso j) indica:

Es deber del médico cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales señalados en la presente Ley. Detallando en su Art. 10 cuáles son esos documentos médicos oficiales, que llegan a ser todos los elementos que constituyen el expediente clínico (EC).

El Decreto Supremo 28562 que reglamenta a la Ley 3131 en su Art. 12 nos indica que la historia clínica es el conjunto de documentos escritos e iconográficos generados durante cada proceso asistencial de la persona atendida, además remarca la organización del expediente clínico durante y después de la hospitalización.

La Norma Técnica para el Manejo del Expediente Clínico indica:

El EC debe ser manejado de manera cuidadosa y llenado con todos los datos pertinentes, el mismo será custodiado por el establecimiento de salud, pero los datos contenidos son de propiedad del paciente.

Por ningún motivo se debe impedir que el paciente tenga acceso a su EC las veces que lo requiera, esto, ni ética ni jurídicamente es admisible.

Se debe evitar que el EC quede suelto u olvidado, preservándolo permanentemente en un gavetero metálico especial para tal efecto.

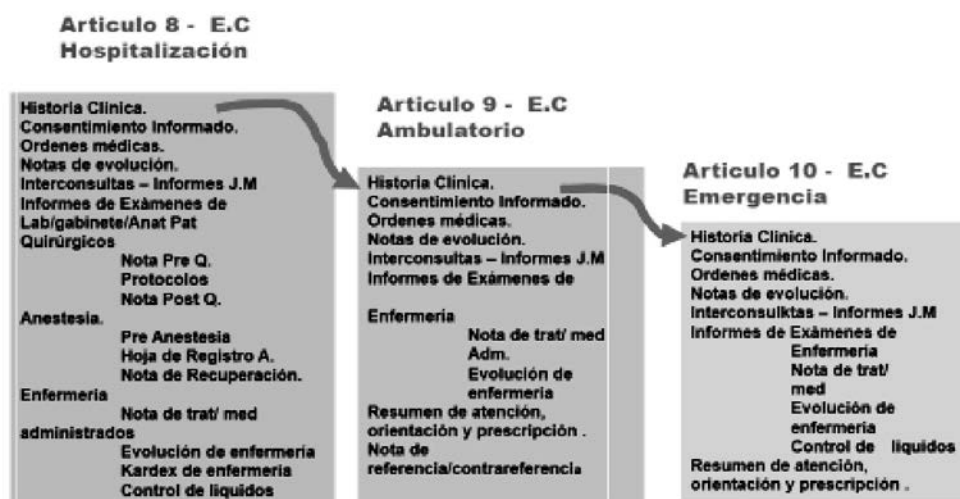
DEFINICIÓN.

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.





TIPOS Y CONTENIDO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO



INDICACIÓN PARA EL MANEJO ASISTENCIAL DEL EC

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.-

Claridad y pulcritud.-

El manejo del EC debe ser cuidadoso, con anotaciones en letra completamente legible y de fácil comprensión. La letra ilegible, tachaduras, 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.

Precisión en la descripción.-

Tanto la historia clínica como las notas de evolución y demás documentos del EC que requieran descripción, deben ser escritos en forma concisa y precisa, evitando reiteraciones y relatos prolongados, sin que por ello se deje de decir lo que sea pertinente.

Tiempo de permanencia del EC en las distintas áreas.-

Mientras dure el episodio de asistencia en consulta u hospitalización, el EC permanecerá en los distintos servicios y será responsabilidad de los mismos su custodia. Una vez concluida dicha asistencia, el EC será reintegrado a la Unidad de Archivo y Estadística en los siguientes plazos:

- a) EC procedente de urgencias en 24 horas.
- b) EC procedente de altas de hospitalización en 48 horas.
- c) EC procedentes de consultorio externo en 24 horas.

Para cualquier otra eventualidad que pudiese presentarse, el plazo de devolución nunca superará las 72 horas.

Si pasados los plazos establecidos no hay constancia de devolución del EC, éste será considerado como EC retenido y si no apareciera pasado el mes se denominará EC extraviado, lo cual debe ser notificado inmediatamente al director del establecimiento de salud.

El EC original sólo se entregará en casos de:

- a) Requerimiento por causa legal
- b) Requerimiento para realizar Auditoría Médica Externa
- c) Requerimiento por peritaje.

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 CONSENTIMIENTO INFORMADO

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.

PASOS A SEGUIR PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Revisar la situación del paciente, su diagnóstico y el o los procedimientos que se planea realizar. Si el idioma materno del paciente no es castellano, recurra si es necesario a un traductor.

Convoque a los familiares a un lugar apropiado sin interferencia.

Si el procedimiento es programado, entregue el consentimiento por lo menos con 24 horas de anticipación. En caso de urgencias o emergencias se brindará una información breve y básica.

Para llenar el formulario utilice frases cortas y evite tecnicismos, emplee palabras sencillas. Responda a las preguntas que se le formulen.

El consentimiento informado deben firmar todos los actores y se registrará con bolígrafo azul. Una vez obtenido el consentimiento, se debe adjuntar al expediente clínico.

AUDITORIA EN SALUD

INTRODUCCIÓN.-

La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia en su Art. 39 manifiesta:

I. 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.

II. La ley sancionará las acciones u omisiones negligentes en el ejercicio de la práctica médica.

La Auditoría Médica 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 mejorar la calidad de la atención.

El objetivo básico de la norma es regular los procedimientos de Auditoría en Salud con el objeto de evaluar la estructura, procesos y resultados inherentes a la prestación de servicios de salud.

Teniendo como finalidad el establecimiento de medidas propositivas, preventivas y correctivas, para el mejoramiento de los servicios de salud en todo el territorio nacional con calidez y satisfacción del usuario.

DEFINICIONES DE AUDITORÍA MÉDICA

Mencionamos las siguientes:

La Auditoría Médica “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 Auditoría –Ministerio de Salud. Ley 3131 Art. 15 (Auditoría Médica) La auditoría médica 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.

Auditoría Médica – Características *	
❖	Objetiva
❖	Documentada
❖	Planeada
❖	Confidencial
❖	Permanente
❖	Participativa
❖	Flexible
* Mejía B. Auditoría Médica. 4ed. Ecoe ediciones Bogotá 2002	

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 establecimientos 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 Auditoria Medica, 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.

OBJETIVO DE LA AUDITORIA MÉDICA

Garantizar la calidad de 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 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 Auditorias médicas deben ser concisas y específicas.

Discreción. Los resultados obtenidos en la auditoria se manejan con la debida reserva.

TIPOS DE AUDITORÍA EN SALUD

Existen diferentes clasificaciones y tipos de Auditoría en salud; tomemos en cuenta los más importantes:

Auditoria programática. Evalúa las políticas, planes y programas, propios del sector de salud.

Auditoria de servicio. Evalúa la atención que se brinda en los diferentes servicios de 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 que realiza la auditoría, se divide en:

Auditoria Médica Interna AMI. 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.

Auditoria Medica Externa AME. 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 auditoria no programada, que en determinadas circunstancias puede ser solicitada directamente te 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.

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 AUDITORIA INTERNA

- a. Identificación de la materia de análisis.
- b. Análisis preliminar
- c. Acopio de información, sistematización e investigación.
- d. Auditoria propiamente dicha
- e. Evaluación técnica del informe
- f. Definición y propuesta de un plan de acción rápida
- g. Cierre e informe final
- h. Recomendaciones.

CARACTERÍSTICAS DEL INFORME DE AUDITORÍAS MÉDICAS

Los informes de auditoría médica interna o externa deben contener:

- Conformidad. Cuando se cumple con la normativa
- No Conformidades. Cuando hay incumplimiento a la normativa.

Un análisis exhaustivo del caso, las recomendaciones y conclusiones emanadas y por último un plan de acción rápida donde se detalla el problema encontrado, las actividades que se realizarán para subsanar este problema, las fechas de ejecución y los responsables de realizar esta actividad. Posteriormente se debe realizar un seguimiento a las conclusiones y recomendaciones para de esta manera contribuir a la calidad de la atención en los establecimientos de salud

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley del Ejercicio Profesional Médico N° 3131
2. Decreto Supremo N° 28562. Reglamento de la Ley 3131
3. Norma Técnica Parar el Manejo del Expediente Clínico, emitida por R.M. 0090 del 28 de febrero de 2008. Obtención del consentimiento informado emitido por R.M. 0090 del 28 de febrero de 2008.
4. Malagón LG., Galán MR., Pontón LG. Auditoria en salud para una gestión eficiente. 2a ed. Bogotá: Editorial panamericana; 2003.
5. Mejía GB. Auditoría médica para la garantía de calidad en salud. 5a ed. Bogotá: Ecoe ediciones; 2009.

ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Dra. Julia Norah Paucara Coarite
RESPONSABLE ÁREA DE ACREDITACIÓN SEDES-LA PAZ

1. INTRODUCCION

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.

Como paso previo a la Acreditación de Servicios de salud es imperioso la implementación de un sistema de Gestión de Calidad, que se define en el ámbito de la Salud como un conjunto de acciones y herramientas que tienen como objetivo evitar posibles errores o desviaciones en el proceso de los servicios ofrecidos y obtenidos. Por lo que tenemos que hacer hincapié en que no se quiere identificar los errores cuando ya se han producido, sino que se deben evitar antes de que ocurran.

Así mismo la conformación de un equipo técnico y/o comité de gestión de Calidad y acreditación complementándose con los diferentes comités de asesoramiento institucional, quienes encaminaran el proceso de mejora de la calidad y la consiguiente acreditación del establecimiento de Salud elaborando el o los Planes de Mejora continua de la Calidad, que identifica los problemas encontrados, su posible resolución, actividades a implementar para su solución, fecha o tiempo en el que se realizarán las actividades de mejora: a corto, mediano o largo plazo según la complejidad de la tarea aplicando el ciclo PHVA que nos ayudara a: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar los inconformidades identificadas para su solución y mejora, midiendo indicadores de estructura: con el cumplimiento de requisitos básicos y contando con infraestructura acorde a la norma nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel de atención, indicadores de proceso: al contar con documentos normativos institucionales e indicadores de resultado: verificable con instrumentos que miden la satisfacción del usuario externo.

La base del 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 de mejora Continua de la calidad o comité de Gestión de calidad y/o acreditación, verificara los parámetros de los estándares de calidad descritos en la Guía de Evaluación para Acreditación según el nivel del complejidad y formulará un plan de mejora continua de conocimiento de todo el personal y que será verificable en la autoevaluación del trimestre correspondiente hasta alcanzar el puntaje de 75 %, porcentaje mínimo requerido para obtener el dictamen de Establecimiento de Salud Acreditado debiendo cumplirse en el lapso de una gestión.

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 que refleja el esfuerzo y trabajo tesonero realizado en la implementación y elaboración de documentos normativos, procesos y procedimientos para el logro de los objetivos y la consecuente mejora de la Imagen Institucional tanto de los Gobiernos Autónomos Municipales como Departamentales.

2. ANTECEDENTES.

A lo largo del tiempo se han presentado diversos intentos para incorporar la calidad en el ámbito de la atención en salud.

- Es así que 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.
- El 2008 se emite la el documento Proyecto Nacional de Calidad en Salud – PRONACS con la implementación

de documentos normativos: PRONACS, manual de auditoria en salud y norma técnica, norma técnica del expediente clínico, Guía básica de conducta médico – sanitaria, obtención del consentimiento informado, reglamento general de establecimientos de salud, manual y guía de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención Y el Reglamento de Acreditación del SEDES del 2012 como instrumentos vigentes que rigen el proceso de acreditación.

A la fecha se cuenta con establecimientos de salud acreditados vigentes:

GESTIÓN	RED DE SALUD	MUNICIPIO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	PUNTAJE OBTENIDO	CONDICIÓN DE ACREDITACIÓN
2022	RED RURAL N° 9	DESAGUADERO	C.S.I. DESAGUADERO	79,39	ACREDITADO CONDICIONADO
		JESUS DE MACHACA	C.S.I. CORPA	80,15	
	RURAL N° 13	COLQUENCHA	C.S.C.I. MACHACAMARCA	80,92	
2021	LA PAZ	LA PAZ	CLINICA ALEMANA	97	CONDICIONADO AUTORIZACION PARA REALIZAR TRASPLANTE RENAL
	RED RURAL 13	COLLANA	C.S.C.I. COLLANA	79,39	CONDICIONADO
2020	RED RURAL 13	WALDO BALLIVIAN	C.S.C.I. TUMARAPI	88	CONDICIONADO
	RED RURAL 13	COLQUENCHA	C.S.C.I. COLQUENCHA	86	CONDICIONADO
	RED RURAL 9	JESUS DE MACHACA	C.S.I. CORPA	91	CONDICIONADO

Fuente: Unidad de Gestión de Calidad en Salud – Área Acreditación

3. 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, que contribuyan a la percepción de calidad del usuario externo e interno como parámetro de satisfacción de los usuarios.

Beneficios de acreditar un Establecimiento de Salud:

- Contribuye a controlar procesos internos normativos.
- Da al usuario externo la confianza para acceder al servicio de salud.
- Constituye una oportunidad de gestión para implementación de servicios, mejora de infraestructura, equipos y mobiliario adecuado de acuerdo a la caracterización de establecimientos de salud y su nivel de complejidad.

- Mejora la imagen institucional y las instancias Municipales y Departamentales.
- Oportunidad de crecimiento profesional y personal del usuario interno mediante la aplicación de conocimientos y experiencias en Gestión de Calidad y Acreditación de Establecimientos de salud.
- Ayuda a identificar oportunidades para la mejora y a determinar prioridades de acción encaminadas a la dirección estratégica de la organización.
- Se constituye en una herramienta de aprendizaje capaz de proporcionar una mejor visión de la organización y de promover la participación de las partes interesadas.

4. MARCO LEGAL

- a) Constitución Política del Estado Plurinacional
- b) Ley No 031 del 19 de julio 2010, Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibáñez”
- c) Resolución Ministerial No0090 de 26 de febrero de 2008
- d) Decreto Supremo No28562 del 22 de Diciembre del 2005, Reglamento a la Ley No 3131 del 08 de agosto 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico
- e) Código de Salud
- f) Decreto Supremo No 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

5. DEFINICIONES.

Gestión de calidad: La gestión de la calidad es un conjunto de acciones, herramientas y procedimientos que tienen como objetivo evitar posibles errores o desviaciones en el proceso de los servicios obtenidos a través de él, que buscan garantizar la calidad.

Autoevaluación de establecimientos de salud: La autoevaluación es un proceso de evaluación, continuo, dinámico, obligatorio, realizado por el personal del establecimiento conjuntamente los actores sociales (COLOSA, AUTORIDADES LOCALES, etc.) y Gobiernos autónomos Municipales, realizado de forma trimestral, aplicando la Guía de Evaluación para acreditación de establecimientos de salud formulando un plan de mejora continua de la calidad con tiempos de realización a corto, mediano, y largo plazo que no sobrepase el trimestre correspondiente.

Calidad de atención en salud: La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), “una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades, de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”

Acreditación de establecimientos de salud: La acreditación en salud es una metodología de evaluación externa, específicamente diseñada para el sector salud, que permite asegurar la entrega de servicios de salud seguros y de alta calidad.

Plan de mejora de la calidad: El Plan de Mejora Continua se conceptualiza como al conjunto de proyectos planificados, jerarquizados y ordenados en una secuencia cuyo propósito es elevar de manera permanente la calidad de los servicios de salud de un establecimiento de Salud.

Ciclo PHVA: El ciclo PHVA (Planificar-ejecutar-Hacer-Verificar-Actuar) es una estrategia interactiva de resolución de problemas para mejorar procesos e implementar cambios.

Indicador de estructura: Los indicadores de estructura describen el tipo y la cantidad de los recursos utilizados por los proveedores de servicios de salud para entregar sus servicios y prestaciones. Estos indicadores dan cuenta de la presencia de determinado número de profesionales, pacientes, camas, insumos, equipamiento e infraestructura.

Indicador de proceso: Los indicadores de la calidad del proceso (indicadores de proceso) miden, de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente. (Procesos de atención, protocolos,

otros)

Indicador de resultado: Los indicadores basados en resultados evalúan los cambios favorables o no, en el estado de salud actual o potencial de las personas, grupos o comunidades que pueden ser atribuidos a la atención de salud. En consecuencia, miden la efectividad de la atención y se repercusión en el bienestar de las personas, reducción de los tiempos de espera, eliminación de las demoras en el alta, etc.).

6. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA ACREDITACION

A nivel nacional constituido por:

6.1. Comisión Nacional de Acreditación:

Conformada por representantes del Ministerio de Salud y Deportes, INASES, Sector Profesional de salud, Organización Social en Salud del nivel Nacional.

6.2. Comité Departamental de Acreditación

El Comité Departamental de Acreditación es la instancia de coordinación interinstitucional conformada por representantes del Servicio Departamental de Salud, INASES, Sector Privado (estos tres con formación en Acreditación de Servicios de Salud), Gobierno Municipal, Estructura Social en Salud del nivel Departamental.

6.3. Comité de Acreditación de la Red de Salud

El Comité de Acreditación de la Red de Salud en el sector público es la instancia de coordinación interinstitucional conformada por el Gerente de Red (quien preside el comité), representante de la autoridad municipal y representante de la organización social en salud, cuyas atribuciones son:

- Coadyuvar en la organización e implementación de los estándares de Acreditación de los Establecimientos de la Red.
- Acompañar en el proceso de evaluación y Acreditación de los establecimientos de salud.
- Participar en el cumplimiento del plan de mejora continua de la calidad de los Establecimientos.

6.4. Equipos Técnicos de Evaluación:

Equipos multidisciplinarios de salud, con formación reconocida en Acreditación de Servicios de Salud, designados por el Comité Departamental de Acreditación cuando exista la solicitud de acreditación de un establecimiento de salud o cuando se requiera realizar el seguimiento de establecimientos acreditados.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE ACREDITACIÓN



Fuente: Unidad de Gestión de Calidad en Salud – Área Acreditación

7. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS DE LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Calificación de estándares de calidad en Guía de Evaluación para Acreditación de Establecimientos de Salud según nivel de complejidad. Misma que describe el propósito, parámetros de evaluación y medios de verificación, tomando en cuenta la estructura, procesos y resultados a partir del análisis de la atención al paciente y de la gestión del establecimiento de salud de acuerdo al nivel de complejidad de atención.

7.1. Requisitos Básicos

Se considera Requisitos Básicos como las condiciones mínimas referidas a accesibilidad, infraestructura, servicios básicos y otros que deben estar presentes en forma obligatoria en un establecimiento de salud, al iniciar un proceso de acreditación; su ausencia implica la imposibilidad de concluir el proceso de acreditación, estas condiciones deben ser verificadas en el proceso de autoevaluación. Los mismos son considerados sobretodo competencia municipal. Su cumplimiento es una de las principales limitaciones del proceso de acreditación, lo que implica desarrollar gestiones permanentes ante los Gobiernos Autónomos Municipales.



MATIZ DE MONITOREO Y REPORTE DE REQUISITOS BASICOS

Nombre del Establecimiento de Salud

Municipio

Red de Salud

Fecha

N o	DESCRIPCION	CUMPLIMI ENTO		OBSERVACI ONES
1	El establecimiento de salud cuenta con un año de funcionamiento: título de propiedad, plano certificado de apertura del SEDES La Paz	SI	NO	
	EE.SS. Con un año de funcionamiento:			
	Cuenta con Título de propiedad,			
	Cuenta con plano			
	Cuenta con certificado de apertura SEDES La Paz			
2	Señalización Interna y Externa	SI	NO	
	La señalización externa:			
	La señalización Interna:			
3	Infraestructura en buenas condiciones:	SI	NO	
	paredes limpias			
	sin goteras			
	Muro perimetral			
	acera perimetral			
	ingreso al establecimiento de salud pavimentado			
	techos en buen estado			
	telefonía/ radio comunicación			
	paredes externas e internas: revocadas y pintadas			
	Paredes internas: afiches pegados en 1,5 m x 1,5 m			
	Ventanas y puertas en buenas condiciones.			
4	Superficies lisas en áreas de circulación restringida: las superficies lisas especialmente en las áreas restringidas	SI	NO	
	las superficies lisas especialmente en las áreas restringidas			
5	Ausencia de polvo, Basura, Animales Domésticos Y Vectores	SI	NO	
	Polvo			
	Basura			
	Animales domésticos			

	Vectores			
6	Ausencia de escombros, muebles y equipos dados de baja en dependencias y terrenos aledaños al establecimiento	SI	NO	
	Muebles			
	Equipos			
7	Disponibilidad de servicios básicos, (energía eléctrica, agua potable y medios de comunicación en buenas condiciones de funcionamiento):	SI	NO	
	Energía eléctrica			
	Agua potable			
	Medios de comunicación			
8	Tanques de agua y motor de energía eléctrica: EE.SS. Tiene estos servicios como enfoque a la calidad:	SI	NO	
	Tanque de agua			
	Motor de energía eléctrica			
9	Personal con identificación: uniforme el uniforme oficial mandil y pijama color blanco para el personal de salud y color azul para el personal de servicio en todo el EE.SS.	SI	NO	
	uniforme el uniforme oficial mandil y pijama color blanco para el personal de salud y color azul para el personal de servicio en todo el EE.SS.			
10	Instalaciones para circulación vertical de camillas y sillas de rueda en establecimientos de más de una planta	SI	NO	
	Rampas			
	Ascensores			

Fuente: Unidad de Gestión de Calidad en Salud – Área Acreditación

7.2. Estándares de Calidad

Son la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades del sistema de prestación de salud, detectar desviaciones de lo esperado y tomar decisiones sobre el tipo de medidas dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. Los estándares de calidad son también patrones referenciales de calidad, utilizados para evaluar condiciones que deben cumplir los establecimientos de salud, que se constituyen en base de la Acreditación. Estos se clasifican en obligatorios y opcionales.

Los estándares obligatorios son de cumplimiento inexcusable porque defienden los derechos fundamentales del paciente y su familia durante el proceso de atención al usuario externo y su familia; apoyan un entorno seguro de atención y reducen los riesgos e el proceso de atención al paciente.

Los estándares opcionales miden servicios, procesos o actividades que no son comunes a todos los establecimientos de salud de acuerdo a su complejidad.

ESTÁNDARES CENTRADOS EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE:

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)

ESTÁNDARES DE GESTIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

1. Gobierno, liderazgo y dirección del establecimiento (GLD)
2. Formación y calificación del personal (FCP)
3. Gestión y mejora de la calidad (GMC)
4. Sistema de vigilancia epidemiológica en establecimientos de salud SVE:
 - a) Prevención y control de las infecciones relacionadas con establecimiento de salud (CIES)
 - b) Manejo de residuos generados en establecimientos de salud (MRES)
 - c) Bioseguridad e higiene laboral (BIOS)
 - d) Gestión de la información (GIN)
5. Gestión y seguridad de las instalaciones (GSI)

8. MOMENTOS Y PASOS DEL PROCESO DE ACREDITACIÓN

El proceso de Acreditación tiene tres momentos: Habilitación, Acreditación y dictamen y certificación.

8.1. Habilitación a la Acreditación:

Momento que nos indica que el Establecimiento de Salud cuenta con los 10 Requisitos Básicos y cumplimiento de estándares de calidad con porcentaje mayor o igual a 75 %, evaluados por el Equipo Técnico de Mejora Continua de la Calidad y/o Comité de Gestión de Calidad y Acreditación del establecimiento de Salud utilizando como instrumento de verificación la Guía de Evaluación para Acreditación del nivel correspondiente. El momento concluye con la emisión de solicitud de evaluación externa para acreditación por las autoridades del establecimiento de salud, Gobierno Autónomo Municipal, autoridades originarias, otros.

Este momento cuenta con los siguientes pasos:

Paso 1: Conformación del Equipo Técnico Evaluador de Mejora Continua de la Calidad – ETE MCC – del establecimiento de salud y/o Red de Salud; que deberá verificar el cumplimiento de los 10 requisitos básicos y cumplimiento de estándares de calidad del establecimiento sujeto de verificación, emisión de plan de mejora continua de la calidad, supervisión y seguimiento del plan hasta la obtención de estándares óptimos. Mismo que tiene un plazo establecido de una gestión de iniciadas las actividades de mejora de la Calidad tanto en infraestructura como procesos.

Paso 2: Una vez obtenido resultados mayores a 75 % y 10 requisitos básicos cumplidos emitir solicitud de evaluación externa para acreditación dirigido al Director Técnico del Servicio Departamental de Salud la Paz, por la Coordinación de Red correspondiente sea para los establecimientos de salud o públicos, de la seguridad social o privados. Presentando la documentación en una carpeta con los siguientes datos:

- Red de salud y Municipio al que pertenece
- Ubicación geográfica.
- Breve descripción de los servicios que oferta
- Numero de recursos humanos
- Horas de servicios a usuarios
- Copia del listado del Equipo Técnico Evaluador - MCC -acta de conformación
- Matriz de requisitos básicos cumplidos según formato
- Informe de última autoevaluación con estándares cumplidos y grafica correspondiente utilizando la guía correspondiente al nivel de complejidad del establecimiento de salud, con sellos y firmas correspondientes

- del ETE MCC, autoridades municipales, autoridades originarias.
- Fotografías físicas de los 10 requisitos básicos (antes durante y después) del proceso de acreditación como corresponda y todas las fotografías electrónicas que se hayan tomado en este proceso de acreditación.
- Los planes de Mejora continua de la calidad con fechas de cumplimiento, con sellos y firmas correspondientes del ETE MCC, autoridades municipales, autoridades originarias.



Fuente: Unidad de Gestión de Calidad en Salud – Área Acreditación

8.2. Acreditación.

Momento que sigue a la Habilitación, consiste en la verificación y corroboración por parte del Equipo Técnico de Acreditación Externa (ETAE) designado y/o constituido por el Equipo Técnico de Acreditación Departamental. (ETAD-SEDES) del Cumplimiento de los 10 requisitos básicos y cumplimiento de estándares de calidad que constan en la carpeta de solicitud de evaluación externa; porcentaje mayor o igual al 75% en los estándares obligatorios:

El mismo consta de los siguientes pasos:

Paso 1: El Equipo Técnico de Acreditación Departamental ETAD conformara al Equipo de Acreditación Externa – ETAE.

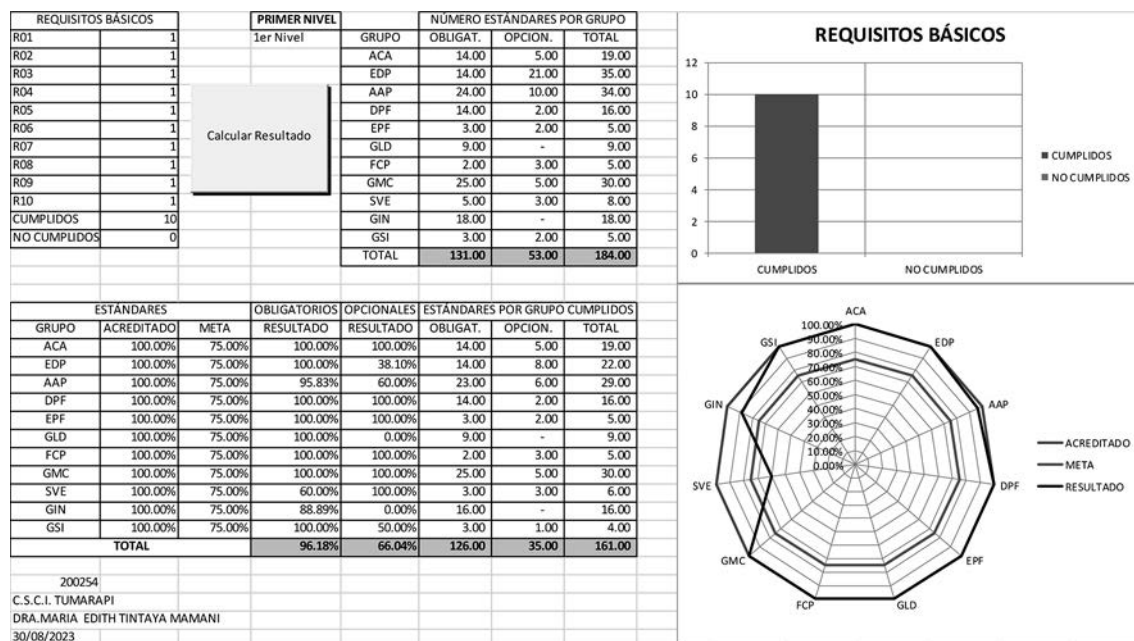
Paso 2: El ETAD realizara reunión organizativa e informativa con el ETAE referente al establecimiento a Acreditar

Paso 3: El ETAE informa a los asistentes (personal de salud, autoridades G.A.M., autoridades originarias, COLOSAS, otros) al proceso de evaluación externa sobre la actividad a realizar y solicita amplia colaboración para el mismo.

Paso 4: El ETAE procede a la verificación de 10 Requisitos básicos, Estándares de calidad a través de los parámetros de evaluación descritos en la guía de evaluación para acreditación de establecimientos de salud conjuntamente los medios de verificación y entrevista a usuarios.

Paso 5: Concluida la evaluación, el Equipo técnico de Acreditación Externa informa a los asistentes sobre los resultados obtenidos y formulan plan de mejora continua de la calidad, aclaran que esta información será enviada al Comité de Acreditación Departamental CAD, para su análisis y la consiguiente emisión de dictamen correspondiente.

Grafico 3:



Fuente: Unidad de Gestión de Calidad en Salud – Área Acreditación

PLAN DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD - ACREDITACION DE SERVICIOS DE SALUD

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:FECHA:

OBJETIVO: Establecer un plan de mejora continua, en el que participe el Comité Técnico de Evaluación Municipal o de Red, y todo el personal del establecimiento de salud.

Nº	PROBLEMAS IDENTIFICADOS (ESTÁNDAR)	ACTIVIDADES A REALIZAR	FECHA DE CUMPLIMIENTO	RESPONSABLE / S
1		-		
2				
3		-		

Paso 6: El ETAE por intermedio del Equipo de Acreditación Departamental, presentará informe correspondiente al Comité Departamental de Acreditación Departamental, emitiendo los porcentajes de cumplimiento de los parámetros de evaluación obligatorios y opcionales, conclusiones y recomendaciones para la emisión del Dictamen de acreditación correspondiente.

8.3. Dictamen y Certificación

Emisión del Dictamen: A partir de la verificación del cumplimiento de los estándares de obligatorios u opcionales, teniendo en cuenta el conjunto de la información, el equipo evaluador debe concluir en una decisión precisa sobre el resultado de la evaluación del establecimiento recomendando al CAD la acreditación o no del establecimiento de salud.

Se cumplirá los siguientes pasos:

Paso 1: El ETAD SEDES La Paz, prepara las carpetas de los establecimientos de salud que han cumplido los diez requisitos básicos, y al menos han alcanzado el 75 % de los estándares OBLIGATORIOS según el nivel de atención de los establecimientos de salud

Paso 2: El presidente del CDA, convoca a reunión a los miembros del CDA a reunión ordinaria según reglamento, para verificación de informe emitido por el ETAE de Establecimientos con evaluación Externa para Acreditación por intermedio del ETAD. TERCER PASO:

Paso 3. El CAD emite Dictamen de Acreditación, según el puntaje alcanzado a cada establecimiento de salud según reglamento de Acreditación, tomando en cuenta los siguientes parámetros:

- ESTABLECIMIENTO ACREDITADO: cuando cumple todos los estándares obligatorios. ESTABLECIMIENTO ACREDITADO CON EXCELENCIA: cuando el establecimiento cumple con todos los estándares obligatorios y los opcionales.
- ESTABLECIMIENTO ACREDITADO CONDICIONADO: cuando cumple entre el 75 y 99% de los parámetros de evaluación obligatorios. El establecimiento deberá elaborar y cumplir en un plazo determinado con un plan de mejora para el cumplimiento de los estándares obligatorios.
- ESTABLECIMIENTO NO ACREDITADO: cuando cumple menos del 75% de los parámetros de evaluación obligatorios. El establecimiento deberá elaborar y cumplir en un plazo determinado, un plan de mejora para el cumplimiento de los estándares obligatorios.

Certificación: Es la fase en la cual el Equipo Técnico de Acreditación Departamental, emite informe y Dictamen del establecimiento Acreditado al Ministerio de salud y Deportes para su correspondiente Certificación.

La acreditación se otorga de la siguiente forma:

- Establecimientos de salud acreditados condicionados una gestión.
- Establecimientos acreditados con excelencia tres gestiones.

9. IMÁGENES DE ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Imágenes de acreditación de Establecimientos de Salud a nivel Departamental





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. Ley 031 Marco de Autonomías y Descentralización Julio 2010
5. Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel MSD 2013
6. Bolivia: 2008 Guía de Evaluación y acreditación de Establecimientos de salud de primer, segundo y tercer niveles MSD.
7. Ministerio de Salud y Deportes “Manual para la implementación de los círculos de mejoramiento de la calidad”, Octubre, La Paz Bolivia 2012.
8. Ministerio de Salud y Deportes, “Manual de Evaluación y Acreditación de establecimientos de salud Primer Nivel de atención”, 2008.
9. Ministerio de Salud y Deportes, INASES, “Bases para la organización y funcionamiento del proyecto nacional de calidad en salud (PRONAC)”, 2008.
10. Ministerio de Salud y Deportes, INASES, Norma Técnica para el Expediente clínico”,2008.

FARMACOVIGILANCIA

Dra. Gladys Garzofino Mamani

RESPONSABLE DE FARMACOVIGILANCIA SEDES LA PAZ

La OMS define a la Farmacovigilancia como la ciencia y las actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro problema de salud relacionados con ellos.

1. BASE LEGAL

- La Ley No.1737, Ley del Medicamento promulgada el 17 de Diciembre de 1996.
- Decreto Supremo reglamentario No. 25235 que establece la vigilancia obligatoria de todos los medicamentos post – comercialización.
- Reglamento de la Comisión de Farmacología Nacional
- Manual del Sistema Nacional de Farmacovigilancia.
- Resolución Ministerial 0098 de 10 de Marzo de 2021 que aprueba la vacunación ANTICOID – 19 en todo el territorio nacional

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Vigilar la seguridad que ofrece el uso de medicamentos sobre la población en general, y aportar información oportuna, mediante la detección, recolección, análisis, evaluación y prevención de las Reacciones Adversas a Medicamentos y problemas relacionados con ellos.

2.2 Objetivos específicos

- a) Desarrollar Farmacovigilancia a través de la detección temprana e identificación de las reacciones adversas con prioridad las nuevas e inesperadas, y las interacciones desconocidas, fallas terapéuticas de los medicamentos que se utilizan en el país.
- b) Evaluar, comprobar y registrar la información obtenida sobre reacciones adversas, interacciones y problemas de efectividad relacionados con los medicamentos.
- c) Fomentar la seguridad del uso de los medicamentos en forma segura, racional y más efectiva.

3. 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 acciones de Farmacovigilancia. Asimismo debe:

- a) Cumplir y hacer cumplir disposiciones legales establecidas en el Sistema Nacional de Farmacovigilancia.
- b) Sensibilizar en el ámbito de Farmacovigilancia a los profesionales de salud, población en general a través de capacitaciones.

4. 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.

5. DE LOS EFECTORES

Los profesionales en salud deben:

- Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas en el Sistema Nacional de Farmacovigilancia promoviendo su fortalecimiento.

- Notificar toda sospecha de reacción adversa grave o inesperada y todas aquellas de medicamentos de reciente comercialización y problemas relacionados con el uso de medicamentos.
- 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.

6. NOTIFICACIÓN ESPONTANEA

El Sistema Nacional de Farmacovigilancia utiliza como instrumentos de notificación la tarjeta amarilla, azul, verde, el mismo debe garantizar la información lo más completo posible:

6.1. 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)

6.2 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)

6.3. TARJETA VERDE

Instrumento utilizado para la notificación de Eventos Supuestamente Atribuibles a Vacunación e Inmunización ESAVI. (Anexo III, Formulario 030)

VIGILANCIA DE EVENTOS SUPUESTAMENTE ATRIBUIBLES A LA VACUNACION E INMUNIZACION - ESAVI

Conjunto de acciones permanentes y sistematicas que va desde la identificacion, investigacion hasta la retroalimentacion de los Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunacion .

1. DEFINICION DE ESAVI

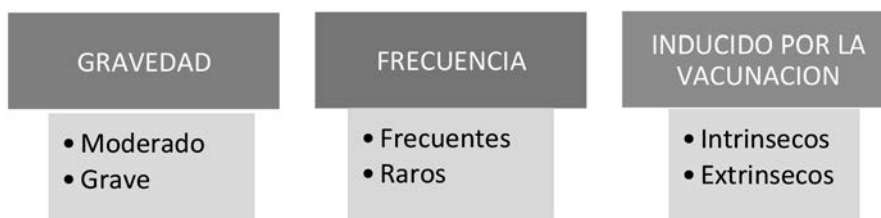
El Evento Supuestamente Atribuible a la Vacunación o Inmunización, ESAVI, es cualquier situación de salud desfavorable, no intencionada que ocurre después de la administración de una vacuna y es supuestamente atribuido a esta. Puede ser un signo, un síntoma, enfermedad o hallazgo anormal de laboratorio. Si bien existe una relación o asociación temporal, no implica necesariamente una relación de “causa y efecto”.

2. OBJETIVO DE LA VIGILANCIA DE ESAVI

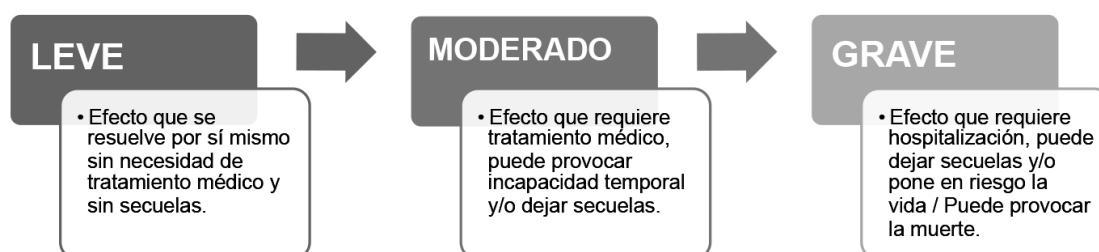
Realizar el seguimiento continuo y sistemático de la ocurrencia de ESAVI desde la identificación temprana, notificación, investigación y análisis de los eventos de manera que permita generar información oportuna, válida y confiable.

3. CLASIFICACION DE ESAVI

3.1. SEGÚN SU GRAVEDAD, FRECUENCIA E INDUCIDOS POR VACUNACION.



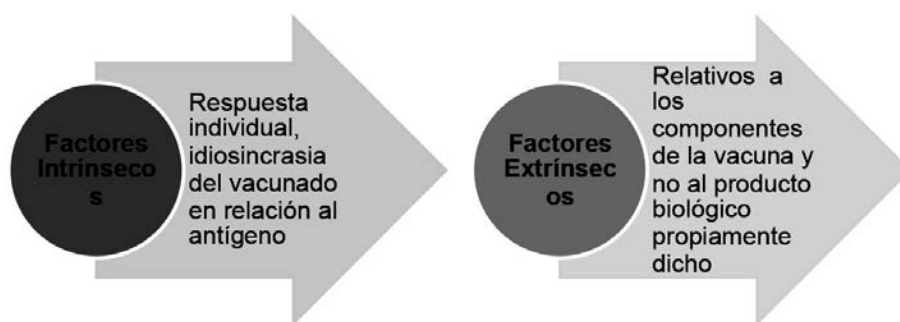
3.1.1. Por gravedad del cuadro



3.1.2. Por la frecuencia del cuadro

- De acuerdo con la frecuencia de ocurrencia se pueden clasificar en muy frecuentes, frecuentes, poco frecuentes (infrecuentes), raros y muy raros.

3.1.3. Evento inducido por la vacunación



3.2. OTROS ESAVIS

3.2.1. Evento no esperado

Evento de intensidad variable y que no está descrito en la literatura de la vacuna.

3.2.2. Brote de ESAVI/Serie de casos

Observación de una mayor incidencia de un evento en una misma región, municipio, establecimiento de salud, o periodo de tiempo, asociados a uno o varios lotes de vacunas.

3.2.3. Errores operativos

En esta categoría se encuentran todos los eventos que se presentan en el proceso de distribución, transporte, almacenamiento y/o administración de la vacuna.

4. MODELOS DE VIGILANCIA DE ESAVI

4.1. Vigilancia Pasiva

Se basa en la notificación voluntaria y espontánea de quienes identifican el evento adverso en el establecimiento de salud o por notificación de la persona vacunada o sus familiares. Para ello se dispone del formulario 030 en el que se registran los datos relevantes del evento.

4.2. Vigilancia Activa

Consiste en la implementación de estrategias de búsqueda activa y sistemática de los ESAVI en la comunidad o en los establecimientos de salud, se pueden identificar casos no reportados buscando los registros del evento adverso no deseado y evaluando retrospectivamente el momento de la vacunación.

4.3. Vigilancia Epidemiológica

Vigilancia epidemiológica especializada o centinela utiliza datos de alta calidad, recopilados en centros especializados que se seleccionan cuidadosamente.

5. ETAPAS DE LA VIGILANCIA DE ESAVI

La vigilancia de los ESAVI comprende una definición operacional (Detección y evaluación inicial) que desencadena la captación y notificación de un caso, su investigación clínica, epidemiológica y de laboratorio y que concluye con la clasificación final del evento mediante el plan de acción y el seguimiento del caso respectivo.



5.1. DETECCION, IDENTIFICACION

Se debe sospechar de cualquier condición que afecte a la salud de una persona vacunada en los primeros 30 días posteriores a su vacunación, pudo haber sido ocasionada por la vacuna.

Los ESAVI que sean clasificados como leves y moderados, serán registrados estadísticamente, en cambio los ESAVI clasificados como GRAVE deben ser investigados completamente.

5.1.1. MECANISMOS DE DETECCION

5.1.1.1. Vigilancia pasiva o a demanda de atención por parte de los afectados o de familiares.

5.1.1.2. Vigilancia activa, para detectar oportunamente casos en la comunidad que no llegan a los servicio de salud.

5.2. EVALUACION INICIAL

El personal de salud debe verificar la información, se debe notificar en las 24 horas siguientes, notificar la gravedad del mismo, recolectar información detallada de los servicios de vacunación, completar la ficha de ESAVI y proceder la notificación en los tiempos normados.

5.3. NOTIFICACION

Luego de haber realizado la evaluación inicial del caso detectado se debe proceder a la notificación de los ESAVI de acuerdo a la gravedad.

QUE SE NOTIFICA	QUIENES NOTIFICAN	A QUIEN NOTIFICA	CUANDO	COMO
1) ESAVI moderado o grave	Responsable de vigilancia de los establecimientos de salud ☐ Públicos ☐ Seguros a corto plazo ☐ ONGs ☐ Iglesias ☐ Privados	El director del establecimiento de salud, Coordinación de Red, al PAI departamental y al RNVe Comité departamental de ESAVI Comité Nacional de ESAVI	De inmediato	Registrando completamente el Formulario, 030 de ESAVI. Este formulario estará disponible de manera impresa en los establecimientos de salud y para notificación directa a través de la página web del Centro Nacional de Farmacovigilancia.
2) ESAVI no esperado			De inmediato	de Farmacovigilancia.
ESAVI leves esperados			Semanal	ESAVI leves solo para datos estadísticos.

5.3.1. Reporte de ESAVI LEVES en el Registro Nominal de Vacunación Electronico – RNVe

El registro de estos casos debe realizarse en el RNVe a partir del No. de Carnet de Identidad y elegir del menú el signo o síntoma correspondiente.

5.3.2. Reporte de ESAVI moderados y graves en el RNVe

El registro de estos casos también debe realizarse en el RNVe a partir del No. de Carnet de Identidad y elegir del menú el signo/síntoma correspondiente. En estos casos se procede a llenar el formulario 030 de ESAVI y completar la investigación.

5.4. INVESTIGACION

La investigación es la principal acción de la vigilancia de ESAVI, debe ser iniciada de inmediato por el personal de salud local, en las siguientes 24 horas.

Se debe investigar los ESAVI moderados y graves, además de los ESAVI inesperados y grupo/cluster de ESAVI.

CUALES ESAVI SE INVESTIGA	QUIENES INVESTIGAN	CUANDO	COMO
ESAVI moderados o graves	Inicio: Director, responsable de vigilancia del establecimiento de salud:		
ESAVI esperados	☐ Públicos ☐ Seguro a corto plazo ☐ Privados	De inmediato o en un plazo no mayor a 24 horas. Sea feriado o fin de semana	Utilizando el protocolo de investigación de ESAVI y el registro de la ficha de ESAVIs.
Grupos de ESAVI	Con ayuda de las coordinaciones de Red, PAI departamental, CDFV, Comité departamental de ESAVIs y en casos		
Rumores y prensa	complejos por el Comité Nacional de ESAVI		

5.5. PLAN DE ACCION

Incluye la toma de medidas preliminares para proteger a la población durante el proceso de investigación.

5.6. SEGUIMIENTO AL PROCESO DE INVESTIGACION

Se debe dar seguimiento a los pacientes que se encuentran hospitalizados hasta el alta respectiva y recién cerrar la investigación del o los casos de ESAVI.

5.7. RETROALIMENTACION

De acuerdo al tipo de caso, se debe informar de debe informar al personal de salud del establecimiento de salud que notifico y a los familiares si es necesario/conveniente a los medios de prensa y autoridades sobre la clasificación final del caso.

La finalidad de la vigilancia de los ESAVI es confirmar o descartar el evento notificado, determinar otras causas, desarrollar planes de acción y responder a las preocupaciones de la población.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Sistema Nacional de Farmacovigilancia./Ministerio de Salud y Deportes; Serie: Documentos Técnico Normativo La Paz – Bolivia 2011
- 2- Ley 1737 Ley del Medicamento y Decreto Supremo No. 25235./Ministerio de Salud y Deportes; Serie: Documentos Técnico Normativo La Paz – Bolivia 2011
- 3- Guía de Vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización./Ministerio de Salud y Deportes;La Paz - Bolivia 2021
- 4- <http://agemed.minsalud.gob.bo/reg-far/index.htm>



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes

SOSPECHA DE REACCION ADVERSA A MEDICAMENTO



TARJETA DE NOTIFICACION ¡ TENGA LA GENTILEZA DE REPORTAR !
NOTA. LA FALTA DE UNO DE LOS DATOS NO IMPOSIBILITA LA REVISION DEL FORMULARIO

Form-020

Nombre de la Institución:									
Nombre de Paciente:									
Historia Clínica:									
Ubicación del Paciente (dirección):									
Telf.:					Zona:				
Edad:									
Sexo:	Masculino	Femenino	Peso	Talla					
Medico Tratante:					Especialidad:				
Embarazo:	No	Si	Desc.	Lactancia:	No	Si	Desc.		

CARACTERIZACION DEL EVENTO ADVERSO

Fecha del evento adverso:									
Inicio del evento adverso con relacion a la administracion de el (los) medicamentos sospechoso (s):									
Inmediata	Dentro de:	minutos	horas	días	semanas	meses			

EFFECTOS DESCRITOS

Efectos Cardiovasculares	Efectos Respiratorios	Efectos SNC	Efectos Gastrointestinales	Misceláneos
Bradicardia	Broncoespasmo	Alucinaciones	Nauseas	Alteración de libido
Hipertensión	Congestión nasal	Ansiedad	Vómitos	Mastalgia
Palpitaciones	Depresión respiratoria	Cefalea	Dolor abdominal	Dismenorrea
	Tos	Desorientación	Diarrea	Amenorrea
		Fatiga	Sequedad bucal	Edema facial
		Hiperactividad	Sialorrea	Dolor generalizado
		Hipertermia	Molestias epigástricas	Artralgia
		Inconciencia	Constipación	Hematomas
		Insomnio	Melena	Hemorragias
Alteración de los sentidos	Transtornos Urinarios		Efectos Dermatológicos	
Alteración de la visión	Hematuria	Irritabilidad	Erupción cutánea	
Alteración de la audición	Dificultad urinaria	Neurótico	Prurito	
Alteración del gusto	Polaquiuria	Parestesia	Rash	
		Sedación	Alopecia	
		Tinitus	Irritación cutánea	
		Vértigo		

OTROS SINTOMAS

MEDICAMENTO(S) SOSPECHOSO(S)

NOMBRE/GENÉRICO	LABORATORIO FABRICANTE	DOSIS Diaria (mg)	Frecuencia administración	Via	f.f.	Inicio tratamiento	Fin tratamiento	Número de lote	Automedicación
									SI NO
									SI NO
									SI NO
									SI NO
									SI NO

MEDICAMENTO(S) CONCOMITANTE(S)

NOMBRE/GENÉRICO	LABORATORIO FABRICANTE	DOSIS Diaria (mg)	Frecuencia administración	Via	f.f.	Inicio tratamiento	Fin tratamiento	Número de lote	Automedicación
									SI NO
									SI NO
									SI NO
									SI NO
									SI NO

FACTORES QUE PUEDEN PREDISPONERSE A UNA REACCION ADVERSA			
ANTECEDENTES DE ALERGIAS EN GENERAL			
☐ NO	☐ NO SABE	☐ SI, IDENTIFIQUE	
ANTECEDENTES DE ALERGIAS A MEDICAMENTOS			
☐ NO	☐ NO SABE	☐ SI, IDENTIFIQUE	
ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN PREVIA A:			
MEDICAMENTO SOSPECHOSO			
☐ NO	☐ NO SABE	☐ SI, IDENTIFIQUE	
MEDICAMENTO CONCOMITANTE			
☐ NO	☐ NO SABE	☐ SI, IDENTIFIQUE	
OTRAS CONDICIONES			
ALTERACION HEPATICA			
☐ NO	☐ NO SABE	☐ SI, IDENTIFIQUE	
ALTERACION RENAL			
☐ NO	☐ NO SABE	☐ SI, IDENTIFIQUE	
CONSUMO DE ALCOHOL			
☐ NO	☐ NO SABE	☐ SI, IDENTIFIQUE CANTIDAD	
CONSUMO DE TABACO			
☐ NO	☐ NO SABE	☐ SI, IDENTIFIQUE CANTIDAD	N° cigarrillos / día: N° cigarrillos / semana:
OTRAS CONDICIONES FISIOLÓGICAS Y/O PATOLOGÍAS RELEVANTES:			
SEGUIMIENTO FECHA:			
☐ Suspendió tratamiento con medicamento sospechoso	☐ Riesgo Viral		
☐ Requirió Tratamiento de la RAM	☐ Malformación		
☐ Requirió hospitalización	☐ Muerte		
OBSERVACIONES			
SEGUIMIENTO FECHA:		CAUSALIDAD:	
☐ Recuperado completamente	☐ No Clasificada		
☐ Recuperado con secuelas	☐ Improbable		
☐ No recuperado aún	☐ Condicional		
☐ Desconocido	☐ Posible		
	☐ Probable		
	☐ Definida		
OBSERVACIONES			
Datos del Notificador		FECHA:	
Nombre		Relación con	
Teléfono de contacto		el paciente:	



Estado Plurinacional de Bolivia
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: _____ (dibuje 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: ../../..
- ☐ Enfermedad que amenaza la vida cual
- ☐ Requirió 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 diagnosticados, otros si ☐ no ☐
Cuál? Detalle: _____

Reportó este evento previamente si ☐ no ☐ a quién?donde.....

Clasificación final del caso Confirmado ☐ Descartado ☐



NOTIFICACION DE SOSPECHA DE FALLAS TERAPÉUTICAS Y FALLAS FARMACÉUTICAS



Form. - 029

NOTA. NO DEJE DE LLENAR SI NO CONOCE ALGUNA INFORMACIÓN SOLICITADA

NOMBRE GENÉRICO:	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 llenado 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

VIGILANCIA DE LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Lic. Lidia Ayaviri Céspedes
RESPONSABLE DE VIGILANCIA DE LA CALIDAD

1. MARCO CONCEPTUAL

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.)

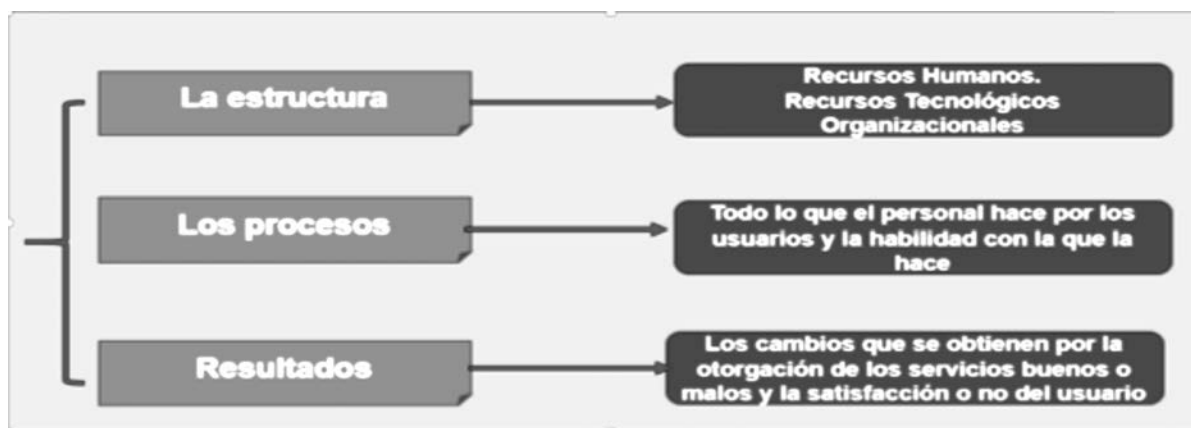
El Sistema de Vigilancia de la Calidad

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

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.



La calidad es una práctica de gestión de sistemas basada en enfoque de calidad, que respondan 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.

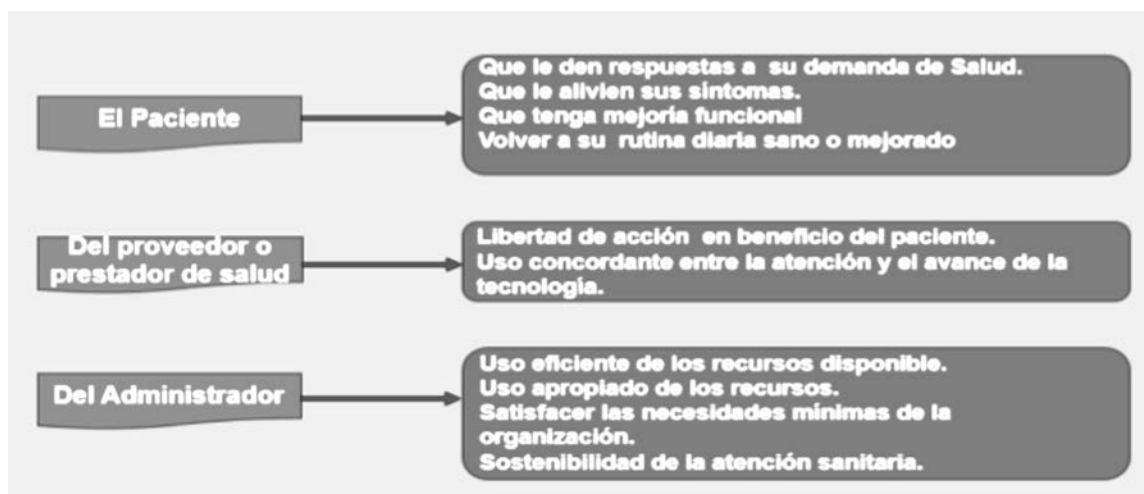
MARCO DE COMPETENCIAS

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 normativas, normas de organización y funcionamiento que permiten asignar responsabilidad específica.

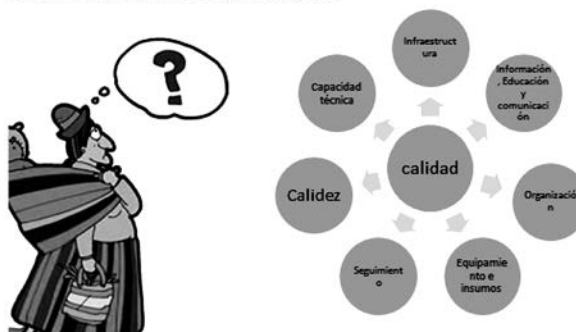
“QUE SE ESPERA DE UN SERVICIO DE SALUD”



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, por lo que urge implementar Estrategias de Calidad.

GESTIÓN DE LA CALIDAD COMO ESTRATEGIA DE INCLUSIÓN SOCIAL CLIENTE

- “DERECHO A LA SALUD”
- “DERECHO A LA CALIDAD DE ATENCION”



Los usuarios externos ,debiera existir una relacion de equidad, universalidad, accesibilidad, continuidad, oportunidad y adecuación intercultural

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 territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
- ñ) Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.

Resolución Ministerial 0090/2008

Que en el inciso d) del Art.4º de la Ley Nª 3351 de Organización del Poder Ejecutivo, señala entre las atribuciones específicas del MSD: Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los subsectores de la seguridad social, público y privado, con y sin fines de lucro. Y en su artículo primero aprueba y pone en vigencia los documentos del PRONACS, donde están incluidos manuales y guías de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer, segundo y terceros niveles de atención.

“Norma “documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio del área de Salud. Implica para el personal del Sistema Nacional de salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel optimo de orden y compatibilidad en un contexto dado” D.S. N°28562 DE 22 DE DICIEMBRE DE 2005,REGLAMENTO A LA Ley Nª 3131 ; Art. 4

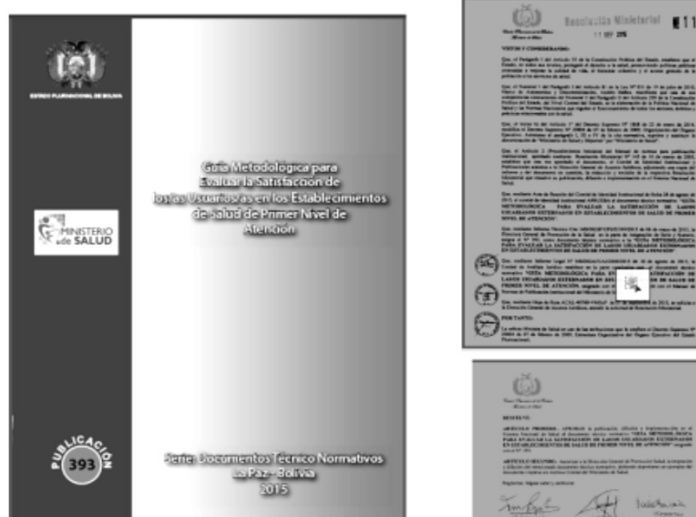


la seguridad social, público y privado, con y sin fines de lucro. Y en su artículo primero aprueba y pone en vigencia los documentos del PRONACS, donde están incluidos manuales y guías de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de primer, segundo y terceros niveles de atención.

“Norma “documento establecido por consenso y aprobado por el Ministerio del área de Salud. Implica para el personal del Sistema Nacional de salud, reglas y líneas directrices o características para sus actividades o resultados que garanticen un nivel óptimo de orden y compatibilidad en un contexto dado” D.S. N°28562 DE 22 DE DICIEMBRE DE 2005, REGLAMENTO A LA Ley N° 3131 ; Art. 4



SATISFACCION DEL USUARIO



1. Objetivo.

Conocer periódicamente el grado de satisfacción de los usuarios externos, con la atención recibida en los servicios de salud, identificando la percepción y atributos de la calidad implementados en el establecimiento, determina factores determinantes de satisfacción o insatisfacción, que permitirán contar con herramientas para corregir y mejorar la atención con calidad.

2. Metodología. Estudio exploratorio descriptivo.

Se aplicará una encuesta de salida a los usuarios externos (después de la atención)

Preguntas están correlacionadas con la dimensión de la calidad, atributos, estándares establecidos en 1er nivel de atención en el marco normativo SAFCI, derechos de los usuarios, y políticas de salud vigente.

Deberá ser aplicada cada 6 meses de tal forma que se pueda valorar avances en el mejoramiento de calidad.

ESTRUCTURA DE LA ENCUESTA DE SATISFACCION DE LOS USUARIOS

PARTE I: ASPECTOS GENERALES

Aborda información básica del encuestado y sus razones de elección del establecimiento de salud. (Edad, donde vive, instrucción, etc.)

PARTE II: PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS EXTERNOS RESPECTO A LA ATENCIÓN RECIBIDA.

Aborda dimensión de la calidad desde la perspectiva de los usuarios externos

*Confiable (trato)*Capacidad de respuesta (el personal le explica con palabras fáciles)*accesibilidad (el personal respeta sus creencias costumbres)*oportunidad (tiempo de espera)*tangibilidad (ambientes cómodos) *seguridad (respeto a su privacidad)*satisfacción global (Ud. retornaría al E.S.)

PARTE III: OPINIÓN Y SUGERENCIAS RESPECTO DE LA ATENCIÓN RECIBIDA (DE MANERA GLOBAL INCLUYE LA ENCUESTA.

De manera general los usuarios externos manifiestan libremente las sugerencias que deben tomar en cuenta

MANEJO DEL BUZON DE SUGERENCIAS RECLAMOS, FELICITACION Y ATENCIONN DE QUEJAS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD.

Uno de los procesos de recepción, tramitación de reclamos, y diferencias de opinión respecto a la atención de los pacientes y el derecho de los pacientes a participar en estos procesos.

Con los objetivos de;

Establecer canales de comunicación entre prestadores del servicio de salud y la población usuaria.

Implantar acciones preventivas y correctivas en los procesos de atención que coadyuven en el manejo de derechos y mejora continua de los establecimientos a través del plan de mejora.

Los usuarios tienen derecho a emitir reclamos sobre su atención, de que se revisen esas denuncias y que se resuelvan. Además las decisiones de atención plantean a menudo cuestionamientos, conflictos u otros dilemas para el establecimiento. (Ingreso, tratamiento o alta)-

El establecimiento a definido procesos concordantes con la norma vigente para solucionar estos dilemas a través de los planes de mejora continua, que buscan acciones correctivas internas inmediatas.



¿QUE LE PARECE LA ATENCIÓN QUE SE BRINDA EN ESTE CENTRO DE SALUD?

 BUENA
  REGULAR
  MALA

¿En que servicio?

Medicina ☐ Enfermería ☐ Farmacia ☐
 Admisión ☐ Odontología ☐ Otro.....

¿Qué necesitamos mejorar?

.....

.....

.....

Felicitaciones

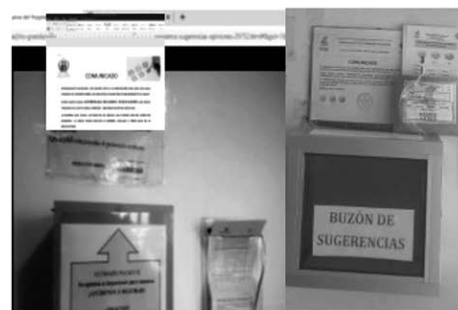
.....

.....

Nombre y Apellido **Firma**

4. Características del buzón

N	CARACTERÍSTICAS DEL BUZÓN
1	Caja o ánfora en buen estado
2	Material Madera, vidrio, metálico con dimensiones de 20 cm de cuerpo X 35 cm. de alto.
3	Debe estar fijo para evitar la manipulación y preferentemente, una repisa
4	Deben ubicarse en áreas de mayor circulación, ser visible, preferentemente próximo al área de admisión, emergencias, consulta externa, farmacia. en C.S.I., Hospitales de mayor complejidad deberán contar con mas de un buzón.
5	Sistema de seguridad con chapa o candado.
6	Identificación legible en tamaño y diseño (BUZON DE QUEJAS SUGERENCIAS Y FELICITACIONES)
7	Bolígrafos que escriban y estén asegurados al buzón
8	Junto al buzón debe existir un comunicado que explique: el objetivo del buzón, donde puede recabar las boletas, breve explicación del llenado. anexo2
9	Estarán disponibles las boletas con formato sencillo y comprensible para los pacientes (de acuerdo al modelo adjunto).



UBICACIÓN DEL BUZON NO FRENTE A UN SERVICIO



VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Dra. Karla Espinoza Zanabria
RESP. AREA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- Búsqueda activa de casos (visita domiciliaria) objeto de las patologías motivo de vigilancia epidemiológica de acuerdo a Formulario 302a, según prioridades indicadas por el Establecimiento de Salud e identificadas en el Diagnostico de Salud local.
- Búsqueda activa de casos (visita domiciliaria), de enfermedades no transmisibles: hipertensión arterial y diabetes y de enfermedades transmisibles.
- Participar de las acciones asumidas por el Establecimiento de Salud ante la identificación de casos: bloqueos de foco, destrucción de criaderos y actividades preventivas.
- Participar de las actividades de seguimiento de los casos sospechosos y confirmados.
- Participación en vacunación en servicio o fuera del servicio
- Seguimiento al esquema de vacunación en los carnets de vacunación en las visitas domiciliarias
- Sesiones educativas sobre epidemiología, enfermedades transmisibles por vectores (Chagas, Dengue, malaria, Malaria, Leishmaniosis, enfermedades transmitidas por roedores (hanta, arenavirus, Leptospirosis) según el área donde se encuentre, rabia, ofidismo y VIH en lugares priorizados por establecimiento de salud
- Sesiones educativas sobre epidemiología, enfermedades no transmisibles (Diabetes, Hipertensión, proceder a las charlas educativas –informativas según lugares priorizados por establecimiento de salud, Cáncer, AVC y otras) y sus factores de riesgo (Tabaquismo, alcoholismo y obesidad)
- Promover o dar continuidad a la conformación de Grupos de Autoayuda
- En Hospitales de 2do. Nivel énfasis en la vigilancia epidemiológica hospitalaria
- Como personal de apoyo estar siempre disponible para colaborar con la atención de emergencias y desastres.
- Producto del segundo mes: Documento “Priorización de problema de salud y Plan de Acción”

ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

Dr. Jaime Luis Huaynoca Villca

RESPONSABLE DEL PROGRAMA ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades Emergentes y Reemergentes forman parte de espectro del cual el departamento de La Paz, da una especial atención por la creciente prevalencia en determinadas épocas y regiones del departamento de La Paz. Añadido a esto el cambio climático y la variación de determinantes de la Salud a nivel global añadido las facilidades de transporte y la rapidez de los traslados de un sitio a otro, hace que muchas personas enfermas con enfermedades emergentes o reemergentes, resulten consultando en establecimientos de salud de todo el departamento de La Paz, dada esta situación obliga a considerar su presencia como parte de la pesquisa diagnóstica, comunicar a la unidad de epidemiología del SEDES La Paz y realizar el tratamiento apropiado.

La presencia de enfermedades emergentes es ascendente por año en el departamento de La Paz y entre las cuales podemos mencionar a las más recientes: Influenza H1N1, chikunguya, Zika, arenavirus (Chapare like), hantavirus Coronavirus COVID-19 y Viruela del Mono si bien alguna de ellas tiene varios años de existencia en el planeta, pero en nuestro departamento y en nuestro país tuvo su presencia en los últimos años.

La relación de las enfermedades reemergentes es amplia, entre las principales están: fiebre amarilla, cólera, difteria, sarampión, peste, arenavirus, hantavirus leptospirosis, dengue hemorrágico. En el Departamento de La Paz, varias de estas enfermedades nunca han desaparecido, han tenido y tienen importancia significativa en la salud y la vida de miles de personas en determinados espacios.

La brote de estas patologías, esta probablemente ligada a condiciones medio ambientales nuevas y a sus inesperados cambios, que son resultado del llamado “cambio climático”.

DEFINICIÓN

La enfermedad emergente consiste en afirmar que es la provocada por un agente infeccioso recientemente identificado y anteriormente desconocido, capaz de causar problemas de salud pública a nivel local, regional o mundial.

Las enfermedades reemergentes tienen como característica que por avance de la prevención, la aplicación de vacunas o de acciones de salud pública, se consideraban desaparecidas o tenían incidencias muy bajas, conociéndose por la existencia de casos prácticamente anecdóticos, hoy en día han retomado presencia.

FACTORES INVOLUCRADOS EN LA EMERGENCIA DE EPIDEMIAS DE ORIGEN INFECCIOSO

Es importante tener en cuenta que muchas veces la aparición de una enfermedad emergente es consecuencia de la sumatoria de varios factores que facilitan que un nuevo microorganismo termine causando una epidemia o una endemia. En general, hay que tener en cuenta que, en las enfermedades de origen infeccioso, independientemente de que sean emergentes o no, es necesario que exista un agente patógeno (microorganismo capaz de producir enfermedad) y un huésped susceptible, además, de que se deben dar otra serie de condiciones individuales tanto del microorganismo como del huésped para que la interacción entre los dos conlleve que haya una colonización, infección o enfermedad.

La colonización es la presencia del microorganismo en la piel, mucosa o en un tejido del huésped, que no produce respuesta inflamatoria y por ende, ningún síntoma. En el caso de la infección, hay invasión del microorganismo con interacción con el sistema inmune, lo que genera una respuesta local o sistémica, que puede destruir al microorganismo o mantenerlo bajo control bajo una respuesta inflamatoria crónica (por ejemplo, la formación de granulomas en el caso de algunos microorganismos intracelulares). Sin embargo, en algunas ocasiones, ya sea por la virulencia del microorganismo, capacidad de evasión del sistema inmune o por la activación de una respuesta inadecuada por parte del hospedero, la infección no solo puede perpetuarse, sino que desencadena cambios o destrucción del tejido afectado e incluso la muerte.

Se debe considerar, adicionalmente, que un microorganismo altamente virulento no es sinónimo de altamente contagioso y, obviamente, no son excluyentes, sino que son atributos diferentes; virulencia indica la capacidad de producir daño mientras que contagioso es la capacidad de transmitirse y en este contexto se puede tener un germen poco virulento, pero altamente contagioso, como muchos de los virus causantes del resfriado común.

Es necesario resaltar el concepto del número reproductivo básico (R_0), es decir, el número promedio de casos nuevos que genera un caso dado a lo largo de un período infeccioso. Este parámetro es importante para medir la dinámica de una enfermedad infecciosa emergente, porque a partir del valor umbral de 1,0 se puede indicar cuándo podría ocurrir un brote y por ello los salubristas y epidemiólogos lo utilizan, no solo para conocer la dinámica de una epidemia, incluyendo las tasas de ataque, sino para establecer y evaluar las posibles medidas de control de una epidemia. Aunque este no es el único parámetro, en un escenario sencillo se considera que, si un agente infeccioso tiene un R_0 mayor a 1,0, se puede colegir que la enfermedad se va a seguir propagando y entre más altos son los valores, mayor es la circulación del agente infeccioso; mientras que cuando el R_0 es menor a 1, la epidemia tiende a autolimitarse. Las medidas que se establecen para mitigar una epidemia tienen como objetivo disminuir el R_0 en el caso de $R_0 > 1$; por ejemplo, el objetivo de toda respuesta de salud pública durante una pandemia de gripa consiste en aminorar o detener la propagación del virus con estrategias de mitigación que disminuyan el R_0 mediante el cambio de la tasa de transmisión (por ejemplo, cerrando los colegios y reuniones masivas) o reduciendo el número de individuos susceptibles (por ejemplo, con la vacunación). En el caso de que el R_0 sea menor que 1, las estrategias cambian y más que establecer cuarentenas, lo importante es conocer los potenciales reservorios diferentes a los humanos, pues estos son los que van a perpetuar la enfermedad emergente.

CONCLUSIONES

La presencia de enfermedades emergentes y reemergentes se ha acelerado como consecuencia de diferentes factores que han permitido la rápida diseminación de los agentes etiológicos. Para poder responder de manera apropiada se deben tomar en cuenta la distribución geográfica del país o región afectados, comercio y turismo, y lo más importante es que la solución debe estar enfocada a evitar la propagación y daño económico o comercial; la clave es la implementación exitosa de sistemas integrales e innovadores.

Por lo anterior y ante lo inesperado en la emergencia o reemergencia de las enfermedades no hay duda de que se debe considerar lo siguiente:

- El flujo de la población modifica de distintas maneras el medio ambiente y favorece su presencia.
- Se deben reforzar los programas e intensificar las acciones de vigilancia epidemiológica.
- Diseñar intervenciones específicas para controlar estos padecimientos.
- La necesidad de priorizar la capacitación al personal de campo quienes, durante epidemias o pandemias, como la actual pandemia de COVID-19, juegan un papel fundamental en la respuesta a las mismas.

El ingenio, el conocimiento y la organización pueden alterar, más no cancelar, la vulnerabilidad de la humanidad a la invasión de formas parasitarias de vida. Las enfermedades infecciosas han precedido al hombre, durarán tanto como la propia humanidad y seguirán siendo como hasta la actualidad uno de los determinantes fundamentales de la historia humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gustavo Malagón-Londoño, Jairo Reynales-Londoño, Salud Pública Conceptos, Aplicaciones y Desafíos, 3ra edición, Editorial Médica Panamericana S.A., Bogotá Colombia, 2020, 587-605.
2. Mauricio Hernández Ávila, Epidemiología Diseño y Análisis de Estudios, Editorial Médica Panamericana S.A., Mexico, 2007, 207-242.
3. Rebollo García, L.; Rincón Elvira, E.E.; León Gómez, V. E.; García Murciego, M.E.G, Las enfermedades emergentes y reemergentes del siglo XXI, SANUM 2021, 5(1) 48-61
4. Pablo Antonio Kuri-Morales*, Eduardo Guzmán-Morales, Estefanía De La Paz-Nicolau y Alejandra Salas-Fernández, Enfermedades emergentes y reemergentes, Gac Med Mex. 2015;151:674-80
5. Dr.: Adalid Zamora Gutierrez, Enfermedades emergentes y reemergente, Rev. bol. ped. v.49 n.3 La Paz 2010

ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR ROEDORES

Dr. Jaime Luis Huaynoca Villca

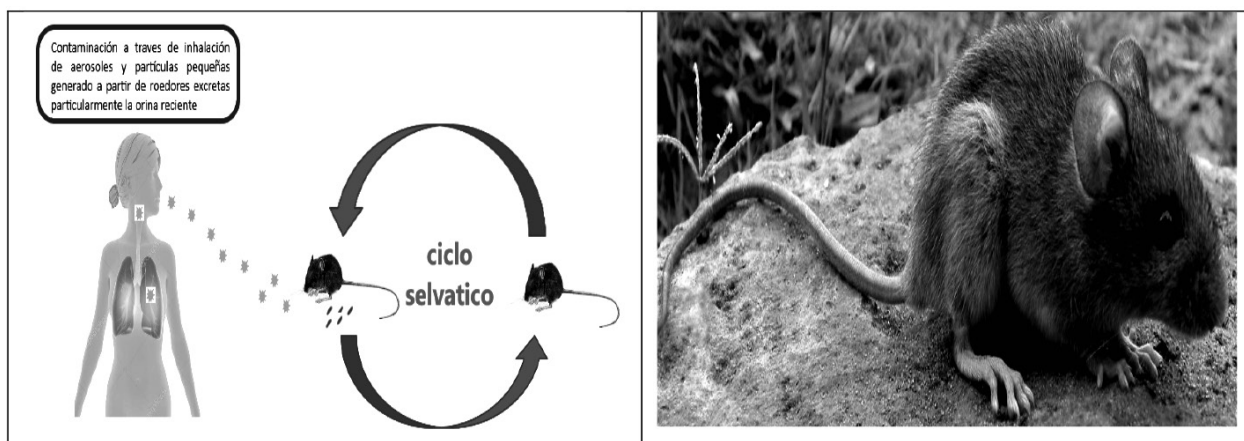
RESPONSABLE DEL PROGRAMA ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades transmitidas por roedores (ETRs) representan un importante riesgo fundamentalmente en zonas o regiones poco desarrolladas, donde los incorrectos almacenamientos de alimentos junto con los bajos niveles higiénicos de la mayor parte de la población conducen a un aumento en la prevalencia de enfermedades zoonóticas. En particular es de gran importancia la posible intoxicación por ingestión de alimentos que contengan salmonelas. Algunos cuadros de leptospirosis y otras enfermedades víricas y bacterianas pueden ser transmitidas también por roedores. El estrecho contacto del ratón con el hombre, su capacidad de penetrar en casi todos los edificios y su frecuente convivencia con otros roedores salvajes fuera del hábitat humano, junto con su costumbre de dejar por doquier el rastro de su orina y excrementos, hacen de este animal un transmisor ideal de enfermedades.

GENERALIDADES

Muchas especies de roedores silvestres tienen relativamente poco contacto con el hombre y con los animales domésticos; ellos pueden, sin embargo, servir para mantener en circulación a agentes infecciosos en focos endémicos, por largos períodos de tiempo. Cuando los roedores comensales en áreas rurales, entran en contacto con especies silvestres, los organismos infecciosos pueden ser transmitidos directa (por contacto con orina, heces, excreciones de los roedores infectados o con alimentos contaminados) o indirectamente (a través de picaduras o mordeduras de vectores tales como insectos, garrapatas, ácaros, pulgas, piojos, mosquitos, etc.) a los roedores comensales, quienes viven en íntimo contacto con el hombre y los animales domésticos, resultando así brotes de enfermedades.



En el departamento de La Paz se presentan ETRs de relevancia epidemiológica y las cuales son de notificación inmediata como: Hantavirus, Arenavirus (Chapare like), leptospirosis y Peste Bubonica todas estas en zonas endémicas tropicales.

Tabla 1. Enfermedades transmitidas por roedores de notificación inmediata

Tipo	Enfermedad	Agente etiológico	Distribución geográfica	Reservorio	Transmisión directa o indirecta
Viral	Coriomeningitis Linfocítica	Arenavirus chapare like	Palos Blancos, Teoponte, Guanay, Caranavi, Alto Beni	Oligoryzomys	Contacto con heces y orina de roedores infectados
Viral	Síndrome hemorrágico pulmonar	Hantavirus	Palos Blancos, Teoponte, Guanay, Caranavi, Alto Beni, San Buenaventura, La Asunta	Oligoryzomys	Contacto con heces y orina de roedores infectados
Bacteriana	Leptospirosis	Leptospira icterohaemorrhagiae	Zonas tropicales	Rattus rattus y R. norvegicus, otros.	Por contacto con agua que contiene orina de animales infectados.
Bacteriana	Peste	Yersenia pestis	Zonas tropicales presencia conocida Apolo	Rattus rattus y R. norvegicus, otros	Vector: Pulgas (Xenopsylla cheopis)

Elaboración propia

En el departamento de La Paz en municipios del área tropical existe sobre posición de Enfermedades febriles hemorrágicas como las descritas en la tabla y añadidas a ellas los flavivirus por esta razón se debe tomar en cuenta el diagnóstico diferencial entre ellas.

Tabla 2. Cuadro clínico de ETRs

Agente etiológico	Periodo de incubación	Sintomatología
Arenavirus chapare like	6 a 14 días	Inicia gradualmente con malestar general, cefalea, dolor retroorbitario, hiperemia conjuntival y fiebre moderada pero sostenida, seguida de signos y síntomas del aparato digestivo. Existe además de presencias de compromiso neuronal. Puede haber peteguias y equimosis, acompañadas de eritema en cara, cuello y parte superior del torax. En los casos graves, son características la leucopenia y la trombocitopenia progresiva.
Hantavirus	6 a 45 días	El cuadro clínico del síndrome cardiopulmonar por hantavirus se puede dividir en cuatro fases (prodrómica o febril, cardiopulmonar, diurética y de convalecencia) en contraste con las cinco fases clásicamente descritas para la Fiebre Hemorrágica con Síndrome Renal. Fase prodrómica. Esta fase se extiende entre 3 a 5 días (rango de 1 a 12 días). Se caracteriza por el inicio brusco de fiebre superior a 38,5°, astenia, escalofríos y mialgias generalizadas que puede acompañarse de un cuadro compatible con abdomen agudo; con menor frecuencia se observan síntomas gastrointestinales como náuseas con o sin vómitos. Otros síntomas de inicio pueden ser cefaleas, mareos artralgias, dolor torácico, sudoración, petequias. La fase cardiopulmonar comienza con tos progresiva, inicialmente irritativa y luego productiva, disnea y signos de inestabilidad hemodinámica. Al examen físico el paciente presenta taquipnea, taquicardia, fiebre e hipotensión. Plaquetopenia - Hemoconcentración - Recuento de leucocitos normal o con franca leucocitosis (recuento de leucocitos > 25.000/mm ³), con porcentajes incrementados de granulocitos inmaduros y linfocitos atípicos en el extendido de sangre periférica. - Hipoprotrombinemia - Aumento del KPTT - Aumento de la creatinina - Aumento de la LDH - Aumento de la CPK - Aumento de enzimas hepáticas - Hiponatremia - Aumento de la amilasemia - Acidosis metabólica La fase diurética caracterizada por una rápida reabsorción del edema pulmonar, eliminación rápida del líquido, resolución de la fiebre y del shock. La diuresis espontánea es un signo temprano de este

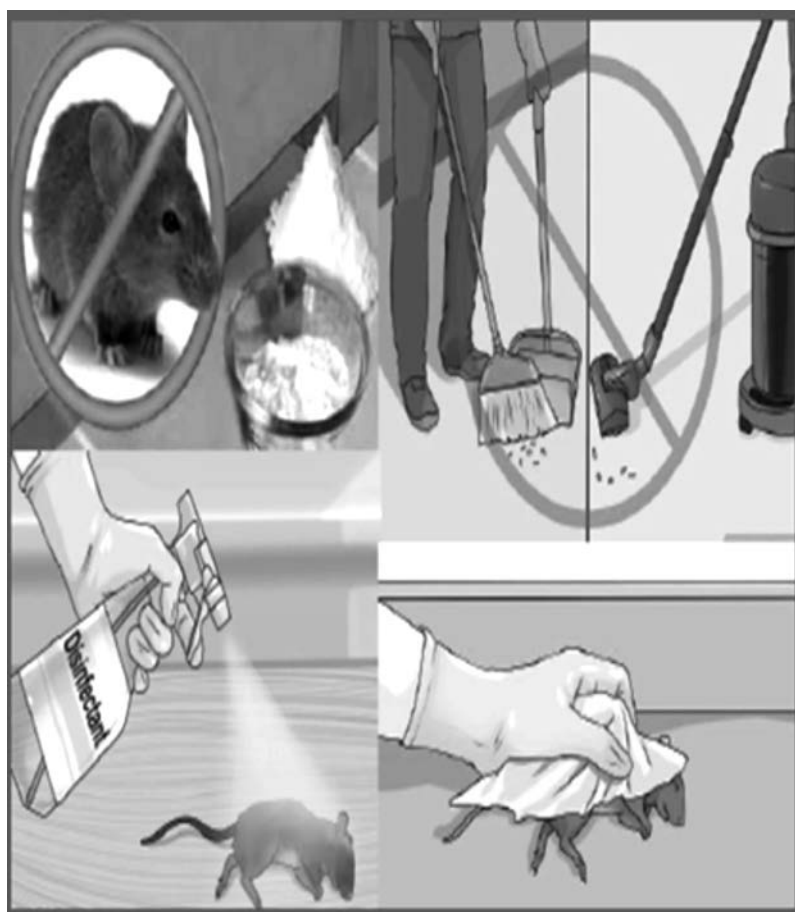
		proceso. Fase de convalecencia puede durar hasta 2 meses. Si bien los pacientes suelen recuperarse completamente, pueden existir trastornos visuales, hipoacusia sensorio-neural, bradipsiquia, debilidad muscular extrema y persistencia de la miocarditis.
Leptospira icterohaemorrhagiae	5-14 días,	1. Una enfermedad leve con los síntomas de tipo gripal; 2. Síndrome de Weil caracterizado por ictericia, falla renal, hemorragia y miocarditis con arritmias; 3. Meningitis/meningo encefalitis; 4. Hemorragia pulmonar con falla respiratoria. Características clínicas más frecuentes: Fiebre; dolor de cabeza, mialgia (en particular en el músculo de la pantorrilla), infección conjuntival, ictericia; mal estar general entre otros síntomas/signos. Fácilmente confundido con otras enfermedades comunes en los trópicos, como el dengue y otras fiebres hemorrágicas.
		El diagnóstico de la leptospirosis debe ser considerado en cualquier paciente que presente fiebre súbita, escalofríos, inyección conjuntival, dolor de cabeza, mialgia e ictericia.

Elaboración propia

El diagnóstico de laboratorio cuando se sospecha de ETRs por febriles hemorrágicas se debe enviar la muestra sin procesar a laboratorio de referencia que actualmente es el CENETROP de Santa Cruz de la Sierra. El diagnóstico se lo realiza por vía molecular mediante el PCR-RT y la Serología por ELISA para las tres enfermedades de notificación inmediata (leptospirosis, arenavirus y hantavirus).

Medidas de prevención

- La mejor forma de controlar la enfermedad es prevenirla mediante actividades de promoción de la salud, saneamiento, protección de grupos de riesgo.
- Mantener áreas de bosque entre los cultivos y pastizales, que permitan que los animales silvestres que controlan a los roedores, estén presentes, vivan y se reproduzcan.
- Mantener o establecer en los campos de cultivo y pastizales, árboles o postes que sirvan de nido y percheros a las aves rapaces que consumen ratones (buhos, aguilas, halcones, etc.).
- Evitar el contacto con orina de animales, especialmente si se tiene cortes o heridas en la piel.
- Es importante aplicar medidas de eliminación con cebos y trampas en los lugares de riesgo, controlándolos y renovándolos periódicamente.
- En las áreas cercanas al domicilio se debe evitar proveer de refugio a roedores, manteniendo los alrededores ordenados, removiendo escombros y basura, y manteniendo cortos los pastos y arbustos.
- Proteger las fuentes de agua de consumo, evitando su contaminación con orina de animales.
- Proteger los alimentos y recipientes de agua para consumo, para evitar su contaminación con orina o heces de ratones.
- Lavar y desinfectar periódicamente los utensilios de cocina y superficies de la vivienda con lavandina diluida (1 vaso de lavandina para 9 vasos de agua) para eliminar las bacterias y virus del ambiente.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ella Soto, Salim Mattar, Fiebres hemorrágicas por Arenavirus en Latinoamérica salud Barranquilla, Vol 26 No2 Barranquilla July/Dec. 2010, Print version ISSN 0120-5552 On-line versión ISSN 2011-7531.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Hantavirus en las américas guía para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y el control, Washington, D.C.: OPS, © 1999. v, 66 p.—(OPS. Cuaderno Técnico; 47)
3. Artemio Barragán G., María Haydeé Loaiza B., Adriana Flores S., Filiberto de la Garza O., Juan Manuel Alcocer G., Idelfonso Fernández S. Hantavirus: un problema latente de salud pública en México, Ciencia UANL/ Vol.V, No. 2, Abril-Junio 2002.
4. Bello Osvaldo, Sehabiague Graciela, Prego Javier, De Leonardis Daniel. Síndrome pulmonar por hantavirus Archivos de Pediatría del Uruguay, 2003.
5. Diagnóstico y Manejo del Síndrome Cardiopulmonar por hantavirus, Guía clínica, Ministerio de Salud de Chile, Año 2008.

INFLUENZA

Dr. Jaime Luis Huaynoca Villca

RESPONSABLE DEL PROGRAMA ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

INTRODUCCIÓN

La influenza o gripe es una enfermedad respiratoria aguda, altamente 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 dos siglos 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 relacionadas 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.

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 está la Influenza y todos sus subtipos.

A nivel nacional se cuenta con el componente de centros centinelas de Influenza y el departamento de La Paz presenta tal situación y en estos centros centinelas hasta el momento con prueba laboratorio se tiene los datos de:

Tabla 1 casos de influenza y IRAs por tipificación departamento de La Paz. Semana 34 año 2023

Influenza A (H1N1)	Influenza A (H3N2)	Influenza B	(Para influenza)	Virus Sincitial (VRS)	Total casos
201	2	31	19	519	772

Datos ministerio de salud y reportes

En la tabla 1 podemos observar que la influenza H1N1 representa el 26 %, la influenza H3N2 representa el 0.2 %, la influenza B el 31 %, la para Influenza 19% y existe predominio de la infección de virus sincitial respiratorio que representa el 67 % de todos los casos siendo la de mayor casuística.

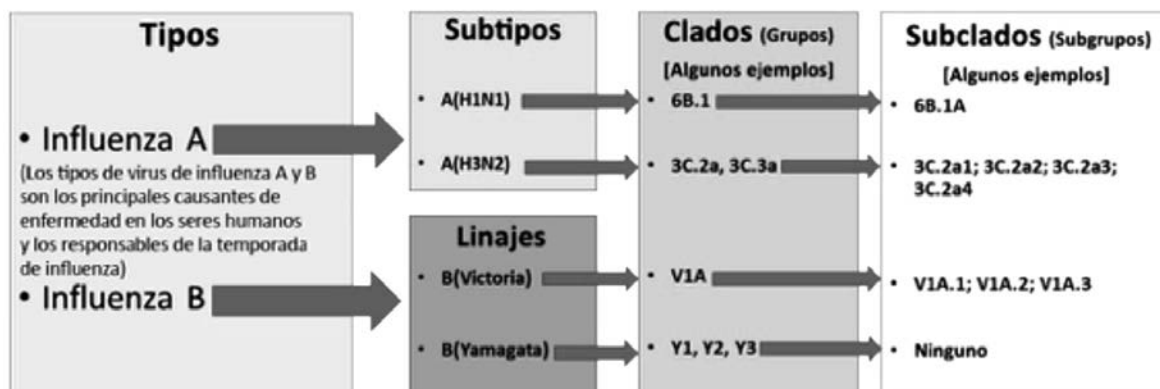
Virus de la influenza

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda, contagiosa, causada por los virus de la influenza. Es un virus tipo ARN de la familia Orthomixoviridae. Hay cuatro tipos de virus de la influenza: A, B, C y D. Los virus A y B de la influenza causan epidemias estacionales de la enfermedad en las personas (lo que se conoce como temporada de influenza) casi todos los inviernos. Los virus de la influenza A son los únicos virus que se sabe que causan pandemias de influenza (es decir, epidemias globales de influenza). Puede ocurrir una pandemia cuando aparece un virus nuevo y diferente de influenza A que infecta a las personas, tiene la capacidad de propagarse eficazmente entre ellas y contra el cual las personas tienen poca o nula inmunidad. Las infecciones por el virus de influenza tipo C por lo general causan una enfermedad leve y se cree que no causan epidemias humanas. Los virus de influenza D afectan principalmente al ganado con derrame a otros animales, 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 neuraminidasa (N). Existen 18 subtipos de hemaglutinina y 11 subtipos de neuraminidasa diferentes (de H1 a H18 y de N1 a N11, respectivamente). Aunque se han identificado más de 130 combinaciones de subtipos de influenza A en la

naturaleza, principalmente en aves silvestres, posiblemente haya muchas más combinaciones de subtipos de influenza A dada la predisposición a la “redistribución” del virus. La redistribución es un proceso a través del cual los virus de influenza intercambian segmentos de genes. La redistribución se produce cuando dos o más virus de influenza infectan a un organismo hospedador al mismo tiempo e intercambian información genética. Los actuales subtipos de virus de influenza A que circulan habitualmente entre las personas incluyen el A(H1N1) y el A(H3N2). Los subtipos de influenza A pueden dividirse en diferentes “clados” y “sub-clados” genéticos.

Virus de la influenza estacional en seres humanos



Fuente: centro para el control de enfermedades CDC de EEUU

Epidemiología

En el Hemisferio Sur, con estaciones claramente marcadas, la influenza se presenta especialmente durante los meses de invierno, durante los cuales se establecen diferentes patrones epidémicos. Habitualmente predomina un tipo de virus aunque pueden cohabitar más de uno. Estos brotes pueden tener carácter epidémico y concentrar una masa significativa de pacientes con una demanda extraordinaria de servicios y gastos en salud. Para que se produzca el brote se requiere una masa de sujetos susceptible, el virus y condiciones ambientales que favorezcan su transmisión y su permanencia en el ambiente, como son el frío y el hacinamiento. El virus se transmite de persona a persona, tiene un período de incubación no mayor a 48hrs. y habitualmente existe el antecedente de enfriamiento previo. Los pacientes pueden transmitir el virus un día antes del inicio del cuadro hasta siete días después.

Esta condición epidemiológica permite un buen acercamiento al diagnóstico presuntivo de influenza, ya que durante el brote de influenza existe abundante información clínica, epidemiológica y de los medios de comunicación.

Hay casos aislados de influenza durante los períodos no invernales, especialmente en personas que regresan de viajes al Hemisferio Norte. El estudio de estos casos muestra que no se diseminan.

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.

Cuadro clínico

En los casos típicos es de comienzo brusco, momento que los pacientes recuerdan durante años, con fiebre, calofríos, CEG, mialgias y tos con ardor traqueal. Es muy importante tratar de precisar este comienzo porque sirve de pauta para decidir si se hace o no tratamiento con antivirales. El examen comienza en la sala de espera donde los pacientes no están correctamente sentados sino que más bien “botados”.

Síntomas-signos

Fiebre de grado variable. En caso de ausencia de fiebre debido a la ingesta de antipiréticos, suele observarse mayor frecuencia cardíaca que la esperada para el grado de temperatura. Piel, con piloerección, durante el ascenso de temperatura. Fría y húmeda a ratos con signos de mala perfusión periférica.

Cefalea de tipo holocránea, no pulsátil. Junto con ello oculalgia, dolor de los músculos oculares cuando se le solicita al paciente que mueva los ojos de izquierda a derecha, lo cual está asociado a fotofobia. Odontalgia, dolor de toda la arcada dental superior. Se diferencia del dolor por compresión de la rama suborbitaria o maxilar superior del trigémino en caso de sinusitis maxilar, porque en la sinusitis duelen sólo los dos premolares, en un lado o ambos.

Odinofagia, en la vía aérea superior se observa con frecuencia, de grado mayor al esperado, al examinar la faringe congestiva. Disfonía, muy rara. Pese a que hay receptores de ácido siálico en la laringe su compromiso es poco frecuente.

Ardor traqueal, a veces tan doloroso que los pacientes se aprietan la zona con las manos cuando tosen. El ardor traqueal es tan frecuente en la influenza que su presencia debe hacer sospechar la enfermedad u otra virosis respiratoria. No se observa en las enfermedades inflamatorias bacterianas de la vía aérea.

Tos, acompañante del ardor traqueal puede ser seca o ruidosa, con o sin expectoración mucosa o coloreada. Pulmones libres y saturación de O₂ normal. La presencia de crépitos y/o desaturación deben hacer sospechar neumonía.

Sibilancias, raras en ausencia de antecedentes asmáticos. Durante la pandemia de influenza A H1N1 en 2009 varios pacientes refirieron la sensación de pecho apretado y dolor torácico.

Abdomen, El compromiso digestivo como vómito y/o diarrea es muy raro en el adulto. El dolor abdominal es más raro aún y ha sido muy poco mencionado en la literatura médica.

Mialgias, Aunque los pacientes relatan dolor muscular generalizado es posible circunscribir las áreas más dolorosas que corresponden a la zona alta del dorso (postura encorvada), zona lumbar y muslos. Disestesias en muslos, esta

sensación de alfileres en la cara anterior de muslos es muchas veces relatada espontáneamente por los pacientes y son muy característicos de influenza.

Artralgias, casi siempre de rodillas y/o tobillos uni o bilaterales.

Las manifestaciones clínicas de la influenza en niños dependen en parte de la edad, de las condiciones de base o factores de riesgo y del gen epidemiológico imperante durante el transcurso de cada año. Se estima que hasta un 60% de las infecciones pueden ser subclínicas o bien de una infección respiratoria alta sin mayor complicación.

Un factor determinante de la presentación, así como de las complicaciones de la influenza es la edad. La vía aérea de los niños pequeños es más lábil y propensa a la obstrucción bronquial, así como su sistema inmune inmaduro los hace más susceptibles, por ello las tasas de ataque son mayores en los extremos del curso de la vida. En niños pequeños, especialmente lactantes, la fiebre alta, a veces rebelde a tratamiento antipirético, muchas veces no se logra distinguir de otros cuadros febriles propios de esta edad, a lo que se suma con frecuencia síntomas gastrointestinales como vómitos, diarrea y el dolor abdominal, incluso de carácter severo, que hace necesario el diagnóstico diferencial con cuadros de abdomen agudo. Estudios chilenos como extranjeros muestran que la influenza es una causa importante de hospitalización, siendo responsable entre un 3,5–10% de las hospitalizaciones pediátricas. La mayoría de los niños hospitalizados son niños sanos menores a dos años y las manifestaciones clínicas más frecuentes son fiebre, rinorrea, tos seca y dificultad respiratoria con el desarrollo de neumonía, obstrucción bronquial, laringitis obstructiva, sepsis e insuficiencia respiratoria, con un promedio de días de hospitalización de cuatro días. Se estima que un 5% de estos podría requerir necesidad de cuidados intensivos. También se menciona en especial en niños pequeños los cuadros convulsivos asociados a fiebre que son un diagnóstico diferencial de la meningitis. Dada esta evidencia epidemiológica, la vacunación de influenza está recomendada desde los seis meses en adelante, en especial al grupo de menores de dos años.

Diagnóstico clínico y de laboratorio

Con respecto a la sensibilidad del diagnóstico clínico, determinado por el inicio brusco de fiebre y tos, depende fundamentalmente de la prevalencia existente y de la sospecha clínica. En pediatría el cuadro clínico es menos específico y existe habitualmente co-circulación con otros virus respiratorios que afectan al niño y dan síntomas similares, en especial el VRS. Para niños menores de cinco años la sensibilidad del diagnóstico clínico es cercana al 50% y es menor al 25% en el menor de un año, en cambio en el mayor de cinco años la sensibilidad del diagnóstico clínico puede alcanzar entre el 60 al 80%, comparado con métodos de IFD o PCR.

Por ello, en niños en especial en los menores de cinco años, es mejor realizar una prueba específica para confirmar el diagnóstico, particularmente en aquellos candidatos a tratamiento, salvo aquellos con patología grave o que requieren hospitalización, pues en ellos no se espera realizar examen para iniciar el tratamiento.

Para la confirmación diagnóstica existen diferentes pruebas:

Test Rápido o Test Pack por inmunocromatografía, de moderada sensibilidad tiene buena especificidad y su resultado puede estar listo en pocas horas.

IFD o inmunofluorescencia directa, tiene mejor sensibilidad aunque es más lento.

PCR (Real time ready RT-PCR) es un examen altamente sensible y específico, se pueden detectar todos los virus respiratorios en una sola muestra de aspirado nasofaríngeo, pero su uso está limitado a algunos centros y su costo es aún elevado.

Diagnóstico diferencial

La diferencia entre influenza A o B es en la práctica clínica imposible. Se dice que la influenza B es más suave que la A, pero el cuadro clínico es similar y el tratamiento es eficaz en ambos casos. Los exámenes de laboratorio definen entre los dos tipos.

La amigdalitis aguda bacteriana o viral produce síntomas parecidos, pero el examen de la faringe con pus y ganglios submaxilares inflamados la diferencia del cuadro general de la influenza.

Con la neumonía bacteriana es más difícil el diagnóstico diferencial pues tiene síntomas similares a influenza pero no hay ardor traqueal, la tos es más productiva y la presencia de crépitos y/o desaturación pueden ser de gran ayuda.

En pediatría existen diferentes patologías producidas por el virus influenza tales como bronquiolitis, laringitis obstructiva y neumonía. Puede presentarse asociada a otitis aguda y en lactantes, con convulsiones febriles. En niños mayores el dolor abdominal, a veces de carácter agudo, es también una forma de presentación que requiere descartar un foco abdominal.

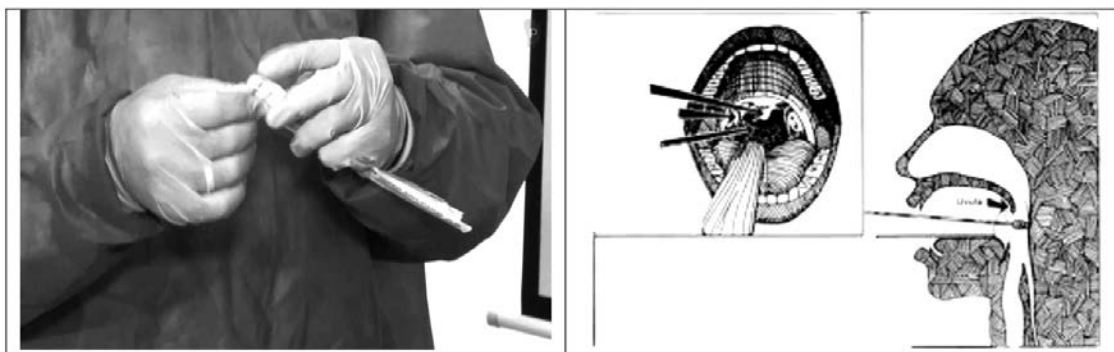
Toma de muestra

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

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.

TRATAMIENTO

El manejo de los pacientes con influenza en la mayoría de los casos no requiere medidas especiales, requiere sólo manejo sintomático: aislamiento, hidratación, alimentación liviana y fraccionada y control de la fiebre. En este aspecto es necesario hacer énfasis en que el manejo de este signo clínico debe ser cuidadoso y criterioso, pues aunque la fiebre

puede durar varios días, la fiebre persistente es un buen signo de alarma de una evolución potencialmente tórpida o complicación. Se aconseja dejar antipiréticos según necesidad y evitar la sobremedicación y la terapia horaria fija, ya que podrían encubrir alguna complicación. Así mismo no está indicado el uso de antibióticos profilácticos por persistencia de la fiebre, salvo evidencia de sobreinfección bacteriana. La tos puede ser muy molesta debido a la traqueobronquitis que produce, su manejo es sintomático y puede llegar a durar al menos dos semanas cuando el epitelio respiratorio se ha recuperado.

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.

Tabla 2. Tratamiento con oseltamivir

Peso del paciente	Dosis y tiempo
Menos de 15 Kg de peso	30 mg cada 12 horas x 5 días
De 15 a 23 Kg de peso	45 mg cada 12 horas x 5 días
De 24 a 40 Kg de peso	60 mg cada 12 horas x 5 días
Mas de 40 Kg de peso	75 mg cada 12 horas x 5 días

PREVENCIÓN

La forma más eficaz de prevenir la enfermedad es la vacunación. Hay vacunas seguras y eficaces que se vienen utilizando desde hace más de 60 años. La inmunidad de origen vacunal se atenúa con el tiempo, por lo que se recomienda la vacunación anual. Las más utilizadas en el mundo son las vacunas inyectables con virus inactivados.

En los adultos sanos, la vacunación antigripal es protectora, incluso cuando los virus circulantes no coinciden exactamente con los virus vacunales. No obstante, en los ancianos la vacunación puede ser menos eficaz para prevenir la enfermedad, aunque reduce la gravedad de la enfermedad y la incidencia de complicaciones y muertes. La vacunación es especialmente importante en personas con alto riesgo y en quienes las atienden o viven con ellas.

Se recomienda la vacunación anual en:

- Embarazadas en cualquier fase de la gestación;
- Niños de 6 meses a 5 años;
- Mayores de 60 años;
- Pacientes con enfermedades médicas crónicas;
- Profesionales sanitarios.

La profilaxis con antivíricos antes o después de la exposición es posible, pero depende de varios factores, como el tipo de exposición, el riesgo asociado a ella y factores personales.

Además de la vacunación y el tratamiento antivírico, la gestión desde el punto de vista de la salud pública incluye medidas de protección personal, como:

- Lavarse las manos frecuentemente y secárselas bien;
- Mantener una buena higiene respiratoria, cubriéndose la boca y la nariz al toser o estornudar con pañuelos y desechándolos correctamente;
- Autoaislarse rápidamente en caso de malestar, fiebre u otros síntomas gripales;
- Evitar el contacto con personas enfermas;
- Evitar tocarse los ojos, la nariz y la boca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades CDC, Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias (NCIRD,), Influenza Estacional, marzo 2023, <https://espanol.cdc.gov/flu/about/viruses/types.htm>.
2. M. Franz Baehr, P. Jorge Mackenney, Aspectos clínicos de la influenza, Elsevier, Revista médica las Condes, Vol. 25. Núm. 3. Pág. 406-411 (Mayo 2014)
3. Fortino Solórzano-Santos, Ma. Guadalupe Miranda-Novales, Influenza, Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. vol.66 no.5 México sep./oct.

SARS-CoV-2. COVID-19

Dr. Jaime Luis Huaynoca Villca

RESPONSABLE DEL PROGRAMA ENFERMEDADES EMERGENTES Y REEMERGENTES

INTRODUCCION

La COVID-19 es la enfermedad infecciosa causada por el coronavirus que se ha descubierto más recientemente. Ambos eran desconocidos antes de que estallara el brote en Wuhan (China) en diciembre de 2019.

El 31 de diciembre de 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recibió reportes de presencia de neumonía, de origen desconocido, en la ciudad de Wuhan, en China. Rápidamente, a principios de enero, las autoridades de este país identificaron la causa como una nueva cepa de coronavirus. La enfermedad ha ido expandiéndose hacia otros continentes como Asia, Europa y América. En cuanto a su comienzo, todavía no se ha confirmado el posible origen animal de la COVID-19.

EPIDEMIOLOGIA

El COVID-19 se presenta en Bolivia se alcanzó un total de 1.207.973 casos y en el departamento de La Paz en marzo de 2020 y desde esa fecha has la semana 35 del 2023 se tuvieron un total de 224.189 casos positivos reportados, la mortalidad alcanzo hasta 3.163 casos siendo la tasa de letalidad global del 1.4%, desde el inicio de la pandemia hasta ahora se tuvieron un total de 6 olas de la enfermedad disminuyendo tanto la tasa de incidencia como la de letalidad que alcanzo hasta 0.1% en la última ola.



Cuando un virus nuevo comienza a infectar una población humana, ninguno de nosotros tiene protección contra éste porque a pesar de su parecido con otros virus a los que hemos estado expuestos, nuestras defensas (anticuerpos) no pueden reconocerlo y por lo tanto prevenir la infección. Para el caso del SARS-CoV-2, su capacidad de infección y propagación se debe a que los portadores no presentan síntomas durante un periodo que va de 3 a 5 días, incluso algunas personas nunca llegan a presentar síntomas, en particular los niños. Eso da tiempo a que las personas contagiadas transmitan el virus a sus contactos sin saberlo.

Para controlar la propagación es necesario contar con un plan de medición del número de personas infectadas. Sin embargo, hacer pruebas diagnósticas a todos los habitantes de un país, contrario a lo que se pueda suponer, no es eficaz, primero por el costo de cada prueba y segundo, porque un resultado negativo un día no garantiza que en las semanas posteriores no ocurra la infección. Entonces es entendible que sea más conveniente tener un estimado del número de casos que existen en el país. A este número estimado se le conoce como carga de enfermedad en la población y durante los próximos meses estaremos oyendo sobre este parámetro casi todos los días que dure la contingencia por COVID-19.

Se cuenta con el sistema de vigilancia epidemiológica SIVE con el colaboran laboratorios de diagnóstico a lo largo de todo el país.

Cuadro clínico

El virus SARS-CoV-2, produce la enfermedad COVID-19, cuya manifestación más grave es la neumonía que se manifiesta por fiebre, tos, disnea y opacidades pulmonares bilaterales en la radiología de tórax. En un estudio con más de 70.000 casos la enfermedad fue leve en 81% (con neumonía leve o sin ella), moderada en 14% (neumonía con hipoxemia) o grave en 5% (insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica, shock o falla multiorgánica). La letalidad general fue de 2,3%, y de 49% entre los casos graves¹.

El virus SARS-CoV-2 se transmite de persona a persona, a través de gotitas respiratorias que se producen cuando el paciente tose, estornuda o habla. Estas gotitas parecen no viajar más de dos metros. También puede haber contagio al tocar superficies contaminadas y pasarse las manos por boca, nariz u ojos. Existen reportes recientes de contagio por virus que se mantienen en el aire en suspensión, por minutos u horas, en espacios mal ventilados. Esta vía se denomina transmisión aérea, y dificulta más el control de la enfermedad.

El período de contagiosidad comienza alrededor de dos días antes del inicio de los síntomas, llega a su máximo el día de inicio y disminuye durante los siete días posteriores. Es muy improbable el contagio luego de 10 días de síntomas en casos de infecciones no severas. Luego de la exposición, el período de incubación es de hasta 14 días, siendo de 4 a 5 días para la mayor parte de los casos.

Factores de riesgo: las comorbilidades más frecuentes entre 5.700 pacientes hospitalizados en Nueva York fueron hipertensión (57%), obesidad (42%) y diabetes 34%). La obesidad es un factor de riesgo para intubación o muerte en menores de 65 años. Otras publicaciones confirman que la obesidad es un factor de riesgo de mortalidad, incluso al ajustarla por comorbilidades asociadas a obesidad. El riesgo relativo fue de 2,7 para índice de masa corporal de 40 a 45 y de 4,2 para mayor de 45.

Otros factores de riesgo son diabetes presente en 34%, enfermedades cardiovasculares en 32%, y enfermedades pulmonares crónicas en 18%, entre las que no se incluye el asma. El porcentaje de pacientes asmáticos hospitalizados por COVID-19 no es mayor que el de la población general. Entre los pacientes que tenían alguna comorbilidad, la hospitalización fue 6 veces más y la mortalidad 12 veces más que en aquellos que no tenían comorbilidades.

La edad es un factor de riesgo independiente en diversas publicaciones. En China la tasa de letalidad fue de 15% en mayor o igual a 80 años, 8% entre los 70 a 79 años, 3,6% entre los 60 a 69 años y 1,3% entre los 50 a 59 años¹.

Síntomas: COVID-19 se puede presentar como una influenza con síntomas respiratorios bajos. La fiebre está presente entre el 30 y 90% de los pacientes, siendo más frecuente entre quienes se hospitalizan y menos entre pacientes ambulatorios y de mayor edad. La adinamia, la cefalea y las mialgias son los síntomas más comúnmente reportados entre los pacientes ambulatorios, mientras que la odinofagia, la rinorrea y la conjuntivitis también son síntomas frecuentes.

Muchos pacientes con COVID-19 tienen síntomas digestivos como náuseas, vómitos o diarrea, antes que aparezcan la fiebre y los síntomas respiratorios inferiores, al igual que la anosmia y la ageusia. Estos últimos síntomas se ven más frecuentemente en pacientes de edad media que no requieren hospitalización. La anosmia aparece como un síntoma muy específico de COVID-19. Otros síntomas neurológicos además de la cefalea son alteración de conciencia, mareos, convulsiones, agitación y signos meníngeos.

En la población pediátrica, la enfermedad es habitualmente leve, con síntomas respiratorios altos. Sin embargo, se han reportado casos graves, incluso muertes especialmente en menores de 1 año. En esta población se ha descrito un síndrome de inflamación multisistémica, con compromiso del corazón, pulmones, riñones, cerebro, piel o tubo digestivo.

En el examen físico se puede encontrar fiebre, polipnea y reducción de la saturación de oxígeno. El examen pulmonar muestra pocas alteraciones en contraposición con la disnea del paciente.

Sin embargo, la enfermedad podría ser asintomática hasta en un 40%; si a esto agregamos que el período de contagio se inicia previo a la aparición de síntomas en la población que los tiene, el control de esta infección se hace aún más difícil.

Una estrategia para reducir el riesgo de contagio del personal de salud y de los otros pacientes, es hacer una selección de los casos sospechosos en lugares de atención médica. Entre el 1 de marzo y el 31 de julio de 2020 estudiamos a 791 pacientes que consultaron en el Departamento de Medicina Interna y Otorrinolaringología de Clínica Las Condes y encontramos que los mejores indicadores de tener infección por SARS-CoV-2 son anosmia, fiebre, mialgias y tos. Si el paciente presenta anosmia la probabilidad de tener SARS-CoV-2 podría ser hasta 7 veces más que si no la tiene.

Entre las alteraciones de los exámenes de laboratorio destacan la linfopenia presente en el 90% de una serie de pacientes hospitalizados por COVID-19, también se describe elevación de proteína C reactiva, Dímero D (DD), LDH, ferritina, transaminasas hepáticas, con disminución de albumina y plaquetas.

FISIOPATOLOGÍA DEL COMPROMISO PULMONAR POR SARS-COV-2

El dominio de unión al receptor (DUR) de la proteína Spike (S) de SARS-CoV-2 reconoce específicamente el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) del huésped. Tras la unión, la proteasa sérica de membrana tipo 2 (TMPRSS2) corta la proteína S y da como resultado la fusión de las membranas virales y celulares. El receptor ECA2 se expresa en la vía aérea, principalmente en neumocitos tipo 2 alveolares, también en el resto de tracto respiratorio, corazón, riñón y tracto gastrointestinal. Sin embargo, los pulmones parecen ser particularmente vulnerables al SARS-CoV-2 debido a su gran superficie y porque los neumocitos tipo 2 actuarían como un reservorio para la replicación del virus. Pese a que los inhibidores y bloqueadores de ECA tienen un efecto hiperregulador, estudios observacionales no han demostrado mayor riesgo de infección, ni mortalidad hospitalaria de los pacientes sometidos a estos tratamientos. La injuria directa en el tejido pulmonar, por la respuesta inflamatoria local mediada por la infección viral, es uno de los mecanismos propuestos detrás de las manifestaciones pulmonares de COVID-19.

Los pacientes con COVID-19 pueden presentar marcada linfopenia, como ocurre en otras virosis respiratorias (influenza), debido a la infección y destrucción de linfocitos T por el virus. Cuando la multiplicación viral se acelera, se compromete la integridad de la barrera alvéolo-capilar y se afectan las células de los capilares pulmonares, acentuando la respuesta inflamatoria con mayor atracción y acumulación de neutrófilos, monocitos y exacerbación de la endotelitis capilar. Esto se correlaciona con los hallazgos de autopsias que revelan engrosamiento difuso de la pared alveolar por células mononucleares y macrófagos, infiltrando los espacios aéreos que se suman a la inflamación endotelial y edema.

Esto se visualiza como opacidades en vidrio esmerilado en tomografía axial computada (TAC) pulmonar.

La disrupción de la barrera alveolo-capilar, la alteración de la transferencia alveolar de O₂ y el deterioro de la capacidad de difusión son los trastornos característicos de la neumonía COVID-19. Cuando al edema se agrega formación de membrana hialina llenando el espacio alveolar, estamos frente a la etapa temprana del síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). Además de lo descrito, puede ocurrir activación y consumo dramático de los factores de coagulación. Estudios chinos reportan que más de un 70% de los fallecidos por COVID-19 cumplían un criterio de coagulación vascular diseminada. La inflamación alveolar y endotelial pueden generar microtrombos con complicaciones trombóticas a distancia.

Existe controversia respecto a si el SDRA asociado a COVID-19 tiene particularidades fisiopatológicas comparadas con las del SDRA clásico. En una serie pequeña de casos de pacientes con SDRA COVID-19 en ventilación mecánica, Gattinoni y cols. describieron hipoxemia grave a pesar de una distensibilidad pulmonar relativamente normal, un hallazgo inusual en pacientes con SDRA grave. En la mitad de los pacientes, los gases sanguíneos y las TAC pulmonares revelaron una gran corto circuito arterio-venoso en regiones pulmonares mal ventiladas, lo que sugería hiperperfusión desregulada en esas regiones. Los mismos autores destacaron la ausencia de uniformidad de pacientes con SDRA asociado a COVID-19 y propusieron la existencia de dos fenotipos primarios: tipo L (por Low) con valores bajos de elastancia (distensibilidad elevada), de corto circuito arterio-venoso, de peso pulmonar y de capacidad de reclutamiento) y tipo H (por High) con valores altos de elastancia (distensibilidad baja), de corto circuito arterio-venoso, de peso pulmonar y de capacidad de reclutamiento, siendo este último fenotipo más consistente con lo clásicamente descrito en SDRA grave. Propusieron

que la mayoría de los pacientes se presentan inicialmente con el tipo L y que algunos pacientes evolucionan al tipo H, potencialmente debido a los efectos sinérgicos de progresión de la neumonía COVID-19 y la lesión pulmonar auto infligida por el paciente. Ésta se produciría por grandes esfuerzos respiratorios, con presiones transpulmonares elevadas y liberación de mediadores inflamatorios nocivos. Estos autores plantean un patrón de ventilación liberal con volúmenes corrientes altos (hasta 8-9ml/kg) y presión de fin de espiración bajas en pacientes con fenotipo L e hipercápnicos, contrastando con el modelo de ventilación protectora demostrada como beneficiosa en el SDRA no COVID-19.

Otros grupos han propuesto que la heterogeneidad fenotípica de la neumonía y SDRA COVID-19 es la misma a la descrita para todos los SDRA en general, y que se debe aplicar las mismas intervenciones beneficiosas basada en la evidencia en medicina crítica pre-pandemia. La estrategia ventilatoria protectora ha demostrado ser beneficiosa en SDRA con distensibilidades bajas y también altas. Las indicaciones de ventilación en prono y oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) en COVID-19 deben ser las mismas que en SDRA en general.

Otra gran pregunta en discusión, a 10 meses de iniciada la pandemia en el mundo, es si el SDRA asociado COVID-19 tiene mayor tendencia a desarrollar fibrosis pulmonar, hipertensión pulmonar y deterioro funcional respiratorio progresivo en los pacientes que sobreviven, más allá de lo descrito para SDRA grave pre-pandemia.

TRATAMIENTO

MEDICAMENTO	QUIEN	CUANDO
Nirmatrelvir con ritonavir (Paxlovid) <i>Antiviral</i>	Adultos; niños de 12 años de edad o más	Lo antes posible; se debe iniciar dentro de los 5 días de la aparición de los síntomas
Remdesivir (Veklury): <i>Antiviral</i>	Adultos y niños	Lo antes posible; se debe iniciar dentro de los 7 días de la aparición de los síntomas
Molnupiravir (Lagevrio): <i>Antiviral</i>	Adultos	Lo antes posible; se debe iniciar dentro de los 5 días de la aparición de los síntomas

PREVENCION

- “ Toma de muestra antígeno nasal
- “ Vacunación contra el Covid 19

GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES EN SALUD

Dr. MSc. Carlos Oliver Llanos Valencia
RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

Master en Gestión de Riesgos de Desastres y Gobernanza Climática – Beca OEA

Para entrar en contexto debemos saber que significa la palabra desastre, está compuesta por el sufijo latino DES (abandono, sin, negatividad) y ASTRE (estrella, astro) significando así “Abandonado por los astros”. De esta manera se designaba a todo fenómeno natural que generaba destrucción atribuyéndose al enojo de los dioses presentes en el cosmos o de la madre naturaleza.

El Riesgo es la composición de dos variables, la amenaza que es aquello en lo que no podemos influir (huracanes, lluvias, granizo, etc) y vulnerabilidad que es aquello que bajo nuestra influencia se puede modificar (protección personal, capacitaciones, etc) la interacción de ambos determina si el riesgo es alto o bajo.

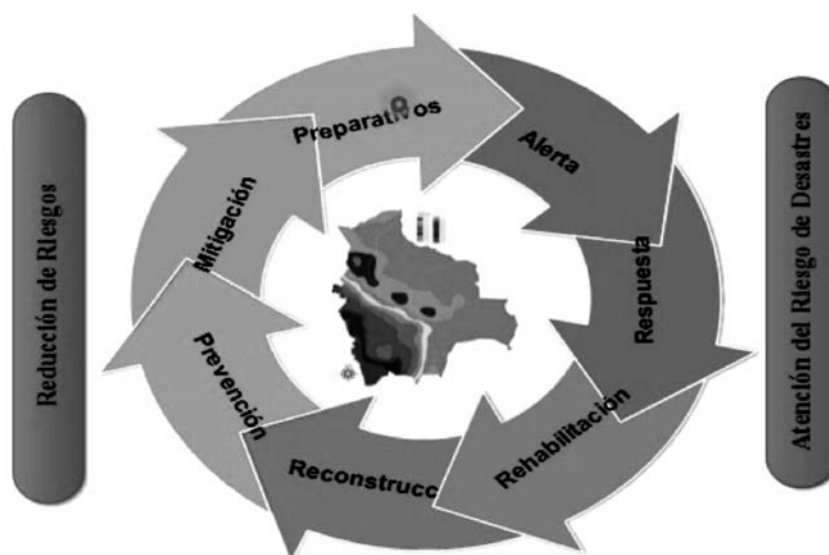
La UNDRR (Oficina de las Naciones Unidas para Reducción de Riesgo de Desastres) identifica dos tipos de riesgo: físicos producto de amenazas naturales (hidrometeorológicas y geológicas) y antrópicos (producto de la intervención del hombre), y biológicos (contaminación ambiental, epidemias, pandemias, plagas).

Bajo este contexto, no necesariamente el riesgo se convierte en desastre, y los desastres naturales no existen. El riesgo para poder ser abordado debe ser identificado, y es adecuado asegurar que siempre responde una construcción social, resultado de determinados y cambiantes procesos sociales derivados en gran parte de los estilos y modelos de desarrollo y los procesos de transformación social y económica, en general.

GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES (GRD)

La Gestión del Riesgo tiene que ver con los procesos sociales mediante los cuales se propende a la reducción de los niveles de riesgo y se construyen nuevas oportunidades y condiciones de seguridad para la sociedad, como factor incidental en la sustentabilidad y sostenibilidad de los procesos de desarrollo a escala humana.

Ello implica complementar capacidades y, ante todo, voluntades, puesto que de estas últimas emanan políticas destinadas a aumentar el conocimiento técnico y científico, además de estrategias enfocadas hacia el adecuado uso de ese conocimiento en la construcción de condiciones de vida más seguras.



Ciclo de la Gestión de Riesgo de Desastres, VIDECA

Cuando se trabaja en la GRD se enfatiza en la prevención a todos los niveles como resultado de la identificación de nuestras amenazas y vulnerabilidades, con el objetivo de preparar una respuesta adecuada y oportuna que nos ayude a disminuir el impacto del evento (mitigación). La preparación resulta de conocer el riesgo y gestionar los recursos necesarios para activar los planes según las alertas que se emitan, como consecuencia tendremos una respuesta coherente con los mecanismos anteriores que además nos permitirán proyectar una rehabilitación y reconstrucción que disminuyan futuros impactos mediante la inversión, pública o privada, sustentados en estudios previos basados en los riesgos existentes.

RESILIENCIA EN DESASTRES

El trabajo responsable y constante en la GRD da por resultado la Resiliencia. En el Marco de Oxfam para el Desarrollo Resiliente, El futuro es nuestra elección, se describen tres tipos de capacidades de resiliencia: de absorción, de adaptación y transformación. Es necesario incrementar estas tres capacidades para conseguir resultados de desarrollo resiliente, es decir, la realización de los derechos y la mejora del estado de bienestar pese a las crisis, las tensiones y la incertidumbre.



Fuente Oxfam

Por lo anteriormente citado, resiliencia no es sinónimo de olvido, tampoco lo es desconocer el riesgo.

GRD EN BOLIVIA

La ley 602 de Gestión de Riesgos y Decreto Reglamentario 2342 entró en vigencia el 14 de noviembre del 2014, bajo modificaciones y lineamientos establecidos en el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030. Éste marco va de la mano con otros acuerdos de la Agenda 2030 de las que el Estado Plurinacional de Bolivia es parte, tales como el Acuerdo de París sobre el Cambio Climático, la Agenda de Acción de Addis Abeba sobre Financiamiento para el Desarrollo, la Nueva Agenda Urbana y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Este marco recibió el respaldo de la Asamblea General de la ONU después de la tercera Conferencia Mundial sobre la Reducción del Riesgo de Desastres (WCDRR, por sus siglas en inglés), celebrada en 2015.

El Marco de Sendai reconoce que en el Estado recae la función principal de reducir el riesgo de desastres, pero es una responsabilidad que debe compartirse con otros actores, tales como los gobiernos locales, el sector privado y otros grupos interesados

Por lo mismo, como parte de los principios de la mencionada ley, y desde el punto de vista de la Salud son relevantes el concurso y apoyo obligatorio, acción permanente, acción prioritaria a poblaciones vulnerables y desarrollo de una cultura de prevención.

Cuando un evento se manifiesta, sea por riesgo físico o biológico, se emitirán alertas que orienten a tomar decisiones y estas son cuatro: Verde cuando todo es normal y el riesgo no es latente, amarillo cuando se identifica un riesgo y se inician los trabajos de prevención, naranja cuando el evento está iniciando y es necesario informar sobre las posibles consecuencias, y rojo cuando el evento se manifiesta de tal manera que obliga a activar los planes, a convocar al Comité de Operaciones de Emergencia (COE) para evaluar la declaratoria de emergencia o desastres.

En GRD la emergencia se caracteriza por que puede ser atendida con los recursos económicos y/o técnicos del territorio, y desastre cuando estos recursos son insuficientes y se requiere de la intervención de superiores. Así pues, la declaratoria de emergencia municipal puede dar paso a la declaratoria de Desastre municipal mediante el alcalde, dando paso a la declaratoria de emergencia o desastre departamental mediante el Gobernador y éste último da paso a la declaratoria de emergencia o desastres nacional mediante el presidente.

Existen dos tipos de planes mediante los cuales se pueden planificar y responder a los riesgos identificados: los planes de Emergencia son generales e identifican los riesgos más relevantes en todo el territorio sea municipal, departamental o nacional; los planes de contingencia son específicos para cada amenaza. Estos planes para su ejecución requieren de un fondo económico que responde al 0.15% del total del Presupuesto General del Estado Consolidado de gastos, aprobado para cada gestión fiscal. Es en este sentido que las ejecuciones de los planes de contingencia pueden demorar en su ejecución siguiendo el conducto regular que por ley se debe cumplir. Sin embargo, en situaciones de emergencia y/o desastre que ponen en riesgo la continuidad del sistema de salud, el SEDES La Paz responde inmediatamente en sus diferentes niveles de atención mediante los planes multiamenaza elaborados en base al al riesgo sistémico actual, entendiéndose que un riesgo puede incrementarse por una o varias amenazas añadidas simultáneamente o de manera progresiva mientras se atiende el evento desencadenante generando un efecto similar a una cascada. El SEDES La Paz es el único a nivel nacional que responde a las emergencias y desastres en salud mediante planes multiamenaza.

PREPARACIÓN Y RESPUESTA

Equivocadamente se cree que el interno, incluso el profesional de salud titulado, sabe manejar todas las situaciones de emergencia y más aún las de desastre. Toda intervención, sea clínica, quirúrgica u operativa (en campo) necesita innegablemente un soporte académico confiable y el desarrollo de habilidades y destrezas previos que aplique ese conocimiento.

La vulnerabilidad del personal de salud crece cuando no existe la autoformación constante en pre y posgrado, cuando delegamos a otros nuestra seguridad o cuando accedemos a información de personas o instituciones que ofrecen “conocimiento” sin tener la experiencia calificada de lo que transmiten.

La preparación debe ser siempre presencial y evaluada, mediante ejercicios de simulación o simulacros en periodos donde el riesgo o amenaza NO son latentes.

Las simulaciones son actividades de mesa donde se juegan roles con el fin de evaluar la existencia o no de protocolos, guías, personal, estrategias y cuanto se quiera corroborar su existencia. Simulacro es un ejercicio físico donde se recrea un evento pasado o ficticio con el objetivo de evaluar capacidades, habilidades y destrezas mediante planes disponibles de sectores específicos. Al ser procesos de evaluación, buscan resultados lo más cercanos a lo real, por lo que no deben ser notificados en cuanto a fechas de realización, participantes, evento seleccionado y hora del ejercicio, en vista que comunicar alguno de ellos fuera del grupo organizador, generará un sesgo que repercutirá en un evento real.

La preparación siempre debe identificar capacidades y destrezas de todos los involucrados, para organizar equipos de trabajo o brigadas de intervención. La organización de acuerdo a las capacidades identificadas permitirán hacer un mejor uso y distribución de los recursos disponibles y plantear estrategias que permitan una intervención oportuna y segura.

La respuesta a todo evento debe ser inmediata y debe respetar las capacidades del personal desplazado, así pues, el personal de salud de hospitales y centros de Salud deben responder de acuerdo a sus capacidades, habilidades y destrezas, asegurando su integridad física y mental en todo momento.

El Departamento de La Paz tiene dos Equipos de Primera Respuesta a Emergencias y Desastres conformados por profesionales capacitados en estas áreas, estos equipos interactuaron frente al COVID-19 en fases 0, 1, 2 e inicios de la 3 en 2020 con presupuesto 0 (cero); estos dos equipos son la Brigada de Asistencia Médica en Emergencias (BAME) dependiente del SEDES La Paz y el Equipo de Asistencia Médica en Desastres (EAMD - DMAT) grupo independiente conformado por profesionales voluntarios.

El SEDES La Paz mediante el Programa de Emergencias y Desastres tiene la capacidad de desplazar personal calificado para estas situaciones, la Brigada de Asistencia Médica en Emergencias (BAME) selecciona profesionales con habilidades y destrezas que ayudan en la respuesta local y regional para evitar que el sistema de salud se vea interrumpido.

El personal de salud en su totalidad debe estar preparado para atender a víctimas de inundaciones, deslizamientos, heladas, incendios, olas de calor, sequías y brotes epidémicos según su ubicación geográfica, y deben promover la práctica sana de costumbres que no aporten al cambio climático (emisión de gases de efecto invernadero, uso indiscriminado de material no reciclable y biodegradable, y chaqueo).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 602 de Gestión de riesgos y Decreto Reglamentario 2342. Noviembre 2014
2. Marco de Sendai para la Reducción del Riego de Desastres 2015-2030.
3. Words Into Action: A Guide To Multi-Hazard Early Warning Systems. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). 2023
4. UNDRR STRATEGIC FRAMEWORK 2022 -2025.
5. WORKSHOP REPORT EVIDENCE IN DISASTER PREPAREDNESS: Anticipating Complex Crises In A Context Of Systemic Risk. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). 2023

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACION

Lic. Erika Andrea Chávez Choque
RESPONSABLE PAI

Lic. Claudia Bustios Alave
GESTORA DE LA CALIDAD REDES URBANAS PAI

Lic. Miriam Quispe
GESTORA DE LA CALIDAD REDES URBANAS PAI

Lic. Juan Carlos Mayta Villca
GESTOR DE LA CALIDAD REDES URBANAS PAI

Ing. Freddy Machaca Guachalla
RESPONSABLE DE LOGISTICA PAI

Lic. Laura
RESPONSABLE DE CADENA DE FRIO

Tec. Ramiro Bustillos Domínguez
RESPONSABLE DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA PAI

EXTRACTADO DEL “MANUAL TECNICO PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES FAMILIAR Y COMUNITARIA 2022”

I. DEFINICION.

Es un programa de prevención, vigilancia y control de las enfermedades prevenibles por vacunas que se desarrolla de manera metódica, estratégica, gerencial, operativa y comprometida con las naciones del mundo, para lograr coberturas universales de vacunación y vigilancia eficiente de las enfermedades prevenibles por vacuna en la perspectiva de erradicar, eliminar y controlar dichas enfermedades.

II. 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.

III. METAS

- Consolidada la erradicación de la poliomielitis en el departamento de La Paz.
- Consolidada la eliminación del sarampión, la rubeola, el síndrome de la rubeola congénita y el tétanos neonatal en el departamento de La Paz.
- Controlada la difteria, tosferina, hepatitis B, fiebre amarilla, neumonías y meningitis por tuberculosis, Haemophilus tipo b y neumococo, así como las diarreas graves por rotavirus.
- Disminuida la incidencia del cáncer cérvico uterino.
- Controlada la morbimortalidad por la COVID – 19.

IV. POLÍTICA DE CALIDAD

El Programa Ampliado de Inmunización contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunas, aplicando procesos de mejora continua para alcanzar excelencia en el cumplimiento a su misión, visión, principios y valores. Fomentando el desarrollo del recurso humano, apoyando las iniciativas innovadoras y creativas del

personal de salud comprometido con el desempeño estratégico y operacional del programa, contribuyendo así a la salud de toda la población, sin discriminación de ningún tipo y en el marco de la interculturalidad.

V. MARCO LEGAL

- Ley N °3300, Ley de vacunas

Promulgada en diciembre del año 2005, crea y regula el sistema de inmunizaciones preventivas, para todos los habitantes de Bolivia. Establece la asignación de fondos nacionales para la compra de vacunas y la operativización de la vacunación de acuerdo con la situación epidemiológica.

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.
- Proveer los recursos económicos permanentes y necesarios para el cumplimiento de los objetivos señalados.

Además, en su Artículo 2 declara que, para el Estado, todas las actividades relacionadas con la inmunización de enfermedades prevenibles, son una prioridad nacional, siendo que la salud es un derecho de la población boliviana.

Por lo tanto, esta ley garantiza el financiamiento para la adquisición de vacunas y otros

Suministros del PAI, así como para las acciones del programa y otras que el Estado pudiese determinar a través de la Ley de Presupuesto General del Estado.

VI. COMPONENTES DEL PAI

Para asegurar la protección de la población objeto de la vacunación, el PAI desarrolla sus acciones a través de los siguientes componentes:

1. Cadena de Frío

Es un proceso que asegura la correcta conservación, almacenamiento y transporte de las vacunas, desde que salen de la fábrica productora de la vacuna, hasta el momento de la vacunación

2. Logística

Es un sistema que garantiza la disponibilidad de las vacunas, jeringas e insumos para la vacunación, con una adecuada programación, distribución y monitoreo de la utilización en cada uno de los niveles de atención y gestión del sistema de salud

3. Vigilancia epidemiológica de las enfermedades prevenibles por vacunas

Es la estrategia que permite la detección, notificación, investigación y documentación de todo caso sospechoso de enfermedad prevenible por vacunación, que se presente en cualquier nivel de la red de servicios público, seguro a corto plazo y privado para la ejecución de medidas de control

Este sistema también permite conocer el impacto de la inmunización, detectar oportunamente eventos, brotes epidémicos, importaciones de virus e identificar susceptibles, para la toma de decisiones. La vigilancia se la puede realizar bajo dos modalidades:

- Vigilancia pasiva, es notificada por la demanda espontánea de la población y la información es registrada por el SNIS.

- Vigilancia activa, es la captación de casos sospechosos de enfermedades inmunoprevenibles por el personal de salud que realiza atención médica identificando casos de interés del PAI. Y luego confirmar la ausencia o presencia de casos que pueden ser a través de la búsqueda institucional en los establecimientos de salud y comunitaria que se realiza en la comunidad.

4. Capacitación

Mediante este componente, el PAI facilita la implementación de su programa de educación continua, basado en competencias del personal de salud. Es un proceso que fortalece los conocimientos, destrezas y competencias del personal de salud que gerencia el PAI o aplica las vacunas. Utiliza complementariamente medios virtuales y presenciales en procura de la certificación del personal gerencial y operativo, vinculado a la vacunación y/o a la vigilancia de las EPV. Todo el personal asignado al PAI debe cumplir con los cursos definidos para la función que ejerce y también los cursos optativos para complementar su formación.

5. Supervisión

Es un proceso de asesoría técnica, donde se recopila información sobre el manejo de normas y procedimientos, los logros obtenidos y las dificultades identificadas; analiza el desarrollo de las actividades y las compara con las metas y el plan de trabajo; realiza si es necesario, acciones correctivas o complementarias para lograr los objetivos y metas, para mejorar el rendimiento de las actividades.

Es el proceso de seguimiento que permite observar cómo se está dando el cumplimiento de las normas, procedimientos y las actividades desarrolladas por el personal de salud y proceder, si fuese el caso, a reconducir la calidad de los procesos. Fundamentalmente, toda supervisión es capacitante, nunca punitiva, sino que es orientadora, educativa y formativa. Debe ser llevada a cabo por personal debidamente capacitado, el cual aplica un conjunto de técnicas, instrumentos y procedimientos cuando visita a un determinado servicio de salud, con miras a brindar asistencia técnica al personal supervisado, con el objetivo de elevar los niveles de excelencia técnica del mismo.

6. Monitoreo y evaluación

El monitoreo es el seguimiento periódico a la ejecución de un plan, para asegurar que el cumplimiento progrese de acuerdo a lo planificado. Para ello, se utilizan los indicadores de proceso de gestión, coberturas de vacunación y de vigilancia epidemiológica entre otros, se Serie: Documentos Técnico Normativos 40 verifica el avance hacia los objetivos y metas del PAI, así como adoptar medidas correctivas oportunas desde el nivel local hasta el nivel nacional. La evaluación es el proceso que determina el grado de modificación de los problemas de salud a consecuencia de la implementación de un plan, en el caso del PAI, nos permite verificar el nivel de protección de una cohorte de niñas o niños protegidos contra una u otra enfermedad (de acuerdo al esquema nacional), otra forma de evaluar los resultados del PAI es la ausencia de una o más enfermedades (Control, eliminación o erradicación)

7. Vacunación segura

Este componente prioritario del PAI, asegura la utilización de vacunas de calidad, desde la adquisición de vacunas precalificadas por la OMS, garantizando el transporte, almacenamiento adecuado de las mismas, prácticas de inyección segura en el momento de la vacunación, la vigilancia de ESAVI, y la protección del medio ambiente. (Vacunador, vacunado y el desecho final). Este componente incluye las alianzas con los medios de comunicación para dar mensajes claros a la población sobre la seguridad de la vacunación y mantener su confianza en las vacunas.

8. Investigación

Componente que permite al PAI alimentar y respaldar la toma de decisiones gerenciales, a nivel nacional y también a nivel local. A nivel nacional, por ejemplo, los estudios de costoefectividad y de costo-beneficio son imprescindibles para la introducción de nuevas vacunas al esquema nacional. A nivel local, para identificar, de acuerdo a cada realidad, barreras en la vacunación, prácticas de vacunación de la población y poder implementar en consecuencia estrategias de abordaje.

9. Comunicación

Es indudable que el PAI ha obtenido logros importantes a lo largo de su historia y que el impacto de sus acciones en la población ha sido significativo, sin embargo, es muy importante que estos logros, no solo se mantengan en el tiempo, sino que se profundicen mediante la difusión de información clave y concientización de la población. Uno de los desafíos del PAI es la de fortalecer la confianza de la población en las nuevas vacunas, como es el caso de la vacuna anti COVID-19. Para el logro de este cometido, la comunicación es un arma poderosa que fortalece al PAI.

10. Estrategias de vacunación

Son las acciones planificadas que ayudan a conseguir mejores resultados y que se constituyen en formas de ofertar las vacunas a la población dentro o fuera de servicio para disminuir los factores de riesgo de morbilidad infantil, manteniendo coberturas de vacunación que garanticen la protección a la población boliviana (alcanzar coberturas > a 95%), en el marco de la política SAFCI en los niveles de atención del sistema de salud.

11. Oportunidades perdidas

Se denomina como “oportunidad perdida de vacunación”, cuando una persona, de cualquier grupo de edad elegible para ser vacunada, asiste por algún motivo a un establecimiento de salud, no investigan su estado vacunal y por consiguiente no recibe las vacunas que requiere. Por lo cual el PAI recomienda al personal de salud investigar el estado vacunal de todos los usuarios que llegan a los servicios de salud y vacunarlos según corresponda.

VII. TIPOS DE VACUNAS

Edad de vacunación

Son varios los factores que intervienen para determinar la edad adecuada para la vacunación. Incluyen los riesgos específicos de enfermar según el grupo de edad, la epidemiología de la enfermedad, la madurez del sistema inmune, la capacidad para responder a una vacuna específica y la interferencia por inmunidad pasiva transferida por la madre.

Tabla N°2: Vacuna, edad, dosis, intervalo óptimo entre dosis

Vacuna	Número de dosis	Edad	Intervalo óptimo entre dosis	Consideraciones generales
BCG	Única	Recién nacido		Se la puede administrar, hasta antes de cumplir el año de edad (hasta los 11 meses, 29 días).
Pentavalente	Primera	2 meses		Excepcionalmente se puede iniciar o completar dosis hasta los 4 años y 11 meses y 29 días d de edad.
	Segunda	4 meses	A los 2 meses de la 1ra.	
	Tercera	6 meses	A los 2 meses de la 2da.	Es importante recuperar a niños no vacunados. Se debe aplicar la dosis
	Cuarta	De 18 a 23 meses.	Al año de la tercera.	

Fuente: Manual Técnico Programa Ampliado de Inmunización Familiar y Comunitario, Ministerio de Salud y Deportes (2022).

VIII. Contraindicaciones

Son situaciones especiales en las que una vacuna no debe ser administrada. Es habitual que se presenten situaciones donde existan las siguientes restricciones.

1) Contraindicaciones absolutas

- Reacción alérgica grave a una anterior dosis.
- Contraindicaciones específicas se describen en cada vacuna.

2) Falsas contraindicaciones

Mencionamos las más frecuentes:

- Historia familiar o individual de alergias inespecíficas.
- Historia de alergia a los antibióticos contenidos en las vacunas (salvo reacción anafiláctica).
- Historia familiar de convulsiones después de vacunaciones.
- Historia familiar de muerte súbita en el contexto de la vacunación.
- Antecedentes individuales de convulsiones febriles.
- Enfermedad neurológica conocida, resuelta y estable o secuelas de enfermedades neurológicas.
- Desnutrición.
- Reacciones leves a dosis previas de vacunas.
- Enfermedad aguda leve (rinitis, catarro, diarrea).
- Tratamiento antibiótico.
- Contacto reciente con una persona con patología infecciosa.
- Lactancia.
- Tratamiento con bajas dosis de corticoides, por vía oral o inhalatoria.
- Fase de convalecencia de alguna enfermedad.

IX. ESQUEMA NACIONAL DE VACUNACIÓN

En Bolivia se aplican 11 vacunas a lo largo de la vida, según el siguiente esquema de vacunación:

.VACUNACIÓN EN SITUACIONES ESPECIALES

Tabla N°4: Vacuna, edad, dosis y vía de administración en condiciones excepcionales

VACUNA	EDAD	CONDICIÓN EXCEPCIONAL	DOSIS Y VÍA DE ADMINISTRACIÓN
BCG	Recién nacido.	Prematuro con peso normal (por encima de los 2.000 Kg).	0,1 ml Vía intradérmica
BCG	De 1 a 4 años 11 meses con 29 días.	Contacto con tuberculosis pulmonar.	0,1ml Vía intradérmica
Antineumocócica	Menores de 5 años.	Comorbilidad crónica: Nefropatías, diabetes, hemoglobinopatías, infección por VIH, Síndrome de Down neoplasia e inmunosuprimidos.	1 dosis de 0,5ml Vía intramuscular
Antineumocócica	De acuerdo a la edad.	Paciente con VIH Sida	Según prescripción médica.
		Personas que conviven con inmunodeprimidos.	Una dosis de 0,5ml
		Personas mayores a 60 años con problemas neurológicos, diabéticos, renales, demencia y Parkinson. Fracturas y fisuras de cráneo.	Vía intramuscular según prescripción médica.
Hepatitis B	De acuerdo a la edad.	Pacientes con hemodiálisis y enfermedad Crónica renal. Personas con trasplante de órgano sólido y precursores hematopoyéticos.	Deben recibir las 3 dosis < de 1 año: 10mg 1 a 20 años: 20mg De 20 años a más: 40mg Esquemas acortados /acelerados. Si el recuento de anticuerpos es <10UI/ml luego de completar el primer esquema de vacunación se administra un nuevo esquema de 3 dosis. Si no se obtiene respuesta adecuada se considerará que no respondió En pacientes con diálisis y trasplantados renales se debe medir niveles de anticuerpos anualmente y aplicar dosis de refuerzo si los niveles caen debajo del nivel de protección..
Influenza estacional	De acuerdo a la edad y grado de vulnerabilidad.	Fuerzas Armadas, Policías, Bomberos, población privada de su libertad (cárceles) y centros de rehabilitación.	0.5 ml Vía intramuscular

Sarampión Rubeola SR	De 5 a 49 años	Personal que trabaja en aeropuertos, viajeros, administrativos de la cadena hotelera	0,5ml dosis Vía subcutánea
Fiebre amarilla	Vacunación en viajeros.	La vacunación del viajero debe realizarse con la debida anticipación (10 días antes, para asegurar que las vacunas recomendadas se puedan aplicar en la secuencia adecuada). Si el viaje es imprevisto aún con poco tiempo antes de la partida pueden tomarse medidas preventivas. Tener en cuenta: Edad y sexo. Inmunizaciones previas. Área geográfica que visitará. Duración del viaje. Tipo de hospedaje (hoteles, camping, aire libre u otros).	

F

Fuente: Manual Técnico Programa Ampliado de Inmunización Familiar y Comunitario, Ministerio de Salud y Deportes (2022).

Tabla N°2: Vacuna, edad, dosis, intervalo óptimo entre dosis

Vacuna	Número de dosis	Edad	Intervalo optimo entre dosis	Consideraciones generales
BCG	Única	Recién nacido		Se la puede administrar, hasta antes de cumplir el año de edad (hasta los 11 meses, 29 días).
Pentavalente	Primera	2 meses		Excepcionalmente se puede iniciar o completar dosis hasta los 4 años y 11 meses y 29 días d de edad. Es importante recuperar a niños no vacunados. Se debe aplicar la dosis
	Segunda	4 meses	A los 2 meses de la 1ra.	
	Tercera	6 meses	A los 2 meses de la 2da.	
	Cuarta	De 18 a 23 meses.	Al año de la tercera.	

	Quinta	4 años	A los 2 años y medio de la cuarta dosis.	que corresponde sin reiniciar el esquema de vacunación. Cuando existe intervalos largos, entre una y otra dosis, existe memoria inmunológica.
Antipolio IPV	Primera	2 meses		En el caso de haber antecedentes de no vacunación previa y si el niño es mayor de un año, se debe iniciar con la vacuna IPV. Excepcionalmente se puede iniciar o completar esquema hasta los 4 años, 11 meses y 29 días.
	Tercera	6 meses	A los 2 meses de la 2da dosis	
Antipolio bOPV	Segunda	4 meses	A los 2 meses de la 1ra.	Excepcionalmente se puede iniciar o completar esquema hasta los 4 años, 11 meses y 29 días.
	Cuarta	18 meses	Al año de la tercera.	
	Quinta	4 años	A los 2 años y medio de la cuarta.	
Antineumocócica	Primera	2 meses		Hasta los 11 meses y 29 días. No se administran refuerzos.
	Segunda	4 meses	A los 2 meses de la 1ra.	
	Tercera	6 meses	A los 2 meses de la 2da.	
Antirrotavirus	Primera	2 meses		Excepcionalmente se puede completar esquema hasta los 11 meses y 29 días. Considerar que mientras más oportunamente se administre la 2da. dosis (hasta los 6 meses), mayor será la efectividad para la prevención de la enfermedad.
	Segunda	4 meses	A los 2 meses de la 1ra.	
Anti Influenza Pediátrica	Primera	De 6 a 11 meses		Es importante que los menores de 1 año tengan las 2 dosis de la vacuna.
	Segunda	7 meses	Al mes de la 1ra dosis.	
	Única	12 a 23 meses		

Sarampión, Rubeola y Paperas SRP	Primera	12 meses	A los 6 meses de la 1ra dosis.	En caso de brote de sarampión y campañas de seguimiento se recomienda un intervalo entre dosis de un mes. Excepcionalmente se puede aplicar como dosis cero a los 9 meses de edad.
	Segunda	De 18 a 23 meses.		
Antiamarílica	Única	De 12 a 23 meses.		Excepcionalmente se puede completar esquema hasta los 4 años, 11 meses y 29 días. No necesita revacunarse cada 10 años. Caso de viajeros a lugares endémicos, deben vacunarse 10 días antes del viaje, excepcionalmente hasta los 59 años.
VPH (Virus Papiloma Humano)	Única	Niñas de 10 años	Al contacto.	No se administran refuerzos.
dT (*)	Primera	7 a 9 años	Al contacto.	
	Segunda		A los 2 meses de la 1ra	
	Primera	10 a 49 años	Al contacto	
	Segunda		Al mes de la 1ra	
	Tercera		A los 6 meses de la 2da	
Hepatitis B	Primera	Personal de salud y estudiantes de ciencias de la salud de último año y personas de riesgo.	Al contacto.	No se administran refuerzos.
	Segunda		1 mes.	No se reinicia el esquema, se continua.
	Tercera		6 meses.	

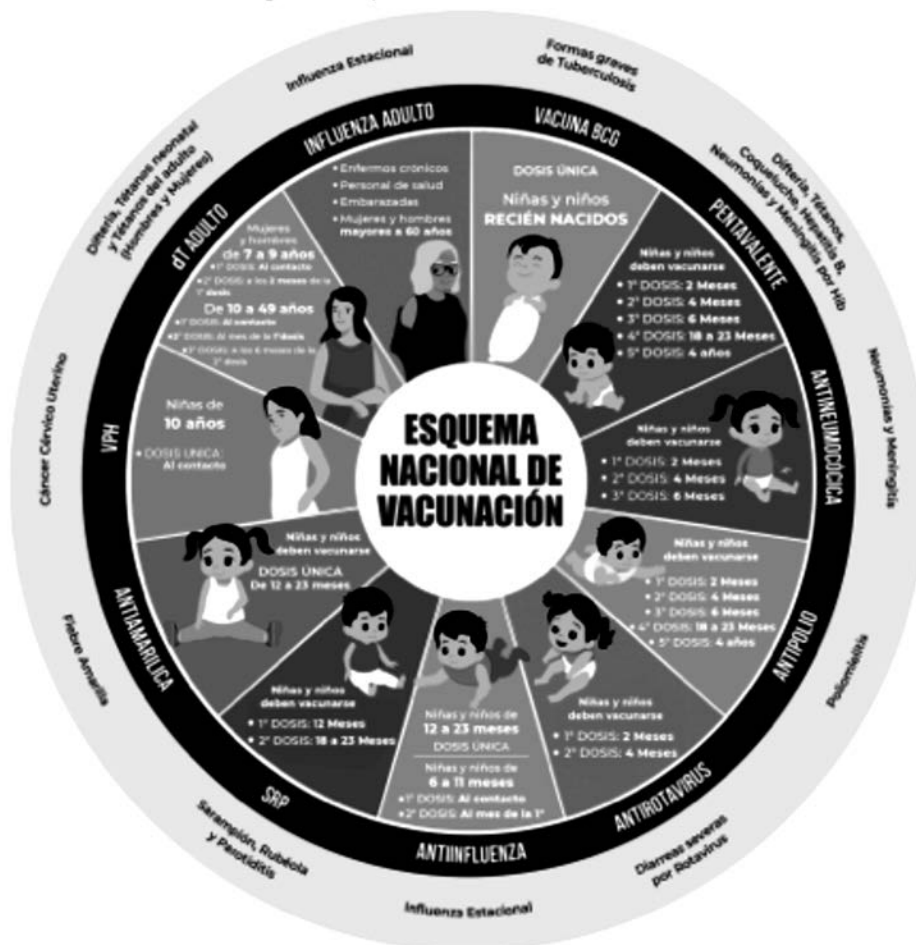
Anti Influenza adultos	Única	Personal de salud, embarazadas, mayores de 60 años y enfermos crónicos.	Al contacto.	
SR	Única	De 5 a 49 años.	Al contacto.	
**Anti COVID-19	Dos dosis	De 18 años en adelante.	Dependiendo del tipo de vacuna.	Se priorizan grupos vulnerables.

Los intervalos entre dosis se deben respetar, salvo en situación de control de brote.

- Se debe completar las dosis de dT de acuerdo a dosis pendientes de Pentavalente.
- Es posible que a futuro exista vacunas con una sola dosis y se determine edades diferentes de aplicación.

Fuente: Manual Técnico Programa Ampliado de Inmunización Familiar y Comunitario, Ministerio de Salud y Deportes (2022).

Figura 11: Esquema Nacional de Vacunación



Fuente: Manual Técnico Programa Ampliado de Inmunización Familiar y Comunitario, Ministerio de Salud y Deportes (2022).

X. VÍA DE ADMINISTRACIÓN DE VACUNAS

Las vías de administración se clasifican en orales y parenterales (intradérmica, subcutánea e intramuscular)

VIA ORAL.

Se utiliza para la administración de las vacunas anti polio y antirotavirica mediante esta vía, la vacuna se absorbe a través de la mucosa gastrointestinal.

VIA PARENTERAL.

Las vacunas inyectables deben aplicarse en el lugar donde la inmunogenesidad sea mayor. Se deben usar agujas con la longitud y calibre adecuada

Cada vacuna tiene su vía específica de administración, con el fin de evitar efectos indeseables tanto locales como generalizados (ESAVI).

Existen tres tipos de técnicas, intradérmica, subcutánea e intramuscular. Se administra la vacuna BCG por vía intradérmica, por vía subcutánea las vacunas de SRP, SR y Antiamarilica; y por vía intramuscular las vacunas de influenza, VPH, dT, Antihepatitis B, Neumocócica IPV, Pentavalente y Anti COVID-19

Vía de administración intradérmica

para aplicar de manera correcta, el ángulo de la jeringa debe ser de 15°. Se aplica la vacuna BCG por las características del tejido y su poca distribución de vasos sanguíneos. Su absorción es lenta; porque admite muy poca cantidad de líquido vacunal.

Vía subcutánea:

para aplicar la vacuna correctamente el ángulo de la jeringa debe ser de 45°. Se aplican las vacunas SRP, SR y antiamarilica, debido a que el tejido subcutáneo al ser irrigado y laxo, facilita la expansión del proceso inflamatorio local producido por la vacuna y, su absorción.

Vía intramuscular:

Para aplicar correctamente el ángulo de la jeringa debe ser de 90°. Esta vía se utiliza para las vacunas pentavalentes, dT, influenza, hepatitis B, antineumocócica, la vacuna inyectable contra la poliomielitis (IPV) y anti COVID-19. Esta vía permite aplicar mayor cantidad de líquido vacunal, produciéndose con mayor rapidez la absorción a través de los capilares sanguíneos y generando una pronta respuesta inmunitaria

Importante: Las vacunas como la pentavalente, dT y hepatitis B, que contienen adyuvantes de hidróxido de aluminio, no deben aplicarse por vía intradérmica ni subcutánea porque producen granulomas y necrosis. Ninguna vacuna debe aplicarse por vía intravenosa

XI. TIPOS DE VACUNAS

En general las vacunas de acuerdo al antígeno pueden ser vacunas vivas atenuadas o vacunas inactivadas o muertas.

Tabla N°3: Clasificación de las vacunas y el esquema boliviano

CLASIFICACIÓN		TIPO DE VACUNA
VACUNAS VIVAS ATENUADAS		
Virales		Antipolio Oral (bOPV) SRP SR Anti-rotavirus Anti amarilica
Bacterianas		BCG
VACUNAS INACTIVAS O MUERTAS		
Enteras	Virales	IPV Rabia Anti Influenza
	Bacterianas	Pertussis
Fraccionadas	Subunidades	Anti-hepatitis B Anti Influenza Pertussis acelular VPH
	Toxoides	Contra difteria Contra tétanos
Polisacáridas	Polisacáridos puros	
	Polisacáridos conjugados	Neumococo 13valente Haemophilus tipo b
VACUNAS CONTRA LA COVID-19		
Vacunas de ácidos nucleicos (ADN, ARN)	vacunas que usan uno o varios genes del coronavirus para provocar una respuesta inmunitaria.	BNT162 (3 LNP-mRNAs), también conocida como "Comirnaty" Pfizer mRNA-127 Moderna
Vacunas de vectores virales	vacunas que usan un virus (vector replicante o no replicante) para transportar genes del coronavirus a las células y provocar una respuesta inmunitaria.	ChAdOx1-2 - (AZD1222) (AstraZeneca) Gamaleya, SputnikV, Janssen.
Vacunas de virus completo	vacunas que usan una versión debilitada (atenuada) o inactivada del coronavirus para provocar una respuesta inmunitaria.	Vacuna de virus inactivado contra el SARS-CoV-2 (Vero cell), nombre de la vacuna: BBIBP-CorV (sinopharm)

Fuente: Manual Técnico Programa Ampliado de Inmunización Familiar y Comunitario, Ministerio de Salud y Deportes (2022).

XII. INTERFERENCIA ENTRE VACUNAS O ANTICUERPOS CIRCULANTES

La presencia de anticuerpos circulantes contra un antígeno vacunal puede reducir o eliminar completamente la respuesta inmunológica de una vacuna.

El grado de interferencia depende del tipo de vacuna administrada y de la cantidad de anticuerpos en la sangre.

- Las vacunas de virus vivos atenuados deben replicarse para lograr una respuesta inmune.

La existencia de anticuerpos contra algunos de los antígenos contenidos en la vacuna, puede impedir esa replicación.

Es el caso de las vacunas SRP y antiamarilica deben ser administradas simultáneamente; si no es posible, se debe esperar cuatro semanas entre una y otra para evitar la interferencia en la efectividad entre ambas vacunas.

- Vacunas vivas orales como la antipolio y antirotavírica, no interfieren con otras vacunas vivas parenterales, como la pentavalente y anti neumococo; se deben administrar simultáneamente.
- Las vacunas vivas, SRP, SR, antiamarilica y antipolio/ipv, pueden ser afectadas por la administración de inmunoglobulinas, puesto que éstas no permiten la replicación de los microorganismos contenidos en la vacuna. Se debe esperar 3 meses. Si ocurre a la inversa se debe esperar al menos 2 semanas.
- Las vacunas inactivadas como la pentavalente, la dT, influenza, Antihepatitis B, antineumocócica no son afectadas con la administración de inmunoglobulinas.

Es necesario que el personal de salud dialogue respetuosamente con la madre o tutor del niño o niña, para que acepte la administración de vacunas inyectables simultaneas, ya que esto no causará mayores molestias y más bien resultará en su beneficio.

Así se evita las oportunidades perdidas de vacunación.

XIII. VACUNACIÓN PARA PERSONAS CON ENFERMEDADES PREVIAS

1 . Tuberculosis

En caso de enfermedad activa no tratada, está contraindicada la vacuna triple viral.

2. VIH

Es recomendable no administrar vacuna BCG u OPV a hijos de madres con VIH; ni fiebre amarilla a personas con infección por VIH.

3. Inmunoglobulinas

Las vacunas vivas, SRP, SR, anti- amarilica y además la vacuna antipolio/IPV, pueden ser afectadas por la administración de inmunoglobulinas, puesto que no permiten la replicación de los microorganismos contenidos en la vacuna. Se debe esperar 3 meses. Y si ocurre a la inversa, se debe esperar al menos 2 semanas.

4 .Corticoides

Niños y niñas que están recibiendo corticoides en dosis de 2 mg/kg día, hasta 20 mg/día durante dos o más semanas, no pueden recibir vacunas de virus vivos atenuados.

5. Hepatitis B

Todo niño, niña o persona con enfermedad hepática debe tener su esquema completo; no hay vacuna que esté contraindicada.

6. Ictericia neonatal

No hay contraindicación a ninguna vacuna. En caso de hospitalización, cada servicio de Neonatología, debe indicar las vacunas necesarias al momento del alta.

7. Embarazo

De manera general, todas las vacunas vivas están contraindicadas por el riesgo teórico de afectación al feto; sin embargo, en circunstancias específicas en consulta con especialistas infectólogos y/o vacunólogos, la aplicación de estas vacunas puede realizarse, valorando el riesgo de exposición; por ejemplo: la vacuna anti-malaria.

Si se administrara una vacuna viva y anti COVID-19 sin saber que la mujer está embarazada, se debe hacer un seguimiento obstétrico estricto

XIV. LOGISTICA REGISTRO NOMINAL DE VACUNACIÓN ELECTRÓNICA (RNVE)

El RNVe, es el registro individual de la persona vacunada por nombre, fecha de nacimiento, fecha de administración de cada vacuna, tipo de vacuna, N° de lote, dosis, establecimiento donde se aplica la vacuna y nombre del vacunador. Los registros nominales de vacunación electrónicos (RNVe), son herramientas que facilitan el seguimiento de los esquemas de vacunación de cada persona, el mantenimiento de su historial de vacunación y que, por lo tanto, ayudan a mejorar el desempeño del PAI, tanto en términos de su cobertura como de su eficiencia. Existe evidencia de que los RNVe contribuyen al aumento de coberturas, a mejorar la oportunidad de la vacunación, a disminuir la revacunación por falta de comprobación y a proveer datos confiables para la toma de decisiones; como, por ejemplo, dónde ir a buscar a las personas no vacunadas, para así garantizar el derecho a la vacunación equitativa. El RNVe permite monitorear el proceso de vacunación, con el propósito de optimizar las actividades relacionadas. Ofrece información precisa, oportuna, y así facilita la planificación de los recursos y las actividades. Por otra parte, conocer la productividad de cada vacunador, podría ayudar a distribuir mejor su carga de trabajo. Esta herramienta permite detectar problemas de aplicación de normativas existentes, como la aplicación de vacunas a población no objetivo, y ayuda a dirigir las actividades de capacitación y supervisión. Por último, el RNVe ofrece información útil y fiable para la realización de estudios de efectividad y seguridad vacunal, entre otros

Beneficios del RNVe

1. Contribuye a la simultaneidad de la vacunación.
2. Reducción de errores de registro.
3. Automatizar recordatorios.
4. Reponer carnet o la Libreta de Salud Infantil, en caso de pérdida.
5. Monitorear causas de rechazo.
6. Implementar acciones correctivas.
7. Evaluar coberturas de vacunación por cohorte de nacimiento.
8. Trazabilidad de lotes de vacunas.
9. Vigilancia de ESAVI.
10. Detección de bolsones de población no vacunados.

Ventajas del RNVe

1. Permite el acceso a su historia vacunal y facilita la captación activa.
2. Apoya la planificación mensual de quienes deben ser vacunados.
3. Permite hacer seguimiento a los rezagados o inasistentes.
4. Son registros computarizados y forman parte del sistema de información de inmunización, el cual puede ser con conectividad (en línea), desconectado o una combinación de ambos.

XV. VIGILANCIA DE ENFERMEDADES PREVENIBLES POR VACUNACIÓN

Durante más de 40 años, el éxito del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) ha hecho de la Región de las Américas un líder mundial en la eliminación y el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación (VPD), como la viruela, la poliomielitis, la rubéola, el síndrome de rubéola congénita, el sarampión y el tétanos neonatal. Desde la creación del PAI en 1977, los países han pasado de utilizar seis vacunas en sus esquemas nacionales de vacunación, a una media de más de 16 vacunas, lo que representa una mayor protección para la población.

La vigilancia PAI: es el proceso sistemático y continuo de recopilación, análisis, interpretación y difusión de datos para su uso en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de la práctica en salud pública.

La vigilancia de las enfermedades Inmunoprevenibles ha evolucionado a medida del tiempo mejorando la calidad de vacunación, monitoreando el progreso hacia las metas de control de enfermedades, eliminar/erradicar la poliomielitis, sarampión/rubeola así como en el control de enfermedades nuevas, han puesto de relieve la necesidad de disponer sistemas de vigilancia efectiva de las enfermedades, prevenibles por vacunas.

Eventos bajo Vigilancia: se realiza vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación, eventos de salud relacionados, situaciones o factores de riesgo, Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación e Inmunización ESAVI y Eventos Adversos de Especial Interés. EVADIE

Se realiza la vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunación que son sujeto de control por medio del esquema nacional de vacunación.

1) La definición operativa de “caso sospechoso” es clave para la detección y notificación;

- Vigilancia de Parálisis Flácida Aguda (PFA), que permitiría captar no solamente una sospecha de Poliomielitis, sino también de otras enfermedades que cursan con parálisis flácida como el Síndrome de Guillán – Barré, Mielitis Transversa, Neuritis Traumática entre otras.
- Vigilancia de la Enfermedad Febril Eruptiva, aunque se utiliza principalmente para la captación de Sarampión y Rubeola, esta vigilancia también podría detectar dengue, parvovirus B19 y otras enfermedades virales que cursan con fiebre y erupción.

Este tipo de vigilancia, permite la detección inicial de los casos, pero posteriormente deben ser clasificadas adecuadamente, de acuerdo a criterios epidemiológicos, clínicos y de laboratorio.

2) Etapas de la Vigilancia Epidemiológica: Son seis etapas básicas de la vigilancia.

- Detección: Es la captación de los casos sospechosos
- Notificación: La notificación debe ser oportuna, ágil, de calidad
- Investigación: Con apoyo de la ficha epidemiológica, se investigan los aspectos clínico epidemiológico a la definición de caso, compatibilidad con las características típicas/ específicas de la enfermedad, toma de muestra, a partir de la construcción de la línea de tiempo, se puede identificar la fuente de infección” cadenas de transmisión”
- Análisis de datos: análisis involucra, principalmente, un proceso de descripción y comparación de datos, con relación a características y atributos de: tiempo, lugar y persona.
- Interpretación de la Información La interpretación de los hallazgos del análisis, sirve para la generación de hipótesis
- Implementación de medidas de control Dependiendo de los resultados de la investigación, de acuerdo al tipo de enfermedad y al patógeno que se está investigando, se implementan medidas de vacunación, incluyen Monitoreo rápidos de vacunación, (MRV) para detectar susceptibles, rastrillaje casa a casa, en lugares de estudio o trabajo, Búsqueda Activa Institucional y Comunitaria.

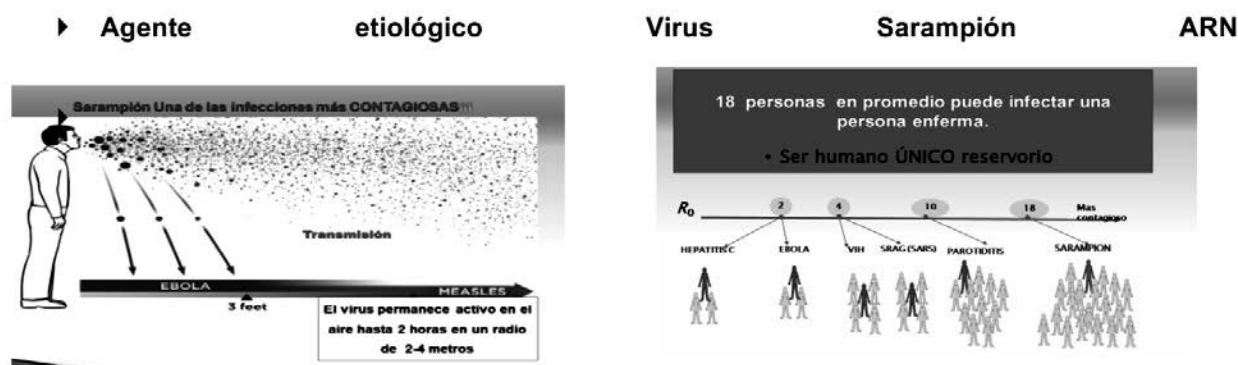
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION SEGÚN REGISTRO EN FORMULARIO 302A DEL SNIS-VE/MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

INMEDIATA	MEDIATA
- Sarampión	
-Rubeola	-Tétanos neonatal
-Síndrome de Rubeola Congénita SRC	-Hepatitis viral "B"
-Tosferina/Coqueluche	-Parotiditis
-Difteria	-Meningitis
-Fiebre Amarilla	-Neumonías
-Influenza AHN1-AHN3	
-COVID -19	

SARAMPIÓN:

Es una enfermedad de origen viral altamente contagiosa, eliminada en gran parte del mundo gracias a la implementación de programas de vacunación.

En la actualidad, aún es capaz de originar brotes particularmente en población susceptible no vacunada determinando alta carga de morbilidad y mortalidad la persona enferma puede tener cualquier edad y presentar "fiebre más erupción maculopapular"



RUBEOLA

La rubéola es una enfermedad viral febril que se caracteriza por una erupción maculopapular difusa. La erupción presenta una distribución que se inicia en la cabeza, por la cara, cuero cabelludo, cuello para luego seguir al resto del cuerpo. La erupción presenta su máxima intensidad en el segundo día y desaparece alrededor del sexto día y tiene una duración media que fluctúa de 5 a 10 días, coincidiendo generalmente con el inicio de la fiebre.

Agente etiológico

El virus de la rubéola (familia Togaviridae, género Rubivirus).

SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA

Es la complicación más grave de la rubéola y aparece como consecuencia de la infección del feto por el virus de la rubéola durante el primer trimestre del embarazo (etapa embriogénica).

Modo de Transmisión Es una transmisión transplacentaria, cuando la mujer embarazada se infecta en el primer trimestre del embarazo.

TOSFERINA O COQUELUCHE

Es una enfermedad bacteriana altamente contagiosa que ocasiona una tos violenta e incontrolable que puede dificultar las vías respiratorias, se caracteriza por una tos que se hace paroxística y puede durar varios meses también conocida como pertussis por un tipo de bacteria llamada Bordetella.

-En niños menores de 6 meses: tos prolongada seguida de apnea y cianosis estridor inspiratorio vómitos después de toser o tos paroxística, en menores de 3 meses apnea y cianosis

-En niños menores de 6 meses: tos prolongada seguida de apnea y cianosis estridor inspiratorio vómitos después de toser o tos paroxística, en menores de 3 meses apnea y cianosis

-Mayores de 11 años: Toda infección respiratoria acompañada de tos persistente y prolongada de más de dos semanas de duración y presencia o no de paroxismos,

TOMA DE MUESTRA PARA TOSFERINA

QUE TIPO DE MUESTRA DEBEMOS TOMAR PARA CADA ENFERMEDAD.?		
Enfermedad	Tipo de muestra y cantidad	Tiempo de la toma de muestra
Sarampio/Rubéola	5 ml de sangre - suero Hisopado nasofaríngeo *Orina 50 ml .	-En los primeros 30 -días -primeros 5 días -primeros 3-5 días
S.R.C.	5 ml de sangre- suero	En el primer año de Edad
Fiebre Amarilla	Sangre - Suero	Después de los 7 días
P.F.A	Heces(tamaño de un dedo pulgar 8 g)	En los primeros 15 días
Difteria	Hisopado nasofaríngeo	inmediato
Tos ferina	Hisopado nasofaríngeo Aspirado nasofaríngeo	> de 5 años sol fisiológica < de 5 años sol. fisiológica

¿Cuáles son las Definiciones de Caso Sospechoso de las Enfermedades Inmunoprevenibles más Comunes

DIFTERIA

Se trata de una patología transmisible tox infecciosa producida por diversas cepas de *Corynebacterium diphtheriae*. Se caracteriza por cursar con dos síndromes: uno de afección local (pseudomembranas, adenitis, etc.) y otro general, tóxico.

La difteria se manifiesta por la formación de pseudomembranas en las amígdalas, faringe, laringe, mucosa nasal u otras mucosas y en la piel.

Agente etiológico

Corynebacterium diphtheriae toxigénico o bacilo de Klebs Loeffler, biotipos gravis, mitis o intermedius.

Transmisión

- El virus de la poliomielitis es muy contagioso y se transmite mediante el contacto entre las personas.
- Vive en la garganta y los intestinos de la persona infectada.
- Puede contaminar los alimentos y el agua que se encuentren en condiciones insalubres.

El virus de la poliomielitis solo infecta a las personas. Entra al cuerpo a través de la boca. Se propaga mediante:

- El contacto con las heces de una persona infectada.

FIEBRE AMARILLA

Es una enfermedad vírica aguda, hemorrágica, que es endémica en áreas tropicales de África y América Latina. Es difícil diferenciar muchas veces entre casos de fiebre amarilla y otras fiebres hemorrágicas virales como arenavirus, el hantavirus, o el dengue.

No existe un tratamiento específico para la fiebre amarilla. La vacuna es la medida preventiva más importante y es segura, asequible y muy eficaz. Proporciona inmunidad efectiva dentro de los 30 días para el 99% de las personas vacunadas y una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad sostenida y proteger de por vida contra la enfermedad. Transmisión El virus de la fiebre amarilla es un arbovirus del género *Flavivirus* transmitido por mosquitos de los géneros *Aedes* y *Haemagogus*





Gobierno Autónomo
Departamental de La Paz

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES NOTIFICACIÓN INMEDIATA



SEDES
SALUD PARA LA PAZ

ENFERMEDADES A VIGILAR		DEFINICIÓN DE CASO SOSPECHOSO	TIPO DE MUESTRA QUE DEBE TOMAR Y CANTIDAD	TIEMPO DE TOMA DE MUESTRA	MEDIDAS DE ACCIÓN	MODOS DE TRANSMISIÓN
SARAMPION/ RUBEOLA		Todo caso en el que se sospeche Sarampión o Rubéola. La persona enferma puede tener cualquier edad y presentar fiebre y erupción maculopapular NO vesicular	Sangre-suero (5ml)	30 días del inicio del exantema	1.- Aislamiento del paciente por 4 días después de la erupción	Respiratoria, a través de secreciones de la nariz y garganta
			Hisopado Nasofaríngeo	Los primeros 5 días. (Medio Transporte Viral)	2.- Notificación inmediata, llenado de la ficha epidemiológica	Incubación: 1 a 2 semanas
			Orina	10 ml dentro de los 7 días	3.- Investigación dentro de las 48 horas, monitoreo rápido, búsqueda activa vacunación 4.- Envío de la muestra antes de los 5 días. Temperatura + 2 a +8 °C	
SRC		Todo niño menor de 1 año con indicios: Sordera, cardiopatías, cataratas	Sangre-suero (5mL) Hisopado o Aspirado Nasofaríngeo u orina 10 ml	Durante el primer año de vida	Notificación inmediata, llenado de la ficha epidemiológica, Búsqueda activa institucional servicio de Neonatología y Maternidad	Infección del feto por el virus de la rubeola durante el primer trimestre del embarazo
POLIOIELITIS PFA		Persona menor de 15 años que presente parálisis flácida aguda (reducción del tono y fuerza muscular que se instala en menos de cuatro días) por cualquier razón, exceptuando traumatismos graves o personas de cualquier edad en que se sospeche polioielitis	Heces (8 gramos o un pulgar de heces solidas)	Entre las 72 hrs. a 15 días de iniciada la parálisis	1.- Notificación inmediata llenado de la ficha epidemiológica	Transmisión: Oral- Fecal
					2.- Investigación dentro de las 48 horas; monitoreo rápido, búsqueda activa, vacunación	Incubación: 7 a 14 días (mínimo 4 días máximo 40 días)
					3.- Envío de la muestra adecuada de inmediata. Temperatura +2 a +8 °C	
					4.- Seguimiento a los 60 días	
FIEBRE AMARILLA		Cuadro febril agudo (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).	A partir del 7mo día de inicio de síntomas	1.- Notificación inmediata, llenado de la ficha epidemiológica	Transmisión: a través de la picadura de un vector (mosquito)
			Muestra hepática para histopatología (aislamiento de virus por necropsia) en caso de muerte del paciente	Dentro de las primeras ocho horas de deceso. La misma que debe mantenerse en formalina al 10%, en un volumen de líquido 10 veces superior al tamaño de la muestra. No congelar	2.- Envío de la muestra, de forma inmediata. Temperatura.+ 2 a +8 °C 3.- Realizar la búsqueda activa, monitoreo de otros casos sospechosos en las zonas o comunidades donde se presentaron casos notificados o de muerte de primates 4.- En la comunidad, en contactos domiciliarios y laborales: se debe tomar una muestra de sangre (suero) de personas no vacunadas que presentaron fiebre en los últimos 30 días	
			Difteria		Toda persona que presente faringitis, laringitis o amigdalitis, además de una pseudo membrana adherente y grisácea en las amígdalas, faringe o nariz.	Hisopado faríngeo o de la pseudo membrana que deben tomarse antes de iniciar el tratamiento antibiótico
COQUELUCHE TOS FERINA		Historia de tos severa, persistente por dos semanas o más, paroxística y seguida de vómitos. En niños menores: Tos prolongada seguida de apnea y cianosis. En niños mayores: Tos paroxística seguida de vómitos y náuseas. Paciente con nexo epidemiológico	Hisopado nasofaríngeo y/o aspirado nasofaríngeo.	Inmediato (medio de transporte bacteriano Regan Lowe) de 2 a 8 °C	1.- Notificación inmediata	Transmisión: Las secreciones nasales, especialmente en la fase catarral
					2.-Toma y envío de la muestra	
					3.- Investigación dentro de las 24 a 48 horas, monitoreo rápido, búsqueda activa comunitaria, vacunación y seguimiento	Incubación: 1 a 2 semanas
					4.- Resultado de laboratorio PCR/Cultivo	
TETANOS NEONATAL		RN (3-28 días) que después de haber succionado llorado normalmente tenga la imposibilidad progresiva de alimentarse y llanto constante	El diagnóstico es clínico y epidemiológico	Clínico	1.- Notificación inmediata	Transmisión: Contaminación del ombligo y manejo en condiciones de poca higiene Incubación: 3 a 21 días, el promedio es de 7 días
					2.- Investigación dentro de las 48 horas, monitoreo rápido, búsqueda activa, vacunación y seguimiento	
					3.- Educación	

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–PAI Familiar y Comunitario, Manual Técnico , publicación 501. La Paz – Bolivia. 2022.
4. Canadian Immunization Guideline. Part 3-Vaccination of specific populations. Immunization of immunocompromised patients. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/healthy-liv...>
5. CDC. Pink Book. Epidemiology and Prevention of Vaccine-Preventable Diseases. General Recommendations on Immunisation
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Advisory Committee on Immunization Practices. Pneumococcal vaccination for cochlear implant candidates and recipients: updated recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2003 Aug 8;52(31):739-40.

PROGRAMA DE PREVENCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLÓGICO DE LA RABIA

Lic. Erasmo Cordero Lopez

RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DE ZONOSIS

Lic. Rosmery Azurduy Jaliri

ENFERMERA DEPARTAMENTAL DE ZONOSIS

I. ANTECEDENTES. -

Los primeros intentos serios de obtener vacunas post – exposición se remontan a 1885, año en la que Pasteur desarrolló una rudimentaria vacuna de la rabia con virus vivo extraído de la médula espinal de conejos. Aunque la vacuna salvó muchas vidas, produjo una inmunogenicidad inestable y se relacionó con complicaciones neuromusculares 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 son un problema por lo que se requiere un sistema adecuado para el registro de los efectos secundarios y poder cuantificar el número de casos con precisión.

En el departamento de La Paz desde 1996 al 2023 se registraron 14 muertes en humanos por el virus de la Rabia; presentando mayor incidencia en 1997 (3) casos, dos el 2005 después de 12 años de Rabia humana en la gestión 2017 dos casos, 1 en La Paz y otro en la ciudad de El Alto; en el 2023 un caso en el municipio de Viacha después de 6 años hasta julio 2023.

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 y 2018 ha incrementado de forma considerable sobre todo en el departamento de La Paz donde el virus de la rabia sigue circulando hasta ahora.

Se considera que la base para el control de la rabia canina es fundamental, ya que en más del 99% de los casos de rabia humana, el virus fue transmitido por la mordedura de un perro y más del 99% de las personas que recibieron tratamiento post – exposición viven en áreas donde el virus de la rabia canina circula.

Para el control de la rabia canina, la vacunación 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, la Gobernación, los municipios, y actores sociales existentes en la lucha contra esta enfermedad.

II. DEFINICION.-

La Rabia es una enfermedad zoonótica, que afecta el sistema nervioso central produciendo una encefalitis, causado por el virus de la rabia, que penetra al organismo a través de la mordedura, arañazo o lamedura, de un animal rabioso doméstico o silvestre.

III. 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

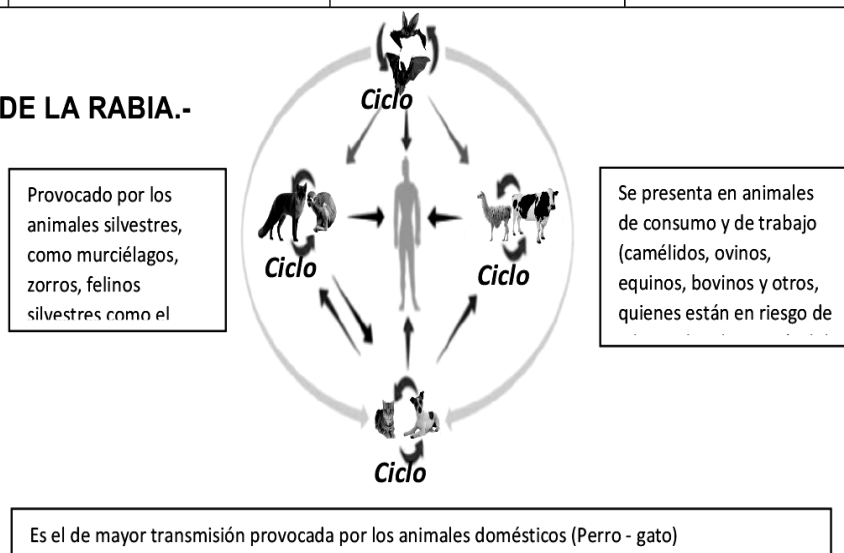
IV. Propiedades físico – químicas del virus

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.

V. SENCIBILIDAD Y RESISTENCIA.

MUY SENCIBLE	SENSIBLE	RESISTENTE	INDIFERENTE
• Bicloruro de mercurio • Ácidos fuertes (ácido nítrico) • Bases Fuertes (hidróxido de sodio)	• Agua jabonosa • Luz solar • Luz ultravioleta • Calor • Detergentes • Aniónicos (jabones) • Bases de amonio cuaternario (cloruro de benzalconio) • Yodo Povidona	• Fenol (dependiendo de la concentración) • Antibióticos Quimioterápicos	• Anestésicos locales • Novocaína o lidocaína • Antihistamínicos • Clorhidrato de difenhidramina • Tranquilizantes • Clorhidrato de clorpromazina • Benzodiacepinas

IV. 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 contar con medidas eficientes de prevención.

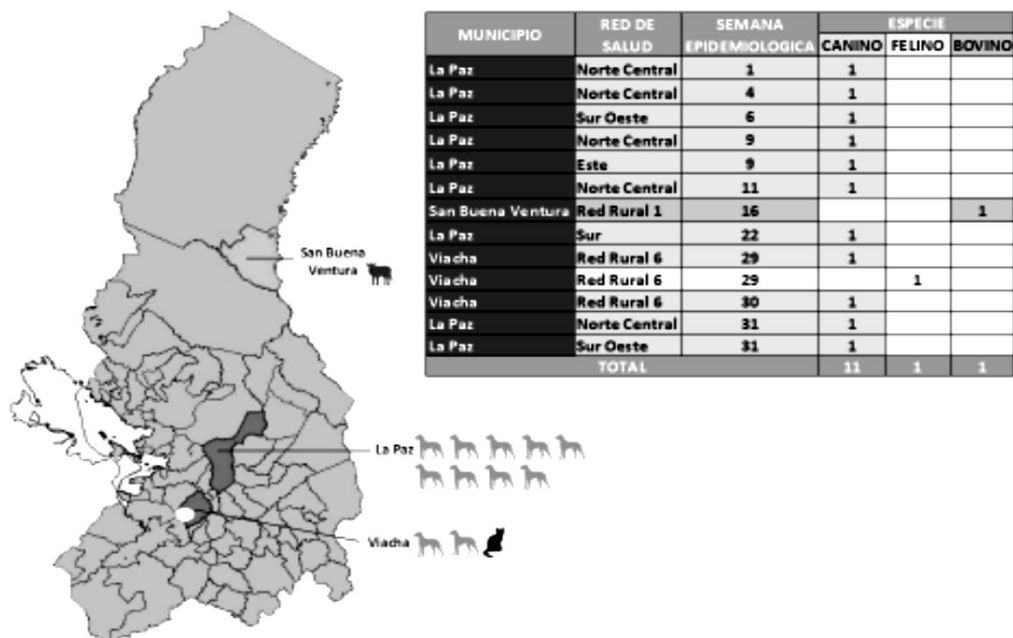
El ciclo silvestre: Se origina en especies salvajes independientemente de su hábitat, y las variedades virales aisladas de los casos positivos corresponden a virus rábicos específicos de animales silvestres. Los carnívoros salvajes y los quirópteros, pueden llegar a constituirse en importantes transmisores 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.

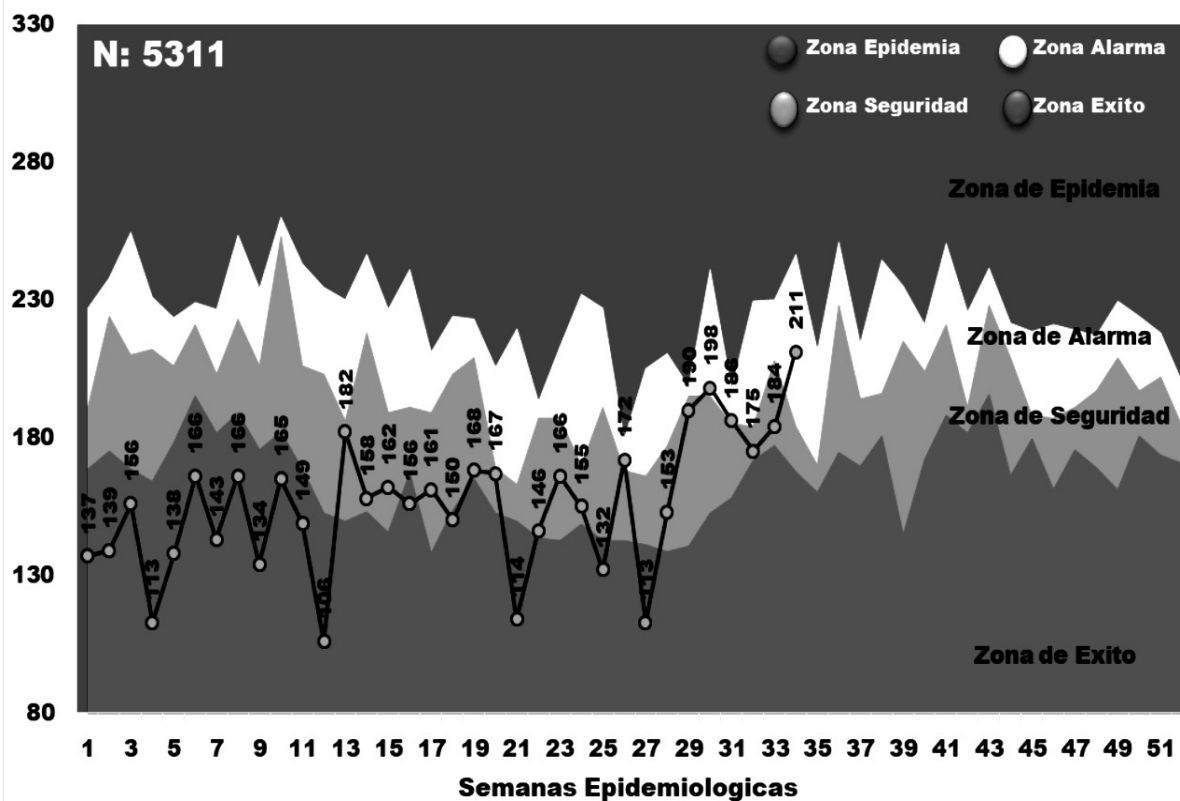
En relación a los animales silvestres, (zorros, monos, murciélagos, etc) deben ser considerados como animales de riesgo, aun cuando sean domesticados o tengan dueño y domicilio, por el hecho que en esos animales el comportamiento de la enfermedad (período de incubación, sintomatología, etc.) no está aun correctamente estudiado.



ESTRATIFICACION DE CASOS DE RABIA 2023

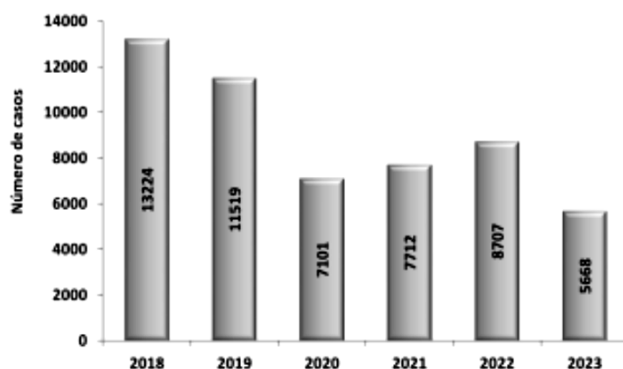
**ESTRATIFICACIÓN DE CASOS DE RABIA ANIMAL
POR MUNICIPIOS, DEPARTAMENTO LA PAZ
GESTIÓN 2023 ENERO A JULIO (SEMANA 31)**


CANAL ENDEMICO



PERSONAS EXPUESTAS.

**NUMERO DE PERSONAS EXPUESTAS AL VIRUS RABICO
POR MUNICIPIOS LA PAZ, EL ALTO Y AREA RURAL
AÑOS 2018 A 2022 Y 2023 ENERO A JULIO**



MUNICIPIOS	AÑOS					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
LA PAZ	5258	4858	2918	3308	3815	2477
EL ALTO	5731	4574	2568	2766	3152	2145
RURAL	2235	2067	1615	1638	1740	1046
TOTAL	13224	11519	7101	7712	8707	5668

Persona que presente un síndrome neurológico agudo (es decir, encefalitis) dominado por formas de hiperactividad, es decir (rabia furiosa) o síndromes paralíticos (es decir, rabia muda que avance hacia el coma y muerte, generalmente por insuficiencia cardíaca y respiratoria, por lo general dentro de los 7 a 10 días después del primer síntoma, sino se instituyen los cuidados intensivos.

VI. 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

Nota: solo en casos de brotes de rabia humana por agresiones por murciélagos,

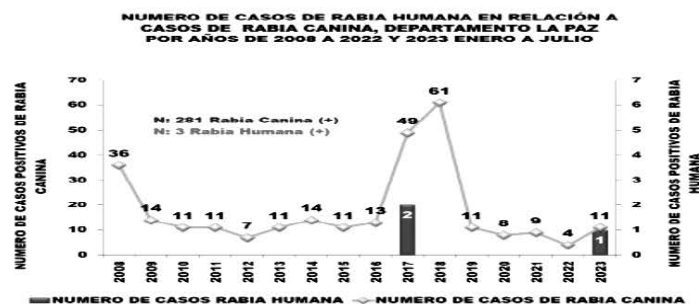
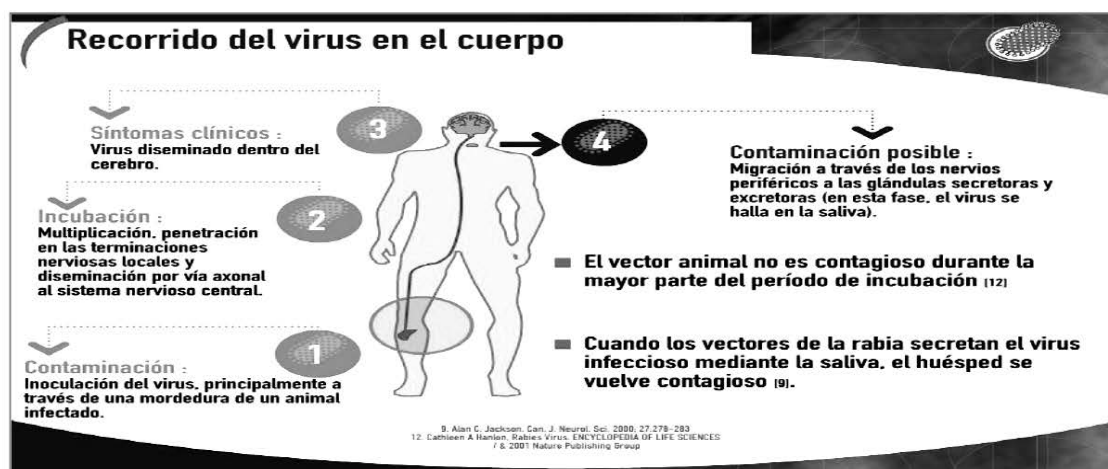
La toma de muestra del paciente sospechoso de rabia humana, debe ser de responsabilidad del médico patólogo o médico capacitado y en caso de fallecimiento del médico forense, de los establecimientos de salud del departamento

- 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: saliva, muestra conjuntival) y recogido post-mortem biopsia cerebral,

- Caso confirmado. Se demuestra la presencia de virus rábico a través del diagnóstico laboratorial. Para confirmar un caso clínico, se debe utilizar los siguientes criterios de laboratorio:

VII. DESCRIPCION CLINICA.-

VIII. PERFIL EPIDEMIOLOGICO RABIA HUMANA

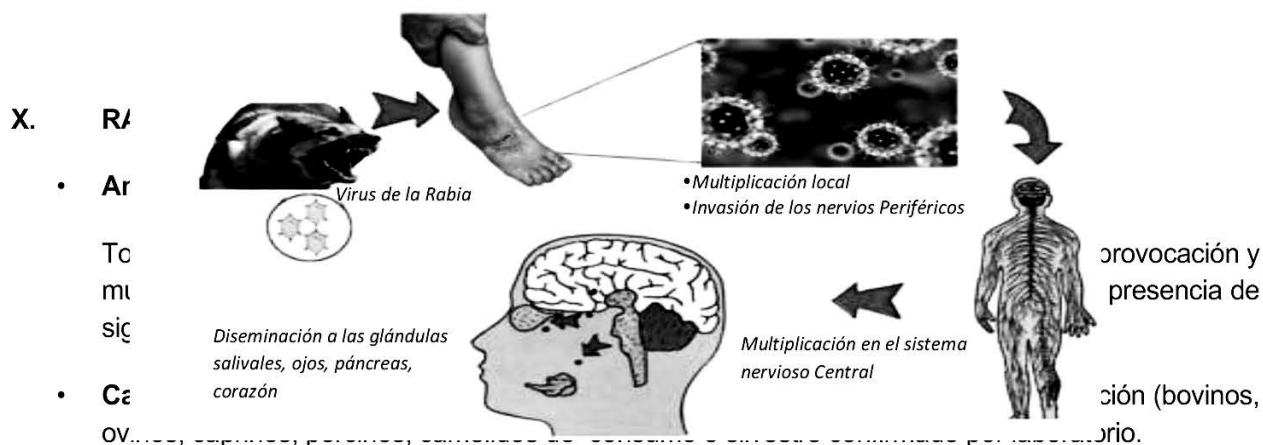


PROCESO SALUD ENFERMEDAD DE LA RABIA HUMANA					
EXPOSICION		PERIODO CLINICO			
			PERIODO DE ESTADO		
PERIODO CLINICO	PERIODO DE INCUBACION	PERIODO PRODROMICO	FASE DE EXITACION	FASE DE PARALISIS	MUERTE
Duración Promedio	42 días	3 a 6 días	3 a 5 días	1 a 2 días	65 días
SINTOMAS	NINGUNO	Dolor ardor nivel de mordedura, Paresias (hormigueos) Anorexia Fiebre Cefalea Irritabilidad Depresión Vómitos cambios de conducta	Ansiedad Desasosiego Intranquilidad, Insomnio, Logorrea, gritos, Espasmos de laringe y contracciones musculares	Fiebre continua Coma Muerte	
SIGNOS	NINGUNO	Convulsiones Hiperreflexia Taquicardia	Hidrofobia Aerofobia Fotofobia Sialorrea	Hemiparesias Parálisis Flácida	

IX. 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.

CICLO DE LA RABIA EN EL HOMBRE

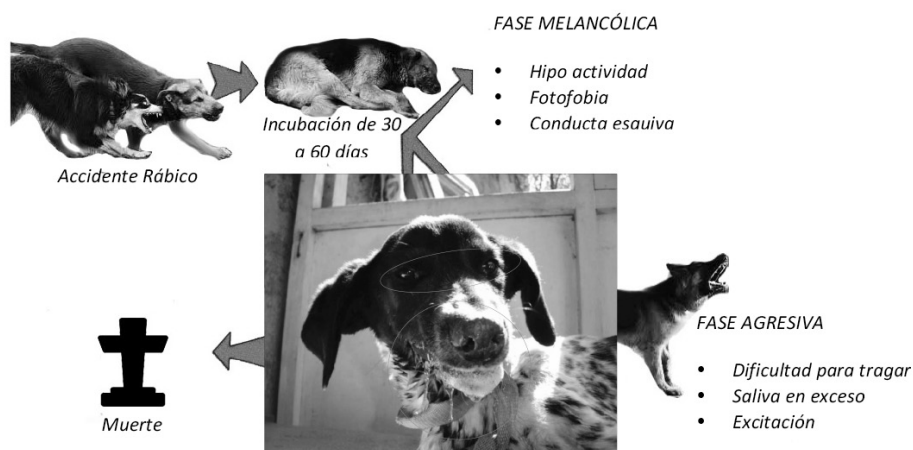


XI. DESCRIPCION CLINICA

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 en otras literaturas menciona 7 años tardío.
- **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 parálitica 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



XII. 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

XIII. MEDIDAS DE PREVENCIÓN QUE DEBE TOMAR LA PERSONA MORDIDA.

1. Lavar inmediatamente la herida con abundante agua jabonosa o con detergente de uso doméstico
2. Acudir inmediatamente al centro de salud más cercano.
3. Realizar la denuncia a los centros municipales de zoonosis o centros de salud

XIV. TRATAMIENTO DEL ACCIDENTADO EN EL SERVICIO DE SALUD.- MEDIDAS GENERALES.-

- Tratamiento médico de las heridas (lavar con agua y jabón abundante, durante 5 minutos y tres veces, posteriormente aplicar antisépticos yodo povidona, para mucosas ocular nasal, lavar por instilación profusa, con solución fisiológica o agua estéril.
- 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

- Vacunas
- Suero

OTRAS MEDIDAS:

- . Profilaxis antitetánica, de acuerdo a los antecedentes de vacunación del paciente
- . Tratamiento contra infecciones bacterianas.

XV. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

- 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

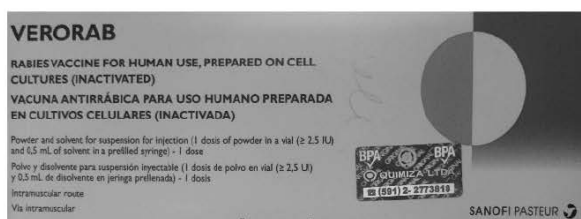
VACUNA ANTIRRÁBICA DE USO HUMANO

Tipo de Vacuna	Características y Conservación	Presentación	Vía	Dosis
<i>Vacuna tipo Fuenzalida Palacios (CRL) producida por INLASA</i>	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	○ Vacuna inactivada, contiene partículas virales ○ No debe congelarse ○ Conservación de +2+8 ○ Confiere a los 7 días anticuerpos detectables y a los 14 días del inicio de la serie se obtiene el 100% de seroconversión	Frasco/ vial unidosis, con 0.5 ml de diluyente liofilizada	Intramuscular, región deltoidea como dosis independiente de la edad, peso, sexo y estado de salud	1 ml



SUERO HETEROLOGO

Suero	Características	Dosificación	Vía de aplicación
Heterologo (ERIG)	Inmunoglobulinas obtenida del plasma de caballo, asno o mulas equivalente a 1000 UI (5 ml) * Después de abierto el vial, el producto debe ser utilizado inmediatamente Proteger de la Luz.	40 UI por kg de peso Dosis única	• Infiltrar alrededor y dentro de la herida (punto de inoculación del virus) • Lo restante administrar IM En niños < de 2 años aplicar en cara externa del muslo

SUERO ANTIRRÁBICO HETEORÓLOGO



El suero debe aplicarse hasta el 7mo día de la agresión animal seguido con la vacuna CRL.

Esquema clásico o Cultivo celular.

Solo se aplica una vez en la vida

EJEMPLO DE CALCULO DE SUERO HETEROLOGO

NO HAY CONTRAINDICACION DE LA APLICACIÓN DE VACUNA Y SUERO ANTIRRABICO EN MUJERES EMBARAZADAS

Peso Kg	Cantidad	Infiltración	IM
30 Kilos	1200 UI	600UI (3ml)	600UI (3ml)
50 Kilos	2000 UI	1000 UI (5ml)	1000 UI (5ml)
60 Kilos	2400 UI	1200 UI (6ml)	1200 UI (6ml)
80 Kilos	*3000 UI	1500 UI (7.5ml)	1500 UI (7.5ml)

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 N° 1

CONDUCTA A SEGUIR EN ACCIDENTES POR MORDEDURA QUE NO REQUIEREN TRATAMIENTO

CONDICION DEL ANIMAL MORDEDO R	SITIO DE LA MORDEDURA	GRAVEDAD DE LA HERIDA	CONDUCTA	ACCIONES EPIDEMIOLOGICAS	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

CUADRO N° 2

CONDUCTA A SEGUIR EN ACCIDENTES POR MORDEDURA QUE REQUIEREN PROFILAXIS ANTIRRABICA HUMANA

ESQUEMA REDUCIDO

CONDICION DEL ANIMAL MORDEDOR	SITIO DE LA MORDEDURA	GRAVEDAD DE LA HERIDA	CONDUCTA	ACCIONES EPIDEMIOLOGICAS	ESQUEMA DE PROFILAXIS ANTIRRABICA A SEGUIR
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, escapular y periumbilical 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 diagnostico laboratorio sea negativo, suspender el esquema en cualquier dosis de profilaxis

CUADRO Nº 3

CONDUCTA A SEGUIR EN ACCIDENTES POR MORDEDURA QUE REQUIEREN PROFILAXIS ANTIRRABICA HUMANA

ESQUEMA CLASICO

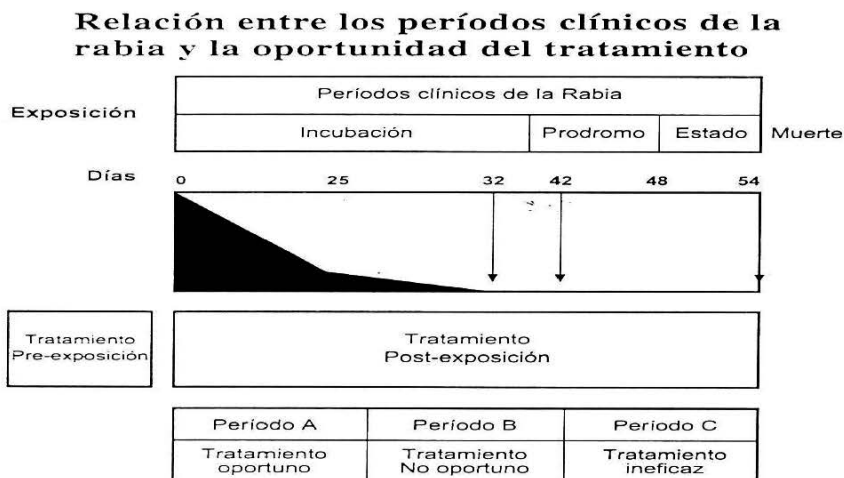
Nº DEL ANIMAL MORDEDOR	TIPO DE LA MORDEDURA	GRADO DE LA HERIDA	CONDUCTA	RECOMENDACIONES EPIDEMIOLOGICAS	ESQUEMA DE PROFILAXIS ANTIRRABICA A SEGUIR
*Animal doméstico Desconocido (Perro, gato) *Animal sacrificado, muerto naturalmente y/o altamente sospechoso *Animal salvaje o silvestre (zorro, mono, murciélago)	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 CLASICO Con CRL : 7 dosis, de 1ml. Diarias continuas Vía Subcutánea región deltoidea, periumbilical o escapular 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)

COMBINACIONES DE VACUNA CRL A CULTIVO CELULAR

Dosis aplicadas de vacuna CRL dependiendo del esquema (CLÁSICO O REDUCIDO)	Número de dosis de vacuna cultivo celular a ser aplicado	Días de administración
Hasta 3 dosis	5 dosis	0, 3, 7, 14 y 28
De 6 dosis	4 dosis	0, 4, 11 y 25
De 10 dosis	3 dosis	0, 7 y 21
De 14 dosis o Antes del 1er refuerzo	2 dosis	En los días que le correspondía los refuerzos de la CRL
Antes del 2do o 3er refuerzo	1 dosis	En los días que le correspondía al 2do o 3er refuerzo de la CRL
Dosis aplicadas de vacuna de cultivo celular	Número de dosis de CRL a ser aplicadas	Días de administración

Hasta 2 dosis	5 dosis + 3 refuerzos	0, 1, 2, 3, 4 (Refuerzos: 10, 20, 30)
De 4 dosis	3 refuerzos	0, 10, 20

RELACION DE LOS PERIODOS CLINICOS DE LA RABIA Y SU OPORTUNIDAD DE TRATAMIENTO

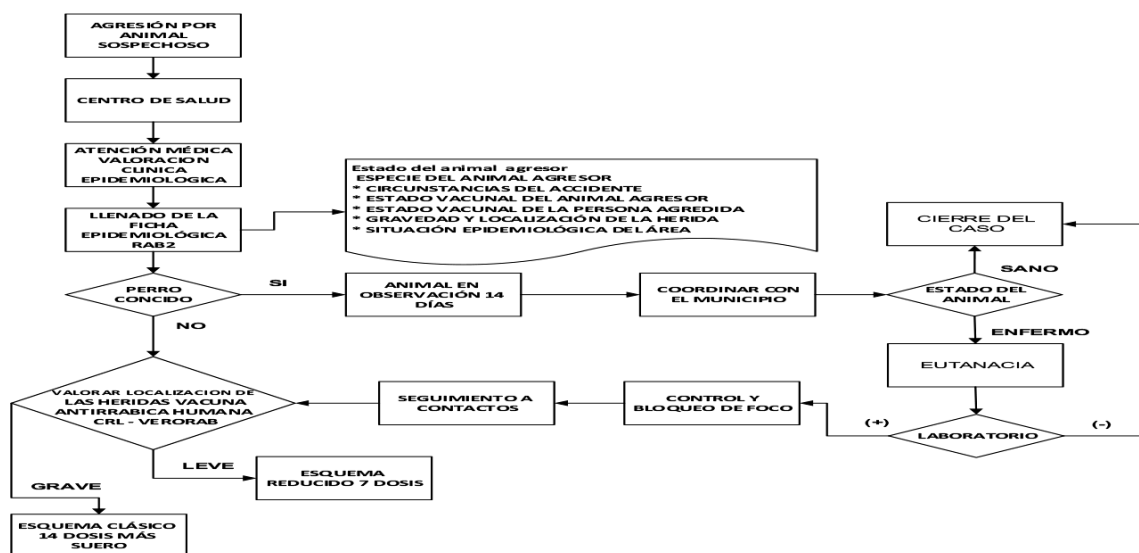


PERIODO A: Es efectivo el tratamiento por el inicio temprano del mismo

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.

FLUJOGRAMA DE PACIENTES QUE SUFREN ACCIDENTES CON ANIMALES VIGILANCIA ACTIVA



Elaborado: RAJ

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.
 Norma Nacional de Profilaxis para Rabia Humana y Animales domésticos. Ministerio de Salud. Bolivia 2012 -2014. <https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/dgss/Epidemiologia/ZOONOSIS/NORMA%20PROFILAXIS%20IMPLEMENTADO.pdf>
3. Protocolo de Vigilancia y Control de La Rabia. Instituto Nacional de Salud Colombia 2010.
4. 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.
5. 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
6. 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.
7. Manual Técnico do Instituto Pasteur. Vacinacao contra a raiva de caes e gatos. Sao Paulo. Brasil, 1999
8. Salud Pública Veterinaria Centro Panamericano de Fiebre Aftosa – OPS/OMS. Guía para la organización de Jornadas de vacunación antirrábica masiva en perros. Río de Janeiro, Agosto de 2008.
 file:///C:/Users/COREI5/Desktop/guia-jornadas-antirrabicas.pdf

TUBERCULOSIS

1.- ANTECEDENTES.-

La tuberculosis sigue siendo una de las enfermedades infecciosas con mayor mortalidad en el mundo.

La Pandemia de COVID – 19 y las desavenencias socioeconómicas han revertido años de trabajo en la lucha contra la tuberculosis, afectando a los más vulnerables.

Al identificar a la Tuberculosis como un problema de Salud Pública, de carácter multifactorial en sus determinantes, que ocasiona aún altas tasas de morbilidad y mortalidad, se desarrollan acciones en el marco de la estrategia “Fin de la Tuberculosis”, de acuerdo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en función de tres indicadores: reducir el número de muertes por tuberculosis en un 95% (comparado con 2015); reducir los nuevos casos en un 90 % entre 2015 y 2035; garantizar que ninguna familia enfrente costos catastróficos debido a la tuberculosis.

El Ministerio de Salud y Deportes, a través del Programa Nacional de Control de Tuberculosis, presentó el Manual de Normas Técnica de Tuberculosis, actualizado en la gestión 2017, con nuevas definiciones de caso para la Tuberculosis y la Tuberculosis Resistente, sus esquemas de tratamiento y todo lo relacionado al manejo de la Tuberculosis, por lo que su contenido se considera en este documento.

1.2 SITUACIÓN EN LAS AMÉRICAS

La OMS informó que en 2021 se estimaron 309.000 casos de tuberculosis y se notificaron 215.116 (70%).

1.3 SITUACIÓN EN BOLIVIA.-

La tasa de incidencia de Tuberculosis todas sus formas (TB TSF) en la gestión 2021 fue de 59,7/100.000 hab.

Para el 2021, se reportaron 7.140 casos nuevos y previamente tratados de Tuberculosis, de los cuales 6.948 casos fueron nuevos y recaídas; siendo Santa Cruz, La Paz y Cochabamba los departamentos que reportaron el 79,5 % de los casos a nivel nacional .

La tasa de éxito en el tratamiento en la gestión 2020 fue del 80% y la tasa de fallecimientos por Tuberculosis, sobrepasa el 4%, desde el 2012.

1.4 SITUACION EN EL DEPARTAMENTO DE LA PAZ

La tasa de incidencia de Tuberculosis Todas Sus Formas (TB TSF) el año 2022 fue de 49 * 100.000 habitantes, mientras que la tasa de incidencia de Tuberculosis Pulmonar fue de 33 * 100.000 habitantes y la tasa de éxito de tratamiento fue del 81%, siendo el segundo departamento que notifica la mayor cantidad de pacientes en el país, después de Santa Cruz.

1.5 OBJETIVOS DEL PROGRAMA

- Disminuir la mortalidad y morbilidad por tuberculosis.
- Reducir la transmisión del Mycobacterium tuberculosis en la comunidad.
- Evitar la drogoresistencia.

1.6 METAS DEL PROGRAMA

- 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 de TB-Resistente a Rifampicina/ Multidrogoresistente (RR- MDR).

1.7 DEFINICIONES ACTUALES

1.7.1 Definiciones de caso

- Caso de Tuberculosis bacteriológicamente confirmado: Es aquel que tiene una muestra biológica positiva por baciloscopia, cultivo o prueba rápida molecular (como el GeneXpert MTB/RIF y otros).
- 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; incluye casos diagnosticados sobre la base de anomalías de rayos X, histología sugestiva y casos extrapulmonares sin confirmación de laboratorio.

Los casos de Tuberculosis bacteriológicamente confirmados o clínicamente diagnosticados también se clasifican según:

- Localización anatómica de la enfermedad.
- Historia de tratamiento previo.
- Condición de VIH.

1.7.2. Clasificación basada en la localización anatómica de la enfermedad

- Tuberculosis Pulmonar (TBP)

Es cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado con Tuberculosis, implica el parénquima pulmonar o el árbol traqueo bronquial, la Tuberculosis miliar se clasifica como pulmonar porque hay lesiones en los pulmones.

- Tuberculosis Extrapulmonar (TBE)

Se considera a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de Tuberculosis que involucra otros órganos, que no sean los pulmones, ejemplo pleura, ganglios linfáticos, abdomen, tracto genitourinario, piel, articulaciones, huesos y meninges.

1.7.3 Clasificación basada en la historia de tratamiento previo

1.7.3.1. Pacientes nuevos: Que nunca han sido tratados por Tuberculosis o que han recibido medicamentos anti Tuberculosos por menos de un mes.

1.7.3.2 Pacientes previamente tratados: Que han recibido un mes o más de los medicamentos anti Tuberculosos en el pasado.

Se clasifican además por los resultados de su más reciente ciclo de tratamiento:

- Paciente con recaída, fueron previamente tratados por Tuberculosis, declarados curados o tratamiento completo al final de su último ciclo de tratamiento y ahora son diagnosticados con un episodio recurrente.
 - Paciente con fracaso, son aquellos previamente tratados por Tuberculosis y que su tratamiento fracasó al final de su tratamiento más reciente.
 - Paciente con pérdida al seguimiento, fueron tratados previamente por TB y declarados pérdida al seguimiento de su tratamiento más reciente (antes abandono recuperado).
 - Otros pacientes previamente tratados, son aquellos cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o indocumentado (antes transferencias desconocidas).
- 1.7.4. Clasificación basada en la condición de VIH
- Paciente con Tuberculosis y VIH: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de Tuberculosis y que tiene un resultado confirmado de VIH al momento del diagnóstico o posterior al mismo.
 - Paciente con Tuberculosis y sin VIH: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de Tuberculosis y que tiene un resultado negativo de la prueba del VIH realizada al momento del diagnóstico de la TB. Cualquier paciente con TB y sin diagnóstico de VIH en el que posteriormente se confirme presencia de VIH debe ser reclasificado.

- Paciente con TB y estado de VIH desconocido: Se refiere a cualquier caso bacteriológicamente confirmado o clínicamente diagnosticado de Tuberculosis que no tiene ningún resultado de la prueba del VIH, posteriormente puede reclasificarse.

1.8 RESULTADO DE TRATAMIENTO

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.

7.2. Resultados del tratamiento de pacientes con TB sensibles

RESULTADOS	DEFINICION
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 4º o 5º 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 4º o 5º 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 4º o 5º 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.

Fuente: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).

1.9. ASPECTOS GENERALES DE LA TUBERCULOSIS

1.9.1. Definición de Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa, de evolución crónica, prevenible y curable que es causada por el *Mycobacterium tuberculosis*.

1.9.2 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.

1.9.3. Forma de Transmisión

La transmisión es el paso del bacilo de una persona enferma a otra sana, siendo la vía aérea el mecanismo. (una persona enferma infecta a una persona sana al hablar, reír, estornudar, cantar y sobre todo al toser).

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.

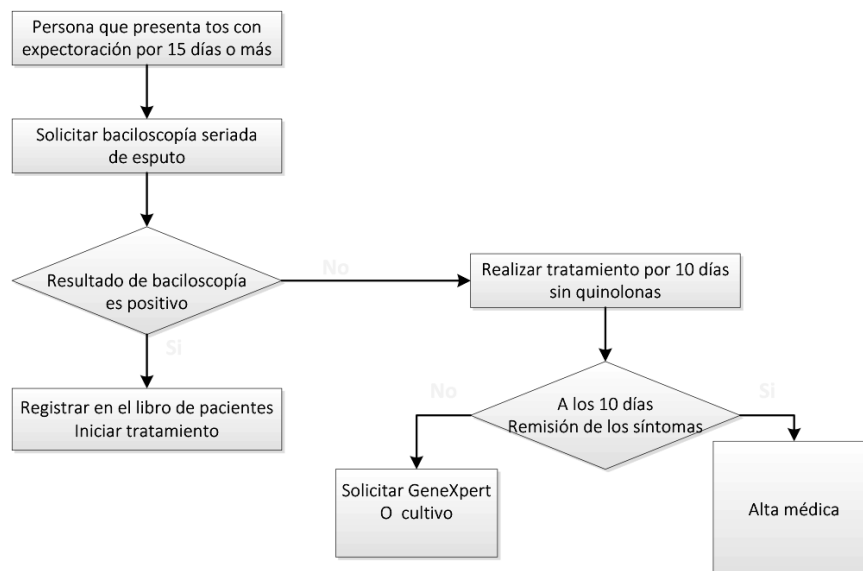
1.9.4. Cuadro clínico

SÍNTOMAS GENERALES (Pulmonar y Extrapulmonar)	SÍNTOMAS ESPECÍFICOS (Pulmonar y Extrapulmonar)
• Hiporexia o anorexia (disminución o pérdida del apetito). • Astenia y adinamia (pérdida de fuerza muscular y de energía). • Pérdida de peso. • Fiebre y diaforesis nocturna (sudoración nocturna).	• 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).

- Malestar general.

- En la extrapulmonar de acuerdo al órgano afectado.

1.9.5. Sintomático Respiratorio (SR), es la persona que tiene tos con expectoración por más de 15 días.
Flujograma de Sintomático Respiratorio



Fuente: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).

La tos es el principal síntoma de la enfermedad, lo que permite clasificar al paciente como sintomático respiratorio y plantear el diagnóstico de Tuberculosis presuntiva.

1.9.6 Detección de Casos

1.9.7. Detección pasiva: Consiste en la identificación del Sintomático Respiratorio en pacientes que consultan por afecciones respiratorias o por otras patologías a nivel de establecimientos de salud, hospitales, salas de emergencias, brigadas móviles, etc.

1.9.8. Búsqueda activa de casos: 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.

1.10. DIAGNÓSTICO DE LA TUBERCULOSIS

1.10.1. MÉTODO CLÍNICO

Comprende la elaboración completa de la Historia Clínica del paciente.

1.10.2. MÉTODOS BACTERIOLÓGICOS

1.10.3 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.

1.10.4. Reporte de resultado de baciloscopia

RESULTADO	NÚMERO DE BAAR EN LOS CAMPOS OBSERVADOS
Negativo (-)	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

Fuente: *Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).*

1.10.5. 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.

Fuente: *Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).*

En todo paciente con sospecha de tuberculosis cuya baciloscopia seriada es negativa, debe cumplirse con el flujograma del Sintomático Respiratorio.

1.10.6 Cultivo

1.10.6.1. Indicaciones de cultivo:

Paciente con resultado de baciloscopia de 1 a 9 BAAR en una sola lámina de las dos muestras examinadas.

Sintomático Respiratorio con una baciloscopia seriada negativa, tratado con antibióticos (no quinolonas) y sin mejoría clínica.

Diagnóstico de TB a niños menores y mayores de 5 años, obtener la muestra mediante aspirado gástrico para su diagnóstico. VER ANEXO N° II - Protocolo para obtener muestra a través de aspirado gástrico.

TB presuntiva Extrapulmonar.

Para dar condición de egreso de curado en todo caso de TB sensible al 4° (si se prolongó la fase intensiva deberá contar con cultivo negativo al 5° mes de tratamiento).

En el seguimiento de tratamiento TB-RR, TB-MDR y TB-XDR.

No conversión bacteriológica al 2° mes de tratamiento supervisado.

Presencia de un control bacteriológico positivo a partir del 3° mes de tratamiento supervisado.

El cultivo es el método con mayor sensibilidad para el diagnóstico y seguimiento del tratamiento de tuberculosis.

1.10.6.2. Reporte de resultados de cultivo

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).

Fuente: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).

1.10.6.3. Pruebas de sensibilidad y resistencia:

9.2.3.1. 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.

1.10.6.4. Indicaciones de GeneXpert MTB/RIF

- Casos de TB bacteriológicamente confirmados con baciloscopia.
- Casos de TB BK (-) con signos y síntomas sugestivos de TB.
- Tuberculosis presuntiva en personas privadas de libertad (PPL).
- Tuberculosis presuntiva en personas con VIH/Sida.
- Casos de tuberculosis con antecedentes de tratamiento: recaída, fracaso y pérdida en el seguimiento en su último resultado de tratamiento.
- Tuberculosis presuntiva en el Personal de salud.
- Contactos TB MDR/RR.
- Diagnóstico de TB a niños menores y mayores de 5 años.

1.10.6.5. Las muestras que deben enviarse para este método son:

- Esputo
- Muestras de tejidos (biopsias)
- Líquido cefalorraquídeo

1.10.6.6. Reporte de resultado de GeneXpert

RESULTADO	Interpretación
<i>Mycobacterium tuberculosis no detectado</i>	Muestra negativa para Mycobacterium Tuberculosis
<i>Mycobacterium tuberculosis detectado y resistencia a Rifampicina no detectada</i>	Muestra positiva para Mycobacterium Tuberculosis y que no presenta resistencia a Rifampicina
<i>Mycobacterium tuberculosis detectada y resistencia a Rifampicina</i>	Muestra positiva para Mycobacterium Tuberculosis y que presenta resistencia a Rifampicina
<i>Resistencia a la Rifampicina indeterminada</i>	Carga bacteriana muy baja
Invalidado/Error	Solicitar examinar nueva muestra

Fuente: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).

Line Probe Assay (LPA), es un sistema de amplificación de ácidos nucleico se trata de un método molecular que utiliza la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) convencional, tiene la capacidad de detectar complejo M. tuberculosis, así como la resistencia a la Isoniacida.

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.
- Baciloscopía de control positiva a partir del segundo mes de tratamiento.
- Casos nuevos Pulmonar y Extrapulmonar

1.10.6.7. Estudios imagenológicos:

Radiografía

Tomografía computarizada de tórax o de otros órganos, ecografías y rayos X.

1.10.6.8. Estudio Anatómico patológico

Es también un método sensible pero inespecífico, se puede solicitar cuando exista disponibilidad.

1.11. 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 líquido pleural, biopsia pleural para estudio histopatológico y cultivo
TB peritoneal	Ecografía abdominal, ADA en líquido 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 líquido pericárdico, biopsia pericárdica para estudio histopatológico y cultivo
TB renal	Examen general de orina, ecografía renal y cultivo de micobacterias de orina.

Fuente: *Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).*

1.12. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

El tratamiento de la tuberculosis se fundamenta en bases bacteriológicas, farmacológicas y operacionales.

1.13. Objetivos del tratamiento

- Disminuir lo más rápidamente posible la capacidad infectante del paciente.
- Curar sin recidivas.

- Evitar la selección de resistencia.

El tratamiento de la tuberculosis SENSIBLE se fundamenta en las 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, incluyendo la prevención y tratamiento de los efectos adversos secundarios que pueden presentarse.
- La toma de los medicamentos estrictamente supervisada en ambas fases y en casos muy excepcionales por otras personas capacitadas.
- El tratamiento ambulatorio (en el Establecimiento de Salud), salvo en casos excepcionales que requieran hospitalización.

1.14. Medicamentos Antituberculosos.

Los medicamentos de primera línea, son la base del tratamiento de los casos de tuberculosis sensible.

1.15. Dosificación de medicamentos de primera línea

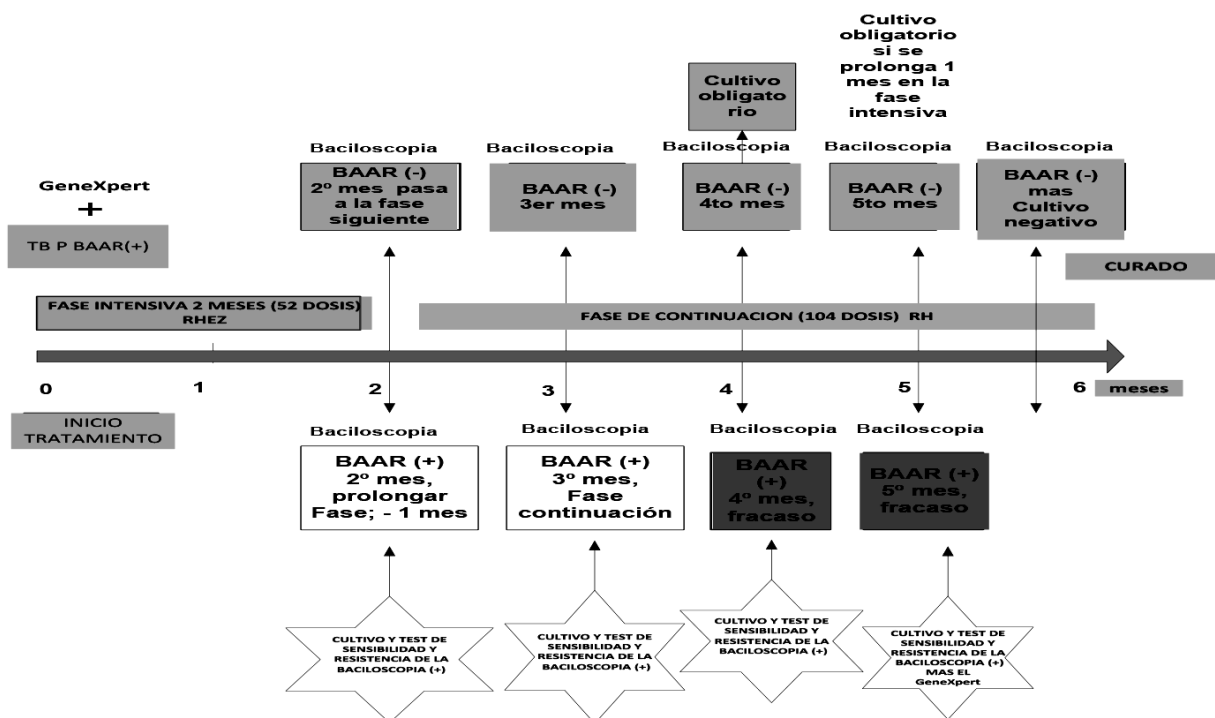
MEDICAMENTOS DE PRIMEA LÍNEA	PRESENTACIÓN			DOSIFICACIÓN		VÍA DE ADMINISTRACIÓN
	FRASCO	TABLETA	TABLETA ASOCIADA	DOSIS DIARIA	DOSIS MÁXIMA DIARIA	
Isoniacida H		100 mg		5 mg/kg peso	300 mg	Oral
Rifampicina – Isoniacida R/H			300 / 150 mg	10/5 mg/kg peso	600/300 mg	Oral
Etambutol E		400 mg		15 mg/kg peso	1200 mg	Oral
Pirazinamida 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

Fuente: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).

1.14. Tratamiento de la Tuberculosis Sensible.

FASE INTENSIVA	FASE DE CONTINUACIÓN	INDICACIONES	ADMINISTRACIÓN
2 RHZE (2 meses) 52 dosis	4 RH (4 meses) 104 dosis	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.	Diaria Una sola toma Tratamiento Directamente Observado (DOT) por personal de salud, en casos excepcionales por personal capacitado (DOTS-C) De lunes a sábado.

Fuente: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).



Fuente: Programa de Tuberculosis, Unidad de Epidemiología e Investigación, SEDES La Paz.

1.16 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 teratogénos; 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 quimioprofilaxis (Isoniazida por 6 meses).
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.

Fuente: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).

1.17. 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.

1.18. 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.

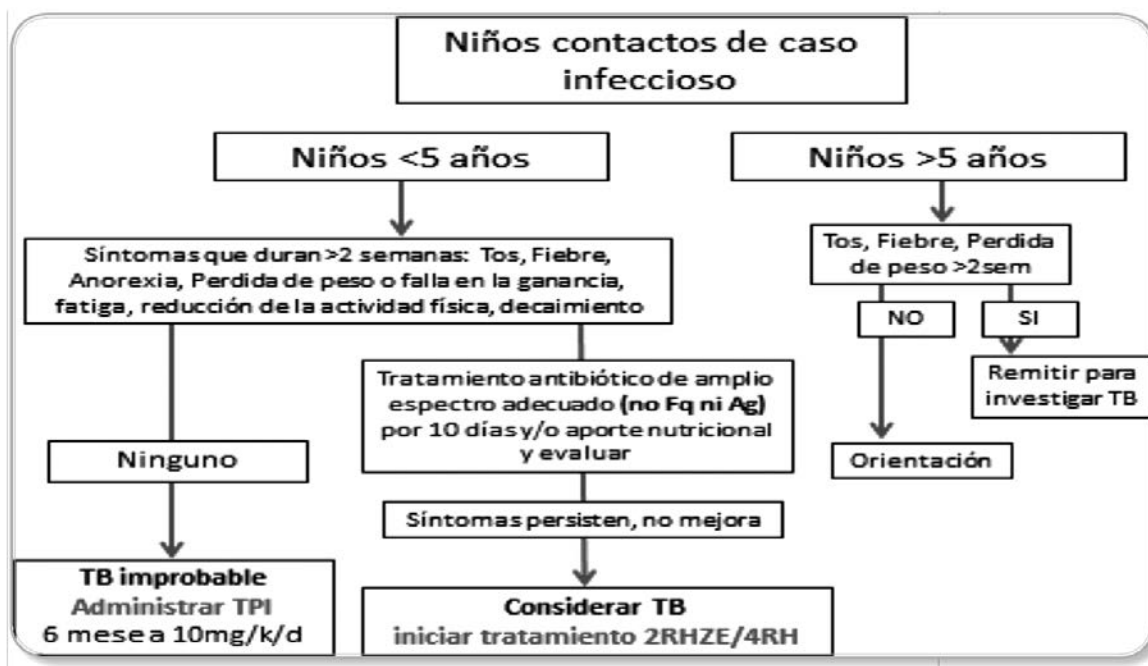
Contacto reciente con el caso índice: Todo contacto cuyo tiempo de exposición con el caso índice es menor a tres meses.

1.18.1. 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.

Cuando existe una niña(o) menor de 5 años con diagnóstico de tuberculosis, el personal de salud debe detectar al caso índice (si no está identificado).

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, sin descuidar el control de los mismos en casos de TB pulmonar BAAR(-) y extrapulmonar.



Fuente: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).

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.

1.19 Tuberculosis Pulmonar Infantil

SÍNTOMAS Y SIGNOS GENERALES (Pulmonar y Extrapulmonar)	SÍNTOMAS Y SIGNOS ESPECÍFICOS (Pulmonar)
- 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).	- Tos crónica (más común en el pre escolar y escolar). - Estertores broncoalveolares o sibilancias persistentes que no mejoran con broncodilatadores que no se presentan al inicio del cuadro y que se deben a compresión bronquial. - Disminución del murmullo vesicular. - En la tuberculosis miliar o generalizada, afectación pulmonar, adenomegalias cervicales e inguinales, esplenomegalia, afectación del Sistema Nervioso Central (se notifica como tuberculosis pulmonar).

Fuente: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).

1.19.1 Tuberculosis Extrapulmonar Infantil

En los siguientes cuadros se describen síntomas y signos de acuerdo al órgano afectado:

ÓRGANO AFECTADO	SÍNTOMAS Y SIGNOS ESPECÍFICOS
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)	Primer Estadío: ☐ Irritabilidad, vómitos Segundo Estadío: ☐ 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. Tercer Estadío: ☐ Coma, respiración irregular, pulso irregular, hipotensión arterial, espasticidad generalizada, hipertensión endocraneal, hidrocefalea 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, cadera, 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 abacteriuria.
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 escroto (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.

Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017)

1.20. DIAGNÓSTICO

1.20.1. Método Clínico

Historia Clínica detallada que comprende síntomas y signos compatibles incluyendo el control de crecimiento, antecedentes de contactos con Tuberculosis, antecedentes patológicos y no patológicos

1.20.2. 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).

1.20.3. Estudios Imagenológicos

1.20.3.1. Radiografía

La radiografía de tórax es muy útil para el apoyo diagnóstico en niños por su alta sensibilidad. En la mayoría de los casos, se aprecian imágenes radiopacas persistentes en el pulmón junto con aumento de la imagen hilar o subcarinal de los

ganglios linfáticos, así mismo se puede observar un patrón miliar (altamente sugestivo de TB). Pacientes adolescentes presentan cambios radiográficos similares a los del adulto.

1.20.3.2. Los métodos de diagnóstico para la Tuberculosis Extrapulmonar son:

Localización	Procedimiento
Tuberculosis ganglionar	Biopsia para estudio anatomopatológico y cultivo para micobacterias y GeneXpert.
Tuberculosis Meníngea	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.	

Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).

1.21. 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.

1.21.1. 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

Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).

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.

- 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 contactos (convivientes y casuales).

- Vacunación con BCG

La vacunación con BCG es una primo infección dirigida y controlada. Se ha demostrado que la BCG es efectiva en la prevención de 65 a 85% para TB meníngea y miliar.

1.22. PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

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 curación.

1.22.1. 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.

1.22.2. 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 (dosis máxima 300 mg).	6 meses	Controles mensuales dirigidos a evaluar la adherencia a la quimioprofilaxis, reajuste de dosis y vigilancia de posibles reacciones adversas.
Niñas(os) VIH (+) con peso inferior a 25 kilos	Isoniacida 10 mg / Kg peso (dosis máxima 300 mg).	6 meses	
Casos VIH (+) con peso superior a 25 kilos	Isoniacida 5 mg / Kg peso (dosis máxima 300 mg).	6 meses	
Inmunosuprimidos: Trasplantados renales, colagenopatías (lupus eritematoso, artritis reumatoidea, etc),	Isoniacida 5 mg / Kg peso (dosis máxima 300 mg). Administración diaria	6 meses	

Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud y Deportes (2017).

Quienes no deben recibir quimioprofilaxis con Isoniacida.

- Portadores de Tuberculosis activa (monoterapia).
- Pacientes con antecedentes de daño hepático secundario a Isoniacida.
- Contacto de caso índice de TB-DR (TB-MDR, TB-RR, TB-XDR y TB resistente a Isoniacida).

1.23. 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.

1.24. 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.

2 Tuberculosis Multidrogorresistente

El *Mycobacterium tuberculosis*, causante de la Tuberculosis humana, presenta una característica bacteriológica importante, para “resistir” el ataque del ser humano con los medicamentos antituberculosos que fueron descubiertos a partir del año 1947. Esta “arma” se constituye en la resistencia natural espontánea condicionada por mutación genética que ha sido estudiada mundialmente hace 50 a 60 años. Estudios concluyeron en que si no se asocian adecuadamente más de dos medicamentos antituberculosos para el tratamiento de la enfermedad, se podía conseguir la curación pero se condicionaba el desarrollo de resistencias importantes a alguno de los fármacos utilizados.

La Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR), es la que presenta resistencia simultánea a Isoniacida y Rifampicina (principales fármacos antituberculosos).

2.1 Tipos de 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*.

Resistencia natural:

Es aquella que presenta las cepas salvajes del *Mycobacterium tuberculosis* como fruto de una multiplicación continua, que al alcanzar un determinado número de bacilos hace que surja una mutación genética en un bacilo concreto, es decir que en un paciente donde hay poblaciones de multiplicación activa siempre habrá bacilos con resistencia natural a los medicamentos.

La resistencia natural no presenta ningún problema para el tratamiento si es correctamente administrado.

Resistencia primaria o inicial (sin tratamiento previo):

Se denomina así cuando un paciente que nunca recibió tratamiento o recibió tratamiento por menos de un mes, desarrolla tuberculosis resistente a uno o más medicamentos como producto de la transmisión de bacilos resistentes

Resistencia Adquirida o secundaria (con tratamiento previo):

Esta resistencia es siempre el resultado de:

Monoterapia real: Cuando es producto de selección de mutantes resistentes, por ejemplo, pacientes con tuberculosis bacteriológicamente confirmado con un solo medicamento eficaz. Monoterapia encubierta: Por la administración de fármacos antituberculosos donde un solo fármaco es activo.

En la resistencia secundaria intervienen factores como:

- Esquema fuera de la norma.
- Subdosificación.
- Tratamientos irregulares.
- Comorbilidades.
- Interacciones medicamentosas.
- Alteración de la farmacocinética y farmacodinamia propias de cada paciente.

Nunca se debe utilizar monoterapia en los pacientes con enfermedad tuberculosa. La resistencia es cromosómica, se transmite genéticamente y es irreversible.

2.2. 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 (DPL) (que no sea la Rifampicina)
- Polirresistente: Resistencia a más de un medicamento anti-Tuberculoso de primera línea (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 Tuberculosos (DPL), Incluye cualquier resistencia a la Rifampicina, ya sea monorresistente, multidrogorresistente, polirresistente o extensamente resistente

El diagnóstico de la TB-DR es bacteriológico. Debe complementarse con pautas clínicas de sospecha de resistencia (de acuerdo a los factores de riesgo) que motiven la solicitud de pruebas de sensibilidad a medicamentos antituberculosos de primera línea.

MÉTODOS RECOMENDADOS A NIVEL NACIONAL PARA EL DIAGNÓSTICO, CONTROL Y VIGILANCIA DE LA DROGORRESISTENCIA

Método	Descripción
Baciloscopía (Ziehl Neelsen)	Para el diagnóstico y control bacteriológico de tuberculosis pulmonar solo en muestras de esputo. Tiempo de procesamiento y reporte 24 a 48 horas desde la recepción de la muestra.
Cultivo de Mico-bacterias	Para el diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar ó control bacteriológico de Tuberculosis pulmonar sensible y drogorresistente. Tiempo de procesamiento y reporte en el reporte de 20 a 60 días desde el día de proceso de la muestra en el caso de positividad y 60 días en el caso que no exista desarrollo.

Canetti Rist y Grosset (Fenotípico de las Proporciones)	Para el diagnóstico de la drogorresistencia a la Rifampicina, Isoniazida y drogas antituberculosas de segunda línea (Capreomicina, Kanamicina, Ofloxacin, Amikacina) en primocultivos positivos con alta concentración bacteriana equivalente a la escala 1 de Mc Farlan. El tiempo de procesamiento y reporte de 20 a 45 días.
GeneXpert MTB/RIF	Para el diagnóstico de Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar (muestras de expectoración, LCR, nódulos linfáticos y otros tejidos). Tiempo de procesamiento y reporte 24 horas.
LPA (Molecular GenoType - Hibridación reversa en tiras de sonda)	Para el diagnóstico de la drogorresistencia a la Rifampicina, Isoniazida, drogas antituberculosas de segunda línea y Tipificación de micobacterias, en muestras positivas. El tiempo de procesamiento y reporte 24 horas.

Fuente: Guía Técnica De Manejo De La Tuberculosis Drogorresistent

Fuente: Guía Técnica De Manejo De La Tuberculosis Drogorresistente, Ministerio de Salud, 2019

Medicamento	Abrev.	Forma Farmacéutica	Concentración	Dosificación	Dosis máxima diaria	Vía de Administración
Levofloxacina	Lfx	Comprimido	500 mg	750 - 1000 mg/día	1 g	VO
Kanamicina	Km	Injectable	1 g	15 mg/kg/día	1 g	IV ó IM
Etionamida	Eth	Comprimido	250 mg	15 mg/kg/peso	1 g	VO
Cicloserina	Cs	Cápsula	250 mg	15 mg/kg/día repartido en 2 tomas	1 g	VO
Pirazinamida	Z	Comprimido	500 mg	25 mg/kg/peso	2 g	VO
Etambutol	E	Comprimido	400 mg	15 mg/kg/día	1200 mg	VO

Fuente: Guía Técnica De Manejo De La Tuberculosis Drogorresistente, Ministerio de Salud (2019).

2.3 Tratamiento de la TB-RR y TB-MDR esquema estandarizado

Esquema de tratamiento destinado a pacientes MDR

Fase intensiva	Fase de continuación	Indicaciones	Administración
6Km, Lfx, Eth, Cs, Z, E (6-8 meses) 180-240 dosis	12 Lfx, Eth, Cs, Z,E (12 meses) 360 dosis	- Casos nuevos de Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar TB-RR/MDR con diagnóstico confirmado. - Pacientes previamente tratados con drogas antituberculosas con diagnóstico confirmado. (con resultado TB-RR-MDR)	La administración es de lunes a domingo. En condición de programa se recomienda una sola toma, en caso de reacciones disgregar las tomas.

Fuente: Guía Técnica De Manejo De La Tuberculosis Drogorresistente, Ministerio de Salud, 2019

La fase intensiva es mínimo 6 meses y máximo 8 meses de tratamiento, se cambiará de fase después de obtener conversión bacteriológica (resultado de 2 cultivos consecutivos negativos, con al menos 30 días de diferencia), completando mínimo seis meses de inyectable. La fase de continuación sin el inyectable comprende 12 meses de tratamiento.

Requisitos para el inicio de tratamiento de tuberculosis drogorresistente

Para el inicio de tratamiento con TB-RR, TB-MDR y TB-XDR es indispensable:

- Firma del "Consentimiento informado"
- Identificar comorbilidades como Insuficiencia renal, Diabetes, VIH, Insuficiencia hepática, cardiopatía o neumopatía crónica, enfermedades psiquiátricas, etc.
- Contar con exámenes de laboratorio y de gabinete: Hemograma completo, Glicemia, Urea, Creatinina, Electrolitos, Examen General de Orina, Pruebas de Función hepática, Prueba de embarazo (a mujeres en edad fértil), Pruebas de Función tiroidea, Prueba para VIH, IgE, IgA; ECG y Radiografía de tórax.
- Audiometría de base
- Evaluación psiquiátrica
- Evaluación otorrinolaringológica
- Evaluación oftalmológica (optativa)
- Evaluación cardiológica (Holter 24 hrs, evaluación Q-T)
- Evaluación gastroenterológica (optativa)

NUNCA se debe iniciar un esquema de tratamiento con drogas para tuberculosis multidrogorresistente sin asegurar el tratamiento completo con al menos 4 drogas nuevas o con sensibilidad probada.

2.4 Seguimiento de la atención del paciente TB-RR/MDR

Con documentos de referencia y contrareferencia, y tarjeta de tratamiento correctamente llenada. La integralidad de la atención del paciente con tuberculosis drogorresistente implica la articulación de un equipo multidisciplinario de profesionales sensibilizados que con adecuados procesos de referencia - contrareferencia y una articulación con

responsables del programa de control 58Serie: Documentos Técnico-Normativos de tuberculosis del nivel municipal y departamental consideren al paciente una persona bio-psico-social. Las pruebas de laboratorio y estudios complementarios se resumen en el siguiente cuadro:

Monitoreo y evaluación del pacientes drogoresistente

Monitoreo y evaluación	Frecuencia recomendada
Evaluación por el médico general	- Al inicio del tratamiento. - Mensualmente durante la fase intensiva y la fase de continuación (observar evolución clínica, bacteriológica y reajuste de dosis/Kg peso). - Ante la presencia de RAFA (para su manejo o referencia). NOTA.- En el control de tratamiento no es necesaria la solicitud de PSyR.
Baciloscofia de esputo y cultivos	- Realizar mensualmente durante todo el tratamiento. - Al sexto mes verificar la conversión bacteriológica por cultivo para tomar conducta para pasar a la Fase de continuación.
Cultivo y Prueba de Sensibilidad y Resistencia a fármacos de segunda línea	Solicitar al inicio del tratamiento de TB-RR/MDR.
Peso	- Al inicio de tratamiento. - Mensualmente, (registrado en la ficha de tratamiento).
IMC	- Al inicio de tratamiento. - Mensualmente.
Radiografía de tórax	- Solicitar al inicio de tratamiento. - Al cambio de fase y/o ante <u>una evolución desfavorable</u>.
Estudio de Glucemia	- Al inicio del tratamiento. - Mensualmente si el paciente tiene Diabetes. De lo contrario control semestral
Hormona Estimulante de Tiroides (TSH), T3, T4 y T4 libre	- Monitoreo clínico mensual de signos o síntomas de hipotiroidismo. - Monitoreo laboratorio al inicio de tratamiento y cada 6 meses. (Si existe disponibilidad)
Hemograma completo, Exámen General de Orina, Pruebas de función hepática, Urea, Creatinina y NUS, Electrolitos.	- Al inicio de tratamiento. - Cada seis meses.
Prueba rápida para VIH	- Al inicio de tratamiento y registrar en el libro y tarjeta de tratamiento. - Si es no reactivo, considerar periodo ventana (3 meses) para repetir la prueba.
Test de embarazo	Para mujeres en edad fértil, al inicio de tratamiento (ofertar orientación en planificación familiar).
Consulta por oftalmología	El médico general mensualmente realizará test de visualización de colores y campimetría, según hallazgos anormales derivará la atención hacia el especialista.
Consulta con otorrinolaringología	Valoración clínica y audiométrica al inicio de tratamiento y ante la presencia de síntomas sugerentes de ototoxicidad.
Evaluación Psicológica y/o psiquiátrica	- Al inicio de tratamiento (solicitar evaluación de ansiedad o depresión). - Durante el tratamiento, ante la presencia de trastornos psiquiátricos.
Evaluación por cardiología	Valoración clínica y ECG a requerimiento y de acuerdo a necesidad.

Fuente: Guía Técnica De Manejo De La Tuberculosis Drogoresistente, Ministerio de Salud (2019).

Condición de egreso de pacientes con tratamiento de TBRR/MDR

Condición	Definición
Curado	Manejo según lo recomendado, sin evidencia de fracaso, con tres o más cultivos negativos consecutivos con intervalo de por lo menos 30 días entre ellos, de los últimos meses de la fase de continuación ⁶ .
Tratamiento completo	Conclusión de tratamiento sin evidencia de fracaso, pero sin constancia de tres o más cultivos negativos consecutivos con intervalo de por lo menos 30 días entre ellos, de los últimos meses de la fase de continuación.
Fracaso al tratamiento	- 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 línea⁶. - Reacción adversa a medicamentos (RAFA) que impidan el uso de la quinolona o el inyectable del esquema.
Fallecido	Paciente que muere por cualquier razón durante el curso del tratamiento o antes de iniciar el tratamiento.
Perdida en el seguimiento	Suspensión de tratamiento durante un mes o más ⁶ .

Fuente: Guía Técnica De Manejo De La Tuberculosis Drogorresistente, Ministerio de Salud (2019).

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.

Los términos “conversión” y “reversión” del cultivo se definen como sigue:

Conversión (de positivo a negativo): Se considera cuando se tiene dos cultivos consecutivos con resultado negativo tomados con intervalo de al menos 30 días. 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 con resultado positivo, tomados con intervalo de al menos 30 días. Para el propósito de definir el fracaso al tratamiento, la reversión se considera sólo cuando se produce en la fase de continuación.

2.5 Control de contactos de los enfermos de TB/RR-MDR

El control de contactos es la detección activa de casos, entre los grupos de poblaciones en riesgo de enfermar por tuberculosis drogorresistente.

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 categoría IV.
- Verificar el registro de contactos y brindar consejería durante la visita domiciliar al paciente TB-DR y su familia.
- Valoración clínica a los contactos registrados.

- Solicitar la prueba de GeneXpert MTB/RIF a todo contacto que presenta tos con o sin expectoración.
- El control de los contactos de un caso de TB-RR/MDR debe efectuarse en forma periódica cada 3 meses, durante el tiempo que dure el tratamiento del caso índice (18 meses para TB-RR y TB-MDR) que es el período de mayor riesgo de evolución de la infección a enfermedad tuberculosa.

Actividades de control de contacto

Contacto	Conducta
Menores de 5 años	• Niña(o) sin signos ni síntomas clínicos de tuberculosis pulmonar, control médico constante cada mes, No hay quimioprofilaxis demostrada en esta situación para menores de 5 años. • Niña(o) con signos y síntomas clínicos de tuberculosis pulmonar, solicitar la prueba de GeneXpert MTB/RIF y demás exámenes de acuerdo a flujograma, si se confirma el diagnóstico de TB-RR/MDR, iniciar tratamiento para Tuberculosis Drogorresistente (los casos deben presentarse al Comité Departamental TB-DR/RAFA).
Mayores de 5 años	Que presentan tos con expectoración, solicitar la prueba de GeneXpert MTB/RIF con muestra representativa. Si no es TB-RR, administrar tratamiento con antibióticos (no quinolonas) durante 10 días. Si después del tratamiento con antibióticos continúa con tos con o sin expectoración, solicitar cultivo y referir a 2° o 3° nivel.

Fuente: Guía Técnica De Manejo De La Tuberculosis Drogorresistente, Ministerio de Salud (2019).

3.- Reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA)

3.1 Definición:

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 tratamiento.

3.2 Factores de riesgo: Personas o grupos con mayor susceptibilidad de presentar una RAFA

- Desnutrición (hipoalbuminemia)
- Alcoholismo
- Hepatopatías
- Antecedentes personales y familiares de RAFA
- Infección VIH
- Pacientes que además del tratamiento antituberculoso, reciben otros medicamentos
- TB diseminada y avanzada
- Nefropatías
- Atopia (antecedentes familiares de alergia)
- Diabetes Mellitus
- Embarazo y puerperio
- Pacientes que reciben tratamiento antituberculoso en forma irregular
- Parasitosis.
- Colagenopatías
- Colecistopatías
- Cardiopatías
- Edad: menores de 5 años y mayores de 60 años.

A fin de evitar la presentación de una reacción adversa grave se tomarán las siguientes medidas:

Consejería y educación al paciente y a su familia al inicio del tratamiento antituberculoso acerca de la posibilidad de presentar RAFA y los cuidados nutricionales que tendrá que seguir, ideal bajo seguimiento de nutricionista.

Dar la medicación bajo observación directa, que permite la detección precoz de cualquier síntoma o signo de alarma que indique algún tipo de reacción adversa.

En pacientes identificados en algún grupo de riesgo el control médico deberá ser continuo, con ajuste de dosificación de acuerdo a criterio médico.

3.3 Clasificación.

De acuerdo al órgano afectado de la RAFA

Dérmico, gástrico, hepático, renal, sanguíneo, otros.

De acuerdo al mecanismo que desencadena el evento.

Toxicidad, Intolerancia, hipersensibilidad.

3.4 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.
Nefrotoxicidad	S, E	Interconsulta a nefrología, suspensión de estreptomicina.
Neuritis retrobulbar: afectación de la visión de colores.	E	Interconsulta 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.

Fuente: Manual de Normas Técnicas en Tuberculosis, Ministerio de Salud (2017).

En toda RAFA se debe llenar la ficha de notificación de RAFA, notificar de forma inmediata a la Coordinación de Red de Salud, (más una copia legible de la tarjeta de tratamiento DOTS y carnet de identidad del paciente), 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.

Todo paciente que hizo RAFA, deberá ser mínimamente valorado por especialista para su estabilización y reintroducción nuevamente de los fármacos antituberculosos, así como también se debe tomar en cuenta que posterior a la reintroducción de cualquier esquema modificado variará en su tiempo de tratamiento.

Medidas de prevención:

- Identificar factores de riesgo antes de iniciar el tratamiento.
- Dosificar correctamente los fármacos antituberculosos.
- Dar consejería al paciente y a su familia sobre la posibilidad de aparición de RAFA.
- Dar medicación bajo observación directa para detectar precozmente síntomas o signos de RAFA.
- Realizar seguimiento clínico detallado y manejar en forma oportuna los efectos adversos a la medicación, descartando cuadros intercurrentes.

Para más información deberá consultarse las normas técnicas de tuberculosis que se encuentran en vigencia.

4.- 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.

4.1 Definición de Caso COINFECCIÓN TB/VIH

Todo paciente con Tuberculosis en todas sus formas que cuente además con SEROLOGÍA (+) para VIH. Todo paciente con VIH/SIDA en quien se diagnostique Tuberculosis en cualquiera de sus formas.

4.2 PASOS IMPORTANTES

4.2.1 Evaluación

La Coinfección TB/VIH puede manifestarse clínicamente como infección tuberculosa latente o como enfermedad tuberculosa activa.

Al ser el VIH el factor de riesgo más potente conocido para el desarrollo de la enfermedad tuberculosa.

Se deberá realizar Prueba rápida a todo paciente con diagnóstico de Tuberculosis

4.2.2 CLASIFICACION DE ACUERDO A LA PRUEBA RAPIDA: REACTIVA/ NO REACTIVA

CAUSAS DE FALSOS REACTIVOS	CAUSAS DE FALSOS NO REACTIVOS
1. Vacuna contra la Influenza reciente. 2. Embarazo (particularmente multiparas). 3. Conectivopatías (lupus eritematoso sistémico). 4. Insuficiencia renal crónica. 5. Error de rotulación o manejo de muestra.	1. Periodo de ventana. 2. Conectivopatías (lupus eritematoso sistémico). 3. Sida avanzado (muy rara). 4. Error de rotulación o de manejo de muestra.

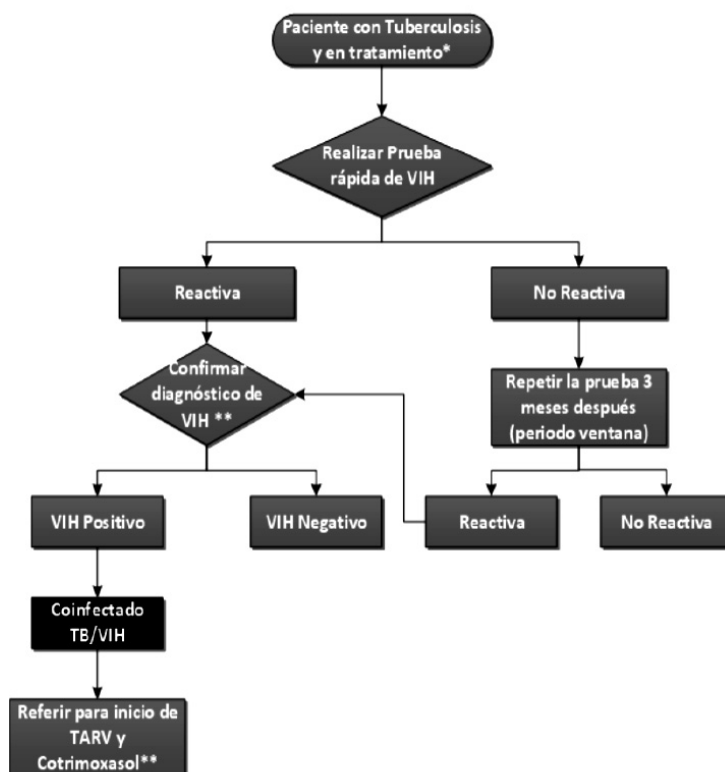
Fuente: Guía Técnica del manejo de infección tb/vih, Ministerio de Salud, 2019

4.2.3 Toma de decisión

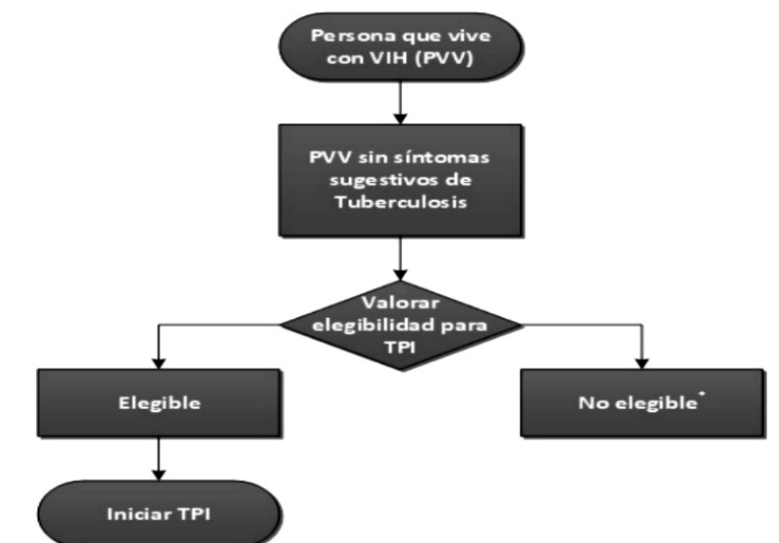
Si la prueba rápida para VIH es reactiva, se deberá referir al paciente al CDVIR/CRVIR para confirmar el resultado (de acuerdo al Flujograma diagnóstico vigente–Ver Guía de coinfección TB/VIH).

Si la prueba rápida para VIH es No reactiva, se continuará tratamiento antituberculoso.

Oferta de Prueba Rápida de VIH a pacientes con Tuberculosis



Fuente: Guía Técnica del Manejo de Coinfección TB/VIH, Ministerio de Salud (2019).
Flujogramas de descarte de Tuberculosis activa en PVV



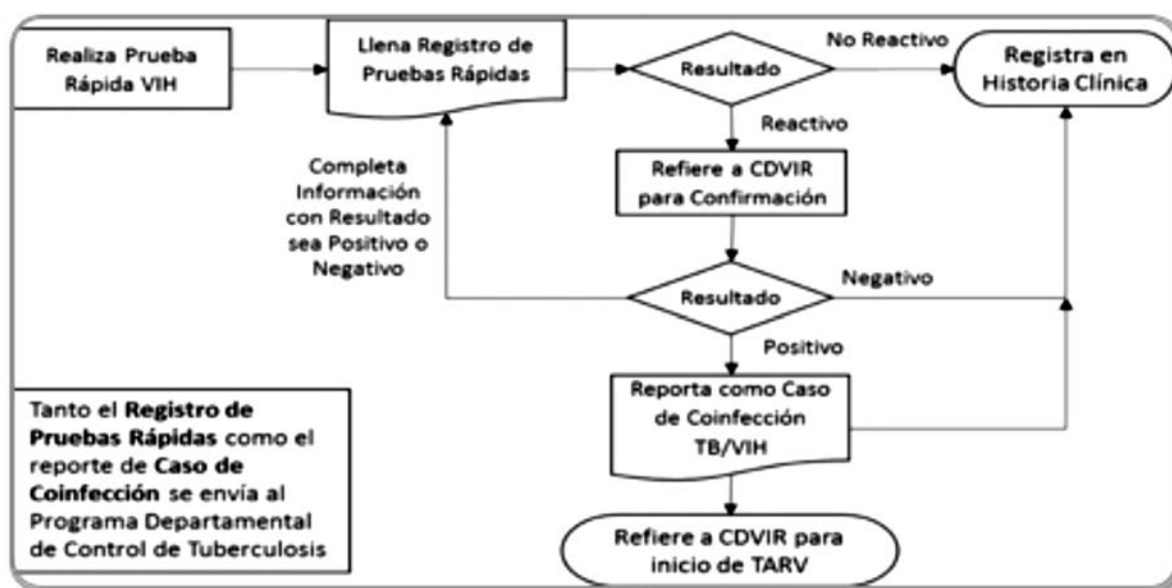
Fuente: Guía Técnica del Manejo de Coinfección TB/VIH, Ministerio de Salud (2019).

4.3 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 (tiene una duración de 1 a 3 meses), en esta etapa el resultado usualmente es no reactivo¹⁵.

4.4 FLUJOGRAMA PARA DIAGNÓSTICO DE VIH EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS



Fuente: Guía Técnica del Manejo de Coinfección TB/VIH, Ministerio de Salud (2019).

4.5 DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS EN PERSONAS CON VIH

Las personas con VIH, tienen mayor riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa en el transcurso de su vida, a diferencia de aquellas sin el VIH

Las dos razones por las que puede desarrollarse la tuberculosis son:

- Reactivación de una infección latente, que es lo más común dada la alta frecuencia de infección en la población en general.
- Adquisición de una infección exógena o reinfección reciente

4.6 DIAGNÓSTICO DE COINFECCIÓN TB/VIH EN NIÑAS/NIÑOS

Todo menor de 18 años, en el cual se oferte la prueba rápida debe contar con el consentimiento de los padres o tutores.

En niñas/niños mayores de 12 meses con VIH, descartar tuberculosis activa con cualquiera de los siguientes síntomas:

- Escaso aumento de peso
- Fiebre
- Tos
- Antecedentes de contacto con un caso de Tuberculosis

Todos los establecimientos de salud deben ofertar y realizar la prueba rápida de VIH con la asesoría correspondiente a cada paciente con tuberculosis.

4.7 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:

4.7.1 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.

PACIENTES CON VIH - ELEGIBLES PARA RECIBIR TPI	PACIENTES CON VIH - NO ELEGIBLES PARA RECIBIR TPI
- 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.	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

Frecuencia de Terapia Preventiva con Isoniacida.

- Pacientes con antecedente previo de TPI:

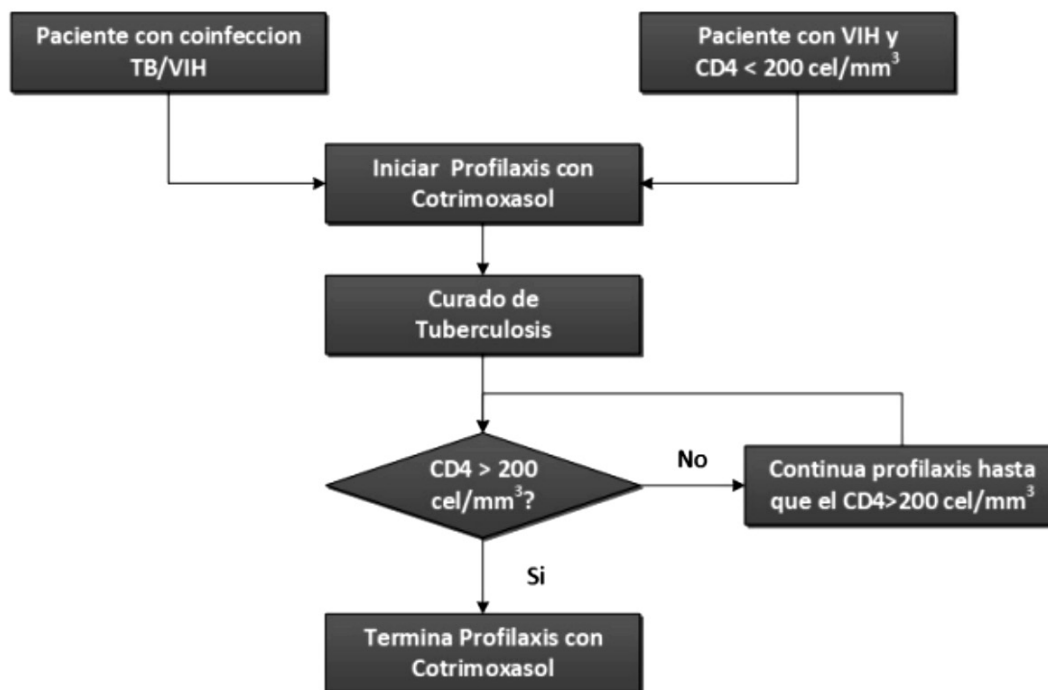
- Administrar cada 2 años independiente del recuento de CD4, (iniciar el conteo al día siguiente de haber realizado su última toma de Isoniacida).
- Pacientes que recibieron tratamiento para tuberculosis:
- Administrar TPI al día siguiente de haber terminado su tratamiento para tuberculosis. Con una duración de 6 meses y posteriormente cada 2 años.

4.8 TERAPIA PREVENTIVA CON COTRIMOXAZOL (TPC)

La profilaxis con Cotrimoxazol (Trimetoprim/Sulfametoxazol) reduce el riesgo de ocurrencia de neumonía por *Pneumocistis jirovecii*, y otras infecciones oportunistas, tiene 2 indicaciones:

- En todo paciente con coinfección TB/VIH, indistintamente de sus niveles de CD4 y hasta que la Tuberculosis haya curado.
- En todo paciente con VIH y recuento de CD4 menor a 200 cel/mm³, tenga o no el diagnóstico de tuberculosis, hasta que CD4 se encuentre por > 200 cel/mm³.

Algoritmo de Terapia Preventiva con Cotrimoxazol (TPC)



Fuente: Guía Técnica del Manejo de Coinfección TB/VIH, Ministerio de Salud (2019).

4.9 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.

4.10 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.

4.11 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.

4.12 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.

4.13 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 hemodiálisis.

4.14 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.- MINISTERIO DE SALUD MANUAL DE NORMAS TÉCNICAS EN TUBERCULOSIS 2017
[HTTPS://WWW.PAHO.ORG/ES/TEMAS/TUBERCULOSIS](https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis)
[HTTPS://WWW.MINSALUD.GOB.BO/6572-SALUD-BOLIVIA-OCUPA-EL-OCTAVO-PUESTO-DE-MAYOR](https://www.minsalud.gob.bo/6572-SALUD-BOLIVIA-OCUPA-EL-OCTAVO-PUESTO-DE-MAYOR).
- 2.- MINISTERIO DE SALUD GUIA TECNICA DE MANEJO DE LA TUBERCULOSIS DROGORRESISTENTE, 2019
- 3.- MINISTERIO DE SALUD, GUIA TECNICA DEL MANEJO DE COINFECCION TB/VIH, 2019.

CANCER CERVICO UTERINO

Dr. Henry Catarina Huañapaco

RESPONSABLE DEPARTAMENTAL DE CÁNCER CERVICO UTERINO SEDES LA PAZ

El cáncer de cuello uterino constituye en América-Latina una enorme carga para el sistema de Salud, presentándose como la tercera causa de muerte por cáncer en las mujeres en la región, Bolivia se encuentra entre los países liderando la mortalidad por cáncer en mujeres.

Se puede afirmar que el cáncer más frecuente en el sexo femenino es el Cáncer de Cuello Uterino que representa el 37% del total de los cánceres en este sexo.

Los grupos de edad más afectados por cáncer de cuello uterino son los contemplados dentro de los 35 a 44 años, lo que demuestra la necesidad de concientización y aplicación de estrategias de prevención, sin embargo, llama la atención el porcentaje de casos encontrados en grupos de mujeres jóvenes que oscilan entre los 15 a 24 años por otra parte, los grupos de mujeres en edad avanzada presentan porcentajes en descenso.

1.- BASE LEGAL

1.1 Disposiciones legales generales

- o Constitución Política del Estado.
- o Decreto Supremo No 29272 Plan Nacional de Desarrollo.
- o Decreto Supremo No 29894 Organización del Órgano Ejecutivo.
- o Ley No 031 Marco de Autonomías y Descentralización.
- o Ley No 1178 Administración y Control Gubernamental.
- o Ley No 004 Lucha Contra la Corrupción "Marcelo Quiroga Santa Cruz".

1.2 Disposiciones legales en salud

- o Código de Salud (D.L.15629 del 18-julio-1978).
- o Código de Seguridad Social.
- o LEY 1152 MODIFICATORIA A LA LEY N° 475 DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, MODIFICADA POR LEY N° 1069 DE 28 DE MAYO DE 2018. "HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO".
- o Decreto Supremo No 25233 Funcionamiento de los SEDES.
- o Reglamento General de Hospitales, 2005.
- o Decreto Supremo No 29601 Salud Familiar Comunitaria Intercultural (Modelo de Atención y Gestión en Salud (SAFCI).
- o Reglamento de la SAFCI (Resolución Ministerial No 0737).
- o Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico.
- o Decreto Supremo No 28562 Reglamento del Ejercicio Profesional Médico.
- o Resolución Ministerial 0090 Instrumentos Normativos de Calidad del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS).
- o Decreto Ley No 16998, tiene entre sus objetivos garantizar las condiciones adecuadas de salud, higiene, seguridad y bienestar en el trabajo.

1.3 Marco Normativo en Salud

- o Resolución Ministerial No 0039 del 30 de enero del 2013 "Normativa Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud del Primer Nivel, Normal Nacional de Caracterización de Hospitales de Segundo Nivel y Normal Nacional de Referencia y Contra Referencia"
- o Creación del Programa Nacional de Lucha contra el Cáncer.
- o Ley de Cáncer N° 1223 del 5 de septiembre de 2019.
- o Ley N° 1152 de 20 de febrero de 2019. Sistema Único de Salud.

- o Ley departamental n° 109 Ley de 22 de marzo de 2016 “ Declara de prioridad y necesidad Departamental la prevención y atención integral del Cáncer Cervico uterino en el Departamento de La Paz”

2.- OBJETIVO

2.1 Objetivo General

Garantizar una adecuada y apropiada toma de muestra clínica de PAP, Test HPV e IVVA suficiente para asegurar al diagnóstico

2.2 Objetivos Específicos

- Diagnosticar y tratar oportunamente las lesiones cervicales precursoras de Cáncer Cervico uterino y disminuir la incidencia y prevalencia de la enfermedad.
- Asegurar el correcto manejo y derivación a laboratorio de las muestras obtenidas.
- Asegurar procedimientos operatizados normalizados y disponer de personal adecuado y debidamente capacitado.

PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRA DE PAP

Paciente/usuaria

El personal de salud deberá desarrollar un enfoque integral de atención a la mujer para disminuir oportunidades perdidas en la detección oportuna del Cacu. La prueba se realiza desde los 25 a 64 años de edad.

Pasos previos:

1. Revise la Historia Clínica de la paciente (debe contar con los datos de filiación completos).
2. Identifique los factores de riesgo para lesiones precursoras (mediante anamnesis obtenga antecedentes familiares, antecedentes personales, hábitos de importancia).
3. Explique a la paciente el procedimiento a realizar y obtenga su consentimiento informado.
4. Indague sobre la necesidad de miccionar de la paciente e indique la forma de colocarse la bata de examen (retirándose la ropa interior).
5. Asegúrese de contar con los insumos necesarios (preparar todo el material).
6. identifique la lámina (placa) con el nombre de la paciente, la fecha de toma de la muestra, fecha de nacimiento de la paciente (vuelva a preguntar el nombre de la paciente para evitar errores)
7. Ayude a la paciente a acomodarse en la mesa ginecológica, cubriéndola adecuadamente con los campos correspondientes y respetando su pudor.
8. Realice palpación abdominal.
9. Colóquese los guantes

La toma de la muestra paso a paso

1. Acomode la lámpara de cuello de ganso a manera tal de conseguir una adecuada iluminación del área de examen.
2. Observe las características de los genitales externos y áreas contiguas (seleccione el tamaño del espéculo de acuerdo a lo observado)
3. Observe la presencia de secreciones vaginales. Busque signos de excoriaciones, edemas, heridas o ulceraciones, así que la presencia de vesículas, granos o verrugas. Debe también buscar en la área inguinal/femoral cualquier signo de hinchazón.
4. Separe los labios menores con los dedos de la mano menos hábil y con la otra mano sosteniendo el espéculo dirigiéndolo hacia el introito para introducirlo suavemente.
5. Si necesita lubricación utilice agua limpia en cantidad escasa.
6. Introduzca suavemente el espéculo Abriendo las valvas antes de entrar en contacto con el cuello.
7. Visualice clara y complemente el cuello uterino para proceder a fijar las hojas del espéculo

- Tanto la correcta colocación del espéculo, como la fijación de sus hojas y la adecuada iluminación son pasos sumamente importantes para la correcta realización de la prueba.
8. Observe las características generales del cuello uterino. (Evalué las características de las secreciones en términos de calidad, color, olor y consistencia. La visualización de una secreción transparente, mucinosa, de aspecto hilachoso, a partir del orificio externo indica el período de ovulación. En la candidiasis la secreción es blanco- grumosa, particularmente adherente, tras la menopausia, el cérvix tiene un aspecto pálido y frágil debido al estrechamiento y la atrofia del epitelio escamoso).
Recuerde que lo que EL OBJETIVO DE LA TOMA DE MUESTRA ES RECOLECTAR CÉLULAS DE LA ZONA DE TRANSFORMACIÓN -UNIÓN ESCAMO- COLUMNAR
 9. Identifique el orificio cervical, la unión escamo-columnar y la zona de transformación. (El epitelio cilíndrico se presenta rojizo, el epitelio escamoso rosado, y la zona de transformación cuyo límite superior se constituye por la unión escamoso-cilíndrica. Debe recordarse que las neoplasias cervicales se desarrollan en la zona de transformación más cercana de la unión escamocolumnar).
 10. Seleccione el instrumento para la toma de muestra
El instrumento para tomar la muestra debe ser seleccionado de acuerdo con la ubicación de la unión escamo columnar (UEC) que está en relación con la edad, paridad y vía del parto:
 - MULTÍPARAS: Espátula de Ayre
 - MUJERES POST MENOPAÚSICA, NULÍPARAS, MULTIPARAS VÍA CESÁREA, MUJERES POST RADIOTERAPIA Espátula de Ayre, más cepillo.
 De igual manera se puede recurrir a un extremo u otro de la espátula de Ayre en dependencia de la localización de la UECI, extremo puntiagudo de la espátula puede insertarse en el OCE de cuellos uterinos nulíparas (UEC endocervical) El extremo redondo de la espátula insertarse en el OCE más amplio del cuello uterino de la mujer multípara. (UEC exocervical)
Existen varios estudios que señalan mejores resultados cuando se utiliza ambos instrumentos: espátula de Ayre más cepillo endocervical.
 11. Recolección de la muestra Cuando use la espátula de Ayre: Apoye el extremo más en punta de la espátula a través del OCE, manteniendo una presión adecuada. Rote una vez 360°
Cuando use el cepillo: Introduzca el mismo parcialmente a través del OCE. Rote 90 °
 12. Extensión de la muestra Use una sola lámina portaobjetos (ya rotulada con el nombre, fecha de nacimiento y fecha de la toma de la muestra). Con la espátula: extienda con un solo movimiento uniforme la muestra sobre la placa.
Con el cepillo: Gire alrededor de su eje mientras va extendiendo sobre la placa. Esta secuencia debe ser PRACTICADA PARA NO DEMORAR DEMASIADO.
 13. Fije la muestra con alcohol (Spray) a una distancia de 30 cm. Aproximadamente.
Cuando la distancia es mayor no se consigue que el alcohol pueda fijar las células. Mientras que si la distancia es muy corta se puede dispersar las células e incluso se pueden salir expulsadas de la lámina.
 14. Secado de la lámina Coloque la lámina en un lugar previamente seleccionado que sea seguro para que no se pierda o caiga. Puede dejar ahí todas las muestras del día, mientras termina la consulta durante ese tiempo la lámina secará totalmente.
 15. Retire el espéculo Retire con delicadeza el espéculo, desajustando previamente el tornillo lateral lo cual permite que las hojas se cierren (Si retiramos con las hojas abiertas se puede lesionar la uretra).
 16. Recuerde desechar todo el material utilizado como espátula, torundas, etc., cuidando las medidas de bioseguridad.
 17. Ayude a la usuaria a levantarse e invítela a cambiarse. Mientras la paciente se cambia LÁVESE LAS MANOS CON AGUA Y JABÓN.
 18. Verifique los datos – Información de la paciente Verifique los datos de la paciente y de la placa, termine de llenar los formularios para él envió.
 19. Explique nuevamente la utilidad de la prueba para disminuir la ansiedad sobre los resultados, aclare cualquier duda respecto al procedimiento y/o la atención en general.
 - Informe el tiempo que demoran los resultados (por escrito y con FECHA), trate de ser lo más exacto posible. Si demoran un mes señale ese tiempo. No trate de disminuir teóricamente el tiempo ya que eso causará la pérdida de confianza de la población (el mejorar el tiempo de entrega corresponde a gestionar en otras instancias).

- Verifique nuevamente el llenado de todos los formularios respectivos y la descripción de hallazgos en la historia clínica.
- Inicie tratamiento si corresponde, y fecha de retorno para control y entrega de resultados de su muestra.

PROCEDIMIENTO DE TOMA DE MUESTRA DEL TEST HPV

Paciente/usuario.

Toda mujer debiera ser informada sobre la importancia de realizarse una prueba de tamizaje. El personal de salud deberá desarrollar un enfoque integral de atención a la mujer para disminuir oportunidades perdidas en la detección oportuna del Cáncer. La prueba se realiza desde los 30 a 64 años de edad.

Preparación de la usuaria:

Antes de hacer ir a la paciente a la consulta para una prueba de VPH, al realizarse simultáneamente al PAP, deben tener las mismas condiciones para esta prueba.

Pasos para la toma de la muestra: Como primer paso, rotule el tubo de ensayo.

1. Anote el nombre, apellidos, número de carnet de identidad y fecha de la toma de muestra.
2. Luego de explicar a la usuaria sobre la prueba de VPH y el procedimiento que se va a realizar, invítela para que se coloque en posición ginecológica y cúbrala con campos.
3. Observe la vulva, separe los labios delicadamente, introduzca el espéculo vaginal limpio y seco a la cavidad vaginal en forma paralela al eje anatómico, y realice las maniobras respectivas para visualizar y “centralizar” el orificio cervical externo.
4. Con el cepillo endocervical: introducir el cepillo en el conducto endocervical y rotarlo 90 a 180° (aplicar una presión muy leve sobre el cérvix ya que sangra con facilidad).
5. Rotar el cepillo unas diez veces dentro del líquido conservador. Retirar el cepillo y desecharlo ya que no debe reutilizarse.
6. Cerrar o tapar el tubo de ensayo. Almacenar de acuerdo a instrucciones de laboratorio.
7. Retirar el espéculo suavemente y depositarlo en un recipiente con hipoclorito de sodio al 0,5% (descontaminación).
8. Informar a la mujer cuándo debe volver por los resultados de la prueba.
9. Enviar la muestra al laboratorio en el lapso de 2 a 5 días luego de tomada la muestra (el laboratorio acordará con los centros de toma de muestra el procedimiento de entrega o envío).

PROCEDIMIENTO INSPECCIÓN VISUAL CON ÁCIDO ACÉTICO (IVVA)

Paciente/usuario.

La edad en la que se aplica la estrategia de tamizaje y tratamiento con IVAA y crioterapia es entre los 30 y 49 años.

Pasos para la IVAA

Aplicar ácido acético diluido sobre el cuello del útero y luego de esperar aproximadamente un minuto. Observar si se presentan cambios en la coloración de la zona de transformación del cuello uterino.

En la IVAA, el resultado es positivo si se observan placas blancas sobresalientes o engrosadas con bordes bien definidos; levanta sospecha de cáncer cuando se observa una úlcera o masa en forma de coliflor, con áreas de necrosis y hemorragia en el cuello uterino. Los resultados del tamizaje visual son negativos cuando el revestimiento del cuello uterino es liso, uniforme, visualizándose de color rosado; y carece de signos que llamen la atención.

Para llevar a cabo la IVAA es necesario disponer de los siguientes materiales e instrumentos:

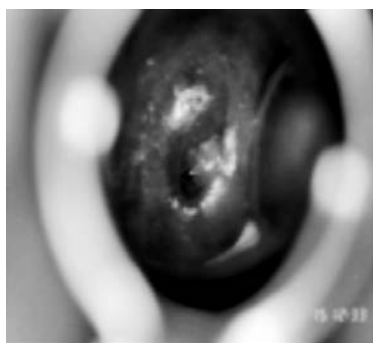
- o Jabón y agua para lavarse las manos.
- o Una fuente de luz potente para examinar el cuello uterino.
- o Un espéculo sometido a desinfección de alto nivel (no necesariamente estéril).
- o Guantes de exploración desinfectados o desechables (no necesariamente estériles).
- o Mesa ginecológica.
- o Sabanillas para cubrir a la usuaria.
- o Hisopos o torundas de algodón.
- o Solución de ácido acético al 5%.
- o Solución de cloro al 0,5% para descontaminar el instrumental y los guantes.
- o Recipiente para el hipoclorito de sodio.
- o Recipiente para desechos contaminados (hisopos, papel, guantes usados).
- o Formatos estandarizados

Preparación de la usuaria:

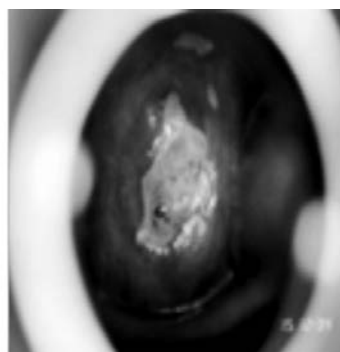
Explique el procedimiento, la forma en que se realiza y el significado de un resultado positivo. Cerciórese de que la mujer lo ha entendido y obtenga su consentimiento informado (utilice figuras en lo posible).

Realización de la IVAA

1. Introducir un espéculo en la vagina, acomodándolo de tal manera que se pueda visualizar el cuello uterino.
2. Acomodar una fuente de luz que permita una adecuada inspección de las características anatómicas del cérvix e identificación de alteraciones.
3. En caso necesario, limpiar el cérvix, muy suavemente, con una torunda, removiendo secreciones o moco cervical.
4. Identificar la zona de transformación (zona T), orificio cervical y unión escamo-columnar.
5. Aplicar una torunda empapada con ácido acético sobre el cuello del útero; esperar uno o dos minutos hasta que el ácido acético se absorba. Si aparecen áreas blancas, por reacción al ácido (reacción acetoblanca), la prueba es positiva.
6. Observar si ha variado el aspecto del cuello uterino. Prestar especial atención a las anomalías que estén cerca de la zona de transformación.
7. Examinar atentamente la unión escamoso-cilíndrica y asegurándose que puede verla por completo. Buscar placas sobresalientes y engrosadas o epitelio acetoblanco.
8. Anotar si el cuello uterino sangra con facilidad. Eliminar la sangre o las partículas residuales generadas durante el examen.
9. Utilizar un hisopo seco para eliminar los residuos de ácido acético de la vagina.
10. De ser necesario, repetir el procedimiento.
11. Retirar delicadamente el espéculo, evitando lastimarla o producir incomodidad.



Observación del
cuello uterino
antes de la
prueba.



Observación del
cuello uterino
después de la
prueba.

Note las
características de la
Lesión acetoblanca
(blanca, gruesa, de
bordes netos).

Después del tamizaje

Anote sus observaciones y los resultados de la prueba. Trace un esquema de los resultados anómalos en el formulario de Reporte de IVAA. Analice los resultados de la prueba de detección con la paciente. Si el resultado es negativo, explíquelo que debe repetir la prueba al año siguiente y luego cada tres años. Si el resultado es positivo o se sospecha cáncer, comuníquelo lo que se recomienda hacer en esos casos. Si es necesario derivar a la paciente a otro servicio para efectuar pruebas adicionales o administre tratamiento, efectúe los trámites y suminístrele todas las indicaciones y los formatos que hagan falta antes de que la usuaria se retire.

ORIENTACIÓN.

La usuaria con un diagnóstico de estadio de cáncer confirmado debe ser informada sobre la importancia de completar estudios para poder definir el tipo de tratamiento recomendado. Se informará también sobre los requerimientos de manejo especializado, tiempo de estudio, hospitalización, costos.

SEGUIMIENTO:

El objetivo es el diagnóstico de la recidiva local, sistémica, segundas neoplasias y la detección de complicaciones y toxicidad de los tratamientos.

- Estimular en la paciente el retorno al centro de salud para recoger los resultados tanto de PAP, biopsia e histopatología de la pieza operatoria
- El seguimiento de las pacientes tratadas se hará mediante un control cada tres meses durante los dos primeros años y cada seis meses hasta los cinco años, para luego pasar a ser anual. Durante cada entrevista se efectuará un examen físico y pelviano completo (especuloscopia, tacto vaginal y rectal) con palpación de territorios ganglionares inguinales y supraclaviculares.
- En los casos tratados con cirugía exclusiva deberá sumarse en cada instancia una citología vaginal con colposcopia, mientras que en las pacientes sometidas a tratamiento radiante exclusivo o adyuvante, se aconseja realizar la citología vaginal en forma anual, sin colposcopia, por su baja sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de recurrencias asintomáticas.
- La detección control y seguimiento es posible mediante un sistema eficaz de referencia y contrarreferencia.

CRITERIOS DE ALTA

- Según el caso, la evaluación clínica se puede programar con espaciamiento en los controles.
- En LIE de alto grado puede darse de alta definitiva solo a pacientes tratadas y/o histerectomizadas mayores de 65 años, en ausencia de enfermedad por 20 años y/o complicaciones posteriores al tratamiento.
- En lesiones infiltrantes no hay alta definitiva.

ESTRATEGIA DE GESTION INTEGRADA PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES ARBOVIRALES 2019-2023

Dr. Sergio Luis Martínez

RESP. DEPTAL PROGRAMA DE ENFERMEDADES EMERGENTES

ANTECEDENTES

El aumento en la incidencia y distribución geográfica de las Arbovirosis constituye uno de los principales problemas de salud pública en las Américas. A nivel mundial el Dengue es la Arbovirosis de mayor importancia y frecuencia. Se estima que el 40% de la población mundial viven en zonas de riesgo de infección, y que ocurren unos 390 millones de infecciones (96 millones de ellas sintomáticas) y 20.000 muertes por Dengue cada año en más de 125 países endémicos. En las Américas se tiene a 18 (60%) de los 30 países con la mayor incidencia de Dengue a nivel mundial. El modelo de prevención y control de Dengue en Bolivia, se sustenta en el cumplimiento de los acuerdos adquiridos durante la elaboración de la Estrategia de Gestión Integrada–EGI Bolivia el año 2008. La EGI Bolivia, se elaboró en el departamento de Santa Cruz, con la participación de expertos locales de cada uno de los componentes, personal técnico del Ministerio de Salud y Deportes y el apoyo de asesores internacionales del grupo técnico de la OPS/OMS. En ese taller, se logró integrar una estrategia para el control y prevención del dengue tomando en cuenta los componentes de Entomología, Vigilancia Epidemiológica, Saneamiento Ambiental, Promoción de la Salud y Comunicación Social, Laboratorio y Atención al Paciente. La gestión 2013, a solicitud del Ministerio de Salud y Deportes, la implementación de la EGI-Dengue Bolivia fue evaluada por el Grupo Técnico de Dengue Internacional (GT-Dengue Internacional) de la OPS/OMS, destacando avances y dificultades en la implementación de la EGI-Dengue, además de recomendaciones sobre todo respecto a fortalecer el esfuerzo coordinado y constante de los múltiples actores involucrados en la lucha contra el Dengue. La gestión 2016 ante la declaratoria de la OPS/OMS de Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional–ESPII por el virus Zika se hizo manifiesto ampliar el alcance de la EGI–Dengue para convertirla en una herramienta útil para el abordaje integral de otras Arbovirosis, en ese sentido, el Estado Plurinacional de Bolivia en estricta sujeción a la Constitución Política del Estado, que señala como obligación preservar la salud del pueblo boliviano como EL DERECHO PARA VIVIR BIEN, propuso dar un carácter legal a la EGI existente, señalando que las actividades debieran ser sostenidas, y que la ejecución fuese de forma efectiva y eficiente, a nivel nacional, departamental y local, conjuntamente y dentro las competencias concurrentes de las Entidades Territoriales Autónomas de las zonas donde habita el mosquito; mediante la movilización y participación comunitaria. Mediante Decreto Supremo N° 2670 de 3 de febrero de 2016, fue aprobada la Estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control del Dengue-Chikungunya y Zika; sin embargo, ante la magnitud del problema de salud pública, por el reporte de gran cantidad de casos de estas 3 enfermedades, además de las complicaciones asociadas a la enfermedad del virus Zika, se vio la necesidad de elevar el D.S. 2670 a rango de Ley 889, en fecha 22 de enero de 2017, cuyo instrumento legal fortalecería al Ministerio de Salud y a las Entidades Territoriales Autónomas para disponer de recursos económicos para la implementación de la Estrategia de Gestión Integrada a nivel nacional, departamental y local. Una vez disponible el documento final de la EGI-arbovirus para las Américas, como resultado de un Taller técnico en Guatemala en abril de 2018, este documento fue socializado por la OPS/OMS a Bolivia, para que el país durante el taller nacional de revisión de la EGI-arbovirosis en noviembre de la gestión 2018, obtenga su propio documentado ajustado. El nuevo modelo de Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y control de las Enfermedades Arbovirales en Bolivia, 2019–2023, responde a 4 líneas estratégicas de acción: La línea estratégica de acción

“1”, promueve un enfoque integrado, es el reflejo de la EGI-Arbovirosis e involucra los componentes de gestión, vigilancia epidemiológica, manejo integrado de vectores, laboratorio, atención al paciente; el eje transversal de investigación operacional de promoción de la salud y los factores facilitadores de la estrategia: abogacía, evaluación, desarrollo de capacidades, movilización de recursos, alianzas, y monitoreo. La línea estratégica de acción

“2” busca garantizar la sospecha clínica y oportuna además del diagnóstico diferencial, estando reflejada principalmente en el componente de atención al paciente y vigilancia epidemiológica. La línea estratégica de acción

“3” (evaluación y fortalecimiento de la capacidad en los departamentos para la vigilancia y el manejo integrado de vectores) se refleja en los componentes de Vigilancia epidemiológica, saneamiento ambiental y manejo integrado de

vectores, así como en los factores facilitadores (monitoreo y evaluación) y el eje transversal de la Promoción de la salud. La línea estratégica de acción

“4” (establecimiento y fortalecimiento de la capacidad técnica de la Red de Laboratorios de Arbovirosis de Bolivia) se refleja en los componentes de laboratorio, atención al paciente y vigilancia epidemiológica.

Figura 1. La Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y el Control de las Enfermedades Arbovirales, EGI-arbovirosis Bolivia 2019 – 2023.

1. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ARBOVIROSIS EN BOLIVIA

Durante los últimos 15 años, el Dengue en Bolivia ha mostrado un comportamiento con un patrón cíclico, incrementando los casos en el período que comprenden del 2008 al 2012, de 8.089 casos a 42.483 y un decremento durante los años 2013, 2017, 2018 y 2019 con 18.466, 9.239, 7.727 y 19.987 casos respectivamente.

Serotipos

La enfermedad es causada por un virus, llamado Virus del Dengue (DENV), el cual posee cuatro serotipos distintos (1, 2, 3 y 4). Cualquiera de los cuatro serotipos puede causar la enfermedad. La infección por un serotipo específico confiere una inmunidad homóloga de por vida para el serotipo infectante y una inmunidad heteróloga temporal para el resto de los tres serotipos, la cual puede variar entre seis meses hasta dos años. La presencia de varios serotipos circulando en un territorio geográfico, aumenta la probabilidad de infección, así como el riesgo de epidemias y manifestaciones graves de la enfermedad para aquellos casos que sufren una segunda infección. En Bolivia, los primeros brotes de Dengue registrados en el país en el período 1999 – 2001, son atribuidos a la circulación del serotipo DENV-1, este serotipo reemerge posteriormente en el período comprendido entre el 2008-2013. Durante la gestión 2002 - 2007 se reportan brotes atribuidos al serotipo DENV-2 con su reemergencia durante las gestiones 2010 - 2013. El serotipo DENV-3 ingresa al país durante el período comprendido entre el 2003 - 2008 y serotipo DENV-4 en la gestión 2012, siendo las epidemias de los años 2014 al 2017 atribuidas al serotipo DENV-4 (Gráfico 6). Las gestiones 2018 y 2019, reportan brotes de magnitud atribuidos al serotipo DENV-2 en el norte del departamento de La Paz, y al serotipo DENV-1 en el resto de los departamentos (Santa Cruz, Beni, Cochabamba, Pando, Chuquisaca y Tarija)

Situación comparativa de Dengue gestiones 2016, 2017, 2018 y 2019

De acuerdo al cuadro comparativo de reporte de casos, de la gestión 2019, se tienen reportados 19.987 casos, comparando con el mismo periodo de la gestión 2018, se tiene un incremento en el número de reporte de casos de 159 %, 6 de los 7 departamentos endémicos reportan hasta la SE-52 un incremento de casos, a excepción del departamento de Chuquisaca que reportan una reducción en el número de casos de -25% respectivamente, (Tabla 1).

Tabla 1. Cuadro comparativo de casos reportados de Dengue de las gestiones 2018 y 2019 en los departamentos endémicos del país.

Departamento	2018	2019	Diferencia Proporcional
Beni	2.138	4.148	94,0%
Chuquisaca	219	165	-25%
Cochabamba	292	4.086	1299%
La Paz	1089	3.148	189%
Pando	293	3.099	958%
Santa Cruz	3.267	3.843	18%
Tarija	428	1.496	250%
Importados	1	2	100%
Bolivia	7.727	19.987	159%

Fuente: Programa Nacional de ETVs-Dengue, Ministerio de Salud Bolivia - 2019

Contexto epidemiológico de la Chikungunya en Bolivia

Desde el ingreso del virus de la Chikungunya al país (2015), hasta la gestión 2019 se tienen registrados en el país 38.133 casos, siendo las gestiones 2015 y 2016 los años con el reporte más alto, con 10.242 y 21.357 casos respectivamente.

La ocurrencia de casos de Chikungunya por departamento a partir de la gestión 2017 a la gestión 2019, muestra una reducción en el número de casos en todos los departamentos endémicos del país (Tabla 4).

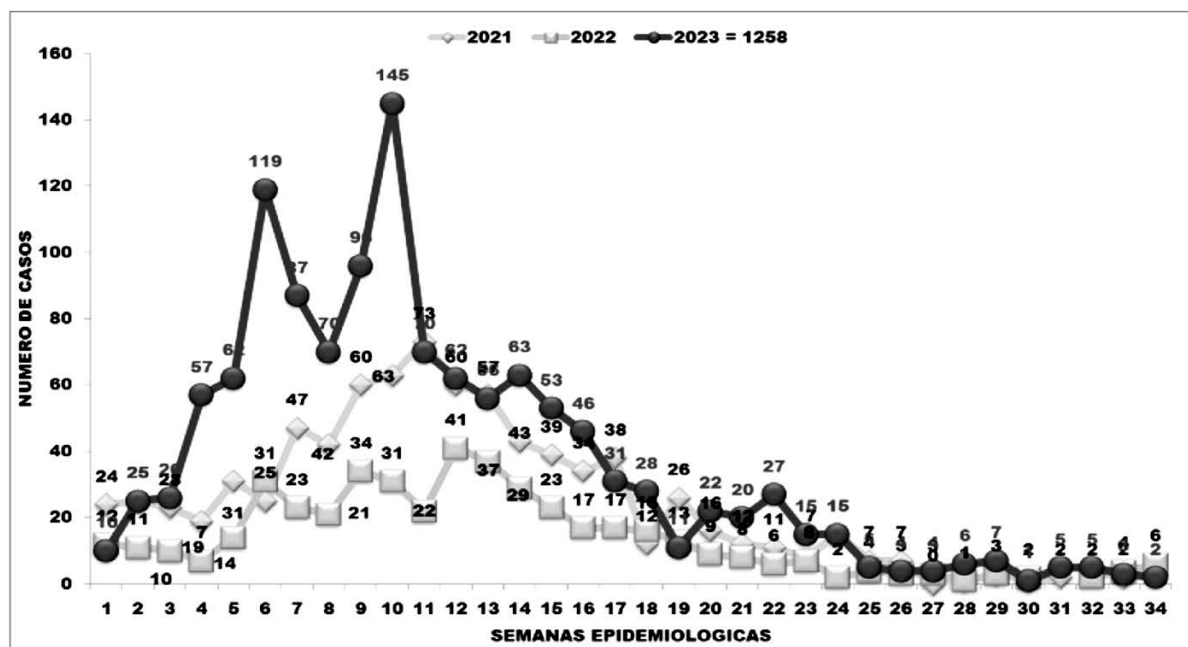
Tabla 4. Reporte de casos notificados de Chikungunya gestiones 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019, por departamento endémico, Bolivia.

Departamento	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Beni	1.796	2.646	632	74	68	5.216
Chuquisaca	43	149	90	84	36	402
Cochabamba	40	1039	163	101	95	1.438
La Paz	8	5	176	27	1	217
Pando	199	1.766	261	71	159	2.456
Santa Cruz	8.125	13.935	1.667	2.072	541	26.340
Tarija	31	1.815	79	85	28	2.038
Importados	0	2	2	0	2	6
Bolivia	10.242	21.357	3.070	2.514	930	38.113

Fuente: Programa Nacional de ETVs-Dengue, Ministerio de Salud Bolivia - 2019

Departamento	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
BENI		7	408	26	18	459
CHUQUISACA		21	51	73	24	169
COCHABAMBA		29	87	48	20	184
LA PAZ		1	107	4	3	115
PANDO		60	29	5	22	116
SANTA CRUZ	2	646	416	1.040	198	2.302
TARIJA		0	10	41	6	57
IMPORTADOS					1	1
Bolivia	2	764	1.108	1.237	292	3.403

**RELACION DE CASOS POSITIVOS DENGUE
POR SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS - AÑOS 2021 A 2023
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGICA - SEDES LA PAZ**



Fuente: Programa Departamental de ETVs Sedes La Paz 2023

**RELACION DE CASOS POSITIVOS DENGUE
SEGÚN GRADO DE SEVERIDAD - AÑOS 2023
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGICA - SEDES LA PAZ**

RED SALUD	MUNICIPIO	DENGUE CON O SIN SIGNOS DE ALARMA				SEMANA 35
		SIN ALARMA	CON ALARMA	GRAVE	TOTAL	
NOR OESTE	LA PAZ	1	0	0	1	0
RED 1	SAN BUENAVENTURA	46	3	0	49	0
	IXIAMAS	10	4	0	14	0
RED 2	APOLO	8	0	0	8	0
RED 4	TACACOMA	20	10	0	30	0
	SORATA	1	0	0	1	0
RED 7	ALTO BENI	52	6	1	59	0
	CARANAVI	156	133	1	290	0
	GUANAY	89	13	0	102	0
	MAPIRI	28	12	0	40	0
	PALOS BLANCOS	159	25	0	184	1
	TEOPONTE	62	11	0	73	
	TIPUANI	19	3	0	22	0
RED 8	LA ASUNTA	136	48	0	184	0
	CHULUMANI	6	2	0	8	0
	COROICO	40	10	0	50	0
	CORIPATA	1	0	0	1	0
	IRUPANA	18	2	0	20	0
RED 15	CAJUATA	0	1	0	1	0
IMPORTADOS		79	39	3	121	0
TOTAL		931	322	5	1258	1

Fuente: Programa Departamental de ETVs Sedes La Paz 2023

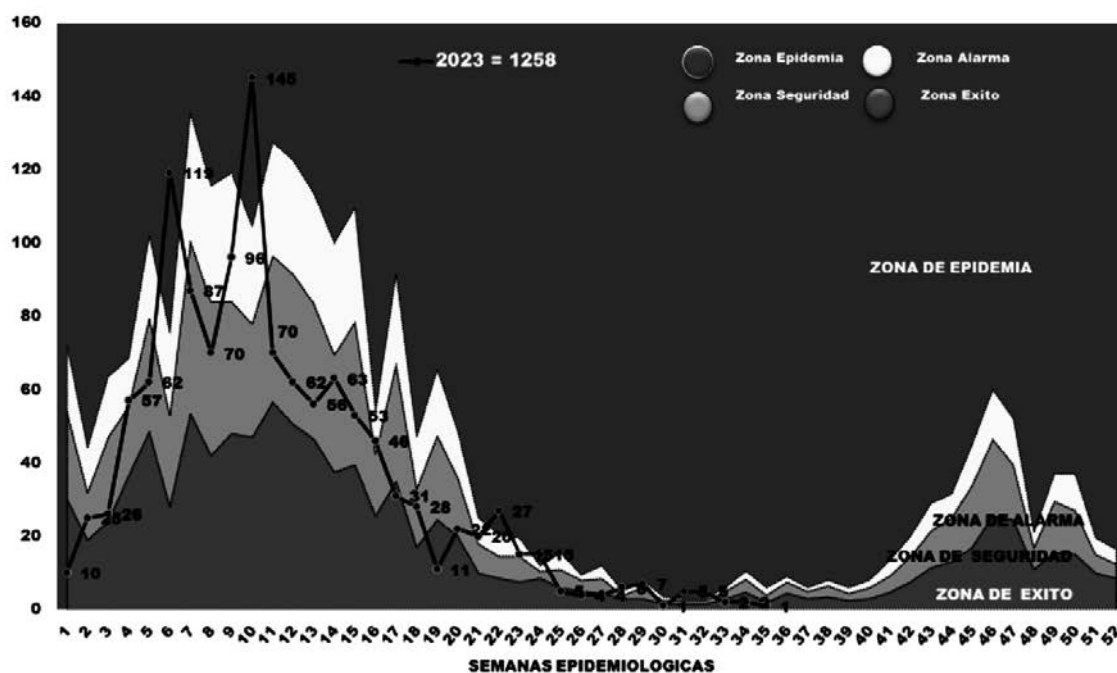
**RELACION DE CASOS HOSPITALIZADOS POR DENGUE POSITIVOS
SEGUN GRAVIDES DE CASO - POR MUNICIPIOS - AÑO - 2023
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA - SEDES LA PAZ**

RED SALUD	MUNICIPIO	SOSPECHA DE DENGUE CON O SIN SIGNOS DE ALARMA			
		SIN ALARMA	CON ALARMA	GRAVE	TOTAL
RED 1	SAN BUENAVENTURA	1	0	0	1
RED 2	APOLO	1	0	0	1
RED 7	ALTO BENI	0	0	1	1
	CARANAVI	8	73	0	81
	GUANAY	5	2	0	7
	MAPIRI	0	2	0	2
	PALOS BLANCOS	1	2	0	3
	TEOPONTE	3	6	0	9
	TIPUANI	0	1	0	1
RED 8	LA ASUNTA	1	1	0	2
IMPORTADOS DE OTROS DEPTOS.		2	2	1	5
TOTAL		22	89	2	113



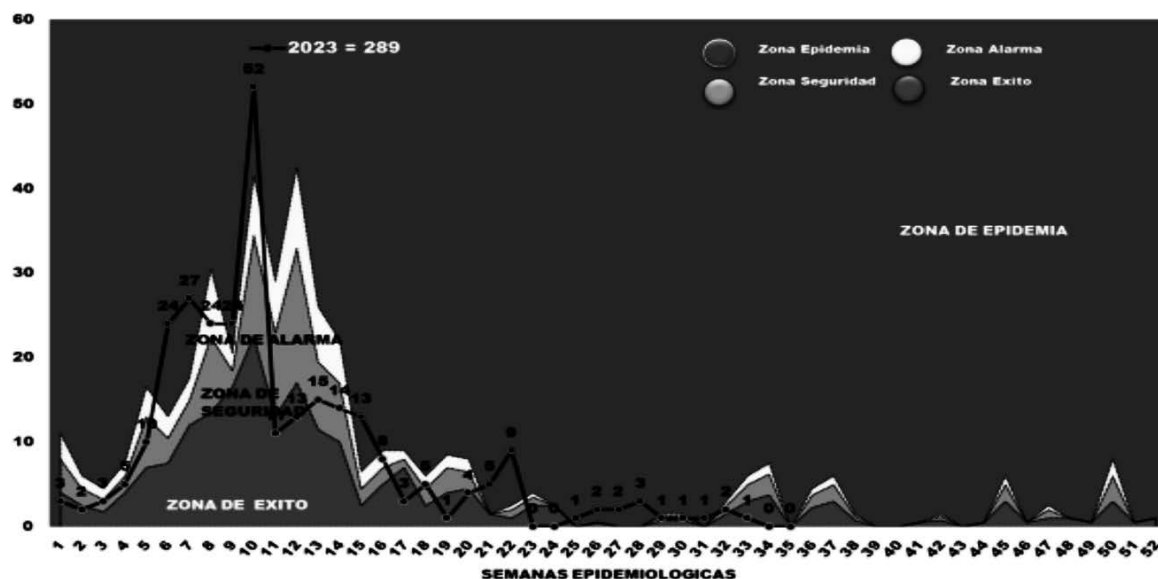
Fuente: Programa Departamental ETVs Sedes La Paz 2023

**CORREDOR ENDEMICO DE CASOS NOTIFICADOS POSITIVOS DE DENGUE
TOTAL DEPARTAMENTO POR SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS 2023
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA - SEDES LA PAZ**



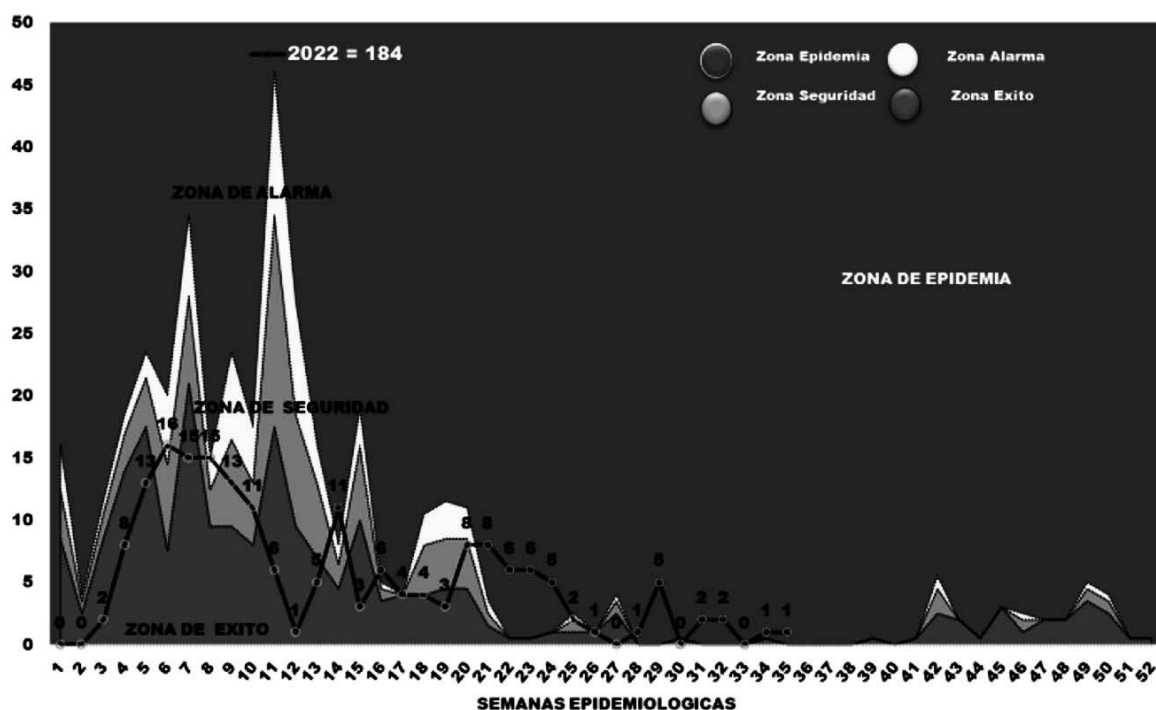
Fuente: Programa Departamental ETVs Sedes la Paz

**CORREDOR ENDEMICO DE CASOS NOTIFICADOS POSITIVOS DE DENGUE
MUNICIPIO DE CARANAVI POR SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS 2023
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA – SEDES LA PAZ**



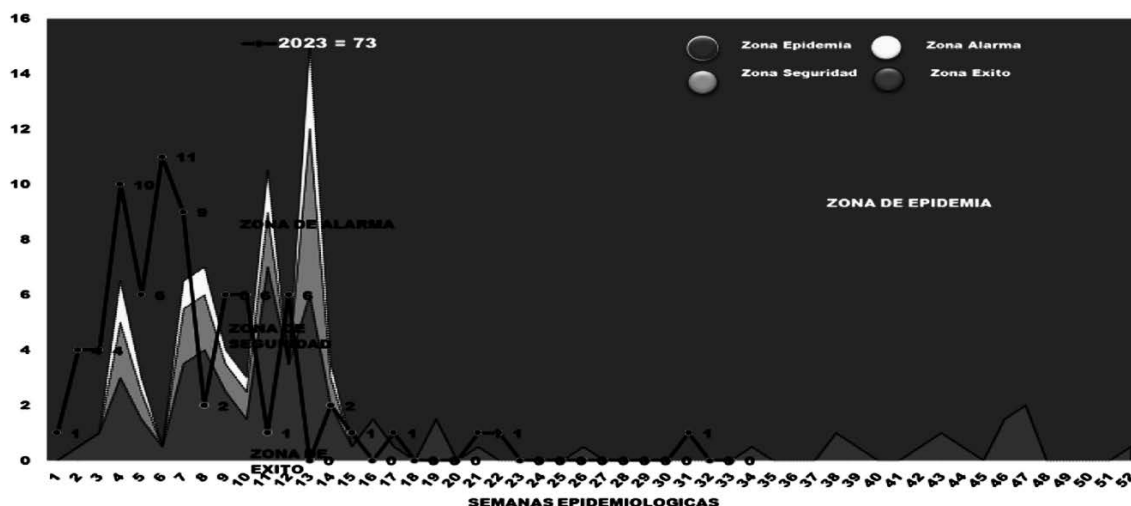
Fuente: Programa Departamental ETVs Sedes La Paz 2023

**CORREDOR ENDEMICO DE CASOS NOTIFICADOS POSITIVOS DE DENGUE
MUNICIPIO DE PALOS BLANCOS POR SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS 2023
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA – SEDES LA PAZ**



Fuente: Programa Departamental ETVs Sedes La Paz

**CORREDOR ENDEMICO DE CASOS NOTIFICADOS POSITIVOS DE DENGUE
MUNICIPIO DE TEOPONTE POR SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS 2023
UNIDAD DE EPIDEMIOLOGIA - SEDES LA PAZ**



Fuente: Programa Departamental ETVs Sedes La Paz 2023

2. META Y PROPÓSITO DE LA ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA EGI - ARBOVIROSIS BOLIVIA 2019-2023

Meta: Contribuir a la reducción de la carga de las enfermedades ocasionadas por Arbovirus en el país, en el marco del Plan Estratégico Institucional y el Plan Sectorial de Desarrollo Integral del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia.

Propósito: Implementar la Estrategia de Gestión Integrada-EGI-arbovirosis Bolivia 2019-2023, que contemple la Promoción de la Salud, la Prevención, y Vigilancia, para reducir la morbilidad, los efectos agudos y crónicos, defectos congénitos y muertes causadas por estas patologías. 3.1. Componente de Gestión La Estrategia de Gestión Integrada para la Prevención y Control de las Enfermedades Arbovirales es un modelo metodológico para planificar, organizar, dirigir y evaluar acciones orientadas a la vigilancia, prevención y control de estas enfermedades con una visión integrada, intra e interinstitucional, multidisciplinaria y transectorial. La implementación de la EGI-arbovirosis, contribuye a la toma de decisiones en los siguientes ámbitos: Político: desde las Máximas Autoridades Nacionales y Subnacionales que definen y deleguen los roles y funciones de los sectores involucrados en la respuesta de prevención y control de las enfermedades Arbovirales, en base a la información planteada por el sector salud (institución rectora). Este nivel se relaciona con mantener y propiciar la voluntad política y financiera en el más alto nivel de la toma de decisiones. Estratégico Institucional: para definir los lineamientos técnicos en cada momento y en los diferentes escenarios socioeconómicos y epidemiológicos a nivel nacional y subnacional. Operativo: para planificar, ejecutar, dar seguimiento y evaluar las intervenciones frente a las Arbovirosis en consonancia con las decisiones en el nivel político y estratégico. Además, facilita la adaptación de los procesos a las circunstancias locales, tanto operacionales como sociales. Social: capacidad de las comunidades urbanas y rurales de participar directamente en la toma de decisiones, en la planificación, ejecución, administración, seguimiento y control de las acciones de salud en base a la identificación y priorización de sus necesidades y problemas mediante su representación legítima y organizada en el marco de la Promoción de la Salud

Componente de Vigilancia Epidemiológica

El sistema de vigilancia epidemiológica de las Arbovirosis, constituye uno de los elementos básicos y esenciales para regentar los programas de prevención y control de las enfermedades Arbovirales a nivel Nacional y Subnacional. Un sistema de vigilancia epidemiológica oportuna y eficaz, brinda información que permite identificar situaciones de riesgo, y facilita el diseño de las intervenciones como respuesta frente a brotes y epidemias. La información generada por este sistema de vigilancia, debe permitir un análisis integral, que en lo posible involucre información de los diferentes componentes: epidemiología, manejo integrado de vectores, laboratorio, saneamiento ambiental y atención al paciente.

Los objetivos del sistema para la vigilancia epidemiológica de las Arbovirosis son: Identificar de manera oportuna la aparición de brotes y/o epidemias. Monitorear las tendencias de la distribución y propagación del Dengue, Chikungunya y Zika en tiempo, lugar y persona. Describir la circulación de los diferentes serotipos y linajes del DENV, CHIKV y ZIKV y su posible correlación clínica con los casos ocurridos en el mismo período. Conocer la situación epidemiológica nacional y departamental, que nos permita hacer comparaciones con gestiones anteriores a fin de hacer proyecciones acerca del comportamiento futuro que pueda presentar dicha Arbovirosis en nuestro país. Integrar al análisis epidemiológico la información procedente de la vigilancia ambiental, clínica, laboratorial y entomológica. Monitorear la efectividad del manejo clínico y mejorar la caracterización clínica de las enfermedades. Detectar y caracterizar las defunciones por Dengue, Chikungunya y Zika, así como la vigilancia en poblaciones de riesgo: mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, y de otras complicaciones por Arbovirosis. Obtener información necesaria que permita evaluar la eficacia de los programas departamentales de prevención y control del Dengue, Chikungunya y Zika para facilitar la planificación y la asignación de recursos económicos. Generar información que permita la toma de decisiones oportunas para las acciones de prevención y control de las enfermedades Arbovirales. El sistema para la vigilancia epidemiológica de las Arbovirosis debe incorporar la vigilancia centinela, una modalidad que hasta ahora no ha sido comúnmente incluida en los sistemas de vigilancia epidemiológica. La vigilancia centinela, contribuirá al monitoreo de la circulación viral, introducción de nuevos serotipos, presencia y comportamiento del vector, características de los pacientes que presentan formas graves de la enfermedad, entre otras.

Componente de Atención al Paciente

Al ser el Dengue una de las enfermedades virales más conocidas en Bolivia, cuya presencia data desde los años 1932, es la más sospechada dentro de los síndromes febriles. Sin embargo, la introducción de dos nuevos Arbovirus en Bolivia (virus de Chikungunya a principio de 2015 y el virus del Zika a finales de la gestión 2015), y la reciente aparición de casos de Síndromes Hemorrágicos asociado a Arenavirus (gestión 2019), ha creado un nuevo desafío para la salud pública en el país, al correr el riesgo de presencia de estas Arbovirosis (Dengue, Chikungunya y Zika) y Arenavirosis de forma simultánea, cuyos signos y síntomas son similares entre sí; donde la importancia de fortalecer el diagnóstico diferencial de estas enfermedades de transmisión viral es de vital importancia. En la infección por Virus del Dengue (DENV), la identificación de signos de alarma (vómitos persistentes, dolor abdominal, letargo/irritabilidad), casi siempre durante o después de que baja la fiebre, la identificación ayuda en el diagnóstico clínico, a la clasificación según la gravedad de la enfermedad y a la atención oportuna del paciente. La gran mayoría de las veces, las Arbovirosis son de curso autolimitado, pero en ocasiones pueden manifestar formas graves, como choque, hemorragia (mucosas u órganos) o afectación grave de órganos que pueden provocar la muerte. La infección por el virus de la Chikungunya (CHIKV) también puede ser clínicamente grave. No obstante, los enfermos por Chikungunya pueden desarrollar artropatía post-aguda o crónica, de 21 a 90 días de duración o > 3 meses hasta ≥ 2 años, respectivamente; tales manifestaciones pueden ser invalidantes. Cualquiera de estas tres Arbovirosis pueden conducir a enfermedades inmunomediadas del sistema nervioso central (síndrome de Guillain Barré, encefalopatía u otras) y daño visual por neuritis óptica. Hasta ahora, el virus Zika (ZIKV) parece ser el único capaz de producir malformaciones congénitas, como microcefalia. Las manifestaciones de estas Arbovirosis son complejas, es por esos aspectos claves en la EGI-arbovirosis son contemplados en este componente, en relación a mejorar el diagnóstico clínico y manejo oportuno de casos, la identificación precoz de los signos de alarma en caso de sospecha de dengue (principalmente al personal de primer y segundo nivel de atención) y una respuesta de primera línea bien manejada; cruciales para determinar los resultados clínicos y reducir el número de hospitalizaciones innecesarias y la progresión a casos graves de estas Arbovirosis. Un papel de importancia tomado en cuenta en la EGI-arbovirosis, lo constituye el entrenamiento y capacitación continua en la identificación del paciente con Arbovirus por parte del personal de salud en los tres niveles de atención. Al planificar la frecuencia de estas capacitaciones, se deben considerar factores como la rotación del personal y las cohortes de médicos recientemente graduados, para que sean capaces de realizar diagnósticos lo más acertados posibles. El manejo oportuno de las secuelas producidas por los Arbovirus (Chikungunya y Zika), están contempladas en las capacitaciones que se les debe dar a los profesionales de salud para mejorar el manejo de estos pacientes y facilitar su proceso de rehabilitación. En la EGI-arbovirosis Bolivia 2019 - 2023, se definirán la reorientación de los servicios de salud, con abordaje de atención integral, que permita el acercamiento entre el paciente y el personal de salud a través de la comunicación ya sea interpersonal o grupal en el marco de la promoción de la salud, con énfasis en la difusión de mensajes claros sobre la prevención, búsqueda de asistencia médica inmediata e identificación de signos de alarma en caso de sospecha de dengue. Esta orientación permitirá a los grupos poblacionales asistir de manera temprana a los centros asistenciales de salud y obtener la atención médica oportuna integral dirigida no solo al manejo clínico del paciente sino a recomendaciones del personal de salud dirigidas al control del vector por parte de la familia y la misma comunidad.

Con la EGI-arbovirosis Bolivia 2019-2023 se pretende desarrollar líneas de investigación operativa que permitan mejorar las políticas, intervenciones y estrategias dedicadas a la atención de los pacientes, con la finalidad de caracterizar los casos graves y fallecidos por estas enfermedades, asimismo, fortalecer la investigación en la fisiopatología de las Arbovirosis en pacientes embarazadas y recién nacidos. Para reducir la letalidad por Dengue, Chikungunya y Zika se debe trabajar en: Mejorar el diagnóstico clínico y diferencial, para el manejo oportuno de los casos graves de Dengue, Chikungunya y Zika, con la finalidad de evitar las defunciones por Arbovirus. Perfeccionar la capacidad resolutoria de los servicios de salud de primer y segundo nivel para reducir la saturación del tercer nivel hospitalario, que muchas veces es un elemento que impide el manejo adecuado del paciente grave. Aplicar las Normas de Diagnóstico y Manejo Clínico de Dengue y/o de Arbovirosis. Desarrollar y/o fortalecer las capacidades del personal asistencial y establecer garantías de calidad en los servicios, tanto en el sector público como en el privado. Preparar material de capacitación fundamentado científicamente, e implementarlo manteniendo un plan de educación continua. Impulsar la Conformación y funcionamiento de los Comités Científicos de Análisis de Decesos asociados a Arbovirosis en los siete departamentos endémicos del país. Realizar en la primera semana de ocurrida la defunción, la investigación (incluyendo datos de autopsias) para establecer la causa primaria del evento y poder detectar incidentes y/o inadecuaciones en la atención médica que puedan ser corregidos o sometido a medidas técnicoadministrativas acorde a las leyes del país. En muchas ocasiones, es difícil realizar un diagnóstico clínico diferencial entre las Arbovirosis, por lo que se hace necesario llevar a cabo investigaciones operativas dirigidas a la caracterización clínica de estas enfermedades basada en evidencia laboratorial confiable

Componente de Laboratorio

El componente de laboratorio, cumple un rol fundamental para generar información oportuna y de calidad para la toma de decisiones en la vigilancia epidemiológica, a través del diagnóstico serológico y molecular de los Arbovirus circulantes. Para ello, la EGI-arbovirosis contempla estratégicamente el fortalecimiento de los Laboratorios Nacionales de Referencia (LNR), en este caso el Centro Nacional de Enfermedades Tropicales–CENETROP que forma parte de la Red Latinoamericana de Laboratorios de Arbovirosis–RELDA, y cuenta con el apoyo de los Centros Colaboradores de la OPS/OMS (CCOMS) para Arbovirus y Centros de Excelencia, para favorecer el intercambio y la transferencia tecnológica. En este sentido. Para la operatividad del componente de laboratorio de la EGI-arbovirosis se cuenta con la Red Nacional de Laboratorios de Diagnóstico de Dengue Chikungunya y Zika, la red fue creada el año 2009 con el objetivo de fortalecer las capacidades técnicas de los laboratorios departamentales y municipales del país, a la cabeza y liderazgo del Laboratorio Nacional de Referencia CENETROP. La EGI-arbovirosis Bolivia 2019-2023 permitirá evaluar el funcionamiento de los laboratorios incorporados a la Red de laboratorios de Arbovirosis del país, así como, la contribución a la vigilancia epidemiológica e investigaciones operativas que se identifiquen.

Componente de Manejo Integrado de Vectores

El Manejo Integrado de Vectores (MIV), es un proceso de toma racional de decisiones para optimizar el uso de los recursos en la vigilancia entomológica y el control de vectores. Por esta razón, en su estructura incluye el manejo apropiado de los recursos (humanos, logísticos y metodológicos, entre otros) disponibles para una coordinación técnica planificada y sostenible de las acciones a cumplir en los programas de control vectorial. Estas intervenciones se fortalecen a través de la integración de diversas metodologías de control, vigilancia, comunicación, participación comunitaria y con la participación de otros sectores y no únicamente del sector salud. El Manejo Integrado de Vectores, incluye los siguientes procesos: Aportar con los resultados de la vigilancia entomológica para garantizar la evaluación de la dinámica de transmisión a través de: vigilancia entomológica integrada (entendiéndose por vigilancia integrada, a un sistema que toma en cuenta datos de diferentes fuentes: epidemiológica, de laboratorio, entomológica, ambiental, clínica, etc. que son analizados en el contexto de la EGI-arbovirosis), factores que favorecen la proliferación y la dispersión vectorial, así como su capacidad vectorial. Selección de métodos de prevención y control vectorial basados en el conocimiento de la biología del vector, el ambiente, la transmisión y la morbilidad de la enfermedad. Utilización de múltiples tipos de intervenciones, con frecuencia en combinación y de manera sinérgica y sincronizada. Interacción del sector salud con otros sectores públicos y privados vinculados con gestión del ambiente, educación, organizaciones no gubernamentales (ONGs), turismo, entre otros, cuya labor impacta en la prevención y reducción del riesgo de transmisión vectorial. Integración de las personas, familias y las comunidades (modelo SAFCI), para asegurar la sostenibilidad de los procesos de vigilancia y control vectorial. Establecimiento de un marco legal que permita la implementación del MIV. Pese a los esfuerzos desarrollados por el país en la implementación de la EGI–Dengue, Chikungunya y Zika 2016–2018; a través de las intervenciones dirigidas al control de la transmisión vectorial, las mismas han sido insuficientes para frenar la transmisión del Dengue en muchos municipios endémicos del país. Es así, que con la EGI-arbovirosis 2019–2023,

se propone fortalecer la operatividad del MIV a través de la participación e involucramiento activo de otros sectores (educación, ambiente, ONGs, público, privado, etc.) La EGI-arbovirosis, propone la investigación operacional como un medio para la adquisición de conocimientos básicos y operativos para retroalimentar la toma de decisiones; lo que permitirá intervenciones oportunas y eficaces y a su vez podrá mejorar las herramientas para medir el impacto de estas. Por otro lado, el MIV apoya el fortalecimiento de un sistema de vigilancia entomológica integral que incluye el monitoreo de resistencia a los insecticidas. Para alcanzar este fortalecimiento, es fundamental la formación de personal en sus capacidades técnicas y operativas a través de capacitación continua que asegure la supervisión, monitoreo y evaluación de las acciones de control vectorial. Finalmente, el empoderamiento de las comunidades en la prevención y control de estas Arbovirosis, será posible a través del modelo de gestión participativa que impulse a las organizaciones sociales a cuidar la salud mediante el desarrollo de acciones preventivas para el control del vector transmisor.

Componente de Saneamiento Ambiental

La transmisión de las enfermedades arbovirales, depende de la presencia de varios determinantes sociales y ambientales cuya prevención, control y modificación no competen solo a los programas de prevención y control de vectores dentro del sector de la salud. En tal sentido, tanto la EGI-arbovirosis como la Estrategia mundial de la OMS 2012-2020 hacen hincapié en el abordaje interprogramático, intersectorial e interinstitucional para una adecuada implementación en el marco de las agendas del desarrollo. Asimismo, es muy importante, crear un marco legal que permita incidir en la reducción de los criaderos de mosquitos transmisores de Arbovirosis más frecuentes en el país, como: resto de materias de construcción, barriles o depósitos de almacenamiento de agua, disposición final de envases de plástico, llantas, electrodomésticos y otros recipientes que sirven de criaderos. Como ya se ha mencionado, el logro del cambio conductual de las familias para eliminar los criaderos en sus viviendas, se encuentran enfocadas en las acciones de saneamiento ambiental que llevan a cabo los gobiernos municipales. Además requiere de la participación de un equipo multidisciplinario que investigue cómo lograr dicha apropiación, que deberá ser planteada en el marco del modelo SAFCI y sus principios (interculturalidad, intersectorialidad, integralidad y participación comunitaria), mediante aplicación promoción de la salud y sus medios (educación para la vida, reorientación de servicios de salud, movilización social y alianzas estratégicas). Se entiende por gestión interprogramática, a la acción conjunta de programas de intra e inter institucionales como: prevención y control de las Arbovirosis, salud ambiental, gestión de riesgos y promoción de la salud pertenecientes al Ministerio de Salud y Deportes y el Viceministerio de Agua y Saneamiento Básico por parte del Ministerio de Medio Ambiente y Aguas. La gestión interprogramática debe implementar las siguientes tareas: 1. Identificación de las determinantes socioambientales y factores de cambio climático, asociadas a los riesgos a la salud causadas por enfermedades Arbovirales. 2. Establecimiento de metas ambientales asociadas con las enfermedades Arbovirales. 3. Desarrollo de proyectos de investigación de la relación salud-ambiente para la toma de decisiones. 4. Desarrollo de capacidades para el fortalecimiento del recurso humano en salud ambiental. 5. Implementar el “Plan de Promoción de la Salud para la prevención de las enfermedades Arbovirales”. 6. Establecimiento de alianzas con otros sectores relevantes para la ejecución de las acciones estratégicas y de investigación. Estos planes deben fomentar acciones locales de diferentes Entidades Territoriales Autónomas, ser específicos al contexto, integrales y complementarios, multisectoriales, orientados a la prevención y promoción, y en un marco de empoderamiento y gobernabilidad.

3. EJES TRANSVERSALES

Investigación Operativa

La EGI-arbovirosis, incluye la Investigación Operativa, la cual es fundamental para proporcionar evidencia científica a los programas de control de enfermedades y salud con el objetivo de mejorar su calidad y aprender a medida que aumentan en escala. Se han propuesto muchas definiciones de investigación operativa, pero desde la perspectiva de un programa de salud, una definición pragmática es la siguiente: la búsqueda de conocimiento sobre intervenciones, estrategias o herramientas que pueden mejorar la calidad, efectividad o cobertura de un Programa. La investigación operativa, proporciona a los responsables de la toma de decisiones información que les permite mejorar el rendimiento de sus Programas de Salud. Además, ayuda a identificar soluciones a problemas que limitan la calidad, eficiencia y efectividad del Programa, o para determinar qué estrategia alternativa de prestación de servicios arrojaría los mejores resultados. SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICO NORMATIVOS 64 Entre los enfoques principales de las preguntas de investigación operativa, está la comprensión de las barreras al acceso de un Programa de Salud. Los ensayos y los estudios sociales y económicos van a poder proporcionar conocimiento sobre cómo superar estas barreras y ofrecer intervenciones efectivas. El primer paso para emprender una investigación operativa es identificar una pregunta de investigación adecuada que sirva para mejorar el funcionamiento de un Programa de Salud. Es bueno mencionar, que,

como eje transversal, la investigación se tiene que dar en cada componente de la Estrategia de Gestión Integrada, donde las líneas de investigación a ser planteadas, deben servir como directriz para la participación de Universidades.

Promoción de la Salud

La promoción de la salud en Bolivia es la estrategia operativa del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural-SAFCI, que es un proceso político de movilización social, intersectorial, transformador de determinantes de la salud, realizado en corresponsabilidad entre la población organizada, autoridades, el sector salud y otros sectores para Vivir Bien. Los medios para la aplicación de la promoción de la salud son: Educación para la Vida: Es el proceso de intercambio horizontal y recíproco de sentires, conocimientos-saberes y prácticas que permiten la protección de la vida y la salud de la persona, familia y comunidad, en base a la reflexión e identificación de problemas, sus causas y soluciones mediante la toma de decisiones. Reorientación de los Servicios de Salud: Es el proceso de reorganización de la atención, organización y funcionamiento de los servicios de salud hacia la Promoción de la Salud y la Interculturalidad, mediante la educación permanente del personal, la investigación pertinente e idónea, la contextualización sociocultural del servicio, respetando y valorando las concepciones de las personas y familias, comunidades o barrios a partir de la participación y control social. Movilización Social: Es el proceso por el cual la población organizada asume el ejercicio de su derecho a la salud mediante acciones comunitarias que permiten la gestión social en la toma de decisiones que contribuyen a la transformación de las determinantes y los servicios de salud, a partir de la utilización de sus recursos (materiales y no materiales), donde el personal de salud se constituye en el facilitador de estos procesos, brindando información adecuada, oportuna, pertinente de manera continua y en los espacios propios de la población, generando la reflexión sobre la problemática en salud. Alianzas Estratégicas: Es la conjunción de esfuerzos, recursos y capacidades de sectores (salud, educación, saneamiento básico y otros), instituciones públicas y privadas, dirigidas por la población organizada, para el logro de objetivos comunes en salud, a partir de complementariedad de sus capacidades y destrezas reunidas en trabajo de equipo lo que permite aumentar las posibilidades de transformar las determinantes y servicios de salud. Tomando en cuenta todos los medios de Promoción de la Salud, se establecen cuatro líneas de acción, para la ejecución de actividades planificadas y adaptadas al área de intervención.

4. FACTORES FACILITADORES

La EGI-Dengue identificó en su modelo operativo determinados factores facilitadores como elementos claves para el proceso de implementación de la estrategia. De esta manera, en su proceso de ajuste, estos elementos claves fueron incluidos y determinaron fuertemente el grado de avance que la estrategia pudo alcanzar en cada país. Basado en estos resultados positivos, se consideró de vital importancia la incorporación de estos factores facilitadores en la EGI-Arbovirosis en su modelo operativo. Los factores facilitadores son: abogacía, movilización de recursos, creación de alianzas, el desarrollo de capacidades y monitoreo-evaluación. A. Abogacía: Contempla las acciones de comunicación, difusión, persuasión y convencimiento que se deben realizar en todos los niveles para lograr la implementación de la EGI-arbovirosis. El proceso de abogacía debe involucrar los niveles decisorios y gerenciales del sector salud, intercediendo hasta llegar a los niveles extrasectoriales, gubernamentales, no gubernamentales, nacionales y locales, incluyendo los sectores privados. B. Movilización de Recursos: Es fundamental la identificación de los actores tanto públicos como privados y nacionales e internacionales para su sensibilización, a través de la abogacía, con información oportuna y de calidad, obteniendo así los recursos necesarios que permitan fortalecer las capacidades nacionales, previniendo la ocurrencia de las enfermedades Arbovirales y principalmente, respondiendo ante brotes y epidemias. Uno de los mayores problemas que se enfrentan con estas estrategias, es el déficit de recursos que en la mayoría de los casos son insuficientes para abordar la complejidad de los factores determinantes de la transmisión. De ahí que se requiera de una SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICO NORMATIVOS 78 adecuada planificación de recursos (humanos, financieros y materiales) para abordar la complejidad de la EGI-arbovirus y poder darle un desarrollo sostenible en tiempo y espacio. C. Creación de Alianzas: La complejidad técnica para el abordaje de las Arbovirosis es tan alta que solo el sector salud no pudo dar una respuesta oportuna y de calidad. Por lo tanto, para dar una respuesta integrada con la participación de todos los componentes de la estrategia, se requieren de alianzas sólidas que garanticen una respuesta para la prevención y control de estas Arbovirosis. Las escuelas, centros de trabajo, ministerios, iglesias y la población en general deben estar firmemente aliados y comprometidos en la ejecución de las diferentes acciones necesarias para dar una respuesta en conjunto al problema de las enfermedades Arbovirales. D. Desarrollo de Capacidades: El modelo de trabajo de la EGI-arbovirosis requiere que el personal sea proactivo en la preparación de recursos humanos de cada componente dentro de cada país, no solo en el aspecto técnico, sino también en su interacción con los demás componentes integrando el pensamiento científico para mejorar la respuesta a la enfermedad y lograr un mayor impacto. El desarrollo

de capacidades debe ser constante y con un esfuerzo planificado para lograr los objetivos propuestos. E. Monitoreo y Evaluación: Basados en las evaluaciones de la EGI-dengue, se consideró que manejar indicadores de impacto (ej. índice de infestación) en control vectorial fue algo difícil dado que fueron poco precisos debido a la dinámica de transmisión de la enfermedad y la diversidad de factores determinantes ambientales y sociales que afectan la transmisión. Por lo tanto, en la EGI-arbovirosis se dará mayor importancia a la evaluación de los indicadores de procesos y al monitoreo de la calidad de trabajo técnico para cumplir la meta y propósito de la estrategia. Esto es de vital importancia, para poder garantizar la toma de decisiones acertadas en el proceso de implementación de la EGI- arbovirosis

5. MONITOREO Y EVALUACIÓN

La implementación y funcionamiento de la EGI-arbovirosis, requiere complementarse con actividades de evaluación y monitoreo que permitan identificar avances y limitantes para alinear y enfocar los recursos hacia el logro de los resultados en cada uno de los departamentos endémicos. Se identifican líneas de acción para el monitoreo y evaluación, con sus correspondientes indicadores de proceso, tiempos de ejecución y fuentes de verificación.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Ministerio de Salud -Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue, Chikungunya y Zika, “Normas de Diagnóstico y Manejo Clínico del Dengue”, 2018, La Paz-Bolivia. Disponible en: [http:// etv-dengue.minsalud.gob.bo](http://etv-dengue.minsalud.gob.bo)
2. Ministerio de Salud-Dirección General de Planificación, “Plan Estratégico Institucional 2016 – 2020, 2017”, La Paz-Bolivia. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.bo>
3. Ministerio de Salud-Dirección General de Planificación, “Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir Bien 2016 – 2020”, 2017, La Paz-Bolivia. Disponible en <http://www.planificacion.gob.bo>
4. Ministerio de Salud - Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue, Chikungunya y Zika, “Guía de Vigilancia Entomológica y Control Integral del Vector Aedes aegypti Transmisor de Arbovirus”, 2017, La Paz-Bolivia. Disponible en: <http://etv-dengue.minsalud.gob.bo>
5. Ministerio de Salud-Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue, Chikungunya y Zika, “Manual de Procedimientos Técnicos de Laboratorios de Diagnóstico y Seguimiento del Dengue”, 2012, La Paz-Bolivia. Disponible en: <http://etv-dengue.minsalud.gob.bo>.
6. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Segunda edición. Disponible en: [http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/43983/1/9789243580418_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43983/1/9789243580418_spa.pdf).
7. Ministerio de Salud-Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue, Chikungunya y Zika, “Estrategia de Gestión Integrada de Prevención y Control de Dengue, Chikungunya y Zika – Ley N° 889/2016 – 2018 Versión Amigable”, 2017, La Paz-Bolivia. Disponible en: <http://etv-dengue.minsalud.gob.bo>
8. Ministerio de Salud-Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue, Chikungunya y Zika, “Guía de Vigilancia de la Infección por el Virus Zika y sus Complicaciones”, 2016, La Paz-Bolivia. Disponible en: <http://etv-dengue.minsalud.gob.bo>
9. Ministerio de Salud-Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue, Chikungunya y Zika, Servicio Departamental de Salud SEDES Santa Cruz, “Normas de Diagnóstico y Manejo del Dengue, 2017, Disponible en: <http://etv-dengue.minsalud.gob.bo>
10. Ministerio de Salud -Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue, Chikungunya y Zika, “Guía Nacional para el Manejo de la Infección por el Virus Zika” , 2016, la Paz – Bolivia. Disponible en: <http://etv-dengue.minsalud.gob.bo> SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICO NORMATIVOS 92

11. Ministerio de Salud-Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue, Chikungunya y Zika, “Guía Nacional para el Manejo de la Enfermedad por el Virus de la Chikungunya”, 2015, Disponible en: <http://etv-dengue.minsalud.gob.bo>
12. Organización Panamericana de la Salud. Preparar a la región de las Américas para alcanzar el objetivo de desarrollo sostenible sobre la salud. Washington DC: OPS. 2015. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/10017/9789275318638_spa.pdf
13. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia de Gestión Integrada para la prevención y el control del dengue en la Región de las Américas [Internet]. Washington (DC): OPS; 2017 [consultado el 20 de agosto del 2018]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34859/OPSCHA17039_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y.
14. Organización Panamericana de la Salud. Últimos adelantos técnicos en la prevención y el control del dengue en la Región de las Américas. Informe de reunión [Internet]. Reunión: Últimos adelantos técnicos para la prevención y control del dengue en las Américas; del 28 al 29 de mayo del 2014, Washington, (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2014 [consultado el 20 de agosto del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/2014-cha-adelantosprevencion-americas-dengue.pdf>.
15. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales [Internet]. 55.o Consejo Directivo de la OPS, 68.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 26 al 30 de septiembre del 2016; Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2016 (resolución CD55.R6) [consultado el 20 de agosto del 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/31430/CD55-16-s.pdf?sequence=4&isAllowed=y>.
16. Organización Panamericana de la Salud. Taller regional para la revisión y ajuste de la “Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales” en las Américas. Informe del taller [Internet]. Taller regional para la revisión y ajuste de la “Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales” en las Américas; del 17 al 20 de abril del 2018, Ciudad de Guatemala, Guatemala. Washington (DC): OPS; Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=44903&Itemid=270&lang=es.
17. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales. [Internet]. 158.a sesión del Comité Ejecutivo; del 20 al 24 de junio del 2016; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2016. [consultado el 8 de agosto del 2016]. Disponible en: [file:///C:/Users/PAHO/Downloads/CE158-20-s%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/PAHO/Downloads/CE158-20-s%20(1).pdf). ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTEGRADA PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES ARBOVIRALES EN BOLIVIA 2019 - 2023 93
18. Organización Panamericana de la Salud. Erradicación continental del Aedes aegypti. [Internet]. Primer Consejo Directivo de la OPS; del 24 de septiembre al 2 de octubre de 1947; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 1947 (resolución CD1.R1) [consultado el 11 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1733/CD1.R1sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
19. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades infecciosas nuevas, emergentes y reemergentes [Internet]. 38.º Consejo Directivo de la OPS, 47.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 30 de septiembre de 1995; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 1995 (resolución CD38.R12) [consultado el 10 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1605/CD38.R12sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
20. Organización Panamericana de la Salud. Aedes aegypti [Internet]. 39.º Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, 48.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 23 al 27 de septiembre de 1996; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 1996 (resolución CD39.R11) [consultado el 10 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1614/CD39.11sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
21. Organización Panamericana de la Salud. Dengue y dengue hemorrágico [Internet]. 43.º Consejo Directivo de la OPS, 53.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 24 al 28 de septiembre del 2001; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2001 (resolución CD43.R4) [consultado el 8 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/1435>.

22. Organización Panamericana de la Salud. Dengue [Internet]. 44.º Consejo Directivo de la OPS, 55.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 22 al 26 de septiembre del 2003; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2003 (resolución CD44.R9) [consultado el 10 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/250/cd44-r9-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
23. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control del dengue en las Américas. [Internet]. 27.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 59.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 1 al 5 de octubre del 2007; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2007 (resolución CSP27.R15) [consultado el 8 de agosto del 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=271&Itemid=.
24. Organización Panamericana de la Salud. Informes de progreso sobre asuntos técnicos. 28.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 64.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 17 al 21 de septiembre del 2012; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2012 (documento CSP28/INF/3-E, Situación actual del dengue) [consultado el 12 de agosto del 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=18403&Itemid=&lang=es. SERIE: DOCUMENTOS TÉCNICO NORMATIVOS 94
25. Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control del dengue en las Américas [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2015 (documento CD54/INF/5-D) [consultado el 2 de diciembre del 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31189&Itemid=270&lang=es.
26. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la transmisión del virus del chikungunya y su repercusión en la región de las Américas [Internet]. 54.º Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2015; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2015 (documento CD54/INF/3) [consultado el 12 de agosto del 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=31209&Itemid=270&lang=es.
27. Organización Panamericana de la Salud; Centers for Disease Control. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas [Internet]. Washington (DC): OPS; 2011. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/CHIKV_Spanish.pdf.
28. Organización Mundial de la Salud. Handbook for Integrated Vector Management [Internet]. Ginebra (Suiza): WHO; 2012 [consultado el 12 de agosto del 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44768/1/9789241502801_eng.pdf.
29. Organización Mundial de la Salud. Reglamento Sanitario Internacional (2005). Segunda edición [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2008 [consultado el 12 de agosto del 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43983/1/9789243580418_spa.pdf.
30. Organización Panamericana de la Salud. El control integrado de vectores: una respuesta integral a las enfermedades de transmisión vectorial [Internet]. 48.º Consejo Directivo de OPS, 60.ª sesión del Comité Regional de OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2008; Washington, DC. Washington (DC): OPS; 2008 (documento CD48/13) [consultado el 12 de agosto del 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd48-13-s.pdf>.
31. Parks W, Lloyd L. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue: guía paso a paso [Internet]. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud, Centro Mediterráneo para la Reducción de Vulnerabilidad (WMC); 2004 [consultado el 25 de abril del 2016]. Publicado en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud y el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales (TDR). Disponible en: http://www.who.int/tdr/publications/documents/planificacion_dengue.pdf?ua=1.
32. Van Den Berg H, Mutero CM, Ichimori K. Guidance on policy making for integrated vector management [Internet]. Ginebra (Suiza): OMS; 2012 [consultado el 12 de agosto del 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44766/1/9789241502795_eng.pdf.

ZIKA*Dr. Sergio Luis Martinez***RESP. DEPTAL PROGRAMA DE ENFERMEDADES EMERGENTES****INTRODUCCIÓN**

La infección por el virus Zika es una enfermedad causada por el arbovirus del género flavivirus (familia Flaviviridae), muy cercano filogenéticamente al virus del dengue, fiebre amarilla, la encefalitis japonesa, o el virus del Nilo Occidental. Es una enfermedad febril, zoonótica, emergente, de curso agudo, benigno y autolimitado. Su sintomatología es inespecífica por lo cual puede confundirse con otros síndromes febriles. El virus Zika se transmite por la picadura de mosquitos del género *Aedes* (*A. aegypti*), tanto en un ámbito urbano y *Aedes albopictus* en ambiente selvático. El aspecto más importante y que dio lugar a que la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) recomienden a los países que establezcan y mantengan la capacidad para detectar y confirmar casos de infección por el virus Zika, fue el incremento de anomalías congénitas, síndrome de Guillain Barre y otras manifestaciones autoinmunes en zonas donde circula el virus Zika, y su posible relación con este virus, fuertemente sospechosa pero que no ha sido probada científicamente. Pero los casos de microcefalia y otros desórdenes neurológicos por sí mismos, por su gravedad y por la carga socio-económica que conllevan para las familias constituyen una amenaza. Aspectos que causan preocupación y han sido considerados en nuestro país para que el Ministerio de Salud ponga en alerta a todo el sistema de salud con el fin de redoblar esfuerzos y poner en práctica efectiva y eficiente la Estrategia de Gestión Integrada – EGI Dengue – Chikungunya – Zika, para una rigurosa vigilancia epidemiológica, preparen a los establecimientos de salud ante una eventual demanda adicional en todos los niveles de atención de la red de servicios de salud y probable mayor demanda de servicios especializados para la atención de síndromes neurológicos; además del fortalecimiento de las actividades de consulta y control prenatal y continuar con los esfuerzos para reducir la presencia del mosquito transmisor a través de una efectiva estrategia de control del vector y de comunicación – movilización social.

ANTECEDENTES

El virus se identificó en 1947 por primera vez en Uganda, específicamente en los bosques de Zika de ahí su nombre. Se descubrió en un mono Rhesus cuando se realizaba un estudio acerca de la transmisión de la fiebre amarilla en la selva. Más tarde, análisis confirmaron la infección en seres humanos en Uganda y Tanzania en 1952, pero fue en 1968 que se logró aislar el virus con muestras provenientes de personas en Nigeria. La primera circulación autóctona de Virus Zika en las Américas fue confirmada en febrero del 2014 en la Isla de Pascua, Chile, permaneciendo la presencia del virus hasta junio de ese mismo año en esa área. En mayo del 2015, se confirmaron los primeros casos de transmisión autóctona en Brasil, y hasta el 1 de diciembre del 2015, un total de 18 Estados: Región Norte (Amazonas, Pará, Rondonia, Roraima y Tocantins), Región Noreste (Alagoas, Bahía, Ceará, Maranhao, Paraíba, Pernambuco, Piquí y Rio Grande do Norte), Región Sudeste (Espírito Santo, Río de Janeiro y Sao Paulo), Centro – Oeste (Mato Grosso) y Región Sur (Paraná); confirmaron la circulación autóctona del virus. En octubre de 2015, el Ministerio de Salud de Brasil informó acerca de un incremento inusual de casos de microcefalia en servicios de salud públicos y privados en el Estado de Pernambuco, nordeste del país. Una situación similar se registra en Estados de Paraíba, Rio Grande do Norte y Piauí, razón por la cual el Ministerio de Salud de Brasil declaró emergencia nacional en salud pública. En octubre de 2015 las autoridades de salud de Colombia notificaron la detección del primer caso autóctono de infección por virus Zika en el Estado de Bolívar y hasta fines de enero del 2016 son 205 municipios que confirmaron la circulación autóctona del virus. El 24 de noviembre de 2015, autoridades de salud de la Polinesia Francesa informaron un incremento inusual de casos con anomalía de sistema nervioso central en fetos y recién nacidos (anomalías y lesiones cerebrales, disfunción de tronco cerebral y síndromes polimalformativos) durante el 2014 – 2015, coincidiendo con brote de virus Zika. El 28 de noviembre de 2015 el Ministerio de Salud de Brasil estableció la relación entre el incremento de microcefalia al nordeste del país y la infección por virus Zika tras la detección de genoma del virus en muestras de sangre y tejido de recién nacidos del Estado de Pará. El 26 de diciembre del 2015, el Ministerio de Salud de Brasil, informó la notificación de un total de 2975 casos sospechosos de microcefalia relacionada a infección por virus Zika identificados en 656 municipios. Hasta el 5 de febrero pasado son 22 países de la región de las Américas que han confirmado la circulación autóctona del virus Zika: Barbados, Brasil, Chile (Isla de Pascua), Colombia, Ecuador, El Salvador, Guyana, Guayana Francesa, Guadalupe, Guatemala, Haití, Honduras, Martinica, México, Panamá, Paraguay, Puerto Rico, República Dominicana, St. Martín, Surinam, Venezuela y nuestro país.

MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Vectores

Existen dos vectores principales involucrados en la transmisión del Zika: *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Ambas especies de mosquitos están ampliamente distribuidas en zonas de climas tropicales y subtropicales, el *Ae. albopictus* también está presente en latitudes más templadas, razón por la cual existe marcada susceptibilidad a la introducción y dispersión del Zika. En nuestro país el vector predominante es el *Aedes aegypti* con una amplia distribución en los departamentos de Santa Cruz, en el chaco de Tarija y Chuquisaca, norte de La Paz, trópico de Cochabamba y la amazonia de Beni y Pando. Reservorios Los humanos y los mosquitos son los reservorios principales del Zika. Períodos de incubación Los mosquitos adquieren el virus a partir de la picadura a una persona virémica, para después de un periodo promedio de incubación extrínseca de 7 días dentro el mosquito (rango de 3 a 12 días), el vector es capaz de transmitir el virus a una persona susceptible. Susceptibilidad e inmunidad Todos los individuos no infectados previamente con el virus Zika (individuos susceptibles) están en riesgo de adquirir la infección y desarrollar la enfermedad. Se cree que una vez expuestos al virus Zika, los individuos desarrollan inmunidad prolongada que los protege contra la reinfección.

Formas de transmisión

El virus del Zika es transmitido a través de la picadura de mosquitos, que ha picado previamente a una persona en fase virémica (presencia del virus en su sangre). Estos mosquitos pueden picar a cualquier hora del día, aunque generalmente lo hacen en las primeras horas de la mañana y en las últimas horas de la tarde, durante el resto de su vida que es de 20 a 30 días. La forma de transmisión más frecuente por la magnitud de la presencia y distribución en casi todas las áreas con las características geográficas y climatológicas, es por la picadura de los mosquitos *Aedes aegypti* infectados con el virus Zika; existiendo otras formas poco frecuentes como la vía sanguínea y la reportada en la epidemia del país vecino del Brasil que fue por la posible transmisión vertical de madre a feto. El virus ha sido aislado en el semen, saliva y orina, y la transmisión sexual de persona a persona es cada día más evidente por la importante cantidad de virus encontrado en el semen de personas infectadas.

Tabla 1. Cadena Epidemiologica-Infección por virus Zika

RESERVORIO	Humanos
VECTOR	Mosquito del género (<i>Aedes aegypti</i> , <i>Aedes albopictus</i>)
AGENTE	Virus Zika-Flavivirus
MECANISMO DE TRANSMISION	Picadura del mosquito infectado con el virus Zika
PERIODO DE INCUBACION	3 a 12 días
DURACION DE LA ENFERMEDAD	14 días
SUJETO SUSCEPTIBLE	Todo individuo que no fue infectado con el virus Zika inmunidad prolongada tras cursar con la enfermedad.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La infección por virus Zika puede cursar con una clínica moderada que incluye:

- Erupción maculo papular y pruriginoso, que suele empezar en cara y se extiende a todo el cuerpo.
- Fiebre ($<38,5^{\circ}\text{C}$), que puede pasar desapercibida y su duración es más corta.
- Conjuntivitis no purulenta.
- Cefalea
- Mialgia y artralgia

- Astenia
- Edema en miembros inferiores

Los síntomas: aparecen generalmente después de un periodo de incubación de 3 a 12 días y pueden durar hasta 14 días con un promedio de 6 días.

La infección puede cursar de forma asintomática hasta en un 80 %, o presentarse con una clínica moderada, sin haberse detectado ni reportados casos mortales hasta la fecha.

En pacientes, con enfermedad moderada los síntomas se establecen de forma aguda: fiebre, exantema maculo papular, 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, autoinmunes son poco frecuentes, pero se han descrito probables complicaciones graves cuando existe infección por el virus Zika durante el primer trimestre del embarazo, constituyéndose en un grupo de alto riesgo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Considerando que las enfermedades de dengue, chikungunya e Infección por virus Zika, tienen el mismo vector y presentan signo-sintomatología parecida en muchos aspectos, diferenciadas solamente por la intensidad de los síntomas y/o tiempo de presentación, es importante realizar el diagnóstico diferencial con estas entidades, basándonos en primera instancia en las manifestaciones clínicas y nexos epidemiológico, hasta su confirmación laboratorial.

Es importante diferenciar la infección por virus Zika de la producida por el dengue, debido a la posible evolución de este último hacia formas más graves de la enfermedad. Pueden darse casos de co-infección por virus Zika y dengue en el mismo paciente. En comparación con el dengue, la infección por virus Zika ocasiona una clínica más leve, el inicio de la fiebre puede pasar desapercibido y su duración es más corta. Hasta el momento, se han observado casos esporádicos con complicaciones más graves, que ameritan una mejor descripción clínica así como más estudios para conocer los factores de riesgo para presentaciones graves.

Casos de co-infección y reinfección

Hasta el momento no se han documentado casos de reinfección por Zika en una misma persona, por lo que se considera que la respuesta inmune al virus ofrece protección para toda la vida, tal como sucede con el chikungunya y con cada uno de los cuatro virus del dengue. Pero sí se pueden presentar casos de co-infección por virus Zika, chikungunya y dengue en un mismo paciente

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Diagnóstico virológico:

Tipo de muestra: suero (colectado en tubo seco) Dado que la enfermedad por virus Zika suele ser leve, los síntomas iniciales pueden pasar desapercibidos lo cual disminuye la oportunidad para la toma de la muestra. Aunque el periodo de viremia aún no ha sido plenamente establecido, el RNA viral ha sido detectado en suero hasta 10 días después de iniciados los síntomas. Asimismo, el RNA de virus Zika ha sido detectado en orina durante un periodo de tiempo prolongado de la fase aguda, por lo que podría considerarse como una probabilidad de muestra alternativa. Sin embargo y ya que se requieren mayores estudios al respecto, se recomienda tomar una muestra de suero dentro de los primeros 5 días de iniciados los síntomas.

Diagnóstico Serológico:

Tipo de muestra: suero (colectado en tubo seco) La detección de anticuerpos IgM específicos para virus Zika es posible por ensayos de ELISA o inmunofluorescencia a partir del día 5 de iniciados los síntomas. Ya que un suero único en fase aguda es presuntivo, se recomienda la toma de una segunda muestra entre una y dos semanas después de la primera muestra para demostrar seroconversión (negativo a positivo) ó incremento hasta cuatro veces el título de anticuerpos (con un ensayo cuantitativo). La interpretación de los ensayos serológicos tiene una relevancia especial para el diagnóstico de

virus Zika. En infecciones primarias (infección primaria con un flavivirus) se ha demostrado que las reacciones cruzadas con otros virus genéticamente relacionados son mínimas. Sin embargo, se ha demostrado que sueros de individuos con historia previa de infección por otros flavivirus (especialmente dengue, fiebre amarilla y fiebre del Nilo Occidental) pueden cruzar en estos ensayos. Si bien la técnica de neutralización por reducción de placas (PRNT), ofrece una mayor especificidad para detección de anticuerpos neutralizantes (IgG), la reacción cruzada también ha sido documentada; de hecho, se han encontrado pacientes con historia previa de infección por otros flavivirus que ante infección por virus Zika elevan hasta cuatro veces los títulos de anticuerpos neutralizantes.

Conservación de la muestra:

- Refrigerada (2 – 8 °C) si será procesada (o enviada al laboratorio de referencia) antes de 48 horas. - Congelada (-10 a -20 °C) si será procesada después de 48 horas o durante un periodo no mayor de 7 días. - Congelada (-70 °C) si será procesada después de una semana. La muestra se conserva adecuadamente durante periodos prolongados de tiempo.

Envío de la muestra por vía aérea al laboratorio de referencia:

- Enviar (en lo posible) con hielo seco; como mínimo, garantizar la cadena de frío con geles refrigerantes. Utilizar siempre triple empaque.
- Enviar durante las primeras 48 horas. Vigilancia de virus Zika en las Américas: Recomendaciones provisionales para la detección y diagnóstico por laboratorio.
- Las muestras originales deben ser empacadas, marcadas etiquetadas (si se utiliza hielo seco) y documentadas como categoría B.
- Enviar siempre la ficha epidemiológica completamente llenada.

TRATAMIENTO

No existe un tratamiento antiviral específico para la infección por virus Zika. Se recomienda el tratamiento sintomático, tras excluir enfermedades más graves tales como la malaria, el dengue o infecciones bacterianas.

- No hay vacuna ni tratamiento específico para la infección por virus Zika. Por esa razón, el tratamiento se dirige al alivio de los síntomas.
- Se debe aconsejar a los pacientes ingerir abundantes cantidades de líquidos para reponer la pérdida por sudoración, vómitos y otras pérdidas insensibles.
- El tratamiento sintomático y de soporte incluye reposo y el uso de acetaminofén o paracetamol para aliviar la fiebre, bajo la siguiente dosificación: Tabla 3.- Tratamiento sintomático – Dosis para la administración oral de acetaminofén o paracetamol, según edad Población Dosis de acetaminofén Intervalo Adultos (Incluye embarazadas) 500-1000 mg. máximo hasta 4 gramos x día Cada 6 horas Niños menores de 5 años: 10-15 mg/kg/peso Cada 6 horas Tabla 4.- Tratamiento sintomático - Dosis pediátrica de administración de acetaminofén o paracetamol Edad o peso Jarabe (120 mg por cada 5 ml) Gotero (100 mg por cada gota) Comprimidos (100 mg) 0 – 2 meses (4 kg.) 1.5 ml 8 gotas No aplicable 2 – 3 meses (4 - < 6 kg) 2.5 ml 10 gotas ½ comprimido disuelto 4 – 11 meses (5 kg < 10 kg) 5 ml 20 gotas 1 comprimido disuelto 1 – 2 años (10 kg < 14 kg) 5 ml 25 gotas 1 comprimido disuelto 3 - 4 años (14 kg - < 15 kg) 7.5 ml 30 gotas 1 ½ comprimidos disuelto
- También se pueden administrar antihistamínicos, como clorfeniramina, loratadina, cetirizina, para tratar el prurito asociado habitualmente a la erupción maculopapular cutánea.
- No se aconseja el uso de aspirina debido al riesgo de sangrado y el riesgo de desarrollar síndrome de Reye en niños menores de 12 años de edad. Tampoco se aconseja el uso de otros antiinflamatorios no esteroideos, por si la causa del cuadro clínico fuera dengue o chikungunya; patologías en las que está contraindicado el uso de AINES (Antiinflamatorio

No Esteroideo) en sus fases agudas. Mujeres embarazadas Toda mujer embarazada en áreas endémicas debe acudir a control prenatal, lo más precozmente posible, para que se le realicen los exámenes clínicos básicos normalizados para el efecto, y reciban orientación y recomendaciones para evitar a lo mejor posible la picadura de mosquitos, mucho más si en el lugar de residencia circula el virus Zika o existen casos positivos confirmados. Esta prevención y control para mujeres embarazadas se debe realizar con el uso de repelentes, descanso cubiertas con mosquiteros mejor si son impregnados con insecticida, usar ropa de mangas y pantalones largos, y colocar mallas milimétricas en ventanas y puertas. Recién nacidos/as Los recién nacidos de madres con sospecha de infección por virus Zika, especialmente durante el primer trimestre, deben ser cuidadosamente observados y supervisar atentamente su evolución, más aún si presentan una circunferencia de la cabeza definida como microcefalia. Síndrome de Guillain-Barre El tratamiento es sintomático y de soporte. La recuperación puede llevar varias semanas o meses y con frecuencia puede provocar discapacidad prolongada que requiere rehabilitación por parte de un equipo multidisciplinario (integrado por médicos, enfermeros, fisioterapeutas, entre otros). Dada la naturaleza autoinmune de la enfermedad, la estrategia de tratamiento utilizada en la fase aguda es la inmunoterapia como la plasmaféresis (recambio plasmático) o la administración de inmunoglobulina intravenosa. No hay evidencia sobre el beneficio del uso de corticosteroides. El objetivo de la plasmaféresis es remover los anticuerpos del torrente sanguíneo e infundir una solución de reemplazo, generalmente albúmina. La plasmaféresis es más beneficiosa cuando se inicia dentro de los 7 – 14 días del inicio de la enfermedad. La inmunoglobulina intravenosa es tan efectiva como el intercambio plasmático y mucho más fácil de administrar.

Debe iniciarse dentro de las dos semanas desde el inicio de los síntomas. Microcefalias y otras anomalías congénitas Se recomienda que los recién nacidos que cumplan los criterios de microcefalia sean evaluados por equipos médicos cualificados para conocer el alcance de la afectación neurológica, así como detectar otras anomalías posibles. Se realizarán los estudios complementarios (exámenes de laboratorio y radiológicos) según los protocolos nacionales, que incluyan el diagnóstico de otras causas de microcefalia, especialmente aquellas que requieran tratamiento (por ejemplo sífilis congénita, citomegalovirus, o toxoplasmosis).

Tras la evaluación clínica del recién nacido, se ha de desarrollar un plan de atención y seguimiento clínico de estos recién nacidos con microcefalia. En virtud de la información disponible hasta el momento, no se conocen las posibles consecuencias o la presencia de otras afectaciones funcionales que puedan acompañar a los casos de microcefalia relacionada con virus Zika. Por tanto se enfatiza la necesidad de asegurar el seguimiento clínico de los recién nacidos, con controles y evaluaciones posteriores. No existe un tratamiento específico para la microcefalia.

DEFINICIÓN DE CASO

Caso sospechoso de infección por el virus Zika

Paciente con antecedentes de residencia o viaje a un área de transmisión local de virus Zika que presente exantema maculo papular y pruriginoso, y al menos dos o más de los siguientes signos o síntomas:

- Fiebre, generalmente <38,5°C
- Conjuntivitis (no purulenta/ hiperemica)
- Artralgias
- Mialgias
- Edema periarticular

Caso sospechoso de infección por el virus Zika en áreas sin casos autóctonos y sin presencia de vectores para la transmisión del virus

Paciente que cumpla los criterios de caso sospechoso de la infección por el virus Zika; y que en las 2 semanas anteriores a la aparición de los síntomas tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión local del virus Zika o con presencia de vectores; o tenga antecedente de contacto sexual sin protección en las 2 semanas previas a la aparición de los síntomas, con una persona que en las 8 semanas previas al contacto sexual tenga antecedente de residencia o viaje a un área con transmisión local del virus Zika o con presencia de vectores.

Caso confirmado de infección por virus del Zika

Caso sospechoso con pruebas de laboratorio positivas para la detección específica de virus Zika.

MANEJO DE CASO

Aislamiento de los pacientes

Para evitar la transmisión a otras personas debe evitarse el contacto del paciente infectado por el virus Zika con mosquitos, al menos durante la primera semana de la enfermedad (fase virémica). Se recomienda la utilización de mosquiteros que pueden o no ser impregnados con insecticida o permanecer en un lugar protegido con mallas milimétricas. El personal de salud que atienda a pacientes infectados por virus Zika debe protegerse de las picaduras utilizando repelentes (DEET-Dietil Menzamida, IR 3535, Icaridina), así como vistiendo ropa con mangas y pantalones largos.

Seguimiento a las embarazadas y recién nacidos

Es importante asegurar la asistencia de las embarazadas al cuidado y control prenatal, incluyendo la realización de los exámenes clínicos básicos conforme a los protocolos nacionales establecidos. En zonas donde circula el virus Zika se recomienda enfatizar la necesidad de que las embarazadas tomen precauciones personales para evitar el contacto con el vector. Debe realizarse el seguimiento de recién nacidos con anomalías congénitas para determinar los resultados del neurodesarrollo. La evaluación de los recién nacidos con anomalías congénitas requiere la participación de equipos multidisciplinarios, incluidos neuropediatras, genetistas, rehabilitadores, psicólogos y especialistas de servicios sociales entre otros. Los padres o responsables designados deberán ser debidamente informados de la condición encontrada en el feto o recién nacido, en particular si aumenta el riesgo de un resultado adverso. Deberán ser orientados sobre la importancia de acudir a las consultas de seguimiento y a seguir las recomendaciones de salud y medidas de prevención de enfermedades.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La vigilancia epidemiológica de la infección por virus Zika debe desarrollarse a partir de la vigilancia ya existente para el Dengue y la Chikungunya, teniendo en cuenta las diferencias en las manifestaciones clínicas. Según corresponda la situación epidemiológica del municipio, región o departamento, la vigilancia debe estar orientada a:

- Detectar la introducción del virus Zika en el área de jurisdicción,
- Monitorear la dispersión de la infección por virus Zika una vez introducida,
- Vigilar la aparición de complicaciones neurológicas y autoinmunes tanto en adultos como en niños.

En aquel municipio, región o departamento sin casos autóctonos de infección por virus Zika se recomienda:

Como parte de la vigilancia epidemiológica, realizar la búsqueda activa y pasiva de casos exantemáticos y pruriginosos, síndromes febriles sospechosos e inespecíficos, es fundamental interrogar al paciente sobre antecedentes de viajes o de haber estado en contacto con pacientes procedentes de áreas endémicas dos semanas antes (15 días) y descartar infecciones por dengue, chikungunya, sarampión o rubeola.

En presencia de casos sospechosos es obligatorio brindar la atención médica que corresponda, de acuerdo a los días de evolución del síndrome prescribir el tratamiento sintomatológico indicado, pero se debe hacer énfasis en la recomendación de las acciones de protección personal para evitar propagación y notificar de forma inmediata y obligatoria para activar el sistema de vigilancia y proceder a realizar las siguientes acciones:

Llenado correcto, completo y obligatorio, incluido el croquis, de la FICHA EPIDEMIOLÓGICA PARA LA VIGILANCIA DE DENGUE – CHIKUNGUNYA - ZIKA, que tiene tres copias que deben ser remitidas como en los casos de Dengue y Chikungunya, de acuerdo al siguiente detalle:

- El original debe permanecer en el Establecimiento de Salud que notifica el caso, como parte importante de la historia clínica del paciente en la carpeta familiar correspondiente, y se operativice las actividades de vigilancia epidemiológica y entomológica para el bloqueo de foco.
- La primera copia debe ir al Programa Regional para que este trámite, coordine y supervise las acciones de vigilancia epidemiológica y entomológica para el bloqueo de foco.

- La segunda copia debe ser enviada conjuntamente a la muestra sanguínea al laboratorio de referencia regional o al CENETROP y por este intermedio se comunicará los resultados al Responsable Regional del Programa de Dengue

– Chikungunya y Responsable de Epidemiología del SEDES y estos a su vez al Programa Nacional de Dengue – Chikungunya y la Unidad Nacional – ENLACE • La tercera copia debe ser enviada o corresponde a la Coordinación de Red para que este desarrolle sus actividades de supervisión en establecimientos de salud y posterior notificación al Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica - SNIS-VE del SEDES y este al SNIS – VE nacional, según procedimientos establecidos para el efecto. Si la sintomatología y las manifestaciones clínicas son compatibles con la infección por virus Zika y el paciente es o proviene de zona endémica, no se debe esperar los resultados del laboratorio para proceder a realizar las intervenciones más importantes en terreno para cortar la cadena de transmisión (bloqueo de foco), y más aún si se tiene la confirmación laboratorial, debiendo tener siempre en cuenta la posible reactividad cruzada con el dengue en las pruebas serológicas, en particular si ha habido infección previa por dengue. La detección temprana permitirá la identificación de las cepas virales circulantes, la caracterización adecuada del brote y la implementación de una respuesta proporcional. En aquel municipio, región o departamento con casos autóctonos de infección por virus Zika, se recomienda:

- Vigilar la tendencia temporal y la diseminación geográfica del virus para detectar su introducción en nuevas zonas o regiones del área de su jurisdicción,
- Monitorear la aparición de complicaciones neurológicas y autoinmunes en recién nacidos, niños(as) y adultos; así como su posible impacto en la salud pública,
- Identificar factores de riesgo asociados con la infección por virus Zika,
- Cuando exista la capacidad, identificar los linajes del virus Zika circulantes.

Una vez confirmada la introducción del virus, se deberá mantener la vigilancia continua para detectar los cambios epidemiológicos y entomológicos que puedan afectar a la transmisión del virus Zika. Todo cambio detectado mediante la vigilancia debe ser rápidamente comunicado a las autoridades superiores tanto departamentales como nacionales para garantizar la adopción oportuna de las medidas pertinentes de prevención y control.

RECOMENDACIONES PARA LA ORGANIZACIÓN DE ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS ZIKA

Medidas de prevención y control vectorial

Dentro las medidas de prevención y control, en esta enfermedad y en toda enfermedad viral transmitida por vectores son fundamentales aquellas que están orientadas a la reducción de la densidad del vector, ya que de aplicarse de manera efectiva pueden lograr que se detenga la transmisión de este y otros virus portados por el mosquito.

Vigilancia de complicaciones neurológicas y autoinmunes

De acuerdo a recomendaciones de la OPS/OMS en caso de situaciones de posible circulación del virus Zika, se implemente o intensifique la vigilancia de síndromes neurológicos en todos los grupos de edad. Esta vigilancia puede establecerse bajo la modalidad de vigilancia sindrómica o bien vigilancia de casos de base hospitalaria. De optarse por la vigilancia de casos habrá que definir qué presentaciones clínicas serán sujetas a vigilancia. Se sugiere incluir el síndrome de Guillain-Barré, síndrome de Fisher, encefalitis, meningitis, y meningoencefalitis. El síndrome de Guillain-Barré – SGB, en su forma típica es una poli rídulo neuropatía aguda que produce un déficit de desarrollo sensorial motor inferior, bilateral y simétrico, asociado con arreflexia osteotendinosa generalizada. En muchos casos hay una historia previa de infección que causa la respuesta inmunológica en los nervios. Varios estudios indican que los hombres tienden a ser más afectados que las mujeres. El síndrome de Fisher (o Miller Fisher) se caracteriza por alteración de los movimientos oculares, coordinación anormal y pérdida de los reflejos tendinosos. Mientras la triada clínica (ataxia, oftalmoplejia y arreflexia) es fácilmente reconocible, en algunos casos se solapa con el SGB por lo que algunos autores la consideran como una variante del SGB y al igual que este último se le asocia con la inflamación autoinmune de los nervios después de una infección.

Vigilancia de anomalías congénitas

El objetivo de la vigilancia debe estar orientado a la detección de un incremento inusual de anomalías congénitas y cuando se detecte un brote, la vigilancia debe enfocarse en el seguimiento de la tendencia, para el efecto se recomienda la implementación de un sistema de detección de casos en establecimientos de salud u hospitales. Se sugiere empezar por incluir sólo las microcefalias y luego extender paulatinamente a otras anomalías congénitas, en base a la capacidad y recursos del sistema de salud. Como parte del protocolo de vigilancia es fundamental que se incluya la definición de caso, así como la frecuencia y flujo de transmisión de datos, que debe acompañar al del sistema de vigilancia sobre los casos notificados y confirmados de Zika. Microcefalia se define como una circunferencia craneana con 2 desviaciones estándar por debajo de la media para la edad y el sexo, o aproximadamente menor que el tercer percentil, pero es importante señalar que no existen valores absolutos para definir la microcefalia, dado que varía según el sexo y la edad gestacional. Como instrumento de referencia para la valoración de la circunferencia craneana en recién nacidos a término se sugiere el uso de las tablas de la OPS/OMS, que están disponibles en: http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/. Para la valoración de recién nacidos prematuros deben considerarse otras referencias específicas para recién nacidos prematuros como las referencias de Fenton. Se deberá asegurar además los aspectos relacionados a la confidencialidad, la referencia y contra-referencia de casos cuando procede. La vigilancia basada en eventos es una herramienta útil para la detección de condiciones o eventos inusuales. Por esa razón, se debe alentar a los profesionales de salud involucrados en las consultas de atención prenatal así como en la atención del recién nacido a que notifiquen todo evento inusual, como incremento de microcefalia u otro trastorno neurológico congénito para ser analizado, investigado e informado. Atención Integral del paciente

Dado que los brotes por virus Zika podrían ocasionar una carga adicional de atenciones en todos los niveles del sistema de salud, es necesario desarrollar (o adaptar en base a lo que ya existe) estrategias que satisfagan las necesidades de la población con planes bien establecidos de triage o screening e implementar protocolos de atención.

Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)

Para lograr la participación comunitaria se debe Informar al paciente, la familia y la comunidad, en los diferentes niveles de gestión compartida de la SAFCI, sobre la enfermedad, el mosquito, el modo de transmisión, las medidas de prevención y control y la orientación para casos sospechosos de la enfermedad, con el objetivo de lograr que la población mediante la participación social conozca y tenga la percepción de riesgo para evitar confusión y desinformación. Es importante que el Establecimiento de Salud del nivel correspondiente, coordine con las organizaciones sociales de las comunidades o barrios para la búsqueda activa y pasiva de casos sospechosos y cooperar en la notificación inmediata para que en acciones conjuntas se realice las actividades de control del vector (limpieza y eliminación de criaderos de mosquitos) y la fumigación como bloqueo de foco. Asimismo, se recomienda el trabajo en la promoción y prevención para lograr cambios conductuales mediante la participación comunitaria en los diferentes grupos sociales desde estudiantes hasta grupos de organizaciones sociales consolidados en los municipios con presencia del mosquito *Aedes aegypti*. Asimismo, la Política SAFCI nos da el marco ideológico y técnico para desarrollar actividades informativo-educativas de comunicación para el cambio con la propuesta de articular el Establecimiento de Salud con las organizaciones sociales de la comunidad o barrio en actividades que comprometan la participación comunitaria con características de permanencia y sostenibilidad. Estas condiciones nos permitirán el abordaje y transformación de las determinantes de la salud de esa comunidad o barrio. La comunicación en promoción de la salud, propicia espacios participativos que orienten a los actores sociales, a las personas y familias, en el fortalecimiento de los usos y costumbres o la construcción de nuevos saberes, promoviendo el abordaje a los problemas de salud y sus determinantes. En este caso el tema principal de los espacios informativo-educativos será la eliminación de criaderos de los mosquitos con la utilización de métodos físicos, biológicos y químicos, en las que participen activamente la persona, la familia y la comunidad. El instrumento estratégico: El Equipo de Comunicación para el Cambio como una instancia local de la comunidad o barrio que socializa información y genera procesos de reflexión en la población, a través de sesiones informativo educativas. Las acciones comunitarias de comunicación para el cambio al estar articuladas al Establecimiento de Salud están sujetas a evaluación de impacto, lo que nos permitirá medir las acciones propuestas en los diferentes ámbitos de acción de la estructura institucional y social. Participación y colaboración intersectorial

En todos los niveles públicos y de los organismos de salud, educación, medio ambiente, desarrollo social y turismo, entre otros sectores Participación de organizaciones no gubernamentales (ONGs) y organizaciones privadas, al mismo tiempo que debe mantener la comunicación y buscar la participación de toda la comunidad.

Manejo integrado del vector (MIV)

El control del mosquito es la más importante y única medida que puede lograr la interrupción de la transmisión de los virus transmitidos por vectores, como sucede con las enfermedades del Dengue, la Chikungunya y el Zika. Al ser la medida más eficiente y efectiva que puede lograr la interrupción de los virus transmitidos por vectores, se debe tener en cuenta el ciclo vital del mosquito, que se encuentra dividido en dos fases acuática y aérea. La fase acuática contempla el huevo, la larva y pupa, siendo las acciones de control vectorial la eliminación de criaderos y el empleo de biolarvicidas. La fase aérea contempla al mosquito emergido y las acciones de control recomendadas son el uso de repelentes y la fumigación. Por la importancia que reviste el control del vector se detallan a continuación los elementos claves que deben orientar la respuesta. Un control efectivo y operativo del vector transmisor de Dengue y Chikungunya, brinda las bases técnicas y operacionales para una preparación adecuada frente al virus Zika, debido a que estos virus son transmitidos por el mismo mosquito, el Aedes. Por ello, se recomienda utilizar e intensificar las acciones para la vigilancia y control vectorial desarrolladas para el Dengue y Chikungunya en el componente de MIV. Dada la alta infestación por Aedes aegypti, se recomienda que las medidas de prevención y control sean orientadas a reducir la densidad del vector, con la aceptación y colaboración de la población local en la adopción de dichas medidas. Por ello las autoridades deben: Fortalecer las acciones de ordenamiento ambiental, principalmente la eliminación de criaderos del vector en cada domicilio y en áreas comunes de los barrios y ciudades (parques, escuelas, cementerios, establecimientos de salud, hospitales, etc.). Organizar campañas de saneamiento intensivo para la eliminación de criaderos en zonas específicas donde se haya interrumpido la recolección regular de basura. Aplicar medidas para el control de criaderos con la utilización de métodos físicos, biológicos y químicos, en las que participen activamente la familia y la comunidad. Determinar las zonas de alto riesgo de transmisión (estratificación de riesgo) y dar prioridad a aquellas donde existan concentraciones de personas (escuelas, terminales de transporte, hospitales, establecimientos de salud, etc.). En esas instalaciones deberá eliminarse la presencia del mosquito en un radio de al menos 400 metros a la redonda. En zonas donde se detecte transmisión activa o casos importados de Dengue, Chikungunya o virus Zika, se sugiere utilizar tratamiento adulticida (a través de fumigación espacial), para eliminar los mosquitos adultos infectados y cortar la transmisión. Esta es una medida de carácter excepcional y solo es eficaz cuando la aplica personal debidamente capacitado y de acuerdo con las orientaciones técnicas internacionalmente aceptadas. Este trabajo se llevará a cabo con otras medidas, como las descritas anteriormente. La fumigación es otra de las intervenciones para interrumpir la transmisión y permite ganar tiempo para consolidar las actividades de eliminación de criaderos de larvas del vector. Elegir el insecticida apropiado (siguiendo las recomendaciones de OPS/OMS), y los estudios realizados por el Programa Nacional de Prevención y Control de estas enfermedades, verificando su etiquetado y formulación y tener en cuenta la susceptibilidad de las poblaciones de mosquito a ese insecticida. Mantener el equipo de fumigación en buen estado de funcionamiento y utilizarlo adecuadamente y contar con un lote de reserva de insecticidas. Garantizar la supervisión (control de calidad) del trabajo de campo de los operarios, tanto durante el tratamiento antilarvario (levantamiento entomológico y aplicación de biolarvicida) como en el de mosquitos adultos (fumigación). La aplicación integral (simultánea o coordinada) de las medidas de control del vector en espacio y tiempo (control adulticida y larvario, por personal entrenado, aunado a las acciones de saneamiento y el impulso de las acciones comunitarias), es esencial para lograr un impacto mayor. En el caso de una aparición de brote, se recomienda el bloqueo de foco, según protocolo que incluye el manzano correspondiente y ocho manzanos alrededor del caso notificado (vivienda).

Medidas de prevención personal

Es importante reducir al mínimo el contacto del vector con los pacientes infectados con dengue, chikungunya y virus Zika. La aplicación de esta medida ayuda prevenir la diseminación del virus y por ende de la enfermedad. Es necesario educar al paciente, a otros miembros del hogar y a la comunidad acerca del riesgo de transmisión y las medidas para disminuir la población de vectores y el contacto entre el vector y las personas. Se reiteran a continuación las siguientes medidas para reducir al mínimo el contacto del vector con los pacientes:

- El paciente debe descansar bajo mosquiteros, ya sea impregnados con insecticida o no.
- El enfermo, así como otros miembros del hogar, deberán usar ropa que cubra las extremidades tales como camisas con mangas largas y pantalones largos.
- Los repelentes se pueden aplicar a la piel expuesta o la ropa de vestir y debe usarse de conformidad con las instrucciones de la etiqueta del producto. (No hay evidencia sobre restricción del uso de estos

repelentes en embarazadas siempre y cuando se utilicen de acuerdo a las instrucciones de la etiqueta del producto).

- Emplear malla milimétrica en puertas y ventanas. Estas medidas de prevención personal son también efectivas para prevenir la transmisión del virus a personas sanas. En aquellas áreas sin casos autóctonos de infección por virus Zika se recomienda:
- Fortalecer la vigilancia basada en eventos para detectar los primeros casos. En base a la experiencia de Brasil y Colombia, deberán estar atentos a la aparición de conglomerados de enfermedad exantemática y febril de causa desconocida (en la que se ha descartado infección por dengue, chikungunya, sarampión, rubeola, parvovirus B19), y realizar pruebas de laboratorio para la detección de virus Zika.
- Dado que se han observado casos de Zika por transmisión sexual, se debe sugerir que las parejas sexuales adopten prácticas sexuales seguras especialmente si el hombre procede o estuvo en área endémica de Zika, debiendo prevenir la transmisión con el uso del condón o suspender las relaciones sexuales durante el embarazo.
- Se debe tener en cuenta la posible reactividad cruzada con el dengue en las pruebas serológicas, en particular si ha habido infección previa por dengue. La detección temprana permitirá la identificación de las cepas virales circulantes, la caracterización adecuada del brote y la implementación de una respuesta proporcionada.

Recomendaciones a viajeros

No se aplicará restricción alguna a los viajes o el comercio con países, municipios o departamentos con transmisión del virus del Zika. Antes de viajar, se debe recomendar a las personas que se dirigen a zonas con circulación de Dengue, Chikungunya y/o virus Zika, los posibles riesgos y las medidas apropiadas para reducir la posibilidad de verse expuestos a picaduras de mosquitos, como el uso de repelentes, ropa apropiada que minimice la exposición de la piel y uso de insecticidas o mosquiteros. Es importante además dar información actualizada a los viajeros que se dirigen a zonas con transmisión de estas infecciones, sobre los signos y síntomas del Dengue, Chikungunya o virus Zika, a fin de que puedan identificarlos durante su viaje. Esta información puede proporcionarse en las empresas transportadoras de pasajeros a zonas endémicas. Durante la estadía del viajero en lugares con transmisión de Dengue, Chikungunya o virus Zika, deberá aconsejarse que:

- Tomen las medidas adecuadas para protegerse de las picaduras de mosquitos, tales como el uso de repelentes, uso de ropas apropiadas que minimicen la exposición de la piel.
- Eviten lugares infestados por mosquitos.
- Utilicen mosquiteros o insecticidas o ambos.
- Reconozcan los síntomas de dengue, chikungunya o virus Zika y que soliciten inmediatamente atención médica en caso de presentar signos y síntomas.

Al regreso, debe recomendarse al viajero que acuda a un establecimiento de salud en caso de presentar signos y síntomas de dengue, chikungunya o virus Zika. Se deben poner en práctica las recomendaciones habituales de la OMS con respecto a la desinsectación de las aeronaves y los aeropuertos.

Referencias bibliográficas

1. Guía para la vigilancia de la enfermedad por el virus del Zika y sus complicaciones Washington, DC: OPS, 2016
2. Alerta Epidemiológica – Síndrome neurológico, anomalías congénitas e infección por virus Zika – Implicaciones para la salud pública en las Américas – Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud – 1 de diciembre de 2015

3. Declaración de la OMS sobre la primera reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika - <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committeezika/es/>

8 de Febrero de 2016

4. Informe del Centro de Operaciones de Emergencia en Salud Pública sobre microcefalias. Semana Epidemiológica 46. Ministerio de Salud de Brasil. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20925-ministerio-divulga-boletim-epidemiologico>

5. Guía Nacional para el Manejo de la Enfermedad por el Virus de la Chikungunya – Estado Plurinacional de Bolivia – Ministerio de Salud – Dirección Nacional de Servicios de Salud – Unidad de Epidemiología – Programa Nacional de Prevención y Control de Dengue – Chikungunya – Publicación No, 377 – La Paz - 2015

6. Boletín Epidemiológico Instituto Nacional de Salud Colombia. Semana Epidemiológica 46 de 2015. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/boletin-epidemiologico/Boletn%20Epidemiologico/2015%20Boletin%20epidemiologico%20semana%2045.pdf>.

7. Informe del Centro de Operaciones de Emergencias en Salud Pública sobre microcefalias. Semana Epidemiológica 47 de 2015. Ministerio de Salud de Brasil. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/novembro/30/COESMicrocefalias-InformeEpidemiologicoSE47-30nov2015.pdf>

8. Ministerio de Salud de Brasil. Microcefalia – Ministerio de Saude divulga boletim epidemiológico (internet). Disponible en: <http://portalsaude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/20805-ministerio-da-saude/20805-ministerio-da-saude-divulga-boletim-epidemiologico>

9. Información proporcionada por el Centro Nacional de Enlace del Reglamento Internacional de Salud de Brasil. Julio 2015. Fiocruz Pernambuco esclarece dúvidas sobre vírus Zika. Agência Fiocruz de Notícias. Disponible en <http://www.agencia.fiocruz.br/fiocruz-pernambuco-esclarece-d%C3%BAvidas-sobrev%C3%ADrus-zika>

10 Dengue. Guías para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control. Organization Mundial de la Salud 2009. WHO/HTM/NTD/DEN/2009.1

11. United States Center for Disease Control and Prevention (CDC). Insect Repellent Use & Safety. Disponible en: <http://www.cdc.gov/westnile/faq/repellent.html> (accedido el 29 de noviembre de 2015).

PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Dr. S. Arturo Pinto Ariñez
RESPONSABLE DEL PROGRAMA ITS/VIH/SIDA

INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH/SIDA en la actualidad es el mayor problema de salud pública del presente siglo debido al gasto económico que represente para cualquier país. Los avances de 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.

El nuevo informe sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), elaborado por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), pone a Bolivia, a nivel de Latinoamérica, en el segundo lugar en cuanto a la tasa de transmisión del virus, después de Chile.

El documento especifica que la tasa de transmisión en América Latina creció un 7%, entre 2010 y 2018. Ese dato sitúa a la región entre las zonas a vigilar dentro de la lucha contra el sida, que se está desacelerando en el mundo.

El organismo presentó su informe mundial actualizado el mes de julio de 2023, mismo que fue elaborado con datos enviados por los Estados miembros hasta diciembre de 2018. El estudio identifica a Chile como el país que más propaga el virus, con una tasa anual del 34%, es decir que en promedio se reportan 4.000 nuevos casos al año.

De acuerdo con datos del Ministerio de Salud y Deportes, desde 1984 (cuando se dio el primer caso) hasta diciembre de 2018 se reportaron 23.926 pacientes con VIH y 5.524 de ellos fallecieron por complicaciones en la fase sida. De los 18.402 portadores que viven, 10.020 siguen un tratamiento gratuito con retrovirales y del resto se desconoce porque desaparecieron tras el diagnóstico. El 45,1% de los portadores está en Santa Cruz.

En los ocho años, Bolivia ingresa al segundo lugar con una tasa anual de 22% de nuevos infectados en ese tiempo. El tercer lugar lo comparten Brasil y Costa Rica, con 21%; Uruguay tiene 9%; Honduras, un 7%; Guatemala, un 6%; y Argentina, un 2%.

El Programa Nacional VIH/Sida, del Ministerio de Salud, aseguró que la tasa de transmisión también está relacionada con que cada vez más personas acceden al diagnóstico y que en Bolivia se hicieron esfuerzos para captar a las personas que viven con VIH sin saberlo, con el fin de tratarlos con medicamentos, alargar su vida y frenar la propagación.

El Programa Nacional VIH/Sida, del Ministerio de Salud se trazó la meta de aumentar la pesquisa para detectar los casos antes de que pasen a fase sida y bajar el subregistro. Agregó que se diversificará las medidas de prevención a fin de que Bolivia cumpla con la cifra 90-90-90, quiere decir que el 90% de las personas que viven con VIH tienen que conocer su estado serológico y de ese porcentaje el 90% tiene que acceder al tratamiento con los retrovirales, y que el 90% de estas personas tengan una carga viral indetectable, es decir que se les dé la seguridad de que no existe el peligro de transmisión del virus a otras personas, que es el compromiso con ONUSIDA.

Según datos del organismo internacional, la cifra 95-95-95 quiere decir que hasta 2030 el 95% de las personas que viven con VIH tienen que conocer su estado serológico y de ese porcentaje el 95% tiene que acceder al tratamiento con los retrovirales, y que el 95% de estas personas tengan una carga viral indetectable, es decir que se les dé la seguridad de que no existe el peligro de transmisión del virus a otras personas.

El Programa Nacional VIH/Sida, del Ministerio de Salud y Deportes, da cuenta que del total de casos reportados en los primeros 15 años de la epidemia, el 38% eran pacientes en fase sida (etapa terminal), pero para 2018 el porcentaje disminuyó a 11%. Indica también que el 99% de las infecciones se producen por transmisión sexual entre personas que “no tienen conciencia de los peligros de tener relaciones sexuales con personas desconocidas y sin la protección correspondiente”. “Los jóvenes y adolescentes son los sectores más vulnerables”.

“Los casos de drogadictos que se infectan con inyectables son esporádicos y llegarán máximo al 1%”, destacó. “En 12 años hubo un incremento importante, eso es cierto. Pero estamos lejos de lo que pasa en muchos países de África donde el 20 o 30% de su población tiene el mal. Igualmente, va a pasar un buen tiempo antes de que podamos erradicarla completamente”.

La prevalencia del VIH en Bolivia es del 0,15%¹ y se caracteriza por estar concentrada en las poblaciones de alto riesgo, por ejemplo, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. La principal vía de transmisión es sexual, con un 97%, y la transmisión materno-infantil representa el 2% de los casos. De todas las infecciones por el VIH, el 27% ocurre en adolescentes y jóvenes de entre 15 y 24 años de edad. Si bien existen más hombres infectados con el virus, la relación mujer/hombre va disminuyendo dado que cada vez más mujeres son seropositivas, incluidas mujeres embarazadas. Actualmente, 18 hombres son seropositivo por cada 10 mujeres que lo son. En los últimos años, las infecciones por el VIH han aumentado rápidamente. Entre 1984 y 2012 se notificaron alrededor de 9.296 casos de VIH/SIDA en Bolivia, de los cuales el 43% fue informado en los últimos tres años, lo que indica un aumento sostenido de nuevos casos de VIH. Existe disparidad geográfica y los departamentos más afectados son Santa Cruz (52%), Cochabamba (20%) y La Paz (17%).

CONCEPTOS VIH /SIDA

QUE ES EL VIH

VIH significa virus de inmunodeficiencia humana. Se trata de un virus que destruye determinadas células del sistema inmunitario (la defensa del cuerpo contra las enfermedades que nos ayuda a mantenernos sanos/as). Cuando el VIH daña el sistema inmunitario, es más fácil enfermarse de gravedad e incluso morir a causa de infecciones que el cuerpo normalmente podría combatir.

El VIH puede afectar a cualquiera. La mayoría de las personas VIH- positivas no tienen síntomas durante años y sienten que gozan de buena salud, de modo que es posible que ni siquiera sepan que viven con el virus.

Una vez contraído el virus, este permanece en el organismo de por vida. No existe cura para la infección por VIH, pero hay medicamentos que ayudan a mantenerse sano/a durante más tiempo y que disminuyen las posibilidades de transmitir a otras personas. El tratamiento es muy importante (por eso, es vital realizarse las pruebas). Prácticamente todas las personas que VIH-positivas que no se tratan mueren a causa del virus. Pero con medicamentos, las personas que viven con el VIH pueden mantenerse sanos/as y vivir muchos años.

QUE ES EL SIDA

El SIDA es una enfermedad causada por el daño que el VIH produce en el sistema inmunitario. Una persona llega a la etapa SIDA cuando contrae infecciones raras y peligrosas o tiene un número extremadamente bajo de células CD4. El SIDA es la fase más grave de la infección por VIH y, con el tiempo, termina provocando la muerte.

Sin tratamiento, usualmente transcurren 10 años desde que se contrae el VIH hasta la aparición del SIDA. El tratamiento desacelera el daño que causa el virus y ayuda a que las personas que viven con el virus se mantengan sanos/as durante varias décadas antes de que se manifieste el SIDA.

FORMAS DE TRANSMISION DEL VIH/SIDA

- **SEXUAL:** Contacto de fluidos sexuales con membranas mucosas

En Bolivia, la forma de transmisión más frecuente es el sexo sin protección. Puedes protegerte y proteger a tu pareja usando condones o barreras de látex bucales cada vez que tienen relaciones sexuales y evitando compartir agujas.



- **SANGUÍNEA** Sanguínea: Contacto con sangre a través de jeringas compartidas o transfusiones no controladas



- **MATERO INFANTIL O VERTICAL:** De madre a hijo durante el embarazo, parto o lactancia.

Este virus también se puede transmitir al bebé durante el embarazo, el parto o el amamantamiento. Una embarazada que vive con el VIH puede tomar medicamentos que reducen considerablemente las posibilidades de que el bebé adquiera VIH.



EL VIH NO SE TRANSMITE POR:

- Abrazar
- Besar a una persona. Cuidando que no hayan mordidas fuertes o intercambio de sangre
- Compartir cubiertos, platos, vasos, tazas
- Compartir ropa
- Las picaduras de zancudos o mosquitos
- Usar el mismo baño, ni bañarse juntos o ir a la piscina
- El sudor, las lágrimas o la saliva. Estos fluidos pueden contener VIH pero su cantidad es tan insignificante que NUNCA representa riesgo de transmisión
- Apretón de manos

¿ CÓMO NO SE TRANSMITE EL VIH ?



FORMAS DE PREVENCIÓN DEL VIH

¿ CÓMO SE PREVIENE EL VIH POR VÍA SEXUAL ?



¿ CÓMO SE PREVIENE EL VIH POR VÍA SANGUÍNEA ?



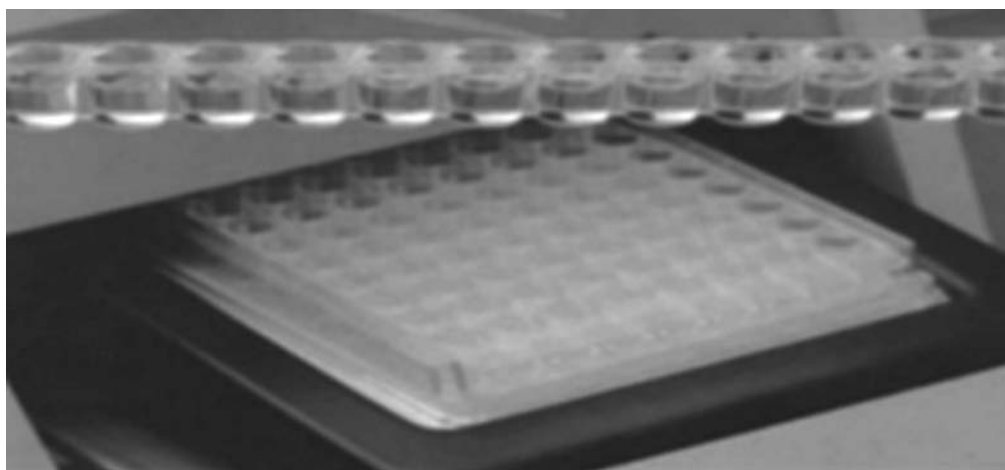


DIAGNOSTICO DEL VIH

- **PRUEBA RAPIDA.**- Se realiza a través de la prueba rápida del VIH que se encuentra en los centros de salud. Es una prueba gratuita voluntaria y confidencial



- ELISA DE 4ª GENERACION



La prueba de laboratorio para el diagnóstico del VIH es:

- Voluntaria
- Informada
- Confidencial
- GRATUITA

PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR LA PRUEBA RAPIDA DEL VIH

1.- Todo el material necesario antes de empezar:

- Lanceta,
- Tarjeta con la prueba,
- Buffer con tapón de arrastre

2. Preparar la tarjeta con la prueba rápida y

- Escribir el código en el espacio correspondiente

3.- Seleccionar el dedo, limpiar con alcohol y dejar secar

4. Con la palma de la mano hacia arriba colocar la lanceta en la punta del dedo y presionar

5. Eliminar la primera gota de sangre

6. Se procede a la prueba

7. Elimine la lanceta cuidadosamente y evitando pincharse, en el recipiente de los desechos

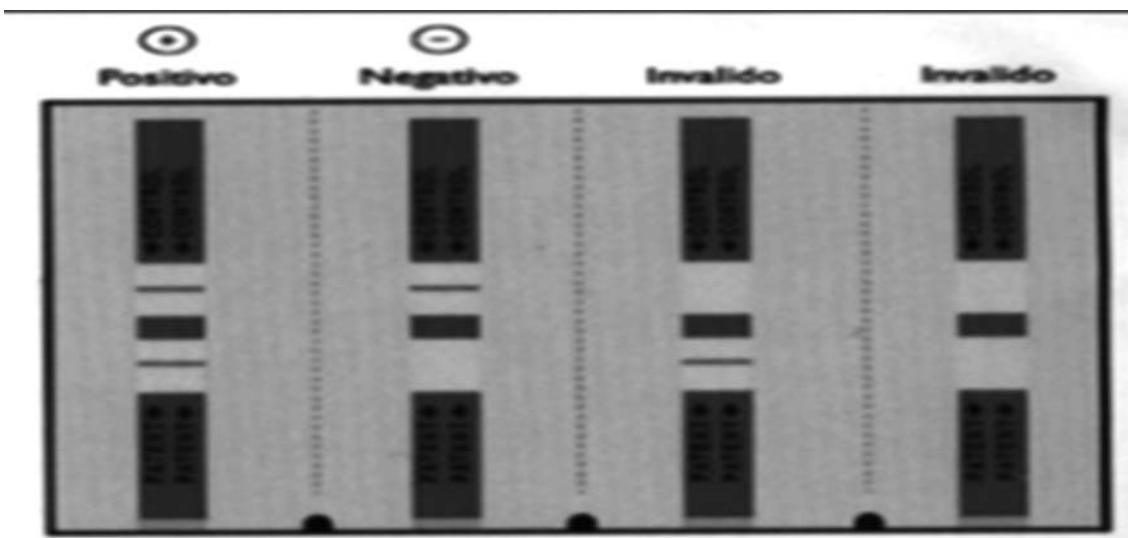
8. Migración de la muestra

9. Se añade una gota de buffer en la superficie absorbente, espere 15 minutos y se da lectura al resultado

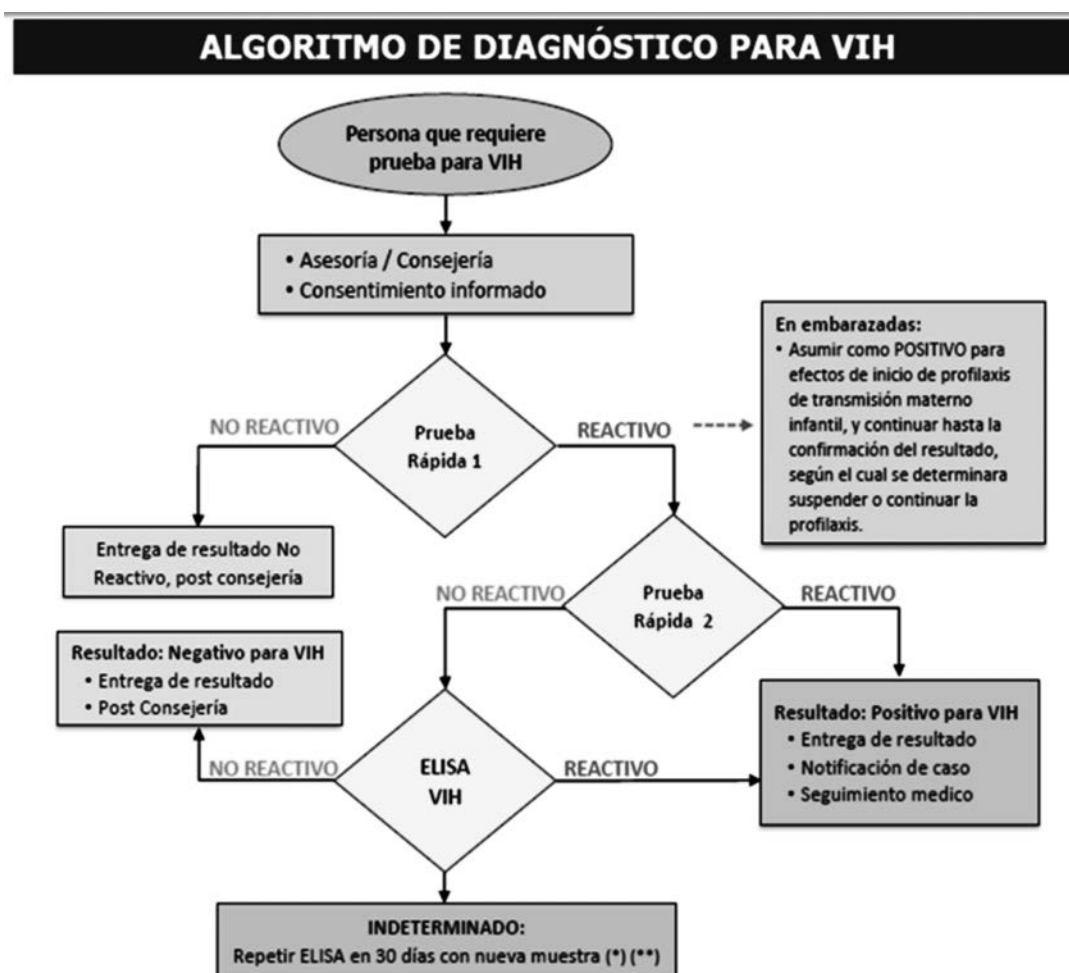
10.- Lectura e interpretación

- Reactivo dos líneas de color rojo

- No reactivo (Negativo) una sola línea roja en la ventana de control.
- No Valido (Invalido) Ausencia de línea roja EN LA VENTANA DE CONTROL, AUSENCIA DE LINEA ROJA EN LAS DOS VENTANAS.



INSTRUCTIVO TÉCNICO ALGORITMO DE DIAGNOSTICO PARA VIH.



- Prueba Rápida 1 (prueba de tamizaje) debe ser una prueba rápida con sensibilidad >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 1 es reactivo. Debe ser una prueba rápida diferente a la prueba rápida 1. Con especificidad >del 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 4ta Generación con sensibilidad del 100 % y especificidad del 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.

REACTIVO: Reporte 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.

REACTIVO: Reportar como POSITIVO.

NO REACTIVO: Reportar como NEGATIVO.

INDETERMINADO: ($\pm$ 10 % valor de corte) Reportar indeterminada y solicitar una nueva muestra en un mes para repetir el ELISA (el paciente podría estar en periodo ventana o de cero conversión).

EMISION DEL RESULTADO FINAL.

El laboratorio registrara los datos y resultados de las pruebas en el sistema de información de donde podrá emitir resultados tomado en cuenta los siguientes criterios.

POSITIVO: cuando tiene las dos pruebas Rápidas Reactivas o 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 indeterminada. En este caso se debe repetir esta prueba en 30 días.

NOTIFICACION DE CASO

Todo caso VIH POSITIVO debe ser registrado en la "FICHA DE NOTIFICACION DE CASOS NUEVOS DE VIH/SIDA y reportar al Programa Departamental ITS/VIH/SIDA y/o CDVIR, CRVIR del SEDES respectivo

COINFECCIÓN VIH Y TB

Conceptos fundamentales

- En la actualidad, la TB continúa siendo la principal causa de muerte de pacientes infectados por el VIH.
- La interacción más relevante entre el TARV y el tratamiento anti-TB está motivada porque las rifampicina, fármacos fundamentales en el tratamiento de la TB, son potentes inductores del CYP3A4.

- Dolutegravir se afecta con la coadministración de rifampicina. Esta interacción se compensa duplicando la dosis de Dolutegravir (50 mg/12h). El uso combinado de inhibidores de la proteasa potenciados con ritonavir (IP/r) con rifampicina planea serios problemas de toxicidad.
- La mayor parte de las guías de TARV no consideran al EFV un fármaco de primera elección para iniciar el tratamiento. Sin embargo, en el caso de los pacientes con TB, sigue constituyendo una alternativa factible.
- La OMS recomienda que todos los contactos domésticos de los pacientes con TB y las personas con VIH se sometan a pruebas de detección de la TB activa. Si se descarta la TB activa, se debe iniciar el tratamiento preventivo de la TB.
- Considerando las posibles interacciones farmacológicas entre la rifampicina, la rifapentina y los medicamentos antirretrovirales, la opción de tratamiento preventivo de TB con Isoniacida es la preferente.

Introducción

La tuberculosis (TB) asociada a la infección por VIH es uno de los mayores problemas de salud a nivel mundial. En 2015 de los nuevos casos de TB diagnosticados en el mundo, el 10% (más de un millón) ocurrieron en pacientes con VIH. En el mismo año 374.000 personas infectadas por VIH fallecieron por TB, lo que supuso el 22% de los casos de fallecimiento por TB en el mundo. (111)

En la actualidad, la TB continúa siendo la principal causa de muerte de pacientes infectados por el VIH. El riesgo anual de reactivación de TB entre personas con VIH sin tratamiento antirretroviral (TARV) es del 3-16% por año, lo que supone aproximadamente el mismo riesgo (5%) de desarrollar TB a lo largo de toda la vida de personas no infectadas por VIH con infección latente tuberculosa. (112)

Su incidencia es mayor a medida que aumenta la inmunodepresión, pero a diferencia de otras infecciones oportunistas la TB puede ocurrir en cualquier paciente infectado por VIH con independencia de su cifra de linfocitos CD4+. (113,114) Aunque el TARV reduce la incidencia de TB en pacientes con infección por VIH, el riesgo de TB entre estos continúa siendo mayor que en la población general. (115)

Por último, el desarrollo de TB supone un factor independiente de aumento del riesgo de progresión de la enfermedad y muerte en pacientes infectados por el VIH.

Por todo ello, la TB, pese a ser una enfermedad prevenible y curable, continúa siendo uno de los principales problemas de salud en pacientes infectados por VIH.

Tratamiento de la TB sensible a fármacos en pacientes con infección por el VIH.

En general, el enfoque terapéutico para el tratamiento de la TB en adultos infectados por VIH es muy similar al de los adultos sin infección por VIH, aunque en los pacientes con infección por VIH debemos abordar posibles interacciones farmacológicas y el momento óptimo para iniciar el tratamiento antirretroviral (TARV) en pacientes que no lo recibían previamente.

La decisión de iniciar un tratamiento antituberculoso, debe tomar en cuenta la probabilidad de resistencia a uno de ellos, habitualmente a Isoniacida (H).

Se considera que esta probabilidad es elevada cuando la prevalencia de resistencia primaria a H en la comunidad es superior al 4%, el paciente ha recibido un tratamiento previo con fármacos antituberculosos, procede de un país con alta prevalencia de resistencias o ha estado previamente expuesto a un caso de TB resistente.

El esquema terapéutico recomendado se basa en la administración de una combinación de 4 fármacos que incluya a H, Rifampicina (R), Pirazinamida (Z) y Etambutol (E) durante dos meses (fase inicial); y tras confirmar la mejoría clínica

del paciente, la adherencia al tratamiento y las resistencias basales, se continuará con H y R durante al menos 4 meses más (116-121)

La H compete con la vitamina B6 (piridoxina) en su acción como cofactor en la síntesis de neurotransmisiones sinápticas; como consecuencia, su administración podría dar lugar a efectos secundarios neurológicos como la neuropatía periférica, ataxia y parestesias. El riesgo de efectos secundarios neurológicos se reduce mediante la administración concomitante de piridoxina a dosis de 10-50mg/día. (122)

Recomendaciones

- Se recomienda iniciar el tratamiento de la TB con 4 fármacos (HRZE).
- El inicio de un tratamiento frente a la TB sensible a fármacos en pacientes infectados por VIH debe abordar posibles reacciones adversas e interacciones medicamentosas y el momento óptimo para el inicio del TARV en pacientes sin tratamiento previo.
- El tratamiento antituberculoso se debe administrar a diario. Se recomiendan los tratamientos directamente observados (TDO) en pacientes con antecedentes de enolismo, indigencia, toxicomanía, problemas psiquiátricos y con historia de mala adherencia al tratamiento antirretroviral.
- La duración del tratamiento de la TB pulmonar en pacientes infectados por VIH que reciben tratamiento antirretroviral y con evidencia de correcta adherencia durará un total de 6 meses de tratamiento efectivo (2HRZE+4HR).
- La coexistencia de una hepatopatía crónica debe ser evaluada antes de iniciar el tratamiento antituberculoso pues en ese caso el riesgo de hepatotoxicidad se incrementa.
- La hepatopatía crónica de base no contraindica la pauta de tratamiento habitual.
- Z y E requieren ajuste de dosis según la función renal. En pacientes con filtrado glomerular estimado.

Inicio de TARV en pacientes infectados por el VIH con TB

El mejor momento para iniciar TARV en un paciente infectado por VIH con TB ha sido un tema de intenso debate.

El estudio SAPIT (128), ensayo clínico aleatorizado, abierto y realizado en Sudáfrica tenía como objetivo principal comparar la influencia que tiene en la mortalidad el momento de iniciar el TARV en pacientes infectados por el VIH con TB. Se incluyeron en el estudio 642 pacientes infectados por el VIH con TB y cifras de linfocitos CD4+ inferior a 500 cels/μL, que fueron distribuidos aleatoriamente a recibir un régimen de TARV (ddl+3TC+efavirenz), administrado durante las primeras cuatro semanas de iniciado el tratamiento de la TB (grupo 1: tratamiento precoz integrado), tras las 4 primeras semanas de iniciado el tratamiento anti-TB (grupo 2: tratamiento tardío integrado) o tras finalizar el tratamiento de la TB (grupo 3: tratamiento secuencial). Este ensayo concluye que, para los pacientes con una mediana de CD4+ de 150 cels/μL, es mejor empezar el TARV en los dos primeros meses de tratamiento anti-TB.

Por tanto, de los ensayos clínicos y meta análisis analizados se pueden inferir las siguientes conclusiones: (129-131)

- Iniciar el TARV durante el tratamiento de la TB reduce el riesgo de muerte en pacientes infectados por el VIH.
- Este beneficio es mayor en los pacientes con recuentos más bajos de linfocitos CD4+.
- En pacientes con recuentos de linfocitos CD4+ inferiores a 50 cels/μL iniciar el TARV en las cuatro primeras semanas del tratamiento de la TB reduce el riesgo de muerte.

- En pacientes con cifras de linfocitos CD4+ superiores a 50 cels/ μ L iniciar el TARV una vez finalizada la fase de inducción del tratamiento de la TB reduce el riesgo de efectos adversos y SRI sin comprometer la supervivencia.

Régimen de TARV

En pacientes con infección por VIH, el tratamiento concomitante antiviral y de la TB conlleva un buen número de problemas. Las interacciones entre fármacos antirretrovirales y anti-TB, el solapamiento de toxicidad, el desarrollo o presencia de resistencia y el elevado número de fármacos necesarios son alguno de los problemas que limitan las opciones terapéuticas y dificultan el adecuado tratamiento simultáneo de ambas enfermedades.

La interacción más relevante entre el TARV y el tratamiento anti-TB está motivada porque las rifamicinas, fármacos fundamentales en el tratamiento de la TB, son potentes inductores del CYP3A4, uno de los sistemas enzimáticos más importantes para el metabolismo de la mayoría de las familias de fármacos antirretrovirales como Inhibidores de la proteasa (IP), inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos (ITINN) y maraviroc, provocando una disminución de sus concentraciones plasmáticas. Los inhibidores de la integrasa se metabolizan primero por glucuronidación (UGT1A1), y son sustrato de la glicoproteína P, ambos también inducidos por rifampicina. (132-135)

Efavirenz, a dosis de 600 mg/día, es el fármaco de cuyo uso se dispone una mayor experiencia e información en pacientes con TB, ya que ha sido el fármaco utilizado en los estudios diseñados para evaluar el momento óptimo de inicio de TARV. (138-140).

Este es un argumento adicional para recomendar regímenes basados en Efavirenz como de uso preferente en pacientes infectados por VIH-1 con TB. En esta situación no se considera necesario incrementar la dosis de Efavirenz a 800 mg al día. En el caso de nevirapina, tampoco es necesario modificar la dosis habitual. (141)

En relación a los inhibidores de la integrasa hay que tener en cuenta que rifampicina es un inductor potente de la enzima responsable de su metabolismo, la UGT1A1. Rifampicina produce un descenso del AUC de raltegravir del 40%. (142)

Dolutegravir es un inhibidor de la integrasa del VIH cuyas concentraciones también se afectan con la coadministración de rifampicina (19-21). La AUC de Dolutegravir se reduce un 54% al administrarlo conjuntamente con rifampicina en voluntarios sanos. Este descenso se compensa duplicando la dosis de Dolutegravir (50 mg/12h). (143)

En el estudio INSPIRING, los autores del estudio concluyen que Dolutegravir 50 mg/12h parece efectivo y se tolera bien en adultos coinfectados con HIV/TB en tratamiento con rifampicina. (144)

Pautas de TARV

La principal dificultad radica en las posibles interacciones medicamentosas con los fármacos antituberculosos, especialmente relevantes en el caso de las rifamicinas. Tanto para los pacientes que inician TARV como para los pacientes que ya están recibiendo TARV, el régimen debe construirse de acuerdo a los principios para la elección de FAR en pacientes en tratamiento para TB que se sintetizan a continuación.

Fármacos que no pueden utilizarse

No se pueden coadministrar con rifampicina los otros ITINN diferentes de EFV (RPV, ETR y DOR), ningún IP (potenciado o no), ni EVG, ni RAL 1200 mg una vez al día, ni BIC ni cabotegravir. Existen argumentos farmacocinéticos en contra de la administración de rifampicina con RAL en su nueva formulación de administración 1200 mg una vez al día o BIC. Recomendaciones

- En pacientes con infección por VIH y TB en tratamiento con rifampicina se recomienda como régimen de TARV de inicio de uso preferente la combinación de TDF/3TC (dosis habituales) o abacavir/lamivudina (dosis habituales) más Efavirenz.

- Se recomiendan como regímenes alternativos: raltegravir (800 mg cada 12 horas) con TDF/emtricitabina o abacavir/lamivudina o Dolutegravir (50 mg/12horas) con abacavir/lamivudina o TDF/emtricitabina.
- En situaciones especiales en las que no sea posible utilizar ninguno de los regímenes anteriores, se puede valorar el uso de otros regímenes de TARV como maraviroc (a dosis de 600 mg cada 12 horas) con tenofovir/emtricitabina o abacavir/lamivudina o nevirapina (dosis habituales) con TDF/emtricitabina o abacavir/ lamivudina o lopinavir/ ritonavir (a dosis 800/200 mg cada 12 horas) con TDF/emtricitabina o abacavir/lamivudina.

Infección tuberculosa latente

La TB sigue siendo la principal causa de muerte entre las personas con VIH. El tratamiento preventivo de la TB actúa de forma sinérgica con la terapia antirretroviral para prevenir la TB y salvar vidas. Gobiernos, servicios de salud, asociados, donantes y sociedad civil deberán redoblar sus esfuerzos para aumentar el acceso al tratamiento preventivo de la TB hasta los niveles previstos.

Las nuevas directrices unificadas de la OMS recomiendan una serie de enfoques innovadores para ampliar el acceso al tratamiento preventivo de la TB:

La OMS recomienda ampliar la aplicación del tratamiento preventivo de la TB entre las poblaciones de mayor riesgo, como los contactos domésticos de los pacientes con TB, las personas con VIH y otras personas en situación de riesgo por tener una inmunidad «reducida» o vivir en condiciones de hacinamiento.

La OMS recomienda integrar los servicios de tratamiento preventivo de la TB en las actividades actuales de detección de casos de TB activa. Se recomienda que todos los contactos domésticos de los pacientes con TB y las personas con VIH se sometan a pruebas de detección de la TB activa. Si se descarta la TB activa, se debe iniciar el tratamiento preventivo de la TB.

La prueba de la infección por TB (prueba cutánea de la tuberculina o un análisis de liberación de interferón gamma) no es necesaria antes de iniciar el tratamiento preventivo de la TB en personas con VIH y en niños menores de cinco años que estén en contacto con personas con TB activa.

Considerando las posibles interacciones farmacológicas entre la rifampicina, la rifapentina y los medicamentos antirretrovirales, la opción de tratamiento de la ITBL con Isoniacida es la preferente, no se recomienda pautas de terapia preventiva que contengan Rifampicina.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ministerio de Salud. Guía Para La Prevención de la transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita La Paz-Bolivia 2014.
2. Ministerio de Salud. Normas Nacionales de Atención Clínica Bolivia 2012.
3. Ministerio de Salud. Guía del manejo Sindrónico de las Infecciones de Transmisión Sexual La Paz Bolivia 2010.
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. Guía de Terapia Antirretroviral de Adultos La Paz – Bolivia 2017
- 6.- Ministerio de Salud. Guía de Terapia Antirretroviral en Niños La Paz – Bolivia 2017

SISTEMA DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Dra.: Gladys Avalos Carvajal

RESP. CENTRO COORDINADOR DE EMERGENCIAS EN SALUD DEPARTAMENTAL

Dra. Ximena Marisol Mamani Vargas

TECNICO AREA CLINICA DE LA UNIDAD DE GESTION HOSPITALARIA

I. INTRODUCCION

A comienzos de la década de los 80 se produce uno de los cambios más importantes del Sistema de Salud, se implementa en Bolivia, como consecuencia de la Declaración de Alma Ata, la estrategia de la Atención Primaria de Salud que con la implementación del Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud, se conforman las áreas y los distritos de salud, enfatizando la importancia, por primera vez de los establecimientos del primer nivel, acercándolos 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 resolutive. Desde ese hecho 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.

El Sistema de Referencia y Contrareferencia, se comienza a implementar en los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención, el año 1996, buscando una respuesta efectiva institucional, pretendiendo que todos los Servicios de Salud, actúen en el marco de la Red de Servicios, la cual nos ofrece respaldo y seguridad, para su funcionamiento las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Este Sistema, si bien es de antigua data, todavía debe ser desarrollado, creando los vínculos institucionales, que son los eslabones, que nos permiten unir a todos los Centros de Salud.

La red de servicios mediante la integración de establecimientos, deben articularse, coordinan, compartir e intercambiar conocimientos, experiencias y recursos, a partir de estas acciones bien identificadas se debe alcanzar el objetivo de mejora continua, la red está conformada por un conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel interrelacionado e interconectado mediante el componente de referencia y contra referencia, con la finalidad de garantizar la solución del problema de salud del paciente asegurando la mejor capacidad resolutive.

La importancia de la referencia y contrareferencia es contribuir a la eliminación de la exclusión social en salud, reivindicando, fortaleciendo y profundizando la toma de decisiones sobre la gestión tomando en cuenta a la persona, familia y comunidad.

II. MARCO CONCEPTUAL.

1.- Definición del sistema de referencia, transferencia y contrareferencia. – Es un conjunto de mecanismos técnicos/administrativos mediante los cuales se interrelacionan y complementan los establecimientos de salud de todos los niveles de atención del sistema nacional de salud, que incluyen los diferentes subsectores y la medicina ancestral boliviana, con el objetivo de brindar atención médica oportuna, continua, integral y con calidad, dentro de la red funcional de servicio en salud, garantizando el acceso al establecimiento de salud, de mayor capacidad resolutive en caso de que el paciente requiera tratamiento o exámenes complementarios de diagnóstico; una vez resuelto el problema de salud del paciente se garantizara que este sea contrarreferido al establecimiento de origen para su seguimiento y control posterior.

- A. Referencia. – Es el proceso por el cual un paciente es derivado desde un establecimiento de salud a otro con mayor capacidad resolutive para que se le otorgue servicios necesarios de diagnóstico y/o tratamiento, asegurando la continuidad de la atención en salud según normativa emitida por el ministerio de salud y deportes.
- B. Transferencia. –Es el proceso administrativo asistencias, mediante el cual, un paciente es remitido de un establecimiento de salud a otro del mismo nivel, tipo o categoría con capacidad resolutive diferente, o desde uno de nivel superior a otro inferior.

- C. Contrarreferencia. - Es el proceso por el cual un paciente es obligatoriamente derivado desde el establecimiento de mayor complejidad al establecimiento de salud de primer nivel de atención donde está adscrito en cuanto le fueron otorgado los servicios de diagnóstico y/o tratamiento que necesitaba, asegurando la continuidad de la atención en salud según normativa emitida por el ministerio de salud y deportes.
- D. Interconsulta. - Es la solicitud de atención para la valoración, que el médico tratante realiza a otros profesionales cuyo concurso es necesario para la atención del paciente, en el mismo nivel u otro a través de la transferencia si fuese el caso.
- E. Traslado. - Son las diferentes acciones de acuerdo a normas establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes, realizadas para llevar uno o varios pacientes de un establecimiento de salud a otro.
- F. Calidad de referencia. - Son el conjunto de estándares en los que se refleja los criterios de calidad de una referencia; Adecuada, Justificada y Oportuna.
- G. Emergencia. - Es la situación de salud que se presenta repentinamente, ya que presenta signos y síntomas que indican gravedad, lleva implícito una alta probabilidad de perder la vida o quedar con secuelas invalidantes, requiere atención o tratamiento inmediato para estabilizarlo y luego referirlo, si el establecimiento tiene escasa capacidad resolutive.
- H. Urgencia. - Es una situación de salud que se presenta también repentinamente, pero sin riesgo de perder la vida y pueda requerir de asistencia médica dentro de un periodo de tiempo razonable para calmar la signo-sintomatología o para prevenir complicaciones mayores.

2.- ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA; CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD

- A. Redes funcionales de servicio de salud. – Es el conjunto de recursos humanos, físicos y financieros de los establecimientos de salud de primer nivel, segundo y tercer nivel, organizados y articulados según criterios respetando saberes, conocimiento y prácticas de la medicina tradicional, culturales, técnicos 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 y daño.
- B. Redes funcionales de emergencias. – Es el conjunto de establecimientos de salud de primer, segundo, tercer nivel de atención, que se caracterizan por estar organizados por especialidades y capacidad resolutive de sus servicios de urgencias y emergencias.
- C. Niveles de atención en salud. – Se definen por su capacidad técnica, instalada y resolutive, son los responsables de la solución de los problemas de salud y deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable.
- D. Cartera de servicios del establecimiento de salud. – Es la nómina de servicios que ofertan los establecimientos de salud, dependiendo de su capacidad resolutive (infraestructura, recursos humanos, equipamiento, tecnologías, insumos y medicamentos), según su nivel de atención.
- E. Centro coordinador de emergencias de salud departamental (CCES-D). –Es una instancia departamental de coordinación/operativa, que corresponda y coordina la atención de urgencia, emergencias, catástrofes o desastres y traslado de usuarios en ambulancia, vía terrestre, aérea y fluvial en el departamento, garantiza la coordinación y atención prehospitalaria e interhospitalaria, la referencia y la atención a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios del sistema de referencia y contrarreferencia, y su admisión oportuna en el establecimiento de salud de destino en coordinación con los establecimientos de salud y otras instancias concurrentes al evento como ser bomberos de la policía, policía Boliviana, SAR-FAB y otros , para que su

problema de salud sea resuelto en forma rápida, oportuna, efectiva con personal debidamente entrenado y calificado.

- F. Transporte sanitario de emergencias de salud-Municipal (TSES-M). – Es una instancia local municipal operativa que depende de la dirección municipal de salud, de cada gobierno autónomo municipal que corresponde, gestiona los servicios locales de atención urgencias, emergencias catástrofes o desastres en salud y traslado de usuarios en ambulancia, vía terrestre, aérea y fluvial, en el municipio, garantiza la atención prehospitalaria e interhospitalaria, la referencia y la atención a los pacientes o usuarios que solicitan los servicios del sistema de referencia y contrarreferencia, en coordinación del CCES-D y los establecimientos de salud en sus diferentes niveles de atención en el municipio.
- G. Atención prehospitalaria. – Es la atención a personas enfermas, heridas, accidentadas o víctimas de desastres o catástrofes, en el lugar donde se encuentren y durante su traslado prehospitalario, antes de llegar al servicio de salud, cuya condición clínica puede ser leve, moderada o severa, cuyo objetivo de limitar el daño y estabilizar orgánico-funcional, desde primeros auxilios hasta la atención médica y referencia del paciente a un establecimiento de salud adecuado para la atención y resolución del cuadro.
- H. Atención Interhospitalaria. – Es la atención del paciente durante el traslado de referencia y transferencia, entre establecimientos o servicios de salud.
- I. Red de ambulancias. – Compuesta por un conjunto de ambulancias entre terrestres, aéreas y fluviales, cuya utilización se basa en la selección de la ambulancia más adecuada en relación a las características de la urgencia, emergencia, desastre o catástrofe, cuyo rol principal es la atención, estabilización y traslado en forma rápida, adecuada y oportuna del paciente al establecimiento de salud.
- J. Protocolo transtelefonico de los CCES. – Bajo el protocolo de atención, a través de teleoperadores con el usuario que realiza una llamada en una situación de emergencia, urgencia, para orientar las medidas a realizarse en el lugar hasta la llegada de personal o unidad médica asistencial.
- K. Triage. – Proceso de Selección y clasificación de pacientes, para manejo en servicios de emergencia y urgencia basados en las necesidades terapéuticas y recursos disponibles.

3.- FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE REFERENCIA, TRANSFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Cuyos requisitos son:

- Organización de la red funcional de servicios en salud
- Cartera de servicios
- Organización de la red de emergencias
- Comités de referencia, transferencia y contrarreferencia nacional, departamental, de red y hospitalario y/o establecimiento de salud
- Modelo de implementación de la referencia, transferencia y contrarreferencia basados en los criterios AJO
- Documentación completa para una referencia, transferencia y contrarreferencia
- Uso del formulario de referencia de medicina tradicional como anexo del formulario D7
- Uso del sistema informático establecido por el Ministerio de Salud y Deportes.

4.- CRITERIOS DE CALIDAD A.J.O.

ADECUADA	JUSTIFICADA	OPORTUNA
1. Paciente con signos vitales registrados 2. Soporte vital básico 3. Claridad y coherencia en la anamnesis y examen físico 4. Tratamiento inicial según patología y protocolos vigentes	1. La resolución del problema del usuario sobrepasa la capacidad resolutoria instalada en el establecimiento 2. La evolución del cuadro no fue favorable con el tratamiento inicial establecido conforme al protocolos 3. El diagnóstico del hospital que recibe al paciente confirma o tiene relación con el diagnóstico de referencia	1. El traslado de la referencia se efectúa conforme al Triage y protocolos de atención, de acuerdo a los tiempos establecidos; ni razones administrativas inherentes al traslado 2. Control durante el traslado, en la hoja de monitoreo para traslado de pacientes.
5. Consentimiento informado y firmado por el paciente o familiar (menor de edad) 6. Formulario de referencia, transferencia llenada con letra clara y legible, firmada por el responsable de la referencia, sello del establecimiento que refiere 7. Registro de comunicación al establecimiento y CCES 8. Traslado en ambulancia en situaciones de urgencias o emergencias 9. Acompañado por médico o personal de salud informado en el caso de acuerdo a la gravedad y/ complejidad		

5.- DOCUMENTACIÓN PARA REFERIR, TRANSFERIR Y CONTRARREFERIR AL PACIENTE. -

El registro de pacientes referidos, transferidos y contrarreferidos se realizará en documentos oficiales aprobados por el Ministerio de Salud y Deportes.

A. FORMULARIO DE REFERENCIA D-7.-

En caso de que previamente se ha atendido a un paciente por un médico tradicional, se debe adjuntar al formulario D7 el formulario de referencia de servicio de medicina tradicional.

Instrucciones para llenar el FORMULARIO D7-REFERENCIA. Anexo 1

• DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD REFERENTE C1

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: Anotar el establecimiento de salud del que se refiere al paciente.

NIVEL DEL E.S.: Anotar el nivel que corresponde al establecimiento de salud.

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE: Sello del establecimiento de salud que realiza la referencia.

RED DE SALUD: Anotar nombre de la Red funcional de servicios al que pertenece el establecimiento de salud referente.

MUNICIPIO: Anotar nombre del municipio al que pertenece el establecimiento de salud referente.

FECHA Y HORA DE INGRESO: Anotar la fecha en la que ingresa el paciente (día/mes/año) y la hora marcando la hora militar.

FECHA Y HORA DE ENVIÓ: Anotar la fecha que se envió al paciente (día/mes/año) y la hora marcado en hora militar.

TEL/CEL DEL E.S. DE SALUD: Anotar el teléfono o celular del establecimiento de salud.

• **IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE C2:**

Anotar el apellido paterno, apellido materno y nombres del paciente, asegurando que sean correctos.

FECHA DE NACIMIENTO: Anotar la fecha de nacimiento del paciente (día/mes/año).

C.I.: Anotar el número del carnet de identidad del paciente.

DOMICILIO: Anote la dirección habitual del usuario. Para el área rural anotar el nombre de la comunidad, Ayllus, Markas, Tentas, Capitanías, Federaciones, Sindicatos, Colonias.

TEL/CEL.: Anotar, el teléfono o celular del paciente.

N° DE HISTORIA CLÍNICA: Anotar el número de historia clínica del paciente.

PROCEDENCIA: Anotar el lugar de procedencia del paciente.

EDAD: Anotar la edad correspondiente del paciente. Detallar en caso necesario los meses o días.

SEXO: Encerrar en un círculo M (masculino) o F (femenino), según corresponda.

PERSONA CON DISCAPACIDAD: Marcar con una X SI o NO según corresponda, anotar el tipo de discapacidad y el grado de discapacidad.

NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE: Anotar el nombre del acompañante.

TEL./CEL. DEL ACOMPAÑANTE: Anotar el teléfono del acompañante.

PARENTESCO: Anotar el grado de parentesco del acompañante con el paciente.

• **DATOS CLÍNICOS Y SIGNOS VITALES C3:**

FC (frecuencia cardíaca): Anotar los latidos/minuto que corresponda. **FR (frecuencia respiratoria):** Anotar en ciclos minutos que corresponda. **PA (presión arterial):** Anotar en mmHg que corresponda. **T° (temperatura):** Anotar la temperatura en °C. **GLASGOW:** Anotar la valoración de la escala de Glasgow. **SPO2 (saturación de oxígeno):** Anotar el porcentaje de saturación de oxígeno.

PESO: Anotar el peso en kilogramos que corresponda. **TALLA:** Anotar la talla en centímetros/metros, que corresponda. **IMC:** Anotar el índice de masa corporal del usuario.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: FUM: Anotar la fecha de última menstruación **G: P: A:C:** Anotar las antecedentes ginecobstetricias. **F.P.P.:** anotar la fecha probable de parto. **R.P.M:** Anotar la hora en caso de ruptura prematura de membrana. **F.C.F.:** Anotar la frecuencia cardíaca fetal en latidos por minuto que corresponda. **MADURACIÓN PULMONAR:**

Marcar en un círculo si se realizó o no maduración pulmonar. I.S.: Anotar índice de shock.

PARTO: Marcar con un círculo si se realizó o no y este fue parto eutócico o por cesaría. **FECHA DE PARTO:** Anotar la fecha (día/mes/año). **HORA:** Anotar la hora marcada am o pm.

Nº DE CONTROLES PRENATALES: Anotar el número de controles prenatales

RECIÉN NACIDO: EDAD GESTACIONAL: Anotar la edad gestacional en semanas. **LÍQUIDO AMNIÓTICO:** Anotar la característica del líquido amniótico. **PESO:** Anotar los pesos en gramos. **TALLA:** Anotar la talla en centímetros. **PC:** Anotar el perímetro cefálico en centímetros. **PT:** Anotar el perímetro torácico en centímetros.

APGAR: Anotar el Apgar al minuto y a los 5 minutos. **REANIMACIÓN NEONATAL:** Anotar si se procedió.

- **RESUMEN DE LA ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO C4:** Anotar de forma resumida y completa, los hallazgos clínicos que se encuentra en el usuario de la inmensas y el examen físico.
- **RESULTADO DE EXAMEN COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICOS C5:** Resume de los exámenes realizados.
- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO C6:** Anotar el diagnostico o los diagnósticos presuntivos, utilizar el código CIE-10 de la norma de atención clínica.
- **TRATAMIENTO REALIZADOS C7:** Detallar el tratamiento aplicado.
- **OBSERVACIONES C8:** Detallar en caso de haber alguna observación o inconveniente con la referencia.
- **CONSENTIMIENTO INFORMADO C9:** Se debe explicar el motivo de la referencia al usuario y familiares y tienen que firmar.
- **NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL USUARIO O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD C10:** Se debe anotar el nombre, cargo teléfono de contacto, firma y sello de quien envía al usuario además del personal de salud que acompaña.
- **MOTIVO DE REFERENCIA C11:** Anotar para qué es la referencia marcar con una x urgencia/emergencia, consulta externa, interconsulta, servicio/especialidad. (en caso de referencia para interconsulta por telesalud marcar en servicio telesalud y en la especialidad la que corresponda)
- **ESTABLECIMIENTOS DE SALUD RECEPTOR C12:**

NIVEL: Anotar a que nivel pertenece primer, segundo o tercer nivel subsector público, seguro y otro anota con una x a cuál pertenece.

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA: Anotar el nombre y cargo de la persona con la que se contactaron.

MEDIO DE COMUNICACIÓN: Anotar el medio de comunicación utilizado para coordinar la referencia.

NOMBRE Y CARGO DE QUIEN RECIBE AL PACIENTE: Anotar el nombre y apellidos del personal de salud que recibe al paciente.

FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN: Anotar fecha clara de recepción y la hora en la que el paciente recibe la atención del personal de salud de referencia.

REPORTADO AL CCES-D: Anotar si/no se coordinó con el CCES-D.

CARGO: Anotar el cargo.

FIRMA Y SELLO DE MÉDICO TRATANTE QUE EVALÚA LOS CRITERIOS DE CALIDAD:

CALIFICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD POR EL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR: Anotar con SI/NO si la referencia fue adecuado justificado y oportuna.

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE.

SELLO DEL ESTABLECIMIENTO.

B.- FORMULARIO CONTRARREFERENCIA D7A.- Anexo 2

C.- FORMULARIO TRANSFERENCIA D7B.- Anexo 3

6.- BIBLIOGRAFÍA

1. Norma nacional de referencia, transferencia y contrarreferencia con resolución ministerial N°0109 del 25 de marzo de 2022.
2. Norma Nacional de caracterización del sistema nacional de emergencias en salud con resolución ministerial N°0017 del 12 de enero de 2017
3. Norma nacional de referencia y contrareferencia con resolución ministerial N°0039, 30 de enero de 2013.
4. Norma Nacional de ambulancias terrestres con resolución ministerial N° 0015 del 12 de enero de 2017

ANEXO 2: FORMULARIO DE CONTRAREFERENCIA D7a

FORMULARIO D7a CONTRAREFERENCIA													
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE CONTRAREFERIÉRE (C1)													
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		SERVICIO		RED DE SALUD		MUNICIPIO		TELÉFONO DE CONTACTO		FECHA		HORA	
NIVEL DE EESS		PERSONA CON DISCAPACIDAD		SI		NO		TIPO DE DISCAPACIDAD		GRADO DE DISCAPACIDAD			
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE (C2)													
NOMBRES		APELLIDOS		C.I.		DOMICILIO		TEL/CEL		EDAD		SEXO	
M		F											
DATOS CLÍNICOS DE ALTA (C3)													
DÍAS DE INTERNACIÓN		PESO IMC		T°		°C		PA		mmHg		F.C.	
LPM		FR.		OPM		%SPO							
DIAGNÓSTICO(S) DE INGRESO (C4)													
a)				CIE - 10									
b)				CIE - 10									
c)				CIE - 10									
DIAGNÓSTICO(S) DE EGRESO SEGUN CIE - 10 (C5)													
a)				CIE - 10									
b)				CIE - 10									
c)				CIE - 10									
EVOLUCIÓN, COMPLICACIONES (C6)													
..... 													
EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO (C7)													
a) b) c)													
OTROS EXÁMENES E INTERCONSULTAS (C8)													
..... 													
TRATAMIENTOS REALIZADOS (C9)													
..... 													
RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE (C10)													
..... 													
OTROS ANEXOS O ESTUDIO PENDIENTES (C11)													
..... 													
OBSERVACIONES / RECOMENDACIONES A LA CONTRAREFERENCIA (C12)													
..... 													
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AL QUE SE REALIZA LA CONTRAREFERENCIA (C13)													
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		MUNICIPIO:		NIVEL EESS:		RED DE SALUD:		SE CONTACTO AL ESTABLECIMIENTO:		SI		NO	
POR TELESALUD:		(.....)											
CONTACTO DEL ESTABLECIMIENTO QUE RECIBE LA CONTRAREFERENCIA													
NOMBRE DE ACOMPAÑANTE, FAMILIAR Y OTROS:													
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE				SELLO DEL ESTABLECIMIENTO				FIRMA Y NOMBRE DEL USUARIO O ACOMPAÑANTE					
								Nombre:					
RECUERDE:		a) Original, para el establecimiento de salud receptor - Expediente Clínico b) Copia 1, para el establecimiento de salud receptor - Comité de Referencia y Contrareferencia c) Copia 2, para trámites administrativos del SUS d) Copia 3, para el establecimiento que realiza la referencia - Expediente Clínico e) Copia 4, para el establecimiento que realiza la referencia - Comité de referencia											

FUENTE: Norma nacional de referencia, transferencia y contrareferencia, 2022

ANEXO 3: FORMULARIO DE TRANSFERENCIA D7b

FORMULARIO D7b TRANSFERENCIA													
DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE TRANSFIERE (C1)													
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO QUE TRANSFIERE				SELLO DEL EESS QUE TRANSFIERE →				SELLO DEL ESTABLECIMIENTO QUE TRANSFIERE					
NIVEL DE EESS		RED DE SALUD		MUNICIPIO		FECHA						HORA	
FECHA DE ENVÍO		HORA DE ENVÍO		TEL/CEL DEL EESS									
IDENTIFICACION DEL PACIENTE (C2)													
NOMBRES		APELLIDOS		FECHA DE NACIMIENTO									
C.I.		DOMICILIO											
TEL/CEL		N° DE H.C.		PROCEDENCIA:									
EDAD		años		meses		días		SEXO		M F			
PERSONA CON DISCAPACIDAD:		SI		NO		TIPO DE DISCAPACIDAD:		GRADO DE DISCAPACIDAD:					
NOMBRE DEL ACOMPAÑANTE:				PARENTESCO				TEL/CEL ACOMP					
DATOS CLÍNICOS Y SIGNOS VITALES (C3)													
F.C.		F.R.		P.A.		T°		PESO		TALLA			
GLASGOW		SPO2		%		IMC							
ANTECEDENTES GINECO OBSTETRICOS:		F.U.M.		G		P		A		C			
F.C.F.		Nro DE CONTROLES PRENATALES		MADURACIÓN PULMONAR		SI		NO					
PARTO:		SI		NO		EUTÓCICO		CESAREA		PARTO			
R.N.		EDAD GESTACIONAL:		sem		LIQ. AMNIOTICO		PESO		TALLA			
P.C.		cm		P.T.		cm		APGAR		PRIMER MINUTO			
										5 MINUTOS			
RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN FÍSICO (C4)													
ESTUVO INTERNADO		SI		NO		DÍAS DE INTERNACION							
REALIZÓ EXÁMENES COMPLEMENTARIOS DE DIAGNÓSTICO (C5)													
EXAMEN COMPL.		DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS LLAMATIVOS											
RAYOS X													
LABORATORIO													
ECOGRAFÍA													
TOMOGRAFÍA													
OTROS (especificar)													
DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS (C6)													
a)						CIE - 10							
b)						CIE - 10							
c)						CIE - 10							
TRATAMIENTO INICIAL (C6)													
OTROS ANEXOS: SI NO CUALES													
OBSERVACIONES (C7)													
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRASLADO (C8)													
Yo, de años de edad, en calidad de habiéndome informado sobre el cuadro clínico, autorizo al médico tratante y personal de salud del establecimiento, realizar la referencia, teniendo en cuenta que he sido informado claramente sobre los riesgos, el traslado y posibles tratamientos, procedimientos durante el traslado e internación:													
..... y beneficios que se puede presentar.													
FIRMA PACIENTE		C.I.		FIRMA ACOMPAÑANTE		C.I.							
NOMBRE Y CARGO DE QUIEN ENVÍA AL PACIENTE O RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD QUE TRANSFIERE (C9)													
NOMBRE:		CARGO:		FIRMA Y SELLO:		FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE REFIERE							
NRO. DE TEL/CEL CONTACTO DEL MÉDICO QUE ENVÍO													
NOMBRE DEL PERSONAL DE SALUD QUE ACOMPAÑA													
MOTIVO DE TRANSFERENCIA (C11) SOLO MARQUE UNO (10)													
URGENCIA		EMERGENCIA		INTERCONSULTA		SERVICIOS DE ESPECIALIDAD		POR TEL/SALUD					
ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR (C11)													
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO		NIVEL:		SUBSECTOR:		Público		Seguridad Social		Privado			
NOMBRE DE LA PERSONA CONTACTADA:													
MEDIO DE COMUNICACIÓN		REPORTADO AL CCES-O.A.											
NOMBRE DE QUIEN RECIBE AL PACIENTE:													
FECHA DE RECEPCIÓN:		HORA DE RECEPCIÓN:											
MÉDICO RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD RECEPTOR QUE EVALÚA LOS CRITERIOS DE CALIDAD A.J.O.													
PACIENTE ADMITIDO		SI		NO		MOTIVO:							
						CALIFICACIÓN POR EL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR (marcar SI o NO)		A J O					
FIRMA, SELLO DEL MÉDICO RESPONSABLE SELLO DEL ESTABLECIMIENTO RECEPTOR													
REQUERDE:		Original, para el establecimiento de salud receptor - Expediente Clínico Copia 1, para el establecimiento de salud receptor - Comité de Referencia y Contrareferencia Copia 2, para el establecimiento que realiza la transferencia - Expediente Clínico											

FUENTE: Norma nacional de referencia, transferencia y contrareferencia, 2022

DISCAPACIDAD Y SALUD MENTAL

Lic. Marina Y. Troche Equez
JEFE UTRAID – SEDES LA PAZ

Lic. Leonardo Prado Rivas
RESPONSABLE DE SALUD MENTAL

Dra. Rogelia Catunta Mulliscaca
MEDICO COMITÉ DE REVISION DE EXPEDIENTE DE CALIFICACION

Lic. Ronald Ramiro Aguilar Manríquez
PSICOLOGO COMITÉ DE REVISION DE EXPEDIENTE DE CALIFICACION

Lic. Jhovanna Marisol Salgueiro Meneses
TRABAJADORA SOCIAL COMITÉ DE REVISION DE EXPEDIENTE DE CALIFICACION

1. ANTECEDENTES

En Bolivia, la temática de discapacidad surge con mayor prevalencia en el año 1995, con la Ley de la Persona con Discapacidad. En la gestión 2006, se aprueba el “Plan Nacional de Igualdad y Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad” (PNIEO), mediante el Decreto Supremo N° 28671 de 7 de abril de 2006, que da paso al Plan Nacional de Desarrollo que establece una política de solidaridad, revaloración y respeto a la condición de Discapacidad. Por la necesidad de contar con la información destinada a la elaboración de políticas en beneficio de las Personas con Discapacidad, en la gestión 2006, se realiza la fase piloto del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (PRUNPCD) en las ciudades de El Alto, La Paz y Tarija, además se elabora y aprueban los instrumentos y documentos técnico normativos y se reconoce al BAREMO “Manual de Valoración de las Situaciones de Minusvalía”, como instrumento oficial que establece los parámetros para la Calificación.

En la gestión 2009 se concreta la segunda fase del PRUNPCD, con cobertura nacional, participación activa y aprobación de los ministerios, gobernaciones y municipios, razón por la que mediante Resoluciones Ministeriales se aprueba el uso del Manual de Procedimientos para la Calificación a las Personas con Discapacidades y la Guía para el Uso del Certificado de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad. Posterior a ello, en el año 2010, se aprueba el reglamento de operaciones del Sistema de Información para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (SIPRUNPCD).

En la gestión 2020, se realiza la emisión de la Resolución Ministerial N° 458, misma que aprueba los Documentos Técnico Normativos e Instrumentos oficiales actualizados para el Procedimiento de la Calificación de Discapacidad, implementado desde enero de la gestión 2021 hasta la fecha a través de los Equipos de Calificación, permitiendo asignar a las personas que así lo solicitan, la condición legal de Persona con Discapacidad como parte fundamental para el ejercicio de sus derechos.

Desde la gestión 2013, empieza la inserción de Centros/Servicios de Rehabilitación con atención preferencial a las personas con discapacidad, distribuidos en Municipios estratégicos; ha constituido un reto para el mejoramiento de la atención y la calidad de vida de la misma. Según la declaración Alma-Ata 1978 la salud es el estado completo de bienestar físico, mental y social, lo que quiere decir que no solo abarca la ausencia de afecciones o enfermedades, esto quiere decir que es un derecho humano fundamental.

2. 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:

- Todos los países se comprometen a asegurar derechos humanos y las libertades fundamentales de las Personas con discapacidad.

Ley General para Personas con Discapacidad N° 223:

• Artículo 12. (DERECHO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES Y GRATUITOS).

El Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso de las personas con discapacidad a los servicios integrales de promoción, prevención, atención, rehabilitación y habilitación, con carácter gratuito, de calidad y con calidez, en la red de Servicios Públicos y en los tres niveles de atención.

• Artículo 32. (ÁMBITO DE SALUD).

Ley N° 342 de 5 de febrero de 2013, LEY DE LA JUVENTUD

Artículo 37. (SALUD). El nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, en el marco de sus competencias, deberán promover políticas en el ámbito de la salud, estableciendo:

1. La protección integral a las jóvenes y los jóvenes en situación de vulnerabilidad, discapacidad, enfermedades e infecciones, así como a las víctimas de trata y tráfico de personas.

Ley N° 1152 del 20 de febrero de 2019, LEY MODIFICATORIA A LA LEY N° 475 DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013

Artículo 4. (AMBITO DE APLICACIÓN) La presente Ley tiene como ámbito de aplicación a nivel central de del Estado, las Entidades Territoriales Autónomas y las entidades del Subsector Publica de Salud.

V. Se modifica el Artículo 5 de la Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por el parágrafo I del Artículo 2 de la Ley N° 1069, de 28 de mayo 2018, con el siguiente texto:

Artículo 5. (BENEFICIARIOS). Son beneficiarios de la atención integral en la salud de carácter gratuito en el Subsector Público de Salud:

- a) Las bolivianas y bolivianos que no están protegidos por la Seguridad Social de Corto Plazo.
- b) Las personas extranjeras que no están protegidas por la seguridad social de corto plazo, en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones que las y los bolivianos de acuerdo a presente Ley.
- c) Las personas extranjeras que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia no comprendidas en el inciso b) del presente artículo y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales:
 1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto.
 2. Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.
 3. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad.
 4. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años de edad.
 5. Personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente.

Ley N° 548 de 17 de julio de 2014, CÓDIGO NIÑA, NIÑO Y ADOLESCENTE

Artículo 32. (EVALUACIONES). Las entidades estatales de salud e instituciones especializadas evaluarán el grado de discapacidad de las niñas, niños y adolescentes, a fin de que puedan ingresar preferentemente al sistema educativo regular o en su caso, a centros de educación especial. La niña, niño o adolescente internado en un establecimiento para fines de atención, protección y tratamiento de salud física o mental, tiene derecho a evaluaciones periódicas, como mínimo una vez cada seis meses. Igual derecho tienen las niñas, niños o adolescentes en situación de discapacidad que estén sometidos a tratamiento externo.

Decreto Supremo N° 1984.

Artículo 2.- (DEFINICIONES). Para efectos de aplicación del presente Decreto Supremo, se establecen las siguientes definiciones:

- a) Trato preferente: son las acciones integradoras que procuran eliminar las desventajas de grupos vulnerables, garantizando su equiparación e igualdad con el resto de las personas con carácter de primacía.
- b) Carnet de discapacidad: es el documento legal que acredita a la persona con discapacidad definiendo tipo, grado y porcentaje de discapacidad para el reconocimiento y ejercicios de sus derechos.
- c) Centro de rehabilitación: Son unidades prestadoras de servicios en rehabilitación integral, con extensión comunitaria, que permiten a las personas con deficiencias, obtener una máxima independencia, capacidad física, intelectual, mental, social y vocacional.

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

Artículo 1. a) Establece la inserción laboral en los sectores público y privado, de personas con discapacidad, así como de la madre o el padre, cónyuge, tutora o tutor que se encuentre a cargo de una o más personas con discapacidad menor de 18 años o con Discapacidad Grave y Muy Grave.

b) Bono Mensual para las Personas con Discapacidad Grave y Muy Grave.

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 N° 0595 del 3 de agosto 2007: artículo tercero, establece que la GOBERNACIÓN, SEDES, SEDEGES y municipios deberán proveer las condiciones requeridas y autorizar a los establecimientos acreditados, para la sostenibilidad del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad "PRUN-PCD" del Ministerio de Salud que en su artículo segundo indica dar cumplimiento a la Ley.

Resolución Ministerial N° 130 del 6 de marzo 2008: el Ministerio de Salud a través de su Área de Discapacidad tiene la obligación de Supervisar el Registro y la Calificación para las Personas con Discapacidad (PCD). Las Gobernaciones, SEDES y SEDEGES son responsables de autorizar los establecimientos de salud acreditados para la CALIFICACIÓN, insertar en su Programa Operativo Anual, recursos que vayan en beneficio de la creación de equipos calificadores y la sostenibilidad de los mismos.

Resolución Ministerial N° 0191/ de abril 2009 Aprueba el "Manual de Procedimientos para la Calificación a las Personas con Discapacidad y la Guía para el Uso del Certificado de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad".
Plan Sectorial de Desarrollo Integral 2016-2020:

El Plan Sectorial de Desarrollo Integral (PSDI) 2016-2020 para vivir bien es el documento estratégico que orienta el accionar de todo el Sector Salud, alineándose con los postulados, estrategias y objetivos de desarrollo de la CPE, del PDES y de la política sanitaria SAFCI.

Agenda patriótica del bicentenario 2025 (13 pilares de la Bolivia Digna y Soberana):

- Pilar 3: Salud, Educación y Deporte para la formación de un ser humano integral.

3. CONCEPTUALIZACIÓN Y DEFINICIONES, SEGÚN LA LEY GENERAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Nº 223, ARTICULO 5:

Deficiencia

Son problemas en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona. Pueden consistir en la pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto a la norma estadísticamente establecida.

Discapacidad

Es el resultado de la interacción de la persona, con deficiencia de función física, psíquica, intelectual y/o sensorial a largo plazo o permanente, con diversas barreras físicas, psicológicas, sociales, culturales y/o comunicacionales.

Persona con Discapacidad

Son aquellas personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales y/o sensoriales a largo plazo o permanentes, que al interactuar con diversas barreras pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

TIPOS DE DISCAPACIDAD, SEGÚN LA LEY GENERAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Nº 223, ARTÍCULO 5

- Personas con Discapacidad Física – Motora

Son las personas con deficiencias anatómicas y neuromúsculo funcionales causantes de limitaciones en el movimiento.

- Personas con Discapacidad Auditiva

Son las Personas con pérdida y/o limitación auditiva en menor o mayor grado. A través del sentido de la visión, estructura su experiencia e integración con el medio. Se enfrenta cotidianamente con barreras de comunicación que impiden en cierta medida su acceso y participación en la sociedad en igualdad de condiciones que sus pares oyentes.

- Personas con Discapacidad Visual

Son las personas con deficiencias anatómicas y/o funcionales; causantes de ceguera y baja visión.

- Personas con Discapacidad Intelectual

Son las personas caracterizadas por deficiencias anatómicas y/o funcionales del sistema nervioso central, que ocasionan limitaciones significativas tanto en el funcionamiento de la inteligencia, el desarrollo psicológico evolutivo como en la conducta adaptativa.

- Personas con Discapacidad Mental o Psíquica

Son personas que debido a causas biológicas, psico dinámicas o ambientales son afectadas por alteraciones de los Procedimientos cognitivos, lógicos, volitivos, afectivos o psicosociales que se traducen en trastornos del razonamiento, de la personalidad, del comportamiento, del juicio y comprensión de la realidad, que les dificultan adaptarse a ella y a sus particulares condiciones de vida, además de impedirles el desarrollo armónico de relaciones familiares, laborales y sociales, sin tener conciencia de la enfermedad psíquica.

- Personas con Discapacidad Múltiple

Está generada por múltiples deficiencias sean estas de carácter físico, visual, auditivo, intelectual o psíquica.

Cuadro N° 1

RELACIÓN DEL GRADO, CLASE Y PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD			
GRADO	CLASE	PORCENTAJE	¿OBTENCIÓN DEL CARNET DE DISCAPACIDAD?
NULO	I	0	NO
LEVE	II	1 - 24	NO
MODERADO	II	25 - 49	Se otorga el Carnet de Discapacidad, acogiéndose a los Beneficios de acuerdo a la ley 223.
GRAVE	IV	50 - 74	Se otorga el Carnet de Discapacidad, acogiéndose a los Beneficios de acuerdo a la ley 223, más el Bono Solidario como indica en la ley N° 977.
MUY GRAVE	V	75 - 94	Se otorga el Carnet de Discapacidad INDEFINIDO , acogiéndose a los Beneficios de acuerdo a la ley
			223, más el Bono Solidario como indica en la ley N° 977.

Fuente: Manual de Procesos y procedimiento para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad, 2020

4. 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 población en general con deficiencias y a las personas con discapacidad en cumplimiento a las Leyes y normativas vigentes.

5. ÁREA DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

Resolución Ministerial N° 0458 del 21 de octubre 2020, Resuelve:

ARTICULO SEGUNDO. - Aprobar como Documentos Técnicos Normativos e Instrumentos oficiales área de Procedimientos de Calificación de Discapacidad, los siguientes documentos:

1. Manual de Procedimientos para la calificación y registro y carnetización de discapacidad.
2. Manual de Aplicación del Baremo en el Estado Plurinacional de Bolivia.
3. La Guía de Llenado del Certificado de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad más formularios, que forman parte integrante e indisoluble de la misma.
4. El Certificado de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad.
5. Carnet de Discapacidad.

ARTÍCULO TERCERO. - El Ministerio de Salud como ente rector del sector salud es el único responsable de normar el procedimiento para la calificación de discapacidad

ARTÍCULO SEXTO. - Los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales dentro del marco de sus competencias podrán conformar equipos multidisciplinarios para la calificación de discapacidad.

ARTICULO OCTAVO. - Los profesionales de los equipos multidisciplinarios para la calificación de discapacidad, área genética y centros/servicios de rehabilitación deberán incluirse a las Redes funcionales de Salud.

Resolución Ministerial N° 0756 del 22 de diciembre de 2022

RESUELVE

ARTÍCULO PRIMERO. - aprobar el Manual de Procesos y Procedimientos para la Calificación Registro y Carnetización de Discapacidad. Resolución Ministerial N° 0756 del 22 de diciembre 2022, Resuelve:

- **ARTICULO PRIMERO.** - Aprobar el Manual de Procedimientos para la calificación y registro y carnetización de discapacidad, más los Anexos.

6. LA CALIFICACION DE DISCAPACIDAD SE REALIZA CON EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO

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 aproximadamente de 45 a 60 minutos).

6.1 EQUIPO DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

El Ministerio de Salud y Deportes, los Gobiernos Autónomos Departamentales y Municipales a nivel nacional, podrán contar con profesionales, con ítems o contratos, para la conformación de Equipos de Calificación (Licenciados/as en Medicina, Psicología y Trabajo Social) bajo la coordinación del SEDES, que serán capacitados/as y habilitados/as para el Procedimiento de Calificación de Discapacidad, quienes se desplazarán a diferentes municipios a instrucción superior de su dependencia.

El/la responsable de la Unidad Municipal de Atención en Discapacidad UMADIS y de las Unidades Especializadas Departamentales, no podrán ser parte del Equipo de Calificación.

El Equipo estará conformado por los siguientes profesionales:

LICENCIADO EN MEDICINA

- Capacitado(a) en el Procedimiento para la Calificación de Discapacidad.

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

- Capacitado(a) en el Procedimiento para la Calificación de Discapacidad.

LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL

- Capacitado(a) en el Procedimiento para la Calificación de Discapacidad.

6.2 PROCEDIMIENTO LEGAL DE LA CALIFICACION DE DISCAPACIDAD

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

7. COMITÉ TÉCNICO DE REVISIÓN DE EXPEDIENTES DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

El Comité Técnico de Revisión de Expedientes de Calificación estará conformado por profesionales del área de Medicina, Psicología y Trabajo Social dependientes del SEDES, designados por el/la responsable Departamental de la Unidad/ Área/Programa de Discapacidad, por constituirse en la máxima instancia en salud a nivel departamental.

La función del Comité será emitir criterio técnico escrito respecto a solicitudes de Recalificación por Disconformidad, denuncias, requerimientos fiscales u otras situaciones extraordinarias suscitadas durante el Proceso y Procedimiento para Calificación, Registro y Carnetización.

8. INSTRUMENTOS PARA LA CALIFICACIÓN, REGISTRO Y CARNETIZACION DE DISCAPACIDAD

- a. BAREMO "Manual de Valoración de las Situaciones de Minusvalía".
- b. Manual de Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización de Discapacidad.
- c. Guía de llenado del Formulario para el Registro Único Nacional de Personas con discapacidad y formularios para la Calificación de Discapacidad:
 - Formulario para el Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad (FRUNPCD).
 - Formularios de las Áreas de Medicina, Psicología y Trabajo Social.
 - Ficha Social
 - Formulario de Consentimiento Informado para la Calificación de Discapacidad.
 - Reporte diario de Calificación.
 - Ficha Técnica de Calificación de Discapacidad.
- d. Cuaderno de Registro Diario de Atención de Discapacidad.
- e. Carnet de Discapacidad.

9. REQUISITOS PARA CALIFICACION DE DISCAPACIDAD

9.1 Requisitos Generales

- a. Cédula de Identidad vigente original y dos fotocopias simples.

En caso de personas menores de edad o que no puedan tomar decisiones deberá adjuntar fotocopia simple de la Cédula de Identidad vigente del: padre/madre o hijo/a (si corresponde) o hermano/a o tutor/a legal o guardador/a o esposo/a, u otros según corresponda el caso.

- b. Certificado y/o Informe Médico original actualizado, de acuerdo al tipo de deficiencia, emitido hasta (6) meses antes de su presentación.

En casos que se requiera, se podrá solicitar informes adicionales y/o estudios complementarios de acuerdo a la complejidad del caso.

- c. Croquis de domicilio actualizado.

Se requiere la presencia física de la persona en el lugar de la Calificación, para dar inicio a la misma.

Para personas privadas de libertad con sentencia ejecutoriada o detención preventiva o domiciliaria, los requisitos son los mismos.

Para personas Extranjeras debe considerarse la presentación de Cédula de Identidad de Extranjero (CIE) original vigente, otorgado por el SEGIP y dos fotocopias simples

9.2 Requisitos adicionales para Personas Institucionalizadas

- a. Informe Social actualizado emitido por la institución.

- b. Fotocopia de la Personería Jurídica o Resolución Administrativa de Registro, de apertura y/o de funcionamiento o Certificado de acreditación otorgado por la autoridad departamental competente o convenio canónico.
- c. Memorándum o Nota de Designación, firmada por la máxima autoridad de la Institución para la persona que acompañará el Procedimiento de Calificación.
- d. Fotocopia de la Cédula de Identidad de la persona que acompañará durante el Procedimiento para la Calificación de Discapacidad.

9.3. Certificado o Informe Médico para la Calificación de Discapacidad

El Certificado o Informe Médico para la Calificación de Discapacidad debe estar realizado en función a norma vigente en nuestro país, con firma y sello visible del profesional además del sello institucional.

El Certificado o Informe Médico emitido por Medicina General o Especialidad, según corresponda, deberá ser extendido por Establecimientos de Salud de los subsectores de Salud Público de la Seguridad Social de corto plazo o privados autorizados por el ente competente del Servicio Departamental de Salud. (Amparado en la Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez”, donde prevé competencias concurrentes de los Gobiernos Departamentales Autónomos en Salud, como el de normar los requisitos básicos y procedimientos de la habilitación, apertura y funcionamiento de establecimientos de salud privados, de convenio, seguridad social y otros establecimientos de salud).

El Certificado o Informe Médico por Medicina General es válido en los casos en que la deficiencia sea visible y evidenciable clínicamente, caso contrario debe ser realizado por la especialidad que corresponda.

Cuadro 2. DEFICIENCIAS DONDE EL MÉDICO GENERAL PUEDE EMITIR CERTIFICADO O INFORME MÉDICO

Nº	DEFICIENCIAS CLÍNICAMENTE EVIDENCIABLES
1	AMPUTACIONES
2	PARÁLISIS CEREBRAL DE TIPO ESPÁSTICA
3	SECUELAS DE POLIOMIELITIS
4	HEMIPLEJIAS
5	PARAPLEJIAS
6	CUADRIOPLEJIAS
7	ARTRITIS REUMATOIDE DEFORMANTE
8	RETRASO MENTAL
9	DETERIORO COGNITIVO

Fuente: Área de calificación - Unidad de Gestión de la Política de Discapacidad MSyD 2022

10. MODALIDAD DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

10.1 CALIFICACIÓN NUEVA

Calificación que se realiza cuando un usuario se presenta por primera vez al Procedimiento para la Calificación de Discapacidad, no existiendo datos de anteriores calificaciones en archivo o en el sistema (SIPRUN PCD).

10.2 RECALIFICACIÓN

Calificación que se realiza cuando un usuario se presenta por segunda o más veces al Procedimiento para la Calificación de Discapacidad, existiendo antecedentes documentados en archivo y/o Sistema (SIPRUN PCD)

11. PROCEDIMIENTO DE LA CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

11.1 Verificación de requisitos

El Equipo de Calificación verificará todos los requisitos e iniciará el Procedimiento al cumplimiento de los mismos, con el llenado del consentimiento informado. Caso contrario orientará al usuario/a y/o acompañante detalladamente para su reprogramación. (R.M. N.º 0756)

11.2 Entrevista y Llenado de Formularios de Áreas

Se inicia la entrevista de forma conjunta y secuencial, de la siguiente manera:

- a. Entrevista por el/la Médico/a, examen físico y llenado de instrumentos.
- b. Entrevista por el/la Psicólogo/a, aplicación de pruebas y llenado de instrumentos.
- c. Entrevista por el/la Trabajador/a Social. (R.M. N.º 0756)

12. PUNTOS DE CALIFICACION DE DISCAPACIDAD

- UTRAID Área Discapacidad SEDES La Paz: Z/Sopocachi, Calle Méndez Arcos N° 2702 Esquina Muñoz Cornejo. Teléfono: 2412391.
- Teleférico Morado: Faro Murillo, Ciudad de El Alto, Planta baja.
- Centro de Salud Copacabana: Zona horizontes, entre Avenida Álamos y Avenida Oleoducto. Ciudad de El Alto.
- Centro Integral de Rehabilitación integral de Caranavi, Calle 16 de Diciembre esquina calle B, zona Utasa (ex Defensoría)
- Las áreas rurales, deben solicitar calificación de discapacidad en su Municipio a través de la Red de Salud.

13. DOCUMENTACION CON LA QUE DEBE CONTAR LA RED FUNCIONAL DE SALUD DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

1. Censo poblacional de las personas con Discapacidad por Municipio.
2. Carpetas familiares que identifique a las personas con Discapacidad.
3. La Persona con Discapacidad debe ser identificada en el mapa parlante identificado con el color lila.
4. Generar datos estadísticos de la atención a las Personas con Discapacidad que puedan ser representados con indicadores en el C.A.I.
5. Generar un comité de discapacidad el cual tenga la tarea de fortalecer los conocimientos del personal en relación a la discapacidad y que vigile la atención que recibe la población con Discapacidad en la Red Funcional de Salud.

Los establecimientos de Salud cuentan con la Historia Clínica, donde en la Historia clínica de la Persona con Discapacidad se incluirá:

- 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.

- Boletas de referencia y contrareferencia al Servicio y/o Centro de Rehabilitación.
- La Red Funcional de Salud debe referir a las personas identificadas con deficiencias para su procedimiento de evaluación y/o renovaciones de su carnet de Discapacidad por caducidad al área de Discapacidad del SEDES.

Nota: Los estudiantes del S.S.S.R.O. que realicen su trabajo sobre alguna temática de Discapacidad deberán solicitar datos al área de Discapacidad del SEDES y así también deben dejar una copia a la institución.

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	Prevención 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 continúa dirigida a la comunidad para disminuir posibles Discapacidades.	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° 1152.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Manual de Proceso y Procedimientos para la Calificación, Registro y Carnetización, de Discapacidad, La Paz Bolivia, aprobada por Resolución Ministerial 458 del 21 de octubre de 2020 y Resolución Ministerial 756 del 22 de diciembre de 2022.
2. Estado Plurinacional de Bolivia. Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia; 2009.
3. Estado Plurinacional de Bolivia. Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad. Ley Nro. 2344; 2002
4. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley General para Personas con Discapacidad. Ley Nro. 223; 2012.
5. Estado Plurinacional de Bolivia. LEY DE LA JUVENTUD. LEY N° 342; 2013.
6. Estado Plurinacional de Bolivia. LEY CODIGO NIÑO, NIÑA Y ADOLESCENTE. LEY N° 548; 2014
7. Estado Plurinacional de Bolivia. Ley modificatoria a la Ley Nro 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Ley Nro 1152; 2019.
8. Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo Reglamento a la Ley N° 223 de Personas con Discapacidad. Decreto Supremo Nro. 1893
9. VALORACIÓN DE LAS SITUACIONES DE MINUSVALÍA. [Online].; Acceso 1 de marzo de 2022. Disponible en: <https://sid-inico.usal.es/docs/F8/8.1-4569/Valoraciones.pdf>

ÁREA DE 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. La Rehabilitación y la Habilidad son procesos destinados a permitir que las Personas con Discapacidad alcancen y mantengan un nivel óptimo de desempeño físico, sensorial, intelectual, psicológico y/o social. En ese sentido, la atención en los servicios y/o centros de rehabilitación se enmarcan para personas con discapacidad permanente y transitoria.

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.

El personal de estos Servicios y/o Centros está conformado por médicos con post grados en Atención Integral a Pacientes con Discapacidad, Psicólogos/os, Fonoaudiólogas/os, Fisioterapeutas, Trabajadoras/es Sociales, Auxiliares en Enfermería, Área administrativa y Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación.

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	DIRECCIÓN
1	El Alto	Red de Salud Urbana Los Andes	Servicio de Rehabilitación Hospital del Norte	Medicina Física y Rehabilitación Electroterapia Mecanoterapia, Laserterapia Termoterapia, Hidroterapia Fono Audiología, Estimulación temprana	Hospital Del Norte, Ciudad El Alto, Río Seco, Av. Juan Pablo II, Lado Pil Andina
2	Achacachi	Red de Salud Rural 4	Servicio de Rehabilitación Achacachi	Atención médica, Fisioterapia y Kinesiología Fonoaudiología	Z/ Norte Churubamba, Omasuyos Tel. 22135513
3	Viacha	Red de Salud Rural N° 6	Servicio Integral de Rehabilitación Viacha "SIREVI"	Atención Médica Fisioterapia y Kinesiología Estimulación Temprana – Psicomotricidad Terapia ocupacional Fonoaudiología	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 N° 7	Centro Integral de Rehabilitación Caranavi "CIRECA"	Medicina Física y Rehabilitación Medicina general Enfermería Fisioterapia y kinesiología Fonoaudiología Psicología	Calle 16 de diciembre esquina calle B, zona Utasa (ex Defensoria)
5	Calamarca	Red de Salud Rural N° 13	Centro de Rehabilitación San Antonio	Fisioterapia Fisioterapia en la comunidad Psicomotricidad Estimulación temprana Termoterapia Mecanoterapia	Carretera a Oruro km 44 a 10 minutos de la tranca Achica Arriba.

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

LA FISIOTERAPIA Y LA KINESIOLOGÍA

Es una rama de las Ciencias de la Salud, que utiliza técnicas de tratamiento a través de medios físicos, ejercicio terapéutico, masoterapia y electroterapia, afectación y fuerza muscular, pruebas para determinar las capacidades funcionales, la amplitud del movimiento articular y medidas de la capacidad vital, así como ayudas diagnósticas para el control de la evolución. Con la finalidad de curar, prevenir y adaptar a personas discapacitadas o afectadas de disfunciones psicosomáticas, somáticas y orgánicas o a las que desea mantener un nivel adecuado de salud.

MECANOTERAPIA

La mecanoterapia es la utilización terapéutica e higiénica de aparatos mecánicos destinados a provocar y dirigir movimientos corporales regulados en su fuerza, trayectoria y amplitud.

TERMOTERAPIA

Es la aplicación de calor en sus diferentes grados sobre el organismo con fines terapéuticos. Esta aplicación se da mediante agentes térmicos, los cuales son materiales que están en una temperatura mayor a los límites fisiológicos. Busca a partir de los efectos que provoca, mejorar el estado de una lesión o enfermedad.

MAGNETOTERAPIA

Es una técnica terapéutica que aplica campos magnéticos sobre el ser humano con el fin de obtener beneficios a cambio.

LASERTERAPIA

El Láser es una parte de fototerapia, es simplemente luz, se consigue cuando se estimula la emisión de una radiación y de ahí se puede obtener una luz amplificada. El haz de luz que se obtiene tiene una única dirección, un solo color y una gran brillantez, es de color rojo.

HIDROTERAPIA

La hidroterapia atiende a las necesidades propias de cada persona y establece las sesiones en base a ello. Las propiedades físicas del agua le brindan numerosos beneficios al proceso de rehabilitación, entre ellos facilitar el movimiento y reducir el impacto en las articulaciones, disminuir el dolor y alcanzar una relajación física y mental por parte del paciente.

La hidroterapia no debe ser confundida con la natación, son actividades destinadas a alcanzar objetivos totalmente diferentes. La hidroterapia no es un reemplazo de la fisioterapia, es un complemento del protocolo de rehabilitación fisioterapéutico.

FONOAUDIOLOGÍA

Es una disciplina de la salud, educación y la lingüística aplicada, que se ocupa de evaluar, diagnosticar e intervenir en los trastornos de la comunicación humana expresados a través de diferentes patologías como pueden ser alteraciones en la voz, habla, lenguaje, audición, funciones oro faciales, patologías de la deglución y otras funciones que impliquen dificultades en la comunicación en los diferentes grupos etáreos.

TERAPIA OCUPACIONAL

Es el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple el déficit invalidante y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y sociales.

PSICOLOGÍA

La Psicología es una ciencia humana, especializada en el análisis integral de los procesos mentales y la conducta de los seres humanos, desde un enfoque individual y colectivo en diferentes etapas del desarrollo de la vida

ÁREA DE SALUD MENTAL

1. ANTECEDENTES.

El año 1990 el Consejo Nacional de Prevención “CONAPRE” de acuerdo a competencias, crea el Centro de Tratamiento “CETRAD” para la implementación de atención a personas con problemas de adicción con internación asimismo atención ambulatoria, en las instalaciones del ex Instituto Nacional de Farmacodependencia “INIF”, dependiente de la Fuerza Especial de Lucha contra el Narcotráfico “FELCC”, ubicada en la calle Muñoz Cornejo 2702, zona Sopocachi.

En fecha 19 de diciembre de 1994, el ex Ministerio de Desarrollo Humano y la Ex secretaria Nacional de Salud, actualmente Ministerio de Salud y Deportes con resolución suprema n° 1319, resuelve categorizar de Centro de Tratamiento a Instituto Nacional de Tratamiento.

En fecha 14 de mayo de 1996 se firma convenio de aplicación de política nacional en salud entre la otrora secretaria nacional de Salud y la Organización no Gubernamental Cruz Blanca Boliviana.

A la finalización del convenio con la Cruz Blanca Boliviana el Servicio Departamental de Salud “SEDES” La Paz, asume la tuición del INTRAID, en cuyo ínterin toman la determinación de cerrar el área de tratamiento con internación cuyos espacios fueron cedidos a USACSA, manteniendo la atención a persona con problemas de adicciones y otros problemas psicológicos en general de manera ambulatoria.

En fecha 18 de enero de 2013 la directora del INTRAID es nombrada como responsable del área de discapacidad sin perjuicio de continuar con la dirección del INTRAID.

En febrero del año 2013, la dirección del SEDES La Paz y la Unidad de Redes y Servicios solicitan se conceda un espacio para la calificación de personas con discapacidad de manera transitoria. Lo que determinó que el INTRAID asuma la atención y calificación de las personas con discapacidad.

En fecha 18 de marzo de 2022, designan a una funcionaria como responsable del área de Salud Mental. Por lo expuesto la mencionada área que prestaba servicios en la Unidad de Promoción de la Salud, es transferida al UTRAID.

2. DIRECCIÓN

UTRAID se encuentra ubicado en la Calle Muñoz Cornejo #2702, esquina Méndez Arcos, a media cuadra de la estación del teleférico Amarillo.

3. DEFINICIONES. -

SALUD MENTAL. -

- En un sentido amplio la salud mental es definida como un estado de bienestar psicológico y emocional que permite al sujeto emplear sus habilidades mentales, sociales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas.
- Asimismo, la salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad.
- La salud mental incluye nuestro bienestar emocional, psicológico y social. Afecta la forma en que pensamos, sentimos y actuamos cuando enfrentamos la vida. También ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con los demás y tomamos decisiones.
- La salud mental es una parte integral de la salud y va más allá de la ausencia de trastornos mentales. Por ello, su abordaje requiere de intervenciones conjuntas desde distintos sectores, a fin de promoverla

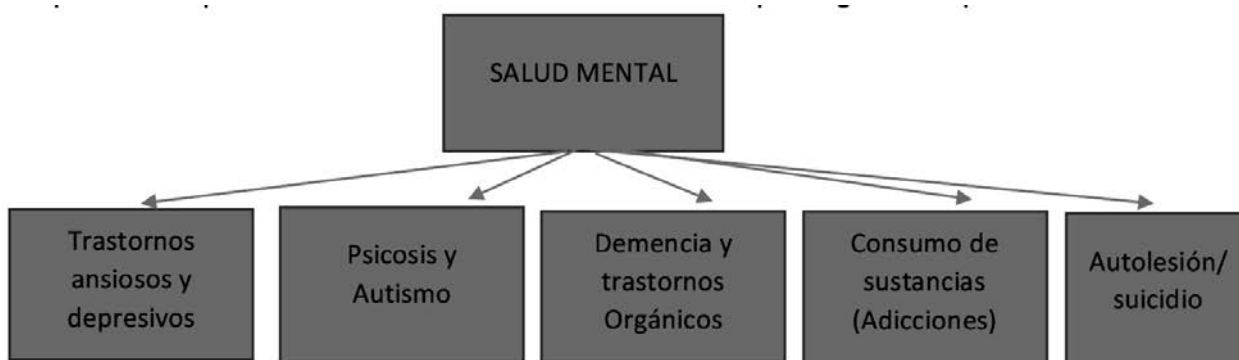
y abordar su tratamiento. (OPS,2022, Disponible en <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>)

- La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición de salud que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La salud mental, como otros aspectos de la salud, puede verse afectada por una serie de factores socioeconómicos (descritos más adelante) que tienen que abordarse mediante estrategias integrales de promoción, prevención, tratamiento y recuperación que impliquen a todo el gobierno. (Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, publicado por la OMS, 2022)

4. COMPONENTES DE LA SALUD MENTAL

- Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS) son muy frecuentes y representan una gran carga de enfermedad y discapacidad a nivel mundial. Subsiste una amplia brecha entre la capacidad de los sistemas de salud y los recursos disponibles, entre lo que se necesita urgentemente y lo que está disponible para reducir la carga. Aproximadamente 1 de cada 10 personas sufre un trastorno de salud mental, pero solo 1% del personal de salud a nivel mundial presta servicios de atención de salud mental.
- Los componentes de la salud mental están en relación a la prevalencia de las enfermedades más frecuentes sobre las cuales se busca intervenir de manera temprana y buscar acciones preventivas y de intervención en primer y segundo nivel.
- Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos (1), que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año
- A escala mundial, la esquizofrenia afecta a aproximadamente 24 millones de personas, es decir, a 1 de cada 300 personas (0,32%). En los adultos, la tasa es de 1 de cada 222 personas (0,45%) (2). No es tan común como muchos otros trastornos mentales
- Datos sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad en el mundo indican que estos padecimientos son los trastornos mentales más comunes; en la población mundial alrededor de 14-15% de los individuos presentaba algún trastorno de ansiedad, y esta prevalencia llega hasta 18% en la población infantil y adolescente.
- Cada año cerca de 700000 personas se suicidan. Es la cuarta causa de muerte en jóvenes de 15 a 29 años.
- Se calcula que, en todo el mundo, uno de cada 100 niños tiene autismo. Esta estimación representa una cifra media, pues la prevalencia observada varía considerablemente entre los distintos estudios. No obstante, en algunos estudios bien controlados se han registrado cifras notablemente mayores.
- Las sustancias psicoactivas de mayor consumo dado la prevalencia de vida fueron en orden: el alcohol 83.73%, tabaco 34.08%, marihuana 11.87%, alucinógenos 4.59% y cocaína 2.33%; además, con una prevalencia actual del 61.69%, 16.40%, 3.05%, 1.60% y 0.42% para cada sustancia, respectivamente. (OMS, 2021. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/>)

Esquema Componentes de la salud mental de acuerdo a patologías más prevalentes.



Datos Importantes Según la OPS

- Los trastornos de salud mental aumentan el riesgo de otras enfermedades y contribuyen a lesiones no intencionales e intencionales.
- La depresión continúa ocupando la principal posición entre los trastornos mentales, y es dos veces más frecuente en mujeres que hombres. Entre el 10 y 15% de las mujeres en países industrializados y entre 20 y 40% de las mujeres en países en desarrollo, sufren de depresión durante el embarazo o el puerperio.
- Los trastornos mentales y neurológicos en los adultos mayores, como la enfermedad de Alzheimer, otras demencias y la depresión, contribuyen significativamente a la carga de enfermedades no transmisibles. En las Américas, la prevalencia de demencia en los adultos mayores (más de 60 años) oscila entre 6,46 % y 8,48%. Las proyecciones indican que el número de personas con este trastorno se duplicará cada 20 años.
- Para los trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias en adultos, graves y moderados, la mediana de la brecha de tratamiento es de 73,5% en la Región de las Américas, 47,2% en América del Norte y 77,9% en América Latina y el Caribe (ALC). La brecha para la esquizofrenia en ALC es de 56,9%, para la depresión es de 73,9% y para el alcohol es de 85,1%.
- El gasto público mediano en salud mental en toda la Región es apenas un 2,0% del presupuesto de salud, y más del 60% de este dinero se destina a hospitales psiquiátricos. (OPS 2021, página web disponible en <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>)

5. OBJETIVO GENERAL DEL ÁREA DE SALUD MENTAL

Realizar promoción en temáticas de Salud Mental, cumpliendo el marco normativo de atención, fortaleciendo competencias con talleres de capacitación y atenciones terapéuticas en drogodependencias y problemas psicológicos en general en el departamento de La Paz.

5.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL ÁREA DE SALUD MENTAL:

- Coordinar acciones con aliados estratégicos e Instituciones afines en temáticas de salud mental.
- Fortalecer competencias en profesionales de las Redes de Salud para el abordaje de la salud mental y el manejo de referencia y contra referencia.
- Detectar y capacitar liderazgos estratégicos y diferentes actores sociales en el ámbito de salud mental.

- Desarrollar acciones de prevención en temas de salud mental.
- Impulsar la conformación de Red o Comité interdisciplinaria de Salud Mental.
- Promover la implementación del Plan de salud mental departamental.
- Realizar capacitaciones y talleres de acuerdo a solicitudes de diferentes instituciones referidos en temáticas de Salud Mental.
- Efectuar terapias Individuales, familiares y grupales en problemáticas de drogodependencias y psicológicos en general.
- Apoyar la conformación de grupos terapéuticos.
- Vistas de coordinación y supervisión de instituciones privadas en salud mental.
- Desarrollo y aplicación de estrategias multisectoriales departamentales de promoción y prevención en materia de salud mental.
- Reducción de la exposición al consumo nocivo de alcohol, mediante fortalecimiento de 3 grupos terapéuticos.
- Intervención coordinada con promoción de salud para acciones preventivas en temáticas de violencia.

6. TABLA DE TIPOS DE ATENCIONES

TIPO DE ATENCIÓN	DEFINICIÓN
Terapia psicológica Individual: ☐ Ansiedad ☐ Depresión ☐ Problemas de la conducta alimentaria ☐ Adicciones ☐ Intento de suicidio ☐ Violencia ☐ Problemas psicológicos en general	Es un proceso de comunicación y un espacio de reflexión entre un psicoterapeuta y la persona que acude a consultarlo. Dicho proceso se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida del consultante, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o sentimientos.
Terapia Grupal ☐ Adicciones y Consumo de Sustancias	La psicoterapia de grupo es un procedimiento en el que un terapeuta trabaja en una misma sesión con un conjunto de personas con diversos problemas relacionados a la salud mental que suelen ser similares, para conseguir que cada uno exprese sus preocupaciones y se ayuden unos a otros, a partir de su experiencia y orientación profesional.
Talleres de capacitación en Salud Mental	Un taller es un proceso planificado y
☐ Detección temprana de diagnósticos en salud mental	estructurado de aprendizaje participativo, que está dirigido a un grupo y que tiene una finalidad concreta donde las personas participan de manera activa.
Talleres de Capacitación Interna y relacionamiento interpersonal ☐ Relaciones laborales ☐ Estrés laboral ☐ Relaciones públicas ☐ otros	Un taller es un proceso planificado y estructurado de aprendizaje participativo, que está dirigido a un grupo y que tiene la finalidad de mejorar el clima organizacional y las relaciones interpersonales entre los miembros de una institución.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WHO "Organización Mundial de la Salud", (2022), Plan Integral de Acción en Salud Mental 2013-2030, Version Impresa, WHO.

OPS, (2022), Actualidad en salud mental, Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**“TIPS PARA REALIZAR Y ESCRIBIR TRABAJOS DE INVESTIGACION”***Dr. José A. Zambrana Torrico***MAESTRÍA PREPARACIÓN, EVALUACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE PROYECTOS***Jefe de Planif. Epidem. Hosp. INT**Dr. Juan Choque Rondo***JEFE DE UNIDAD DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD***Dra. Liliam S. Belzu Cuba***DOCENTE DPTO. FACULTATIVO SALUD PUBLICA - UMSA****OBJETIVOS DE APRENDIZAJE.**

Dotar al personal de salud, de herramientas metodológicas para planificar, realizar y escribir trabajos de investigación con lineamientos científicos, enmarcados en los problemas de salud incidentes, emergentes, reemergentes y/o prevalentes de las poblaciones bolivianas.

I. INTRODUCCIÓN.

Muchos trabajos de investigación no son escritos científicamente o menos son divulgados, “son simples requisitos para una grado académico o para cumplir con una determinada materia, cátedra ó persona, el ejemplo claro son las TESIS de GRADO ya sea para licenciatura ó para Diplomados, Especialidad ó Maestrías, que en nuestro medio son tan solo un “requisito” y no el medio a través del cual el investigador en formación desea interactuar con su medio, transformándolo ó resolviendo parte de su entorno, quizás la causa sea que no exista la motivación necesaria ó que nuestro sistema educativo este destinado a lucrar y no a formar cientistas, personas entrenadas en la observación científica, destinadas a forjar futuros en el presente”⁴.

La gran falencia que contamos todos los que en algún momento nos vemos obligados a investigar ó simplemente tenemos la disposición de hacerlo, es que no contamos con las bases suficientes: creativas, formativas y académicas para realizar una investigación, pues han deformado nuestros conocimientos investigativos, haciéndonos creer que el punto de partida siempre es y va a ser EL TÍTULO (inicio) y que deberíamos siempre concluir con la BIBLIOGRAFÍA (final), “en la realidad, cuando uno investiga descubre que lo primero que hacemos es conocer el tema a profundidad a través de la revisión bibliográfica, dejando el título para el final de la investigación, incluso diríamos que un día antes de publicar un artículo, podríamos definir recién nuestro título, lastimosamente nos han programado a seguir fielmente cada uno de los subtítulos de una investigación, de manera tal que al concluir con uno de ellos debíamos seguir con los restantes, cuán equivocados estaban nuestros “maestros” y cuan errados estábamos nosotros sus “alumnos”⁵, de ahí que tentativamente les muestre una forma y no la ÚNICA, de realizar una investigación, siguiendo tips que te allanen el camino.

II. ¿QUE ES LO QUE PRIMERO QUE DEBES HACER PARA REALIZAR UNA INVESTIGACIÓN?**a. GENERAR IDEAS**

Quizá el principal problema que tendrás, será el de generar ideas, es decir “problemas con susceptibles soluciones” ó simplemente “soluciones a problemas planteados”, ahora cuáles son las fuentes de generación de IDEAS, para potenciales trabajos de investigación, observa detenidamente estas fuentes en la siguiente figura:

⁴ Parafrase de Lethierre – UMSA 2021

⁵ Alumnos, gr. a = sin lumen, = luz, seres sin luz, sin conocimiento, sin iniciativa y menos creatividad.

FIGURA N° 1



FUENTE. - Metodología de Lethierre 2023

La generación de ideas en el lugar donde se desea investigar nos guiará hacia un tema y/o problema en común, por lo que seguiremos con el siguiente paso mediante la búsqueda de información del tema seleccionado.

b. BUSQUEDA DE INFORMACION / CONOCIMIENTO DEL TEMA

Como investigador, quizás este sea tu principal problema: ¿dónde buscar información?, su primera opción es buscar fuente primaria, es decir donde se genera el problema o donde se describió por primera vez este problema, las bibliotecas son una opción dependiendo de lo actualizadas que estén, y recurrirán a la web ahí hay una serie de bibliotecas virtuales, páginas específicas o la posibilidad de entablar comunicación con expertos.

Podemos recurrir a las siguientes opciones para buscar información en la red en los siguientes buscadores:

- Google
- Copernic
- Webcrawler
- Metacrawler
- Lycos
- Excite
- Infosek

Pueden buscar de manera directa en las siguientes páginas Científicas:

- <https://scholar.google.com>
- <http://www.scielo.org/php/index.php>
- <http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php>
- <http://bvscuba.sld.cu>
- <http://www.redalyc.org/home.oa>
- <http://www.insnsb.gob.pe/bibliotecavirtual>
- <http://www.fmv-uba.org.ar/biblioteca>
- <http://saludpublica.bvsp.org.bo/php/index.php>
- <http://www.infodoctor.org/rafabravo/mbe.htm>

No se olviden deben “volverse expertos en el tema que están investigando”³⁻⁴, revisen artículos con un margen de tres años de antigüedad sin olvidar lo histórico. Cuando primero conozcas tu tema, y luego llegues a dominar el mismo anímate a planificar, organizar y ejecutar tu trabajo de investigación.

c. REALIZANDO EL PROCESO DE PLANIFICACION DE UN TRABAJO DE INVESTIGACION. Comprende 5 fases:

1. FASE DE PLANIFICACION, lo primero se debe hacer es identificar qué es lo que se va a realizar para la elaboración de diseño de la investigación, definición de las unidades de estudio, población y muestra, tipos de muestra, recolección de datos y escalas de medición, identificación de sub fases prioritarias, elección de la población, el tiempo de realización de la investigación, el tipo de preguntas a realizar, ó los procedimientos a realizar, la reglamentación a seguir, las características del estudio, del establecimiento de actividades y tiempos para la resolución de un problema, de los actores principales y de apoyo que intervendrán en la prueba, donde se prevé todos los posibles obstáculos y errores que se podrían presentar en el transcurso de la investigación, el en siguiente cuadro identificamos correlativamente los que deberías realizar en primera instancia, además te sirve para tu control y posterior evaluación.

FIGURA N°2



FUENTE. - Metodología de Lethierre 2023

2. FASE DE ORGANIZACIÓN, donde se establece las funciones de cada uno de los integrantes del equipo de investigación, se establece normativas para la ejecución de una investigación, se establece responsables operativos, se designa funciones entre el personal que se encargara de realizar la investigación, es aquí donde se surge un compromiso con el proyecto a realizar. Otro principio de la organización es el orden, sobre todo en la ejecución de los pasos que concluirán con una meta; tu trabajo de INVESTIGACION.

En esta fase se debe generar un cronograma que después debe ser cumplido de manera estricta. (Ver Figura N° 11 Esquema de Gantt)

3. FASE DE EJECUCION, fase donde se realiza la investigación, donde se establece el contacto real con el fenómeno a investigar, donde se establece la comparación y/o seguimiento de las variables objeto de estudio, donde se establece la causalidad o la dependencia de las mismas, donde se prueba la utilidad del instrumento de recolección de información, es indudable que en esta fase se pone en práctica todo lo planificado y organizado, no existe posibilidad de dar marcha atrás.

4. FASE DE ANÁLISIS: Recolectados los datos estadísticos corresponde sistematizar, consolidar y transformarlos en datos numéricos para ello se cuenta con instrumentos de informática como:

- **STATS**, software diseñado para el análisis estadístico descriptivo de datos de una o varias variables.
 - **STATA (Stata)** software que provee el Análisis, gestión de datos y gráficos estadísticos.
 - **SPSS** paquete software utilizado para realizar la captura y análisis de datos, crea tablas y gráficos con data compleja, es conocido por su capacidad de gestionar grandes volúmenes de datos y tiene la capacidad de llevar a cabo el análisis de texto entre otros formatos más. Dentro sus funciones se destacan: la prueba de hipótesis básica, Bootstrapping, análisis de clústeres, regresión lineal, pruebas no paramétricas, ANOVA unidireccional, extensión de la programabilidad, análisis de ROC y soporte para lenguajes de programación R y Python.
 - **R-PROJECT** Es un software libre para computación estadística y gráficos. Compila datos y es utilizado en gran parte para las operaciones de data mining o estadísticas, para el análisis de grandes cantidades de datos. Proporciona un amplio abanico de herramientas estadísticas (modelos lineales y no lineales, tests estadísticos, análisis de series temporales, algoritmos de clasificación y agrupamiento, etc.) y gráficos.
 - **EXCEL v.19.0 (2018)** Como parte de Office 2019.
 - **EPIINFO**, software que permite la fácil elaboración de cuestionarios, bases de datos, ingreso y análisis de datos estadísticos, gráficos y mapas epidemiológicos. Se usa para investigar brotes; desarrollar sistemas pequeños o medianos de vigilancia de enfermedades; como componentes de análisis, visualización e informe (AVR, por sus siglas en inglés) de sistemas más grandes.
- SYSTAT**, software de estadística y gráficos estadísticos. Ofrece desde las características de la estadística más elemental hasta la más compleja, utilizando los más sofisticados algoritmos de manera eficiente.
- **MSTAT (Mstat)** analiza datos utilizando métodos estadísticos no paramétricos.



FUENTE. - Metodología de Lethierre 2023

5. FASE DE EVALUACION, evaluación de datos⁶, procesamiento de la información, clasificación y registros, análisis e interpretación de datos, informe, elementos del informe, preliminares, desarrollo y parte bibliográfico referencial, aplicación, introducción de los resultados a la práctica, transformación de la realidad, es la fase donde uno debe ser muy crítico con los aciertos y errores involuntarios que haya cometido, es la fase que delimita el camino a seguir en próximas investigaciones o proyectos, así se logrará perfeccionar investigaciones futuras ó cualquier emprendimiento, no lo olvides “Todos aprendemos caminando...y solo desarrollamos una camino veloz cuando has tropezado varias veces hasta conocer el camino” Lethierre 2021, seminario de motivación 12 /2020.

FASE DE DIFUSION MASIVA Y SOCIALIZACION, un principio básico de todo investigador es el de “sociabilizar la información” que obtenga en respuesta a un problema o a un fenómeno objeto de nuestro estudio, SOCIALIZACION, que primero se difunde entre las personas investigadas y posteriormente la comunidad científica, así existe la posibilidad de TRANSFORMAR REALIDADES SOCIALES, es el momento propicio para que el investigador escriba la investigación, siguiendo los parámetros establecidos de antemano para poder llegar al público en general, pues el conocimiento debe ser “de todos y para todos”.

A continuación, expongo un cuadro donde en el margen izquierdo se evidencia en negrillas los elementos más importantes a desarrollar para su trabajo de investigación para posteriormente generar los elementos sugeridos por el SEDES para la presentación de su trabajo de investigación, expuestas en el margen derecho

FIGURA N° 3



FUENTE. - Metodología de Lethierre 2023

⁶ El análisis de la información se la realiza posteriormente de la obtención de datos (resultados) por medios mecánicos ó informáticos.

NOTA MENTAL: RECUERDEN

“No debemos olvidar que primero debemos **estructurar investigación**, es decir debemos haber realizado una **búsqueda de información** tal que conozcas cada elemento a **tratar tema a investigar**, posteriormente debes plantear tu **pregunta investigación, correlacionarla con tus objetivos (generales específicos)** para así plantear tu hipótesis si es necesario el resto de los ítems tienen su importancia pero sin su estructura metodológica, el trabajo puede ser cuestionado”
Lethierre 2021

**¿QUÉ ES LO QUE DEBES ESCRIBIR Y CÚAL DEBERÍA SER SU CONTENIDO?****1) TÍTULO.**

Se lo establece al final de la investigación, cuando se tenga la idea clara y concluyente de todo su trabajo de investigación, debe ser claro, corto y preciso y debe expresar el contenido y la naturaleza, así como las delimitaciones del estudio de investigación.

El título debe responder a las 4 preguntas relevantes que debemos cuestionar:

¿Qué?, ¿En quién?, ¿Dónde? y ¿Cuándo? por ende puede ser :

- A. Título clásico, debe tener el qué, quién, dónde y cuándo si se investiga, por ejemplo: “Incidencia de maltrato intrafamiliar que presentan mujeres palliris, Mina Rayo Rojo - Pele chuco La Paz - Bolivia Gestión 2022”
- B. Título abreviado, solo el qué y quién se investiga, por ejemplo: “Incidencia de maltrato intrafamiliar que presentan mujeres palliris ”
- C. Título innovador “morbo científico, una palabra o una frase folclórica o tradicional” que puede definir todo el contenido de su investigación, por ejemplo: “Warmis” significado en quechua y aimara que significa MUJER, término que simboliza mucho en el entorno familiar.

2) RESUMEN.

En una plana, debe exponer todo lo referido a su trabajo de investigación ya concluido puede realizarse de manera estructurado o no. En caso de ser Estructurado se consigna de manera sucinta, en ella se representan los subtítulos más importantes de la investigación. Ahora si decide escribir un resumen de manera narrativa, sin exponer cada subtítulo del trabajo -explicito, se debe exponer todos los elementos expuestos en su trabajo de investigación, se evita no utilizar más de 500 palabras en dicha plana, independientemente del tipo de resumen⁷.

3) INTRODUCCIÓN.

Es la presentación del tema de la investigación, es ahí donde se expone lo más llamativo de todo el trabajo de investigación ya concluido, donde se expone el problema abordado, del diseño metodológico utilizado, los resultados esperados e identificados luego de su conclusión. Recuerden que este capítulo es de suma importancia para “enganchar” al potencial lector para que ávidamente lea todo el trabajo.⁶

⁷ Idem. Calani F, mod. Gomez F,UMSA 2012-2014

4) JUSTIFICACIÓN.

Después de una consideración de la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad del problema, finalmente responde a la interrogante de que es lo que voy a conseguir como aplicación práctica, cuando responda la pregunta de investigación⁸, se puede realizar simplemente respondiendo las siguientes preguntas:

- ¿Por qué estoy investigando esta temática?
- ¿Qué tan importante es este tema para la población objeto de estudio?
- ¿Los resultados son importantes para otras poblaciones con características similares?
- ¿Es factible de ser realizado, en relación a lo económico, los recursos humanos y tiempo?

En este punto se puede cuestionar la utilidad, proyección, relevancia y/o trascendencia de su trabajo de investigación desde diferentes paradigmas, formas de pensamiento preestablecidos por los colectivos de personas o poblaciones.

ANTECEDENTES.

Es una recopilación de la información de las investigaciones similares que se hubieran realizado en relación al problema de investigación, para muchos investigadores latinoamericanos visualizan más los antecedentes incluidos dentro de la introducción, que de manera individual. La utilidad práctica de este paso es que nos orienta en la metodología a emplearse para el abordaje del mismo y en la consideración de los resultados previos a los que el trabajo de investigación generará.

Si bien es cierto, este acápite nos permite evitar la duplicación de estudios, aprovechar la experiencia de metodologías e instrumentos ya probados y finalmente saber lo que esperamos obtener, No debemos confundir esta narrativa con la que se debe realizar cuando uno realiza la escritura del marco teórico referencial, así se evita la repetición de información en el mismo texto y datos que posteriormente te podrían confundir más que orientar. Se debe realizar desde un punto de vista externo al lugar donde se presenta el problema, como también un punto de vista interno.

5) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se puede teorizar sobre el cómo plantear un problema de la realidad (objeto de estudio) susceptible de ser investigado, se puede utilizar las diferentes corrientes filosóficas para este proceso, pero hasta que el investigador novel identifique una posición metódica se puede “con algunos hallazgos definir el problema y representar el mismo en una pregunta científica”, para esto se puede ó no formular preguntas orientadas a la delimitación del problema (formular qué investigaré y en quienes lo haré) y a la situación del problema (formular dónde y cuándo investigaré), así en este proceso se originará casi por inercia “la pregunta científica ó pregunta de investigación”.

LA PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN.

No se olviden que una pregunta bien formulada es mucho mejor que cientos de respuesta incorrectas⁹, más aún si entendemos la importancia de saber formular una pregunta y como de esta se genera casi todo el trabajo de investigación, tal y como lo demostramos en la figura N° 4, de ahí que hoy en día debemos tomar el tiempo suficiente para elaborar una pregunta, tomando en cuenta algunas características que comentaremos posteriormente.....

8 Idem. Calani F, mod. Gomez F,UMSA 2012-2014

FIGURA N°4



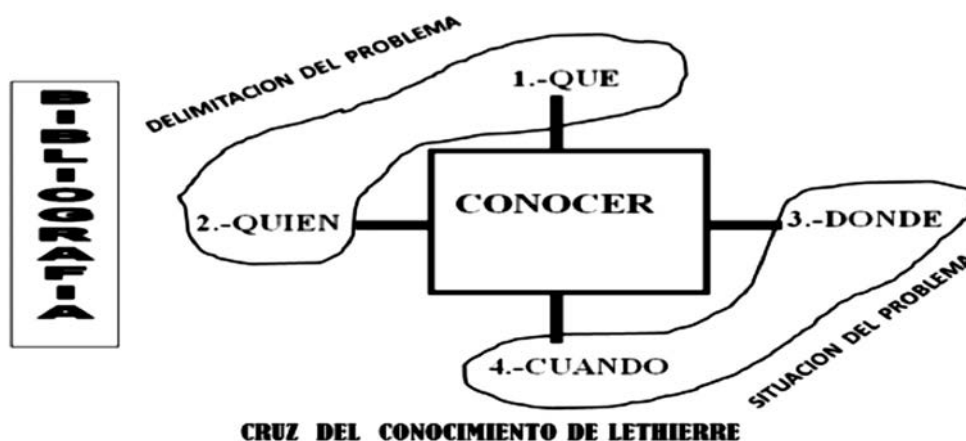
FUENTE. - Metodología de Lethierre 2023

Existen requisitos generales que debe cumplir una pregunta para ser considerada científica ó de investigación, por ejemplo estar formulada en forma de pregunta, debe denotar variables (mono variable o bi variable), debe ser susceptible de ser abordada empíricamente, debe estar ubicada en tiempo, espacio y lugar, esto último para que este con la debida sintaxis, existe un truco para facilitar su elaboración, el formular preguntas de manera individual:

1. ¿Qué estoy investigando? (tema ó problema estudiar)
2. ¿En quién o quienes lo estoy realizando? (población blanca)
3. ¿Dónde hare este trabajo? (lugar de realización)
4. Cuándo realizaré el trabajo de investigación (tiempo o temporalidad)

Posteriormente de haber formulado y/o respondido cada una de estas preguntas, se congregan en una sola pregunta, denominada pregunta de investigación, con este truco Uds. Aseguraran la sintaxis y coherencia de la misma, así como lo demuestro en el siguiente cuadro, denominado "La cruz del conocimiento de Lethierre" con el cual adecuamos el orden de elaboración de una pregunta que da a conocer : la Delimitación del problema (Qué y quien) y la situación del problema (Donde y Cuando)

FIGURA N° 5



FUENTE. - Metodología de Lethierre 2023 .

6) MARCO TEÓRICO.

Es la recopilación de antecedentes, investigaciones previas y consideraciones teóricas el cual ayuda a sustentar un proyecto de investigación, análisis, hipótesis o experimento, permitiendo la interpretación de los resultados y la formulación de conclusiones.

IMPORTANCIA DEL MARCO TEORICO, el marco teórico permite: Justificar, demostrar, apoyar, interpretar las hipótesis y resultados, formular conclusiones y replantear preguntas, dentro de algunas características nos guía de cómo hacer nuestro estudio y a donde dirigirlo, es muy importante que los conceptos deben estar organizado jerárquicamente y de manera lógica, la redacción debe ser clara, concisa y concreta enfocada en resolver el problema. Existen varios tipos de marcos teóricos:

a. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

Debe contener en forma explícita, los criterios conceptuales, en que se basan el o los autores para el abordaje del problema, no se olviden que por los diferentes modismos incluso científicos es necesario conocer tácitamente las ideas del autor expresándolas en forma clara y concisa para evitar falsas interpretaciones. **DEBE EVITARSE EL ENCICLOPEDISMO**, es decir ese afán de acumular mucha teoría innecesaria, hacerlo muy amplio, ya que el fundamento teórico no trata de exponer la globalidad teórica del problema, que podría convertirlo en un verdadero tratado de carácter genérico con poca síntesis (resumen) y orientación hacia los aspectos conceptuales básicos en el momentos de interpretar los datos concretos que se obtengan, para esto no debe olvidar que son las variables expresadas en su pregunta de investigación, las que le orientaran a fundamentar su marco teórico conceptual¹³.

b. MARCO REFERENCIAL.

Concretamente al elaborar el fundamento teórico se deben recuperar conceptos, teorías, principios, o leyes que hayan surgido en medios distintos al nuestro, es decir estudios similares que se hayan producido en ciudades, estados, países o naciones con características y problemas que podrían ser orientadores a la investigación que intentamos realizar.¹² De esta manera podemos revisar el contexto y confrontarlo con otras realidades que pueden tener similitudes o grandes diferencias, que deberán ser explicadas y fundamentadas en su discusión.

c. MARCO DIFERENCIAL SEMANTICO

Es el acápite donde se expresa todos los términos interculturales: de uso propio de una comunidad, de un grupo de personas, aquellos que tiene diferentes significados según su contexto; términos técnicos de alta especialidad; modismos, etc., que orienten al lector para comprender el trabajo en pleno y que no confundan el contenido del trabajo.

7) OBJETIVOS.

Los objetivos de investigación señalan lo que se desea alcanzar o lo que se aspira al finalizar la investigación, deben expresarse con claridad pues son las guías del estudio.

a. Objetivo General

Es la meta final de aquello que nosotros pensamos averiguar o alcanzar al finalizar la investigación ¿para qué estamos estudiando? la misma esta, en íntima relación con la pregunta de investigación y cuando existe hipótesis (los trabajos descriptivos no presentan más que hipótesis implícita en su introducción) es el nexo entre esta y la pregunta de investigación, formando el triángulo metodológico⁹.

⁸ Si se toma en cuenta el TRIANGULO METODOLOGICO que se caracteriza por la interrelación entre la pregunta científica, la hipótesis y el objetivo. Calani F. UMSA 2012

⁹ Variable, es lo más característico de un determinado objeto, ó sujeto de investigación por ejemplo sexo, edad, procedencia, etc.

Debe responder a los siguientes criterios:

- Debe estar formulada en verbo infinitivo (que terminen en ar, er e ir), no se olvide de la jerarquización en el uso de verbos como ser Identificar (si se utilizará como medio la observación ó un solo instrumento de medición), determinar (si se utiliza más de un instrumento de medición u obtención de información), realizar (si se ejecutará alguna acción) u otros como correlacionar, verificar, establecer, describir, etc.)
- Debe denotar las variables presentes en la pregunta de investigación,
- Debe ser claro y concisos, debe evitar la ambigüedad.
- Deben ser factibles de alcanzar.



FUENTE. - Metodología de Lethierre 2023

b. Objetivos Específicos

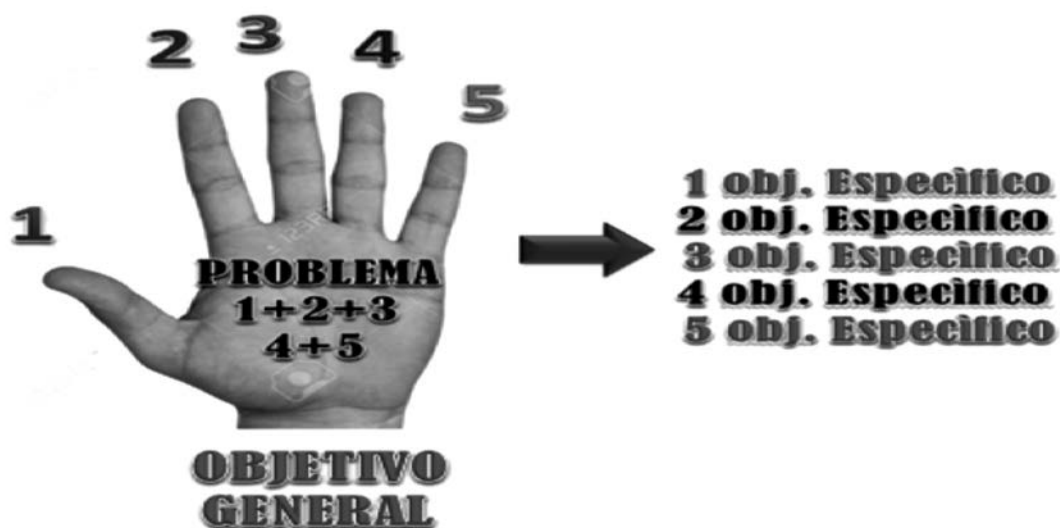
Los objetivos específicos son la respuesta a la pregunta:

¿Cómo alcanzamos el objetivo general?, estos indican los pasos que se deben realizar para alcanzar el objetivo general y contribuyen al logro de este.

Los objetivos específicos son las metas intermedias que sumadas hacen cumplir al objetivo general (OG), pueden estar formuladas en orden cronológico y dan lugar de manera sumativa al objetivo general ($OG = OE1 + OE2 + OE3 + \dots + OE5$).

Ver Figura N° 7 Truco de la Mano.

FIGURA N° 7



FUENTE. - Metodología de Lethierre 2023.

Este juego, el de la mano se utiliza para entender que una variable, tiene a su vez sub variables que la conforman, es decir que debemos identificar esas sub variables, ya que cada una de ellas se transformara en un objetivo específico, que posteriormente se trasformara en resultado, análisis y conclusión específica, así como cada uno de los dedos que contenemos en la mano representan una variable y cada metatarsiano representa una sub variable, de manera individual son dedos pero de manera general siguen formando parte de la mano que simboliza el principal problema.

8) HIPOTESIS.

La hipótesis es una explicación tentativa, real de un fenómeno que observamos. “ Es la afirmación o negación de un evento que puede ser o no ser cierto pero que está sujeto a comprobación ”.

Se clasifican en: Hipótesis Nula o Negativa o H_0 e Hipótesis Alterna o Positiva o H_a

¿Todas las investigaciones llevan Hipótesis?

Si, todas las investigaciones llevan Hipótesis implícita es decir no escrita.

Si, todas las investigaciones llevan Hipótesis explícita o escrita salvo 4: Descriptivas, Ensayos, Monografías e Síntesis.

9) DISEÑO METODOLOGICO

Es la forma general en la que se va a responder a la pregunta de la investigación y se va a llegar a los objetivos de la misma “ frente a un problema es necesario ubicar los medios a través de los cuales podamos resolver nuestra incógnita ”. En este acápite se debe especificar, el tipo de eventos que han de realizarse, los instrumentos que serán utilizados para la obtención de la información intermedia, la población objetivo que fue involucrada en cada uno de los objetivos definidos, los indicadores que se utilizarán los mecanismos para su procesamiento y análisis estadísticos, cuando amerite.

a. Tipo de estudio.

Existen diferentes tipos de diseños y tipos de investigación, que varían no solo por la percepción del investigador sino de la línea filosófica que le dé a la investigación, aquí solo demostramos operativamente algunas de las más utilizadas en este nivel, tal y como demostramos en la siguiente figura anexa.

FIGURA N°8



FUENTE.- Metodología de Lethierre 2023

b. Población de referencia.

El carácter predecible de la ciencia la habilita para poder generar resultados parecidos en contextos equivalentes a la población de referencia. Es decir, el problema que se aborda puede ser también de otra institución de salud en la cual se hace necesaria y factible una intervención para mejorar el mismo y para esto la investigación habría probado una forma de abordaje.¹¹

c. Población de estudio (Muestra).

Son las unidades de intervención, sean esta persona, grupos organizados, comunidades enteras, instituciones, en las que se van a realizar las acciones del estudio. Para su selección, deben cumplir criterios de inclusión y exclusión, para una adecuada elección de los participantes.

d. Delimitación geográfica.

Son las características, ubicación, límites, del área de intervención.

e. Delimitación temporal.

Concretamente es el tiempo en el que se va a realizar el estudio, generalmente es una explicación somera del cronograma.

f. Variables objetivo o de estudio.

Son las características de las unidades de intervención que se van a estudiar, tienen que tener la propiedad de variar, y ser susceptibles de ser medidos. Existen las Variables independientes o de causa que va a provocar algún efecto, es decir la que “va a provocar” y las Variables dependiente es la variable efecto o consecuencia de la independiente / efecto/ resultado o la “que va a ser provocada”, se deben considerar las variables intervinientes o terceras variables que pueden afectar los resultados de la investigación, tal y como demostramos en la siguiente figura anexa.

FIGURA N°9



FUENTE.- Metodología de Lethierre 2023

g. Operacionalización de variables, Operacionalizar una variable es hacerla medible.

Toda variable, en este tipo de investigación debe ser medida, para lo cual el investigador debe identificar indicadores e instrumentos para este fin. Una forma de poder lograr aquello es la operacionalización de variables que significa el hacer medible la misma, para esto se debe de fragmentar el concepto de la variable desde dimensiones hasta que se plasman en preguntas concretas, para ser utilizadas en el instrumento de medición del problema.¹³ (Ver Figura N° 9)

Recordemos que en la operacionalización de variables.

- Se define el concepto específicamente, que puede diferir de su definición etimológica.
- Equivale a que la variable sea mensurable a través de la concreción de su significado
- Puede omitirse cuando la definición es obvia y compartida.

FIGURA N°10

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	DIMENSION	CATEGORIA
CARACTERISTICA	TU PROPIA DEFINICION	PARTES DE TU VARIABLE	PARTES DE TU DIMENSION
INDICADOR	ESCALA	ITEM	CUESTIONA-MIENTO
LAS RESPUESTAS/ ESTADISTICAS A MEDIR	COMO MIDES LAS VARIABLES	ORDEN POR IMPORTANCIA	PREGUNTA QUE FORMULAS

FUENTE.- Metodología de Lethierre 2023

h. Fases o pasos metodológicos.

Son los pasos concretos que se va realizar para responder a la pregunta de investigación suele coincidir con los objetivos específicos. (Es ahí donde se detallar cada uno de los pasos realizados para que la investigación se haya llevado a cabo: Planificación, organización, etc.)

i. Cuestiones éticas

Se deben considerar en especial el consentimiento informado, es decir el participante tiene que saber de su condición y debe manifestarlo por escrito en un acta, documento, firmando las encuestas o con aprobación de los actos a realizar, dicha información debe estar en anexos.

j. Cronograma

Existen varias formas de realizar un cronograma de actividades, donde se detalla cada uno de los pasos a realizar desde la generación de ideas hasta la escritura del trabajo de investigación (manual a través por ejemplo del esquema de Gantt ó con medios informáticos, como ser el paquete MS Project), como investigadores Uds. Deben saber tomar decisiones, tal y como demostramos en la siguiente figura:

FIGURA N°11

ESQUEMA DE GANTT



FUENTE.- Metodología de Lethierre 2023

10) RESULTADOS.

Cada uno de los datos obtenidos de los diferentes instrumentos generados para la investigación se transformaran en información/resultados, esta información debe ser sistematizada, ordenada, tabulada, y luego expuesta de manera gráfica (cuadros, tablas y/o gráficos), para posteriormente ser analizadas (siempre ponderando lo más llamativo y lo menos llamativo, el porqué de dicha diferencia). Los mismos deber cumplir con los siguientes requisitos expuestos . (Ver Figura N° 10).

11) ANALISIS.

Es el conjunto de operaciones, transformaciones y /o comprobaciones que se realiza sobre los datos obtenidos posterior a la tabulación y ejecución de datos estadísticos, con el fin de extraer el significado relevante del problema de la investigación.

12) DISCUSION.

No todos los trabajos de investigación tiene discusión, solo cuando lo que se obtuvo como resultados producto del trabajo de investigación son completa y/o parcialmente diferentes a los que se indaga en el marco referencial (trabajos similares al suyo, pero en diferente contexto) en este texto se trata de explicar cada una de las diferencias, sustentadas en su marco referencial, es decir se confronta la teoría frente a los datos obtenidos producto de su investigación.

13) CONCLUSIONES.

No se olviden que la conclusión es “la respuesta comprobada a la pregunta de investigación”, y es así que debe ser escrita siguiendo el formato de la formulación de la pregunta de investigación.

FIGURA N°12

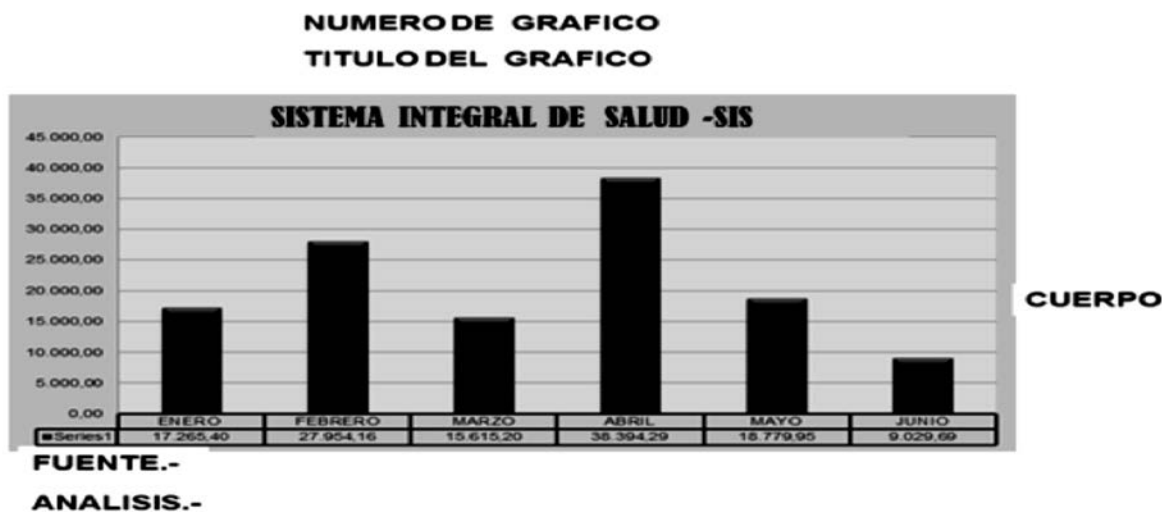
PARTES DE UN GRAFICO Y CUADRO

Los gráficos, cuadros y tabla presentan 3 partes:

1. Título
2. Cuerpo propiamente dicho
3. Pie, Nota explicativa o Fuente



FUENTE. –Introducción a la estadística Descriptiva . Dr. H. Quintana .1995



FUENTE. - Metodología de Lethierre 2023

14) RECOMENDACIONES/ ACCIONES.

A partir de los resultados y conclusiones, se deben animar a responder a través de acciones (estrategias) a cada uno de los problemas identificados con respuestas concretas, factibles de realizar (posibles desde el punto de vista económico, de recursos humanos y de tiempo)

15) BIBLIOGRAFÍA .

SEGÚN NORMAS DE VANCOUVER

Se denomina así al conjunto de reglas que se han conformado para establecer uniformidad al momento de preparar y publicar un manuscrito que esté vinculado con las Ciencias de la Salud u otra área.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS (NORMAS VANCOUVER)

Numere las referencias consecutivamente según el orden en que se mencionen por primera vez en el texto. En éste, en las tablas y leyendas, las referencias se identificarán mediante números arábigos entre paréntesis. Las referencias citadas únicamente en las figuras ó tablas o ilustraciones se numerarán siguiendo la secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de la tabla o figura en concreto.

Las Normas Vancouver, tienen las siguientes características; si se utiliza material bibliográfico (textos, revistas, videos, etc.) se debe utilizar los siguientes parámetros por ejemplo:

- Zegarra B.: METODOS DE INVESTIGACION, cap. Ensayos clínico, Ed. 2da. Edt. Brugeira. México 2002, págs. 12-34.
- Rader DJ.,Hobbs HH.Transtornos del metabolismo de las lipoproteínas. En:Barnes PJ.LongoDL,Fauci AS,et al, editores. Harrison principios de medicina interna.Vol 2. 18ª ed.Mexico: Mc Graw –Hill; 2012.p.3145 -3161
- Alfonso F, Bermejo J, Segovia J.: Revista Española de Cardiología 2014: actividad, difusión internacional e impacto científico. Rev Esp Cardiol. 2014; 57(12): 12-45.

Ejemplo de Normas Vancouver para realizar REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS obtenidas del internet, CD interactivo, medios virtuales, revistas online, buscadores y/o metabuscadores online, etc.:se debe realizar de la siguiente forma:

- Vitoria JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. An Pediatr [Internet]. 2013 [citado 14 Feb 2013];78(1):1-5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540331200>
- Francés I, Barandiarán M, Marcellán T, Moreno L. Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. An Sist Sanit Navar [revista en Internet]* 2013 septiembre-diciembre. [acceso 19 de octubre de 2013]; 26(3). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol26/n3/revis2a.html>

EJEMPLOS :

1. IDENTIFICACIÓN BIBLIOGRÁFICA DE UN LIBRO

- Autor/es. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; Año
- Hall JE, Hall ME. Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology. 14th Ed. Philadelphia: Elsevier; 2021

2. IDENTIFICACIÓN BIBLIOGRÁFICA ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE UNA REVISTA

- Autor/es. Título del artículo. Nombre de la revista abreviada. Año Mes; Volumen (Número): Páginas.
- Gordon CJ, Tchesnokov EP, Schinazi RF, Götte M. Molnupiravir promotes SARS-CoV-2 mutagenesis via the RNA template. J Biol Chem. 2021 May 11; 297 (1): 1-8

3. IDENTIFICACIÓN BIBLIOGRÁFICA DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS DE UNA REVISTA ONLINE

- Autor/es. Título del artículo. Nombre de la revista abreviada [Online] Año Mes; Volumen (Número): Páginas. [Fecha de citado]. Disponible en: URL
- Casarotto PC, Giryh M, Fred SM, Kovaleva V, Moliner R, Enkavi G, et al. Antidepressant drugs act by directly binding to TRKB neurotrophin receptors. Cell [Online] 2021 March 4; 184: 1299–1313. [citado 12 Sep 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.01.034> .
FUENTE : Universidad César Vallejo. Referencias estilo Vancouver 2020

16) ANEXOS

Los anexos se constituyen en todo el contenido que se agrega de forma complementaria al final del trabajo de investigación, para ampliar la información presentada, este acápite tiene un orden claro e incluye:

- 1.- Datos, tablas, cuadros o gráficos,
- 2.- Mapas o isócronas,
- 3.- Imágenes, esquemas y fotos de acción,
- 4.- Cuestionarios o fichas de recolección de información vacía,
- 5.- Notas, cartas, consentimiento informado, permisos, etc

III. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández S., Pujol Ribera E., AMF: Actualización en Medicina de Familia. Jul/Aug2016, Vol. 12 Issue 7, p388-397. 10p.
2. Díaz-Narváez, V, Calzadilla Núñez A. Scientific Articles, Types of Scientific Research and Productivity in Health Sciences. (English). / Artigos científicos, tipos de investigação e produtividade científica nas ciências da saúde. (Portuguese).. Revista Ciencias de la Salud. 2016, Vol. 14 Issue 1, p115-121. 7p.
3. Carvajal Torres, a. et al. Methodological Research Learning to Build up a Semantic Differential Scale Supported by ICT Mediation. / Apprentissage de méthodologie d'investigation pour la construction d'échelle sémantique différentielle assistée par des outils technologiques. / Metodologia de aprendizagem de pesquisa para a construção da escala diferencial semântica apoiada em mediações tecnológicas. Revista EAN. 2016, Issue 80, p117-129. 13p
4. Sadara et al.: Methodologies for the analysis of online audiovisual space: Between innovation and anxiety of novelty.: Revista de Metodología de Ciencias Sociales. sep-dic2016, Vol. 35, p105-124. 20p.
5. Herrera N, et al.: Teaching and institutionalization of methodology of social research in the career of Sociology in Guatemala. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social. oct2015-mar2016, Vol. 5 Issue 10, p51-62. 12p.
6. Cuevas, J.; Salazar-Jiménez R. Methodological Implications Of Respecting The Principle Of Autonomy In Social Research.. may-ago2016, Vol. 13 Issue 31, p129-154. 26p
7. Toro J, Saldarriaga J.: Teaching Competences For The Instruction Of Research And The Evaluation Of Research Papers And Doctoral Theses In Management., Jormaris; Arias, Oscar. El Ágora USB. ene-jun2015, Vol. 15 Issue 1, p137-151. 15p.
8. Sánchez A., Hernández P.; et al.: Methodological strategies for the study of social and professional integration of people with disabilities.. Spanish Journal of Disability Studies / Revista Española de Discapacidad. jun2016, Vol. 4 Issue 1, p97-117. 21p.
9. Mendoza Padilla J.: BIOESTADÍSTICA, METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, SALUD Y POBLACIÓN, Edt. Fac. Odontología –UMSA Ed. 1ª. 2011 Págs. Inext.

10. Word Health Organization and Center for Disease Control.:INVESTIGATION POBLATIONAL , Edt. OMS-OPS- Min. Salud Bolivia Ed. 2da. Pags. Inext.
11. Hernandez Salpieri H, Fernandez C, Baptista P.:METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, España Edt. Mc Graw Hill Ed. 2ª. Pags. Inext.
12. Zambrana J.: METODOLOGIAS DE LA INVESTIGACION DE LETHIERRE, Edt.prop.Ed. 1 Bolivia 2012, Pags. Inext.
13. Word Health Organization and Center for Disease Control.:INVESTIGATION POBLATIONAL , Edt. OMS-OPS- Min. Salud Bolivia 2013 Ed. 2da. Pags. Inext.
14. Limachi C.:COMO REALIZAR UN ENSAYO , Edt. Propia Ed. 1ª. FAC. ODONTOLOGÍA 2014.Pags. 12-24

BIOESTADISTICA BASICA

Dra. Liliam S. Belzu Cuba
Docente Dpto. Facultativo Salud Publica - UMSA

Dr. Juan Choque Rondo
Jefe de Unidad de Redes de Servicios de salud - SEDES- LA PAZ

Dr. Richard Belzu C.
Odontologo - Gerencia en Salud - UMSA

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 los futuros 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 aleatorias.³

CUADRO N°1

FUENTE. - Metodología de Lethierre 2023

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 muestra ⁶⁻⁷.

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 2023

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 operabilizar 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, las personas de una determinada ciudad o de un determinado lugar, 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.

Recordemos que la población finita ,representa el número total de la población CONOCIDA también denominada población cerrada. Ejemplo: número de Asegurados, número de estudiantes de la universidad.

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.-

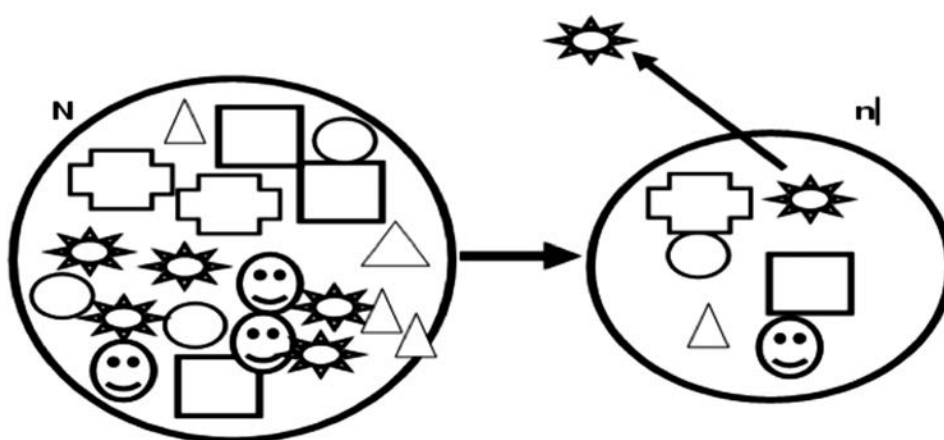
Se denomina población blanco u objeto, ha aquella que específicamente se elige del universo para ser estudiada, experimentada u observada. Ej. de todo Bolivia solo se estudia las personas del departamento de La Paz o de toda la UNIVERSIDAD solo se desea estudiar a los estudiantes de la carrera de MEDICINA 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.-

Es la parte más representativa de un todo, ò subconjunto del universo ò 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. En el siguiente ejemplo (Cuadro N° 3) podemos observar universo, población y muestra, siendo esta última las figuras estrelladas lo más representativo del todo que nos acerca a un resultado mas fiable de todo un universo:

CUADRO N° 3



FUENTE :. Bioestadística de Lethierre 2023

MUESTREO .-

Es el procedimiento estadístico a través del cual se llega a identificar y seleccionar a la población que se eligió como parte de la población del universo; es decir la muestra que puede ser del tipo probabilística o no probabilística dependiendo del ojo del investigador.

UNIVERSO.-

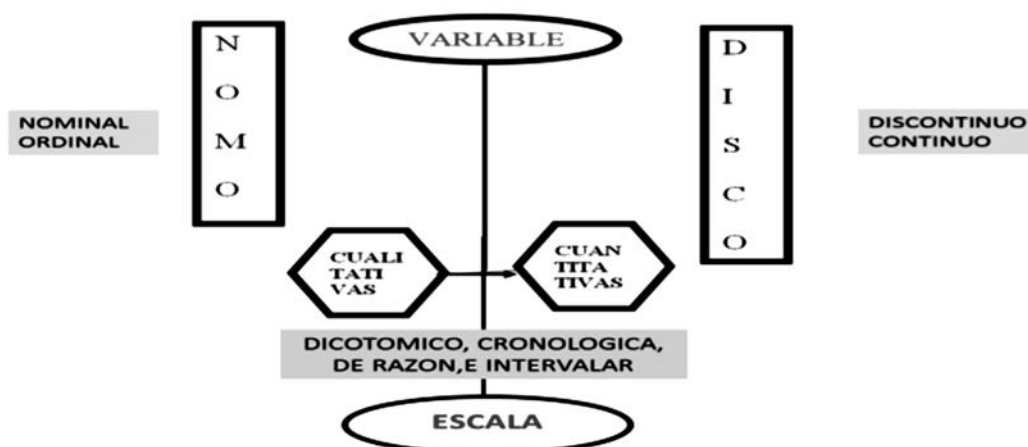
Es también considerado como población general ò total de la población, al conjunto de elementos ò personas que presentan más de una característica de un fenómeno a estudiar ò más de una variable a observar, por ejemplo cada persona un sin fin de variables (edad, sexo, características físicas, sociales, 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 2023

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, condición social, 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 sobrevida, 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 uno 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 cardíaca 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.

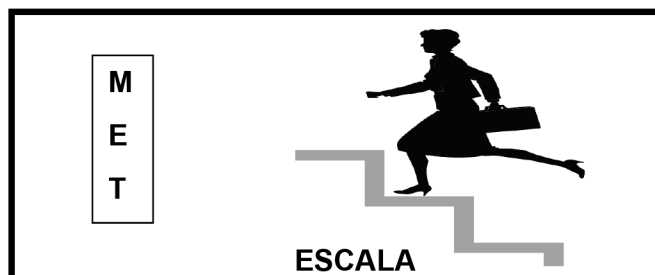
ACLARACIÓN.- Diversos autores clasifican sus variables como preludios de indicadores, por ejemplo en investigación ha surgido una dinámica de cambios en la clasificación y nombramiento de variable ,

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 la variable 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 o en forma numérica, es decir cuando se le otorga un valor determinado según su magnitud y de acuerdo a la investigación a realizar mediante un tema seleccionado con anterioridad. Como bien lo representa el cuadro N°5.

CUADRO N°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 o 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 O 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 O 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

• ESCALA CONCRETA O 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 o racionales (fraccionados, porcentuales y/o decimales) siendo esta medición aproximada. Por ejemplo:

- Variable : ESTATURA
- Escala : 1,65 m. 1,66 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 ó 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 RAZÒN**

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:

- Numeros Absolutos
- Tasas
- Razones
- Proporciones
- Indices

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 ESPECIFICAS .-

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.

$$TF = \frac{\text{Nº de nacidos vivos, en un determinado lugar y tiempo}}{\text{Nº de mujeres en edad fértil}} \times 1000$$

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:

$$1. \text{ Tasa bruta de mortalidad} = \frac{\text{Nº de fallecidos en un año}}{\text{Población a mediados del año}} \times 1000$$

$$2. \text{ Tasa de mortalidad} = \frac{\text{Nº fallecidos por causa x en un año}}{\text{Población a mediados del año}} \times 100.000$$

Específica por causa

A. 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:

$$\text{Razón de masculinidad} = \frac{\text{Nº de hombres}}{\text{Nº de mujeres}}$$

B. 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:

$$1. \text{ Proporciones de mortalidad por causa } x = \frac{\text{Nº de fallecidos por causa } x}{\text{Nº fallecidos por todas causas}}$$

$$2. \text{ Proporción de muertos de 50 años y más (Índice de Swaroop)} = \frac{\text{Nº de fallecidos por causa } x}{\text{Nº de fallecidos de toda edad}}$$

TEORIA DE LOS REDONDEOS.-

En muchas ocasiones nos vemos en la necesidad de utilizar números absolutos o racionales, dependiendo del caso, cuantos decimales o cuantos enteros y decimales debemos utilizar solo lo puede normar nuestro criterio, o 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 Nº 7

51

50,05 →

FUENTE: .Bioestadística de Lethierre 2023

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): “RENE REDONDEA”

CUADRO N° 8

FUENTE: Bioestadística de Lethierre 2023

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 2023.

EJERCICIO DE APLICACIÓN DIARIA.-

Usted 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 o 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 u 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 pérdida 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-
26-26-27-27-28-28-28-28-28-28-29-29-30-30-30-30-30-30-31-31-32-33-33



DESCENDENTE: es decir del número mayor al número menor:

33-33--32-31-31-30-30-30-30-30-30-29-29-28-28-28-28-28-27-27-26-26-
26-26-25-25-25-24-24-24-23-22-22-21-20-20-20-19-19-19-18-18-18-17-17-



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 palotear 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	
Li.....Ls	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 tamaño de la “n”, al mismo tiempo no se debe olvidar que “fi” es igual a la división de “ni” entre “n” ($f_i = n_i/n$ 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:

$$f(1) = 16$$

$$f(2) = 13$$

$$f(3) = 21$$

$$f(4) = 19$$

$$f(5) = 14$$

$$f(6) = 17$$

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 :

$$fa(1) = 16$$

$$fa(2) = 16 + 13 = 29$$

$$fa(3) = 29 + 21 = 50$$

$$fa(4) = 50 + 19 = 69$$

$$fa(5) = 69 + 14 = 83$$

$$fa(6) = 83 + 17 = 100$$

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.....34

La operación realizada ha dividido esa línea en cuatro partes de la siguiente manera:

21.....i.....i.....i.....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.....i.....i.....i.....34
 24,25 27,25 30,75

Esto nos permite establecer que en situaciones especiales podrían existir un número determinado como límite superior 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

¿ A ó B ó ambos?

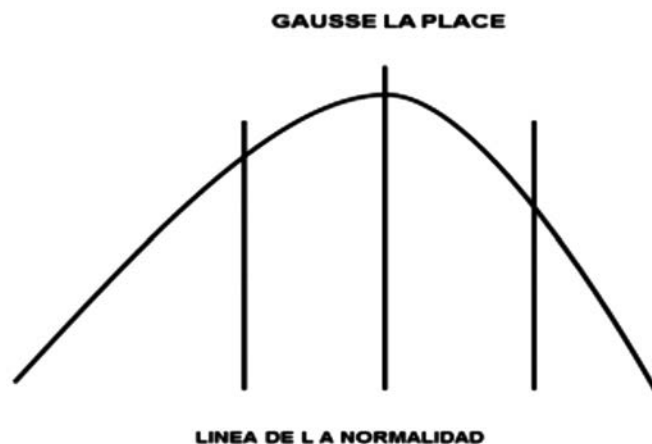
La otra opción es la de sumar los dos límites tanto superior e inferior de cada uno de los intervalos de clase y posteriormente dividirlos entre dos, una vez redondea esa cifra ese número se denominará PUNTOS MEDIANOS O INTERVALOS DE CLASE (xi), estableciendo con esto diferencias incluso infinitesimales 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 (MTC).-

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



FUENTE: Bioestadística de Lethierre 2023

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:

- Promedio o Media Aritmética o simplemente Media Mediana (**Md**) o (**Me**)
- Modo o moda (**Mo**) o (**Ma**)
- Mediana (**Me**)
- 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 los 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 UE

$$1+1+2+3+3+4+5+6+7+7+8+8+8+9+10+11+11+12+12+13+14+15+16+17+17 = 220$$

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: $\frac{n_1+n_2+n_3+n+.....}{n}$

“x” n

$$x = \frac{\sum (x \cdot f)}{n}$$

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-
5-4-4-4-4-4-3-3-3-3-3-3-2-2-2-2-2

b) Obtenga el promedio en Distribución de Frecuencia simple (Fs) :

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

Punto medio o Marca de clase

$$Xi = \frac{Li + Ls}{2}$$

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

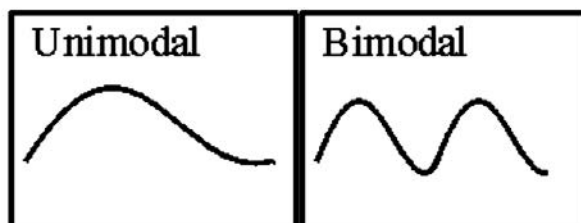
La lectura y el análisis de este estadígrafo es el siguiente, la edad estandarizada de personas que cursan con parasitosis intestinal es de 12,5 años.

LA MODA O VALOR MODAL (M_o) ó (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 Lethierre 2023

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.

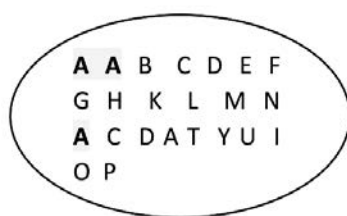
MODA EN FRECUENCIAS SIMPLES

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
10	1
11	5
12	6
13	22
14	6
15	8
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 = Rango o Amplitud de intervalo

$$Mo = Li + \frac{(n-1)}{(n-1) + (n+1)} \cdot a$$

Se puede utilizar la formula abreviada o algebraica:

$$Mo = Li + \frac{(n-1)}{2(n)} \cdot a$$

Ejemplo: En una muestra agrupada de datos de pacientes internados en el hospital del Tórax con diagnóstico de tuberculosis. Se desea conocer la moda agrupada. 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 UE

La edad de los pacientes es la siguiente.

20-21-22-23-24-25-26-27-27-27-27-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-37-37-37-37-38-39-40-41-43-44-45-46-47-47-47-47-47-48-49-50-51-51-52-52-52-52-52-52

Li	Xi	Ls	FA	
20	24	27	12	

MODA

28	32	35	8
36	40	43	19
44	48	52	11

n=50

$$Mo = Li + \frac{(n-1) \times a}{(n-1) + (n+1)}$$

$$Mo = 36 + \frac{18}{18+20} \times 8$$

$$Mo = 36 + \frac{18}{38} \times 8$$

$$Mo = 36 + (0,47) \times 8$$

$$Mo = 36 + 3,8$$

$$\mathbf{Mo = 39,8}$$

La lectura de este estadígrafo es la siguiente, que la edad que más se repite en pacientes con problemas tuberculosos en el Instituto Nacional 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**

$$21 - 24 - \underline{30 - 36} - 46 - 47$$

Me

$$Me = \frac{30 + 36}{2} \qquad Me = 33$$

b) Mediana en Unidades de estudio **Impar**

$$21 - 24 - \underline{30} - 36 - 46 = Me = 30$$

Me

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 (X_i), 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 formula :

$$Me = Li + \frac{(N/2) - Ni}{n} \times a$$

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 2020.

X	F _s
21	3
22	4
23	5
24	5
25	6
26	5
27	5
28	4
29	3
N =	40

$$\frac{N + 1}{2} = \frac{60 + 1}{2} = 30,5$$

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 2021.

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 = 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 :

$Li + \frac{(N/2) - Ni}{n} \times a$		MEDIANA
$Li + \frac{(N/4) - Ni}{n} \times a$		CUARTIL
$= Li + \frac{(N/100) - Ni}{n} \times a$		PERCENTIL
$Li + \frac{1(N/4) - Ni}{n} \times a$		
$Li + \frac{2(N/4) - Ni}{n} \times a$		RECORRIDO INTERCUARTILAR
$Li + \frac{3(N/4) - Ni}{n} \times a$		
$Li + \frac{4(N/4) - Ni}{n} \times a$		



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, PASS, Epiinfo hasta STATA o R, paquetes que le facilitarán aun más su análisis de información, pero que de ninguna manera reemplazarán la lógica que imprimirán en cada análisis de **ANÁLISIS DE DATOS ESTADÍSTICOS.**

La recolección de los datos estadísticos corresponde a sistematizar, consolidar y transformar los datos numéricos manualmente o mediante instrumentos de informática como :

- STATS, software diseñado para el análisis estadístico descriptivo de datos de una o varias variables.
- SPSS paquete software utilizado para realizar la captura y análisis de datos, crea tablas y gráficas con data compleja, es conocido por su capacidad de gestionar grandes volúmenes de datos y tiene la capacidad de llevar a cabo el análisis de texto entre otros formatos más.
- EPIINFO, software que permite la fácil elaboración de cuestionarios, bases de datos, ingreso ingreso y análisis de datos estadísticos, gráficos y mapas epidemiológicos.
- STATA (Stata) software que provee el Análisis, gestión de datos y gráficos estadísticos.
- EXCEL v.19.0 (2018) Como parte de Office 2019.
- R project. R proporciona un amplio abanico de herramientas estadísticas (modelos lineales y no lineales, tests estadísticos, análisis de series temporales, algoritmos de clasificación y agrupamiento, etc.) y gráficas.

COMO HACER E INTERPRETAR GRAFICOS.

Luego de obtenida la información y los resultados deberán ser emitidos en el trabajo de investigación para ello se necesita representarlos de manera gráfica, en :

- Cuadros,
- Tablas y/o
- Gráficos :
 - ➔ sectores o inadecuadamente llamados tortas,
 - ➔ histogramas,
 - ➔ columnas y/o barras
 - ➔ pictogramas.

Los gráficos y las tablas representan e interpretan información procedente de diferentes fuentes: primaria, secundaria y terciaria de forma clara, precisa y ordenada.

La elaboración de gráficos estadísticos es una poderosa herramienta para el análisis de datos muy efectivos para describir o resumir la información y para analizarla.

Los gráficos nos permiten en un golpe de vista entender de que se nos habla y asimilar la información que se nos da.

CARACTERÍSTICAS DE PRINCIPALES GRÁFICOS.

Es preciso distinguir inicialmente entre variables discontinuas o discretas y variables continuas, pues cada una exige un tipo diferente de gráfica.

- **HISTOGRAMAS** : Se utilizan para variables cuantitativas continuas.
- **POLIGONO DE FRECUENCIA**: Se utiliza en los mismo casos que el Histograma
- **GRAFICOS DE SECTORES (Tortas)** :

Se utilizar para todo tipo de variables, pero se usa habitualmente para las variables cualitativas

- **GRAFICOS DE BARRAS (Simples, dobles y compuestas)** :

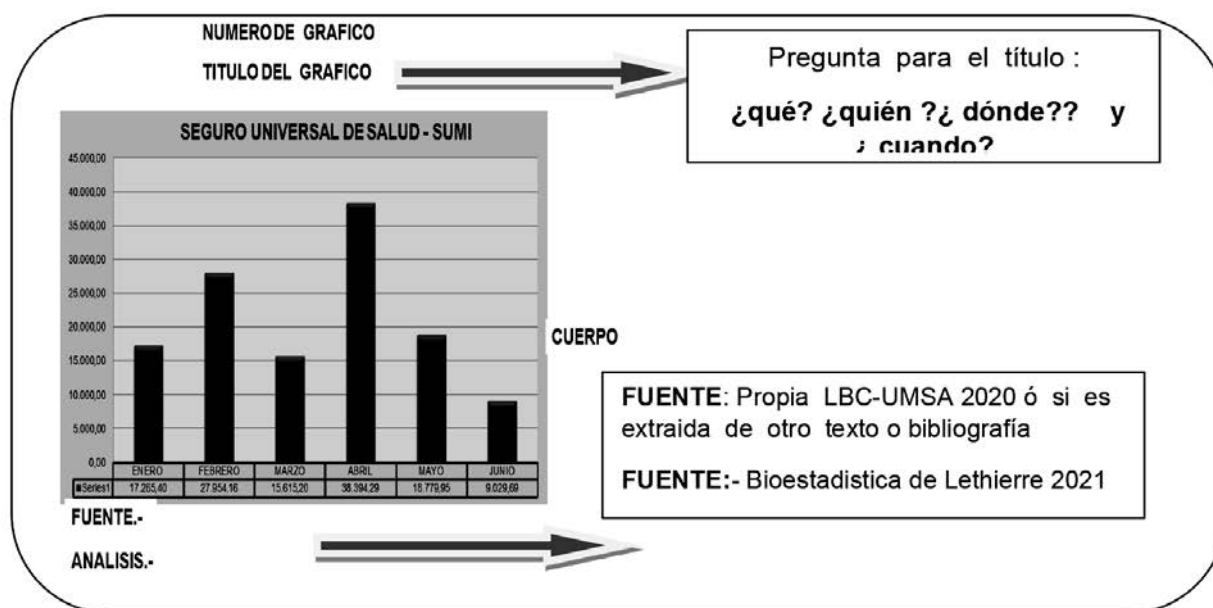
Se usa habitualmente para variables cuantitativas discreta (aunque es valida para cualquier tipo datos).

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 (Ver cuadro N° 14):

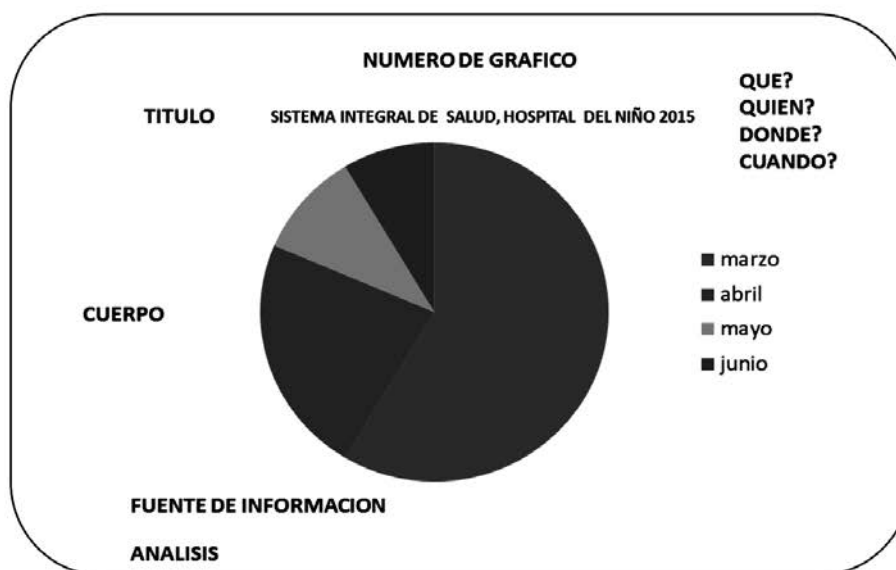
CUADRO N°14

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE UN GRAFICO



FUENTE: Metodología de Lethierre 2023, Anexo 10.

CUADRO N°15

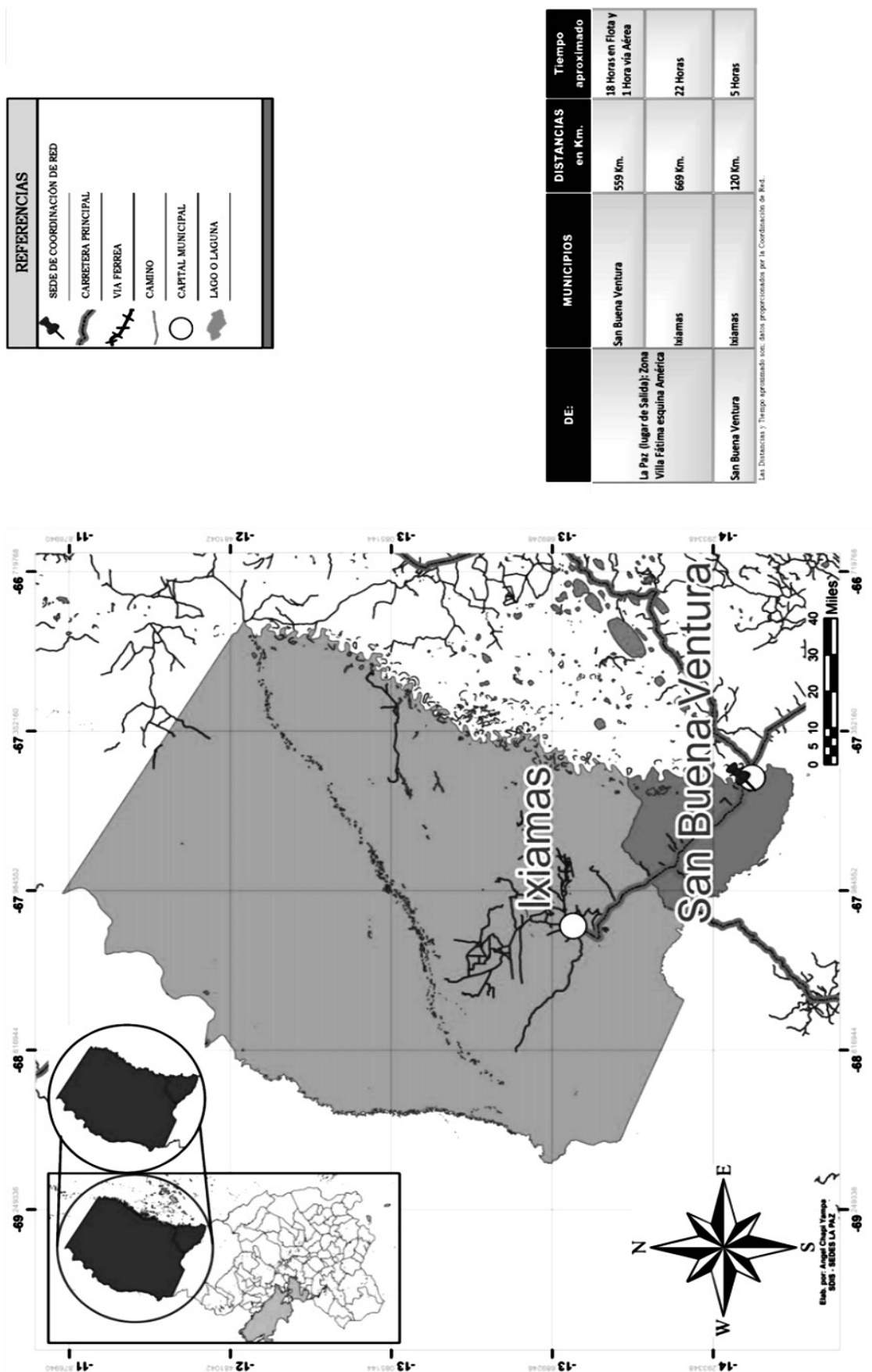


FUENTE: Metodología de Lethierre 2023, Anexo 10.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

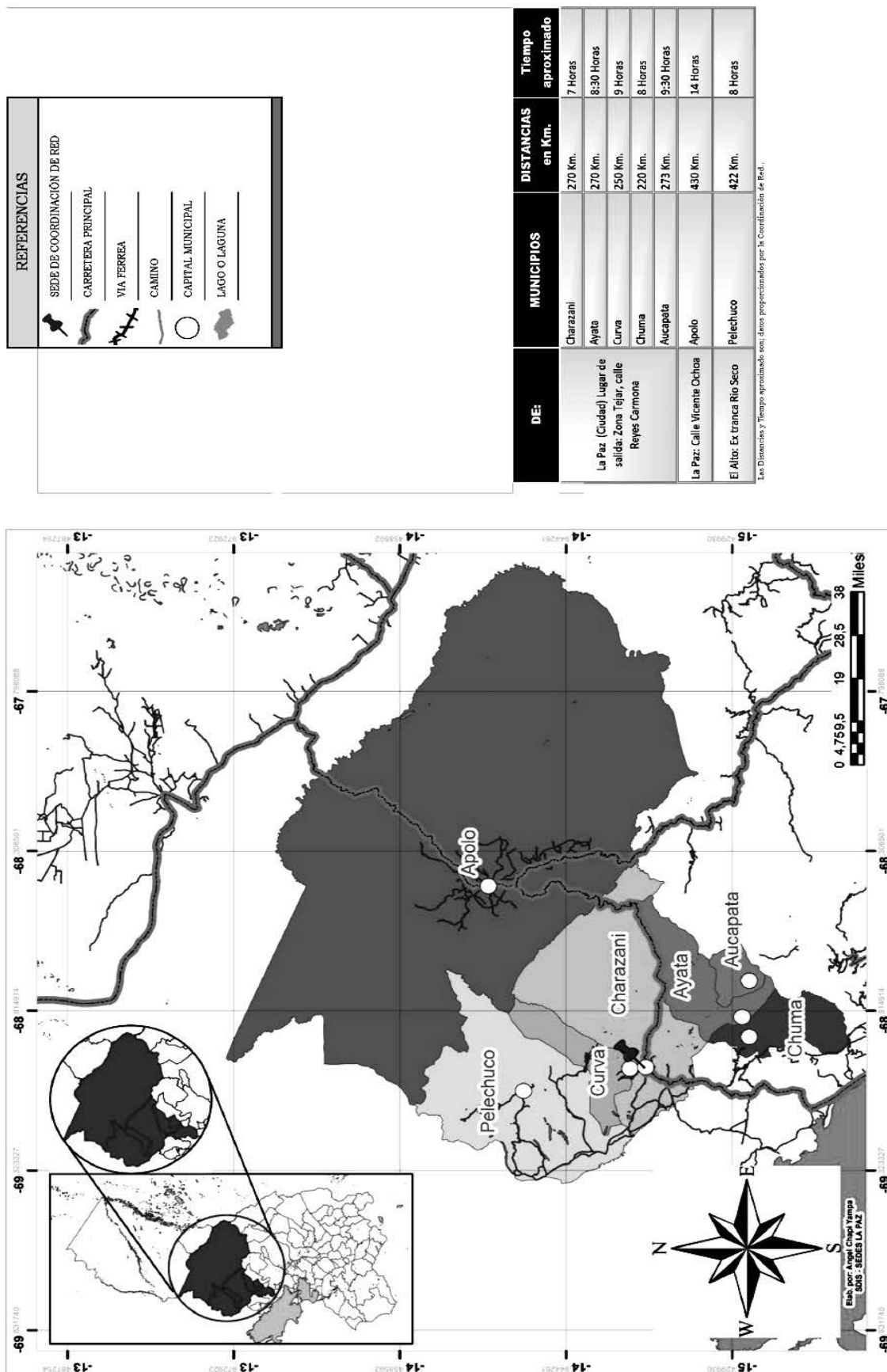
1. Creswell, J.W. RESEARCH DESIGN : QUALITATIVE, CUANTITATIVE, AND MIXED METHODS APPROACHES, 2da. Ed, Londres : Sage . 2013
2. Creswell, J.W. RESEARCH DESIGN : QUALITATIVE, AND MIXED METHODS APPROACHES, 3ra. Ed. Londres : Sage, 2009
3. Lethierre ; METODOLOGIA DE LETHIERRE, 2015.
4. Zegarra B.: METODOS DE INVESTIGACION , CAP Ensayos Clinicos, Ed. 2da Edt. Bruguera. 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 SPSS 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 Analysis. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1999 págs. inext
14. SÁNCHEZ CARRION, J.J. Manual de Análisis de datos. Madrid: Alianza Universidad. 1995 págs. inext

Red de Salud Rural N° 1 - Iturrealde



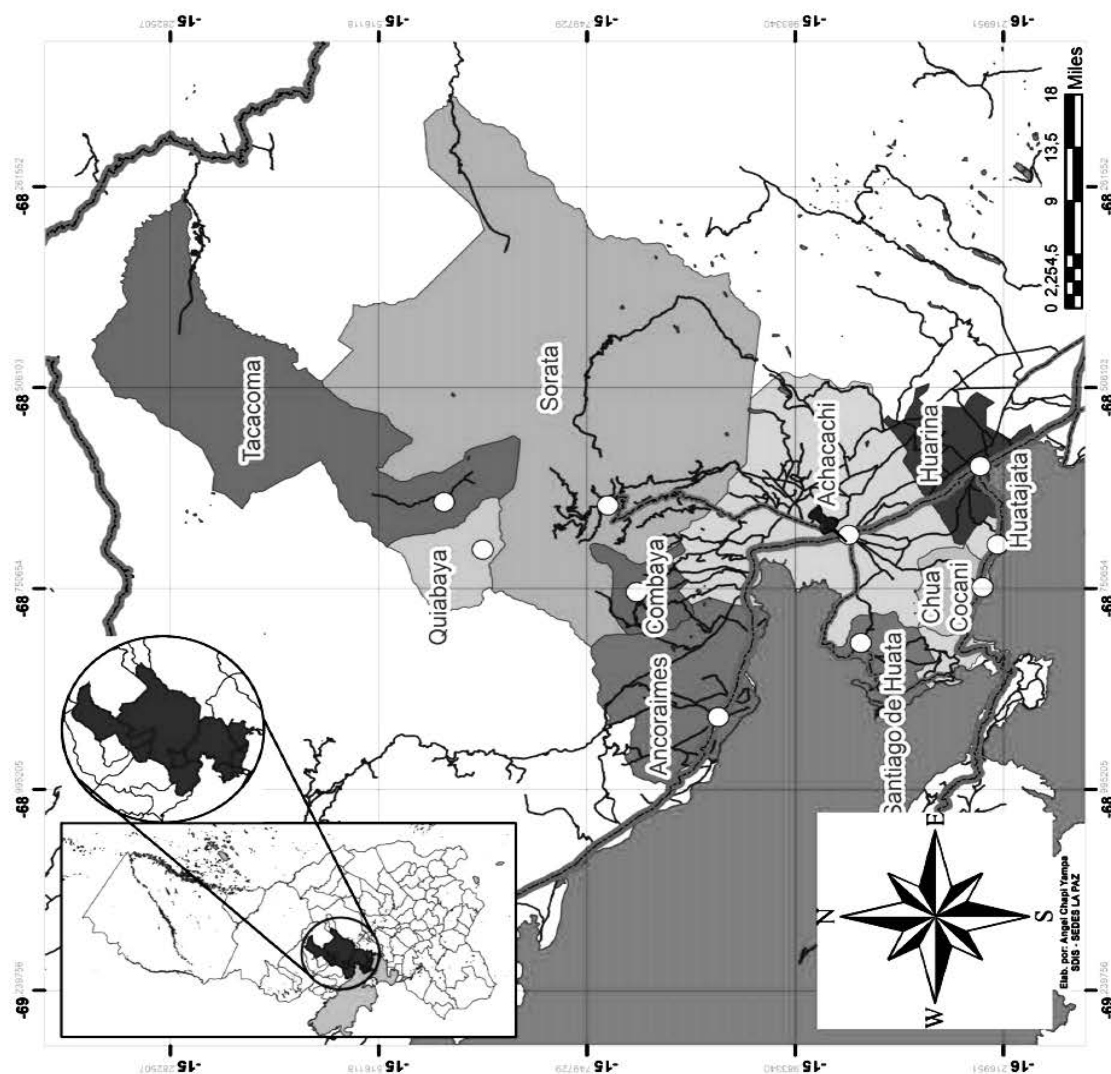
Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.
 *Los Mapas y/o límites no representan ni deben ser considerados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente como referencia.

Red de Salud Rural N° 2 - Apolobamba



Red de Salud Rural N° 4 - Omasuyos, Larecaja Andina

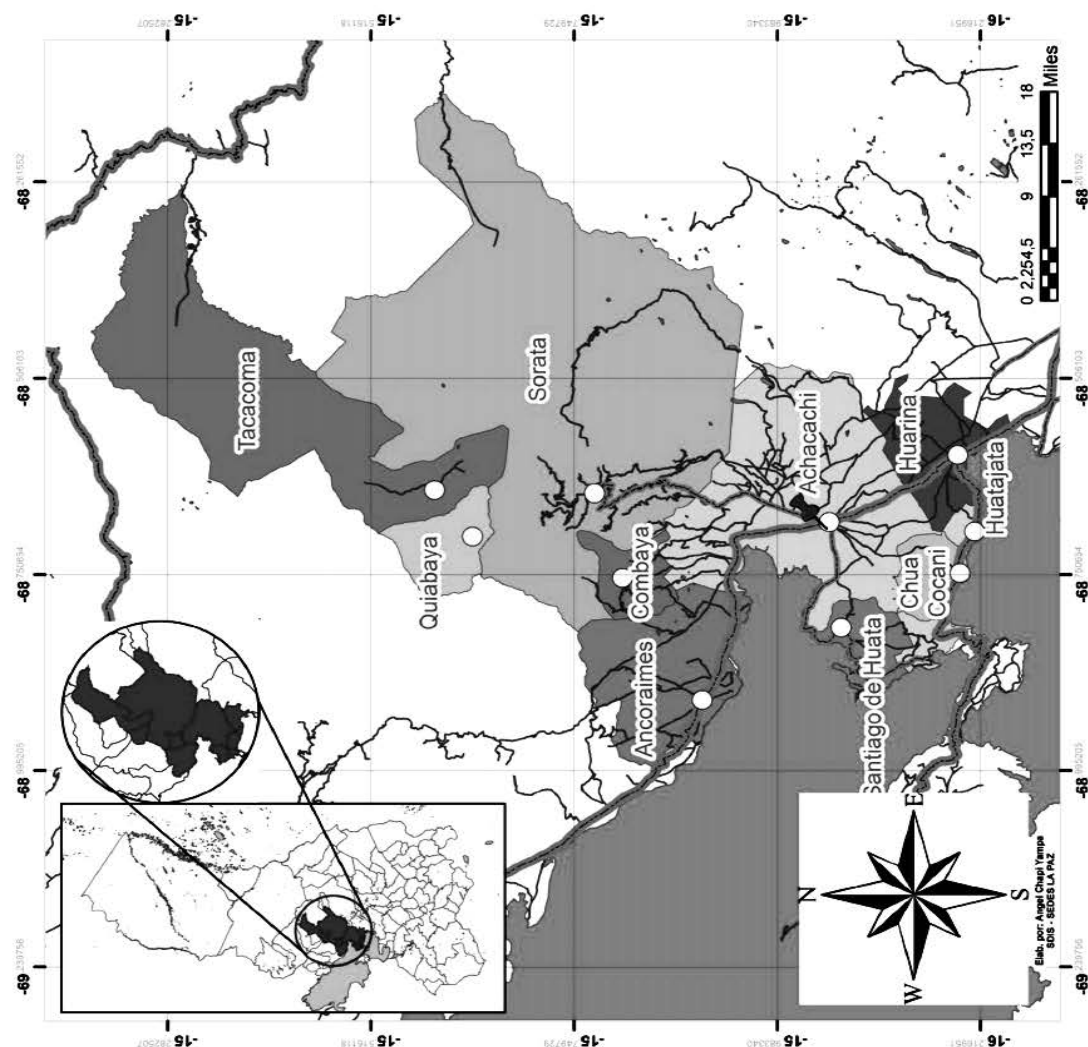
REFERENCIAS	
	SEDE DE COORDINACIÓN DE RED
	CARRETERA PRINCIPAL
	VIA FERREA
	CAMINO
	CAPITAL MUNICIPAL
	LAGO O LAGUNA



DE:	MUNICIPIOS	DISTANCIAS en Km.	Tiempo aproximado
El Alto Lugar de salida: Terminal Provincial, Zona Villa Esperanza.	Achacachi	97 Km.	2 Horas
	Huarina	75 Km.	1:30 Horas
	Chua Cocani	84 Km.	2 Horas
	Huatajata	80 Km.	1:50 Horas
	Sigo. de Huata	96 Km.	2:30 Horas
	Ancoraimes	134 Km.	2:30 Horas
	Combaya	158 Km.	4 Horas
	Sorata	147 Km.	3:30 Horas
	Quiabaya	221 Km.	8 Horas
	Tacacoma	249 Km.	9 Horas

Las Distancias y Tiempo aproximado son: datos proporcionados por la Coordinación de Red.

Red de Salud Rural N° 4 - Omasuyos, Larecaja Andina

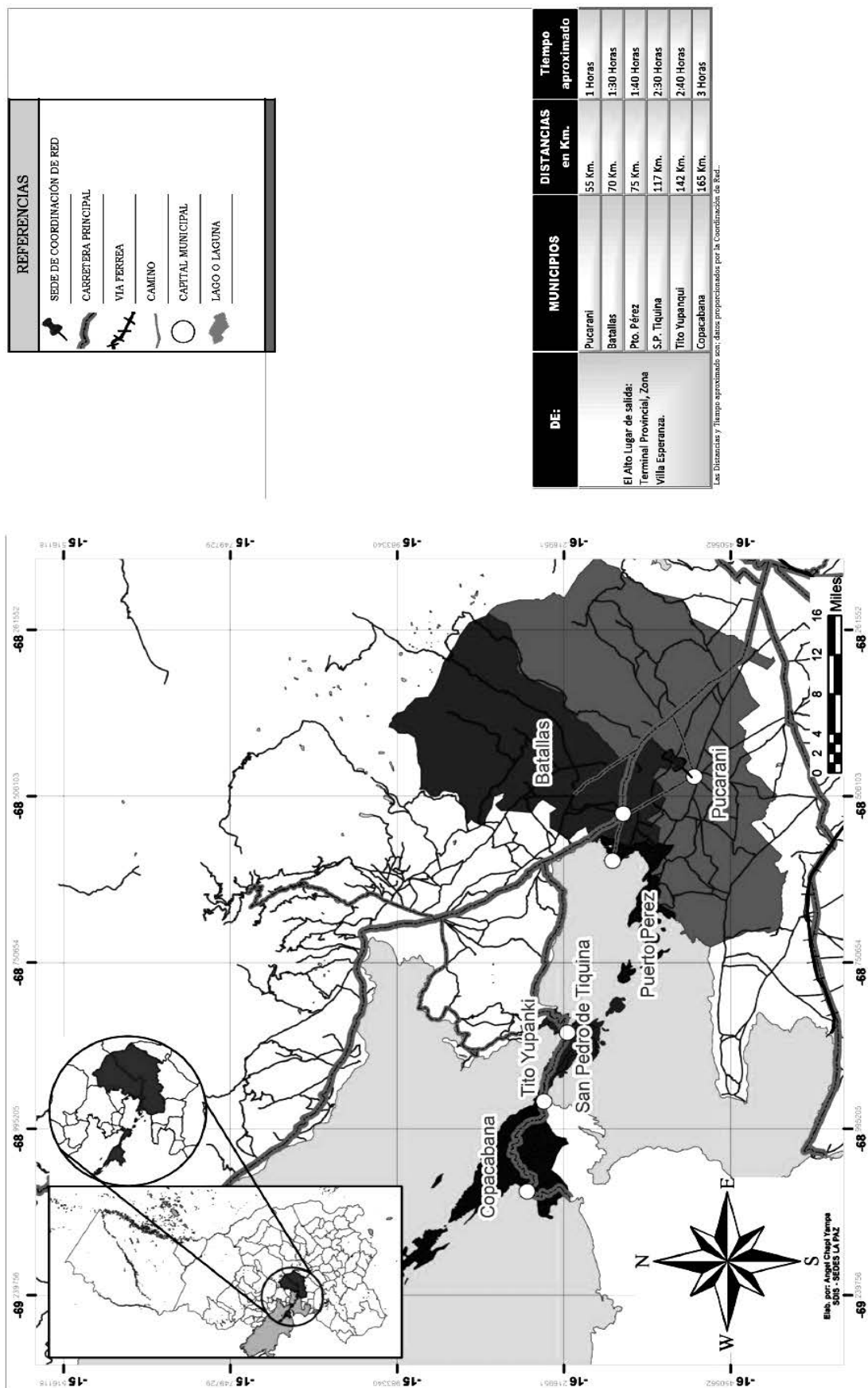


REFERENCIAS	
	SEDE DE COORDINACIÓN DE RED
	CARRETERA PRINCIPAL
	VIA FERREA
	CAMINO
	CAPITAL MUNICIPAL
	LAGO O LAGUNA

DE:	MUNICIPIOS	DISTANCIAS en Km.	Tiempo aproximado
El Alto. Lugar de salida: Terminal Provincial, Zona Villa Esperanza.	Achacachi	97 Km.	2 Horas
	Huarina	75 Km.	1:30 Horas
	Chua Cocani	84 Km.	2 Horas
	Huatajata	80 Km.	1:50 Horas
	Sigo de Huata	96 Km.	2:30 Horas
	Ancoraimos	134 Km.	2:30 Horas
	Combaya	158 Km.	4 Horas
	Sorata	147 Km.	3:30 Horas
	Quiabaya	221 Km.	8 Horas
	Tacacoma	249 Km.	9 Horas

Las Distancias y Tiempo aproximado son: datos proporcionados por la Coordinación de Red.

Red de Salud Rural N° 5 - Los Andes, Manco Kapac



Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.

VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA COMUNITARIA

MSc.Dr. Ramiro Argollo Gutiérrez.
Responsable de Epidemiología e investigación SERES EL ALTO.

Cristhian Ramiro Argollo Quisbert
Universidad Mayor De San Andres U.M.S.A.

El Gobierno Autónomo Departamental de La Paz, a través del Servicio Departamental de Salud, con la implementación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, ha desarrollado los procesos de promoción y prevención en salud, como estrategias para mejorar las condiciones de vida de la población y el fortalecimiento de la participación ciudadana.

Como parte de las acciones de promoción y prevención contempladas en el Modelo de Atención en Salud, la vigilancia comunitaria ha representado una de las estrategias más efectivas para la vigilancia de los factores de riesgo en la comunidad y el control oportuno de las enfermedades.

El Ministerio de salud implementa actualmente un proceso de fortalecimiento al trabajo de vigilancia de la salud, a través de implementación de políticas de atención basada en necesidades identificadas, con la articulación entre la comunidad, los Gabinetes del Poder ciudadano, red comunitaria y personal de salud.

Como parte de este proceso de fortalecimiento se ha elaborado la presente cartilla de VIGILANCIA COMUNITARIA la cual orienta de manera sencilla el trabajo a realizar por la red comunitaria enfocado a:

- Vigilar las condiciones de la comunidad y notificar de manera oportuna.
- Prevenir la aparición de enfermedades.
- Actuar con la comunidad en intervenciones que frenen las enfermedades.

El éxito de esta estrategia radica en conseguir el bien común, promoviendo la participación ciudadana a través de la familia, la iglesia y la comunidad en coordinación con el personal de salud.

Es un esfuerzo de la familia y la población organizada, para identificar las situaciones que pueden afectar la salud de las personas en coordinación con los Equipos de Salud Familiar.

¿PORQUÉ ES IMPORTANTE LA VIGILANCIA COMUNITARIA?

Para la comunidad:

Porque permite identificar a tiempo la presencia de algunas enfermedades o situaciones que puedan poner en riesgo a otras personas, familias y a la comunidad

- Permite evitar que las personas se agraven y mueran en la comunidad
- Permite notificar a las unidades de salud en el tiempo oportuno las situaciones de salud que afectan a la población
- Permite evaluar los cambios logrados por la comunidad como resultado de las intervenciones realizadas.

Para el personal de salud:

- Permite llevar el control y análisis de datos sobre enfermos y fallecidos por comunidad.

- Permite poner en práctica acciones para intervenir oportunamente en la prevención de enfermedades o factores de riesgos en cada localidad.
- Crea las condiciones necesarias para desarrollar oportunamente la lucha anti epidémica, a través del fortalecimiento de las relaciones y alianzas con la comunidad.

¿QUÉ SE NECESITA PARA IMPULSAR LA VIGILANCIA COMUNITARIA?

- Identificar a las personas de la comunidad que participaran en la Vigilancia.
- Capacitar a las personas de la comunidad
- Trabajar con los sectores o comunidades
- Dar seguimiento a las comunidades
- **La Comunidad:**

Es el eje central de la intervención, es decir, la Familia, el individuo y su entorno. La familia participa de manera activa como una red de trabajo realizando la Vigilancia comunitaria desde su casa, la iglesia, la escuela y coordinando las diferentes acciones con agentes comunitarios de su localidad.

- **El personal de salud realiza a nivel local:**
 - a) Coordinaciones con las y los líderes locales.
 - b) Actividades de promoción, prevención y contención.
 - c) Acompañamiento para el adecuado desarrollo de la Vigilancia Comunitaria.

¿QUÉ ACTIVIDADES POR EL BIEN COMÚN ES NECESARIO?

¿REALIZAR PARA DESARROLLAR LA VIGILANCIA COMUNITARIA?

Consiste en:

Conocer y registrar las condiciones en la comunidad que favorecen la aparición de enfermedades en niños, niñas, mujeres, la familia, por ejemplo, basureros públicos, ríos contaminados, criaderos de zancudos, etc. (Censo de riesgo).

Llevar el registro diario de las enfermedades que se presenten en los barrios, comarcas o comunidad y la situación en la que se encuentra la población. (Registro diario, consolidado de información).

- Captar e Identificar signos de peligro en mujeres embarazadas, niños y niñas menores de 5 años para su referencia oportuna a la unidad de salud. (guía de eventos a vigilar).
- Captar y reportar la presencia de casos sospechosos de enfermedades en la comunidad. (ver anexo de la guía de enfermedades o eventos a vigilar).
- Observar que la población está aplicando de manera adecuada las medidas de prevención de las enfermedades y modificando los factores de riesgo.

Consiste en:

- Informar a la comunidad sobre el origen, síntomas y formas de transmisión de las principales enfermedades de su comunidad haciendo énfasis en signos y señales de peligro.
- Implementación de prácticas clave como el lavado de manos, lactancia materna, (ver guía de medidas preventivas).

Actuar:**Consiste en:**

- Referir a la unidad de salud más cercana los casos sospechosos de enfermedades que hayan sido identificados.
- Notificar y alertar a la unidad de salud, sobre las sospechas de casos de brotes epidémicos de enfermedades bajo vigilancia.

¿QUÉ INSTRUMENTOS SE UTILIZAN PARA REALIZAR LA VIGILANCIA**COMUNITARIA?**

1.- Censo de habitantes: Permite conocer la cantidad de personas que viven en la comunidad y el número de casas existentes, con esto, nos daremos cuenta de lo siguiente:

Permite conocer la cantidad de personas que viven en la comunidad y el número de casas existentes, con esto, nos daremos cuenta de lo siguiente:

- ¿Cuántos somos en la comunidad?
- ¿Cuántas viviendas
- ¿Cuántas familias tiene la comunidad?

2.- Censo de riesgo para la salud:

Permite identificar el número de personas y viviendas con factores de riesgo para contraer enfermedades.

Para realizar este censo es necesario observar y anotar lo siguiente:

- Existencia de criaderos como llantas, botellas, áreas húmedas, agua almacenada, animales dentro de la vivienda,
- Condiciones de las viviendas, si tiene agua, pozo, cocina dentro de la casa, letrina, tipo de piso, patio limpio.
- Higiene de las personas que habitan la vivienda
- Personas en situaciones de riesgo: Mujeres embarazadas, niños desnutridos, personas con discapacidad, violencia de género.

3.- Mapa de riesgo para la salud:

Es un croquis de la comunidad en donde se deben registrar las situaciones identificadas por el censo de riesgo ubicándolas por sector ya definidos en la planificación, así como las zonas de riesgo de desastre y de seguridad en la comunidad.

Este mapa de riesgo debe contar con:

- Los lugares de referencia de la comunidad: iglesia, centro de salud, etc.
- Los factores de riesgo que se encuentren y donde están ubicados.
- Las zonas de riesgo de desastre que identifican durante su recorrido.
- Las zonas de seguridad o refugio identificadas en el recorrido.

Para identificar los diferentes lugares de referencia que vamos a registrar en el mapa de riesgo, podemos utilizar algunos dibujos como los siguientes:

- Los símbolos para factores de riesgos son:

Con los datos recolectados en el censo de riesgo, censo poblacional y mapa de riesgo, permitirá al personal de salud en conjunto con la red comunitaria la identificación de las comunidades de bajo, mediano y alto riesgo.

4.- Boleta de referencia y contrarreferencia:

Es un documento que llena la o el agente comunitario para remitir a la unidad de salud los casos sospechosos de enfermedades o eventos sujetos a vigilancia comunitaria. La boleta de referencia está formada por tres partes:

a) El comprobante:

Quedará en manos de la o el agente comunitario para darle seguimiento.

b) La referencia:

Se entregará a la persona para que se presente a la unidad de salud correspondiente. En la referencia se especificarán las manifestaciones que tiene el paciente y por las cuales se está refiriendo.

c) La contra referencia:

Es el documento enviado por el personal de salud a la o el agente comunitario para el seguimiento.

5.- Registro diario / Consolidado de información:

Este formato sirve para registrar la visita que realiza la o el agente comunitario a las familias en busca de casos sospechosos.

¿CUÁL ES LA RUTA QUE DEBE SEGUIR LA INFORMACIÓN PARA REALIZAR UNA VIGILANCIA COMUNITARIA EFECTIVA?

La ruta que debe seguir la información debe realizarse por niveles, donde cada uno tiene responsabilidades específicas, de esa manera se han identificado tres niveles de acción:

La Comunidad:

a) Notificación de los eventos y casos sospechosos:

La notificación se hace en base a la sospecha, casos confirmados, fallecimientos, situaciones especiales de salud de la comunidad, debe hacerse con datos reales que involucre a la comunidad y a los servicios de salud.

b) ¿Cuándo se debe notificar?:

Las enfermedades y eventos en un periodo no mayor de 24 horas después de haber sido detectado y un caso que preocupe a la familia y la comunidad inmediatamente; ejemplo: niños o niñas con diarrea, mujeres embarazadas con señales de peligro.

c) ¿A dónde se debe notificar?

A la unidad de Salud más cercana de la comunidad.

d) ¿Quién debe notificar?

La o el agente comunitario quien obtiene diariamente la información del individuo y la familia.

Es importante mantener informado al personal de salud de la comunidad si existe o no casos sospechosos de enfermedades o factores que pongan en riesgo la salud de la población.

El Personal de salud en la comunidad y a nivel municipal:

- Revisa y analiza la información recibida por los agentes comunitarios.
- Implementa medidas preventivas con la participación comunitaria e interinstitucional.

¿QUÉ VIGILAMOS?

Eventos y enfermedades tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Las de mayor frecuencia en la comunidad
- Las que se transmiten rápidamente
- Los factores de riesgo o enfermedades existentes que propician un brote epidémico.
- Las que pueden llegar a causar la muerte si no se atienden oportunamente.

Por lo tanto, vamos a vigilar:

- Mujeres embarazadas
- Niños y niñas
- Personas enfermas.

La aplicación de las medidas preventivas y de control de enfermedades declaradas por el Ministerio de Salud en alerta de salud pública.

La vigilancia comunitaria se orienta a los siguientes eventos:

1. Enfermedades Diarreicas, cólera,
2. Infecciones Respiratorias,
3. Síndromes febriles,
4. Enfermedades por vectores,
5. Mortalidad o muerte que ocurre en el domicilio o casa.

1. Enfermedades diarreicas, cólera: Son enfermedades que provoca aumento en el número de deposiciones líquidas en el día las que son aguadas.

Las más vigiladas son:

- Enfermedad diarreica en niños y niñas
- Factores de riesgo que provocan las diarreas y el cólera

2. Enfermedades respiratorias: Son todas aquellas que afectan desde la garganta hasta los pulmones, enfermando principalmente a niños, niñas y ancianos.

Las más vigiladas son:

- Resfriado común y gripales (COVID-19)
- Neumonía
- Influenza Humana

3. Síndromes febriles: Es la presencia de calentura alta de inicio repentino que se puede acompañar de otras señales.

Entre las enfermedades que presentan síndromes febriles están:

- Dengue
- Influenza Humana tipo A H1 N1
- Leptospirosis
- Malaria
- COVID-19

- Enfermedades por vectores: Son aquellas transmitidas por medio de insectos, roedores y otros animales pequeños, los cuales pueden contaminar a una población por medio de parásito, virus, bacterias las que causan enfermedades, estas son:
 - Dengue
 - Leptospirosis
 - Malaria
 - Chagas
 - Leishmaniasis, (lepra de montaña)

- Mortalidad: Es el número de muertes en un grupo determinado de personas que presentaron cierta condición de salud. Son de mayor interés para vigilar:
 - Muerte de mujeres embarazadas o en cuarentena
 - Muertes de niños en el vientre de la madre
 - Muerte de niños menores de 28 días
 - Muerte de niños menores de 5 años
 - Muertes por intoxicaciones o por suicidio
 - Otras muertes por cualquier causa y en cualquier edad.

¿QUÉ HACER ANTE UN BROTE EPIDÉMICO?

Para la vigilancia comunitaria se considera brote epidémico cuando hay varias personas que presentan la misma enfermedad en la misma comunidad y en un mismo tiempo, (un día, una semana, un mes,). Es importante que siempre mantengamos una vigilancia activa de lo contrario no podremos identificar cuando estamos ante un brote epidémico.

La actuación frente a un brote epidémico contempla las siguientes acciones:

- Informa y refiere a la unidad de salud lo antes posible cada uno de los casos que se están presentando en la comunidad.
- Coordina con la unidad de salud la visita a las casas de las personas enfermas y confirma el número de personas afectadas y la gravedad que tienen.
- Apoya al personal de salud en la búsqueda de las probables causas o el origen de la enfermedad para evitar que se siga propagando.

- Orienta y promueve a la población sobre lo que tienen que hacer para evitar enfermarse.

Dentro de las orientaciones claves a hacer énfasis están:

- Lavado de mano
- Higiene del hogar y personal
- Manejo adecuado del agua y alimentos

Colaborar con las brigadas de control de foco de la unidad de salud.

Intensificar las actividades de divulgación de las medidas preventivas a través de murales comunales, repartir volantes, hacer perifoneo y otras que estén disponibles en la comunidad.

PALABRAS COMUNES EN VIGILANCIA COMUNITARIA:

1. Brote epidémico: Cuando hay varias personas que presentan la misma enfermedad en la misma comunidad y en un periodo corto de tiempo.
2. Caso sospechoso: Persona que pareciera tener una enfermedad sujeta a vigilancia.
3. Epidemia: Es el aumento de número de casos de una enfermedad en una misma comunidad y en un mismo tiempo, (un día, una semana, un mes,).
4. Factor de riesgo: Situaciones que contribuyen a la aparición de enfermedades en la comunidad.
5. Eventos: Es un suceso importante que afecta la salud de la población, como la muerte de una mujer embarazada o muerte de un niño o niña.

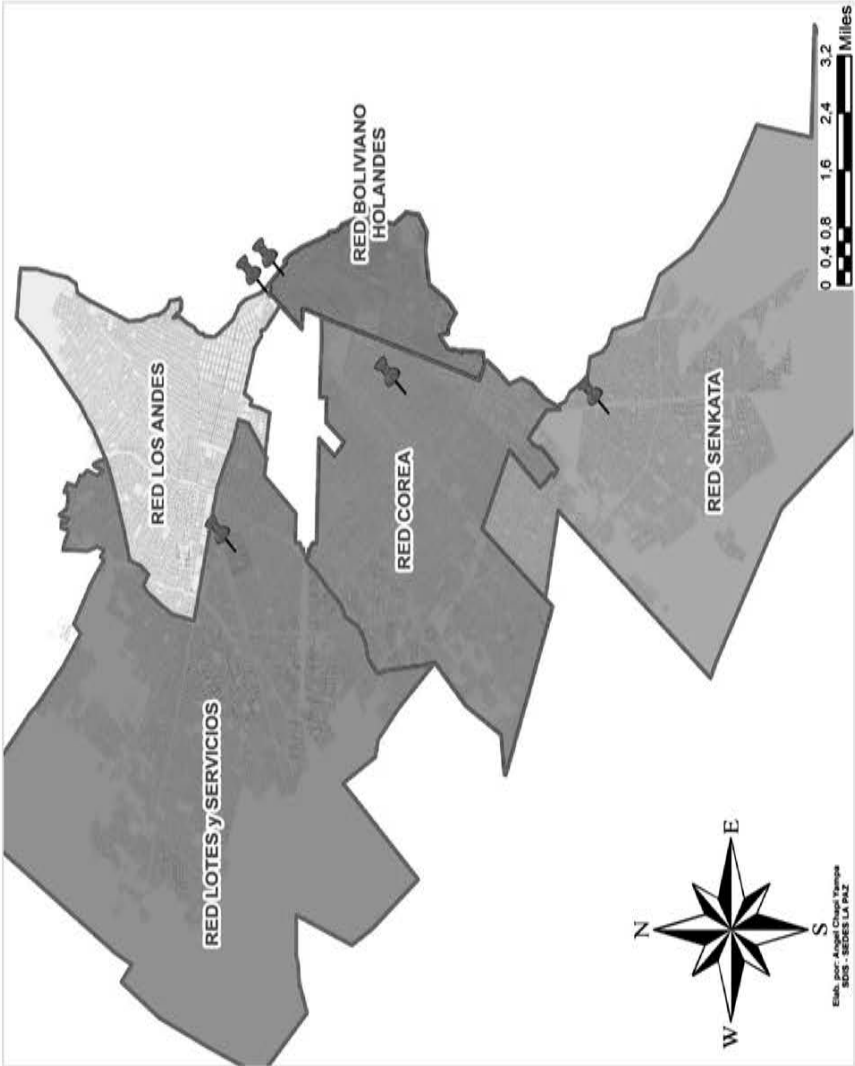
Bibliografía

1. Blanco. J. H., Maya J. M. Fundamentos de Salud Pública. Fondo editorial de la Corporación para Investigaciones Biológicas - CIB. Segunda edición. Medellín, Colombia. 2005.
2. De Almeida Filho N. Epidemiología sin números. OPS Serie PALTEX No. 28 para ejecutores de programas de salud. PXE 28 ISBN 92 75 71038 4. 2ª edición 1992. Washington D.C.
3. Instituto Nacional de Salud - INS. Lineamientos de Vigilancia y Control en Salud Pública. Bogotá, Colombia. 2012.
4. Kroeger. A. Materiales de enseñanza sobre el uso de la epidemiología en la programación de los servicios locales de salud (Silos). Organización Panamericana de la Salud. PALTEX ISBN -9275710481. Washington D. C. 1994.
5. Linares Salas Á. M., Ramírez Watanabe, Y. A., Rodríguez Reyna, A. O. Salud Comunitaria en Emergencias y Desastres. Guía técnica para trabajo de Campo. Cruz Roja Panameña y Peruana. II Edición Panamá, Nov. 2012.
6. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección de Participación Comunitaria en Salud. Documento técnico para el trabajo con los agentes comunitarios de salud. Perú, 2007.
7. Organización Panamericana de la Salud. Guía para la elaboración de mapas de riesgo comunitarios. Quito, Ecuador. 2006. 54 5555
8. Vigilancia Epidemiológica Basada en la Comunidad... Una acción clave en la respuesta a las situaciones de emergencias y desastres Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud

– OPS/OMS. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares. Segunda Edición. ISBN 92 75 32407 7. Washington D. C. 2002.

9. Presidencia de la República. Ministerio de Salud. Decreto 1562 de junio 22 de 1984 - Reglamenta parcialmente los títulos VII y XI de la Ley 9 de 1979. Bogotá, Colombia. 1984.
10. Presidencia de la República. Ministerio de Salud. Decreto 1757 de agosto 3 de 1994. Bogotá. Colombia.
11. Presidencia de la República. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3518 de octubre 9 de 2006. Bogotá. Colombia. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Dirección de Salud Pública. Área
12. de Vigilancia en Salud Pública. Posicionamiento de la vigilancia en salud pública comunitaria. Bogotá. Colombia. 2011.
13. Secretaría de Salud. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Departamento de Emergencias Nacionales. Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS. Vigilancia Epidemiológica en Situaciones de Emergencias y Desastres. Honduras. 2004.
14. Vaughan P. Morrow R. H. Salud Comunitaria: Manual de epidemiología para la gestión de los sistemas locales de salud –SILOS-. Organización Panamericana de la Salud. 1ª Edición. ISBN 968-860-510-7. Editorial Pax. México S. A. 1989.
15. Victoria C. G., Barros F. C; Vaughan J. P. Epidemiología de la desigualdad. OPS Serie PALTEX No. 27. ISBN 92 75 710337 6. 1ª Edición. 1992.

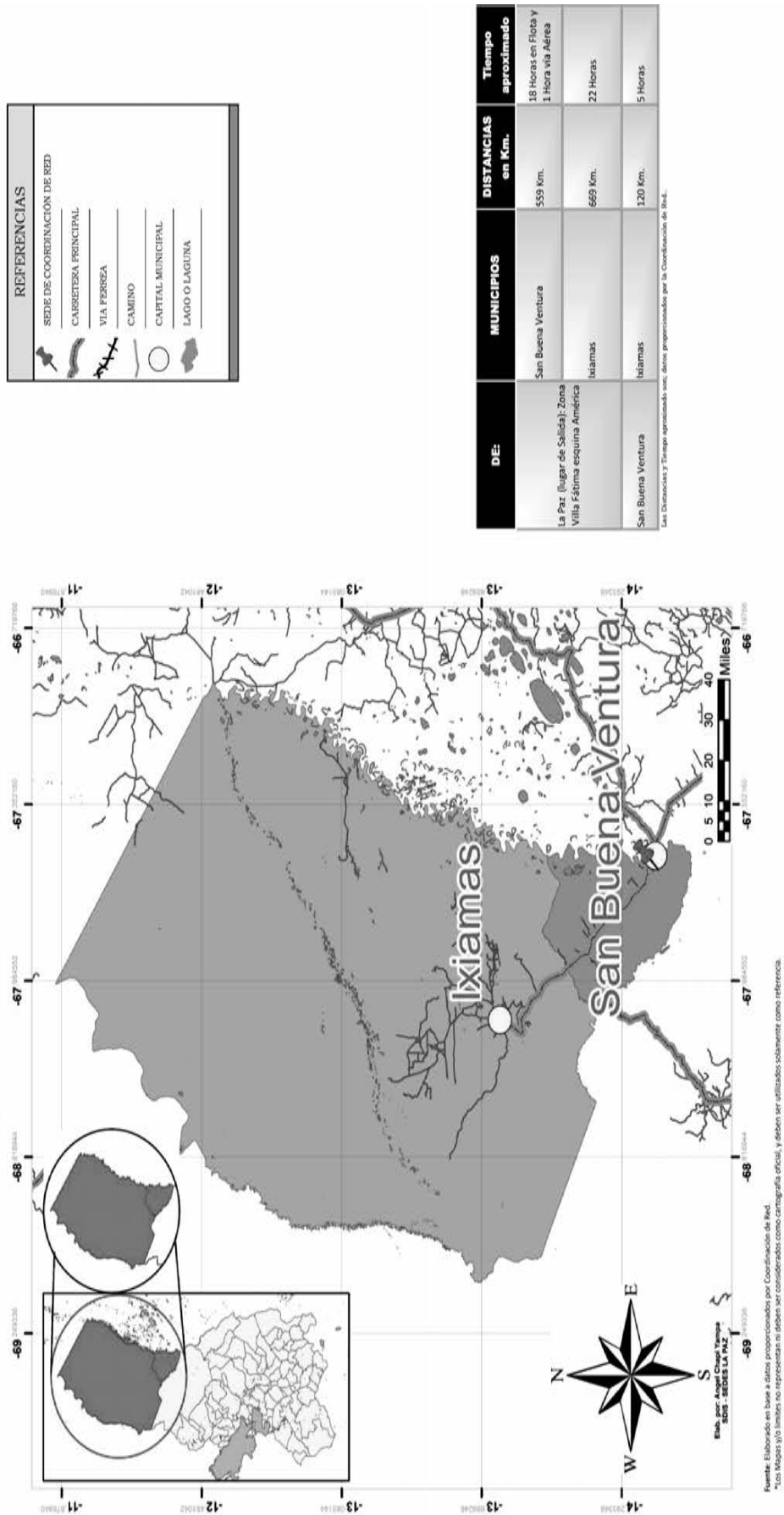
Regionalización de Establecimientos de Salud del Municipio de El Alto



Red de Salud	Nivel de Atención			Total	por 1.000 Hbst.
	1er. Nivel	2do. Nivel	3er. Nivel		
Red Boliviano Holandés	20	4	0	24	0.16
Red Corea	30	2	0	32	0.11
Red Senkata	7	0	0	7	0.04
Red Los Andes	23	1	0	24	0.11
Red Lotes y Servicios	17	0	0	17	0.07
Hospital 3er Nivel	0	0	3	3	
Total	97	7	3	107	0.10

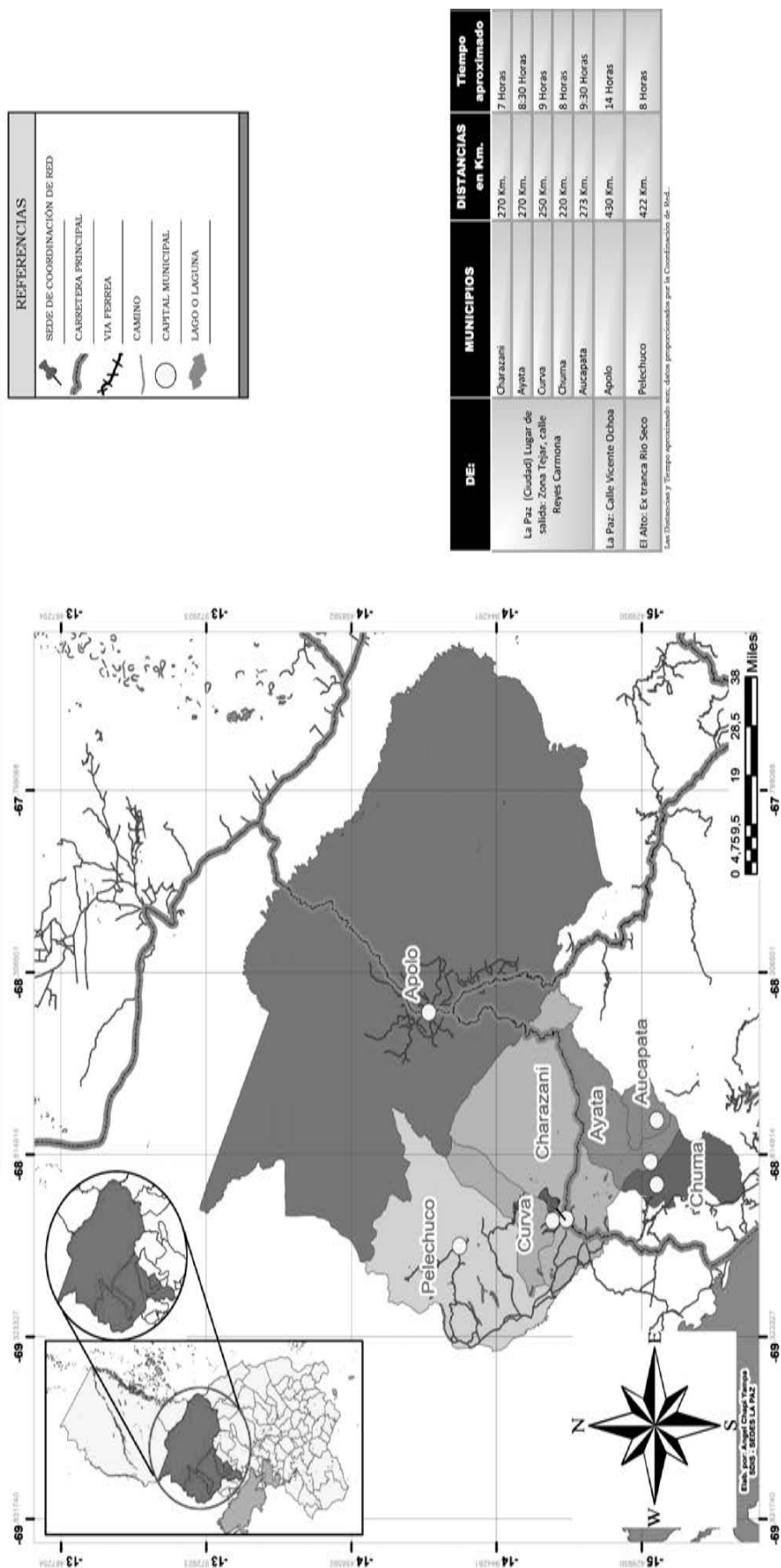
Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.
*Los límites no representan ni deben ser considerados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente como referencia.

Red de Salud Rural Nº 1 - Iturralde



Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

Red de Salud Rural N° 2 - Apolobamba

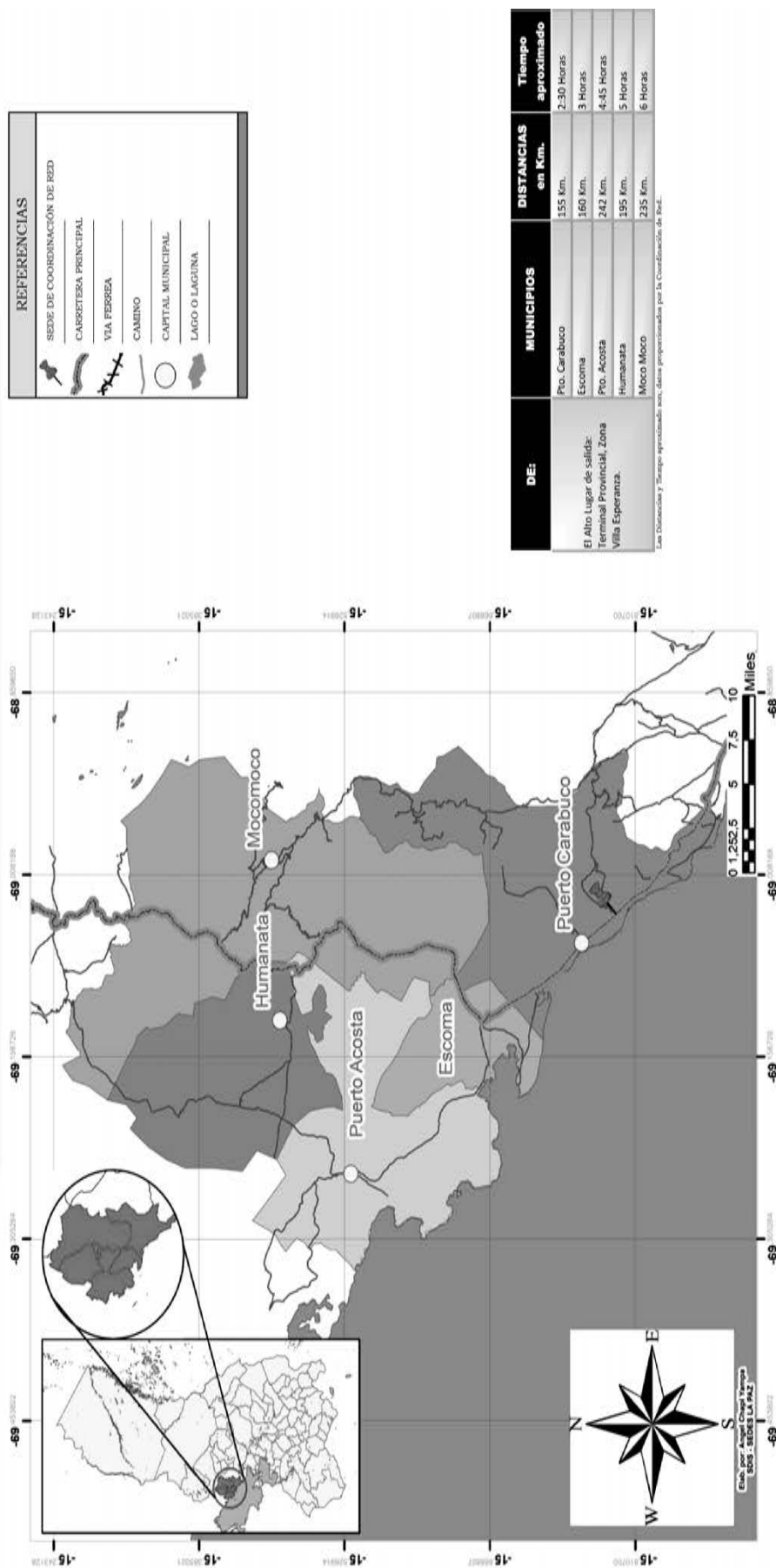


Fuente: Elaborada en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.
 *Las lagunas y/o límites no representados en blanco son considerados como cartografía oficial y deben ser utilizados solamente como referencia.

Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz

Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

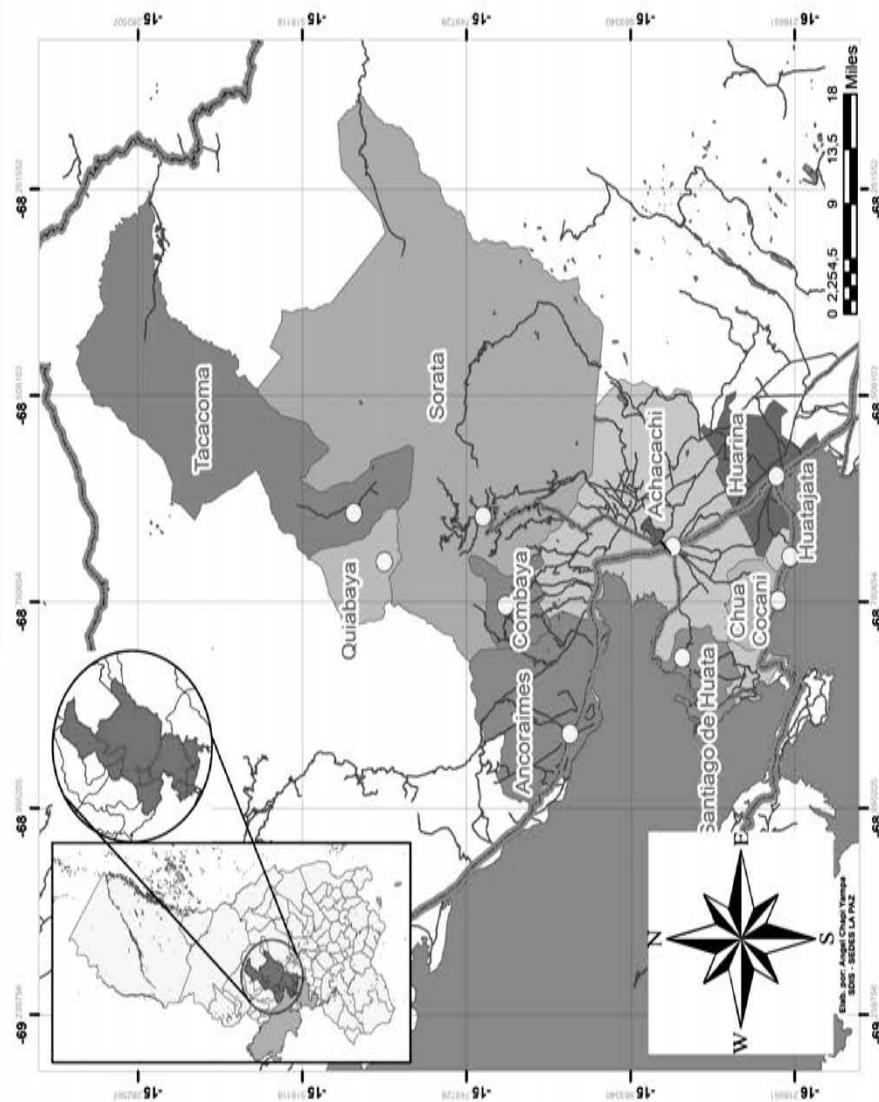
Red de Salud Rural N° 3 - Camacho



Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz

Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

Red de Salud Rural N° 4 - Omasuyos, Larecaja Andina



Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Salud.
*Los Mapas y/o limitas no representados ni deben ser considerados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente como referencia.

REFERENCIAS	
	SEDE DE COORDINACIÓN DE RED
	CARRETERA PRINCIPAL
	VIA FERREA
	CAMINO
	CAPITAL MUNICIPAL
	LAGO O LAGUNA

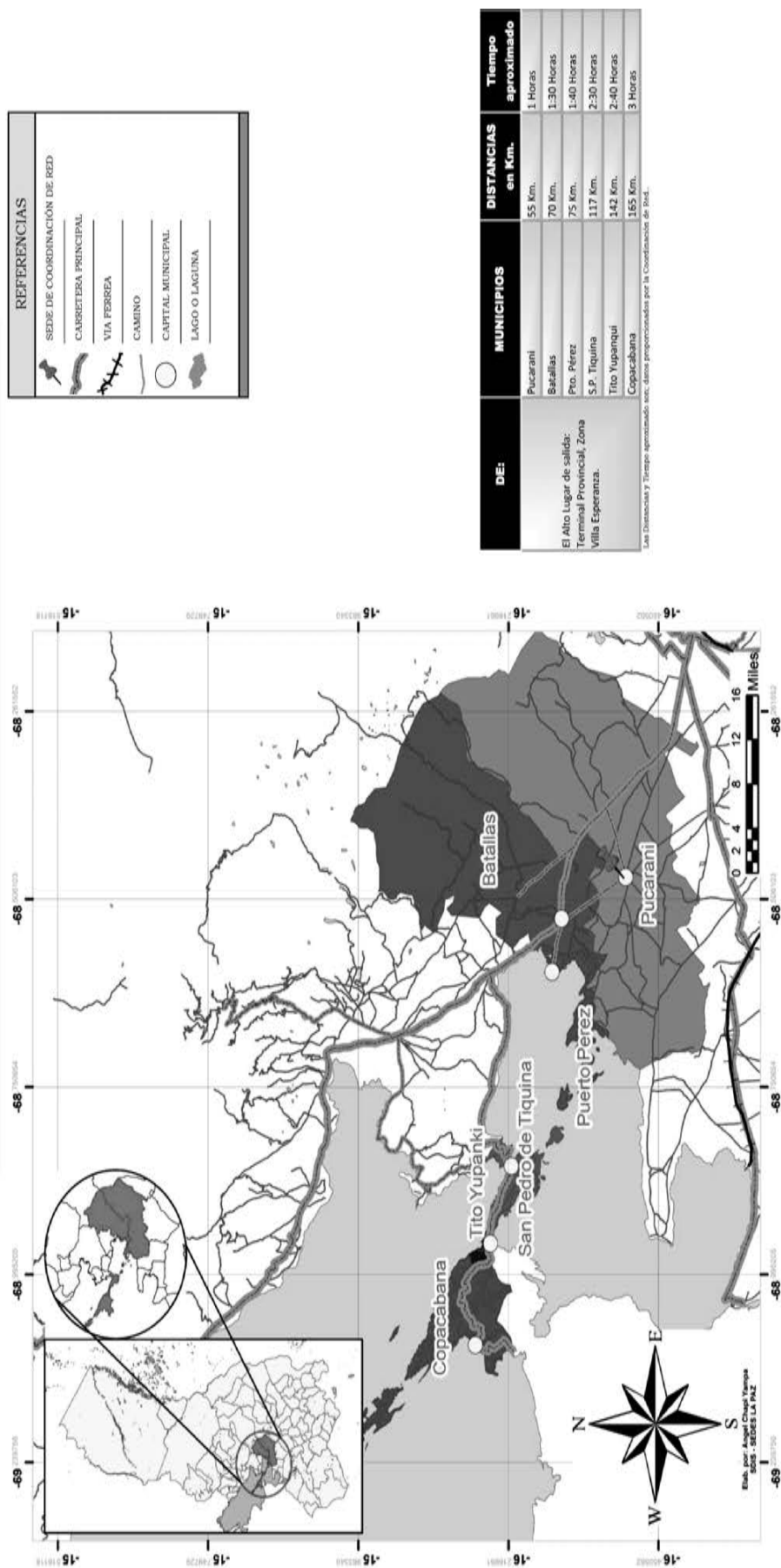
DE:	MUNICIPIOS	DISTANCIAS en Km.	Tiempo aproximado
El Alto, Lugar de salida: Terminal Provincial, Zona Villa Esperanza.	Achacachi	97 Km.	2 Horas
	Huarina	75 Km.	1:30 Horas
	Chua Cocani	84 Km.	2 Horas
	Huatajata	80 Km.	1:50 Horas
	Sigo de Huata	96 Km.	2:30 Horas
	Ancoraimos	134 Km.	2:30 Horas
	Combaya	158 Km.	4 Horas
	Sorata	147 Km.	3:30 Horas
	Quiabaya	221 Km.	8 Horas
	Tacacoma	249 Km.	9 Horas

Las Distancias y Tiempo aproximado son datos proporcionados por la Coordinación de Salud.

Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz

Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

Red de Salud Rural N° 5 - Los Andes, Manco Kapac



Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.
*Los Mapas y/o Imágenes representados deben ser tomados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente con fines referencial.

Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz

Red de Salud Rural N° 6 - Murillo



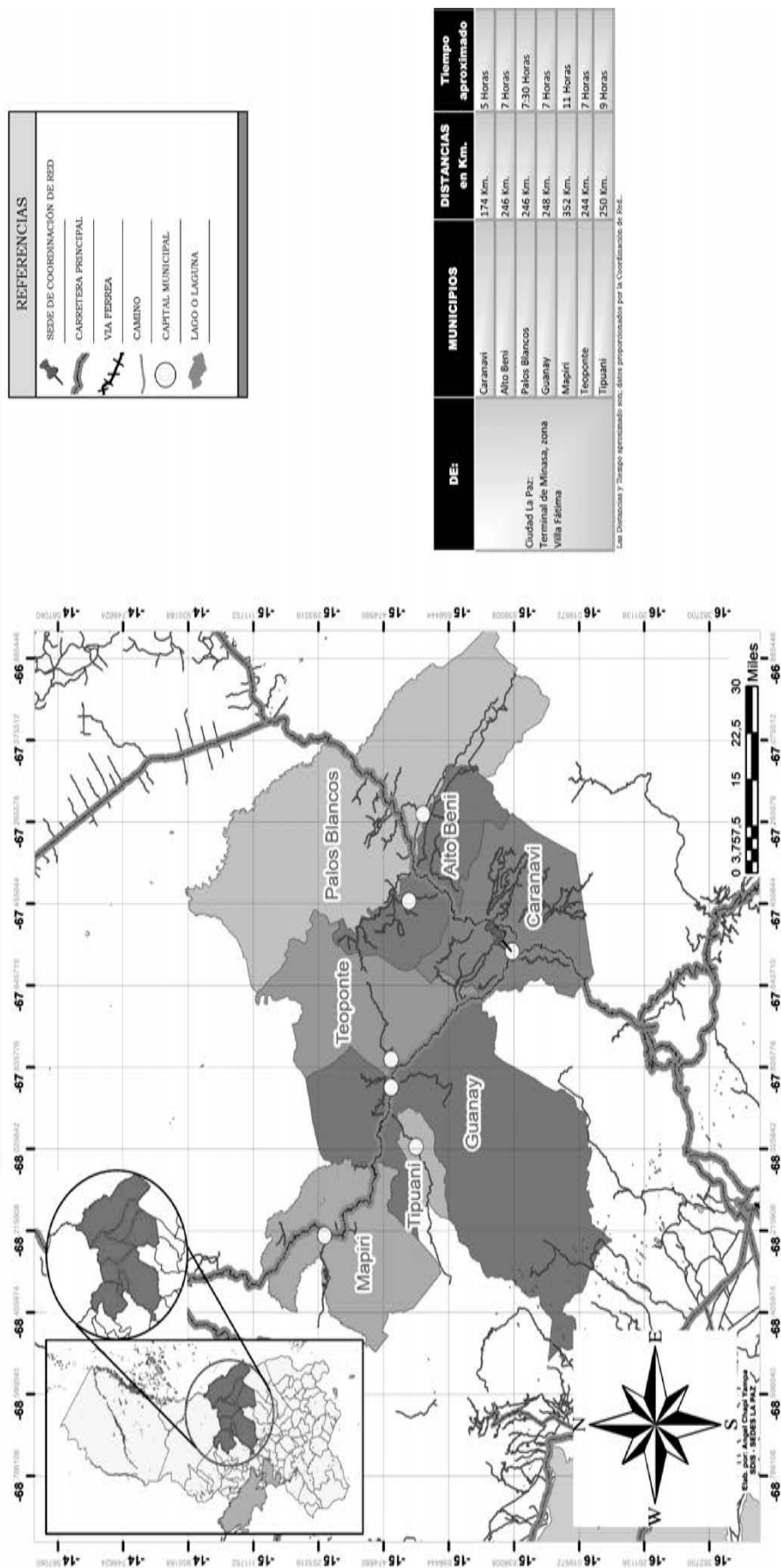
Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.
 *Los Mapas y/o límites no representan ni deben ser considerados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente como referencia.

DE:	MUNICIPIOS	DISTANCIAS en Km.	Tiempo aproximado
La Paz ciudad: Calle Venancio Burgos	Mecapaca	30 Km.	1-30 Horas
La Paz ciudad: Calle Illampu y Belzu	Palca	36 Km.	2 Horas
El Alto: Plaza Iusticia Ceja	Achocalla	24 Km.	1 Hora
El Alto: Calle 3, av. 6 de marzo Oga	Viacha	37 Km.	2 Horas

Las Distancias y Tiempo aproximado son datos proporcionados por la Coordinación de Red.

Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

Red de Salud Rural N° 7 - Caranavi, Larecaja Tropical

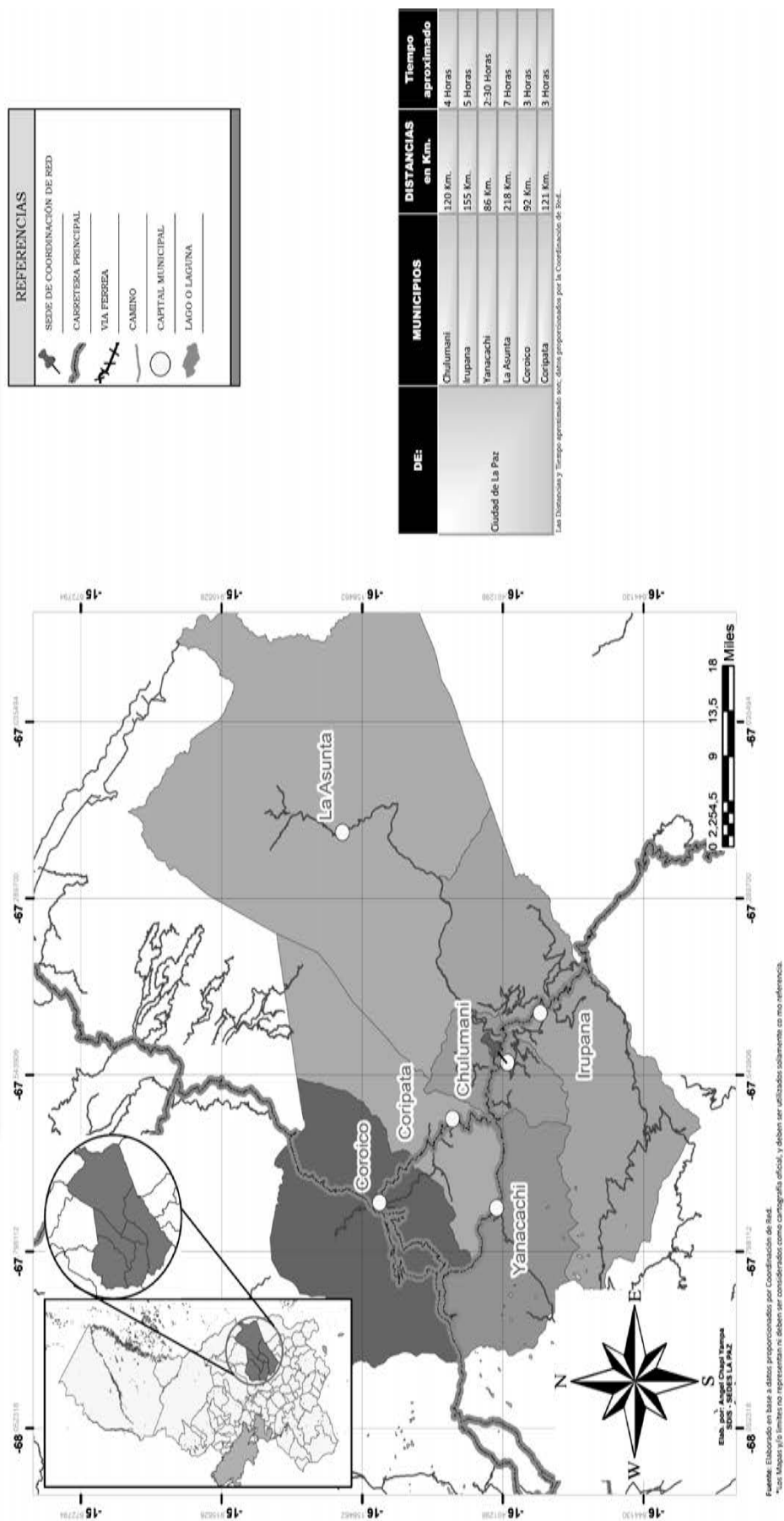


Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.
*Los Mapas y/o límites no representan ni deben ser considerados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente como una referencia.

Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz

Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

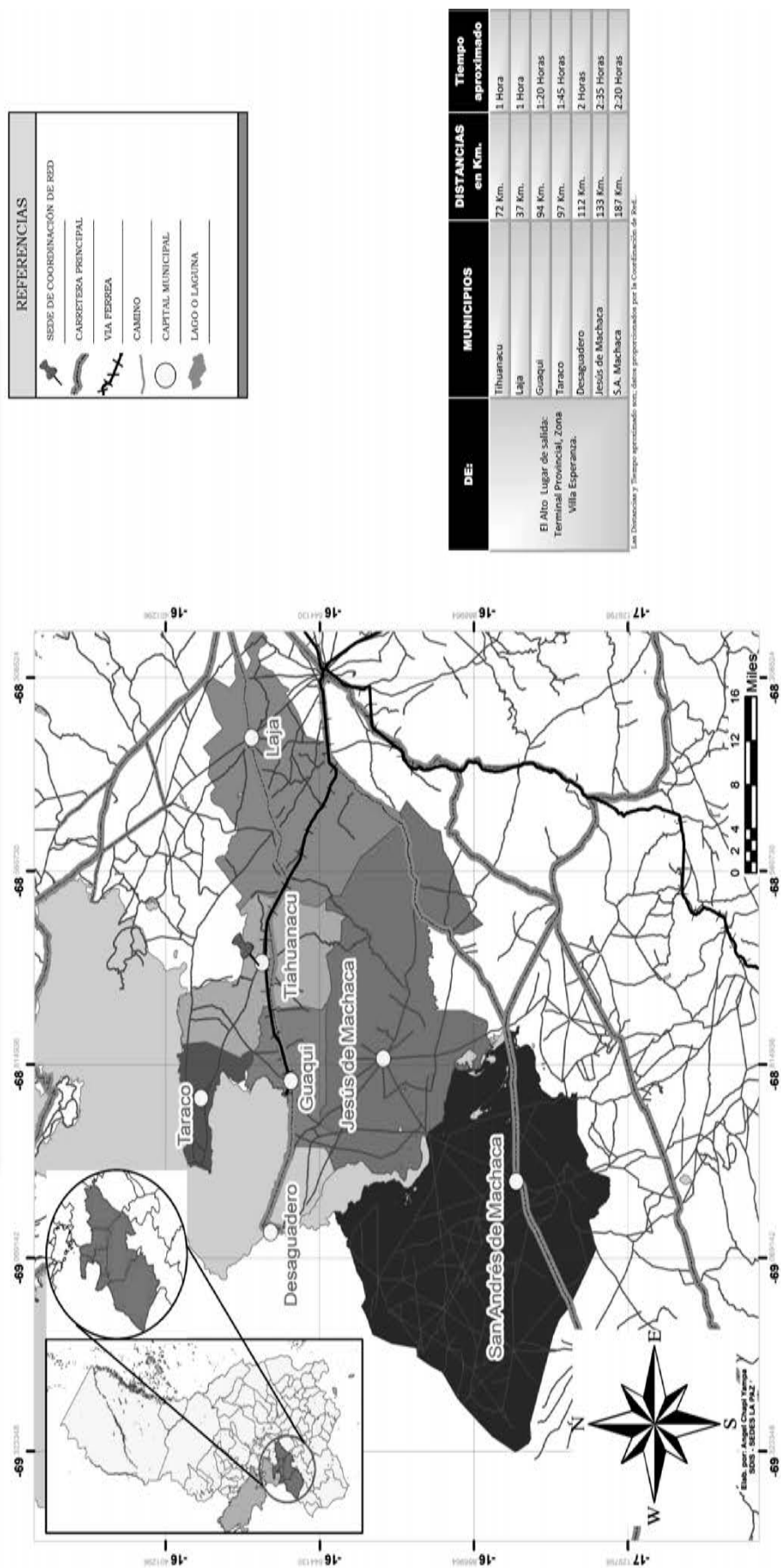
Red de Salud Rural N° 8 - Yungas



Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz

Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

Red de Salud Rural N° 9 - Ingavi

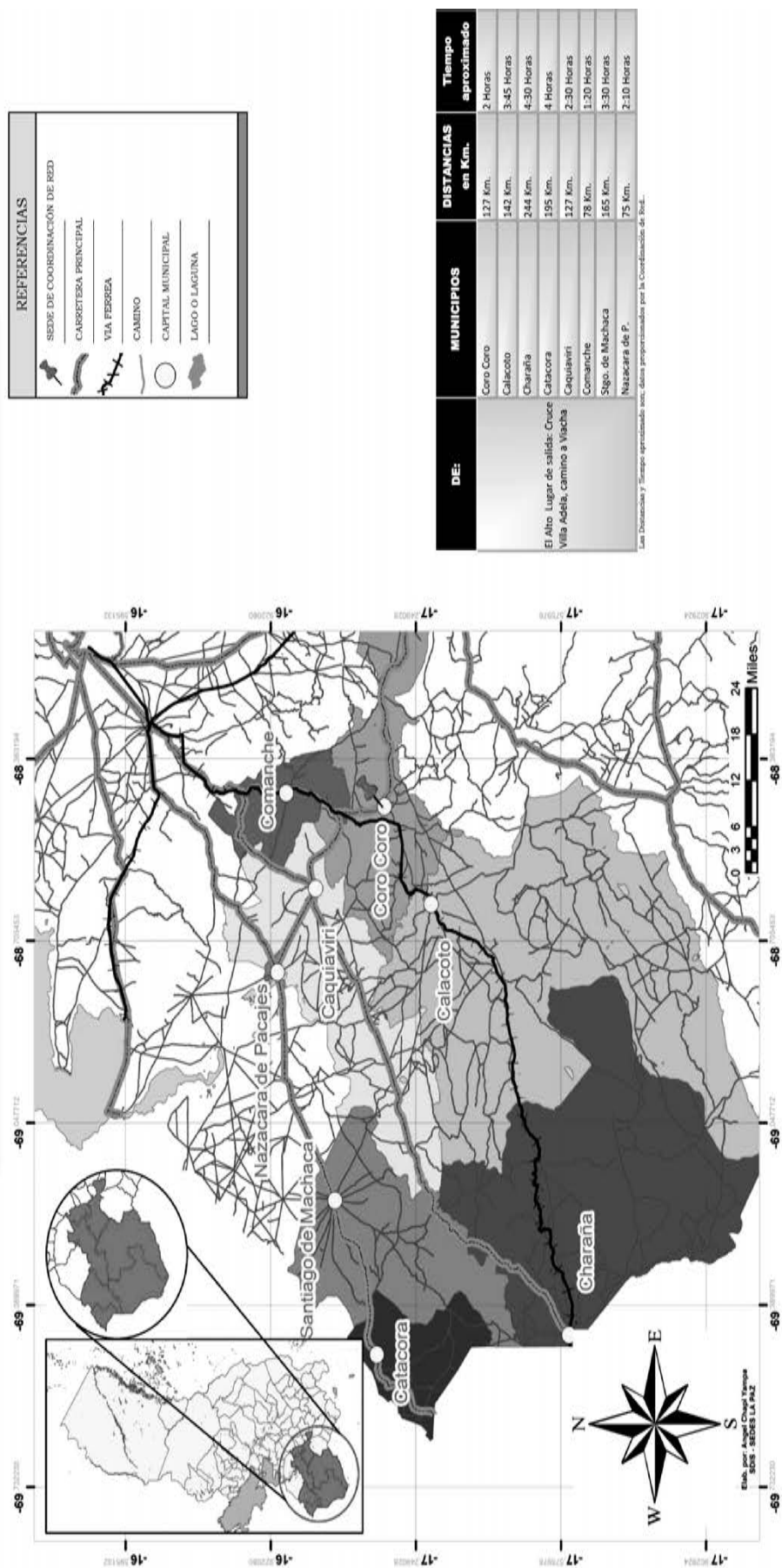


Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.
 *Los Mapas y/o límites no representan ni deben ser considerados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente como referencia.

Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz

Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

Red de Salud Rural N° 11 - Pacajes y José Manuel Pando

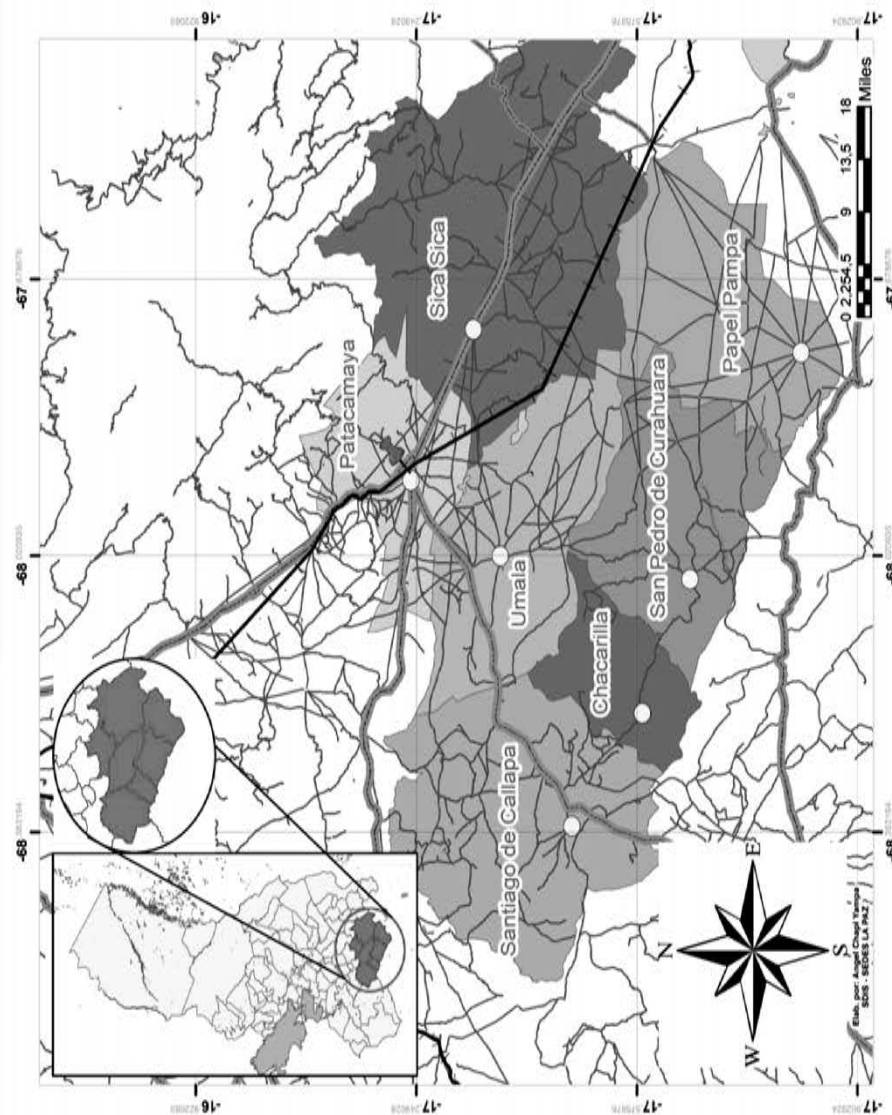


Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.
 *Los Mapas y/o límites no representan ni deben ser considerados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente como referencia.

Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz

Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

Red de Salud Rural N° 12 - Aroma



Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.
 *Los Mapas y/o límites no representados ni deben ser considerados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente co mo referencia.

REFERENCIAS	
	SEDE DE COORDINACIÓN DE RED
	CARRETERA PRINCIPAL
	VIA FERREA
	CAMINO
	CAPITAL MUNICIPAL
	LAGO O LAGUNA

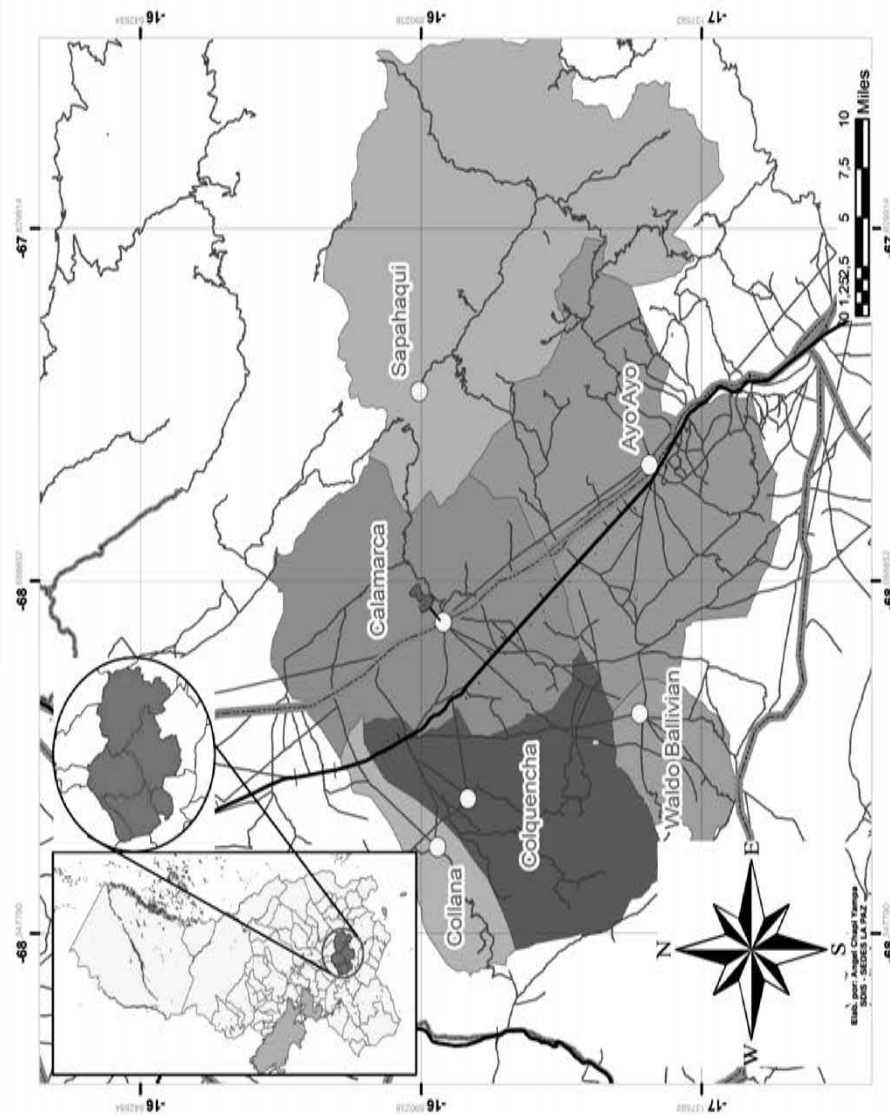
DE:	MUNICIPIOS	DISTANCIAS en Km.	Tiempo aproximado
El Alto: salida de la Terminal de Buses, av. Tellez Rios.	Patacamaya	105 Km.	1:30 Horas
	Sica Sica	130 Km.	2 Horas
	Umala	130 Km.	3 Horas
Patacamaya (pueblo)	Sigo de Callapa	110 Km.	2:30 Hora
	Chacarilla	190 Km.	3:30 Horas
	S. P. Curahuara	185 Km.	4:00 Horas
	Papel Pampa	195 Km.	4:00 Horas

Las Distancias y Tiempos aproximados son, datos proporcionados por la Coordinación de Red.

Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz

Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

Red de Salud Rural N° 13 - Ayo Ayo



Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.

*Los Mapas y/o límites no representados ni deben ser considerados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente como referencia.

REFERENCIAS	
	SEDE DE COORDINACIÓN DE RED
	CARRETERA PRINCIPAL
	VIA FERRREA
	CAMINO
	CAPITAL MUNICIPAL
	LAGO O LAGUNA

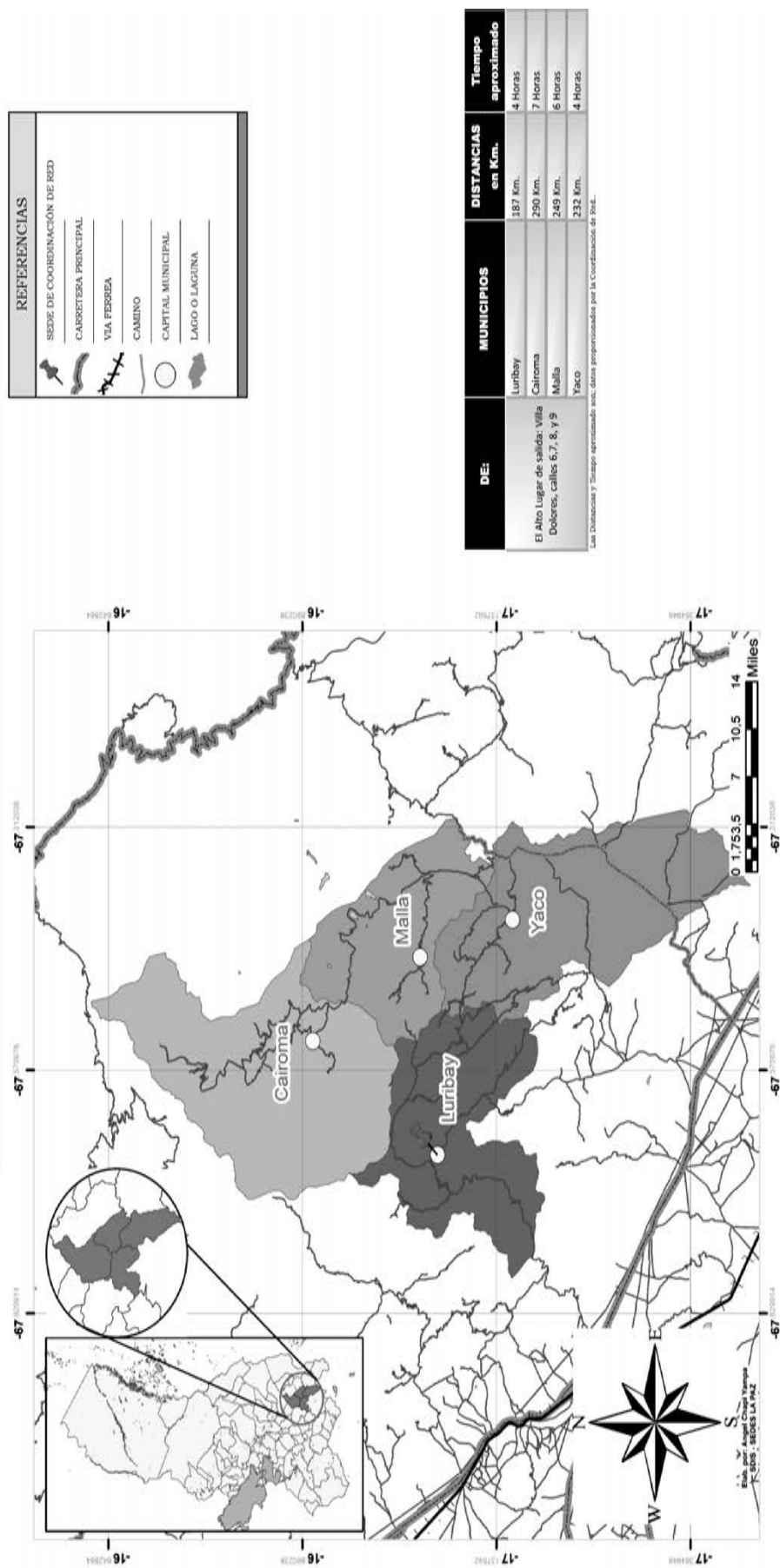
DE:	MUNICIPIOS	DISTANCIAS en Km.	Tiempo aproximado
El Alto Lugar de salida: Av. Franco Valle, calles 4,5,6, y 7	Calamarca	81 Km.	1:30 Horas
	Ayo Ayo	97 Km.	2 Horas
	Sapahaqui	115 Km.	2:30 Horas
	Colquenchá	90 Km.	2 Horas
	W. Ballivián	105 Km.	2:20 Horas
	Collana	85 Km.	1:30 Horas

Las Distancias y Tiempo aproximado son datos proporcionados por la Coordinación de Red.

Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz

Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

Red de Salud Rural N° 14 - Loayza

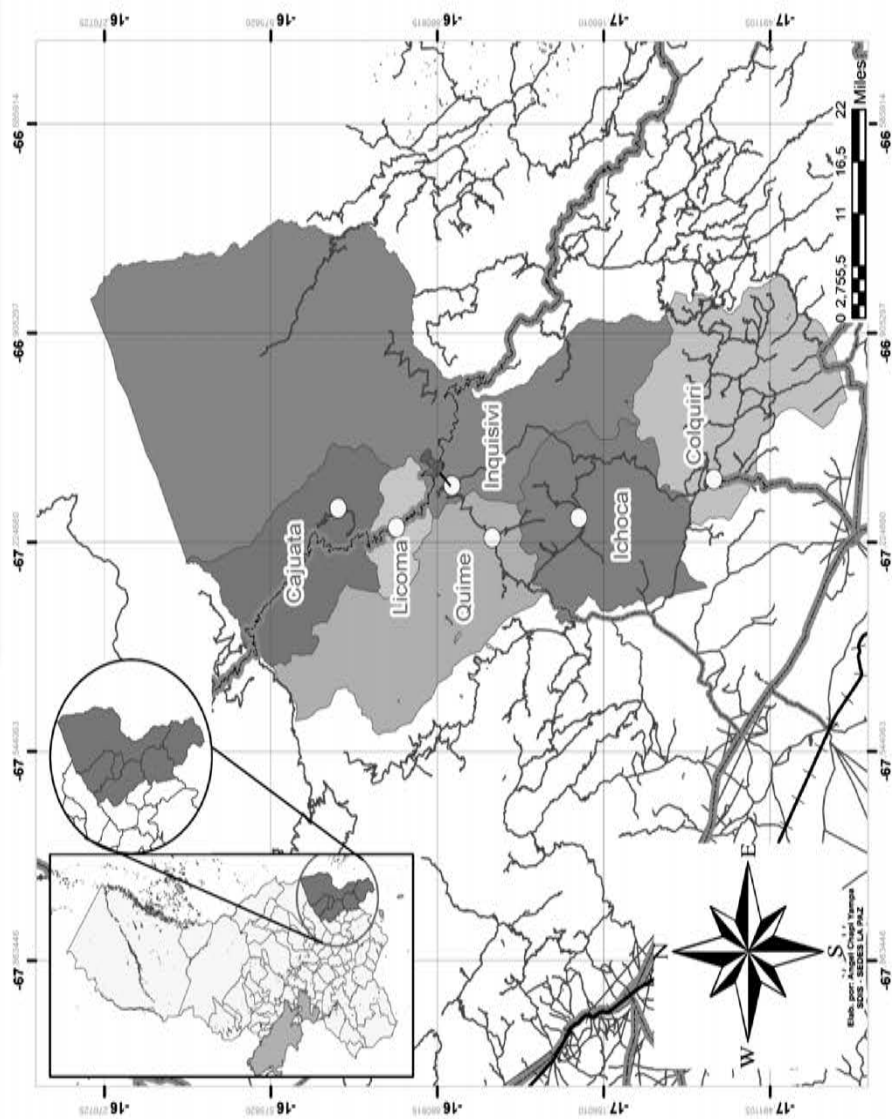


Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.
 *Los Mapas y/o límites no representados ni deben ser considerados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente como referencia.

Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz

Estructura de Establecimientos de Salud e Isócronas

Red de Salud Rural N° 15 - Inquisivi



REFERENCIAS	
	SEDE DE COORDINACIÓN DE RED
	CARRETERA PRINCIPAL
	VIA FERREA
	CAMINO
	CAPITAL MUNICIPAL
	LAGO O LAGUNA

DE:	MUNICIPIOS	DISTANCIAS en Km.	Tiempo aproximado
El Alto Lugar de salida: Ex Terminal Caga, calle 4	Inquisivi	265 Km.	6 Horas
	Quime	233 Km.	5 Horas
	Ichoca	215 Km.	4 Horas
	Colquiri	310 Km.	4 Horas
	Licoña	285 Km.	8 Horas
Terminal El alto	Cajuta	325 Km.	10 Horas

Las Distancias y Tiempo aproximado son, datos proporcionados por la Coordinación de Red.

Fuente: Elaborado en base a datos proporcionados por Coordinación de Red.
 *Los Mapas y/o límites no representan ni deben ser considerados como cartografía oficial, y deben ser utilizados solamente co mo referencia.

Sistema Departamental de Información en Salud (SDIS) SEDES La Paz



CERTIFICADO DE NOTAS

El que suscribe Dr. (a).....

Nombre del Coordinador Técnico de Red

Coordinador (a) Técnico (a) de Salud de la Red de Salud N°:.....

CERTIFICA QUE:

Que el/la Estudiante (SSSRO) (a).....con
C.I.....o PASS.N°.....ha cumplido su Servicio Social de Salud
Rural Obligatorio SSSRO en.....del
Municipio.....Provincia.....quien
habiéndose cumplido con los requisitos establecidos obtiene una nota final de:

...../100 %

Numeral

.....

Literal

Es cuanto se certifica en honor a la verdad y para fines consiguientes de/la interesado/a.

.....de.....del 20.....

Lugar de emisión

Día

Mes

Año

Emite el Coordinador Técnico de Red



CERTIFICADO DE CONFORMIDAD

El que suscribe Dr. (a).....

Nombre del Coordinador Técnico de Red

Coordinador (a) Técnico (a) de Salud de la Red de Salud N°.....

CERTIFICA QUE:

Que el/la Estudiante (SSRO)(a).....con C.I.....

y/o PASS. N°.....que ha cumplido su Servicio Social de Salud Rural

Obligatorio SSRO en el.....

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

del Municipio.....Provincia....., quien no

tiene deudas pendientes en cuanto se refiere a inventario y/o activos fijos y otros en la institución.

Es cuanto certifico en honor a la verdad y para fines consiguientes del/a interesado/a.

.....de.....del 20.....

Lugar de emisión

Día

Mes

Año

Lugar de emisión

Emite el Coordinador Técnico de Red



CERTIFICADO DE TRABAJO (S.S.S.R.O.)

El que suscribe Dr. (a).....

Nombre del Coordinador Técnico de Red

Coordinador (a) Técnico (a) de Salud de la Red de Salud N°:.....

CERTIFICA QUE:

Que el/la Estudiante(SSSRO)(a).....con C.I.....

y/o PASS. N°..... ha cumplido con el Servicio Social de Salud Rural

Obligatorio SSSRO en.....del

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

Municipio.....Provincia.....iniciando desde el

.....culminando el.....del 20.....

DIA Y MES

DIA Y MES

AÑO

Habiendo demostrado durante su rotación, responsabilidad, puntualidad y eficiencia en su trabajo.

Es cuanto se certifica en honor a la verdad y para fines consiguientes de/la interesado/a

.....de.....del 20.....

Lugar de emisión

Día

Mes

Año

Emite el Coordinador Técnico de Red



TITULO

NOMBRE Y APELLIDOS:

CARRERA:

UNIVERSIDAD:

NOMBRE DE TUTOR/A:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

ÁREA DE SALUD:

MUNICIPIO:

RED DE SALUD:

PROVINCIA:

TRIMESTRE:

**SEDES
LA PAZ**

La Paz Unidos Por La Salud
Servicio Departamental de Salud

GADLP: Calle Comercio 1200 esq. Ayacucho *Tel.: 2204340 - 2204127 - 2203535 *Fax: 2204182
SEDES LA PAZ: calle Capitán Ravelo No. 2180 (Zona Sopocachi) Central Piloto: 2240954 - 2440956 - 2443885
Fax: 2441749 - Pastora Web: www.sedeslapaz.cob.bo



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ

UNIDAD DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD

HOJA DE EVALUACION SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO (MEDICINA - ENFERMERIA - ODONTOLOGIA)

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____

NOMBRE Y APELLIDOS ESTUDIANTE: _____

UNIVERSIDAD: _____

CARRERA: _____

MESES DE ROTACION: _____

GESTIÓN: _____

DESCRIPCION DE CRITERIOS	AREA	META TRIMESTRE	MONITOREO			PUNTAJE ALCANZABLE	FUENTES DE VERIFICACION	PUNTAJE ALCANZADO	RESPONSABLE DE LA EVALUACION
			MES 1	MES 2	MES 3				
PRIMERA ETAPA : ACTIVIDADES EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD									
OBLIGACIONES –DEBERES									
Puntualidad, valores principios, ética, responsabilidad.	MEDICINA ENFERMERIA ODONTOLOGIA	90	90 días			2	Registro de asistencia y otros		Tutor/a
PLANIFICACION									
Elaboración y cumplimiento del cronograma de actividades mensuales	MEDICINA ENFERMERIA ODONTOLOGIA	3	1	1	1	2	Informe – cronograma elaborado y presentado		Tutor/a
EVALUACION DE CONOCIMIENTOS									
Evaluación de conocimientos generales en salud pública.	MEDICINA ENFERMERIA ODONTOLOGIA	1	1			2	Pre-test de evaluación		Tutor/a
		1	1			3	Post-test de evaluación		Tutor/a
EDUCACION DE LA SALUD									
Patologías inmunoprevenibles: sarampión, rotavirus, rubeola, F.A. influenza. Vacunación: PAI regular, COVID-19. Vigilancia epidemiológica, ESAVIS y otros Educación en salud sobre la Ley 1152 SUS: servicios ofertados a la población	MEDICINA ENFERMERIA ODONTOLOGIA	6	3	3	3	2	Registro en formulario SNIS, certificaciones con Vo Bo Tutor		Tutor/a
		6	3	3	3	2			Tutor/a
Atención madre y niño CPN, parto, puerperio, lactancia materna, P.F. PAP, Ley Departamental CACU. Atención y control niño sano, nutrición, Planificación Familiar, VIH/SIDA.	MEDICINA ENFERMERIA	6	3	3	3	2			Tutor/a
ENT: Alcohólicismo, HAS, sedentarismo, tabaquismo, diabetes. Enfermedades Transmisibles: Tuberculosis, IRAS, EDAS, Sika, Dengue, Fiebre Amarilla, Hanta Virus y otros según el perfil epidemiológico.	MEDICINA ENFERMERIA ODONTOLOGIA	6	2	2	2	2			Tutor/a
Salud ambiental : Contaminación medio ambiente, disminución de productos con mercurio en establecimientos de salud, Uso de mercurio-salud ambiental Prevención de intoxicaciones por plaguicidas y mercurio.	MEDICINA ENFERMERIA	1	1	0	0	1			Tutor/a



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ



UNIDAD DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD

Promoción de la salud Oral: Prevención caries dental, gingivitis, ortodoncia preventiva, Bruxismo, gingivostomatitis, bioseguridad, complicaciones de patología oral y otros.	ODONTOLOGÍA	15	3	4	3	3			Tutor/a	
SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION										
Actualización de la SALA SITUACIONAL EN SALUD mapas, gráficos, isócronas, MIB, croquis, canal endémico, RUES cuadro de monitoreo, registro de COVID-19, vigilancia y perfil epidemiológica, determinantes de la salud, acreditación.	MEDICINA ENFERMERIA ODONTOLOGÍA	3	1	1	1	3	Fotografías, mapas, gráficos, cuadros, RUES, MIB, perfil registros actualizados en el mes y trimestre			Tutor/a
Registro carpeta familiar (captación nueva/ actualización y registro) en SOAPS.		20	6	7	6	4				Tutor/a
PROMOCION DE LA SALUD										
Campañas/Ferías de salud según estrategias de salud local, Departamental o Nacional de acuerdo al comportamiento epidemiológico y la necesidad en los servicios.	MEDICINA ENFERMERIA ODONTOLOGÍA	5	Organizador/ expositor (1) Asistente (0,5)			5	Certificados, fotografías, listas asistentes			Tutor/a
PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES – ASISTENCIA INTEGRAL MEDICA ODONTOLOGICA Y ENFERMERIA										
Vigilancia epidemiológica : Control bioseguridad de la población, triaje, control casos sospechosos, toma de muestra, diagnóstico, tratamiento y seguimiento casos +, contactos, manejo de instrumentos COVID 19.		4		2	Necesita supervisión y apoyo constante	3	Buena asimilación y es capaz de hacer en forma supervisada	4	Excelente asimilación y es capaz de hacer en forma autónoma	Tutor/a
Asistencia Clínica: Criterios de manejo clínico, captación de SR, toma de muestra, seguimiento al control baciloscopia de diagnóstico y de tratamiento, criterios de referencia.	MEDICINA ENFERMERIA ODONTOLOGÍA	4		2	Necesita supervisión y apoyo constante	3	Buena asimilación y es capaz de hacer en forma supervisada	4	Excelente asimilación y es capaz de hacer en forma autónoma	Tutor/a
Atención de personas con Discapacidad: Seguimiento a la salud de las personas con discapacidad, identificación, orientación para la evaluación, mapa parlante en discapacidad, manejo clínico en expediente, registro o sistematización de datos.		3		1	Necesita supervisión y apoyo constante	2	Buena asimilación y es capaz de hacer en forma supervisada	3	Excelente asimilación y es capaz de hacer en forma autónoma	Tutor/a
Vacunación regular: Captación y búsqueda de niño/as, aplicación de vacunas del PAI regular y COVID 19, registro fichas epidemiológicas, sistematización de datos en el SIVE. (Toda vacunación sea captado o vacunado debe estar registrado en una planilla con el visto bueno de tutor/a)	MEDICINA ENFERMERIA ODONTOLOGÍA	30		3	Necesita supervisión y apoyo constante	4	Buena asimilación y es capaz de hacer en forma supervisada	5	Excelente asimilación y es capaz de hacer en forma autónoma	Tutor/a
Atención de madre y niño/a sano/a: Captación y manejo de gestantes, atención de parto y puerperas, atención al RN. Atención de CCD, peso/Talla, Talla Baja, Zinc, Nutribebé, micronutrientes, Chispitas nutricionales, desparasitación. Carmelo, manejo de instrumentos de atención.	MEDICINA ENFERMERIA	4		2	Necesita supervisión y apoyo constante	3	Buena asimilación y es capaz de hacer en forma supervisada	4	Excelente asimilación y es capaz de hacer en forma autónoma	Tutor/a
Atención de Servicio Odontológico: Captación y seguimiento de consultas odontológicas, cirugías bucales, acciones preventivas, manejo de emergencias y urgencias en salud oral según la Ley 1152 SUS.	ODONTOLOGÍA	4		2	Necesita supervisión y apoyo constante	3	Buena asimilación y es capaz de hacer en forma supervisada	4	Excelente asimilación y es capaz de hacer en forma autónoma	Tutor/a



GOBIERNO AUTÓNOMO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD LA PAZ
UNIDAD DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD



SEGUNDA ETAPA: COORDINACIÓN TÉCNICA DE RED Y COMITÉ DOCENTE ASISTENCIAL

MEDICINA ENFERMERIA ODONTOLOGÍA	Presentación de la planilla de vacunación (PAI regular y otros) con el visto bueno de tutor/a del Establecimiento de Salud.	4	10	10	10	4	Verificación de planilla de vacunados con VoBo de Tutor/a	Coordinación /C.D.A.		
	Seguimiento al tutor/a apoyo al trabajo final del SSSRO (Investigación de Acción Participativa o Investigación Operativa)	2	1	1	1	2	Verificación de hoja de seguimiento tutor/a	Coordinación /C.D.A.		
	Compromiso e interés y esfuerzo al trabajo final	2		Trabajo con temática común, repetitivo que brinda poco interés de salud nacional, Departamental Red o municipal		3	Trabajo con temática que brinda interés de salud Pública de la población	4	Trabajo con temática que brinda mayor interés de salud Nacional, Departamental, Red o municipal y sujeto a mejorar para publicación	Coordinación /C.D.A.
	Exposición del trabajo final (cumplimiento puntualidad, forma presentación personal, uso de material de apoyo, exposición de contenido, destreza , gestión de tiempo)	20	Evaluación final		20		Defensa del trabajo realizado en el trimestre		Coordinación /C.D.A.	
	Presentación del trabajo final (cumplimiento, importancia, orden, elaboración, sintaxis, calidad , coherencia)	10	Evaluación final		10		Revisión Final contenido de trabajo		Coordinación /C.D.A.	
	Evaluación escrita del Manual de SSSRO	10	Evaluación final		10		Hoja de Evaluación		Coordinación /C.D.A.	
	SUB-TOTAL 1° ETAPA : ACTIVIDADES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD	50								
	SUB-TOTAL 2° ETAPA : COORDINACION TECNICA DE RED /COMITÉ DOCENTE ASISTENCIAL	50								
	SUB- TOTAL ETAPA 1° + 2° ETAPA	100								
	PUNTAJE FINAL DE ROTE SERVICIO SOCIAL DE SALUD RURAL OBLIGATORIO SSSRO	100								

* Cada carrera deberá ser evaluada por el tutor del área correspondiente.

** Las actividades de educación para la salud está centrada a la población es opcional la actualización en temáticas al personal de salud que debe ser ponderada en el mismo criterio

*** La rotación de 6 meses deberá duplicar la meta de cada actividad/ con los mismos criterios

Tutor/a Establecimiento de Salud

Coordinador Técnico de Red de Salud

Vo. Bo.
SEDES - LA PAZ



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

NOMBRE Y APELLIDOS:

PROFESIÓN:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

ÁREA DE SALUD:

MUNICIPIO:

RED DE SALUD:

PROVINCIA:

MES:

**SEDES
LA PAZ**

*La Paz Unidos Por La Salud
Servicio Departamental de Salud*



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

Nombre y apellidos:

Universidad:

Carrera:

Red de Salud:

Municipio:

Establecimiento de Salud:

Mes correspondiente

1. DEBERES Y OBLIGACIONES

ACTIVIDADES	DESARROLLO	FACTORES FACILITADORES DIFICULTADES	Y/O

2. PLANIFICACION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	DESARROLLO	FACTORES FACILITADORES DIFICULTADES	Y/O

3. EVALUACION DE CONOCIMIENTOS

ACTIVIDADES	DESARROLLO	FACTORES FACILITADORES DIFICULTADES	Y/O





4. EDUCACION DE LA SALUD

ACTIVIDADES	DESARROLLO	FACTORES FACILITADORES Y/O DIFICULTADES

5. SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION SNIS

ACTIVIDADES	DESARROLLO	FACTORES FACILITADORES Y/O DIFICULTADES

6. PROMOCION DE LA SALUD

ACTIVIDAD	DESARROLLO	FACTORES FACILITADORES Y/O DIFICULTADES

7. PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES – ASISTENCIA INTEGRAL MEDICA ODONTOLOGICA Y ENFERMERIA

ACTIVIDADES	DESARROLLO	FACTORES FACILITADORES Y/O DIFICULTADES

8. ETAPA DE INVESTIGACION

ACTIVIDADES	DESARROLLO	FACTORES FACILITADORES Y/O DIFICULTADES

Firma de Interno/a

VoBo de Tutor/a

Vo. Bo Coordinador Técnico Red





HOJA DE SEGUIMIENTO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION DE SSSRO

MESES DE ROTACION.....MEDICINA.....ODONTOLOGIA.....ENFERMERIA.....

NOMBRE Y APELLIDOS DEL ESTUDIANTE.....

ACTIVIDAD 1 Elaboración del (I) Protocolo de Investigación	Cumplió	No cumplió	Vo.Bo. TUTOR/A DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
PRIMER ETAPA DE SEGUIMIENTO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
Tema de investigación elaborado			
Planteamiento del problema			
Pregunta de investigación			
Objetivos general y específicos			
Antecedentes			
Justificación			
ACTIVIDAD 2 Elaboración de protocolo de investigación (II) Diseño metodológico	Cumplió	No cumplió	
Tipo de estudio			
Población de estudio y muestra			
Delimitación geográfica y temporal			
Identificación de variables			
Técnicas e instrumentos de recolección			
ACTIVIDAD 3 Elaboración de protocolo de investigación (III) Marco Teórico	Cumplió	No cumplió	
Revisión bibliográfica y marco teórico elaborado			
ACTIVIDAD 4 Elaboración de protocolo de investigación (IV) Actividad de campo-recolección de datos	Cumplió	No cumplió	
Instrumentos de recolección de datos elaborados acordes a la muestra			
SEGUNDA ETAPA DE SEGUIMIENTO EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
ACTIVIDAD 5 Sistematización de datos, resultados, conclusiones análisis, discusión y recomendaciones. (V) Diseño metodológico	Cumplió	No cumplió	
Presentación de resultados			
Presentación de conclusiones			
Presentación de discusión			
Presentación de recomendaciones			
TERCERA ETAPA DE SEGUIMIENTO EN EL ESTABLECIMIENTO DE			
ACTIVIDAD 6 Presentación de Informe final (VI)	Cumplió	No cumplió	
Documentación final concluido y Visto Bueno			

Nota: Deber ser presentado para seguimiento de Comité Docente Asistencial de la Red en forma mensual

VoBo Presidente de comité Docente Asistencial o Coordinador Técnico de Red

La Paz Unidos Por La Salud
Servicio Departamental de Salud



INFORME TECNICO DE CONCLUSION DE (S.S.S.R.O.)

El Suscrito Dr. (a).....

Director/a o Responsable del Establecimiento de Salud:.....

DESCRIPCION DE CASO

Habiéndose verificado las documentaciones que corresponde al Servicio Social de Salud Rural Obligatorio S.S.S.R.O. y dando cumplimiento al artículo 12 del Decreto supremo 26217, se da por cumplido con todos los requisitos para el cumplimiento de acuerdo al periodo de designación y conclusión establecida según el memorándum de designación de Servicio Departamental de La Paz de la presente gestión.

Bajo los siguientes datos personales y requisitos obligatorios de cumplimiento de SSSRO: Que el Estudiante (SSSRO).....con C.I.....y/o PASS. N°..... ha cumplido con el Servicio Social de Salud Rural Obligatorio SSSRO en el Hospital /Centro de Salud/Puesto de Salud de la Red de Salud.....

1. Trabajo de Investigación.
2. Informes mensuales de actividades.
3. Certificados de trabajo, conformidad y notas.

CONCLUSION

Por lo tanto, se da por concluido la rotación de SSSRO que habilita para la continuidad de los procedimientos posteriores.

.....
Lugar de emisión

Día

Mes

Año

Firma de Responsable del Establecimiento de Salud y VoBo Red

