



MINISTERIO DE SALUD

HOY SE HA EMITIDO RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 215 QUE DICE:

“Ministerio de Salud, San Salvador, a los quince días del mes de octubre de dos mil dieciocho. **Considerando:**

I. Que de conformidad al art. 42 numeral 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, establece la potestad del Titular de esta Secretaría de Estado, para dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población;

II. Que con fecha doce de febrero del año dos mil dieciocho, se oficializo la Guía Clínica de Medicina Interna, la cual establece las disposiciones necesarias para la atención integral de las personas con las principales condiciones de salud-enfermedad en la población adulta, que permite al personal sanitario, brindar atención con estándares de eficiencia y eficacia en las Redes Integradas e Integrales de Salud;

III. Que conforme memorándum 2018-6024-204 de fecha 20 de agosto y 2018-6024-266 de fecha 10 de octubre, ambos del del corriente año, por medio del cual en el primero la Directora Nacional de Enfermedades no Trasmisibles, a través del Viceministro de Servicios de Salud, informa sobre la revisión técnica realizada entre la dirección mencionada y la Dirección de Regulación y Legislación en Salud, misma que es aclarada y ratificada en el segundo, sobre el documento relacionado en el considerando anterior y con la finalidad e mejorar el abordaje del personal que utilizará dicho documento, se consensó incluir modificaciones.

IV. Que de acuerdo a los considerandos anteriores y con el propósito evitar incongruencias técnicas en las Guías Clínicas de Medicina Interna, se hace necesario modificar el referido instrumento;

POR TANTO: en uso de sus facultades legales, **RESUELVE:**

Art. 1. Eliminar la duplicidad de texto que se encuentra en el Romano V. *Contenido Técnico*, número 1. Cardiovascular, tema: *Hipertensión Arterial*.

Art. 2. Modifícase en el Romano V. *Contenido Técnico*, número 1. Cardiovascular, tema: *Hipertensión Arterial*, lo relacionado al abordaje de la crisis hipertensiva de la siguiente manera:

“Las emergencias hipertensivas se definen como elevaciones muy marcadas de la PAS/PAD (> 180/> 120 mmHg) junto con daño orgánico inminente o progresivo, como cambios neurológicos graves, encefalopatía hipertensiva, infarto cerebral, hemorragia intracraneal, insuficiencia aguda del ventrículo izquierdo, edema pulmonar agudo, disección aórtica, insuficiencia renal o eclampsia. Las subidas importantes pero aisladas de la PA sin daño orgánico agudo (urgencias hipertensivas), que normalmente se asocian a la interrupción o reducción del tratamiento y la ansiedad, no se consideran emergencias hipertensivas y deben ser tratadas con la reinstauración o intensificación del tratamiento antihipertensivo y tratamiento para la ansiedad.”

Art. 3. Reformase en el Romano V. *Contenido Técnico*, número 1. Cardiovascular, tema: *Hipertensión Arterial*, el título del flujograma *Diagnóstico de HTA por Diagnóstico de hipertensión arterial y manejo por niveles según estadio*.

Art. 4. Reformase en el Romano V. *Contenido Técnico*, número 2, tema: *Síndrome isquémico coronario agudo*, lo relacionado al manejo por niveles de atención del SCACEST de la siguiente manera:

Segundo nivel de atención o tercer nivel de atención de acuerdo a la cercanía y a la disponibilidad de terapia de reperfusión (cateterismo cardíaco)

Se debe completar las intervenciones descritas para el primer nivel de atención, de no haberse realizado por falta de disponibilidad, luego, se debe realizar la terapia de reperfusión y adiciónese los siguientes numerales así; 10) Iniciar betabloqueadores en las primeras veinticuatro horas, en ausencia de falla cardíaca, bajo gasto, riesgo de choque cardiogénico, asma o bloqueos AV. 11) Los anticálcicos no dihidropiridínicos como el verapamilo se encuentran indicados solo si hay contraindicación para el uso de betabloqueadores y no se presentan signos de falla cardíaca, hipotensión o bloqueos AV. Los anticálcicos dihidropiridínicos de liberación prolongada se reservan para aquellos pacientes hipertensos no controlados y que ya tienen incorporado un betabloqueador en su tratamiento 12) Debe iniciarse y mantenerse un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) de manera definitiva en pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor del 40% y en aquellos pacientes con hipertensión, con diabetes o con enfermedad renal crónica. Si no hay contraindicaciones y se presenta intolerancia a los IECA, otra opción terapéutica son los ARA II. 13) Se debe añadir espironolactona a los pacientes con fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor del 40%, además a los pacientes con diabetes o falla cardíaca previa, siempre que no exista contraindicación. 14) Está recomendado el tratamiento precoz con atorvastatina a 80 mg, tras el ingreso, con el objetivo de alcanzar una concentración diana de LDL menor 1.8 mmol/l (< 70mg/dl).

Art. 5. Sustitúyase en la tabla 10, columna derecha línea cuarta la frase: “Daño en el sistema nervioso central o neoplasias o malformación auriculoventricular” por “Daño en el sistema nervioso central, neoplasias o malformación arteriovenosa”.

Art. 6. Modifícase la tabla 20, así:

Anormalidades observadas en:	Exploración física
Aspecto	Nivel de conciencia
Pulso	Frecuencia, ritmo, carácter.
Presión Arterial	Sistólica,diastólica (tobillo y sacro), hepatomegalia y ascitis.
Sobrecarga de líquidos	Presión yugular venosa ,edema periférico (tobillos, sacro), hepatomegalia y ascitis.
Pulmonares	Frecuencia respiratoria,estertores y derrame pleural.
Cardíacas	Desplazamiento apical del latido de la

	punta, galopes, tercer ruido, soplos que indican disfunción valvular.
--	---

Art. 7. Modificase en el Romano V. Contenido Técnico, número 1, tema: *Trastornos del ritmo y la conducción cardíaca*, lo relativo a la taquicardia sinusal de la siguiente manera:

Taquicardia sinusal: incremento de la frecuencia de disparo del nodo sinusal mayor de 100 latidos por minuto como respuesta a un factor de estrés físico, emocional, patológico o farmacológico. En el electrocardiograma, se encuentran ondas P positivas en DII, DIII, aVF y negativas en aVR, preceden a cada complejo QRS con un intervalo PR de 120 a 200 milisegundos, RR regulares, ondas P de misma morfología en la misma derivación, RP mayor que PR. No es paroxística. Para el tratamiento es esencial identificar la causa y corregirla. Cuando no existe ninguna causa identificable que la origine, se denomina taquicardia sinusal inapropiada y se produce por un aumento del automatismo del nodo sinusal o por una regulación autonómica anormal, este tipo de arritmia si tiene indicación de betabloqueadores o anticálcicos no dihidropiridínicos, únicamente en pacientes sintomáticos.

Art. 8. Modificase en el Romano V. Contenido Técnico, número 1, tema: *Trastornos del ritmo y la conducción cardíaca*, lo relativo al abordaje de bradiarritmias. Manejo por niveles de atención, párrafo final, así:

El tratamiento inmediato de la taquicardia ventricular sin pulso y la fibrilación ventricular es una cardioversión no sincronizada. Si no se recupera pulso después de la primera cardioversión, se procede a manejo como parada cardiaca, con protocolo de RCP.

Art. 9. Elimínase del Romano V. Contenido Técnico, número 4, tema: *Hiponatremia*, el flujograma *Déficit de sodio (hiponatremia)* y adiciónese al flujograma corrección de hiponatremia parte final lo siguiente: fórmula para preparación de la solución salina hipertónica al 3%: Añadir a 500mL de solución salina fisiológica NaCl al 0.9%, 60mL de solución salina NaCl al 20% y agitar bien.

Art. 10. Modificase la tabla 68, así:

Ambulatorio		
Medicamento	Dosis	Duración del tratamiento
Trimetoprim/Sulfametoxazol (Primera elección)	160/80mg vía oral cada 12 horas	Por 14 días
Amoxicilina (Segunda elección)	1gr vía oral cada 8 horas	Por 14 días
Ceftriaxona (Elección en caso de alergia a sulfas o amoxicilina)	2gr IM cada 24 horas	10 a 14 días
Hospitalario		
Ampicilina	2 gr IV cada 6 horas	14 a 21 días

Ceftriaxona	2 gr IV cada 24 horas	10 a 14 días
-------------	-----------------------	--------------

Art. 11. En el Romano V. Contenido Técnico, número 10, tema: *Psoriasis*, agregar tablas 75 y 76

Tabla 75. Puntaje asignado a cada pregunta de la tabla 75:

Valoración subjetiva	Puntaje asignado
Mucho	3 Puntos
Bastante	2 puntos
Un poco	1 punto
Nada	0 puntos
No relevante	0 puntos
SI en Pregunta 7	3 puntos

Tabla 76. Interpretación de los puntajes del ICVD:

puntaje	interpretación
0 a 1	No afecta en nada la vida del paciente.
2 a 5	Pequeño efecto en la vida del paciente.
6 a 10	Moderado efecto en la vida del paciente.
1 a 20	Gran efecto en la vida del paciente.
21 a 30	Extremadamente gran efecto en la vida del paciente

Art. 12. La presente resolución es de obligatorio a partir de este día para toda persona servidora o empleada pública de esta Cartera de Estado..

COMUNÍQUESE. La Titular del Ramo de Salud, (f) E Violeta E”

Lo que transcribo para el conocimiento y efectos legales pertinentes.

DIOS UNIÓN LIBERTAD



Dra. Elvía Violeta Menjivar Escalante
Ministra de Salud

EA