UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TEMA :

PROTOCOLOS DE MEDICINA INTERNA EN LAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGIA, REUMATOLOGIA, PSIQUIATRIA.

Tesis previo a la obtención del titulo de Medico general.

AUTOR:

Juan Carlos Flores Chamba

DIRECTOR:

DR. JOSÉ MIGUEL COBOS

LOJA-ECUADOR
2010

TEMA

PROTOCOLOS DE MEDICINA INTERNA EN LAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGÍA, REUMATOLOGÍA, PSIQUIATRÍA.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Dr. JOSÉ MIGUEL COBOS
DIRECTOR DE TESIS.

CERTIFICA

Que una vez realizado el trabajo de tesis "**PROTOCOLOS DE MEDICINA INTERNA EN LAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, REUMATOLOGÍA",** de la autoria del estudiante Juan Carlos Flores Chamba, autorizo para que la misma pueda presentarla y continúe con los trámites pertinentes para la obtención de su título.

Atentamente

Dr. JOSÉ MIGUEL COBOS VIVANCO

AUTORÍA

Los conceptos opiniones, analisis, procedimientos, conclusiones y recomendaciones vertidas en el presente trabajo de investigación, son de exclusiva responsabilidad del autor.

JUAN CARLOS FLORES CHAMBA

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi sincero agradecimiento a Dios por los dones prestados, a los pacientes por ser mi inspiración y a mi familia por su apoyo incondicional y gratitud a la Universidad Nacional de Loja, Área de salud Humana, Carrera de Medicina Humana, en la persona de sus autoridades y docentes, quienes con dedicación y solvencia academica me impartieron sus valiosos conocimientos y sus sabias experiencias brindadome su apoyo en todos los momentos de mi formación profesional.

DEDICATORIA

La presente investigación, fruto de mi esfuerzo, se lo dedico a mis queridos padres, hermanos, esposa e hijos quienes me brindaron su apoyo incondicional en todas las circunstancias de mi vida por construir el pilar firme y seguro hasta lograr cristalizar mis ideales.

INDICE

TEMA……I
CERTIFICACIÓN……II
RESPONSABILIDAD O AUTORÍA……III
AGRADECIMIENTOS……IV
DEDICATORIA……V
INDÍCE……VI
RESUMEN……VII
SUMMARY……X
INTRODUCCIÓN……XII
REVISIÓN LITERARIA…… 1

1. PROTOCOLOS DE CARDIOLOGÍA……2
   1.1. .Hipertension arterial……3
   1.2. Insuficiencia cardiaca……10
   1.3. Arritmias cardiacas……20
   1.4. Infarto agudo de miocardio……26
   1.5. Shock hipovolémico…… 37
2. PROTOCOLOS DE REUMATOLOGÍA……41
   2.1. Artritis reumatoide……42
   2.2. Osteoartrosis……50
   2.3. Lumbalgia……54
   2.4. Lupus eritematoso sistémico…… 61
   2.5. Osteoporosis……67
3. PROTOCOLOS DE PSIQUIATRÍA…… 72
   3.1. Intento de suicidio……73
   3.2. Alcoholismo …… 76
   3.3. Depresión……83
   3.4. Psicosis orgánica……89
   3.5. Sindrome confusional……93

OBJETIVOS……81

METODOLOGÍA.....82

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS…….....85

DISCUSIÓN.....92

CONCLUSIONES.....95

RECOMENDACIONES.....98

BIBLIOGRAFÍA……..101

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo-transversal. Tomando un grupo poblacional de 1127 pacientes, que comprende los diferentes diagnósticos de egreso de los pacientes del servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja, en el periodo 2006-2008, en las especilidades de Cardiología, Psiquiatría, Reumatología. Con el objetivo de ayudar al clínico (médico residente, internos rotativos, estudiantes de pregrado) en el diagnóstico y tratamiento, Se realizó protocolos de las cinco patologías de mayor prevalencia del total de casos en cada especialidad estudiada.

Se obtuvo la prevalencia, considerando el cociente el número de casos en el periodo indicado por especialidad, para el total de pacientes egresados, y luego la frecuencia relativa por 100 se obtuvo la frecuencia porcentual. En la especialidad de Cardiología, siendo de mayor incidencia, las cinco patologías: Hipertensiòn arterial representa el 47, 02%; Insuficiencia Cardiaca que representa 36,30%; Arritmias cardiacas que representa el 5,97%; IAM representa el 2,19 % y Shock hipovolemico representa con 1,71%. Especialidad de Psiquiatría las cinco patologías de mayor prevalencia: Intento de suicidio representa el 63,31%; Alcoholismo crónico que representa 11,69%; Depresión que representa el 8,87%; Psicosis orgánica representa el 4,03 % y el síndrome confusional representa 2%. Especialidad de Reumatologìa siendo mayor prevalencia las siguientes patologías: Artritis Reumatoide representa el 43,10%; Osteoartrosis que representa 18,97%; Osteoporosis que representa el 17,24%; Lupus eritematoso sistémico representa el 15,52 % y lumbalgìa representado 1,72%.

Con la realización de los protocolos cumplen la misión de mejorar tanto la eficiencia, eficacia, optimiza los recursos y aporte cognitivo. Fue coordinado, orientado y supervisado por los diferentes especialistas; utilizando bibliografía actualizada de revistas, artículos y

libros de medicina basada en evidencia, poner a consideración a las autoridades de dicho hospital para su consenso y luego poner a ejecución

Palabras clave: Guías de práctica clínica., protocolos de manejo clínico.

SUMMARY

A retrospective- transverse study o was realized, to taking a population total the 1127 patient where embrace the different diagnoses of the patients' of the department of Internal Medicine the Hospital expenditure Isidro Ayora the city Loja, in the understood years of the 2006-2008, and I separate them according to the corresponding different specialties the cardiology, psychiatric, rheumatology. With the objective to helf to physican (resident doctor, boarding student, step doctor) in the diagnoses and tratement. Realized procol the most frecuency in the five patologys and cuality scientific.

To get incidence, considerate the number cocient the the case in the understood show indicate for speciality to the all de patient out, afterrelative frequency 100 to get frequency percent The specialite the cardiology the most prevalence the five disease. Hypertension that represet of 47,02%, heart failure that represent 36,30%, Arrhythmias that represent 5,97%, IAM that represent 2,19% and Hypovolemic shock that represent 1,71%. Psychiatric of speciality: Suicide attempt: that represent 63,31%, alcoholism that represent 11,69%, depressive that represent 8,87%, Psicosis organic that represent 4,03% and delirium that represent 2%

Rheumatology spesiality : Rheumatoid Arthritis that represent 43,10%, Osteoartritis that represent 18,97%, osteoporosis that represent 17,24% Systemic Lupus Erythematosus that represent 15,52 % , and paint lumbar that represent 1,72%

The protocols realization, to orientate, to orientate, for different specialist, and improve as much the efficacy, efficiency, the optimations recourses and cognitive contribution, the reference at present magazine, article, book medicine based evidence. I put to dispose authority, the hospital for your and put to execution.

KEY WORDS: Guide practic clinic, protocols diagnoses

INTRODUCCIÓN

El Hospital Provincial General Isidro Ayora, es una institución descentralizada y desconcentrada, dependiente del Ministerio de Salud Pública, de segundo nivel de complejidad en el Sistema Nacional de Salud, es una Unidad de referencia, que presta atención de salud, prevención, rehabilitación, tratamiento, y docencia; con calidez, calidad, equidad, solidaridad y respeto a la cultura, a los usuarios que demanden sus servicios. Dispone de una infraestructura física, equipamiento y tecnología acorde con los requerimientos, sus talentos humanos de cuarto nivel, tienen formación humanística, ética, científica y tecnológica, que corresponde a las necesidades de la comunidad de la provincia de Loja, región sur del país y norte del Perú, en forma eficaz.

En calidad de centro docente, coadyuva a la formación de los profesionales de la salud y procura con su acción el mejorar la calidad de vida de la población.

El Subproceso de calificación de la oferta en salud, obtiene, analiza, interpreta, califica y evalúa de manera uniforme y estandarizada la información sobre la estructura y dinámica de los servicios de salud, facilitando la toma de decisiones en los niveles políticos y técnicos y de otros actores interesados en la salud, a fin de dar respuesta efectiva y eficiente a las necesidades de salud de la población.

En los hospitales según los protocolos, los profesionales de la medicina hacen una evaluación de manifestaciones clínicas, terapéuticas, apoyo analítico y, iguales a todas las personas que padecen de una misma condición, independientemente de su raza, afiliación religiosa, lugar de procedencia o capacidad de pago.

Los protocolos buscan que los parámetros de excelencia sean únicos, el manejo y seguimiento de esos parámetros se relacionan con las competencias que la sociedad occidental ha impuesto en el ejercicio de los profesionales de la medicina En la práctica

clínica hay posibilidad de individualizar el tratamiento, y no hacer prácticas de experimentación en el usuario .

Sin embargo, estudios recientes en Estados Unidos muestran que, a pesar de los protocolos; existe diferencias raciales que se traducen en un tipo de discriminación , por medio de la cual profesionales de salud ofrecen tratamientos inadecuados o menos alternativas terapéuticas a personas que pertenecen a minorías raciales, aun después de controlar por situación socio-económica, diagnóstico y tipo de seguro de salud.[i]

Al hacer un análisis en el departamento de medicina interna del hospital Isidro Ayora con el método FODA se observa la no existencia de ningún protocolo para la atención a los pacientes que ingresan al departamento de medicina interna de esta casa asistencial.

Y de ahí que nace la importancia de la elaboración de los protocolos realizando un estudio retrospectivo transversal, utizando el método científico, deductivo, descriptivo, analítico, sintético, y como técnica recopilación bibliográfica.

Con la necesidad de investigar la epidemiología de las especialidades de Cardiología, Psiquiatría y Reumatología, en el periodo 2006-

Obteniendo las cinco patologías de mayor prevalencia Cardiología (hipertensión arterial, insuficiencia Cardiaca, Arritmias Cardiacas, Infarto Agudo de miocardio, shock hipovolemico); especialidad de Psiquiatría (Intento de suicidio, Alcoholismo, Depresión, Psicosis orgánica y síndrome confusional); especialidad de Reumatología (Artritis reumatoide, Osteoartrosis, Osteoporosis, Lupus Eritematoso Sistémico y lumbalgía). Y realizar las respectivas guías para luego consensar, y ponerlo a ejecución

Que permita una atención oportuna y efectiva para el manejo clínico adecuado, además de ser un soporte cognitivo que facilite a los estudiantes que cursan el internado rotativo de medicina de la Universidad Nacional de Loja y médicos residentes.

[1] http://www.cche.net/usersguides/main.asp

REVISIÓN DE LITERATURA

PROTOCOLOS DE CARDIOLOGÍA

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DEFINICIÓN Cuando la presión Arterial (PAS) y/o (PAD), medidas en al menos 3 visitas, con intervalos de 3-7 días entre cada toma son iguales o mayores a 140 / 90 mmHg, respectivamente, en adultos mayores de 18 años que llevan a complicaciones cardiovasculares (1); y en diabéticos menor 125/75 mmHg (2)

Urgencia hipertensiva: tensión arterial mayor 210 (sistólica) o 120 (diastólica sin lesión de los órganos diana, no representa una amenaza para la vida, (3)

Emergencia hipertensiva: Elevación de la TA con lesión de órganos diana tienen un pronóstico reservado (3)

TOMA DE LA TENSIÓN ARTERIAL:

- **PACIENTE**: No comer abundantemente, no fumar, no beber alcohol ni hacer ejercicio media hora a una hora antes de la visita. No tomar agentes simpaticomiméticos, incluidos los midriáticos. No tener la vejiga de orina llena. Realizar a primera hora del día.
- **POSTURA DEL PACIENTE**: Quitar la ropa que oprima el brazo, paciente se tumbará cómodamente con el brazo apoyado junto al cuerpo, esperaremos 5 minutos a tomar la PA. La posición en bipedestación se recomienda en pacientes diabéticos y de edad avanzada, para control del posible ortostatismo (tomar la TA acostado y de pie).
- **ENTORNO**: Habitación tranquila, evitar ruidos, situaciones de alarma y temperatura agradable.
- **MATERIAL**: brazalete debe cubrir 2/3 partes del brazo; medida de brazalete en adulto 12 x 32 cm, adultos – obesos 15 x 31 cm. o 15x 39 cm, medida en muslo 18 x a 50 cm.

- **PROCEDIMIENTO:** Se recomienda colocar el brazalete, palpación de la arteria braquial y colocar a 2 cm por debajo del brazalete. Insuflar rápidamente el brazalete hasta 20-30 mmHg. Deshinchar de 2-3 mmHg por segundo. (4)

CLASIFICACION DE HIPERTENSION ARTERIAL

TABLA 1
Clasificación de los niveles de PA*

CATEGORÍA PA	NORMOTENSIÓN O HTA CONTROLADA			HTA		
	ÓPTIMA	NORMAL	N-ALTA	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3
PAS, mmHg PAD, mmHg	< 120 y < 80	120-129 o 80-84	130-139 o 85-89	140-159 o 90-99	160-179 o 100-109	≥ 180 o ≥ 110
	Normal**	Prehipertensión**		Estadio 1**	Estadio 2**	

Cuando las PAS y PAD de un paciente corresponden a diferentes categorías, deberá aplicarse la categoría más elevada. También pueden establecerse grados en la HSA (PAS ≥ 140 y PAD < 90 mmHg) según los valores de la PAS dentro de los valores límites indicados.
El diagnóstico de HTA se establecerá tras la comprobación de los valores de PA en dos o más medidas tomadas en cada una de dos o más ocasiones separadas varias semanas.
La Guía Europea (ESH/ESC 2003) establece el diagnóstico de HSA con cifras de PAS ≥ 140 mmHg y de PAD < 90 mmHg.
*European Society of Hypertension-European Society of Cardiology Guidelines Commite[3].
**En la parte inferior del recuadro se describe la clasificación de los niveles de PA según el JNC-7[2].

- ESTADIO I: sin signos aparentes de repercusión visceral
- ESTADIO II:
    - Hipertrofia ventricular izquierda
    - Retinopatía grado II
    - Proteinuria o aumento de Cr
- ESTADIO III: afectación visceral
    - Insuficiencia cardiaca o coronaria
    - Encefalopatía.
    - Hemorragia retiniana
    - Insuficiencia renal manifiesta

MANIFESTACIONES DE ENFERMEDAD DE ÓRGANOS DIANA (JNC-7). (6)

Órgano diana	Manifestaciones, síntomas y signos
Corazón	Evidencia clínica, electrocardiográfica o radiológica de enfermedad coronaria Hipertrofia ventricular izquierda por electrocardiograma o

	hipertrofia ventricular izquierda por ecocardiografía. Disfunción ventricular izquierda Insuficiencia cardíaca Dolor torácico, disnea, ortopnea, edemas, palpitaciones, claudicación intermitente
Cerebro-vascular	Accidente isquémico transitorio, Trombosis o hemorragia cerebral, Vascular periférico Ausencia de uno o más pulsos mayores en las extremidades (excepto la dorsal del pie), con o sin claudicación intermitente, Aneurisma Cefalea, mareos, vértigo, disminución de la libido, disminución de fuerza y/o debilidad en miembros
Riñón	Creatinina sérica igual o mayor a 130 mmol/L (1,5 mg/dl) Proteinuria (1 + o más) Microalbuminuria, ácido úrico poliuria, nicturia, hematuria.
Retina	Hemorragias o exudados, con o sin papiledema alteraciones de la visión

Exploración física:

Peso. Talla. Índice de masa corporal. Cuello: carótidas, yugulares, tiroides. Auscultación cardiaca: anormalidad del ritmo y de la frecuencia, aumento del tamaño cardiaco, soplos, chasquidos, 3º y 4º tonos. Auscultación pulmonar: estertores, broncoespasmo. Abdominal: masas, visceromegalias, soplos abdominales o lumbares. Medición del perímetro abdominal. Extremidades: edemas, pulsos radiales, femorales, poplíteos y pedios, soplos femorales. Examen de la piel. Exploración neurológica.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

- **Análisis de sangre**: BH, glicemia basal , colesterol total, LDL y HDL, triglicéridos, urea, creatinina, acido úrico, Na y K, Ca, proteína C reactiva,

- **Análisis de orina**: Microalbuminuria, (7)
- **Electrocardiograma** (EKG): índice de Socolow R(V5 o V6) + S(V1 o V2) >35 mm o Cornell R aVL + SV3 > 35 mm en hombres y 25 mm en mujeres
- **Fondo de ojo:** 4 grados según criterios de Keith-Wagener (8)
- **Radiografía de tórax**: indicada si hay datos clínicos que la justifique (insuficiencia cardiaca; sospecha de coartación aórtica.
- **Ecografía abdominal:** indicada HTA de origen renal o vasculorrenal. HTA severa de aparición brusca o refractaria edad de comienzo antes de 20 anos y > de 50 anos + hemorragia retiniana, papiledema, > creatinina inexplicable después de iniciar con IECAS Auscultación de soplos abdominales o lumbares.
- **Ecocardiografía:** indicada en cardiopatía, disfunción cardiaca.

TRATAMIENTO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Tratamiento no farmacológico. (9)

1. Modificaciones del estilo de vida: (10)
2. Reducción de peso: reduce aproximadamente (reduce 5-20 mph /10kg)
3. Dieta rica en frutas vegetales, bajo en grasa saturadas y comer pescado (reduce 8-14 mph)
4. Reducción de ClNa en la dieta no más de 100 mmol al día (una cucharilla) (reduce 2-8 mmHg)
5. Actividad física aeróbica (nadar, bailar, caminar etc.) reduce 4-9 mmHg.
6. Moderación en el consumo del alcohol (reduce 2-4mmhg)

Cuando no existe ninguna condición especial que obligar utilizar un grupo farmacológico especial: (11)

- Paso 1 < 55 anos (IECA o ARA) igual o mayor de 55 anos Afroamericanos.
- Paso 2 IECA o ARA + BCC o IECA (o ARA) + diurético tipo tiazídico.
- Paso 3 IECA(o ARA) + BCC + diuréticos.
- Paso 4 Agregue diurético, alfa-Bloqueador, beta bloqueador.

Manejo de la HTA en condiciones especiales:

Indicaciones en el tratamiento de la hipertensión arterial

Situaciones clínicas	Fármacos	Estudios Clínicos
Ancianos	**Diuréticos tiazídicos**, BB, **BCC (dihidropiridinas)**, IECAs, ARA II	*STOP-2, LIFE, SCOPE, ALLHAT*
Diabetes	**IECA, ARA II, Diuréticos tiazídicos**, BCC, BB	*UKPDS, HOPE, ALLHAT, IDNT, LIFE, INSIGHT*
Enfermedad cerebrovascular	**Diuréticos tiazídicos, IECAs**, ARA II	*PROGRESS, LIFE, PATS, ALLHAT*
Hipertrofia de ventrículo izquierdo	**IECA, ARA II**, Diuréticos tiazídicos, BB, BCC	*HOPE, LIFE*
Cardiopatía isquémica	**BB, IECA**, BCC (dihidripiridinas y no dihidropiridinas), Antialdosterónicos	*HOPE, CAPRICORN*
Insuficiencia cardiaca	**Diuréticos de asa, IECAs**, ARA II, BB, Antialdosterónicos	*SAVE, CAPRICORN, CHARM, RALES, EPHESUS,*
Insuficiencia renal	**IECA, ARA II**, Diuréticos de asa, BCC	*RENAAL, IDNT, INSIGHT*
Embarazo	Metildopa, BB, Vasodilatadores, BCC (dihidropiridinas)	*JNC VII, Guía Europea 2003*
Enfermedad arterial periférica	**BCC (dihidropiridinas), IECAs**, ARA II, Bloqueadores alfa	*HOPE, JNC VII, Guía Sociedad Española de Cardiología, Guía Europea 2003*
Grupos étnicos	**Diuréticos, BCC**, alfabloqueantes	*JNC-7*
Niños y adolescentes	Diuréticos tiazídicos, BB, BCC, IECA, ARA II	*JNC-7*

SEMERGEN DoC
Documentos Clínicos SEMERGEN

Los fármacos en negrita, son de primera elección, aunque todos pueden utilizarse

Combinaciones recomendadas: (12)

- Se sugiere el inicio con IECA, ARA II o Calcio antagonistas del tipo dihidropiridina de acción prolongada.
- Adicionar diurético a dosis bajas a un IECA, ARA II, Calcio antagonista dihidropiridinicos de acción prolongada.
- Betabloqueantes+ dihidropiridinicos de acción prolongada.
- Cuando se utilizan tres o más fármacos, se debe considerar el uso de otros grupos, como el caso de los diuréticos, betabloqueantes, alfa bloqueadores,

bloqueadores de la aldosterona y según el caso, de beta bloqueadores de canales de calcio no dihidropiridinicos y otros a dosis terapéuticos.

INSUFICIENCIA CARDIACA

1 .DEFINICIONES:

Insuficiencia Cardiaca (IC): Es la incapacidad del corazón para mantener un gasto cardiaco adecuado para satisfacer las demandas metabólicas del organismo.(1)

IC Congestiva: Criterios: Disnea, edema, fatiga en reposo; Evidencia objetiva de disfunción cardiaca ventricular (sistólica y/o diastolica) en reposo + Respuesta favorable al tratamiento (diurético, vasodilatador).

CAUSAS:

. **Disfunción sistólica:**

- ✓ Causas isquémicas ¨miocardio hibernante (reversible)
- ✓ Cardiomiopatía isquémica sin componente reversible
- ✓ Post cardiotomía disfunción VI
- ✓ Alcoholismo
- ✓ Hipertensión crónica
- ✓ Miocarditis infecciosa (viral, toxoplasmosis, triquinosis, tripanosomiasis, lyme)
- ✓ Condiciones inflamatorias(arteritis células gigantes, poliareteritis, esclerodermia, dermatomiositis)
- ✓ Enfermedad valvular cardiaca (insuficiencia aortica, insuficiencia mitral)
- ✓ Cardiomiopatía peripartum
- ✓ Hipotiroidismo
- ✓ Feocromocitoma
- ✓ Adriamicina
- ✓ Idiopática

B. **Disfunción diastólica**

- ✓ Hipertensión arterial crónica
- ✓ Estenosis aortica disfunción ventricular izquierda post cardiotomía
- ✓ Sarcoidosis
- ✓ Amiloidosis
- ✓ Fibrosis por radiación
- ✓ Cardiomiopatía hipereosinofilica

CRITERIOS CLINICOS FRAMINGHAM

MAYORES	MENORES
Disnea paroxística nocturna	Edema de miembros inferiores
Distensión venosa yugular	Tos nocturna
Estertores	Disnea paroxística

Cardiomegalia	Hepatomegalia
Edema pulmonar agudo	Derrame pleural
Ritmo de galope (s3)	Capacidad vital disminuida en un tercio
Presión venosa (> 16 cm H20)	Taquicardia mayor a 120 Lpm
Reflejo hepatoyugular positivo	

MAYORES O MENORES: adelgazamiento mayor a 4,5 kg después de 5 días de tratamiento

DX CLINICO: MINIMO 1 CRITERIO MAYOR Y 2 MENORES

CLASIFICACIÓN DE FALLA CARDIACA SEGÚN HEART ASOCIATION NY:

GRADO I: Sin síntomas con actividad ordinaria sin imitación de la actividad física

GRADO II: Ausencia de síntomas en reposos la actividad ordinaria causa disnea, palpitaciones, angina: limitación ligera de la actividad física.

GRADO III: Actividad inferior a la ordinaria, ausencia de síntomas de reposo, pero los síntomas aparecen con una actividad inferior a lo habitual, Notable limitación a la actividad física.

GRADO IV: Síntomas al menor esfuerzo o en reposo incapaz de realizar cualquier actividad física.

Ayudas diagnosticas

- Electrocardiograma.
- Radiografía de tórax: cardiomegalia, signos de congestión pulmonar.
- Ecocardiograma.
- BH, urea, creatinina, Na, K, Ca, glicemia, PCR, dímero d, TP, TPT.
- Gasometría arterial

Actitud Terapéutica: (3)

MEDIDAS GENERALES

1) NPO (hasta que desaparezca los signos de descompensación)

2) Oxigeno terapia_ bigotera-venturi-ventilación mecánica
3) Posición semifowler 35 grados
4) Peso diario del paciente.(reducir 0,5-1 kg diario)
5) Restricción de sodio , menos de 3 gramos de sal por día
6) Restricción de líquidos a 1,5-2 l/día.
7) Monitoreo gasto urinario por las siguientes 6 horas, la meta de 1 ml/kg/hora.
8) Evitar medicaciones que exacerben la falla cardiaca: antiarrítmicos (excepto la amiodarona), antiinflamatorios. esteroides. bloqueadores canales de calcio excepto amlodipino y felodipino, tiazolidindionas.

MEDIDAS ESPECÍFICAS

A Vasodilatadores orales inicial/ de vida media corta

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina: (captopril, enalapril, lisinopril)

Inhibidores receptores de angiotensina II (irbersatan, losartan, valsartan)

Nitratos: Hidralazina

Alfabloqueadores (prazosina, daxazosina)

Vasodilatadores parenterales (indicados ICC grave): Nitroglicerina, Nitroprusiato sodio, Enalaprilato

B bloqueadores: Bisoprolol: 1,25 mg- 10 mg día, Carvedilol: 3,125 mg hasta 25-50 mg 2 veces por día, Metoprolol: iniciar con 12,5-25 mg /día hasta 100-200 mg día 4

C -antagonistas canales de calcio

D. Glucósidos digitálicos: (5) Dosis impregnación: 0,20- ,50 IV o VO y posterior/ 0,25 mg cada 6 horas hasta lograr 1-1,5 mg. Dosis mantenimiento: 0,125- 0.375 mg/día, debe ser menor pacientes renales

E._Diuréticos (6)

Tiazidas(hidroclorotiazida 25 mg día.), diuréticos de asa: furosemida IV 20-40 mg en bolo basado en el estado de volumen del paciente y la presión arterial sistólica mayor de 90 mm hg y cada 6-12 horas. Diuréticos ahorradores de potasio: espironolactona

D. Fármacos inotrópicos: dopamina-dobutamina (7)

Dopamina Presentación: Ampollas de 200 mg = 5 mL Preparación: 2 + ½ ampollas en 250 ml (extraer 12´5 mL) de SF ó SG 5% (1 mL = 2 mg = 2000 mcg)

Dosis dopaminérgica (vasodilatación renal) 4-8 ml/h (2-4 mcg/Kg/min)

Dosis B-adrenergica (β1) (contractibilidad y del GC) 11-21ml/h (5-10 mcg/Kg/min)

Dosis alfa adrenérgicas (α1) (aumento de TA) 23-42 ml/h 11-20 mcg/kg/min)

Dobutamina: Presentación: Viales de 20 mL = 250 mg; Preparación: 1 vial en 250 mL (extraer 20 ml) de SF ó SG 5% (1 ml = 1mg = 1000 mcg) Dosis: Iniciar a 2-3 mcg/Kg/min (70 Kg = 8-12 ml/h) e ir aumentando según respuesta diurética o hemodinámica hasta un máximo de 20 mcg/Kg/min (70 Kg = 84 ml/h) TAS< 85 mm Hg. Induce arritmias

E. Inhibidores fosfodiesterasa (amrinone y milrinone):

Milrinone: 50 mcg/kg en bolo de 10 m minutos, continuar infusión a dosis de 0,375-0.750 mcg/kg/minuto

Anticoagulantes (antagonistas de la vitamina K)

Warfarina riesgo de hospitalización por IC fue menor relacionada con la aspirina 126. (U otro anticoagulante oral alternativo) en pacientes con IC y FA permanente, persistente o paroxística, siempre que no haya contraindicaciones

Inhibidores de la HMG-CoA reductasa (estatinas).

En el paciente anciano con IC crónica sintomática y disfunción sistólica causada por cardiopatía isquémica,

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (8-9)

	Para la supervivencia/mortalidad	***Para los síntomas***
Clase funcional I	IECA (ARA-II si intolerancia) BB en paciente con cardiopatía isquémica Antagonista de aldosterona (si IAM previo)	Diurético (reducir la dosis hasta suspender o dejar diurético tiazídico a baja dosis
Clase funcional II. Disnea de moderados esfuerzos	IECA (ARA-II si intolerancia) • BB en paciente con cardiopatía isquémica • Antagonista de aldosterona (si IAM previo)	+Diurético dependiendo de la retención hidrosalina.
Clase funcional III Disnea de mínimos esfuerzos	IECA + ARA II (o ARA II solo en caso de intolerancia a IECA) • BB. • Antagonista de aldosterona	+ Diurético. + digital si persisten los síntomas
Clase funcional IV Disnea de reposo	• Continuación de IECA/ARAII BB • Antagonista de aldosterona	+ Diurético. + Digital. Considerar apoyo inotrópico temporal

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA POR DISFUNCIÓN SISTÓLICA

Medicación	Indicación	Fármaco y dosis (Inicio/ óptima)
Diuréticos	Retención hídrica (edema, ascitis, disnea)	Clortalidona: 30/ 100 mgr/ día Furosemida: 20/ 250 mgr/día Dosis mínima efectiva posible
Espironolactona	NYHA Clase III-IV	25 mgr/ día
IECA	Disfunción ventricular asintomática NYHA Clase II-IV	Enalapril: 2,5/ 20 mgrs/día Captopril:2,5-6,25 mg / 25-50 mg / 8 horas
ARA II	NYHA Clase I-IV, en pacientes con intolerancia a IECAAsociados a IECA en pacientes con síntomas refractarios	Candesartan: 4/32 mgrs/día Valsartan: 80/320 mgrs/día
Hidralacina/ Dinitrato de Isosorbide	Pacientes que no toleran IECA	Hidralacina: 25/ 50 mgrs Dinitrato de Isosorbide: 20/ 40 mgrs
ß-Bloqueadores	NYHA Clase II-IV estables NYHA I	Carvedilol:3,125/25(50 en >80 kilos)/12h. Metoprolol:6,25/50(75 en >80 kilos)/12 h. Bisoprolol: 1,25/ 5(10 en >80 kilos/

		día
Digoxina	NYHA Clase III-IV y mantener si baja a II. Fibrilación auricular Ventrículo dilatado y 3º tono	Digoxina: 0,125/ 0,25 mgrs/día Ajustar según función renal. No existen evidencias científicas para el "descanso de fin desemana"

MANEJO DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA POR DISFUNCIÓN DIASTOLICA.

Medicación Indicación	**Fármaco**	**dosis (Inicio/ óptima)**
IECA	NYHA Clase II-IV	Enalapril: 2,5/ 20 mgrs/día Captopril:2,5-6,25 mg / 25-50 mg / 8 horas
ß-Bloqueadores	Para mantener la frecuencia cardiaca (FC) entre 55 y 75 l.m. NYHA II-IV	Carvedilol: 3,125/ 25 (50 en >80 kilos)/ 12 h. Metoprolol: 6,25/ 50 (75 en >80 kilos)/ 12 h. Bisoprolol: 1,25/ 5 (10 en >80 kilos/ día
Diuréticos	Retención hídrica (edema, ascitis, disnea)	Clortalidona: 30/ 100 mgr/ día Furosemida: 20/ 250 mgr/día Dosis mínima efectiva posible
Calcioantagonistas	Como control de la FC	Verapamilo: 80/ 120 cada 8 h

(Verapamilo y Diltiazem)	(entre 55 y 75 l.m.	Diltiazem: 60/120 cada 8 h
Digoxina	Como control de la FC si FA (entre 55 y 75 l.m.)	Digoxina:0,125/ 0,25 mgrs/día Ajustar según función renal. No existen evidencias científicas para el "descanso de fin de semana"
ARA II	NYHA Clase II-IV	Candesartan: 4/32 mgrs/día

ARRITMIAS CARDIACAS:

BRADICARDIA SINUSAL:(1) Ritmo regular sinusal menor de 60 latidos por minuto,

CAUSAS:

Actividad vagal exagerada (presión del seno carotideo, maniobras e válsala, exposición de agua fría en la cara, bipedestación prolongada -mediante el reflejo de Bezold-Jarisch, hipertensión intracraneal, disfunción del nodo sinusal, IAM 15-25%,síndrome de apnea obstructiva del sueño, **Fármacos.** Bloqueadores beta, calcioantagonistas no dihidropiridínicos, digital, antiarrítmicos como la amiodarona y los de clase IC, litio, morfina, amitriptilina, fenotiazina, cimetidina... Otras**.** Hipotiroidismo, hipotermia, hipoxia y algunas infecciones.

TRATAMIENTO:

a) Atropina a dosis indicadas: 0,5 mg IV, repetir (si fuera necesario) cada 5 minutos, hasta una dosis total no mayor de 2 mg. En caso de refractariedad a la atropina dar isoproterenol (agonista adrenérgico beta puro) en infusión continua 2 a 5 mcg/min dosis-respuesta.

b) Marcapaso temporal si no hay respuestas a atropina como isoproterenol.

INDICACIONES PARA MARCAPASO TEMPORAL:

1. Asístolia.
2. Bloqueo AV completo.
3. Bloqueo AV de 2.° grado, tipo Mobitz II.
4. Bloqueo de rama derecha asociado a hemibloqueo anterior o hemibloqueo posterior izquierdo.
5. Pausa sinusal, bradicardia sinusal (menos de 45 latidos/min) o bloqueo AV de 2 grado, tipo Mobitz I, cuando se asocian a Hipotensión, insuficiencia cardíaca o shock.
6. Extrasístoles ventriculares que no responden a la administración de atropina. "Overdriving" para taquicardia ventricular refractaria.

INDICACIONES PARA MARCAPASO DEFINITIVO:

1. Pacientes con bloqueo AV de 2.° grado o bloqueo AV completo persistentes.
2. Pacientes con bloqueo AV completo transitorio, cuando se asocia a bloqueo de rama.

TAQUICARDIA SINUSAL: Es un ritmo sinusal regular superior a los 100 latidos por minuto.

a) Excluir causas secundarias.

b) B-bloqueadores, si no hay contraindicación. (Propranolol, metoprolol 15 mg en 3 dosis, o atenolol)

c) Taquicardia inexplicable que evoluciona con signos de falla cardiaca, requiere monitoreo hemodinámico.

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PAROXÍSTICA: (2)

Por reentrada intranodal comienza y termina bruscamente. Frecuencias cardiacas de 170 a 250 latidos/min.

a) Verapamil: 5-10 mg IV (bolo).

b) Digital 500 mcg IV en 10 a 15 min, seguidos de 250 mcg IV cada 2 a 4 hrs.

c) Amiodarona (dosis única) 5 mg/kg IV.

d) Cardioversión: iniciar con 50 J. (previo Ecocardiograma)

FIBRILACIÓN AURICULAR: (3) Clínicamente: asintomática, o manifestarse como palpitacione, dolor torácico, disnea, disnea cansancio, o intolerancia al esfuerzo. Frecuencia auricular de 100 a 180 contracciones auriculares por minuto.

a) Digital. 125 a 250 mcg/día

b) Adicionar: verapamilo 0,15 mg/kg en 1 min repetir en 15-20 min dosis de mantenimiento 80-120 mg/8-12h o B-bloqueador o amiodarona.(trangorex amp 150mg)300 mg IV en 30 min y luego 900 mg en 24h

c) propafenona, 2 mg/kg IV para pasar en 10 min

d) Cardioversión: iniciar con 50 J. (previo Ecocardiograma)

FLUTTER AURICULAR:

Arritmia auricular:

Definición: Organizada, regular y rápida, con una frecuencia de 250-300 lpm ondulación continua de la línea base (aspecto de dientes de sierra) mas una taquicardia regular del QRS estrecho entorno a 150 lpm ya que la respuesta ventricular a menudo es 2:1

Tratamiento (4) arritmia inferior a 48h medidas de reversión a ritmo sinusal, diltiazen, dosis 0,25 mg/kg i.v. en 2 min, dosis de mantenimiento 5-15 mg/h i.v. Verapamilo, dosis 0,075-0,15 mg/kg en 2 min i.v. durante 2 min Betabloqueantes, Esmolol 500 µg/kg iv dosis de mantenimiento. 60-200 µg/kg/min i.v. Si el episodio superior de 48h, controlar la respuesta ventricular e iniciar anticuagulaciòn (5) asprina 80-350 mg VO; sin factores de riesgo; Warfarina riesgo moderado y alto con INR 2-3 para pasadas las 3-4 semanas programar

Cardioversión; prevención recurrencia; cardioversión farmacológica de la FA de más de 7 días de duración Dofetilida Oral, Amiodarona Oral o intravenosa.

EXTRASÍSTOLES VENTRICULARES:

a) Lidocaína: Administrar bolo, IV de 1 mg/kg, seguido de bolos de 0,3 mg/Kg cada 10 min por 3 veces.

Diluir 100 cc. de LIDOCAINA en 400 cc, de D5% en AD e iniciar infusión a razón de 1-4 mg/min (15-60 microgotas/min).

La dosis debe ser reducida al 50% en caso de hipotensión, insuficiencia cardiaca, shock o hepatopatía.

b) Amiodarona: Administrar 5 mg/kg en bolo IV o en infusión rápida (en 1 hora) como dosis de carga. Administrar en el resto del día la cantidad necesaria para completar una dosis de 15 mg/ kg/24 h.

TAQUICARDIA VENTRICULAR: (6)

Ritmo ventricular con una frecuencia de 100 a 250 latidos/min

a) TV no sostenidas < 30 seg: Lidocaína a las dosis indicadas.

b) TV sostenida duración > 30 seg sin compromiso, hemodinamico:

- Lidocaína
- Cardioversión sincronizada: iniciar con 100 J.

c) TV sostenida con compromiso hemodinámico:

- Cardioversión sincronizada: iniciar con 100 J.

En el Marco de un IAM, toda taquicardia con complejos anchos debe ser asumida corno ventricular y terminado rápidamente con LIDOCAINA o CARDIOVERSIÓN ELÉCTRICA.

FIBRILACIÓN VENTRICULAR:

Actividad eléctrica desorganizada de los ventrículos, clínicamente equivale a un paro cardiocirculatorio (el corazón se contrae desorganizadamente y no es capaz de bombear la sangre). En pacientes reanimados de paro cardíaco el 75% tienen fibrilación ventricular y el resto bradicardia y asistolia. (6)

a) Se recomienda la desfibrilación inicial con 200 J.

b) Si dos descargas de 200 J no han tenido éxito, debe darse una descarga de 400 J. inmediata-mente.

c) Debe realizarse soporte básico de la vida hasta tener disponibilidad de un desfibrilador.

d) La FV sin falla cardíaca significativa usualmente ocurre temprano en el IAM y el pronóstico es bueno para los pacientes desfibrilados exitosamente.

Cuando la FV es secundaria a falla cardiaca, la mortalidad intrahospitalaria excede el 80%.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

DEFINICIÓN: (1,2)

La isquemia es el del desequilibrio entre el aporte y la demanda del oxigeno del miocardio resultado. Necrosis de los miocitos cardiacos causada por una isquemia prolongada.

Clasificación: (3)

2. **Según la localización topográfica del infarto en EKG**
    a. **Anteriores:**
        i. V1-V2 tercio medio del tabique
        ii. V1-V2-V3 tercio medio e inferior del tabique
        iii. V3-V4 anterior de la pared libre del VI
        iv. V1-V2-V3-V4 anteroseptal
        v. D1-aVL laterobasal alto
        vi. V5-V6 lateral bajo
        vii. D1-aVL y V1-V6 anterior extenso
        viii. D1-aVL y V4-V6 anterolateral
    b. **Posterio inferiores**
        i. Infarto D2-D3-AVF
        ii. Posterior estricto V7-V8-V9- (r\s en V1<o =1, es un índice más sensible que V7- V8-V9
    c. **Combinación de los grupos anteriores**
        i. Ejm;nD2-D3- aVF y V1-V2 inferoanteroseptal
    d. **IAM de ventrículo derecho**
        i. V3R- V4 menos del 40 % de sensibilidad
        ii. RSR en V1 patron de BRDHH(que no tenga S ancha y mellada en V5 y aVL

Causas:

- Ruptura, fisura o ulcera de la placa de ateroma que favorece a trombogenesis

- Embolias coronarias
- Anomalías congénitas
- Espasmos coronarios
- Enfermedades inflamatorias

PRESENTACIÓN CLÍNICA (4)

Síndrome coronario agudo con elevación de ST (4)

Síntomas: 1-Dolor torácico presente en un 50%, Dolor anginoso prolongado (> 20 min) en reposo.Angina grave de nueva aparición; angina *in crescendo* (2). Angina post-IM. Que no responde totalmente a nitroglicerina. Asociado con frecuencia a disnea, sudoración, náuseas, vómitos.

2- síncope o presíncope

3- confusión aguda

4- Evento cerebro vascular

5- Empeoramiento de insuficiencia cardiaca

6- Debilidad intensa…

Signos: - Ansiedad, agotamiento, náuseas, palidez, inquietud, sudoración; taquicardia si estado

adrenérgico o IC bradicardia si activación parasimpática - hipotensión leve frecuente o pulso tenue- hipertensión si estado adrenérgico - AC: 4º Ruido, 3ºR si IC, soplo sistólico si Insuficiencia mitral o CIV - AP estertores crepitantes si IC

Síndrome coronario agudo sin elevación de ST (4) **Síntoma:** Frecuentemente referido como peso, presión, tirantez o quemazón en el pecho. Los pacientes dirán que no es un "dolor". Retroesternal, cuello, mandíbulas, hombro o brazo izquierdos. En ocasiones epigastrio, interescapular sece del dolor con nitriglicerina.

2- EXPLORACIÓN FÍSICA (4)

Identifica signos de inestabilidad o urgencia vital. FC, TA en ambos brazos y Tª. Aumenta la probabilidad de SCA la presencia de signos de dislipidemia y/o arterioesclerosis (xantomas, Xantelasmas, soplos arteriales). La semiología de Insuficiencia Cardiaca, 3R, soplo de insuficiencia mitral durante el dolor apoya el diagnóstico de SCA y añade gravedad.

DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA

- **Electrocardiograma :** Sensibilidad 81%, Especificidad 69% realizar en menos de 10 min al primer contacto y luego monitoreo continuo

  Onda Q > 30 ms y 0.20 Mb en; 2 de 3 derivaciones diafragmáticas; 2 derivaciones precordiales DI y Al +Elevación de ST >0.1 Mb medido 0.02 ser. De punto J en las mismas derivaciones. Nuevo BCRI

- **Marcadores bioquímicos:** Curva de marcadores isquémicos cada 4h en las primer día y luego cada 12 h hasta el segundo día El biomarcador recomendado para la evaluación es:

  Mioglobina: Inicio de elevación 1-4h pico 6-7h duración 24h sensibilidad alta

  CPK mb: inicio de elevación de 3-12, pico 24h duración 48-72 detección de reinfartos

  Tn inicio de elevación 3-12h; Tn T pico 12-48h duración 5-15 días; Tn I pico 24h duración 5-10 días. Mayor sensibilidad y especificidad a partir de las 6 horas.

- **Ecocardiograma** dentro de los primeros 5 a 10 minutos de haber ingresado el paciente al hospital diagnostico diferencial (estenosis aórtica, disección aórtica, embolia pulmonar o miocardiopatía hipertrófica (7)

- **Ex estándar de tórax**

- **Hemograma Urgente**, ionograma, urea, creatinina, glicemias y pruebas de la coagulación; programada perfil lipídico, VSG bilirrubinas AST, ALT, calcio, fosforo y proteínas totales, fosfatasa alcalina, sedimento de orina

TRATAMIENTO DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO

Medidas generales:

- Dieta

  - Dieta absoluta durante las primeras 6 horas.

  - A partir de las 6 horas y durante las primeras 24 horas, dieta líquida y blanda.

  - A partir de las 24 horas dieta normosódica pobre en grasas de 1.500 calorías, a no ser que exista contraindicación.

  - En los pacientes diabéticos o con glicemias altas, se seguirá el protocolo de diabetes.

- A partir de las 24 horas del ingreso se administrarán cada mañana, ablandadores de las heces como el diocilsulfosuccinato sódico 200 mg al día en ayunas o laxantes.
- Administrar oxigeno por cánula binasal (2-4 L/mín) las primeras horas, encaso de EPOC (1-2 L/min) en IC con hipoxemia severa a pesar de oxigeno, se recomienda ventilación mecánica.
- Control FC, TA,FR y PO2 c/h en las primeras 4 h y posteriormente cada 4 horas
- Movilización- Se realizará de acuerdo con las etapas siguientes y criterio del médico.

  * Etapa 0 – Reposo en cama primeras 12 horas

  * Etapa 1 – Sentarse 20 minutos mañana y tarde en el sillón. El paciente puede asearse por sí mismo, en la cama o sillón. Si no produce complicación en las primeras 24 h

* Etapa 2 – Sentarse 1 hora por la mañana, otra por la tarde y durante las comidas. Puede afeitarse y puede ser trasladado al retrete en silla de ruedas. En todo momento se evitará el uso de la cuña en la cama a fin de evitar esfuerzos excesivos. Resto igual que etapa 1.

* Etapa 3 – Pasear 10 minutos alrededor de la cama. Resto igual que en la etapa precedente. Si no existe hipotensión desde el segundo o tercer día

* Etapa 4 – Pasear 20 minutos por la mañana y por la tarde. El paciente puede ir al aseo.

* Etapa 5. – Actividad física libre sin abandonar la sala de hospitalización

- Sedación leve diazepam 5 mg TID en las primeras 24 horas o cloracepato dipotásico, 5-10 mg cada 12-24 horas, durante las primeras 48 horas y, ulteriormente, según necesidades. Habitación tranquila (5)
- Metoclopromida 5-10 mg IV por efectos adversos de opiáceos.
-

PAUTA TERAPÉUTICA EN FASE AGUDA

Nitritos: (8) reducir la precarga, vasodilatador coronario. Usar en isquemia persistente, edema pulmonar o hipertensión, **Nitroglicerina sublingual** o dos inhalaciones de nitroglicerina spray. Si persiste el dolor y la presión arterial >100 mm Hg se administrará 0,25-0,50 mg IV bolo (1mg disuelto en 10 ml de suero glucosado al 5%), antes de iniciar tratamiento analgésico o fibrinolítico. Se valorará la evolución a los 5-10 minutos. .

Sulfato mórfico: Sulfato de morfina 4-8 mg IV con dosis adicionales 2 mg con intervalos de 2-5 min hasta que cese el dolor

Fentanilo: Dosis: ampollas de 3 cc, con 0,05 mg por cc. Administrar 1 cc que puede repetirse hasta un máximo de 3 cc.

Acido acetilsalicilico: Dosis iníciales de 160-325 mg de aspirina masticable no entérica; IV 250-500 mg luego dosis de 75-150 mg día de aspirina era tan efectiva como las dosis mayores. O (clopidogrel, dosis de carga 300-600 mg seguido de 75 mg; triflusal) 9-10; antagonistas de GPIIb/IIIa Abciximab: bolo i.v. de 0,25 mg/kg seguido de infusión de 0,125 µg/kg/min (máximo, 10 µg/min durante 12 h)

Heparina (hbpm) (11-12**) S**e administra en las primeras 48 primeras horas 100 UI/kg o 60 UI/kg. Tratamiento fibrinolítico: Enoxaparina (clexane) En pacientes < 75 años y creatinina≤ 2,5 mg/ml o 221µmol/l (varones) o≤ 2 mg/ml o 177 µmol/l (mujeres): bolo i.v. de 30 mg seguido

15 min más tarde de dosis s.c. de 1 mg/kg cada 12 h hasta el alta durante un máximo de 8 días. Las primeras dos dosis s.c. no deben exceder los 100 mg.

En pacientes > 75 años: no se administra bolo i.v. inicial, se comienza con una dosis s.c. de 0,75 mg, con un máximo de 75 mg en las primeras dos dosis s.c. En pacientes con un aclaramiento de la creatinina < 30 ml/min, independientemente de la edad, la dosis s.c. se repite cada 24 h

Uso de estreptoquinasa: (**13)** Cualquier infarto menor a cuatro horas pasar 1.500.000 U de estreptoquinasa disueltos en 80 ml de agua durante 30-60 min. Simultáneamente heparina a 800 U/hora.

Fármaco más reciente, alteplasa (rt-PA) bolo I.V. de 15 mg: 0,75 mg/ Kg durante 30 min seguido de 0,5 mg/kg I.V durante 60 min; dosis total no exceda 100mg. Reteplasa (r-PA) bolo I.V de 10 U + 10 U administrados con 30 min de diferencia.

B-BLOQUEADORES: *iniciar en las primeras 24 h, ayuda a limitar el infarto* (14-15)

Propanolol: La dosis inicial es de I a 5 mg IV, seguidos en 5 min. (Si es necesario y tolerado) de una dosis de 1 mg cada 1-2 min. (Dosis total: 0,15 mg/kg) hasta alcanzar una frecuencia cardiaca menor o igual a 60/min.

Atenolol: La dosis inicial es de 5 mg IV, en 5 min; si a los 10 mín. la frecuencia cardiaca es mayor de 60/mín. se administra una segunda dosis de 5 mg luego de 10 min de estás dosis IV, se administran 50 mg por vía oral, seguidos de otros 50 mg a las 12 horas, quedando luego con una dosis de 100 mg/d indefinidamente.

IECA: indicado en infartos extensos (16) de forma precoz. El tratamiento se iniciará con captora a la dosis de 6,25-12,5 mg/8h. Si la presión arterial > 100 mph se irá aumentando esta dosis hasta llegar, si es posible, hasta alcanzar los 50 mg/8h.

TRATAMIENTO A LAS COMPLICACIONES:

Insuficiencia cardiaca: en fase aguda con mal pronóstico Manifestaciones clínicas: disnea, taquicardia sinusal, tercer ruido y estertores pulmonares.

Clasificación de Kili – Kimbal (17)

Clase 1: sin estertores ni tercer ruido

Clase 2: congestión pulmonar con estertores mas 50% de los campos pulmonares o tercer ruido Tto: oxigeno, diuréticos de asa, furosemida20-40 mg I.V repetidos de 1-4h si fuera necesario, nitratos en ausencia de hipotensión; IECA en ausencia de hipotensión, hipovolemia o insuficiencia renal. BRA (valsartan) en caso de intolerancia a los IECA

Clase 3: edema pulmonar con estertores más 50% de los campos pulmonares. Tto: oxigeno; apoyo ventilatorio según gasometría, furosemida, nitratos en ausencia de hipotensión nitroglicerina IV dosis de 0,25 mg/kg/min en aumento cada 5 min; agentes inotropos en hipotensión Dopamina 5-15 ug/kg/min- hipoperfusión renal dopamina <3 ug/kg/min y o dobutamina. Evolución hemodinámica con balón de flotación, revascularización temprana.

Clase 4: shock carcinogénico: sistólica < 90 mph y presión de llenado (enclavamiento) > 20 mph o índice cardiaco <1,8 l/min/m2 oxigeno; apoyo ventila torio según gasometría; evaluación hemodinámica con balón de flotación, agentes inotrópicos: dopamina < 3ug/kg/min para mejorar la función renal y dobutamina (5-20 ug/Kg/min, BCIA, dispositivos de asistencia de VI, revascularización temprana. (18)

Hemodinámicas:

- **Hipertensión arterial** >140 mph o diastólica >90 mph Su tratamiento seguirá la siguiente pauta: si a pesar de la nitroglicerina endovenosa y los betabloqueantes el paciente sigue hipertenso, se iniciará perfusión de nitroprusiato sódico (0,5-2,0 micgr/Kg/min) para mantener la presión arterial entre 110-140/60-90 mm y se retirará la nitroglicerina.
- **Hipotensión arterial**; Aumento de líquidos; Si se asocia a bradicardia sinusal (9 - 25%) durante la primera hora, especialmente en caso de infarto inferior; atropina 0,5-1 mg IV hasta dosis total de 2 mr. Administrará dobutamina (2-10 micgr/Kg/min) coronariografía urgente.

SHOCK HIPOVOLEMICO

DEFINICIÓN:

Es un trastorno complejo de flujo sanguíneo que se caracteriza por una reducción de la perfusión hística y del porte de oxigeno que lleva a la disfunción de los diferentes órganos.(1)

CAUSAS: (1)

Perdidas hemorrágicas internas y externas: traumatismo, fracturas, hemotórax, hemoperitoneo, hemorragia retroperitoneal, ruptura de aneurismas, hemorragias gastrointestinales hemoptisis.

Perdidas plasmáticas o de líquidos ricos en proteínas (internas o externas): quemaduras, lesiones exudativas, peritonitis, pancreatitis, isquemia intestinal, síndrome de budd- chiari.

Deshidratación: vómitos diarreas diabetes no cetosica, cetoacidosis diabética, diabetes insípida, insuficiencia suprarrenal, insuficiencia renal poliúrica, tratamiento con diurético.

MANIFESTACIONES CLINICAS SEGÚN LA PÉRDIDA DE SANGRE

En fase inicial la presión arterial puede estar pinzada (estrecha diferencia entre PAS y PAD), hipotensión ortostatica taquicardia, y disminución de la diuresis, irritabilidad o agitación, más adelante se observa la hipotensión franca, oliguria, frialdad periférica, cianosis, livideces, sudoración fría, y disminución del nivel de conciencia (puede llegar a estupor o coma) acidosis metabólica.

Datos clínicos(2)	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV

Pérdida sanguínea (ml)	Hasta 750	750 – 1,500	1,500 – 2,000	> 2,00
(% volumen sanguíneo)	Hasta 15%	15% - 30%	30% - 40%	> 40%
Frec pulso	< 100	> 100	> 120	> 140
Presión arterial	Normal	Normal	Disminuida	Disminuida
Presión de pulso (mph)	Normal o aumentada	Disminuida	Disminuida	Disminuida
FR	14 – 20	20 – 30	30 – 40	> 35
Diuresis(ml/h)	> 30	20 – 30	5 – 15	Insignificante
SNC / Estado mental	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad, confusión	Confusión, letargo
Restitución líquidos(regla3:1)	Cristaloides	Cristaloides	Cristaloides y sangre	Cristaloides y sangre

DATOS DE LABORATORIO

- ✓ Hemograma, glucosa, urea, creatinina,
- ✓ Prueba de embarazo en toda mujer en edad fértil
- ✓ Tipificación y pruebas cruza
- ✓ Electrolitos Na, K, Ca, cl,
- ✓ Gasometría arterial

TRATAMIENTO INICIAL DE SHOCK.

Generalidades:

1. Vía área y ventilación y oxigenación.

2. Circulación y control de la hemorragia. Obtener accesos venosos antebrazo y los antecubitales. Inserción de dos catéteres periféricos (#16 o #14) antes de considerar una línea venosa central. (ley de poiseuille)En la femoral, yugular o subclavia utilizando la técnica de Seldinger o una veno-diseccion de la safena. De inmediato muestras de sangre, para tipificación y pruebas cruzadas, beta HCG mujer edad fértil
3. Distensión – descompresión gástrica: sonda nasogastrica
4. Colocación de una sonda vesical.

Terapia inicial con líquidos:

1. Lactato de Ringer calentadas para la reanimación inicial primera línea. 1 a 2 litros para un adulto. Suero fisiológico 500 ml en 20 min, la segunda opción, puede causar acidosis hipercloremica mas aun si la funcion renal está alterada
2. Valorar respuesta hemodinámica (TA-FC –PVC (normal:10-12cm de H2O)-diuresis 0,5-1 ml/kg/h), Mejora la TA y PVC < 3 mph continuar perfusión. No mejoría hemodinámica y PVC >5 mph: suspender perfusión
3. Si no respuesta a cristaloides, inicial coloides (albumina beneficiosa en pacientes críticos con hipoalbuminemia (3) y en enfermos con daño pulmonar agudo e hipoproteinemia la asociación de albúmina con furosemida mejora el balance hídrico, la oxigenación y variables hemodinámicas. 31- Hemacel)

1. Albumina natural: Gran expansión volumen plasmático - (25 gr : ↑ Volemia 400 cc) - A los 2` alcanza espacio intravascular - Vida media 4 - 16 horas - Carece de factores de coagulación - Presentación: Albúmina 20 % 50 cc. 200 mg / ml

2. Fármacos vasoactivos si se precisa (dopamina 20 ug/kg/ min (4)- dobutamina) vía central
3. Sangre si hematocrito menor a 30 % (Por cada 5 concentrados de hematíes trasfundir una unidad de plasma fresco congelado y una unidad de concentrado de plaquetas por 10 kg de peso, si las plaquetas están por debajo de 10000/mm3 1

Existen tres tipos de coloides comercializados, almidones gelatinas, dextranos Coloides no en IRA o IRCT, coagulopatias.

PROTOCOLO DE REUMATOLOGÍA

ARTRITIS REUMATOIDE

DEFINICIÓN: Es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de etiología desconocida y de naturaleza autoinmunitaria que afecta sobre todo al tejido sinovial de articulación diartroides, con distribución simétrica (1) (2)

CAUSAS (3,4, 5)

- Genético 60% aproximadamente
- Ambiente: infecciones de *Mycoplasma,* Epstein-Barr, rubeola y otras antecedente de faringitis por estreptococo B
- Hormona: anticonceptivos,
- Immunológico.

DIAGNÓSTICO: Se considera AR cuando están presentes 4 ó más criterios de los 7 siguientes.

Criterios de clasificación de la AR de la ACR (1987)	
1. Rigidez matutina	Rigidez matutina articular que dura al menos una hora sensibilidad de 81% y una especificidad de 57%. (28)
2. Artritis de 3 ó más grupos articulares	Inflamación simultánea de al menos 3 grupos articulares objetivada por un médico. Los 14 grupos articulares son: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas sensibilidad 63% y especificidad 73%

3. Artritis de articulaciones de las manos	Inflamación de al menos una articulación de las manos (carpo, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales) sensibilidad 76% y especificidad 56%
4. Artritis simétrica	Afectación simultánea del mismo grupo articular (definido en el criterio 2) en ambos lados del cuerpo Sensibilidad 63%y especificidad 65%
5. Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos en prominencias óseas, superficies de extensión o en zonas yuxta-articulares, observados por un médico Sensibilidad 2% y especificidad 99%
6. Factor reumatoide en suero	Presencia de valores elevados de factor reumatoide, independientemente del método, con un resultado en controles inferior al 5%
7. Alteraciones radiológicas	Alteraciones radiológicas típicas de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores de las manos. Debe existir erosión u osteoporosis yuxta-articular clara y definida en las articulaciones afectadas

En esta etapa los criterios clínicos (1 a 4) son sensibles, pero poco específicos de AR, mientras que el resto son poco sensibles aunque muy específicos.

- ✓ Los reactantes de fase aguda, (VSG) y (PCR), FR (su sensibilidad 40- 80%).
- ✓ Los anti Péptido Citrulinado Cíclico (Ac anti-CCP) especificidad (90-98%). 6
- ✓ Hemograma presencia de anemia normocrómica normocítica, Glicemia GOT, GPT, GGT, fosfata alcalina creatinina urea, acido úrico, albúmina calcio, Anti hepatitis B y C.
- ✓ EMO,
- ✓ Líquido sinovial. Ante la duda del diagnóstico.
- ✓ Radiológicamente: osteopenia y uxtaarticular e hinchazón de partes blandas. estrechez de los espacios interarticulares, erosiones de los bordes de la articulación y subluxación

CLASIFICACIÓN DE LA AR SEGÚN LA CAPACIDAD FUNCIONAL

CLASE 1	Ninguna limitación de la capacidad para realizar actividades normales
CLASE 2	Restricción moderada, aunque todavía para permitir actividades normales
CLASE 3	Restricción considerable, incapacidad para realizar la mayor parte de las tereas de la profesión o del autodesempeño del paciente.
CLASE 4	Paciente incapacitado o confinado a la cama o a la silla de ruedas
Fuente: Bennet C, Plum F, cecil textbook of medicine 20 edic EEUU:WB saunders company 1996	

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA AR

- ✓ **Educación: Reposo y ejercicio:** considerar periodos de reposo de las articulaciones inflamadas

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA AR

Antiinflamatorios no esteroidales (aines) cox 2: *Proteger mucosa intestinal con bomba de protones.*

Diferentes tipos de AINEs y dosis recomendadas en pacientes con AR (7)

No selectivo		Cox2 selectivo		Cox2 específico	
AINE	Dosis diaria	AINE	Dosis diaria	AINE	Dosis diaria
Diclofenaco	150- 200 mg/d	Nimesulida	100 a 200 mg	Celecoxib	100 -200 mg
Ibuprofeno	3.2g/d	Meloxicam	7.5 a 15 mg	Rofecoxib	50 mg
Indometacina	75 - 150 mg/d			Valdecoxib	10 mg
Ketoprofeno	150 - 200 mg/d			Etoricob	90 mg
Naproxeno	500-1000 mg				
Piroxicam	20 -30mg/d				
Sulindac	300-400 mg/d				

Corticoesteroides Prednisona 5-10 mg/día 8 y en exacerbación 20-40mg/d .No monoterapia+ 1 a 1.5 g de calcio elemental al dia, más vitamina D 800 UI/día (9)

Iniciciación de los FARMES

Fármacos modificadores de la enfermedad (FARMES) dentro de los tres meses después del diagnóstico, es crucial para evitar daño de las articulaciones en 5 anos (10) **Metrotexato:** iniciar en dosis de 7,5 hasta 15 mg por semana y si la enfermedad persiste incrementar 5 mg cada mes o cada 2 meses hasta 20-30 mg por semana (11). Mas acido fólico 1-3 mg/día o para tolerar al MTX (12)

Leflunomida: Es una opción MTX ha fracasado, dosis de carga de 100 mg al día por tres días y luego la dosis de mantención de 20 mg al día. Su efecto comienza entre uno y tres meses. **Hidroxicloroquina (HCQ)** Requiriendo entre tres y seis meses para comenzar a ser eficaces dosis mayores de 6 mg/kg/día peso ideal en el caso de hidroxicloroquina

Sulfasalazina Dosis: inicio 500mg/día, por una semana, aumentando cada semana 500mg, hasta llegar a la dosis de 2 g/ día.

Azatioprina Se usa solo en casos de AR severa. Dosis: 50-100 mg/d, dosis máxima 2.5 mg/kg

Ciclosporina fracaso de terapia con MTX. Se ha usado en dosis de 2,5 a 4 mg por kg por día, en pacientes que han sido refractarios a metotrexato

Ciclofosfamida Se usa para el tratamiento de la vasculitis reumatoide en ciclos IV de 0,4-1 g/m2 o bien oral a dosis de 1,5-2 mg/kg/día. Se ha de realizar hemograma cada 2 semanas y con los cambios de dosis cada 3 meses y un sedimento cada 6 meses

Terapia combinada

Para un optimo control se requiere una terapia convinada, MTX conDMARDs es efectivo y una aceptable toxicidad y combinación de MTX + ciclosfosmamida es mejor que metrotexate solo; MTX, SSZ, hidroxicloroquina (13) infiximab + MTX mejores beneficios que monoterapia (14)

AGENTES BIOLÓGICOS:

- **Infliximab** La dosis 3 mg/Kg al inicio, semana 2 y 6, continuando luego con infusiones cada 8 semanas.
- **Etanercept** A los 6 meses, respuesta clínicamente 25 mg sbc/2 veces por semana.
- **Adalimumab** Se administra por vía subcutánea en dosis de 40 mg cada 2 semanas.
- **Anakinra** Considerando fármacos primera línea, dosis de 100 mg una vez por día.SC,

Recomendación: *Los agentes biológicos anti-TNF alfa deben ser usados en pacientes que han fracasado al uso adecuado (dosis y tiempo) de a lo menos 2 FARMEs (uno de*

ellos debe ser MTX o Leflunomida). Se recomienda usarlos asociados a MTX (siempre que éste no esté contraindicado)

ARTROSIS

DEFINICIÓN:

Es enfermedad degenerativa articular, junto a la proliferación osteocartilaginosa subcondral y de los márgenes articulares (1). Causante de incapacidad o invalidez de todas las enfermedades crónicas (2). Apareciendo en articulaciones que van a estar sometidas a una carga en excesiva (3).

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

El síntoma más importante es el dolor, de características mecánicas, apareciendo con la deambulación y mejorando con el reposo, puede aparecer incluso en reposo, pudiendo despertar al paciente durante la noche. La instauración del dolor es progresiva). La rigidez articular matutina, que puede durar hasta 30 minutos tras el inicio de la movilización articular, los crujidos articulares, la inestabilidad y la contractura muscular, todo ello acompañado de una ausencia de sintomatología sistémica.

Datos de laboratorio: BH, Química sanguínea, EMO.

DIAGNÓSTICO

Radiografía: disminución de la interlínea articular, la esclerosis subcondral, osteofitos, los quistes subcondrales, La gonartrosis en un 30% de los sujetos de aproximadamente 65 años, siendo sintomática en un tercio de ellos (4)

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- ✓ La información educacional, evitando sobrecargas, modificando posturas incorrectas
- ✓ Reposo como primera medida ante un episodio de dolor agudo. Y reducción de peso en pacientes con sobrepeso y obesidad (5)
- ✓ Tanto en el caso de la artrosis de cadera como en la de rodilla, el uso apropiado de un bastón, en la mano contralateral a la cadera o rodilla afectas, reduce las

fuerzas de carga en la articulación y se asocia con una disminución del dolor y una mejora en la función (6-)

- ✓ El frío es 10-15 minutos.
- ✓ Los ejercicios aeróbicos acuáticos o de paseo, durante 30-60 minutos diarios, iniciando la deambulación en función de la tolerancia del paciente (2-6--)

TERAPIA FARMACOLÓGICA (7)

Paracetamol: La dosis diaria no debe exceder los 4 g Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) de segunda línea Analgésicos opioides; Analgésicos tópico**:** Ejemplo: diclofenaco y eltenaco, piroxicam con cremophor de uso tópico (8)

Fármacos condroprotectores: agente modificador estructural en la artrosis de rodilla, sulfato de glucosamina, (9) el condroitín sulfato, la diacereina y el ácido hialurónico

Inyección intraarticular de corticoides artrosis de rodilla y dolor importante con o sin derrame articular que no cede con las medidas hasta aquí descritas.

Lavado articular Evita la polimedicación del paciente. Realizando con suero fisiológico y anestesia local, Consiguiendo así una mejoría sintomática de hasta 6 meses (10-11) Otra modalidad es el lavado artroscópico con desbridamiento cartilaginoso revivando el hueso subcondral.

Tratamiento quirúrgico indicado en artrosis sintomática severa, cuyo dolor no ha respondido al tratamiento médico. Van desde osteotomía de normoalineación hasta la artroplastia total. Para evitar la progresión de la enfermedad (12)

LUMBALGIA

DEFINICIÓN Como el dolor o malestar localizado entre el borde inferior de las últimas costillas y el pliegue inferior de la zona glútea, con o sin irradiación a una o ambas piernas (1) .

SEGÚN EL TIEMPO DE DURACIÓN DEL DOLOR, LA LUMBALGIA SE CLASIFICA EN (3):

Aguda: dolor de menos de 6 semanas. **Subaguda:** dolor de 6-12 semanas. **Crónica:** más de 12 semanas con dolor. **Recurrente**: lumbalgia aguda en paciente que ha tenido episodios previos de dolor lumbar en una localización similar, con periodos libres de síntomas de tres meses (4)

Clasificación (5)

Dolor común. Es lo que se conoce por "lumbalgia aguda inespecífica". 1) Paciente de entre 20-55 años, 2) dolor en región lumbosacra, nalgas y muslos, 3) el dolor tiene características mecánicas 4) buen estado general de la persona afectada.

Dolor radicular. Se sospecha si: 1) el dolor en una pierna es más intenso que el dolor en la espalda, 2) el dolor se irradia generalmente por el pie o los dedos, 3) insensibilidad o parestesias con la misma distribución que el dolor, 4) signos de irritación radicular (Lasègue) y 5) cambios motores, sensoriales o en los reflejos, limitados al territorio de un nervio.

Dolor sospechoso de posible patología espinal grave. Incluye enfermedades como tumor o espondilitis y las fracturas. Se valora la existencia de "signos de alarma

PROCESO	Característica o factor de riesgo
Cáncer	✓ Antecedente de cáncer ✓ Edad superior a 50 años ✓ Pérdida de peso inexplicable

	✓ Solicitud de consulta por el mismo motivo en el mes anterior ✓ Dolor de más de un mes de evolución
Infección	✓ Fiebre ✓ Presencia de factor de riesgo para infección (ej. inmunosupresión, infección cutánea, infección tracto urinario, sonda urinaria)
Fractura	✓ Traumatismo grave ✓ Traumatismo menor, en mayores de 50 años, osteoporosis o toma de corticoides
Aneurisma de aorta	✓ Dolor no influido por movimientos, posturas o esfuerzos ✓ Existencia de factores de riesgo cardiovascular ✓ Antecedentes de enfermedad vascular
Artropatías inflamatorias	✓ Edad inferior a 40 años ✓ Dolor que no mejora con el reposo ✓ Disminución de la movilidad lateral
Síndrome de cauda equina Compresión radicular	✓ Retención de orina ✓ Anestesia en silla de montar ✓ Déficit motor progresivo

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Los síntomas que caracterizan el dolor lumbar son el dolor agudo y el aumento del tono muscular y rigidez, este dolor se caracteriza por afectar el segmento lumbar con o sin dolor en los glúteos y en las piernas, en general es difícil de localizar. En muy pocos casos se trata de una patología riesgosa.

II	Baja validez del test de Lasègue (sensibilidad del 91% y especificidad del26%) y de la historia clínica para el diagnóstico de radiculopatía . (6-7-8)
II	La presencia de paresia especificidad (93%) al diagnóstico de compresión radicular, por lo que su presencia prácticamente confirma su diagnóstico (8).
II 2++ 2+ 2- 2-	Escasa utilidad HCL y exploración física para el diagnóstico de espondilitis anquilopoyética; "no poder permanecer acostado/a en la cama por dolor"(sensibilidad 65% y especificidad 79%) y "movilidad lateral reducida" (sensibilidad 52% y especificidad 82%) El diagnóstico de fractura, los factores que han demostrado tener relación son: Corticoides (10) Osteoporosis (9) Traumatismos Edad >50 años (11)
IV	Antecedente de drogas IV, ITU o la infección de la piel tienen una sensibilidad del 40%, con una especificidad desconocida para el diagnóstico de infección vertebral. La fiebre especificidad del 98%, sensibilidad 50%(11)
Ib	

	La edad >50 años, la pérdida de peso inexplicable, tener antecedentes de cáncer o la falta de mejoría con el tratamiento conservador aumentan el riesgo de dolor lumbar secundario a tumor. La ausencia de estos cuatro signos descarta la presencia de cáncer (sensibilidad 100%) (11).
IV	Insuficiente evidencia HCL (antecedentes de enfermedad vascular, factores de riesgo cardiovascular o ausencia de factores agravantes del dolor) pueda ayudar a sospechar un aneurisma de aorta como origen del dolor lumbar (2).
IV	La retención urinaria, con sensibilidad del 90% y especificidad del 95%, y la anestesia en silla de montar son los datos de mayor utilidad en el diagnóstico de la cauda equina (12).

DIAGNÓSTICO:

Pruebas de imagen (12)

- ✓ Biometría hemática, química sanguínea,
- ✓ Examen elemental de orina.
- ✓ Radiografía convencional, resonancia magnética o gammagrafía solo en los casos que exista señales de alerta.

- ✓ Electromiografía no se recomienda prescribir en lumbalgía inespecífica(13)
- ✓ La gammagrafía y el SPECT pueden ser útiles; pseudoartrosis, sospecha osteoma osteoide, fracturas por sobrecarga secundarias anorexia, osteoporosis o alteraciones hormonales

TRATAMIENTO:(Fármacos de primera línea)

Analgésicos. Paracetamol o acetaminofén; ibuprofeno o cambiarse a un ciclo con Acetaminofén y un opioide débil como la codeína. **AINES tópicos**.

Intervención neurorreflejoterapica dolor persiste más de 14 días con tratamiento farmacológico (14)

Correctores de espalda está indicado en pacientes de más de 2-6 semanas de dolor con el objetivo promover la actividad física, el mantenimiento o reasunción temprana de la actividad en caso de dolor

Relajantes Musculares. Pacientes con dolor lumbar y espasmo muscular intenso por una duración de 3 a 7 días y no más de 2 semanas.

Parches de capsaicina alivio a corto plazo hasta 3 semanas (15)

Fármacos de segunda línea

Anticonvulsivantes y Antidepresivos.

Tratamiento psicológico (cognitivo conductal)

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

CONCEPTO: El LES es una enfermedad crónica autoinmune que puede afectar a múltiples órganos, sistemas, ocurre sobretodo en mujeres jóvenes, (1).

CAUSAS: inmunológico, genético (2-3)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS. (4)

Fiebre 90%, anorexia, adinamia 81%, linfadenopatia, esplenomegalia , rasexantema malar aparece 50%,alopesia presentarse en periodos de cerbación. Eritema en zonas expuestas a la luz solar. placas discoides eritematosas con escamas, ulceras bucales pueden no estar , ulceras en paladar Y fenómeno de Raynaud, 20 %, conjuntivitis, fotofobia, cegera monocular transitoria o permanente, y visión borrosa, manchas algodonosas en la retina, artritis de pequeñas articulaciones mialgias, tendinitis , 10%, síndrome nefrítico (HTA +proteinuria +hematuria) síndrome nefrotico, frecuente la pleuritis, derrame pleural, bronconeumonía, neumonitis, puede existir insuficiencia cardiaca de miocarditis e hipertensión, arritmias cardiacas endocarditis verrugosa atípica de Libman Sacks puede ser silente o producir incompetencia valvular aguda o crónica, regurgitación mitral fuente de embolias., pancreatitis, peritonitis, vasculitis mesentérica,

CRITERIOS DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

Criterios revisados de la American College of Rheumatology para la clasificación

del lupus eritematoso sistémico	
1. RASH MALAR 42%	Eritema fijo, plano o elevado sobre las eminencias malares, que no compromete los surcos nasogenianos
2. LUPUS DISCOIDE	Placas eritematosas, elevadas con escamas adherentes y taponamiento folicular, atrofia cicatrizal en lesiones antiguas.
3. FOTOSENSIBILIDAD 30%	Eritema en piel como resultado de reacción inusual a la luz por historia del paciente u observación del médico.
4. ULCERAS ORALES 12%	Ulceración oral o nasofaríngea , indolora observada por el médico
5. ARTRITIS 90%	Artritis no erosiva que compromete 2 o más articulaciones periféricas caracterizada por edema, tensión o derrame.
6. SEROSITIS 40 %	a) Pleuritis-historia de dolor pleurítico o frote auscultado por el médico o evidencia de derrame. b) Pericarditis-documentada por ECG, frote o evidencia de derrame pericárdico.
7. ALTERACIÓN RENAL 50%	Hipertensión mas hematuria (nefritis) edema palpebral , anasarca Sd nefrótico o falla renal a)Proteinuria persistente mayor de 0.5 gr/24hs o mayor de 3 b) Cilindros celulares de glóbulos rojos, hemoglobina, de tipo granular, tubular, o mixtos.
8. ALTERACIÓN NEUROLÓGICA 20%	a) déficit neurológico focal (stroke) , pérdida conocimiento, en ausencia de medicamentos o alteraciones metabólicas: uremia, cetoacidosis, o desbalance electrolítico. Mononeuritis periférica

	b) Psicosis, en ausencia de medicamentos o alteraciones metabólicas: uremia, cetoacidosis, o desbalance electrolítico.
9. ALTERACIÓN HEMATOLÓGICA 20%	a) anemia hemolítica, con reticulocitosis. b)Leucopenia, menor de 4,000/mm3 total en dos o más ocasiones c) Linfopenia, menor de 1,500/mm3 en dos o más ocasiones d) Trombocitopenia, menor de 100,000/mm3 sin fármacos
10. ALTERACIONES IMMUNOLÓGICAS 20%	a) Presencia de Anti-DNA nativo. b) Presencia de Anti-Sm. c) hallazgo positivo de anticuerpos antifosfolípidos basados en : 1) niveles elevados en suero de anticuerpos anticardiolipinas IgG or IgM 2) test positivo para anticoagulante lúpico 3) Test en suero para sífilis falso positivo por 6 meses y confirmado por pruebas de inmovilización del treponema o absorción de anticuerpos fluorescentes.
11. ANTICUERPOS ANTINUCLEARES	Título anormal por inmunofluorescencia o equivalente, en ausencia de drogas asociadas a lupus inducido por drogas

Se dice que una persona tiene LES si cuatro o más de los 11 criterios están presentes, simultánea o seriamente, durante cualquier período de observación.

DATOS DE LABORATORIO

- ✓ Laboratorio (5,6,7,8,9): biometría hemática (reticulosistos bajos con referente a anemia, hipoferremia con niveles normales de tranferrina; disminución de sideroblastos en medula ósea con celularidad normal los hematíes son normocromicos normociticos, en ocasiones puede existir anemia microcitica e hipocromica.

  La leucopenia (<4000) (50-60%), Neutropenia y linfopenia (<1500), Plaquetopenia leve, pero un 10% aproximadamente existe un descenso marcado (<100.000 /mm3) Urea y creatinina

- ✓ Examen elemental y microscópico de orina. (hematuria, cilindruria) . La Proteinuria > 0,5 g/24hs se halla en el 50% de los casos y se comporta como el primer signo de nefropatía en el 30 a 40% de los casos
- ✓ ***Anticuerpos antinucleares*** *(ana o fan)* Paciente con LES el 95% es positivo pequeño grupo de pacientes (2%) con actividad y sin tratamiento pueden ser ANA (-).Anticuerpos contra DNA natural, alta especificidad y 70% sensibilidad; factor reumatoide 20%; anticuerpos contra anticuerpos Smith (Sm) 10- 25% (especificidad superior al 90%) sensibilidad 30 %; anticuerpos contra SS-A 15-20%; ANCA 0-1%; Ac anti-histonas, se lo relaciona con el lupus por drogas en el 90%.

Tratamiento

- ✓ **Medidas generales**

  - Actividad física excepto en periodos de actividad de la enfermedad

  - Protección solar y exposición al frío.

  - Dieta. Balanceada, rica en proteínas, vitaminas E, A, C, selenio, aceite de pescado, calcio y vitamina D.

- Manejo del stress

1.- **AINES**: provee alivia a artralgias y serositis, eleva la función hepática en LES activo más uso de prednisona incrementa el riesgo de ulcera gastrointestinal

Ibuprofeno: no exceder los 2,4 g en 24horas

2.- **Antimaláricos** tienen acción antiinflamatoria, inmunomoduladora e inmunosupresión *Hidroxicloroquina* (10) Dosis: 200 mg PO, QD/BID pacientes < de 130 lb QD minimiza toxicidad retinal (11) Dosis máxima 6.5mg/kg/día

3.- **Fármacos inmunosupresores**:

Metrotexate: 7,5 -25 mg PO/IM una vez al semana

Ciclofosfamida: puede administrarse por PO de 1-2 mg/Kg o en forma de bolos intravenosos de 750-1000 mg/M2 de superficie corporal, mensualmente durante seis meses y posteriormente en forma trimestral durante dos años. Combinado con antieméticos

Azatioprina: (Imnuram) dosis de 1 mg/kg/día PO por 6-8 semanas e incrementar 0,5 mg/kg días por 4 semanas dosis respuesta hasta 2,5mg/kg/d (12)

Inmuno globulina intravenosa: útil en lES grave dosis de 2 g /Kg IV mayor de 2-5 días

Micofosfolato: útil en el mantenimiento de nefritis lúpica: titrate 1g PO BID (13)

Corticoesteroides:

Metilprednisona: 1g/d IV por 3 días

Prednisona: 5-60 mg/d, PO dividido en BID o QUIT y disminuir dosis cada semana hasta que los síntomas se resuelvan

OSTEOPOROSIS

DEFINICIÓN: Enfermedad esquelética generalizada, caracterizada por deterioro de la masa ósea y de su microarquitectura ósea que predispone a una persona a un mayor riesgo de fractura. (1)

CAUSAS PRIMARIAS

Osteporosis primarias o involutivas	
Osteoporosis posmenopausica o tipo 1	**Osteoporosis senil o tipo 2**
• Edad 50-75 anos • Sexo M/V :6/1 • Hueso afectado travecular • Velocidad de perdida acelerada • Fraturas de vertebras • Hipoparatiroidismo • Causa déficit de estrógenos	• Edad >75anos • Sexo M/V :2/1 • Hueso afectado travecular y medular • Velocidad de perdida no acelerada • Fraturas de caderas , humero • Hiperparatiroidismo • Causa envejecimiento

CAUSAS SECUNDARIAS

Cuadro I. Causas de osteoporosis secundaria.	
1. Enfermedades hereditarias	**5. Enfermedades hematológicas**
Osteogénesis imperfecta	Mieloma múltiple
Hipofosfatasia	Leucemia, linfoma
Síndrome de Marfan	Mastocitosis
Osteoporosis familiar	Hemofilia
Ehlers-Danlos	Talasemia
Hemocromatosis y otras	**6. E. Reumatológicas**
2. Estados de hipogonadismo	Artritis reumatoide
Síndrome de Turner	Espondilitis anquilosante
y Kleinfelter	7. Deficiencias nutricionales
Anorexia nerviosa/bulimia	Calcio, vitamina D
Amenorrea hipotalámica	y magnesio
Hiperprolactinemia	**8. Medicamentos**
Panhipopituitarismo	Glucocorticoides
3. Enfermedades endocrinas	Anticonvulsivos
Enfermedad de Cushing	Heparina y warfarina
Hiperparatiroidismo	Quimioterapia
Hipertiroidismo	Análogos GnRH
Insuficiencia adrenal	**9. Otras causas**
Diabetes mellitus tipo 1	Alcoholismo
Acromegalia	Inmovilización crónica
4. E. Gastrointestinales	Hipercalciuria
Gastrectomía	Insuficiencia renal crónica
Cirrosis biliar primaria	Enfermedad pulmonar
Malabsorción	obstructiva c.
Nutrición parenteral	Esclerosis múltiple
	Sarcoidosis, amiloidosis
	Embarazo y lactancia
Stein E, Shane E. Secondary osteoporosis. Endocrinol Metab clin n am 2003;32:115-134	

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Es una enfermedad completamente asintomática durante gran parte de su evolución apareciendo signos clínicos en fases más avanzadas como:

- Puede presentarse como dolor de espalda de intensidad variable o con

- Fractura: con traumatismos o esfuerzos mínimos ,
- Las fracturas vertebrales el 50 % presenta clínica llamativa como dolor agudo
- Otras fracturas**:** Colles, cadera y otras (pelvis, húmero...)
- Es frecuente la disminución de la talla <4 cm

DIAGNÓSTICO

- ✓ Rx valora la altura vertical de las vertebras en la radiografía lateral de columna: deformidad bicóncava (hundimiento del platillo superior o inferior) vertebra en cuna (fractura del pilar anterior), aplastamiento vertebral.
- ✓ Sensitometría ósea: DXA (absorciometría de rayos X de energía dual) permite conocer la densidad ósea de la cadera o la columna y pDXA mide la densidad ósea de antebrazo, mano, y talón.

La DXA suele expresarse en gramos por centímetro cuadrado, para la cual hay distintos parámetros normales para cada hueso y para cada máquina de DXA. "La calificación de T" es una forma simplificada de informar.

La OMS estableció criterios para el diagnosticar de osteoporosis en mujeres caucásicas posmenopáusicas.

Calificación T score > o = -1.0 = normal

Calificación T score -1.0 a -2,5 = osteopenia (densidad ósea baja)

Calificación T score < -2,5 osteoporosis

Calificación T score < -2,5 con una fractura = osteoporosis grave

La calificación Z para expresar la densidad ósea premenopausea, varones jóvenes

ANALÍTICA. (Descartar osteoporosis secundaria) ***[Grado].***

- ✓ Hemograma completo.
- ✓ Creatinina sérica.
- ✓ Perfil hepático: AST, ALT, bilirrubina
- ✓ VSG (Velocidad de Sedimentación globular).

- ✓ Calcio sérico.
- ✓ Fosfatasa alcalina total.
- ✓ Proteinograma.
- ✓ Tirotropina (TSH)
- ✓ Calcio en orina 24 horas

TRATAMIENTO:

Primera línea: Bifosfatos: grado A (primera opción) (2)

Bisfosfatos consiguen un mayor beneficio en la prevención de fracturas osteoporóticas en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis (T-score < -2,5 DE o fracturas por fragilidad previas), tomarse por la mañana, con 240 ml de agua simple o más al menos 30 minutos antes de consumir alimentos y permanecer en posición vertical para evitar la esofagitis, cuando el aclaramiento de creatina está por debajo de 30ml/min debe redursirse a 50%.

Alendronato(Fosamax) 70 mg VO una vez al mes o una vez cada semana o 10 mg VO, QD ; prevención de 35 mg PO , por semana o 5 mg PO, QD

Risedronato (actonel): 35 mg VO una vez a la semana

Ibandronato de sodio 150 mg VO una vez al mes, 2,5 mg PO QD tratamiento y prevención y osteoporosis posmenopausea o 3mg IV cada 3 meses.

El acido zoledronico 5 mg IV durante 15 a 30 minutos cada ano.

Pamidronato 30 a 60 mg IV lenta en solución salina cada 3 a6 meses (26% fiebre transitoria después de la infusión)

Segunda Opción: Ranelato de Estroncio Incrementando la formación e inhibiendo la resorción ósea. Se emplea a dosis de 2 g/día QD, HS

Tercera opción: **Moduladores selectivos de receptores estrogénicos: grado A**

Raloxifeno, 60 mg al día VO, reduce las fracturas vertebrales, pero no hay evidencia de la reducción de fracturas no vertebrales (3); puede utilizarse en mujeres posmenopausicas con fractura previa (prevención secundaria) en las que otros tratamientos están contraindicados, no son tolerados o son ineficaces.

Fármacos de segunda línea:

Cuarta opción Teriparatida: Debe administrarse con suficiente vitamina D Y CALCIO, Dosis de20 ug al día subcutánea durante dos años; mejora espectacularmente la densidad ósea Después de un ciclo de teriparatida debe considerarse un curso de bifosfatos para conservar la densidad ósea ganada

Calcitonina: Existe un aerosol nasal de calcitonina de salmón que contiene 2200UI/ml en frascos de 2ml con dosis medida. La dosis usual en un disparo (0,09ml ,200 UI)(4-5) una vez al día con alternancia de la narina que se aplica. Con reducción del riesgo de fractura vertebral y analgesia en fase aguda de dolor fractura vertebral.

Vitamina D y Calcio La vitamina D, 400 a 1000 UI VO/d .las concentraciones séricas <20 ng/ml se requiere dosis altas de vitamina.

Calcio: Puede administrarse como citrato de calcio (0,4 – 0,7g de calcio elemental al día) o (carbonato de calcio de 1- 1,5 g de calcio elemental al día) VO.

Hormonas sexuales: En mujeres hipogonadismo que toman terapia de restitución estrogenica tiene menor riesgo de desarrollar osteoporosis, una vez, desarrollada la osteoporosis, no es eficaz dicho tratamiento.

PROTOCOLOS DE PSIQUIATRIA

INTENTO DE SUICIDIO

CONCEPTO: Se define como aquel acto sin resultado de muerte en el que un individuo de forma deliberada se inflinge un daño a sí mismo con intención de provocarse la muerte. (1)

SIGNIFICADO DE LAS IDEAS SUICIDAS

Fuga (escaparse), Duelo (luego de una pérdida), Castigo (culpa), Crimen (otro en la muerte), Venganza (remordimiento a otra persona), Chantaje (presionar a otra persona), Sacrificio (mítico), juego (control de su vida)

FACTORES DE RIESGO

- ✓ Falta de comunicación con los padres 80%
- ✓ Equivalentes depresivas 71.6%
- ✓ Depresión 71.6%
- ✓ Desorganización familiar 70%
- ✓ Sentimientos de rechazo familiar 66.6%
- ✓ Incapacidad para afrontar estrés cotidiano 66.6%
- ✓ Riñas familiares 63.3%
- ✓ Impulsividad 63.3%
- ✓ Poca o ninguna religiosidad 61.6%
- ✓ Dificultades escolares 56.6%
- ✓ Ausencia de figura parental significativa 55%
- ✓ Solitario-abandonado 50%
- ✓ Pérdida temprana de objeto amoroso 48.3%
- ✓ Aislado 48.3%
- ✓ Pensamientos y amenaza suicida 46.6
- ✓ Familia destruida 45%
- ✓ Dificultades financieras 45%

- ✓ Ansiedad intensa 45%
- ✓ Sensación de fracaso en el ámbito laboral o en el propio rol social
- ✓ Sufrir una enfermedad física 50%
- ✓ Alcoholismo y abuso de drogas,
- ✓ Ideación suicida,
- ✓ Acceso a métodos letales
- ✓ Antecedentes familiares de suicidio (aspectos genéticos)
- ✓ Eventos estresantes en la vida, agresividad, impulsividad e irritabilidad (aspectos bioquímicos)

DIAGNÓSTICO: Ver protocolo de depresión (criterio de depresión mayor)

TRATAMIENTO:(1-2-19 -20)

Adolescentes y adultos:

Antidepresivos Triciclícos o Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina :

- Sertralina 50 mg/tab. 50 mg c/día tomar con el desayuno.
- Paroxetina 20 mg/tab. 20 mg C/día.

Adulto mayor: Inhibidores Selectivos de Recaptación de Serotonina

- Sertralina 50 mg tableta 12.5 - 25 mg cada/día
- Fluoxetina 20 mg tableta 10-20 mg cada /día
- Citalopran 20 mg tableta 10-20 mg /día

Paciente ansioso que no puede conciliar el sueño mirtazapina

PROTOCOLO DE ALCOHOLISMO:

CONCEPTO:

El alcoholismo es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal que se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Concentración de alcohol en sangre gr/l	**Concentración de alcohol en aire espirado mg/l**	**Signos y síntomas clínicos**
< 0,3	**< 0,15**	Desinhibición, euforia leve
0,3 – 0,5	**0,15 – 0,25**	Logorrea, locuacidad, inyección conjuntival. Euforia, afectación leve del rendimiento psicomotor
0,5 – 1,0	**0,25 – 0,50**	Deterioro moderado del rendimiento psicomotor
1,0 – 2,0	**0,50 – 1,00**	Sedación, ataxia, disartria, diplopía, nistagmos, deterioro mental y físico. Agresividad, excesiva euforia. Taquicardia, taquipnea, trastornos vasomotores. Náuseas, vómitos. Deterioro grave del rendimiento psicomotor
2,0 – 3,0	**1,00 – 1,50**	Ataxia, sedación, confusión, vértigo, diplopía. Nauseas, vómitos. Deterioro muy grave del rendimiento psicomotor
3,0 – 5,0	**1,50 – 2,50**	**Coma** sin signos de focalidad. Hipotermia, hipotonía, hipoglucemia, midriasis bilateral poco reactiva, abolición de reflejos osteotendinosos. Bradicardia, hipotensión y depresión respiratoria. Imposibilidad de conducir

> 5,0	**> 2,50**	**Muerte**
Fuente: *Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas**3** ,2007.*		

CONSECUENCIAS FÍSICAS

- Alteraciones Digestivas: Alteraciones hepáticas (esteatosis hepática – hepatitis alcohólica – cirrosis alcohólica), pancreatitis (aguda y crónica), alteraciones gástricas (gastritis y ulceras pépticas), malabsorción intestinal, síndrome de Mallory – Weiss.
- Alteraciones Musculoesqueléticas: Gota, osteoporosis el consumo de alcohol se asocia al riesgo de osteoporosis y fracturas, en hombres y mujeres, de forma dosis dependiente, miopatía.
- Alteraciones Endocrinas: Hipogonadismo masculino y alteraciones en el ciclo hormonal reproductivo femenino produciendo infertilidad pseudo Cushing y síndrome metabólico.
- Alteraciones Cardiovasculares: Arritmias y muerte súbita. La fibrilación atrial es el tipo de arritmia que se asocia con más frecuencia al consumo abusivo, crónico o agudo, de alcohol. Hipertensión arterial, Accidente Cerebro Vascular (ACV) isquémico o hemorrágico.
- Alteraciones Metabólicas: Hipoglucemia, cetoacidosis, hiperlipidemia.
- Alteraciones Hematológicas: Anemia con macrocitosis, ferropenia, neutropenia, trombocitopenia.

- Alteraciones Neurológicas: Crisis convulsivas, neuropatía periférica (que afecta principalmente a las piernas), alteraciones cerebelosas, ambliopía y encefalopatía alcohólica.
- Alteraciones Cutáneas: Psoriasis, eczema.
- Traumatismos – Accidentes- Alteraciones del nivel de Conciencia: las 6 horas siguientes al consumo 60 gramos de alcohol.
- Cánceres: El alcohol incrementa de forma importante el riesgo de padecer cánceres en la boca, esófago, laringe, hígado y mama (en mujeres; sobre todo si tienen antecedentes familiares de neoplasia de mama y/o tratamientos hormonales sustitutorios) y, en menor medida, aumenta también el riesgo de padecer cánceres de estómago, colon y recto.

DIAGNÓSTICO:

La intoxicación alcohólica como causa de alteración del nivel de conciencia es un diagnóstico de exclusión y sólo debería considerarse después de descartar otras causas como traumatismo craneal, hipoxia, encefalopatía hepática y otros trastornos metabólicos y psicológicos.

En cualquier adolescente que parezca desorientado, letárgico o comatoso hay que sospechar un síndrome de sobredosis alcohólica. Aunque el peculiar olor a alcohol puede ayudar a establecer el diagnóstico, se recomienda confirmarlo mediante un análisis de sangre.

EXAMENES DE LABORATORIO (2)

- ✓ Imprescindible solicitar etanol en sangre.
- ✓ Biometría hemática , química: glucemia, iones, tiempos de coagulación, TGO, TGP, GGT.

- ✓ Gasometría,
- ✓ Toxicológico en orina.
- ✓ EKG.
- ✓ RX de tórax en sospecha de neumonía espirativa.
- ✓ TAC de encéfalo, con antecedente de traumatismo cráneo encefálico, o si no mejora en 3 h de observación

TRATAMIENTO:

- En pacientes alcohólicos crónicos: tiamina 100 mg i.m. o iv lenta para prevenir el desarrollo de la encefalopatía de Wernicke.
- Perfusión con suero glucosalino
- Si hay agitación psicomotriz:

  – Clorazepato dipotacico (Tranxilium®): 100 mg vía oral o 10 mg/min iv hasta que se inicie un principio de sedación.

  – Haloperidol (haldol) 5-10 mg im o iv.

  – Si existe agitación importante: haloperidol 5 mg + clorpromazina 25 mg + levomepromazina 25 mg, todas juntas por vía im.
- En caso de intoxicaciones potencialmente letales (etanolemia > 400- 500 mg/dL), considerar hemodiálisis, sobre todo en niños.
- Metadoxina (piridoxina L-2 pirrolidon –5- carboxilato): intoxicación alcohólica aguda. Actúa acelerando el aclaramiento de etanol de la sangre, aumentando la eliminación urinaria de etanol y acetaldehído. dosis según estudios sería de 300-900 mg iv en dosis única.

EN EL TRATAMIENTO SÍNDROME DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA

Se utilizan fármacos hipno-sedativos (como benzodiacepinas o clormetiazol), anticomiciales, simpaticolíticos y antidopaminérgicos. Además, vitaminoterapia (especialmente tiamina)

para prevenir el síndrome de Wernicke-Korsakoff.Carbamacepina, en monoterapia o en politerapia (400-800 mg/día),

TRATAMIENTO DE DESABITUALIZACIÓN:

Intervención psico-social asociada a la farmacoterapia específica del alcoholismo que puede estar basada en los fármacos interdictores está motivada por mantenerse sin tomar bebidas alcohólicas Se utilizan tanto el Disulfiram, por vía oral, en dosis de 250 - 500 mg./24h, 1 ó 2 comprimidos / 24 horas como la. síntomas pueden aparecer 10-20 minutos después del inicio del consumo de alcohol. Cianamida cálcica posología oral de 36-75 mg./día, es decir 12 - 25 gotas/día, (repartido en dos tomas) o los anticraving La administración aguda de etanol ondansetrón, a dosis de 0'5 mg/día, pueden reducir tanto el consumo de alcohol como el craving en pacientes alcohólicos de inicio precoz.

FÁRMACOS PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Naltrexona: tratamiento diario de 25-50 mg por 3-4 meses en completa abstinencia al alcohol y si el paciente persiste en beber alcohol se aumenta la dosis a 100 o IM de acción prolongada 380 mg con monitorización médica (1)

Antidepresivos

Fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram, venlafaxina, duloxetina, mirtazapina y otros.

Antidopaminérgicos:

- **Triapide** dosis empleadas por vía oral oscilan entre los 300 y los 600 mg./día.
- **Buspirona** es un fármaco ansiolítico que se puede administrar una vez finalizado el tratamiento de desintoxicación del alcohol,

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL

- Abordaje de Refuerzo Comunitario (Community Reinforcement Approach)
- Terapia conductual de pareja (+disulfiram), para abuso y dependencia
- Entrenamiento en habilidades sociales (en pacientes ingresados)
- Exposición a estímulos (en pacientes ingresado)

Criterios de ingreso

- Intoxicación en niños.
- Intoxicación que precise importante tratamiento de soporte.
- Presencia de insuficiencia cardiaca, renal, hepática.
- Ingestión de otros tóxicos o medicamentos que pueden potenciar los efectos del alcohol.
- Exposición prolongada al frío o al calor.
- Los que presenten: Hemorragia Digestiva Alta, neumonía o encefalopatía. pancreatitis, infección
- Los que presenten alteraciones metabólicas: hipokalemia, hipocalcemia

DEPRESIÓN

DEFINICIÓN: Es un síndrome o agrupación de síntomas que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. (1)

DIAGNÓSTICO: Para realizar el diagnóstico deben estar presentes 3 o menos síntomas del criterio A + criterio B En este último mes, durante al menos 2 semanas, casi todos los días: *(2)*

Síntomas: criterio A	Síntomas criterio B
✓ Estado de ánimo bajo con presencia de consternación, tristeza, melancolía y pesadumbre, desesperanza y desamparo, apatía falta de iniciativa y/o irritabilidad	✓ Disminución de la atención concentración ✓ Pérdida de confianza en sí mismo y sentimiento de inferioridad ✓ Ideas de culpa y de ser inútil
✓ Pérdida de capacidad para disfrutar actividades previamente placenteras (Anhedonia).	✓ Perspectiva sombría del futuro ✓ Alteraciones en el apetito y peso (disminución o incremento).
✓ Pérdida actividad de energía o fatiga; con una reducción significativa del nivel de	✓ Trastornos de sueño (Insomnio o hipersomnia) ✓ Pensamientos y actos suicidas o autoagresiones

CLASIFICACIÓN DE *DEPRESIÓN: (*2,3*)*

- ***Leve*:** Para realizar el diagnóstico, deben estar presentes dos de los tres síntomas del criterio A y más dos del criterio B. Además, puede presentarse alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no la deje por completo.
- ***Moderada***: Para realizar el diagnóstico, deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas del criterio A, más tres de los síntomas complementarios del criterio B. Además de grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.
- ***Grave*:** Para realizar el diagnóstico, deben estar presentes los tres síntomas del criterio A, y por lo menos cuatro de los síntomas complementarios del criterio B; porque no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado, y el riesgo suicida está presente, o porque pudo haber realizado intentos suicidas.

Con síntomas psicóticos: Además de los criterios para episodio depresivo mayor grave, presenta: ideas delirantes que suelen incluir temas de pecado, ruina o catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable; alucinaciones auditivas u olfatorias que suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias y/o cacosmia; inhibición psicomotriz grave que puede progresar hasta estupor depresivo. El riesgo suicida es elevado o sin síntomas psicóticos.

TRATAMIENTO (5,6)

La terapeutica inicial con dosis l bajas por 2-6 semanas efecto dosis respuesta

SSRIs : **fluoxetina** (Prozac),20 mgs c/24 hrs vía oral dosis máxima 80 mgs /día, aumentar 20 mg/d después de la primera semana **paroxetine** (Paxil), **sertraline** (Zoloft), **fluvoxamine** (Luvox), **citalopram** (Celexa), y **escitalopram** depression

severa (Lexapro) dosis inicial 10 mg PO qd e incrementar 20 mg/d después de laprimera semana. (5,6)

.**Selective serotonin/norepinephrine reuptake inhibitors (SNRIs)** se los puede utilizar de primera linea en pacientes con adinamia y sindromes de dolor acompañado de depresión y utilizar de segunda línea en falla de los SSRIs include: venlafaxine (Effexor) 75 mg/d PO dividido bid/tid con comida y aumentar 75 mg/d por 4 días hasta 225-375 mg/d and duloxetine (Cymbalta). 20 mg PO bid; aumentar 60 mg/d qd or divided as 30 mg bid

Desvenlafaxine (Pristiq) 50 mg PO qd (swallow whole, do not divide, crush, chew, or dissolve)

Otros antidepresivos y nuevas terapias

Mirtazapine**: tiene igual de eficacia que los antidepresivos triciclicos (7)**

Nefazodone, útil postparto depresion, (11) depresion grave y resistente al tratamiento and treatment-resistant major depressiomejorala depression con ansiedad (12)

La terapia cognitivo- conductal. Adopta un estilo educativo y busca la colaboración del paciente, de manera que pueda aprender a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y reevaluarlo. Este enfoque requiere que el paciente practique sus nuevas habilidades entre sesiones mediante tareas para casa y ensaye nuevas conductas. En la depresión leve, los formatos de TCC breves (entre 6-8 sesiones de 50 min) resultan tan efectivos como los más prolongados (8). La combinación de tratamiento antidepresivo y TCC ofrece unos resultados superiores a cualquiera de esos tratamientos por separado

en la depresión crónica o grave (8-9). La terapia TCC parece ser mejor tolerada que los antidepresivos, especialmente en los casos más graves. (10).

La terapia interpersonal

La TIP aborda principalmente las relaciones interpersonales actuales y se centra en el contexto social inmediato del paciente. El formato original de la terapia dispone 3 fases a lo largo de 12-16 semanas, con sesiones semanales durante la fase aguda.

Otros tratamientos

- Terapia electroconvulsiva siendo la bilateral más efectiva (13-14-).
- Autoayuda guiada
- Grupos de apoyo
- Ejercicio físico
- Acupuntura

PSICOSIS ORGÁNICA

DEFINICIÓN: (1)

El término psicosis se refiere a un estado mental en el cuál acontecen importantes trastornos del pensamiento, relación y percepción de la realidad; Se trata de cuadros que desorganizan la personalidad en forma extrema, por estar acompañados de síntomas característicos como: ilusiones, delirios, alucinaciones, comportamiento bizarro, de inicio agudo.

ETIOPATOGENICA DE LA PSICOSIS DE BASE SOMÁTICA

Psicosis exógenas- intracerebrales (1-2)

- ✓ **Infecciosas:** Neurosífilis, Meningitis y encefalitis, Encefalomielitis postinfecciosa, Encefalitis letárgica, Herpes simple, Meningitis tuberculosa
- ✓ **Vasculares:** Multi-infarto (microinfartos corticales, demencia lacunar, enfermedad de Binswanger, enfermedad embólica cerebral), Vasculitis con afectación primaria del SNC, Trombosis basilar, Infarto talámico, Infarto frontomedial, Malformaciones vasculares.
- ✓ **Efecto masa:** Neoplasias: tumores intracraneales (primarios), Hematoma subdural, hemorragias, abscesos, Quiste cerebral, Tuberculomas, Parasitosis, Sifilomas
- ✓ **Patología degenerativa del SNC**: (incluidas enfermedades desmielinizantes) Epilepsia, Hidrocefalia a presión normal, Demencias: Alzheimer, Pick, Huntington, Parkinson, HIV.

Psicosis exógenas extracerebrales/ intracorporales

- ✓ **Vasculares**: Insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, fallo cardíaco, HTA, Colagenosis y vasculitis, Coagulación intravascular diseminada, Púrpura trombocitopénica
- ✓ **Infecciosas:** Endocarditis bacteriana, Infecciones urinarias y respiratorias, Sepsis, Infección HIV, Erisipela, Disentería, Tripanosomiasis, Escarlatina, Viruela, Tuberculosis, Hepatitis, Osteomielitis, Gripe epidémica, Fiebre tifoidea, Mononucleosis infecciosa
- ✓ **Metabólicas y endócrinas:** Hipotiroidismo e hipertiroidismo, Hiperparatiroidismo, Addison y Cushing, Hipopituitarismo, Diabetes mellitas, hipoglucemias a repetición, comas hiperosmolares, Puerperio, Acidosis respiratorias/hipoxia e hipercapnia, Insuficiencia renal, Encefalopatía hepática, Porfiria, Enfermedad de Wilson, Hiper e hiponatremia, Neoplasias.
- ✓ **Carenciales:** Vitamínicas, Pelagra, Beri-Beri, Anemia Macrocítica, Anemia Microcítica.

Psicosis exógenas- extracorporales

Efectos tóxicos de sustancias: Propanolol, L-dopa, Metil-dopa, Esteroides, Antihipertensivos, Hormonas exógenas, Sulfamidas, Cloromicetina, Isoniacina, Antimaláricos, Hipnóticos.

Efectos tóxicos de gases: Monóxido de carbono, Efectos tóxicos de metales, Mercurio, Plomo, Aluminio, Magnesio, Arsénico.

Efectos tóxicos de sustancias psicotropas: Opioides, Cannabinoides, Cocaína, LSD, Disolventes volátiles, Clometiazol, Vitamina B1, Ketamin, Derivados de la atropina, Anfetaminas, Éxtasis, Alcohol.

Expresiones clínicas de la psicosis (3)

Psicosis agudas de base somática. Psicosindromes más representativos Psicosis Sintomáticas (Síndromes) Formas esenciales.

1- Esquizofreniforme Trastorno de ideas delirantes.

2- Afectiva Maniaco – Depresiva.

3- Confusional Estupor, obnubilación, coma.

4- Delirante Delirium (febril, exógeno, tremens).

5- Síndrome amnésico o dismnésico Alteraciones de la memoria.

6- Estados crepusculares Alteraciones del campo de la conciencia.

7- Alucinosis orgánicas Alucinaciones toxo-infecciosas.

8- Trastorno catatónico orgánico Alteraciones motoras.

9-Trastorno de ansiedad orgánico Ansiedad generalizada y/o pánico.

10-Labilidad emocional orgánica Incontinencia y labilidad emocional.

11-Trastorno cognoscitivo leve Interferencia en la actividad intelectual.

12-Trastorno orgánico de la personalidad Exageración de rasgos previos.

13-Síndrome Postencefalítico Cambios de comportamiento.

14-Síndrome postconmocional Signos neurológicos y trastornos del humor.

Kurt Shneider utiliza para clasificar las psicosis de base somática el criterio. sintomatológico o evolutivo, clásicamente se ha dividido a los trastornos exógenos por su curso, en agudos y crónicos.

- Agudos: Su síntoma principal es la alteración de la conciencia (delirium).
- Crónicos: Con deterioro de las capacidades intelectuales y la personalidad (demencia).

DIAGNÓSTICO

Para afirmar que se trata de una psicosis de base somática, es estrictamente necesario que los síntomas psiquiátricos sigan el curso evolutivo de la enfermedad somática que los desencadenó.

Si una vez solucionada la causa somática los síntomas psiquiátricos persisten, estamos en condiciones de afirmar que se trata de una enfermedad mental (endógena o reactiva), que se puso en marcha, independientemente de la enfermedad sistémica con la que coexistió.

TRATAMIENTO (1)

En aquellos casos en los que predomine la sintomatología psicótica productiva delirante o alucinatoria se pueden utilizar neurolépticos- Butirofenonas: haloperidol. Si colabora PO, de lo contrario IM (5 mg) de haloperidol y en dosis entre 5 y 20mg/d.

Una alternativa válida para disminuir los efectos adversos extrapiramidales es la administración con Benzodiazepinas; Diazepán entre 5 y 20 mg, Clonazepán 0,5-2 mg., Lorazepán – entre 1 y 2 mg.

(Neurolépticos + benzodiacepinas) combinados y no por separado. En casos de agitación intensa se puede utilizar cada 30 min. Por vía intramuscular. La mayoría de los pacientes mejoran con la primera o segunda dosis.

SÍNDROME CONFUSIONAL

DEFINICIÓN:

Es una alteración fluctuante, aguda de la conciencia acompañada de un cambio cognitivo o del desarrollo de los trastornos de la percepción puede presentarse con la agitación psicomotriz viene acompañada con alteración del nivel de conciencia por lo que se debe recurrir a la inmovilización del paciente (1).

ETIOLOGÍA:

Causas orgánicas: de agitación psicomotriz más frecuente (2)

- ✓ Demencia: Alzheimer, D. vascular, secundarias a otras enfermedades (Enfermedad de Pick, VIH,…)
- ✓ Epilepsia, especialmente la del lóbulo temporal.
- ✓ Consumo de drogas: cocaína, fenciclidina o polvo de ángel ("popers"), opioides, alcohol, hipnóticos,…
- ✓ Síndrome de abstinencia de drogas.
- ✓ Abstinencia de alcohol, cuadro de *Delirium tremens.*
- ✓ Alteraciones metabólicas y endocrinas como, hipertiroidismo, síndrome carcinoide, trastornos iónicos, Porfiria aguda intermitente.
- ✓ Fiebre/hipertermia.
- ✓ Hipo/Hiperglucemia.
- ✓ Encefalopatías: anóxica, urémica, hepática, hipertensiva

Causas psicóticas:

- ✓ Trastorno esquizofrénico de tipo paranoide.

- ✓ Trastornos bipolares en la fase de mania sobre todo si cursan con síntomas psicóticos, Habitualmente el paciente tiene un diagnóstico previo de trastorno bipolar. Éste es el paciente con el trastorno funcional más peligroso (2).

Causas de trastorno no orgánico y no psicótico

Trastornos de la personalidad o aquellos en que la agitación psicomotriz suele ser una situación reactiva a determinados factores como:

- ✓ Agitación reactiva o situacional (trastorno adaptativo).
- ✓ Ante situaciones catastróficas, reacciones a estrés agudo. El paciente puede reaccionar con ira, rabia y agresividad o incluso con un cuadro de apatía y semicatatónico (despersonalización).
- ✓ Reacciones emocionales, ante accidentes, muerte de familiares (duelo).
- ✓ Niños sometidos a abuso sexual o maltrato.
- ✓ Reacciones de agresividad por privación sensorial. cuadros de agitación tras intervenciones oftalmológicas en los que el paciente ha estado privado de la visión, pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos tras la retirada de la sedación, Las consecuencias son la autoextubación, retirada de catéteres, drenajes y otros dispositivos de monitorización invasiva.

TRATAMIENTOS:

Seguridad

- ✓ Presencia de los miembros de seguridad.
- ✓ Mantener una distancia de seguridad.
- ✓ No dar la espalda al paciente.
- ✓ Ambiente lo más relajante posible.
- ✓ Evitar estímulos externos (música, gente gritando, estímulos luminosos etc.).

- ✓ Estar atentos a signos inminentes de agitación.

Contención verbal o psíquica:

La primera pauta de actuación es fomentar la verbalización con empatía. Interviene familiar e informar al médico, evitar falsas promesas, actitud tranquilizadora pero de firmeza, en casos de agitación o violencia considerar (diacepam, haloperidol) e incluso parenteral.

Contención física:

Ésta es una medida excepcional como último recurso cuando las otras estrategias han fallado en pacientes con heteroagresividad, autoagresividad de ser valorada por su riesgo de manipulativo, manipulando intensionalidad y letalidad y también los que dificultan la terapéutica.

Tratamiento farmacológico: La mejor conducta es la prevención.

Casos leves a moderados.

De forma genérica si no existen síntomas psicóticos los fármacos de elección son las benzodiacepinas y en pacientes con esquizofrénicos, maniacos, retraso mental o trastornos de la personalidad se utiliza neurolépticos. Aconsejamos la combinación de ambos grupos farmacológicos independientemente del diagnóstico (4)

Tipo benzodiacepinas VO o sublingual Diacepan 5-10 mg: alparazolam 0,5 – 2 mg; loracepam 1-5 mg O neuroleptidos como el haloperidol Tab 10 mg, gotas 10:1 mg en frascos de 15 y 30 cc, Risperidona(Risperdal): sintomatología moderada : 0.5-2 mg PO bid/tid; sintomatología severa 3-5 mg PO bid/tid; en ancianos 0.5-2 mg PO bid/tid; 1-2 mg IM q4-6h o levopromacina de 25 y 100 mg; gotas solución al 4 % 1:1 mg.

Pautas del tratamiento etiológico

Incluiremos todas aquellas medidas generales, que incluyen el control de las constantes vitales, del equilibrio hidroelectrolítico y metabólico, efectos indeseables de la medicación administrada, sueroterapia, así como lesiones producidas antes o durante la contención.

En muchos casos el tratamiento etiológico es lento en su actuación, primordialmente a nivel psicomotor, por lo que es preceptivo utilizar además otras terapéuticas: las medidas asistenciales y/o psicofarmacológicas.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Elaborar, protocolos en las especialidades de Cardiologìa, Reumatologìa, Psiquiatrìa, para el departamento de medicina interna del Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Determinar la epidemiologia de las cinco enfermedades mas prevalentes de las especialidades de Cardiología, Reumatología, Psiquiatría, en el departamento de medicina interna del Hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja.
- ✓ Elaborar protocolos de las cinco enfermedades de mayor incidencia en las especialidades de: Cardiologìa, Reumatologìa, Psiquiatrìa, del departamento de medicina interna.
- ✓ Socializar con el personal médico los protocolos elaborados.

METODOLOGÍA UTILIZADA

METODOLOGÍA UTILIZADA

Para el desarrollo de la investigación, como lo establece la metodología de la investigación científica se utilizó los siguientes métodos, técnicas y procedimientos:

TIPO DE ESTUDIO

Se ejecutó un estudio de tipo retrospectivo, transversal.

MÉTODOS:

Los métodos que se utilizaron fueron los siguientes:

Método Científico:

Este método hizo posible la observación y conocimiento de la realidad, verificar la epidemiología de las especialidades de cardiología, Psiquiatría, Reumatología, para la realización de protocolos de medicina interna.

Método deductivo:

La utilización de este método permitió realizar protocolos de medicina interna en las especialidades de cardiología, reumatología, Psiquiatría,

Método descriptivo

Este método fue utilizado especialmente para la interpretación de resultados, previo a la elaboración de los protocolos se realizó un estudio para determinar la prevalencia de las enfermedades mas frecuentes en el servicio de medicina interna del Hospital Provincial Isidro Ayora de Loja.

Método Análitico:

Para el análisis de los resultados y la interpretación de los diferentes métodos y procedimientos que se utilizaron, fue necesario utilizar este método, que hizo posible llegar a la formulación del resumen final.

Método sintético:

Utilizado especialmente el la formulación de las conclusiones y recomedaciones y por último a la elaboración del resumen de la tesis.

Técnicas y procedimientos:

Técnica:

Recopilación Bibliográfica

Esta técnica hizo posible la obtención de información teórica actualizada de revistas electrónicas de medicina, libros basados en nivel de evidencia científica, y publicaciones de guías en diferentes especialidades, para construir la revisión bibliográfica y referencial del tema.

Procedimiento:

Para el análisis e interpretación de resultados, se solicitó, al departamento de estadística del hospital Provincial Isidro Ayora de la ciudad de Loja, la información del grupo poblacional de los pacientes egresados en las especialidades de Cardiología, Reumatología, Psiquiatría de los años 2006, 2007, 2008. A estos se les aplicó análisis retrospectivo de tipo transversal. Obteniendo la prevalencia, considerando el cociente el número de casos en el periodo indicado por especialidad, para el total de pacientes egresados, y luego la frecuencia relativa por 100 se obtuvo la frecuencia porcentual.

La interpretación se la presenta en gráficos, señalando porcentajes.

ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

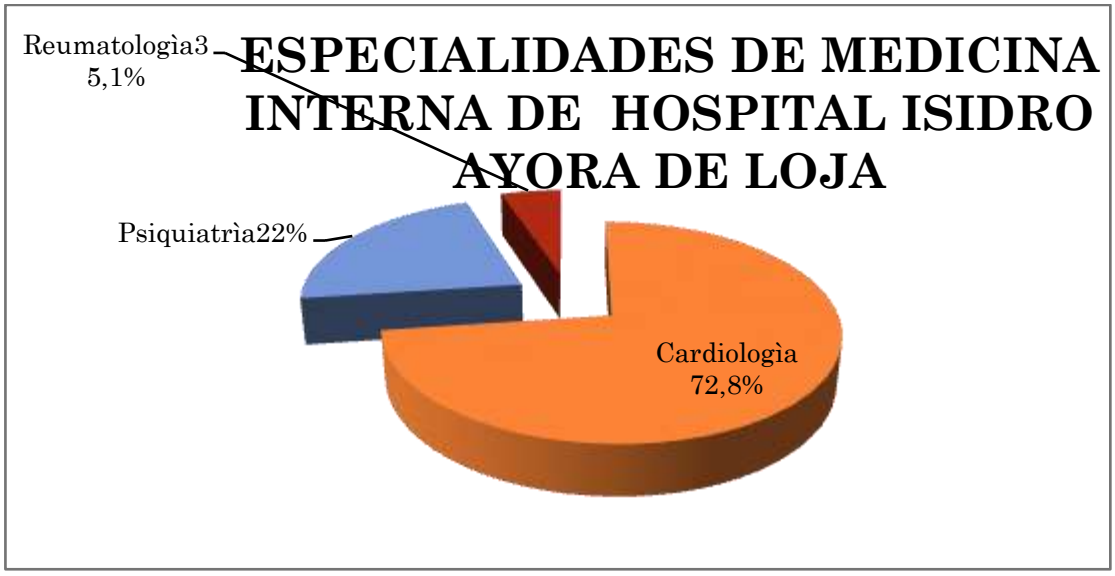
CUADRO ESTADÍSTICO DE EGRESOS DE PACIENTES EN LAS ESPECIALIDADES DE CARDIOLOGIA, PSIQUIATRIA, REUMATOLOGIA, EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA.

Para la realización de los cuadros estadísticos se aplicó las siguientes formulas:

N= ∑ F **Fr = F/N** **F% = Fr X 100**

ESPECIALIDADES DE MEDICINA INTERNA DE HRIAL	FRECUENCIA			F	Fr	F%
	2006	2007	2008			
CARDIOLOGÍA	229	260	332	821	0,7285	72,85
PSIQUIATRÍA	69	88	91	248	0,2201	22,01
REUMATOLOGÍA	33	18	7	58	0,0515	5,15
	TOTAL de casos 2006-2008			1127	1,0	100

GRÀFICO N: 1



FUENTE: Departamento de Estadística del Hospital Isidro Ayora de Loja.
AUTOR: Juan Carlos Flores Chamba

Interpretación:

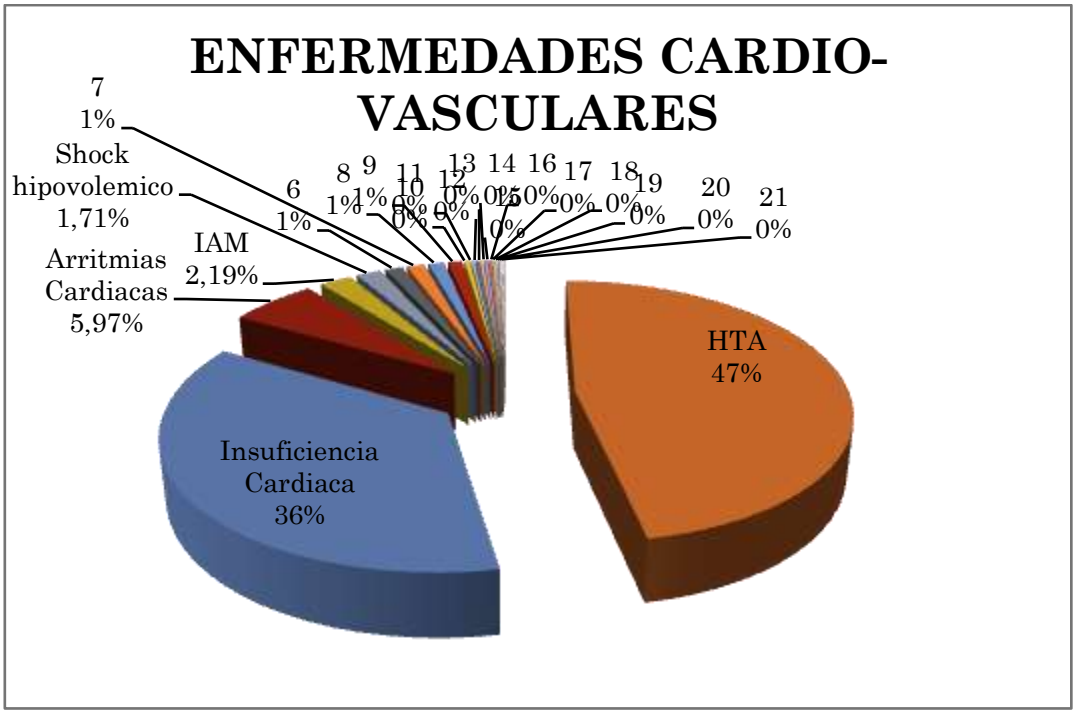
El número total de egresos en las especialidades de Cardiología, Psiquiatría, Reumatología, del departamento de Medicina Interna del hospital Isidro Ayora con un total de 1127 casos; siendo mas frecuente la especialidad de cardiología, con un porcentaje del 72,85%; Psiquiatría con un porcentaje de 22,01%, Reumatología el de menos frecuente, con un porcentaje de 5,15%.

CUADRO ESTADÍSTICCO DE LAS ENFERMEDDADES CARDIOVASCULARES.

Enfermedades Cardio- vascular	2006	2007	2008	Fa	Fr	F%
Hipertensión arterial	108	116	162	386	0,470	47,02
Insuficiencia cardiaca	84	109	105	298	0,363	36,30
Arritmias Cardiacas	13	12	24	49	0,060	5,97
Infarto agudo de miocardio	6	6	6	18	0,022	2,19
Shock hipovolémico		4	10	14	0,017	1,71
Angina		5	5	10	0,012	1,22
Cardiopatía isquémica			10	10	0,012	1,22
Trombosis venosa profunda	6	1	2	9	0,011	1,10
Insuficiencia venosa	2	3	3	8	0,010	0,97
Vasculitis	3			3	0,004	0,37
Insuficiencia mitral	1	1		2	0,002	0,24
Cardiopatía hipertensiva	2			2	0,002	0,24
Estenosis mitral	2			2	0,002	0,24
Hipertrofia ventricular	1		1	2	0,002	0,24
Insuficiencia coronaria		1	1	2	0,002	0,24
Endocarditis infecciosa		1		1	0,001	0,12
Síndrome de Estoques Adamns		1		1	0,001	0,12
Paro cardiorespiratorio	1			1	0,001	0,12
Cardiopatía congénita			1	1	0,001	0,12
Pericarditis			1	1	0,001	0,12
Estenosis aortica			1	1	0,001	0,12

Total	821	1,000	100,00

GRAFICO N: 2



FUENTE: Departamento de Estadistica del Hospital Isidro Ayora de Loja.
AUTOR: Juan Carlos Flores Chamba

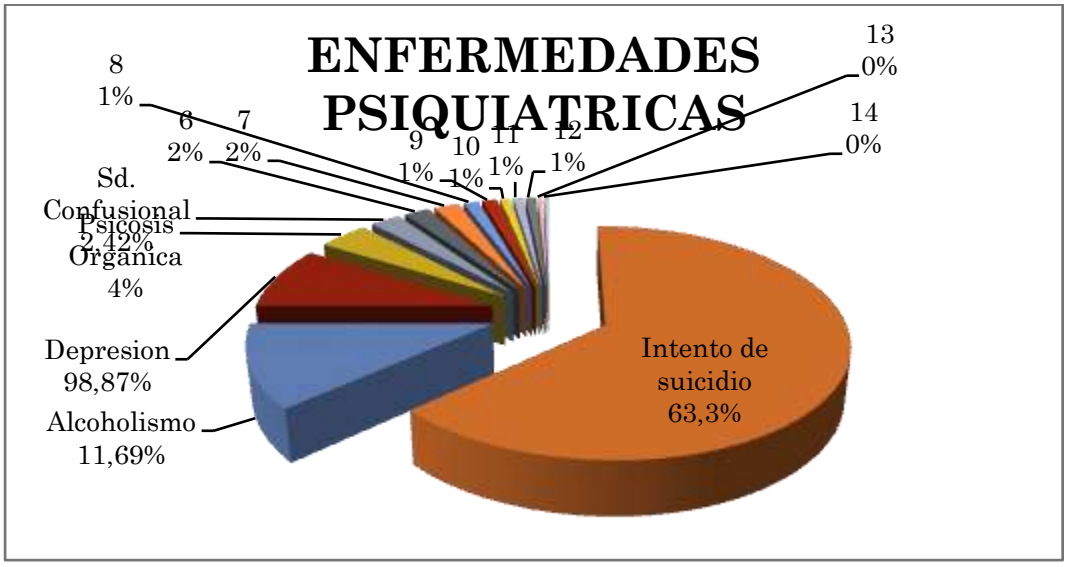
Interpretación:

Representa las cinco patologías de mayor prevalencia al servicio de Medicina Interna del Hospital Isidro Ayora en el periodo comprendido 2006-2008, con un total 821 patologías ; siendo de mayor prevalencia las siguientes patologías: HTA con un total de 386 casos representa el 47, 02%; Insuficiencia Cardiaca 298 casos que representa 36,30%; Arritmias cardiacas con un total de 49 casos que representa el 5,97%; IAM con un total de 18 pacientes representa el 2,19 % casos y Shock hipovolémico con un total de 14 casos representado 1,71% caso.

CUADRO ESTADÍSTICCO DE LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS.

ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS	2006	2007	2008	F	Fr	F%
Intento de suicidio	43	56	58	157	0,63	63,31
Alcoholismo crónico	8	12	9	29	0,12	11,69
Depresión	8	9	5	22	0,09	8,87
Psicosis orgánica	3	2	5	10	0,04	4,03
Síndrome confusional	3	3		6	0,02	2,42
Demencia senil		2	3	5	0,02	2,02
Sd de abstinencia alcohólica			5	5	0,02	2,02
Síndrome psicótico			3	3	0,01	1,21
Neurosis depresiva	3			3	0,01	1,21
Esquizofrenia			2	2	0,01	0,81
Alzheimer		1	1	2	0,01	0,81
Sd central orgánico psiquiátrico		2		2	0,01	0,81
Sd de abstinencia por estupefacientes		1		1	0,00	0,40
Crisis de ansiedad	1			1	0,00	0,40
			Total	248	1,00	100,00

GRAFICO N: 3.



FUENTE: Departamento de Estadistica del Hospital Isidro Ayora de Loja.
AUTOR: Juan Carlos Flores Chamba

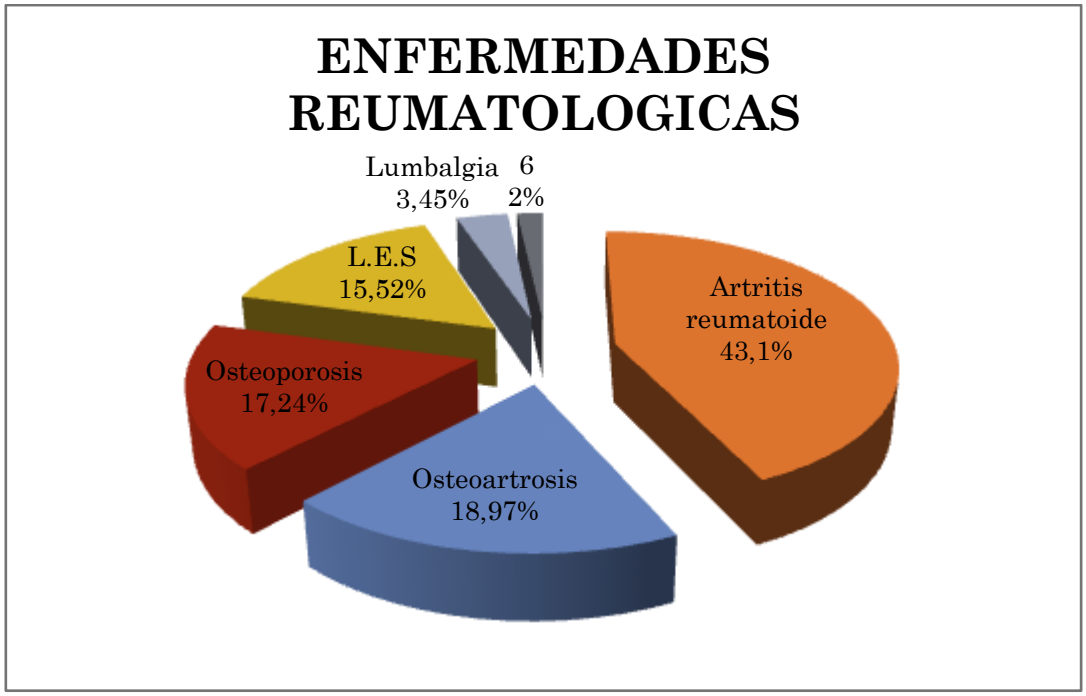
Interpretación:

Representa las cinco patologías más frecuentes que ingresaron al servicio de Medicina Interna del Hospital Isidro Ayora en el periodo comprendido 2006-2008 respectivamente a la especialidad de Psiquiatría con un total 248 patologías ; siendo mayor prevalencia las siguientes patologías: Intento de suicidio con un total de 157 casos representa el 63,31%; Alcoholismo crónico 29 casos que representa 11,69% ; Depresión 22 casos que representa el 8,87% ; Psicosis orgánica con un total de 10 casos representa el 4,03 % y el Síndrome confusional con un total de 6 casos representado 2%.

ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS.

ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS	2006	2007	2008	F	Fr	F%
Artritis reumatoide	14	8	3	25	0,43	43,10
Osteoartrosis	4	5	2	11	0,19	18,97
Osteoporosis	8	2		10	0,17	17,24
Lupus Eritematoso Sistémico	5	2	2	9	0,16	15,52
Lumbalgia	1	1		2	0,03	3,45
Fibromialgia reumática	1			1	0,02	1,72

GRAFICO N: 4.



FUENTE: Departamento de Estadistica del Hospital Isidro Ayora de Loja.
AUTOR: Juan Carlos Flores Chamba

Interpretación:

Representa las cinco patologías de mayor frecuencia, que ingresaron al servicio de Medicina Interna del Hospital Isidro Ayora, en el periodo comprendido 2006-2008 respectivamente a la especialidad de Reumatología con un total 58 pacientes; siendo más prevalentes las siguientes patologías: Artritis Reumatoide con un total de 25 casos representa el 43,10%; Osteoartritis 11 pacientes que representa 18,97%; Osteoporosis con un total de 10 pacientes que representa el 17,24%; Lupus eritematoso sistémico con un total de 9 casos que representa el 15,52 % y lumbalgía con un total de 2 casos que representa 1,72%.

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Las guías de práctica clínica son importantes a la hora de tomar decisiones basadas en la evidencia y centradas en el paciente, no debiéndose interpretar como mandatos rígidos sino como recomendaciones basadas en estudios de efectividad clínica, siendo el médico quien está en la mejor situación a la hora de decidir entre las distintas aproximaciones terapéuticas para cada uno de sus pacientes.

La práctica de la medicina clínica es una labor que se requiere tanto de una gran cantidad de conocimientos como de capacidades analíticas y manuales.

Los protocolos médicos son instrumentos de inigualable valor para el control sanitario de patologías que por su frecuencia o gravedad se convierten en problemas de salud pública y para hacer frente a diagnósticos complejos y terapéuticas costosas. Se les considera garantía de buena-práctica porque definen las normas de actuación mínima en la atención médica, se les utiliza como herramientas administrativas para control de gasto sanitario, se recurre a ellos para hacer vigilancia epidemiológica y son utilizados rutinariamente para evaluación de actividades y para diseñar proyectos de investigación

Los protocolos, como herramientas técnicas que son, no pueden por si mismos superar los vacíos existentes en el conocimiento médico, ni estar por encima de las evidencias. Con la presencia de multipatologías en una misma persona, el protocolo adolecerá de efecto.

Con el objetivo de disminuir las complicaciones al usar los protocolos de manejo clínico la unidad de Insuficiencia Cardiaca Hospital Universitario Germans Barcelona España. Pacientes tratados en esta unidad especializada, se realizó un estudio de seguimiento de cohorte (mediana, 36 meses) de 960 pacientes (el 70,9% varones; mediana de edad, 69

años; mayoritariamente de etiología isquémica, con fracción de eyección del 31% y en clase funcional fundamentalmente II y III). Resultados. Se registraron 351 fallecimientos (36,5%): 230 de causa cardiovascular (65,5%), fundamentalmente por insuficiencia cardiaca (33,2%) y muerte súbita (16%), 94 de causa no cardiovascular (26,8%), neoplasias (10,5%) y procesos sépticos (6,8%), y 27 (7,7%) permitió evaluar el protocolo de insuficiencia cardiaca; pero en nuestro hospital provincial Isidro Ayora de Loja al no tener un protocolo estandarizado y no permite evaluar a nuestros pacientes

Otro Estudio IC-QoL Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ingresados por insuficiencia cardiaca, mejora durante el primer mes tras el alta hospitalaria, pero después se mantiene estable, excepto en los pacientes más jóvenes, en los que se observa una mejoría persistente estos son algunos ejemplos, de los beneficios de los protocolos. Pero el Hospital Isidro Ayora no se puede realizar estos estudios por no haber protocolos.

La prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española. La recopilación de datos se llevó a cabo entre 1998 y 1999 en sujetos de más de 20 años seleccionados mediante un muestreo aleatorio polietápico por conglomerados. La tasa de respuesta obtenida fue del 73% (2.192), siendo la mayoría de los fallos debidos a la imposibilidad de localizar a los sujetos seleccionados (390, 13%). a) lumbalgia (puntual): 14,8% y (a 6 meses) 44,8% ; b) AR: 0,5% c) artrosis de rodilla: 10,2% ; d) artrosis de manos: 6,2% ; e) FM: 2,4% ; f) LES: 91 por 100.000 habitantes; g) osteoporosis: 3,4% . Por lo que se relaciona con las cinco patologías más prevalentes en nuestro estudio.

En United States las enfermedades depresivas tienen prevalencia mayor a 10% hoy se sabe que ciertos medicamentos y psicoterapias son eficaces siendo los suicidios 1 de las 3 principales causas de muerte, por lo que esta guía sirve para evitar esta complicación.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. Las cinco patologías de mayor prevalencia en la especialidad de Cardiología en los años 2006, 2007, 2008, siendo de mayor prevalencia: HTA que representa el 47, 02%; Insuficiencia Cardiaca que representa 36,30%; Arritmias cardiacas que representa el 5,97%; IAM representa el 2,19 % y Shock hipovolémico representado con 1,71%. Especialidad de Psiquiatría siendo de mayor prevalencia: Intento de suicidio que representa el 63,31%; Alcoholismo representa 11,69%; Depresión que representa el 8,87%; Psicosis orgánica que representa el 4,03 % y el síndrome confusional que representa el 2%. Especialidad de Reumatología siendo las patologías de mayor prevalencia: Artritis Reumatoide que representa el 43,10%; Osteoartrosis que representa 18,97%; Osteoporosis que representa el 17,24%; Lupus eritematoso sistémico que representa el 15,52 % y lumbalgía representado 1,72%.
2. Se han elaborado protocolos, de las cinco patología mayor prevalencia en las especialidades de: Cardiología (hipertensión arterial, insuficiencia Cardiaca, Arritmias Cardiacas, Infarto Agudo de miocardio, shock hipovolemico); especialidad de Psiquiatría (Intento de suicidio, Alcoholismo, Depresión, Psicosis orgánica y síndrome confusional); especialidad de Reumatología (Artritis reumatoide, Osteoartrosis, Osteoporosis, Lupus Eritematoso Sistémico y lumbalgía).
3. El protocolo ofrece así al médico una mayor seguridad de aplicar al enfermo el procedimiento diagnóstico y terapéutico más correcto, acelera el proceso de toma de decisiones y le da respaldo jurídico ante posibles reclamaciones judiciales.
4. Se optimiza los recursos: diagnósticos, terapéuticos, y hospitalización.
5. Elaboración de una guía de bolsillo que cumple la misión para el manejo rápido, eficaz y oportuno del paciente.

6. Colabora con el aporte cognitivo que facilite a los estudiantes que cursan el internado rotativo de medicina de la Universidad Nacional de Loja y médicos residentes.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal médico e internos rotativos de medicina, del servicio de Medicina Interna del Hospital Isidro Ayora de la ciudad de Loja, dar uso de la presente guía, ya que la misma cuenta con estudios actuales y confiables.
2. Para el manejo de estos protocolos se recomienda tener conocimientos básicos acerca de fisiopatología, diagnóstico y terapéutica de cada una de las enfermedades tratadas en el mismo.
3. Se recomienda la actualización cada 3 años de los protocolos por parte de médicos especialistas, médicos residentes, posgradistas e internos rotativos de medicina y luego poner a consenso, y ejecución. Proporcionando solidez, fiabilidad en su contenido
4. Realizar ensayos clínicos controlados para evitar discrepancia en los diagnósticos y tratamientos emitidos por diferentes clínicos.
1. Que los diagnósticos sean identificados según la codificación CIE 10.

BIBLIOGRAFÌA

BIBLIOGRAFÌA

Hipertensión Arterial:

1. Guía española de Hipertensión Arterial 2005; 2:1-84.
2. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2008; 31 Suppl 1:12-34.
3. Carlos García Gómez. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Guía de práctica clínica para el tratamiento de la emergencia hipertensiva Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN: 1727-897X Medisur 2009.
4. Clement, de Buyer M, De Baquer D, De Leeuw PW, Duprez DA, Fagard RH, Et Al Prognostic value of ambulatory blood-pressure recordings in patients with treated hypertension.N Engl J Med 2003;38:2407-15
5. European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. Journal of Hypertension 2003; 21: 1011-1053.
6. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC 7- Complete Versión. Hipertensión. 2003; 42:1206-1252.
7. Keane WF, Eknoyan G. Proteinuria, albuminuria, risk, assessment, detection, elimination (PARADE): a position paper of the National Kidney Foundation. Am J Kidney Dis. 1999; 33:1004-10.
8. G. Fernández Fresnedo, C. Gómez Alamillo, J. C. Ruiz San Millán y M. Arias Rodríguez Servicio de Nefrología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander Medicine. 2007;9(82):5255-5265
9. The AHA Guidelines and Scientif ic Statements Handbook Edited by Valentin Fuster © 2009 American Heart Association ISBN: 978-1-405-18463-2

10. Bray GA, Vollmer WM, Sacks FM, Obarzanek E, Svetkey LP, Appel LJ. DASH Collaborative Research Group. A further subgroup analysis of the effects of the DASH diet and three dietary sodium levels on blood pressure: results of the DASH-Sodium Trial. Am J Cardiol 2004; 94:222–227.
11. Brouw MJ, crickshank AF, Mac Gregor GA, PoulterNR, Russell GI, et al. Executive Committee, British Hypertension Socyety, Better Blood pressure control: How to combine drug. J Hum Hypertens 2003;17:81-86actualizado en junio del 2006 from NICE clinical Guidelines (http//www.nice.org.uk/ CG034 guidance)
12. Hernandez AM y cols. Guia de tratamientos farmacológico para el control de la hipertensión arterial2009 Rev Mex Cardiol 2009; 20 (2): 55-10

Insuficiencia Cardiaca:

1. Braunwald E, Colucci WS, Grossman W. Aspectos clínicos de la insuficiencia cardiaca: insuficiencia cardiaca de alto gasto; edema pulmonar. En Braunwald, ed.: Tratado de Cardiología. Interamericana-McGraw-Hill, Madrid, 1999, 479-506
2. Grupo de Trabajo sobre la Insuficiencia Cardiaca Aguda de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda. Versión resumida Rev Esp Cardiol. 2005; 58(4): 389-42
3. South-Paul J, Matheny S, Lewis E. Enfermedad Cardiovascular. En: Diagnostico y Tratamiento en Medicina Familiar.Mexico: Editorial El Manual Moderno, 2005 p.206-208.

4. Flather MD, Shibata MC, Coats AJ, Van Veldhuisen DJ, Parkhomenko A, Borbola J, et al. Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS). Eur Heart J. 2005;26:215-25.
5. Hood WB Jr, Dans AL, Guyatt GH, Jaeschke R, McMurray JJ. Digitalis for treatment of congestive heart failure in patients in sinus rhythm: a systematic review and meta-analysis. J Card Fail. 2004;10:155-64.
6. Dickstein K et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica (2008)
7. Grupo de Trabajo sobre la Insuficiencia Cardiaca Aguda de la Sociedad Europea de Cardiología. Guías de Práctica Clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda. Versión resumida Rev Esp Cardiol. 2005; 58(4): 389-429
8. Furones J, Céspedes L, Garcia D, Guía Cubana para la práctica clínica: Tratamiento de la Insuficiencia Cardiaca Congestiva. Guía AGREE 2007.
9. Puente Sanagustin A, Insuficiencia Cardiaca Congestiva. Guía de Actuación en Atención Primaria sem FYC Tercera Edición 2006

Arritmias Cardiacas

1. E. González Ferrer, C. Moro Serrano y A. Hernández Madrid Bradiarritmias o arritmias hipoactivas. Trastornos del automatismo cardiaco. Enfermedad del nodo sinusal. Síndrome bradicardia- taquicardia. Etiología. Fisiopatología. Clínica. Métodos diagnósticos Medicine. 2009;10(39):2603-11

2. M. Delgado Ortega, M. Anguita Sánchez, D. Mesa Rubio y F. Toledano Delgado Taquiarritmias supraventriculares; Medicine. 2009;10(38):2539-46
3. Antiarrhythmic Drugs : a practical guide / Richard N. Fogoros. – 2nd ed. 2005
4. Andreu Ballester JC, Loscos López A, Tormo Calandín C, Almela Quilis A. Arritmias. En: Andreu Ballester JC, Tormo Calandín C. Algoritmos de medicina de urgencias: Diagramas de flujos a aplicar en situaciones de urgencia (2ª edición). Hospital Arnau de Vilanova de Valencia, 2007: 28-3
5. Fuster V et al. ACC/AHA/ESC: Guía de práctica clínica 2006 para el manejo de pacientes con fibrilación auricular Rev Esp Cardiol. 2006;59(12):1329.e1-64
6. A. López Granados, J.L. Bonilla Palomas y M. Anguita Sánchez Extrasístoles ventriculares. Taquicardias ventriculares Medicine. 2009;10(38):2547-54

Infarto Agudo de miocardio

1. ACC/AHA Guidelines for the Manegement of Patiens with ST-elevation Myocardial Infarction. Antmal et. all 2004.
2. ACC/AHA Guidelines for the Manegement of Patiens without ST elevation Coronary Syndrome. atmal et.all 2004
3. Gerardo Álvarez, urgencias clínicas, la Habana 2002 Cap1; pag 29-30.
4. Braunwald, fauci, Kasper, Hauser, longo ,Jameson.Medicina interna de Harrison,IAM Edicion 15 pag
5. Dixon RA, Edwars IR, Pilcher J Diazepam in immediate post-myocardial infarction period: a double blind trial. Br Heart J 1980; 43: 535-540.
6. Akkerhuis KM, Klootwijk PA, Lindeboom W, Umans VA, Meij S, Kint PP, et al. Recurrent ischaemia during continuous multilead ST-segment monitoring identifies patients with acute coronary syndromes at high risk of adverse cardiac events; metaanalysis of three studies involving 995 patients. Eur Heart J. 2001; 22:1997-2006.
7. Cheitlin MD, Armstrong WF, Aurigemma GP, Beller GA, Bierman FZ, Davis JL, et al. ACC/AHA/ASE 2003 guideline update for the clinical application of

echocardiography: summary article: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA/ASE Committee to Update the 1997 Guidelines for the Clinical Application of Echocardiography). Circulation. 2003;108:1146-62

8. Focused Update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With STElevation Myocardial Infarction. J. Am. Coll. Cardiol. 2008; 51; 210-247.
9. Yusuf S, Zhao F, Mehta SR, Chrolavicius S, Tognoni G, Fox KK. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation. N Engl J Med. 2001;345:494-502
10. Antithrombotic Trialists Collaboration. Collaborative metaanalysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. BMJ. 2002; 324:71-86.
11. Collins R, MacMahon S, Flather M, Baigent C, Remvig L, Mortensen S, et al. Clinical effects of anticoagulant therapy in suspected acute myocardial infarction: systematic overview of randomized trials. BMJ. 1996; 313:652-9.
12. Antman EM, McCabe CH, Gurfinkel EP, Turpie AG, Bernink PJ, Salein D, et al. Enoxaparin prevents death and cardiac ischemic events in unstable angina/non-Q-wave myocardial infarction. Results of the thrombolysis in myocardial infarction (TIMI) 11B trial. Circulation. 1999; 100:1593-601.
13. The GUSTO Investigators. An international rando-mized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. N Engl J Med 1993;329: 673-8
14. Van de Werf F et al. Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Manejo del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación persistente del segmento ST Versión corregida el 22/07/2009 disponible www.revespcardiol.org
15. J. Muñoz Gonzáleza, L. Visedo Campillob y J. E. Guerrero SanzInfarto de miocardio con elevación del ST Medicine. 2007;9(89):5745-5751

16. ANTMAN EM, ANBE DT, ARMSTRONG PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2004;44:e1–211
17. Jl Rodriguez Garcia Diagnostico y tratamiento medico 2010 pag 10
18. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJV, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Eur Heart J. 2008; 29:2388-442.

Shock hipovolemico:

1. J. Rodríguez diagnostico y tratamiento médico 2010.skoch hipovolemico pag 199-204.

2. American College of Surgeons. ATLS, Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Sexta edición. Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos, Chicago, 1997.
3. Balogh Z, McKinley BA, Cocanour CS, et al. Secondary abdominal compartment syndrome is an elusive early complication of traumatic shock resuscitation. Am J Surg 2002; 184:538-43
4. Wilkes MM, Navickis RJ: Patient survival after human albumin administration: A
5. Metaanalysis of randomized controlled trials. Ann Intern Med 2001; 135: 149-64.
6. De Backer D, Biston P, Devriendt J, et al. Comparison of dopamine and norepinephrine in the treatment of shock. N Engl J Med 2010;362:779-789

Artritis reumatoide

1. Goronzy Jl, Wegand CM. Artritis reumatoide: Epidemiologia, Patologia y patognia. En Klippel JH, Princios de enfermedades Reumatologicas 4 Ed en castellano. Intersistemas SA de CV. Mexico. 2000; 179-186

2. Gardner GC, Gilliland BC. Artritis y otras artropatías. En: Loeser JD, Butler SH, Chapman CR, Turk DC. Bonica Terapéutica del Dolor. México. McGraw Hill. 2003:605-627

3. Edwards JC, Szczepanski L, Szechinski J, et al. Efficacy of B-cell-targeted therapy with rituximab in patients with rheumatoid arthritis. N Engl J Med. Jun 17 2004;350(25):2572-81.

4. Eisenberg R. Update on rituximab.Ann Rheum Dis. Nov 2005;64 Suppl 4:iv55-7.

5. Smolen JS, Aletaha D, Koeller M, Weisman MH, Emery P. New therapies for treatment of rheumatoid arthritis. Lancet. Dec 1 2007;370(9602):1861-74.

6. Jansen ALMA, van der Horst-Bruinsma IE, van Schaardenburg D, van de Stadt RJ, de Koning MHMT, Bijkmans BAC. Rheumatoid factor and antibodies to cyclic citrullinated peptide differentiate rheumatoid arthritis from undifferentiated polyarthritis in patients with early arthritis. J Rheumatol 2002;29:2074-2076

7. Simon LS, Lipman AG, Jacox AK, Caudill-Slosberg M, Gill LH, Keefe FJ, Kerr KL, Minor MA, Sherry DD, Vallerand AH, Vasudevan S. Pain in osteoarthritis, rheumatoid arthritis and juvenile chronic arthritis. 2nd ed. Glenview (IL): American Pain Society (APS); 2002. Páginas 179. [citado 17 agosto 2006].

8. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. . Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 update. Arthritis Rheum 2002;46:328-346

9. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. . Recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid-induced osteoporosis: 2001 update. James R. O'Dell, M.D N Engl J Med 2004; 350:2591-2602June 17, 2004
10. Lard LR, Visser H, Speyer I, et al. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. Am J Med 2001;111:446-451
11. American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. . Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 update. Arthritis Rheum 2002;46:328-346
12. Van Ede AE, Laan RF, Rood MJ, et al. Effect of folic or folinic acid supplementation on the toxicity and efficacy of methotrexate in rheumatoid arthritis: a forty-eight week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Arthritis Rheum 2001;44:1515-1524 N Engl J Med 2004; 350:2591-2602June 17, 2004
13. .- Wiens A, Venson R, Correr CJ, Otuki MF, Pontarolo R. Meta-analysis of the efficacy and safety of adalimumab, etanercept, and infliximab for the treatment of rheumatoid arthritis. Pharmacotherapy. Apr 2010; 30(4):339-53.
14. .- Lipsky PE, van der Heijde DM, St Clair EW, et al. Infliximab and methotrexate in the treatment of rheumatoid arthritis. Anti-Tumor Necrosis Factor Trial in Rheumatoid Arthritis with Concomitant Therapy Study Group. N Engl J Med. Nov 30 2000; 343(22):1594-602.

Artrosis:

1. Martín A, Cano JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt-Brace, 1999. p. 1128-52.
2. Jordan KM, Arden NK, Doherty M, et al. EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of de Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT). Ann Rheum Dis 2003; 62: 1145-55.
3. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Revisión Artrosis. Panorama actual de medicamento 2000; 238.http: //www.portalfarma.com
4. Cooper C. Epidemiology of osteoarthritis. Londres: Mosby, 1998. p. 1-20.
5. Cooper C, Snow S, McAlindon TE, et al. Risk factors for the incidence and progression of radiographic knee osteoarthritis. Arthritis Rheum 2000; 43: 995-1000.
6. Hochberg M, Altman R, Brandt K, et al. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Part II: Osteoarthritis of the Knee. Arthritis Rheum 1995; 38: 1541-6.
7. Morgado I, Pérez AC, Moguel M, Pérez-Bustamante FJ, Torres LM. Guide for the clinical management of osteoarthritis of the hip and the knee. Rev Soc Esp Dolor 2005; 12: 289-302.
8. Ottilinger B, Gomor B, Michel BA, et al. Efficacy and safety of eltenac gel in the treatment of knee osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage 2001; 9: 273-
9. Richy F, Bruyere O, Ethgen O et al. Structural and symptomatic efficacy of glucosamine and chondroitin in kne osteoarthritis: a comprehensive meta-analysis. Arch Intern Med 2003; 14; 163(13):1514-1522
10. Ravaud P, Moulinier L, Giraudeau B, et al. Effects of joint lavage and steroid injection in patients with osteoarthritis of knee. Results of a multicenter, randomised, controlled trial. Arthritis Rheum 1999; 42: 475-82.

11. Ike RW, Arnold WJ, Rothschild EW, et al. Tidal irrigation versus conservative medical management in patients with osteoarthritis of the knee: a prospective randomized study. J Rheumatol 1992; 19: 772-9

12. Altman R, Hochberg M, Moskowitz R, et al. Recommendations for the medical management of osteoarthritis of the hip and knee. Arthritis Rheum 2000; 43: 1905-15.

Lumbalgia

1. Working Group on Guidelines for Acute Low Back of the COST B13. European Guidelines for the Management of Acute Non-Specific Low Back Pain in primary care. Disponible en: http://backpaineurope.org
2. Van Tulder M, Furlan A, Bombardier C, Bouter L. Updated method guidelines for systematic reviews in the cochrane collaboration back review group. Spine 2003; 28(12):1290-1299. 134 Guía de práctica clínica sobre Lumbalgia
3. Weiser S, Rossignol M. Triage for nonspecific lower-back pain. Clin Orthop Relat Res 2006; 443:147-155.
4. Waddell G. Diagnostic triage. In: Churchill Livingstone, editor. The back pain revolution. London: Elsevier, 2006: 9-26
5.) Lurie JD. What diagnostic tests are useful for low back pain? Best Pract Res Clin Rheumatol 2005; 19(4):557-575.
6. Deville WL, van der Windt DA, Dzaferagic A, Bezemer PD, Bouter LM. The test of Lasegue: systematic review of the accuracy in diagnosing herniated discs. Spine 2000; 25(9):1140-1147.
7. Vroomen PC, de Krom MC, Wilmink JT, Kester AD, Knottnerus JA. Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of

lumbosacral nerve root compression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2002; 72(5):630-634

8. (33) Marshall D, Johnell O, Wedel H. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. BMJ 1996; 312(7041):1254- 1259.
9. (34) Kanis JA, Johansson H, Oden A, Johnell O, de Laet C, Melton III LJ et al. A metaanalysis of prior corticosteroid use and fracture risk. J Bone Miner Res 2004; 19(6):893-899. Guía de práctica clínica sobre Lumbalgia 135
10. (35) Glucocorticoid-induced osteoporosis. Guidelines on prevention and treatment. Bone and Tooth Society of Great Britain, National Osteoporosis Society and RoyalCollege of Physicians.Royal College of Physicians, London UK . 2006.
11. Van Diee JH, Selen LP, Cholewicki j (2003) Trunk muscle activation in low –back pain patients, an analysis of the literature. J Electromyogr Kinesiol, 13(4):335-51
12. Gilbert FJ, Grant AM Gillan MG, Vale LD,Campbell MK ScottNW, Knight DJ, Wardlanw D Low Back pain: influence of early MR imaging or CT on treatment and autcome –multicenter rabdomized trial Radiology 2004:231(2):343-51
13. Kovacs FM, Abraira V, Lopez –Abente G, Pozo F (1993)Neuro-reflexotherapy intervention in the treatment of non specified low back pain: a randomized, controlled, double blind clinical, trial Med Clin (Barc), 101(15): 570;5

14. 55 Mason L, Moore RA, Derry S Edwards Je, McQuay HJ (2004) Systematic review of topical capsaicin for the treatment of chronic pain. BMJ, 328(7446):991

Lupus eritematoso sistémico

1- Kita Y, Kuroda K, Mimori T, Hashimoto T, Yamamoto K,Saito Y, et al. T cell receptor clonotypes in skin lesions from patients with systemic lupus eryhematosus. J Invest Dermatol 1998; 110:41-6

2- Rahman A, Isenberg DA. Systemic lupus erythematosus. N Engl J Med. Feb 28 2008;358(9):929-39.

3- Crow MK. Collaboration, genetic associations, and lupus erythematosus. N Engl J Med. Feb 28 2008;358(9):956-61

4- Edworthy SM. Clinical Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus. In: Harris ED, et al, eds. Kelley's Textbook of Rheumatology. 7th ed. Saunders; 2005:1201-24.

5- Gill M.J, Quisel A.M, Rocca P.V., Walters D.T: Diagnosis of Systemic Lupus Erythematosus. Am Fam Physician 2003; 68: 2179-2186.

6- To Ch, Petri M.: Is antibody clustering predictive of clinical subsets and damage in systemic lupus erythematosus? Arthritis Rheum. 2005; 52 (12): 4003-4010.

7- Lyon R, Narain S, Nichols C, Satoh M, Reeves WH. Effective use of autoantibody tests in the diagnosis of systemic autoimmune disease. Ann N Y Acad Sci. 2005; 1050: 217-228.

8- Reveille JD. : Predictive value of autoantibodies for activity of systemic lupus erythematosus. Lupus. 2004; 13(5): 290-297.

9- Costedoat-Chalumeau N, Georgin-Lavalle S, Amoura Z, Piette JC: Anti-SSA/Ro and anti-SSB/La antibody-mediated congenital heart block. Lupus. 2005; 14(9): 660-664.

10- Alarcon GS, McGwin G, Bertoli AM, et al. Effect of hydroxychloroquine on the survival of patients with systemic lupus erythematosus: data from LUMINA, a multiethnic US cohort (LUMINA L). Ann Rheum Dis. Sep 2007;66(9):1168-72.

11- [Best Evidence] Griffiths B, Emery P, Ryan V, et al. The BILAG multi-centre open randomized controlled trial comparing ciclosporin vs azathioprine in patients with severe SLE. Rheumatology (Oxford). Apr 2010;49(4):723-32..

12- [Best Evidence] Griffiths B, Emery P, Ryan V, et al. The BILAG multi-centre open randomized controlled trial comparing ciclosporin vs azathioprine in patients with severe SLE. Rheumatology (Oxford). Apr 2010;49(4):723-32.

13- .- Ginzler EM, Dooley MA, Aranow C, et al. Mycophenolate mofetil or intravenous cyclophosphamide for lupus nephritis. N Engl J Med. Nov 24 2005;353(21):2219-28

Osteoporosis:

1. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis.Arthritis Rheum 1988; 31: 315-24.(consenso 2001 National Institute of Health (NIH)

2. Wells GA, Cranney A, Boucher M, Peterson J, Shea B, Robinson V, Coyle D, Tugwell P. Bisphosphonates for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women: a meta-analysis [Technology report nº 69]. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2006.

3. Schachter HM, Clifford TJ, Cranney A, Barrowman NJ, Moher D. Raloxifene for primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women: a systematic review of efficacy and safety evidence [Technology report nº 50]. Ottawa: Canadian Coordinating Office for HealthTechnology Assessment; 2005.
4. Blanch J, Jódar E, Sosa M. Osteoporosis. Guía de fácil manejo. Editores: J. Blanch, E. Jódar y M. Sosa. Editorial Salud de la Mujer. Laboratorios Novartis. Barcelona, 2003.
5. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral (SEIOMM). Osteoporosis posmenopáusica. Guía de práctica clínica. Rev Clin Esp 2003; 203: 496-506.

Intento de suicidio:

1. RJ. Suicide. In: Abnormal Psychology. 6th ed. New York: Worth Publishers; 2007:278-307.
2. Gómez, Dora Linda; Sánchez, Ricardo; Guzmán, Yahira. "Estudio sobre actitudes y estrategias de evaluación de los pacientes suicidas por parte del personal de salud en Bogotá". En: Investigaciones en Seguridad Social y Salud, Secretaría de Salud, Alcaldía Mayor de Bogotá, dic. 2001, 92-114
3. Guía latinoamericana de diagnóstnico psiquiátrico, asociación psiquiátrica de América latina, sección de diagnóstico y clasificación, Centro Universitario de las Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, México 2004
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala Programa Nacional de Salud Mental Protocolos de Atención a los Problemas Más Frecuentes de Salud Mental.Diciembre 2006

5. Roses, M. Salud Mental, una prioridad de salud pública en las Ameritas. Rev Panamericana de Salud Publica/Pan Am J Public Health 18(4/5), 2005

Alcoholismo:

1. Raymond F. Anton, M.D. N Engl J Med 2008; 359:715-721August 14, 2008
2. Das SK, Dhanya L, Vasudevan DM. Biomarkers of alcoholism: an updated review. Scand J Clin Lab Invest. 2008;68(2):81-92.
3. Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Informe sobre Alcohol. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 2007.
4. Rev Fac Med Univ Nac Colomb 2006 Vol. 54 No. 1 Jairo Téllez Mosquera1, Miguel Cote Menéndez Correspondencia: jatellezm@unal.edu.co

Depresión:

1. Alberdi Sudupe J, Taboada O, Castro Dono C. Depresión. Guías clínicas. Fisterra.2003.citado 1 octubre 2007.depresion.asp
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Ginebra, 1992.
3. SAIZ J, IBAÑEZ A: Diagnóstico de equivalentes depresivos.Rev Clin Esp, 2:88-90, 2002..
4. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders TR (DSM-IV-TR). 4th ed.Washington, 2000.
5. Kilts CD, Wade AG, Andersen HF, Schlaepfer TE. Baseline severity of depression predicts antidepressant drug response relative to escitalopram. Expert Opin Pharmacother. Apr 2009;10(6):927-36.

6. Kornstein SG, Li D, Mao Y, Larsson S, Andersen HF, Papakostas GI. Escitalopram versus SNRI antidepressants in the acute treatment of major depressive disorder: integrative analysis of four double-blind, randomized clinical trials. CNS Spectr. Jun 2009;14(6):326-33.
7. 61 Benkert O, Muller M, Szegedi A. An overview of the clinical efficacy of mirtazapine. Hum Psychopharmacol 2002;17:Suppl 1:S23-S26
8. NICE. Depression: management of depression in primary and secondary care: National Clinical Practice Guideline number 23; 2004 December 2004.
9. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. J Consult Clin Psychol 2006;74(4):658-70.
10. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. N Engl J Med 2000;342(20):1462-70
11. Suri R, Burt VK, Altshuler LL. Nefazodone for the treatment of postpartum depression. Arch Women Ment Health 2005;8:55-56
12. Taylor FB, Prather MR. The efficacy of nefazodone augmentation for treatment-resistant depression with anxiety symptoms or anxiety disorder. Depress Anxiety 2003;18:83
13. Department of Veterans Aff airs/Department of Defense (VA/DoD). Clinical practice guideline for the management of major depressive disorder in adults. . Virginia: West Virginia Medical Institute; 2000.

14. Greenhalgh J, Knight C, Hind D, Beverley C, Walters S. Clinical and cost-eff ectiveness of electroconvulsive therapy for depressive illness, schizophrenia, catatonia and mania: systematic reviews and economic modelling studies. Health Technol Assess 2005;9(9):1-156, iii-iv.

Psicosis Organica:

1. Bibliografía:Tratamiento Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos ISSN:1727-897X Medisur 2004; 2(2) Supl1
2. R de la Fuentes Psicologia medica edición 30 Pag 538-549
3. Kraepelin, E, Clinical Psiquiatry:A Tex boock for studemt and Physicians. Macmillan, Nueva York, 2003

Síndrome confusional:

1. Cole MG et Systematic detection and multidisciplinary care of the delium in older medical impatients: a rabdomized trial CMAJ 2002;167:753(PMID: 12389836)
2. Martínez A, Hinojal R. Manejo del paciente violento en prisión. Rev Esp Sanid Penit 1998; 1:13-19.
3. Protocolo de Contención mecánica de movimientos. Hospital Universitario 12 de Octubre. Grupo de trabajo de contención mecánica; Madrid 2003
4. Binder RL, McNiel DE. Contemporary practices in managing acutely violent patients in 20 psychiatric emergency rooms. Psychiatric Services 1999;50:1553-4.
5. TREC Collaborative Group. Rapid tranquillisation for agitated patients in emergency psychiatric rooms: a randomised trial of midazolam versus

haloperidol plus promethazine. BMJ 2003; 327: 708-13 (DOI:10.1136/bmj.327.7417.708)