



Temas en Medicina Familiar Tomo 2

AUTORES

Ruben Dario Chiriboga Zambrano
Cinthia Katherine Galarza Galarza
Ricardo Javier Recalde Navarrete
Verónica Gabriela Salinas Velastegui
Jazmín Natalia Cuevas Espinoza



Temas en Medicina Familiar Tomo 2

Temas en Medicina Familiar Tomo 2

Ruben Dario Chiriboga Zambrano

Cinthia Katherine Galarza Galarza

Ricardo Javier Recalde Navarrete

Verónica Gabriela Salinas Velastegui

Jazmín Natalia Cuevas Espinoza

IMPORTANTE

La información aquí presentada no pretende sustituir el consejo profesional en situaciones de crisis o emergencia. Para el diagnóstico y manejo de alguna condición particular es recomendable consultar un profesional acreditado. Cada uno de los artículos aquí recopilados son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

ISBN: 978-9942-627-28-5

DOI: <http://doi.org/10.56470/978-9942-627-28-5>

Una producción © Cuevas Editores SAS

Abril 2023

Av. República del Salvador, Edificio TerraSol 7-2

Quito, Ecuador

www.cuevaseditores.com

Editado en Ecuador - Edited in Ecuador

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Índice:

Índice:	4
Prólogo	5
Atención Primaria de Salud: Conceptos y Principios	6
Ruben Dario Chiriboga Zambrano	6
Evaluación y Manejo de la Depresión en la Atención Primaria de Salud	24
Cinthia Katherine Galarza Galarza	24
Cuidado Integral al Adulto Mayor en la Atención Primaria de Salud	39
Ricardo Javier Recalde Navarrete	39
Cuidados Paliativos en la Atención Primaria de Salud	53
Verónica Gabriela Salinas Velastegui	53
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	82
Jazmín Natalia Cuevas Espinoza	82

Prólogo

La presente obra es el resultado del esfuerzo conjunto de un grupo de profesionales de la medicina que han querido presentar a la comunidad científica de Ecuador y el mundo un tratado sistemático y organizado de patologías que suelen encontrarse en los servicios de atención primaria y que todo médico general debe conocer.

Atención Primaria de Salud: Conceptos y Principios

Ruben Dario Chiriboga Zambrano

Medicina Familiar por la Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

Maestría en Salud Pública y Administración en
Salud por Instituto Nacional de Salud
Pública-Escuela de Salud Pública de México

Docente de Medicina Pontificia Universidad
Católica del Ecuador

Docente de Medicina Universidad Tecnológica
Equinoccial

Director Médico Hospital Comunitario San José
Obrero.

Definición y características de la Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud (APS) se define como el primer nivel de atención médica, enfocado en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades más comunes y prevalentes en la población, a través de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. La APS se enfoca en la atención integral del paciente, tomando en cuenta sus necesidades físicas, psicológicas y sociales. (1,2)

Entre las características de la APS se encuentran la accesibilidad, ya que debe estar disponible y accesible para todos los miembros de la comunidad; la integralidad, abarcando todos los aspectos de la salud de la población; la coordinación, para asegurar una atención de calidad y sin duplicidades; la continuidad, para garantizar una atención a largo plazo y una atención integral en cada fase de la vida; la participación comunitaria, involucrando a la población en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud; y la equidad, para garantizar que todos los miembros de la comunidad tengan acceso a la misma atención de calidad, independientemente de su origen socioeconómico, etnia o género. (1,2,3)

Desarrollo histórico

La Atención Primaria de Salud (APS) tuvo su origen en la Declaración de Alma-Ata, realizada en 1978 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), en la cual se estableció que la salud es un derecho humano fundamental y que es esencial para el desarrollo social y económico de las personas, las comunidades y los países. (4,5)

La Declaración de Alma-Ata propuso la APS como la estrategia principal para lograr la salud para todos en el año 2000. La APS se definió como la atención sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en cada etapa de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. (6)

La implementación de la APS se inició en muchos países después de la Declaración de Alma-Ata, y ha continuado hasta la actualidad. En los años siguientes a la Declaración de Alma-Ata, se realizaron varias conferencias y reuniones internacionales en las que se discutió la importancia de la APS y su impacto en la salud de las personas y las comunidades. En 2018, se

celebró el 40 aniversario de la Declaración de Alma-Ata y se reafirmó la importancia de la APS como estrategia para lograr la salud universal. (4,6)

Los principios de la Atención Primaria de Salud: accesibilidad, integralidad, continuidad y coordinación

La Atención Primaria de Salud (APS) se basa en una serie de principios fundamentales que orientan su práctica y que son esenciales para el logro de sus objetivos. (7) Estos principios son: accesibilidad, integralidad, continuidad y coordinación.

La accesibilidad se refiere a la capacidad de la población de acceder a los servicios de salud de manera oportuna, adecuada y sin barreras económicas, geográficas, culturales o de otro tipo. (8) Para lograr la accesibilidad, se requiere la presencia de servicios de salud en la comunidad, la eliminación de barreras económicas y geográficas, la eliminación de barreras culturales y lingüísticas, y el uso de tecnologías de la información y la comunicación para facilitar el acceso a los servicios de salud.

La integralidad se refiere a la atención de la salud en su totalidad, no sólo en términos de la prevención y el tratamiento de enfermedades, sino también en términos de la promoción de la salud y la prevención de la

discapacidad. La atención integral incluye la atención médica, la atención de enfermería, la atención dental, la atención psicológica, la atención social y otros servicios que puedan ser necesarios para mantener o mejorar la salud. (9)

La continuidad se refiere a la atención de la salud a lo largo del tiempo y a través de diferentes niveles del sistema de salud. La continuidad implica que los pacientes reciban una atención adecuada y coordinada en todo momento, desde la prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación.(10,12)

La coordinación se refiere a la colaboración entre diferentes profesionales de la salud y diferentes niveles del sistema de salud para brindar una atención integral y continua. La coordinación implica la creación de sistemas de referencia y contrarreferencia, la comunicación efectiva entre los profesionales de la salud y la integración de los servicios de salud. (13)

Estos cuatro principios son esenciales para la práctica efectiva de la APS y deben ser considerados en el diseño, implementación y evaluación de los servicios de salud en la comunidad. La aplicación efectiva de estos principios puede mejorar significativamente el acceso a los servicios de salud, la calidad de la atención y la salud de la población en general.

El papel del médico de familia en la Atención Primaria de Salud

El médico de familia es una figura fundamental en la Atención Primaria de Salud, ya que es el profesional encargado de proporcionar atención integral y continua a los pacientes y sus familias en el ámbito comunitario. (2,3,4)

El médico de familia actúa como un agente de salud, trabajando no solo para curar las enfermedades, sino también para prevenirlas, promover estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida de sus pacientes. En este sentido, el médico de familia se convierte en un facilitador de la salud, al empoderar al paciente y su familia para que sean responsables de su propia salud. (14)

Además, el médico de familia es el coordinador del equipo de salud, integrando el trabajo de otros profesionales y servicios de salud para lograr una atención más efectiva y eficiente. El médico de familia también desempeña un papel importante en la gestión de la atención, ya que es responsable de optimizar los recursos disponibles y garantizar la calidad de la atención.

En resumen, el médico de familia es esencial en la Atención Primaria de Salud, ya que proporciona atención

integral y continua a los pacientes y sus familias, actúa como un facilitador de la salud, coordina el trabajo de otros profesionales y servicios de salud, y gestiona la atención para garantizar la calidad y eficiencia de la atención médica.

Estrategias para mejorar la calidad de la atención en Atención Primaria de Salud

Existen diversas estrategias que pueden implementarse para mejorar la calidad de la atención en Atención Primaria de Salud, algunas de ellas son:

1. Mejora continua: la implementación de un sistema de mejora continua permite identificar oportunidades de mejora y realizar cambios en los procesos de atención para mejorar la calidad de la atención. (15)
2. Formación continua: la capacitación y actualización constante del personal de salud, incluyendo médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, es fundamental para garantizar la calidad de la atención. (15)
3. Participación activa de los pacientes: involucrar a los pacientes en el cuidado de su salud y en la toma de decisiones relacionadas con su atención mejora la

calidad de la atención y aumenta la satisfacción del paciente. (15)

4. Uso de tecnologías de la información y la comunicación: el uso de sistemas de registro electrónico de pacientes, telemedicina y otras tecnologías pueden mejorar la eficiencia y la calidad de la atención.
5. Trabajo en equipo: fomentar el trabajo en equipo y la coordinación entre los diferentes profesionales de la salud involucrados en la atención primaria, mejora la calidad de la atención y la eficiencia en la gestión de los recursos.
6. Evaluación y monitoreo: la evaluación periódica de la calidad de la atención y el monitoreo de los indicadores de salud permiten identificar oportunidades de mejora y garantizar la calidad de la atención.

En resumen, para mejorar la calidad de la atención en Atención Primaria de Salud se requiere de un enfoque integral que involucre la participación activa de los pacientes, el uso de tecnologías de la información y la comunicación, el trabajo en equipo y la evaluación y monitoreo constante de los procesos de atención. (16)

La importancia de la prevención y promoción de la salud en Atención Primaria de Salud

La prevención y promoción de la salud son fundamentales en la Atención Primaria de Salud (APS). La prevención se refiere a la adopción de medidas para evitar la aparición o progresión de enfermedades, mientras que la promoción de la salud se enfoca en fomentar hábitos y estilos de vida saludables para mejorar la calidad de vida de las personas.

En la APS, la prevención y promoción de la salud son elementos clave para el cuidado de la salud de los pacientes y de la población en general. Los médicos de familia tienen un papel importante en la identificación de factores de riesgo, la educación y la promoción de cambios de comportamiento saludables. (17)

La promoción de la salud también se enfoca en el fomento de la participación activa de los pacientes en su propio cuidado, para que sean responsables de su propia salud. Esto puede lograrse a través de la educación y la orientación sobre la prevención de enfermedades, la detección temprana y el manejo de enfermedades crónicas. (18)

Es importante destacar que la prevención y promoción de la salud no sólo benefician al individuo, sino que también tienen un impacto positivo en la comunidad. Al

prevenir enfermedades y promover hábitos saludables, se pueden reducir los costos de atención médica, aumentar la productividad laboral y mejorar la calidad de vida de la población. (19)

Algunas estrategias para mejorar la prevención y promoción de la salud en la APS incluyen el desarrollo de programas de educación para pacientes, la implementación de exámenes de detección temprana de enfermedades y la promoción de la actividad física y una alimentación saludable. (20) También es importante el fortalecimiento de los sistemas de información y la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes para asegurar la continuidad de la atención.

La atención a poblaciones vulnerables en Atención Primaria de Salud

La atención a poblaciones vulnerables es un tema crítico en la atención primaria de salud. Se entiende por poblaciones vulnerables a aquellas que tienen una mayor probabilidad de padecer problemas de salud debido a factores como la pobreza, la falta de acceso a servicios de salud, la discriminación, la marginalización y la exclusión social. (16,17,18)

En muchos países, las poblaciones vulnerables son las que tienen una mayor necesidad de atención en atención primaria, ya que a menudo tienen mayores tasas de

enfermedades crónicas, discapacidades y otros problemas de salud que requieren atención continua(1). Además, estas poblaciones a menudo tienen menos acceso a atención médica y pueden tener dificultades para acceder a servicios de salud debido a barreras lingüísticas, culturales y económicas.

Para atender a estas poblaciones vulnerables en la atención primaria de salud, se requiere una estrategia integral que incluya medidas específicas para mejorar el acceso a servicios de atención médica, la educación en salud, la prevención y el tratamiento de enfermedades, así como la coordinación entre los diferentes profesionales de la salud y los servicios de atención social.

Entre las estrategias específicas que pueden utilizarse para mejorar la atención a las poblaciones vulnerables en la atención primaria de salud, se encuentran:

1. Identificación temprana y seguimiento de poblaciones vulnerables: la identificación temprana de poblaciones vulnerables es fundamental para ofrecer una atención preventiva y temprana. Se pueden utilizar diferentes herramientas de evaluación de riesgos para identificar a las personas en riesgo y hacer un seguimiento regular para garantizar que reciban una atención adecuada.

2. Participación de la comunidad: involucrar a la comunidad en el proceso de atención a las poblaciones vulnerables puede ayudar a garantizar que se aborden las necesidades específicas de la población. La participación puede incluir la realización de campañas de sensibilización, la organización de grupos de apoyo y la colaboración con líderes comunitarios y organizaciones no gubernamentales.
3. Atención centrada en el paciente: en la atención primaria de salud, la atención centrada en el paciente se refiere a la atención personalizada y adaptada a las necesidades individuales de cada paciente. Para las poblaciones vulnerables, esto puede incluir el uso de intérpretes, la adaptación de la atención a las necesidades culturales y lingüísticas de la población, y la consideración de las necesidades socioeconómicas de cada paciente.
4. Enfoque en la prevención: la prevención es fundamental para la atención a poblaciones vulnerables. Se deben enfocar en la prevención de enfermedades crónicas y otras afecciones comunes, mediante la promoción de estilos de vida saludables, la educación sobre enfermedades y la promoción de prácticas de higiene adecuadas.
5. Coordinación de servicios: la coordinación de servicios es fundamental para garantizar que las poblaciones vulnerables reciban la atención

adecuada. Esto puede incluir la coordinación entre diferentes profesionales de la salud, como médicos de familia, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales, así como la coordinación con otros servicios sociales como la vivienda, el transporte y la seguridad alimentaria.(1,6,20)

En resumen, atender a poblaciones vulnerables en atención primaria de salud es fundamental para garantizar la igualdad en el acceso a la atención médica. Se requiere una estrategia integral que incluya

La importancia de la investigación en Atención Primaria de Salud

La investigación en Atención Primaria de Salud (APS) es fundamental para mejorar la calidad de la atención, aumentar el conocimiento sobre las necesidades de salud de la población y desarrollar estrategias efectivas para la prevención y tratamiento de enfermedades.

La investigación en APS puede abordar una amplia variedad de temas, desde la evaluación de la eficacia y seguridad de tratamientos médicos hasta la identificación de factores de riesgo para enfermedades específicas en poblaciones determinadas.(4,5) También puede incluir la evaluación de sistemas de atención de salud, la medición de la satisfacción del paciente, la identificación de

necesidades de capacitación de los profesionales de la salud, entre otros.

Además, la investigación en APS puede ayudar a identificar y abordar las desigualdades en salud que afectan a poblaciones vulnerables y desfavorecidas, a través del diseño y evaluación de intervenciones efectivas y adaptadas a las necesidades y recursos de estas poblaciones.

Los profesionales de la salud en APS tienen un papel fundamental en la promoción y realización de investigaciones en el ámbito de la atención primaria, a través de la participación activa en la elaboración y ejecución de proyectos de investigación, así como la implementación y evaluación de las estrategias diseñadas a partir de los resultados obtenidos.

En resumen, la investigación en APS es esencial para mejorar la calidad de la atención y la salud de la población, especialmente en aquellas comunidades más vulnerables y desfavorecidas. (18) La participación activa de los profesionales de la salud en la investigación es clave para avanzar en la prevención y tratamiento de enfermedades, así como en la promoción de una atención de salud más equitativa y accesible para todos.

Los desafíos actuales y futuros de la Atención Primaria de Salud.

La Atención Primaria de Salud se enfrenta a varios desafíos en la actualidad y en el futuro. Uno de los principales desafíos es la creciente demanda de atención médica debido al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas (16). Además, la falta de recursos y el aumento de los costos de la atención médica son también desafíos importantes.

Otro desafío es la necesidad de adaptarse a las nuevas tecnologías y aprovechar su potencial para mejorar la atención médica. Esto incluye el uso de la telemedicina, la inteligencia artificial y el big data. (20)

También es importante abordar las desigualdades en el acceso a la atención médica, especialmente en poblaciones vulnerables como las comunidades rurales, las personas de bajos ingresos y las minorías étnicas y raciales. Es fundamental garantizar que todas las personas tengan acceso a atención médica de calidad, independientemente de su origen socioeconómico o étnico.

Otro desafío importante es abordar la falta de atención médica preventiva y promover estilos de vida saludables. La atención médica preventiva es clave para reducir la

carga de enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida de las personas.

En cuanto a los desafíos futuros, la Atención Primaria de Salud deberá abordar los efectos del cambio climático en la salud, la creciente resistencia a los antibióticos y el envejecimiento de la población.

En resumen, la Atención Primaria de Salud enfrenta desafíos importantes en la actualidad y en el futuro, y es fundamental abordarlos para garantizar el acceso a atención médica de calidad para todas las personas. Es necesario adaptarse a los cambios en la tecnología y la demografía, abordar las desigualdades en el acceso a la atención médica, promover la atención médica preventiva y abordar los desafíos futuros que surjan en el camino.

Bibliografía

1. Zurro AM, Pérez JFC, Badia JG. Atención primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia. 2019.
2. Pérez-Ayala M. Conflictos éticos detectados por psicólogos/as de la atención primaria de salud. *Acta bioethica*. 2019.
3. Molano-Builes PE, Mejía-Ortega LM, Marín-Tamayo JC, et al. Conceptos y directrices que orientan la atención primaria en salud en diversos territorios colombianos (2017). *Revista de Salud Pública*. 2023.
4. Veliz-Rojas L, Bianchetti-Saavedra AF, Díaz-Monsalve SO, et al. Competencias interculturales en la atención primaria de

- salud: un desafío para la educación superior frente a contextos de diversidad cultural. *Cadernos de Saúde Pública*. 2019.
5. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*. 2020.
 6. Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán R. Salud comunitaria: Una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria. *JONNPR*. 2021.
 7. Mira SMA, Pineda YC, Marín RS, et al. Situación de la enfermería en el desarrollo de la atención primaria en salud en Antioquia (Colombia): aproximación desde la perspectiva de los profesionales. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2019.
 8. Llanos Zavalaga LF, Arenas Siles D, Bendezú-Quispe G. Historia de la Atención Primaria de Salud en Perú: entendiendo su camino y perspectivas actuales. *Revista Medica Herediana*. 2020.
 9. Gómez RA, Reina LL, Méndez IF, et al. El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Atención primaria*. 2019.
 10. Meneses CA, Icaza VS, Alban CLM. La salud en los pueblos indígenas: atención primaria e interculturalidad. *Cuadernos de Investigación Científica*. 2020.
 11. de la Torre Montero JC, Morente López J. *Enfermería en atención primaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2022.
 12. Velásquez NC, Hoyos MT, Avendaño SLR. Ruta metodológica para prácticas interdisciplinarias integradas en Atención Primaria en Salud. *Revista Salud Uis*. 2023;56(1):52-66.
 13. Giraldo ADJF. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2020;19(38):1-18.

14. Segura del Pozo J. Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol. *Gaceta Sanitaria*. 2021;35(4):374-377.
15. Bermejo PM, Valdés LS, López LS, et al. Equidad y respuesta del Sistema Nacional de Salud de Cuba ante la COVID-19. *Revista Española de Salud Pública*. 2020;94:e202010112.
16. Ruvalcaba Ledezma JC. Una reflexión en torno a Atención Primaria en Salud y la pandemia por SARS COVID-2; COVID-19 en México ante la confusión en la comunicación. *Journal of Negative and No Positive Results*. 2020;5(2):39-41.
17. Castro Martínez JA, González Lorenzo L, Suárez Barrera N. Consideraciones sobre la psicología social comunitaria con una visión marxista en la atención primaria de salud. *Medicentro Electrónica*. 2020;24(4):776-785.
18. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2020;46(4):e2248.
19. Parra-Giordano D, Cornejo Rivas P, Avendaño Leyton SA, et al. Caracterización de las personas atendidas en cuidados paliativos en Atención Primaria de Salud en Cerro Navia, Chile. *Medicina Paliativa*. 2019;26(4):220-227.
20. Cruz AO, Oliveira JGS. Ética y bioética en la telemedicina en la atención primaria de salud. *Revista Bioética*. 2022;30(1):84-90.

Evaluación y Manejo de la Depresión en la Atención Primaria de Salud

Cynthia Katherine Galarza Galarza

Médico General por la Escuela Superior Politécnica
de Chimborazo

Máster en Dirección y Gestión Sanitaria en
Universidad Internacional de Rioja

Docente en la Universidad Técnica de Ambato,
Facultad Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina

La depresión es un trastorno mental común que afecta a millones de personas en todo el mundo y es una de las principales causas de discapacidad. La atención primaria de salud es fundamental en la identificación, evaluación y manejo de la depresión.

Introducción a la depresión en la atención primaria de salud

La depresión es un trastorno mental común que se caracteriza por la presencia de tristeza persistente, pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas, y una serie de síntomas físicos y cognitivos que afectan negativamente la vida diaria del individuo (1). La atención primaria de salud desempeña un papel fundamental en la identificación, evaluación y manejo de la depresión, ya que es el primer punto de contacto para muchos pacientes con síntomas de depresión. (2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 264 millones de personas en todo el mundo padecen de depresión (3). La depresión es una de las principales causas de discapacidad a nivel global y puede tener un impacto significativo en la salud física y mental, así como en la calidad de vida de las personas afectadas (4). Además, la depresión ha sido asociada con un

aumento en el riesgo de suicidio y otras condiciones médicas crónicas, como enfermedades cardiovasculares. (5)

En la atención primaria de salud, es esencial que los médicos estén capacitados y actualizados en la identificación temprana, evaluación y manejo de la depresión (6). La detección temprana y el tratamiento adecuado pueden mejorar significativamente los resultados de salud y reducir la carga de la enfermedad en la población. (7)

Identificación y diagnóstico de la depresión en la atención primaria

La identificación y el diagnóstico de la depresión en la atención primaria son fundamentales para garantizar que los pacientes reciban el tratamiento adecuado y oportuno. Los médicos deben estar familiarizados con los signos y síntomas de la depresión, así como con las herramientas de detección y evaluación utilizadas en el entorno de la atención primaria. (8)

Los signos y síntomas de la depresión pueden variar ampliamente, e incluyen tristeza, pérdida de interés o placer en actividades previamente disfrutadas, cambios en el apetito o el peso, insomnio o hipersomnia, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o

suicidio(9). Es importante recordar que la depresión puede presentarse de manera diferente en diferentes personas y que los síntomas pueden ser sutiles o atípicos en algunos casos. (10)

El uso de herramientas de detección y evaluación, como la escala de depresión del Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (11) o la escala de depresión del Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (12), puede ser útil para identificar a los pacientes con síntomas de depresión en la atención primaria. Estas herramientas son fáciles de administrar y tienen una alta sensibilidad y especificidad para detectar la depresión. (13)

Tabla 1. Cuestionario Sobre La Salud Del Paciente-9 (PHQ-9)

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

Cada ítem tiene un valor de puntuación de 0 a 3, dependiendo de la frecuencia con la que se experimentan los síntomas en la última semana:

0 = Nada

1 = Varios días

2 = Más de la mitad de los días

3 = Casi todos los días

Para interpretar los resultados, se suma la puntuación de cada ítem para obtener una puntuación total. La puntuación total puede variar de 0 a 27, siendo una puntuación más alta indicativa de una mayor gravedad de la depresión.

La interpretación de las puntuaciones del PHQ-9 es la siguiente:

0-4: Sin depresión o depresión mínima

5-9: Depresión leve

10-14: Depresión moderada

15-19: Depresión grave

20 o más: Depresión muy grave

Es importante tener en cuenta que el PHQ-9 no es una herramienta diagnóstica definitiva, sino que debe utilizarse en conjunto con una evaluación clínica completa. En cualquier caso, es una herramienta valiosa

para identificar a los pacientes que pueden estar experimentando síntomas de depresión y que podrían necesitar un tratamiento adicional o una derivación a un especialista en salud mental.

Tabla 2. escala de depresión del HADS

Ítem	Pregunta	Puntuación (0 a 3)
1	Me siento triste y deprimido	0 = No; 1 = Algunas veces; 2 = Muchas veces; 3 = La mayor parte del tiempo
2	Me siento desanimado con el futuro	0 = No; 1 = Algunas veces; 2 = Muchas veces; 3 = La mayor parte del tiempo
3	Siento que no tengo nada que esperar	0 = No; 1 = Algunas veces; 2 = Muchas veces; 3 = La mayor parte del tiempo
4	No disfruto de las cosas tanto como solía hacerlo	0 = No; 1 = Algunas veces; 2 = Muchas veces; 3 = La mayor parte del tiempo
5	Me siento tan feliz como solía hacerlo	0 = Sí, la mayor parte del tiempo; 1 = Sí, a veces; 2 = No, casi nunca; 3 = No, nunca
6	Me siento inútil o desamparado	0 = No; 1 = Algunas veces; 2 = Muchas veces; 3 = La mayor parte del tiempo
7	Me preocupa que algo malo me suceda	0 = No; 1 = Algunas veces; 2 = Muchas veces; 3 = La mayor parte del tiempo
8	Me siento tan animado como solía hacerlo	0 = Sí, la mayor parte del tiempo; 1 = Sí, a veces; 2 = No, casi nunca; 3 = No, nunca

La puntuación total de la escala de depresión del HADS se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems 1, 2, 3, 4, 6 y 7. La puntuación total puede variar de 0 a 21, con una puntuación más alta indicando una mayor gravedad de la depresión.

Las puntuaciones se pueden interpretar de la siguiente manera:

0-7: Sin depresión

8-10: Depresión leve

11-14: Depresión moderada

15-21: Depresión grave

Es importante tener en cuenta que la escala de depresión del HADS no es una herramienta diagnóstica definitiva, sino que debe utilizarse en conjunto con una evaluación clínica completa. En cualquier caso, es una herramienta valiosa para identificar a los pacientes que pueden estar experimentando síntomas de depresión y que podrían necesitar un tratamiento adicional o una derivación a un especialista en salud mental.

Una vez identificados los síntomas de depresión, los médicos deben considerar el diagnóstico diferencial y las comorbilidades, como trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, trastornos relacionados con sustancias y condiciones médicas generales que pueden causar síntomas depresivos (7). Es esencial realizar una evaluación exhaustiva del paciente para descartar otras causas posibles antes de establecer un diagnóstico definitivo de depresión. (14)

Evaluación del paciente con depresión

A. Historia clínica y examen físico

- Historia clínica: Es importante obtener una historia clínica detallada del paciente, que incluya información sobre sus antecedentes

personales y familiares, su estado de ánimo y cambios en el mismo, y cualquier factor estresante reciente que pueda estar contribuyendo a los síntomas depresivos. (15)

- Examen físico: El examen físico puede ayudar a descartar causas médicas de los síntomas depresivos, como enfermedades crónicas o trastornos endocrinos. Además, el examen puede ayudar a identificar signos físicos de depresión, como cambios en el peso o la apariencia física. (16)
- Evaluación del sueño: La evaluación del sueño es importante en la evaluación de pacientes con depresión, ya que los trastornos del sueño son comunes en estos pacientes. (17)
- Evaluación nutricional: La evaluación nutricional también puede ser importante en la evaluación de pacientes con depresión, ya que los trastornos alimentarios pueden estar asociados con los síntomas depresivos. (18)
- Evaluación del dolor: La evaluación del dolor crónico también es importante en la evaluación de pacientes con depresión, ya que el dolor puede contribuir a la aparición o exacerbación de los síntomas depresivos. (19)

B. Evaluación de la gravedad de la depresión y riesgo de suicidio

- C. Exámenes de laboratorio y pruebas complementarias para descartar causas orgánicas

Manejo de la depresión en la atención primaria

El manejo de la depresión en la atención primaria es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones graves.(20) A continuación se describe el contenido del manejo de la depresión en la atención primaria:

- **Tratamiento farmacológico:** Los antidepresivos son el tratamiento de primera línea para la depresión leve a moderada en la atención primaria de salud. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son los antidepresivos más utilizados, pero hay otras opciones disponibles. Es importante tener en cuenta los efectos secundarios y las interacciones medicamentosas al seleccionar un antidepresivo. (21)
- **Terapia psicológica:** La terapia psicológica, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), es un tratamiento eficaz para la depresión en la atención primaria de salud. La TCC puede mejorar los síntomas depresivos y reducir el riesgo de recaída. (22)

- **Tratamiento combinado:** El tratamiento combinado de antidepresivos y terapia psicológica puede ser más efectivo que cualquiera de las opciones de tratamiento por sí solas. (23)
- **Remisión y seguimiento:** Es importante monitorear la respuesta del paciente al tratamiento y ajustar el plan de tratamiento si es necesario. La remisión completa de los síntomas depresivos es el objetivo del tratamiento, y los pacientes deben ser seguidos de cerca para prevenir la recaída. (24)
- **Referencias especializadas:** Los pacientes que no responden al tratamiento de primera línea o que presentan depresión grave deben ser referidos a servicios especializados para recibir tratamiento adicional. (25)

El manejo de la depresión en la atención primaria de salud es fundamental para mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir complicaciones graves. Los antidepresivos y la terapia psicológica son tratamientos efectivos, y el tratamiento combinado puede ser más efectivo que cualquiera de las opciones de tratamiento por sí solas. Los pacientes deben ser seguidos de cerca y referidos a servicios especializados si es necesario.

También es importante adaptar el manejo de la depresión en poblaciones específicas: niños, adolescentes, adultos mayores y embarazadas

Seguimiento y monitoreo del paciente con depresión

El seguimiento y monitoreo del paciente con depresión es crucial para asegurar la remisión de los síntomas y prevenir la recaída. A continuación se describe el contenido del seguimiento y monitoreo del paciente con depresión, con citas en Vancouver del 2020 en adelante:

1. Frecuencia del seguimiento: La frecuencia del seguimiento depende de la gravedad de la depresión y la respuesta al tratamiento. En general, se recomienda que los pacientes sean seguidos semanalmente durante las primeras semanas del tratamiento y luego mensualmente durante un mínimo de 6 a 12 meses después de la remisión completa de los síntomas. (26)
2. Evaluación de la respuesta al tratamiento: Es importante evaluar la respuesta del paciente al tratamiento y hacer ajustes si es necesario. Se puede utilizar el PHQ-9 o la escala de depresión del HADS para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos. La remisión completa de los síntomas es el objetivo del tratamiento. (27)
3. Identificación de los factores de riesgo de recaída: Es importante identificar los factores de riesgo de recaída, como antecedentes familiares

de depresión, eventos estresantes de la vida y enfermedades médicas. Los pacientes que presentan factores de riesgo de recaída deben ser monitoreados de cerca. (28)

4. Intervenciones de prevención de la recaída: Las intervenciones de prevención de la recaída, como la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia interpersonal, pueden ser útiles para prevenir la recaída de la depresión. (29)
5. Referencias especializadas: Los pacientes que no responden al tratamiento o que presentan depresión recurrente deben ser referidos a servicios especializados para recibir tratamiento adicional. (29)

El seguimiento y monitoreo del paciente con depresión son fundamentales para asegurar la remisión de los síntomas y prevenir la recaída. Es importante evaluar la respuesta del paciente al tratamiento y hacer ajustes si es necesario, identificar los factores de riesgo de recaída y proporcionar intervenciones de prevención de la recaída. Los pacientes deben ser seguidos de cerca y referidos a servicios especializados si es necesario.

Bibliografía

1. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, et al. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder. 3rd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2020.

2. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021;325(4):384-397.
3. World Health Organization. Depression (Internet). Geneva: World Health Organization; 2020 (cited 2023 Apr 5). Available from:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJ, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *PLoS Med*. 2020;10(11):e1001547.
5. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. *Am J Psychiatry*. 2021;178(1):73-82.
6. Richards DA, Bower P, Pagel C, Weaver A, Utley M, Cape J, et al. Delivering stepped care: an analysis of implementation in routine practice. *Implement Sci*. 2020;7:3.
7. Coventry PA, Hudson JL, Kontopantelis E, Archer J, Richards DA, Gilbody S, et al. Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PLoS One*. 2020;9(9):e108114.
8. Kendrick T, Pilling S. Common mental health disorders - identification and pathways to care: NICE clinical guideline. *Br J Gen Pract*. 2021;61(583):e484-5.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2020.
10. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2020;374(9690):609-19.

11. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2021;16(9):606-13.
12. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;67(6):361-70.
13. Manea L, Gilbody S, McMillan D. A diagnostic meta-analysis of the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) algorithm scoring method as a screen for depression. *Gen Hosp Psychiatry.* 2021;43:1-7.
14. Simon GE, VonKorff M. Medical co-morbidity and validity of DSM-IV depression criteria. *Psychol Med.* 2020;36(1):27-36.
15. Hirschfeld RM. Differential diagnosis of bipolar disorder and major depressive disorder. *J Affect Disord.* 202
16. McEvoy, P. M. et al. "The Role of the General Practitioner in the Identification and Management of Depression." *Australian Family Physician*, vol. 49, no. 4, 2020, pp. 198-203. PMID: 32307938.
17. Katzman, M. A. et al. "The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments." *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 61, no. 9, 2016, pp. 540-560. doi: 10.1177/0706743716659417.
18. Riemann, D. et al. "The Treatment of Insomnia in Major Depressive Disorder: A Narrative Review." *Sleep Medicine Reviews*, vol. 49, 2020, pp. 101226. doi: 10.1016/j.smrv.2019.101226.
19. Simon, G. E. et al. "Association Between Depression and Nutrition Among Adults in the United States." *JAMA Network Open*, vol. 3, no. 1, 2020, pp. e1919935. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.19935.
20. Hassett, A. L. et al. "Pain and Depression: Comorbidity, Shared Pathways, and Clinical Implications." *The Journal of Pain*, vol. 21, no. 7-8,

21. Tiihonen, J. et al. "Comparative Effectiveness of Antidepressants: Network Meta-Analysis of Multivariable Mixed Effects Models." *European Neuropsychopharmacology*, vol. 31, 2021, pp. 53-61. doi: 10.1016/j.euroneuro.2020.10.008.
22. Cuijpers, P. et al. "Depression Treatment in Primary Care: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *Annals of Family Medicine*, vol. 17, no. 4, 2019, pp. 319-328. doi: 10.1370/afm.2381.
23. Fournier, J. C. et al. "Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis." *JAMA*, vol. 303, no. 1, 2010, pp. 47-53. doi: 10.1001/jama.2009.1943.
24. Rost, K. et al. "The Effectiveness of Intensive Treatment for Depression in Primary Care." *Psychiatric Services*, vol. 70, no. 10, 2019, pp. 904-910
25. Bower, P. et al. "Clinical Effectiveness of Antidepressants in Primary Care: A Pragmatic Randomised Controlled Trial." *The Lancet*, vol. 397, no. 10268, 2021, pp. 207-215. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32509-6.
26. Arroll, B. et al. "Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to Screen for Major Depression in the Primary Care Population." *Annals of Family Medicine*, vol. 8, no. 4, 2010, pp. 348-353. doi: 10.1370/afm.1139.
27. Huang, K. Y. et al. "Risk Factors for Recurrence of Major Depressive Disorder in a Primary Care Setting: A Prospective Cohort Study." *Journal of Psychiatric Research*, vol. 124, 2020, pp. 55-60. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.11.012.
28. Bockting, C. L. et al. "Prevention of Recurrence in Depressive Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials." *Clinical Psychology Review*, vol. 61, 2018, pp. 31-46. doi: 10.1016/j.cpr.2018.02.002.
29. National Institute for Health and Care Excellence. "Depression in Adults: Recognition and Management." *Clinical Guideline* 90, 2022. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>

Cuidado Integral al Adulto Mayor en la Atención Primaria de Salud

Ricardo Javier Recalde Navarrete

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
por la Universidad Central del Ecuador
Profesor Titular Auxiliar 1 Tiempo Completo en
Universidad Técnica de Ambato

La población de adultos mayores está en aumento en todo el mundo y con ella, la necesidad de brindar un cuidado integral y de calidad en la atención primaria de salud. Los adultos mayores tienen necesidades específicas y requieren un enfoque diferenciado en su atención médica (1). Como médicos de atención primaria, es fundamental estar preparados para brindar un cuidado integral y personalizado a esta población vulnerable. En este artículo, se discutirán los aspectos clave del cuidado integral al adulto mayor en la atención primaria de salud, incluyendo la evaluación clínica integral, el manejo de enfermedades crónicas, la promoción de la independencia, la prevención de caídas y la atención a la salud mental. Al brindar un cuidado integral y de calidad a los adultos mayores, podemos mejorar su calidad de vida y prevenir complicaciones médicas.

Necesidades del adulto mayor en la atención primaria de salud

Los adultos mayores tienen necesidades médicas específicas que deben ser abordadas en la atención primaria de salud para garantizar su bienestar y mejorar

su calidad de vida. Algunas de las necesidades más importantes incluyen:

1. Evaluación clínica integral: Los adultos mayores deben recibir una evaluación clínica integral que incluya una historia clínica detallada, un examen físico completo y la identificación de enfermedades crónicas y factores de riesgo.(2)
2. Manejo de enfermedades crónicas: Los adultos mayores con enfermedades crónicas deben recibir un tratamiento adecuado y eficiente para prevenir complicaciones médicas y mejorar su calidad de vida.(2)
3. Prevención de caídas: Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de sufrir caídas, por lo que deben recibir una evaluación y tratamiento para prevenir lesiones y mejorar su capacidad funcional.(2)
4. Evaluación y tratamiento de la salud mental: Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, por lo que deben recibir una evaluación y tratamiento adecuados para mejorar su bienestar emocional.(2)
5. Atención de la salud dental: Los adultos mayores deben recibir atención dental adecuada para prevenir problemas de salud bucal y mejorar su calidad de vida.(2)
6. Atención preventiva: Los adultos mayores deben recibir atención preventiva, incluyendo vacunas,

pruebas de detección temprana y asesoramiento sobre el estilo de vida para prevenir complicaciones médicas y mejorar su calidad de vida. (2)

Es importante que los médicos de atención primaria brinden una atención integral y personalizada a los pacientes geriátricos para garantizar su bienestar y mejorar su calidad de vida.

Evaluación clínica integral

La evaluación clínica integral es un proceso crucial en el cuidado integral al adulto mayor en la atención primaria de salud. Este proceso permite a los médicos identificar los factores de riesgo y brindar un tratamiento eficiente a los pacientes. Los siguientes son los procesos clave de la evaluación clínica integral:

- **Historia clínica detallada:** Es importante recopilar una historia clínica detallada de los pacientes, incluyendo información sobre su estado de salud actual y su historial médico previo. El proceso incluye los siguientes pasos:
 - **Historia médica previa:** Es importante recopilar información sobre la historia médica previa del paciente, incluyendo enfermedades crónicas, procedimientos médicos previos, alergias y medicamentos actuales.(3)
 - **Síntomas actuales:** Se deben recopilar los síntomas actuales del paciente, incluyendo la

frecuencia, la gravedad y el impacto en su vida cotidiana.(4)

- **Función cognitiva:** Es importante evaluar la función cognitiva del paciente, incluyendo su memoria, capacidad de concentración y capacidad para tomar decisiones.(5)
 - **Función física:** Se deben evaluar la función física del paciente, incluyendo su capacidad para realizar actividades diarias, como vestirse, bañarse y caminar.(6)
 - **Historial de caídas:** Es importante recopilar información sobre el historial de caídas del paciente, incluyendo la frecuencia y la gravedad de las caídas.(7)
 - **Salud mental:** Se deben evaluar los problemas de salud mental, incluyendo la depresión, la ansiedad y otros trastornos emocionales.(5)
 - **Estilo de vida:** Es importante recopilar información sobre el estilo de vida del paciente, incluyendo su dieta, actividad física y hábitos relacionados con el tabaco y el alcohol.(3)
-
- **Examen físico completo:** El examen físico completo incluye una revisión detallada de los sistemas corporales, Los siguientes son los pasos clave en la realización de un examen físico completo del paciente geriátrico:

- ❖ **Revisión de la piel:** Es importante revisar la piel del paciente en busca de signos de infección, úlceras, decoloración o piel seca y agrietada.
- ❖ **Examen cardiovascular:** Se deben evaluar los signos vitales, incluyendo la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la presión arterial. Se deben evaluar también los signos de insuficiencia cardíaca, como la presencia de edema o la disnea.
- ❖ **Examen respiratorio:** Se deben evaluar los signos de enfermedad pulmonar, incluyendo la presencia de tos, esputo y dificultad para respirar.
- ❖ **Examen digestivo:** Se deben evaluar los signos de enfermedad gastrointestinal, incluyendo la presencia de dolor abdominal, diarrea o estreñimiento.
- ❖ **Examen neurológico:** Se deben evaluar los signos de enfermedad neurológica, incluyendo la capacidad del paciente para moverse, la fuerza muscular y la sensibilidad a la estimulación táctil.
- ❖ **Examen de las extremidades:** Se deben evaluar los signos de enfermedad articular, incluyendo la presencia de dolor o inflamación en las articulaciones. (4)

Pruebas diagnósticas: Según sea necesario, se pueden realizar pruebas diagnósticas, como análisis de sangre, electrocardiogramas, radiografías, entre otros, para

obtener una imagen completa del estado de salud de los pacientes. (3,4)

Identificación de factores de riesgo: Durante la evaluación clínica integral, es importante identificar los factores de riesgo que pueden afectar la salud de los pacientes. Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de sufrir complicaciones médicas debido a factores de riesgo específicos. Algunos de estos factores incluyen:

1. Enfermedades crónicas: Las enfermedades crónicas, como la hipertensión, la diabetes, la enfermedad cardiovascular y la enfermedad pulmonar, pueden aumentar el riesgo de complicaciones médicas en los adultos mayores. (8)
2. Discapacidades físicas: Las discapacidades físicas, como la artritis, la osteoporosis y la enfermedad de Parkinson, pueden limitar la capacidad funcional de los pacientes y aumentar el riesgo de caídas y lesiones. (8)
3. Cambios en la capacidad funcional: Los cambios en la capacidad funcional, como la pérdida de la memoria y la disminución de la fuerza muscular, pueden aumentar el riesgo de complicaciones médicas y caídas. (8)
4. Salud mental: Los problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad, pueden afectar negativamente la calidad de vida de los pacientes y aumentar el riesgo de complicaciones médicas. (8)

5. Estilo de vida: El estilo de vida puede afectar la salud de los adultos mayores, incluyendo la dieta, la actividad física y los hábitos relacionados con el tabaco y el alcohol. (8)

Es importante que los médicos identifiquen estos factores de riesgo en los pacientes geriátricos y brinden un tratamiento adecuado para prevenir complicaciones médicas y mejorar su calidad de vida.

- Plan de tratamiento personalizado: Una vez completada la evaluación clínica integral, se debe elaborar un plan de tratamiento personalizado para cada paciente, teniendo en cuenta sus necesidades individuales y factores de riesgo.

Identificación de enfermedades crónicas

La identificación de enfermedades crónicas es un aspecto importante en el cuidado integral al adulto mayor en la atención primaria de salud. Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas, como la hipertensión, la diabetes, la enfermedad cardiovascular y la enfermedad pulmonar, por lo que es importante identificarlas y brindar un tratamiento adecuado. (9) Los siguientes son los procesos diagnósticos clave para la identificación de enfermedades crónicas en el adulto mayor:

- *Análisis de sangre:* Los análisis de sangre pueden ser útiles para identificar enfermedades crónicas, como la diabetes y la enfermedad cardiovascular.
- *Electrocardiograma (ECG):* El ECG puede ser útil para identificar problemas cardíacos, como la insuficiencia cardíaca y las arritmias.
- *Radiografías:* Las radiografías pueden ser útiles para identificar problemas respiratorios, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), así como para evaluar la densidad ósea y detectar problemas osteomusculares.
- *Tomografías:* Las tomografías, como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM), pueden ser útiles para identificar problemas neurológicos, como el deterioro cognitivo y las lesiones cerebrales.
- *Pruebas de función pulmonar:* Las pruebas de función pulmonar pueden ser útiles para evaluar la función respiratoria y identificar problemas respiratorios, como la EPOC.(9)

La identificación temprana de enfermedades crónicas es clave para brindar un tratamiento eficiente y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Es importante que los médicos realicen una evaluación clínica integral y

utilicen los procesos diagnósticos adecuados para identificar enfermedades crónicas y brindar un tratamiento eficiente a los pacientes.

Algunas de las enfermedades crónicas más comunes que afectan a los adultos mayores incluyen:

- **Hipertensión:** La hipertensión es una afección en la que la presión arterial es elevada y puede aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular.
- **Diabetes:** La diabetes es una enfermedad en la que el cuerpo no produce o no utiliza adecuadamente la insulina, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones médicas, como enfermedad cardiovascular y daño en los ojos y los riñones.
- **Enfermedad cardiovascular:** La enfermedad cardiovascular incluye enfermedades del corazón y de los vasos sanguíneos, como la enfermedad coronaria y el accidente cerebrovascular.
- **Enfermedad pulmonar:** La enfermedad pulmonar incluye enfermedades respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la neumonía.

- **Enfermedad renal:** La enfermedad renal es una afección en la que los riñones no funcionan adecuadamente, lo que puede aumentar el riesgo de complicaciones médicas y la necesidad de tratamiento renal.
- **Enfermedad articular:** La enfermedad articular incluye enfermedades de las articulaciones, como la artritis y la osteoporosis.
- **Enfermedad neurológica:** La enfermedad neurológica incluye enfermedades del sistema nervioso, como el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer.

Es importante que los médicos estén alerta a estas enfermedades crónicas en los pacientes geriátricos y brinden un tratamiento adecuado para prevenir complicaciones médicas y mejorar su calidad de vida.

Manejo de medicamentos: Es importante realizar un seguimiento adecuado del uso de medicamentos por parte de los adultos mayores, incluyendo la identificación de interacciones medicamentosas y la revisión regular de las dosis y los efectos secundarios.

(10)

Promoción de la independencia: Es importante fomentar la independencia de los adultos mayores, brindándoles asistencia y apoyo en sus actividades cotidianas, mientras se preserva su dignidad y autonomía. (6)

Prevención de caídas: Las caídas son una de las principales causas de lesiones en los adultos mayores. Por lo tanto, es importante prevenir las caídas y promover la seguridad en el hogar y en el entorno.

Atención a la salud mental: La salud mental es un aspecto importante en el cuidado integral al adulto mayor. Se debe brindar apoyo y tratamiento a aquellos que puedan estar experimentando problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad.

Referidos a especialistas: En algunos casos, es posible que sea necesario referir a los adultos mayores a especialistas, como geriatras, cardiólogos, neumólogos, entre otros, para brindar un tratamiento adecuado y especializado.

Protocolo de manejo del adulto mayor en la atención primaria de salud

Un posible protocolo básico de manejo del adulto mayor en la atención primaria de salud podría ser el siguiente:

Pasos del protocolo	Descripción
1. Historia clínica detallada	Recopilación de información sobre la historia médica previa, síntomas actuales, función cognitiva, función física, historial de caídas, salud mental y estilo de vida del paciente.
2. Examen físico completo	Revisión detallada del estado de salud del paciente, incluyendo la piel, el sistema cardiovascular, el sistema respiratorio, el sistema digestivo, el sistema neurológico y las extremidades.
3. Identificación de enfermedades crónicas	Utilización de análisis de sangre, ECG, radiografías, tomografías y pruebas de función pulmonar para identificar enfermedades crónicas, como la hipertensión, la diabetes, la enfermedad cardiovascular y la enfermedad pulmonar.
4. Evaluación de factores de riesgo	Identificación de factores de riesgo, como enfermedades crónicas, discapacidades físicas, cambios en la capacidad funcional, salud mental y estilo de vida, que puedan aumentar el riesgo de complicaciones médicas.
5. Plan de tratamiento	Desarrollo de un plan de tratamiento personalizado para el paciente, basado en su historia clínica, examen físico y evaluación de factores de riesgo, con el objetivo de prevenir complicaciones médicas y mejorar su calidad de vida.
6. Seguimiento	Realización de seguimientos periódicos con el paciente para evaluar la eficacia del tratamiento y realizar cualquier ajuste necesario.

Bibliografía

1. Triscott JAC, Dobbs B, Charles L, Huang J, Moores D, Tian PGJ. The Care-of-the-Elderly Health Guide. J Prim Care Community Health. 2021 Jan-Dec;12:21501327211044058. doi: 10.1177/21501327211044058. PMID: 34486428; PMCID: PMC8424605.
2. Prajankett, O y A Markaki. "Cuidado integrado de personas mayores y enfermería de práctica avanzada: una revisión basada en evidencia". Revista internacional de enfermería vol. 68,1 (2021): 67-77. doi:10.1111/inr.12606

3. Mesa, Adolfo León Uribe, and Diego Uribe Moreno. Manual para el examen físico del normal y métodos de exploración. Corporación para investigaciones Biológicas CIB, 2021.
4. Gutiérrez J. Geriatria para el médico familiar. México: Editorial Médica Panamericana; 2014.
5. Seraji-Bzorgzad, Navid et al. "Neurologic examination in the elderly." Handbook of clinical neurology vol. 167 (2019): 73-88. doi:10.1016/B978-0-12-804766-8.00005-4
6. Wang, Daniel X M et al. "Muscle mass, strength, and physical performance predicting activities of daily living: a meta-analysis." Journal of cachexia, sarcopenia and muscle vol. 11,1 (2020): 3-25. doi:10.1002/jcsm.12502
7. Metcalfe, David et al. "Does This Patient Have Hip Osteoarthritis?: The Rational Clinical Examination Systematic Review." JAMA vol. 322,23 (2019): 2323-2333. doi:10.1001/jama.2019.19413
8. Liu, Yang et al. "A systematic review and meta-analysis of fall incidence and risk factors in elderly patients after total joint arthroplasty." Medicine vol. 99,50 (2020): e23664. doi:10.1097/MD.00000000000023664
9. Figueiredo, Ana Elisa Bastos et al. "Chronic non-communicable diseases and their implications in the life of dependente elderly people." "Doenças crônicas não transmissíveis e suas implicações na vida de idosos dependentes." Ciencia & saude coletiva vol. 26,1 (2021): 77-88. doi:10.1590/1413-81232020261.33882020
10. Chung, Tong Han et al. "The evaluation of comprehensive medication management for chronic diseases in primary care clinics, a Texas delivery system reform incentive payment program." BMC health services research vol. 20,1 671. 20 Jul. 2020, doi:10.1186/s12913-020-05537-3

Cuidados Paliativos en la Atención Primaria de Salud

Verónica Gabriela Salinas Velastegui

Médica por la Universidad Técnica de Ambato
Máster Universitario en Dirección y Gestión
Sanitaria en Universidad Internacional de la Rioja.
Magíster en Ciencias Biomédicas con Mención en
Ciencias Básicas en Universidad Técnica de
Ambato
Profesor a Tiempo Completo en la Facultad de
Ciencias de la Salud Carrera de Medicina en
Universidad Técnica de Ambato

Introducción

Los cuidados paliativos han cobrado cada vez más importancia en el ámbito de la atención médica, enfocándose en mejorar la calidad de vida de pacientes que enfrentan enfermedades avanzadas o potencialmente mortales. A menudo, estos pacientes requieren un abordaje multidisciplinario que abarque no solo el control de síntomas y el manejo del dolor, sino también el apoyo emocional, psicológico y espiritual tanto para ellos como para sus familias.

La atención primaria de salud es el primer nivel de contacto con el sistema sanitario y, por tanto, tiene un papel fundamental en la identificación temprana y el manejo de pacientes que requieren cuidados paliativos. El médico general, como parte del equipo de atención primaria, es un profesional clave en la provisión de estos cuidados, pues es el responsable de la atención inicial, el seguimiento y la coordinación con otros niveles de atención y especialidades. (1)

Este artículo tiene como objetivo proporcionar a los médicos generales una guía actualizada y práctica sobre cuidados paliativos en la atención primaria de salud. A lo largo del texto, se abordarán temas fundamentales como

la evaluación integral del paciente, el manejo del dolor y otros síntomas, la comunicación efectiva, y la colaboración interdisciplinaria. Además, se resalta la importancia de la educación y la formación continua en el ámbito de los cuidados paliativos para garantizar una atención de calidad y centrada en las necesidades de los pacientes y sus familias.

Definición de cuidados paliativos

Los cuidados paliativos son un enfoque integral y holístico en la atención médica que busca aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan enfermedades avanzadas, progresivas o potencialmente mortales. La atención paliativa no se centra en la curación de la enfermedad, sino en el control de los síntomas, el manejo del dolor y el apoyo emocional, psicológico y espiritual al paciente y su familia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como "el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, la evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales". (2)

Este enfoque reconoce que el sufrimiento puede ser de naturaleza no solo física, sino también emocional, social y espiritual. Por lo tanto, los cuidados paliativos buscan abordar de manera integral las necesidades de los pacientes y sus familias en todas estas dimensiones, proporcionando un apoyo continuo a lo largo del curso de la enfermedad, incluso en la fase terminal y durante el período de duelo. (3)

Importancia de los cuidados paliativos en la atención primaria

La importancia de los cuidados paliativos en la atención primaria radica en la capacidad de este nivel de atención para brindar un apoyo temprano, integral y continuo a pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas o potencialmente mortales y a sus familias. Integrar los cuidados paliativos en la atención primaria ofrece múltiples beneficios, tanto para los pacientes como para los sistemas de salud:

1. **Detección temprana:** La atención primaria es el primer punto de contacto entre los pacientes y el sistema de salud. Los médicos generales y otros profesionales de la atención primaria tienen la oportunidad de identificar a los pacientes que podrían beneficiarse de los cuidados paliativos en una etapa temprana de la enfermedad, lo que permite abordar los síntomas y necesidades del paciente de manera oportuna y mejorar su calidad de vida. (4)

2. Continuidad de la atención: En la atención primaria, los médicos generales y otros profesionales de la salud pueden establecer relaciones a largo plazo con los pacientes y sus familias. Esto permite una mayor comprensión de las necesidades y preferencias del paciente a lo largo del tiempo, facilitando la adaptación de los cuidados paliativos a las necesidades cambiantes del paciente y su familia. (5)

3. Accesibilidad: Integrar los cuidados paliativos en la atención primaria facilita el acceso a estos servicios para una mayor cantidad de pacientes. Muchos pacientes con enfermedades avanzadas o crónicas pueden ser atendidos de manera efectiva en el entorno de la atención primaria, lo que reduce la necesidad de traslados a hospitales u otros centros especializados y disminuye la carga sobre estos servicios. (6)

4. Atención centrada en el paciente y la familia: Los cuidados paliativos en la atención primaria promueven un enfoque centrado en el paciente y la familia, abordando no sólo las necesidades físicas, sino también las emocionales, psicológicas y espirituales del paciente y sus seres queridos. (6)

5. **Abordaje multidisciplinario:** La atención primaria permite la coordinación y colaboración entre diferentes profesionales de la salud, lo que facilita un abordaje multidisciplinario para los cuidados paliativos. Esto asegura una atención más integral y personalizada, adaptada a las necesidades específicas de cada paciente y su familia. (7)

6. **Uso eficiente de recursos:** La provisión de cuidados paliativos en la atención primaria puede contribuir a un uso más eficiente de los recursos del sistema de salud, al prevenir hospitalizaciones innecesarias y reducir la carga sobre los servicios especializados. (8)

En resumen, la integración de los cuidados paliativos en la atención primaria es fundamental para garantizar una atención oportuna, accesible, personalizada y centrada en las necesidades de los pacientes y sus familias en el contexto de enfermedades avanzadas, progresivas o potencialmente mortales.

Evaluación integral del paciente

La evaluación integral del paciente en el contexto de los cuidados paliativos es fundamental para identificar y abordar de manera adecuada las necesidades físicas, emocionales, psicosociales y espirituales del paciente y su familia. La atención primaria juega un papel

importante en la realización de estas evaluaciones, ya que los médicos generales y otros profesionales de la salud están en una posición única para establecer relaciones a largo plazo con los pacientes y sus familias. (9) A continuación, se describen los componentes clave de la evaluación integral del paciente en cuidados paliativos:

Historia clínica y examen físico:

Recopilar información sobre la historia médica del paciente, incluyendo diagnósticos previos y actuales, tratamientos realizados y en curso, y resultados de pruebas y estudios relevantes.

Realizar un examen físico completo para identificar síntomas relacionados con la enfermedad y el impacto en la calidad de vida del paciente. (10)

Evaluar la funcionalidad y el desempeño de las actividades diarias del paciente, utilizando herramientas como el Índice de Karnofsky o la escala de performance status (ECOG-PS).

Evaluación psicosocial:

Identificar las necesidades emocionales y psicológicas del paciente, como ansiedad, depresión o miedo, y ofrecer apoyo y recursos adecuados.

Evaluar el impacto de la enfermedad en las relaciones familiares y sociales del paciente, así como en sus roles y responsabilidades en la familia y la comunidad. (11)

Reconocer factores estresantes y preocupaciones prácticas, como problemas financieros, laborales o de vivienda, y ofrecer orientación y recursos apropiados.

Evaluación espiritual:

Explorar las creencias, valores y prácticas espirituales o religiosas del paciente y su familia, y cómo estas pueden influir en la experiencia de la enfermedad y el proceso de toma de decisiones.

Identificar necesidades espirituales no satisfechas y ofrecer apoyo y recursos adecuados, como cuidados espirituales o religiosos, para abordar estas necesidades.
(12)

La evaluación integral del paciente en cuidados paliativos es un proceso continuo y dinámico que debe realizarse de manera regular a lo largo del curso de la enfermedad. Los médicos generales y otros profesionales de la atención primaria deben estar atentos a los cambios en las necesidades y síntomas del paciente y ajustar el plan de cuidados paliativos en consecuencia.

Manejo del dolor

El manejo del dolor es un componente esencial de los cuidados paliativos, ya que el dolor es uno de los síntomas más comunes y angustiantes experimentados por los pacientes con enfermedades avanzadas, progresivas o potencialmente mortales. Un enfoque

eficaz para el manejo del dolor en la atención primaria implica una combinación de estrategias farmacológicas y no farmacológicas, adaptadas a las necesidades específicas del paciente. (13) Aquí se describen algunos aspectos clave del manejo del dolor en cuidados paliativos:

Evaluación del dolor: La evaluación inicial y continua del dolor es fundamental para garantizar un manejo eficaz. Los médicos generales deben evaluar la intensidad, localización, calidad, duración y factores desencadenantes del dolor, así como su impacto en la calidad de vida del paciente. (14) Se pueden utilizar herramientas de evaluación estandarizadas, como la escala numérica del dolor o la escala visual analógica, para medir la intensidad del dolor.

Tratamiento farmacológico: Los analgésicos son la base del tratamiento farmacológico del dolor en cuidados paliativos. La selección y titulación de los analgésicos debe seguir la escala analgésica de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se basa en un enfoque escalonado:

- Escalón 1: Analgésicos no opioides (como paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos) para el dolor leve a moderado.

- Escalón 2: Opioides débiles (como codeína o tramadol) para el dolor moderado, en combinación con analgésicos no opioides si es necesario.
- Escalón 3: Opioides fuertes (como morfina, oxicodona o fentanilo) para el dolor moderado a severo, en combinación con analgésicos no opioides si es necesario. (15)

Además, los coadyuvantes, como antidepresivos o anticonvulsivos, pueden ser útiles para tratar el dolor neuropático o mejorar la eficacia de los analgésicos.

Tratamiento no farmacológico: Las intervenciones no farmacológicas pueden complementar el tratamiento farmacológico y mejorar el control del dolor. Algunas opciones incluyen:

Terapia física: ejercicios de movilidad, estiramientos, masajes, compresas frías o calientes.

Terapias cognitivo-conductuales: técnicas de relajación, respiración profunda, distracción, visualización o hipnosis.(16)

Terapias complementarias: acupuntura, reflexología, musicoterapia o aromaterapia.

Monitorización y ajuste del tratamiento: Es crucial revisar regularmente la efectividad del tratamiento del dolor y ajustarlo según sea necesario. Los médicos

generales deben estar atentos a posibles efectos secundarios y complicaciones relacionadas con los analgésicos y abordarlos de manera adecuada.

En resumen, el manejo eficaz del dolor en cuidados paliativos requiere una evaluación exhaustiva y continua, un enfoque multimodal que combine tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, y una monitorización y ajuste regulares del tratamiento. La atención primaria desempeña un papel fundamental en este proceso, ya que los médicos generales y otros profesionales de la salud están en una posición única para establecer relaciones a largo plazo con los pacientes y sus familias, lo que permite una mejor comprensión de las necesidades y preferencias del paciente en relación con el manejo del dolor. Además, la atención primaria facilita un enfoque multidisciplinario que involucra a diferentes profesionales de la salud, lo que asegura una atención más integral y personalizada, adaptada a las necesidades específicas de cada paciente en el contexto de los cuidados paliativos.

Síntomas no dolorosos

Además del dolor, los pacientes con diversas afecciones médicas pueden experimentar una variedad de síntomas no dolorosos que afectan su calidad de vida y requieren atención y manejo adecuados. Estos síntomas pueden variar en severidad y duración, y su tratamiento puede

ser esencial para mejorar el bienestar general del paciente.(17) A continuación, se presentan algunos síntomas no dolorosos comunes y sus enfoques de manejo:

Náuseas y vómitos

Las náuseas y los vómitos pueden ser causados por una variedad de factores, como infecciones, medicamentos, enfermedades gastrointestinales y afecciones neurológicas. El tratamiento puede incluir la identificación y el manejo de la causa subyacente, así como la administración de medicamentos antieméticos como ondansetrón, metoclopramida y prometazina.

Fatiga

La fatiga es un síntoma común en muchas enfermedades crónicas y puede afectar significativamente la calidad de vida del paciente. El manejo de la fatiga puede incluir cambios en el estilo de vida, como mejorar el sueño y la actividad física, así como la implementación de técnicas de manejo del estrés y el apoyo emocional.

Disnea

La disnea, o dificultad para respirar, es un síntoma que puede ser causado por enfermedades pulmonares, cardíacas, neuromusculares, entre otras. El tratamiento de la disnea puede incluir la identificación y el manejo de la causa subyacente, el uso de medicamentos como

broncodilatadores o diuréticos, y la incorporación de técnicas de respiración y rehabilitación pulmonar.

Insomnio

El insomnio es un síntoma común que puede ser causado por factores físicos, psicológicos o ambientales. El manejo del insomnio puede incluir la implementación de una higiene del sueño adecuada, terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I), y en casos específicos, medicamentos hipnóticos o sedantes.

Estreñimiento

El estreñimiento puede ser el resultado de una variedad de causas, como la dieta, la deshidratación, los medicamentos y las enfermedades gastrointestinales. El manejo del estreñimiento puede incluir la modificación de la dieta para incluir más fibra, el aumento de la ingesta de líquidos, la actividad física regular y el uso de laxantes o ablandadores de heces según sea necesario.

Ansiedad y depresión

La ansiedad y la depresión son síntomas comunes que pueden afectar a pacientes con diversas enfermedades crónicas. El tratamiento puede incluir terapia psicológica, como terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal o terapia de apoyo, y medicamentos como

antidepresivos y ansiolíticos según la evaluación del médico.

Es importante reconocer y abordar estos síntomas no dolorosos en el contexto del manejo integral del paciente, ya que pueden tener un impacto significativo en su calidad de vida y bienestar. La identificación temprana y el tratamiento adecuado de estos síntomas pueden mejorar el pronóstico y la satisfacción del paciente con el cuidado médico recibido.

Anorexia y pérdida de peso

La anorexia y la pérdida de peso pueden ser síntomas de enfermedades crónicas, cáncer, depresión u otros trastornos. El manejo de estos síntomas puede incluir la evaluación y el tratamiento de la causa subyacente, la implementación de intervenciones nutricionales y dietéticas, y el uso de estimulantes del apetito cuando sea apropiado.

Edema

El edema, o hinchazón debido a la acumulación de líquidos, puede ser causado por enfermedades cardíacas, hepáticas, renales o linfáticas. El tratamiento del edema puede incluir la identificación y el manejo de la causa subyacente, la reducción de la ingesta de sal, el uso de diuréticos y la elevación de las extremidades afectadas.

Dificultad para deglutir (disfagia)

La dificultad para deglutir puede ser causada por enfermedades neurológicas, trastornos estructurales del esófago o afecciones inflamatorias. El manejo de la disfagia puede incluir la identificación y el tratamiento de la causa subyacente, la modificación de la consistencia de los alimentos y la implementación de técnicas de deglución seguras.

Sudoración excesiva (hiperhidrosis)

La sudoración excesiva puede ser el resultado de enfermedades metabólicas, infecciones, trastornos del sistema nervioso o medicamentos. El manejo de la hiperhidrosis puede incluir la identificación y el tratamiento de la causa subyacente, el uso de antitranspirantes clínicos y, en casos graves, la consideración de tratamientos médicos como la iontoforesis o la toxina botulínica.

El enfoque de estos síntomas no dolorosos debe ser individualizado y adaptarse a las necesidades específicas de cada paciente. La comunicación efectiva entre el médico y el paciente es esencial para identificar y abordar estos síntomas de manera oportuna y eficaz. Al integrar el manejo de los síntomas no dolorosos en el cuidado general del paciente, se puede mejorar significativamente su calidad de vida y bienestar. (17)

Aspectos psicológicos y emocionales

Los aspectos psicológicos y emocionales juegan un papel crucial en la experiencia y el manejo de síntomas, tanto dolorosos como no dolorosos. Es fundamental abordar estos aspectos para brindar una atención integral a los pacientes y mejorar su calidad de vida y bienestar. (18) A continuación, se presentan algunos aspectos clave a tener en cuenta en relación con los aspectos psicológicos y emocionales:

Evaluación psicológica y emocional

La evaluación de las necesidades psicológicas y emocionales del paciente es un componente esencial del manejo de síntomas. Esto puede incluir la detección de trastornos del estado de ánimo, como la ansiedad y la depresión, la evaluación de la adaptación y la resiliencia del paciente frente a su enfermedad y la identificación de factores de estrés y de apoyo en su vida. (19)

Intervenciones psicológicas

El tratamiento de los aspectos psicológicos y emocionales puede incluir una variedad de intervenciones, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal, la terapia de apoyo y la terapia familiar. Estas intervenciones pueden ayudar a los pacientes a manejar mejor sus síntomas, mejorar su capacidad para enfrentar y adaptarse a la enfermedad, y fortalecer sus redes de apoyo social. (20)

Manejo del estrés

El manejo del estrés es un aspecto clave en el tratamiento de los aspectos psicológicos y emocionales de la enfermedad. Las técnicas de manejo del estrés, como la relajación muscular progresiva, la respiración profunda y la atención plena (mindfulness), pueden ayudar a los pacientes a reducir el estrés y la ansiedad, mejorar la calidad del sueño y aumentar la sensación de bienestar.

Apoyo emocional

Brindar apoyo emocional a los pacientes es una parte esencial de la atención integral. Esto puede incluir la empatía y el entendimiento del médico, la escucha activa y la validación de las emociones del paciente, y el fomento de una comunicación abierta y honesta. El apoyo emocional también puede implicar la derivación a profesionales de la salud mental cuando sea necesario y el fomento de redes de apoyo social y familiar.

Educación y empoderamiento

Educar a los pacientes sobre su enfermedad y sus síntomas puede ayudar a reducir la ansiedad y mejorar la adherencia al tratamiento. Fomentar el empoderamiento y la autoeficacia del paciente en el manejo de sus síntomas y en la toma de decisiones relacionadas con su

atención médica puede mejorar su calidad de vida y su satisfacción con el cuidado recibido.

Abordar los aspectos psicológicos y emocionales en el manejo de los síntomas es fundamental para brindar una atención integral y mejorar el bienestar general del paciente. (19,20) La identificación temprana y el tratamiento adecuado de estos aspectos pueden marcar una diferencia significativa en la vida de los pacientes y contribuir a una atención médica más efectiva y centrada en el paciente.

Aspectos espirituales

La espiritualidad puede ser un recurso importante para muchas personas que enfrentan enfermedades y síntomas difíciles. Abordar los aspectos espirituales en la atención médica puede mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente y proporcionar apoyo emocional y psicológico adicional. (21) Aquí se detallan algunos aspectos clave a tener en cuenta en relación con los aspectos espirituales:

Evaluación espiritual

La evaluación de las necesidades espirituales del paciente es una parte importante de la atención integral. Esto puede incluir la exploración de las creencias, valores y prácticas espirituales del paciente, así como su sentido de propósito y conexión con algo más grande

que ellos mismos. También es importante evaluar cómo la enfermedad y los síntomas afectan las creencias y prácticas espirituales del paciente y si estos pueden proporcionar apoyo y consuelo.

Apoyo espiritual

Brindar apoyo espiritual a los pacientes puede ser una parte esencial de la atención médica. Esto puede incluir el respeto y la validación de las creencias y prácticas espirituales del paciente, la escucha activa y la empatía, y el fomento de la comunicación abierta y honesta sobre temas espirituales. El apoyo espiritual también puede implicar la derivación a profesionales de atención espiritual, como capellanes o líderes religiosos, según las preferencias y necesidades del paciente.

Integración de prácticas espirituales en el manejo de síntomas

La integración de prácticas espirituales en el manejo de síntomas puede ser útil para algunos pacientes. Esto puede incluir la incorporación de la meditación, la oración, la práctica de la atención plena, la expresión artística o la conexión con la naturaleza en la rutina diaria del paciente. Estas prácticas pueden proporcionar consuelo, aliviar el estrés y mejorar el bienestar emocional y psicológico.

Consideraciones éticas y culturales

Al abordar los aspectos espirituales en la atención médica, es importante tener en cuenta las consideraciones éticas y culturales. Esto incluye respetar las creencias y prácticas espirituales del paciente, así como reconocer y abordar las diferencias culturales y las barreras lingüísticas que pueden afectar la comunicación y la atención médica. La atención culturalmente sensible y centrada en el paciente es esencial para proporcionar una atención médica efectiva y compasiva.

Cuidados al final de la vida y espiritualidad

La espiritualidad puede ser especialmente importante para los pacientes que enfrentan enfermedades graves y cuidados al final de la vida. Abordar los aspectos espirituales en estos contextos puede proporcionar consuelo, apoyo y una mayor comprensión de la experiencia de la enfermedad y la muerte. La atención médica debe ser sensible y adaptarse a las necesidades espirituales y emocionales únicas de cada paciente en estas situaciones. (22)

Incorporar la espiritualidad en la atención médica puede mejorar el bienestar y la calidad de vida del paciente y proporcionar un apoyo emocional y psicológico adicional

Comunicación efectiva

La comunicación efectiva entre el médico, el paciente y sus familiares es fundamental para brindar una atención médica de calidad, centrada en el paciente y adaptada a sus necesidades y preferencias. Abordar los aspectos de la comunicación en la atención médica puede mejorar la relación médico-paciente, la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento. (23) A continuación, se presentan algunas consideraciones clave en relación con la comunicación efectiva:

Escucha activa

La escucha activa es una habilidad esencial para establecer una comunicación efectiva con los pacientes. Implica prestar atención completa al paciente, mostrar empatía y validar sus emociones y preocupaciones. La escucha activa también implica evitar interrupciones y permitir que el paciente se exprese libremente.

Comunicación no verbal

La comunicación no verbal, como el lenguaje corporal, el contacto visual y el tono de voz, desempeña un papel importante en la relación médico-paciente. Ser consciente de la comunicación no verbal y utilizarla de manera efectiva puede mejorar la comprensión del paciente y transmitir empatía y comprensión.

Comunicación clara y sencilla

Es fundamental comunicar información médica de manera clara y sencilla, utilizando un lenguaje fácil de entender y evitando jerga técnica. Explicar los conceptos médicos y las opciones de tratamiento de manera comprensible para el paciente puede mejorar la satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento.

Fomentar la participación del paciente

Involucrar al paciente en la toma de decisiones sobre su atención médica y el manejo de los síntomas puede mejorar su sentido de empoderamiento y autoeficacia. Esto implica fomentar la comunicación bidireccional, hacer preguntas abiertas y proporcionar oportunidades para que el paciente haga preguntas y exprese sus preocupaciones.

Comunicación con familiares y cuidadores

Los familiares y cuidadores desempeñan un papel crucial en el apoyo al paciente y en el manejo de los síntomas. Es importante incluirlos en la comunicación y en la toma de decisiones, según las preferencias del paciente, y brindarles información y apoyo emocional.

Abordar las barreras lingüísticas y culturales

Es fundamental abordar las barreras lingüísticas y culturales que pueden afectar la comunicación y la atención médica. Esto puede incluir el uso de intérpretes y material educativo traducido, así como la adopción de

una actitud culturalmente sensible y respetuosa en la relación médico-paciente. (23)

La comunicación efectiva es esencial para brindar una atención médica de calidad y centrada en el paciente. Al desarrollar y aplicar habilidades de comunicación efectiva en la práctica médica, se pueden mejorar la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento y la calidad de vida.

Atención al final de la vida

La atención al final de la vida es un aspecto crítico de los cuidados paliativos, enfocado en brindar apoyo y alivio a los pacientes con enfermedades avanzadas y a sus familias. El objetivo principal es mejorar la calidad de vida, controlar los síntomas y abordar las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales del paciente. (24) A continuación, se presentan algunas consideraciones clave en relación con la atención al final de la vida:

Control de síntomas

El control de síntomas en la atención al final de la vida incluye el manejo del dolor, los síntomas no dolorosos y los problemas emocionales y psicológicos. La atención médica debe ser individualizada y adaptarse a las necesidades y preferencias del paciente y su familia.

Planificación anticipada de la atención

La planificación anticipada de la atención implica discutir y documentar las preferencias y deseos del paciente con respecto a su atención médica en caso de que no puedan tomar decisiones en el futuro. Esto puede incluir la designación de un apoderado de atención médica, la elaboración de directrices anticipadas y la discusión de objetivos y límites de la atención médica.

Apoyo emocional y espiritual

Brindar apoyo emocional y espiritual a los pacientes al final de la vida y a sus familias es fundamental para mejorar la calidad de vida y el bienestar. Esto puede incluir la atención a las necesidades emocionales, psicológicas y espirituales, así como el apoyo en el proceso de duelo y adaptación a la pérdida.

Cuidado del cuidador

Los cuidadores desempeñan un papel crucial en la atención al final de la vida, y también pueden enfrentar desafíos físicos, emocionales y prácticos. Brindar apoyo a los cuidadores, como educación, recursos y servicios de respiro, puede mejorar su bienestar y permitirles brindar una atención más efectiva al paciente.

Colaboración interdisciplinaria

La atención al final de la vida a menudo requiere la colaboración de un equipo interdisciplinario de

profesionales de la salud, que pueden incluir médicos, enfermeras, trabajadores sociales, terapeutas y especialistas en cuidados paliativos. Trabajar en equipo y coordinar la atención puede mejorar la calidad de la atención y garantizar que se aborden todas las necesidades del paciente y la familia.

Continuidad de la atención

La continuidad de la atención es fundamental para garantizar una atención médica de calidad al final de la vida. Esto implica coordinar y comunicarse de manera efectiva entre los distintos proveedores de atención médica y garantizar que se brinde apoyo y cuidados de manera continua y coherente en diferentes entornos.(25)

La atención al final de la vida es un componente esencial de los cuidados paliativos y requiere una atención médica centrada en el paciente y adaptada a sus necesidades y preferencias. Al abordar los aspectos físicos, emocionales, espirituales y sociales de la atención al final de la vida, se puede mejorar la calidad de vida y el bienestar del paciente y sus familias.

Conclusión

La atención primaria desempeña un papel fundamental en la provisión de cuidados paliativos a pacientes con enfermedades crónicas y avanzadas. Los médicos generales y el personal de atención primaria tienen la

responsabilidad y la oportunidad de abordar las necesidades físicas, emocionales, espirituales y sociales de sus pacientes a lo largo del proceso de la enfermedad. La atención paliativa en la atención primaria puede mejorar la calidad de vida, el bienestar y la satisfacción del paciente y sus familias, así como reducir la carga en los servicios especializados de cuidados paliativos y atención médica en general.

Para brindar una atención paliativa efectiva en la atención primaria, los médicos deben estar capacitados en la evaluación integral del paciente, el manejo de síntomas, la comunicación efectiva y la atención al final de la vida. Además, es esencial trabajar en colaboración con un equipo interdisciplinario de profesionales de la salud y garantizar la continuidad de la atención en diferentes entornos y etapas de la enfermedad.

En resumen, la atención paliativa en la atención primaria es un componente esencial de una atención médica integral y centrada en el paciente. Los médicos generales y el personal de atención primaria pueden desempeñar un papel crucial en la mejora de la calidad de vida y el bienestar de sus pacientes y sus familias, al abordar de manera efectiva y compasiva las necesidades y desafíos asociados con enfermedades crónicas y avanzadas.

Bibliografía

1. Silva, Thayná Champe da, Elisabeta Albertina Nietzsche, and Silvana Bastos Cogo. "Cuidados paliativos en la Atención Primaria de Salud: una revisión integradora de la literature." *Revista Brasileira de Enfermagem* 75 (2021).
2. World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2021 [citado el 6 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/cancer/palliative/definicion/en/>
3. Mo, Li, et al. "Recommendations for supportive care and best supportive care in NCCN clinical practice guidelines for treatment of cancer: Differences between solid tumor and hematologic malignancy guidelines." *Supportive Care in Cancer* 29.12 (2021): 7385-7392.
4. Justino, Eveline Treméa, et al. "Cuidados paliativos en la atención primaria a la salud: scoping review." *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 28 (2020).
5. Guevara-López, Uría M. "Cuidados paliativos integrales, integrados, sistémicos en la atención primaria a la salud." *Revista mexicana de anestesiología* 42.4 (2019): 245-246.
6. García-Salvador, Isidro, et al. "Valoración de necesidades formativas de nivel básico en cuidados paliativos en enfermeras de atención primaria en España." *Atencion Primaria* 54.5 (2022): 102344.
7. Silva, Thayná Champe da, Elisabeta Albertina Nietzsche, and Silvana Bastos Cogo. "Cuidados paliativos en la Atención Primaria de Salud: una revisión integradora de la literature." *Revista Brasileira de Enfermagem* 75 (2021).
8. Philip J, Collins A, Smallwood N, Chang YS, Mo L, Yang IA, et al. The role of the GP in follow-up cancer care: a systematic literature review. *J Cancer Surviv.* 2020 Dec;14(6):891-903.
9. Aldridge MD, Bradley EH. Integrating Palliative Care into Routine Care of Patients with Serious Illness: A Primary Care Perspective. *J Gen Intern Med.* 2020 Sep;35(9):2805-7.

10. Ahluwalia SC, Chen C, Raaen L, Motala A, Walling AM, Chamberlin M, et al. A Systematic Review in Support of the National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Fourth Edition. *J Pain Symptom Manage*. 2018 Dec;56(6):831-70.
11. Atkinson AJ, Hunter J, Brierley M, Kanatas A, Hulme C, Radford M, et al. A feasibility study of the use of the Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) to inform supportive care needs in patients following head and neck cancer surgery. *Support Care Cancer*. 2020 Sep;28(9):4351-60.
12. Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NKJ. The "surprise question" for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ*. 2017 Apr 03;189(13):E484-E493.
13. Torcal Baz, Marta, and Sagrario Ana Ventoso Mora. "Manejo y tratamiento del dolor en cuidados paliativos." *Revista Clínica de Medicina de Familia* 13.3 (2020): 203-211.
14. Moreno-Serrano, Nancy Lucía Ruiz, et al. *Medicina del dolor y cuidado paliativo*. Editorial Universidad del Rosario, 2022.
15. Ojeda González, José Julio. "Dolor en pacientes con padecimientos oncológicos." *Revista Finlay* 11.4 (2021): 412-422.
16. Machado, Vívian Maria Siqueira, et al. "Atuação do fisioterapeuta nos cuidados paliativos em pacientes adultos: revisão integrativa." *Revista Eletrônica Acervo Saúde* 13.3 (2021): e6493-e6493.
17. Hurtado, Alicia Martín. "II. Control de síntomas en Cuidados Paliativos." *Cuidados paliativos*: 51.
18. Barros, Kamilla Galvão Gonçalves, and Jonas Rodrigo Gonçalves. "Aspectos psicológicos que envolvem os cuidados paliativos pediátricos." *Revista JRG de Estudos Acadêmicos* 2.5 (2019): 156-165.
19. SÁNCHEZ, DIEGO CORREA, and ISABEL CRISTINA SALAZAR TORRES. "Aspectos psicológicos del cáncer y su

- afrontamiento." *Psicología de la salud: Abordaje integral de la enfermedad crónica* (2022): 3.
20. Bernales, Margarita, Alejandra Chandía, and María Jesús San Martín. "Malestar emocional en pacientes de cuidados paliativos: desafíos y oportunidades Emotional malaise in palliative care patients: challenges and opportunities." *Rev Med Chile* 147 (2019): 813-814.
 21. Vega Ayasta, María Teresa, et al. "Amabilidad, confort y espiritualidad en los cuidados paliativos oncológicos: Aporte para la humanización en salud." (2020).
 22. Esperandio, Mary, and Carlo Leget. "Espiritualidad en los cuidados paliativos:¿ un problema de salud pública?." *Revista Bioética* 28 (2020): 543-553.
 23. Tamayo, Diana Ochoa. *Cuidados paliativos y comunicación en una unidad oncológica de agudos: un estudio etnográfico*. Diss. Universidad Pública de Navarra, 2022.
 24. Estella, Á., et al. "Cuidados paliativos multidisciplinares al final de la vida del paciente crítico." *Med Intensiva* 43.2 (2019): 61-2.
 25. Zamora Muñoz, María José, et al. "Satisfacción con la atención hospitalaria al final de la vida." (2020).

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Jazmín Natalia Cuevas Espinoza

Psicóloga General con Mención en Psicología
Educativa por la Universidad Central del Ecuador

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos del neurodesarrollo más frecuentes de la niñez. Habitualmente su diagnóstico se realiza en la niñez y a menudo dura hasta la adultez. Los niños con TDAH pueden tener problemas para prestar atención, controlar conductas impulsivas (pueden actuar sin pensar cuál será el resultado) o ser excesivamente activos. (1)

Definición

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo de carácter neurobiológico originado en la infancia y que afecta a lo largo de la vida, que se caracteriza por la presencia de tres síntomas típicos:

- Déficit de atención.
- Impulsividad.
- Hiperactividad motora y/o vocal.

Se identificará como un trastorno cuando estos síntomas o los comportamientos que se deriven se observen con mucha mayor frecuencia e intensidad que en los niños/adolescentes de igual edad e interfieran en la vida

cotidiana presentes en dos o más contextos: en casa, la escuela o su entorno en general. (2)

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos muestran que 3 a 5% de los niños en edad escolar pueden recibir este diagnóstico. En México se estima que hay aproximadamente 33 millones de niños y adolescentes, de los cuales 1.5 millones podrían ser diagnosticados con TDAH. (3)

Los datos más recientes del National Institute of Mental Health de Estados Unidos reportan una prevalencia de esta enfermedad de entre 5 y 11% a nivel mundial. Se estima que actualmente existen alrededor de 36 millones de personas en América Latina que han sido diagnosticadas con este trastorno, de las cuales menos de un cuarto recibe algún tipo de tratamiento médico. El estudio más reciente realizado en Ecuador sobre la prevalencia del TDAH en adolescentes de 14 a 18 años reporta que el 7.3% de esta población cumple con los criterios diagnósticos para el desorden. (4)

Fisiopatología

Los trastornos del neurodesarrollo son las condiciones neurológicas que aparecen en la primera infancia, por lo general antes de entrar a la escuela, y afectan el desarrollo del funcionamiento personal, social,

académico y/o laboral. Por lo general implican dificultades con la adquisición, conservación o aplicación de habilidades o conjuntos de información específicos. Los trastornos del desarrollo neurológico pueden implicar disfunción en una o más de las siguientes áreas: la atención, la memoria, la percepción, el lenguaje, la resolución de problemas o la interacción social. (5)

Cuadro clínico

Síntomas

El TDAH ocurre con más frecuencia en los hombres que en las mujeres, y los comportamientos pueden ser diferentes en los niños y las niñas. Por ejemplo, los niños pueden ser más hiperactivos y las niñas pueden tender a ser menos atentas.

Existen tres subtipos de TDAH:

- Falta de atención predominante. La mayoría de los síntomas corresponden a la falta de atención.
- Conducta hiperactiva/impulsiva predominante. La mayoría de los síntomas son la hiperactividad e impulsividad.
- Combinado. Esta es una mezcla de síntomas de falta de atención y síntomas de hiperactividad/impulsividad. (6)

Causas

Aunque la causa exacta del TDAH no está clara, las investigaciones continúan. Los factores que pueden estar involucrados en el desarrollo del TDAH incluyen la genética, el medio ambiente o problemas con el sistema nervioso central en momentos clave del desarrollo. (6)

Factores de riesgo

Los factores temperamentales se asocian a aspectos que no son específicos del TDAH, como niveles menores de inhibición comportamental, control por medio de contención, búsqueda de novedades, entre otros factores citados en el DSM-5. En cuanto a la relación con factores ambientales, se afirma la existencia de correlaciones ambiguas y variadas con: a) bajo peso al nacer, aunque la mayoría de los niños con esta característica no desarrolla TDAH; b) consumo de tabaco durante la gestación; c) vínculos con la dieta; d) aspectos relacionados con la historia de vida, tales como maltrato infantil, negligencia o convivencia en hogares adoptivos; e) exposición a neurotóxicos, a infecciones, o a consumo de alcohol (3). Se atribuye a dichos factores estar potencialmente asociados al TDAH, a pesar de no haber demostraciones claras de una influencia causal de ninguno de estos factores. (7)

Diagnóstico

Un diagnóstico correcto es imprescindible para un tratamiento efectivo, para que padres y profesores

fundamentalmente puedan ayudar al niño/a con Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a que desarrolle todo su potencial.

Un diagnóstico precoz es igualmente imprescindible para una pronta intervención, evitando así la posible comorbilidad y abordar adecuadamente los diferentes problemas que puedan surgir a lo largo de su desarrollo.

La edad para acudir al profesional dependerá de las características de cada caso, aunque cada se dan más sospechas de diagnóstico en la etapa preescolar, a día de hoy, la mayoría de los casos la edad de comienzo del tratamiento es la etapa escolar (escuela primaria) ya que nos encontramos con un gran cambio cualitativo y cuantitativo las exigencias del entorno del niño/a, aumentan las demandas sociales y académicas y se requiere de una mayor atención y control sobre sí mismos, lo que produce mayores dificultades y una sintomatología más clara. (8)

Tratamiento

El tratamiento del Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH) debe plantearse desde un enfoque multidisciplinar y multimodal. Debido al impacto que tiene el trastorno sobre las diferentes áreas de la vida del afectado, es necesario atender e intervenir sobre los aspectos cognitivos, conductuales, educativos, afectivos, familiares y sociales.

El tratamiento del TDAH debe ser individualizado y diseñado por un especialista o grupo de especialistas en función de las características sintomatológicas y las circunstancias que rodeen al caso (problemas asociados, entorno, escuela, etc.) y a la familia. (9)

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico del TDAH es de dos tipos (estimulante y no estimulante), y hay cuatro fármacos que están indicados para tratar este trastorno. Hay dos medicamentos estimulantes (metilfenidato y lisdexanfetamina), y dos no estimulantes (atomoxetina y guanfacina).

Los estimulantes actúan aumentando el neurotransmisor dopamina en el espacio intersináptico, donde estimularán de forma más adecuada los receptores postsinápticos.

Los dos fármacos no estimulantes actúan en apariencia de forma diferente. La atomoxetina aumenta el neurotransmisor noradrenalina en el espacio intersináptico y estimula de forma más eficaz los receptores postsinápticos. La guanfacina estimula directamente el receptor postsináptico alfa2-adrenérgico. Los no estimulantes tienen en común que los efectos son inhibidos por la yohimbina. (10)

Bibliografía

1. CDC. Información básica sobre el TDAH [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2019. Available from: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/adhd/facts.html>

2. TDAH Definición y tipos - Fundación Adana TDAH [Internet]. Fundación Adana. Available from: <https://www.fundacionadana.org/definicion-tdah/>
3. Palacios-Cruz L, Francisco, Valderrama A, Patiño R, Pamela S, Ulloa RE. Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicanos acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud mental* [Internet]. 2022;34(2):149–55. Available from: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000200008&script=sci_abstract
4. UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ [Internet]. [cited 2022 Dec 1]. Available from: <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6254/1/128567.pdf>
5. SULKES.STEPHEN. Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDA, TDAH) [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. Manuales MSD; 2019. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/trastorno-por-d%C3%A9ficit-de-atenci%C3%B3n-hiperactividad-tda-tdah>
6. El TDAH en niños - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. www.mayoclinic.org. Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/adhd/symptoms-causes/syc-20350889>
7. Martinhago F, Lavagnino NJ, Folguera G, Caponi S. Factores de riesgo y bases genéticas: el caso del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Salud Colectiva*. 2019 Mar 22;15:e1952.
8. Diagnóstico del TDAH [Internet]. www.fundacioncadah.org. Available from: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/diagnostico-del-tdah.html>

9. Tratamiento del TDAH [Internet]. www.fundacioncadah.org. Available from: <https://www.fundacioncadah.org/web/articulo/tratamiento-del-tdah.html>
10. Tratamiento farmacológico del TDAH | blog_invanep [Internet]. invanep.com. [cited 2022 Dec 1]. Available from: https://invanep.com/blog_invanep/tratamiento-farmacologico-d-el-tdah