

República Dominicana
Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña
Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina
Dirección de Residencias Médicas y Posgrados
Residencia de Medicina Familiar y Comunitaria

MOTIVOS DE CONSULTA EN PACIENTES ASISTIDOS EN ATENCION PRIMARIA
EN EL HOSPITAL MARIA PANIAGUA DE NIGUA, SAN CRISTÓBAL, JUNIO-
AGOSTO, 2018.

Tesis de posgrado para optar por el título de especialista en:
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA



Sustentante

DRA. RAMONA MERCEDES SÁNCHEZ MORA

Los conceptos emitidos en la presente tesis de postgrado son de la exclusiva responsabilidad de la sustentante de la misma.

Asesoras:

Dra. Claridania Rodríguez

Dra. Iris Paula

Dr. Pedro Sing Ureña

Distrito Nacional: 2018

MOTIVOS DE CONSULTA EN PACIENTES ASISTIDOS EN ATENCION PRIMARIA
EN EL HOSPITAL MARIA PANIAGUA DE NIGUA, SAN CRISTÓBAL, JUNIO-
AGOSTO, 2018.

Agradecimientos

A Dios:

Gracias mi Dios por ayudarme a concluir este proyecto, por ser mi guía siempre, gracias por darme la fuerza de seguir adelante a pesar de todos los problemas y así terminar victoriosa.

A la Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña (UNPHU)

Gracias por avalar mis estudios especializados y así permitirme nuevas oportunidades de trabajo.

Al Hospital Regional Docente Juan Pablo pina:

Gracias por permitirme ser parte de la primera promoción que dio inicio a la medicina familiar en la ciudad de San Cristóbal, por todos los conocimientos adquiridos que me permitieron formarme como médico familiar y comunitario.

A Mi Madre Juana Mora:

Porque siempre estuviste a mi lado, brindándome todo tú apoyo y amor incondicional, gracias por enseñarme a nunca rendirme, aunque ya no estés conmigo pues Dios te llamo a su lado, pero antes de partir culminaste este proyecto a mi lado, gracias mami.

A Mi Tío Jesús María Beltré Mora:

Porque siempre me ayudaste y me inspiraste a prepararme y ser mejor cada día, tus sabios consejos me dijiste la medicina familiar y la atención primaria es lo que necesitamos en este país para brindar mejor salud a la población, muchas gracias tío.

A Mi Esposo José Luis Montero Montero:

Es tanto el agradecimiento que siento por toda tu ayuda incondicional sin importar el momento o la hora siempre estás ahí para ayudarme a pesar de los inconvenientes , con toda la paciencia que un ser humano pueda tener, siempre me apoyas y ayudas ,sin tu ayuda no hubiera sido posible, muchas gracias.

A Mis Hijos Luis Andrés y José Luis Montero Sánchez:

Por ser el motor que impulsa mi vida a ser mejor cada día, por ayudarme y comprenderme , apoyarme a culminar esta meta, aun sacrificando el tiempo que les corresponde a ustedes, gracias.

Al Dr. Leopoldo Shepherd:

Por ayudar a formar mis conocimientos como médico familiar y comunitaria, inicio este largo camino al lado de la primera promoción de la cual tengo el honor de formar parte, muchas gracias doctor fue usted un gran maestro.

A La Dra. Aurora Concepción Sierra:

Muchas gracias doctora por ayudarme a finalizar esta meta, sin su ayuda no hubiera sido posible, muchas gracias.

Al Dr. Ervin David Jiménez:

Muchas gracias doctor por su ayuda en mi formación como médico familiar y comunitario, por todos los conocimientos que me brindo.

Al Cuerpo docente y personal médico, enfermería y administrativo del Hospital Regional Docente Juan Pablo Pina:

Muchas gracias por su ayuda a mi formación por todo aquel despliegue de conocimientos que me han ayudado a ser un mejor médico para la comunidad.

A la señora Sandra Viera

Siempre me brindó su apoyo incondicional, siempre dispuesta a ayudar con un gran optimismo y grandes consejos muchas gracias.

A mis Asesores la Dra. Claridania Rodríguez, Dra. Iris Paula, Dr. Pedro Sing:

Por toda la ayuda prestada por estar disponible para que pueda finalizar este proyecto de tesis.

A Mis Compañeros de Residencia:

Porque nos ayudamos siempre hasta finalizar con éxito nuestra residencia, agradezco especialmente a mi compañera y hermana la doctora **Aracelis Martínez** muchas gracias por toda la ayuda a lo largo de este proceso.

Dra. Ramona Mercedes Sánchez Mora

INDICE

RESUMEN

ABSTRACT

CAPÍTULO I

I.1. Introducción	10
I.1.1. Antecedentes	11
I.2. Planteamiento del problema	14
I.3. Objetivos	15
I.3.1. Generales	15
I.3.2. Específicos	15

CAPÍTULO II

II.1. MEDICO FAMILIAR	16
II.1.1. Funciones del médico familiar	17
II.2.- Enfermedades más frecuentes	19
II.2.1. Infecciones de vías respiratorias agudas.	19
II.2.2. Clasificación de las infecciones respiratorias agudas	19
II.2.2.1. IRA sin insuficiencia respiratoria	19
II. 2.2. IRA con insuficiencia respiratoria	25
II.2.3.- Hipertensión arterial	27
II.2.4.- Diabetes mellitus	36
II.2.5. Proceso Gripal	46
II.2.6. Enfermedad Diarreica Aguda	52

CAPÍTULO III

III.1.- Variables	55
III.1.1.- Operacionalización de las variables	56
III.3.1 Tipo de estudio:	57
III.3.2 Ámbito del estudio	57

III.3.3 Tiempo de realización	57
III.3.4.- Población.	57
III.3.5 Criterios de inclusión	57
III.3.6 Criterios de exclusión	58
III.3.7 Fuente de información	58
III.3.8 Método de recolección de datos	58
III.3.9 Técnica	58
III.3.11 Análisis de datos	58
III.3.12 Principios éticos	58
CAPÍTULO IV.	
IV.1.- Presentación de los resultados	59
IV.2.- Discusión	73
IV.3.- Conclusiones	75
IV.4.- Recomendaciones	76
REFERENCIAS	77
ANEXOS	80

RESUMEN

Con el propósito de determinar los motivos de consulta asistidos en atención primaria en el hospital María Paniagua de Nigua, San Cristóbal, Junio-Agosto 2018. Se realizó un estudio descriptivo, observacional, con fuente prospectiva de datos y de corte transversal. La población de estudio estuvo constituida por 402 pacientes que asistieron en la consulta de atención primaria, obteniéndose los siguientes resultados: El rango de edad más frecuente de los pacientes fue de 5 años o menos. El sexo que más acudió a la consulta fue femenino. El estado civil más frecuente fue soltero. La ocupación más frecuente fue estudiante. La escolaridad más frecuente de los pacientes fue secundaria. La procedencia de la mayoría de la población fue urbana. La religión más frecuente fue la católica. Los motivos de consulta más frecuente fueron fiebre, tos y expectoración y dolor en el cuerpo y dificultad respiratoria. La mayoría de los casos el hábito tóxico más frecuente fue el café. Los signos y síntomas más frecuente fueron fiebre y tos y expectoración, mialgias, dificultad respiratoria, rinorrea. El diagnóstico más frecuente fue infección respiratoria aguda.

Palabras clave: Motivos de consulta, Atención Primaria, fiebre, tos, expectoración

ABSTRACT

In order to determine the reasons for consultation assisted in primary care at the María Paniagua hospital in Nigua, San Cristóbal, June-August 2018. A descriptive, observational study was conducted, with prospective data source and cross-sectional data. The study population consisted of 402 patients who attended the primary care consultation, obtaining the following results: The most frequent age range of the patients was 5 years or less. The sex that went most to the consultation was female. The most frequent marital status was single. The most frequent occupation was a student. The most frequent schooling of the patients was secondary. The origin of the majority of the population was urban. The most frequent religion was the Catholic. The most frequent reasons for consultation were fever, cough and expectoration and pain in the body and respiratory distress. The most frequent toxic habit was coffee. The most frequent signs and symptoms were fever and cough and expectoration, myalgias, respiratory distress, rhinorrhea. The most frequent diagnosis was acute respiratory infection.

Keywords: Reasons for consultation, Primary Care, fever, cough, expectoration.

CAPÍTULO 17

I.1. INTRODUCCIÓN

La responsabilidad del médico en la atención primaria es garantizar la atención clínica eficiente. Esta atención debe ser integral y comprender, por tanto, a la familia y a la comunidad del enfermo. Para ello es necesario que se lleve a cabo en un marco interdisciplinario y con una continua formación e investigación.

Pero los cambios que está viviendo la medicina, y que por ende afectan a profesionales y usuarios, hacen necesaria una actualización constante de los conocimientos. En este documento se abordan de forma rigurosa y práctica los principales motivos de las consultas de atención primaria, bien por su frecuencia o por su importancia.

La atención primaria es la puerta de entrada del paciente al sistema sanitario. Sus profesionales tienen la capacidad de prevenir, diagnosticar, tratar y curar. Desempeñan, por tanto, un papel crucial en el Sistema Nacional de Salud. Un papel fundamental que demuestran al garantizar la atención de los pacientes a lo largo del tiempo, ejercer una función coordinadora y asumir una responsabilidad constante en el seguimiento, tanto individual de los enfermos como de los problemas sanitarios, del conjunto de la sociedad.

Esta concepción restringida de la APS, más los complejos procesos de formulación e implementación de políticas, han producido importantes desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios y en la garantía del derecho a la salud.

I.1.1. Antecedentes

Novas, Gallego y León, en México, en 2017, realizaron una investigación donde se realizó una revisión sobre diferentes estudios publicados acerca de los problemas de salud que enfrenta el Médico de Familia en su práctica. Los problemas de salud en la atención primaria son múltiples y variados, según muestran los resultados de estudios que ejemplifican el perfil de la práctica del Médico de Familia, donde se encuentra una elevada incidencia de enfermedades agudas muchas de ellas de carácter transitorio y curación espontánea y una alta prevalencia de enfermedades crónicas, trastornos de la conducta, alteraciones del funcionamiento familiar y problemas higiénico-ambientales. Se requiere una preparación acorde con la problemática de salud que el médico va a enfrentar en su trabajo.¹

García, Moreno, Puerta, y Martínez, en 2017, en Madrid, España, se describen la posible asociación entre las características demográficas y socioeconómicas de las áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid y la frecuentación de las consultas de medicina de familia de atención primaria. El estudio se obtuvo de fuentes de información de los datos oficiales sobre estadísticas de población y las memorias del Instituto Nacional de Salud de los años 1996 y 2001. Como indicadores se obtuvieron el nivel de renta, el tamaño medio del hogar, el paro, la población dedicada a las labores del hogar y la población con estudios superiores, analizándose la asociación con la frecuentación mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Se ajustó un modelo multivariante de regresión lineal. La frecuentación a la consulta de medicina de familia se asoció al porcentaje de personas dedicadas a las labores del hogar ($r = 0,44$) a la renta ($r = -0,69$) y a los estudios superiores ($r = -0,72$). El modelo multivariante mostró que la variabilidad de la frecuentación se explica en un 77,5% por la inclusión conjunta de la renta (un 48% de la variabilidad), el porcentaje de personas dedicadas a las labores del hogar (19%) y el tamaño del hogar (9%). Estos resultados muestran la existencia de factores socioeconómicos que explican la utilización de las consultas de medicina de familia. Los resultados obtenidos aconsejan que la planificación de los servicios de atención primaria incorpore parámetros demográficos y socioeconómicos.²

Novas y Guimart, en Enero 2018, en La Habana Cuba, realizaron un estudio observacional descriptivo y retrospectivo con vistas a identificar la capacidad resolutive de los servicios de urgencias del Policlínico Docente Lawton durante el año 2015. Se encontró una elevada capacidad resolutive, pues fue remitido solo el 1,37 % de los

casos vistos y el 28,69 % de los observados. La mayoría de los casos se remitieron por: la severidad o gravedad de su afección, no presentar mejoría después de un período de observación y tratamiento, dificultades en el diagnóstico, requerimientos terapéuticos, la necesidad de valoración por otros especialistas, o por necesidad de exámenes solo disponibles en el hospital. Se requieren nuevos estudios para valorar la capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria.³

1.1.2. JUSTIFICACIÓN

La estrategia de atención primaria, es el primer contacto la puerta de entrada del paciente al sistema de salud, es efectuada por el médico familiar y comunitario ya que su campo de acción específico es la prevención de salud en la comunidad, y trabaja desde un modelo de atención integral a la salud, teniendo a la familia como la unidad de atención.

La consulta médica en general y en la medicina familiar en particular ha sido abordada desde numerosas variables, en esta investigación se pretende encontrar los motivos de consulta asistidos en atención primaria sobre algunos aspectos sociodemográficos, hábitos tóxicos que impactan directa e indirectamente en la salud.

La iniciativa de esta investigación está dirigida a optimizar la práctica clínica diaria para conseguir el mayor beneficio para el paciente, en las mejores condiciones para el profesional y que la administración pueda asumir.

I.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La atención primaria debe ofrecer servicios según la necesidad y dar respuesta en su nivel a la mayoría de los problemas que afectan a la comunidad donde se desarrolla.

Recientemente se observa un movimiento de renovación de la APS, impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS), como estrategia para alcanzar los Objetivos del Milenio acordados en las Naciones Unidas (1) y caracterizado por el fuerte sesgo prescriptivo habitual en estas organizaciones sanitarias internacionales. Así, en el 2005 se divulgó el documento "Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas" (2). Según el mismo, la renovación de la APS implica su actualización en su concepción más integral. Sin embargo, su implementación depende de diferentes factores ligados a procesos políticos e institucionales, a la concepción que finalmente adopten los gobiernos, al marco en el que se formulan las políticas de salud y al entramado institucional con el que cada país traduce los enunciados de la APS en prácticas concretas.³

La presente investigación tiene por objetivo encontrar los motivos de consulta en pacientes asistidos en atención primaria en el Hospital María Paniagua en junio–agosto 2018 y su vinculación actual con los datos sociodemográficos de la población en estudio.

Debido a lo anterior se plantea para la presente investigación la siguiente interrogante:

¿Cuáles son los motivos de consulta en pacientes asistidos en atención primaria en el hospital María Paniagua de Nigua, San Cristóbal, Junio-Agosto 2018?

I.3. OBJETIVOS

I.3.1. Generales

Determinar los motivos de consulta asistidos en atención primaria en el hospital María Paniagua de Nigua, San Cristóbal, Junio-Agosto 2018.

I.3.2. Específicos

1-Determinar el comportamiento de las variables socio demográfico de la población en estudio según:

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Ocupación
- Escolaridad
- Procedencia
- Religión

2-Identificar el principal motivo de consulta.

3-Determinar la incidencia de hábitos tóxicos.

4-Identificar los signos y los síntomas.

5-Determinar el diagnóstico más frecuente.

CAPÍTULO II

II.- MARCO TEÓRICO

II.1. MEDICO FAMILIAR

DEFINICIÓN

Se han propuesto varias definiciones del médico de familia, el médico de familia es un generalista que acepta a toda persona que solicita atención médica, al contrario de otros profesionistas o especialistas que limitan sus servicios en función a edad, sexo o diagnóstico de los pacientes.¹²

Para Rivero la Medicina Familiar, también llamada Medicina de Familia, Family Practice, es la especialidad médica efectora de la Atención Primaria de Salud (APS), que posee un cuerpo de conocimientos propios, con una unidad funcional conformada por la familia y el individuo, y tiene como base el método clínico-epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.³⁴

El Consejo Americano de Medicina Familiar definió la Práctica Familiar como: la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento y su alcance no está limitado por la edad, sexo, órgano, sistema o entidad mórbida.³⁴

El advenimiento de la Medicina Familiar en México ocurrió como consecuencia del proceso de desarrollo industrial del país y por influencia de otros países, particularmente los Estados Unidos de Norteamérica (EEUU), Canadá y Reino Unido.³⁵

Los orígenes de la medicina familiar en México pueden rastrearse hasta el año de 1953. La atención de la medicina general se encontraba en una etapa de pobre organización. Los médicos tenían poco conocimiento de los problemas de sus pacientes y se abusaba de la visita domiciliaria. Ante esta situación, un grupo de médicos que laboraba en el IMSS, en Nuevo Laredo, Tamaulipas, planteó la posibilidad de estructurar el sistema de atención médica e inició un ensayo dirigido a valorar su

propuesta. En 1954, el IMSS presentó, en un seminario de seguridad social, celebrado en Panamá, un trabajo denominado “El médico de la familia”, basado en la experiencia obtenida. En esta propuesta se delimitaban las características de las acciones que este profesional debería desarrollar, sobresaliendo el hecho de que atendería núcleos de población bien determinados y que trabajaría en equipos de médicos.²⁶

II.1.1. Funciones del médico familiar

La atención médica es la función profesional que desempeña el médico cuando aplica el conocimiento y la tecnología de la medicina y de otras disciplinas afines- al manejo de un problema particular de salud, de personas o de grupos, en el marco de una interacción social entre el médico y quien requiere de sus servicios. Esta atención ocurre en el seno de diversos grupos sociales, familia, escuelas, empresas, equipos deportivos, y se efectúa en espacios muy diversos; en el domicilio del paciente, la cama del hospital, en el consultorio y la sala de urgencias, etc. Su realización se expresa en la asistencia oportuna al paciente o a grupos de individuos, a través de actividades múltiples; sea ya una consulta, o examen clínico, una inmunización, o consejo genético, una intervención quirúrgica, o procedimiento diagnóstico, un estudio histopatológico; en fin, su sinnúmero de actividades que involucran la aplicación del saber en las diversas formas profesionales de ejercer la práctica médica.²⁶

El médico de familia atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte. El médico familiar es un profesional entrenado y orientado a la atención integral y continuada a todo individuo que solicite atención médica, y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud cuando sea necesario.¹²

Existen cinco grandes áreas de práctica profesional del médico de familia:

Área de atención al individuo: La primera responsabilidad del médico de familia es la de prestar una atención clínica efectiva y eficiente, para lo cual debe poseer conocimientos y habilidades para hacer un buen diagnóstico y tratamiento.

Área de atención a la familia: La base de la medicina familiar es la interacción del médico con el individuo y la familia, ya que esta tiene una importancia trascendental en el individuo. Su aspecto negativo puede ser generadora de enfermedad, y perturbadora de síntomas, hábitos de vida inadecuados y conductas de salud erróneas. Su lado positivo es un recurso fundamental en el mantenimiento de la salud, en el cuidado y resolución de problemas cuando uno de ellos enferma.

Área de atención a la comunidad: La necesidad del conocimiento de los problemas de salud de la comunidad, así como de los recursos de la misma, tanto sanitarios como de los otros sectores. La OMS afirma: “La atención primaria forma parte del sistema de atención para la salud del que constituye su función central y su núcleo principal”. En nuestro país se decretó en 1978 que la medicina familiar y comunitaria proporcionara la salud y prevendrá la enfermedad y desarrollara la educación sanitaria a nivel individual, familiar y comunitario.

Área de docencia e investigación: En este rubro, el médico familiar debe de hacer especial énfasis para mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional mediante distintas facetas, principalmente autoformación, formación continuada dentro del equipo de atención primaria y docencia a otros profesionales, ayudando a la formación de médicos de pregrado y en la formación de futuros médicos especialistas en medicina familiar y comunitaria.

Área de apoyo: La interacción efectiva del médico familiar con otros integrantes del equipo de atención primaria es fundamental, ya que el enfermo recibe una mejor atención, proporciona mayor satisfacción profesional, previene la duplicidad de esfuerzos y facilita el enfoque biopsico-social.¹²

II.2.- Enfermedades más frecuentes

II.2.1. Infecciones de vías respiratorias agudas.

Definición:

Se define la infección respiratoria aguda como el conjunto de infecciones del aparato respiratorio causadas por microorganismos virales, bacterianos y otros, con un período inferior a 15 días, con la presencia de uno o más síntomas o signos clínicos como : tos, rinorrea, obstrucción nasal, odinofagia, otalgia, disfonía, respiración ruidosa, dificultad respiratoria, los cuales pueden estar o no acompañados de fiebre; siendo la infección respiratoria aguda la primera causa de morbimortalidad en nuestro medio, como también de consulta a los servicios de salud y de internación en menores de cinco años.³²

Para algunos autores, los niños presentan entre 7 y 10 episodios de IRA por año, que son en su mayoría, leves y auto limitados, pero representan un trabajo enorme para los servicios de salud. Un grupo de niños, especialmente los que poseen factores de riesgo, pueden cursar hacia una neumonía o una enfermedad más grave, la cual aumenta la posibilidad de muerte y requiere atención hospitalaria.¹⁷

II.2.2. Clasificación de las infecciones respiratorias agudas

Las infecciones respiratorias agudas se clasifican en función o no de la presencia de insuficiencia respiratoria, en base a este síntoma se puede hacer la siguiente división:

II.2.2.1. IRA sin insuficiencia respiratoria

Dentro de este tipo de IRA, la rinofaringitis, la faringoamigdalitis y la otitis media constituyen el 87.5% del total de los episodios y la vasta mayoría son causadas por virus.

Otitis media

Es una enfermedad del oído medio, que se caracteriza por la presencia de líquido, asociada a signos y síntomas de inflamación local, de la caja timpánica, celdillas mastoideas y la Trompa de Eustaquio.⁶⁰ Es causada en 80% de los casos por

bacterias, entre las bacterias principales tenemos a el *Streptococcus pneumoniae* (40%), *Hemophilus influenzae* (25-30%), *Moraxella catarrhalis* (10 a 20%); menos frecuente: streptococos del grupo A (3%), *S. aureus* (2%), y *P. Aeruginosa* 1 a 2%). Dentro de los virus más frecuentes encontramos la presencia de: virus sincitial respiratorio (49%), virus para influenza tipo 1, 2 y 3 (13.6), virus influenza tipo A y B (12.9%, rinovirus (6.8), adenovirus (4.8%).²⁷

Son factores de riesgo para OMA: asistencia a guardería, exposición ambiental a humo de cigarro y otros irritantes respiratorios y alérgenos que interfieren con la función de la trompa de Eustaquio. Falta de alimentación con leche materna, posición supina para la alimentación. Uso de chupones. Anormalidades cráneo-faciales. Deficiencias inmunológicas. Reflujo gastroesofágico.⁶⁰

Síntomas

El primer síntoma de la OMA es la hipoacusia. En segundo lugar pero como síntoma predominante en la OMA está la otalgia, que en lactantes es el primer síntoma. La caja timpánica se llena de exudado infectado (pus), transformándose en un absceso teniendo como única salida la membrana timpánica por lo que ésta cambia sus características abombándose. La necrosis de la membrana timpánica causa su rotura con la consecuente salida de material purulento, precedido de líquido hemorrágico por el estallido de la membrana. En este momento se presenta la otorrea, la fiebre baja, la otalgia desaparece y la hipoacusia mejora; el paciente siente alivio. En ocasiones antes de la ruptura de la membrana timpánica puede existir acufeno, vértigo o sensación de inestabilidad, incluso se puede presentar una parálisis facial ipsilateral.²⁷

Diagnóstico

Para realizar el diagnóstico de OMA en niños se requiere de una combinación de historia de inicio agudo de signos y síntomas, presencia de líquido en oído medio, identificación de signos y síntomas de inflamación del oído medio mediante otoscopio neumático.⁶⁰

Tratamiento

Los antimicrobianos deben indicarse cuando se requiere reducir la morbilidad que no puede disminuir con el uso de analgésicos. Se recomienda utilizar amoxicilina a dosis de 80 a 90 mg/kg de peso por día durante 5 a 10 días.⁶⁰

Si el paciente es alérgico a la penicilina una opción es la eritromicina de 50mg/kg/día dividida en cuatro dosis o claritromicina a 15mg/kg/día en dos dosis. En caso de que esta terapéutica no produzca una mejoría en las primeras 48 a 72 horas, un buen antibiótico de segunda elección es cefuroxima 30mg/kg/día en dos dosis.²⁷

Faringoamigdalitis o faringitis.

La Faringoamigdalitis es una infección de la faringe y amígdalas, afecta a ambos sexos a todas las edades pero es mucho más frecuente en la infancia. Se ha documentado que la etiología más común de este padecimiento es de origen viral con un 90% en adultos, pero aproximadamente 15% de los episodios pueden deberse a estreptococo beta hemolítico del grupo A.⁶¹

Signos y síntomas

Los principales signos y síntomas de la enfermedad han sido clasificados conforme la edad y la etiología, en los menores de tres años (viral); cursan con un cuadro leve y muy variable o inclusive con fiebre, vómitos, tos, edema, eritema de faringe y amígdalas, conjuntivitis y rinitis.²⁷

Randolph et al., describieron los criterios clínicos de la infección estreptocócica según la edad:

Lactantes:

- Irritable pero no agudamente enfermos.
- Fiebre baja e irregular.
- Secreción nasal serosa.
- Narinas escoriadas.
- Respuesta espectacular a la penicilina.

Niño preescolar:

- Fiebre, vómito, dolor abdominal.
- Habla nasal sin rinorrea mucoide.
- Mal aliento característico (halitosis).
- Secreción mucoide posnasal.
- Enrojecimiento faríngeo difuso.
- Dolor al abrir la boca.
- Ganglios cervicales anteriores dolorosos.
- Es común la otitis media. Niño en edad escolar:
- Presentación aguda: fiebre (90%), cefalea (50%).
- Signos locales y sistémicos; disminuyen después de 24 h.
- Faringe enrojecida difusa, de moderada a muy enrojecida.
- Lengua roja con papilas hipertróficas.
- Paladar blando enrojecido.
- Dolor al deglutir.
- Exudados en amígdalas o faringe (29%).
- Ganglios linfáticos grandes y dolorosos en la región cervical anterior.²⁷

Diagnóstico

El cultivo faríngeo continúa siendo el estándar de oro, es excelente en medios hospitalarios, pero poco disponible, solicitado y/o mal interpretado. El porcentaje de aislamiento es entre 11 y 63%, además el estado de portador es hasta de 35%, en escolares. Han aparecido diversas pruebas para *S. pyogenes*, basadas en la identificación de sus polisacáridos en las muestras clínicas. La sensibilidad es muy variable (50 a 70%) y la especificidad de 92 a 100%, por lo tanto deben interpretarse bajo criterio médico y de ser posible en comparación con el cultivo.²⁷

Tratamiento

Faringoamigdalitis viral: el tratamiento es inicialmente sintomático durante los primeros tres días.⁶⁰

Faringoamigdalitis bacteriana: menores de 6 años o <27 kg, 600 000 UI de penicilina G benzatínica (PGB) intramuscular en dosis única; mayores de 6 años o >27 kg, 1

200 000 UI de penicilina G benzatínica (PGB) intramuscular en dosis única; amoxicilina 40 a 80 mg/kg/día cada ocho horas por 7 a 10 días. En caso de hipersensibilidad a penicilina: eritromicina o claritromicina a 15mg/kg/día cada 12 horas por 7 días.²⁷

Rinofaringitis

El resfriado común es una enfermedad viral aguda, autolimitada, de carácter benigno, transmisible llamado también «catarro común», «resfrío», «rinofaringitis» o «nasofaringitis», constituye 50% de las infecciones de las vías respiratorias superiores. Los virus más implicados son: rinovirus, adenovirus, coronavirus, parainfluenza, sincicial respiratorio; influenza A y algunos echovirus como Coxsackie A.³²

Síntomas

Después de un periodo de incubación que varía de dos a cinco días, aparecen los síntomas predominantes del resfriado común como rinorrea, obstrucción nasal y estornudos. Otros síntomas son: tos, dolor de garganta, cefalea y malestar general; la fiebre varía en intensidad y frecuencia; puede haber sintomatología en otros sistemas como vómitos, diarrea, dolor abdominal, mialgias e irritación ocular.⁶²

Diagnóstico

El antecedente epidemiológico actual contribuye a establecer el diagnóstico. Pero el cuadro clínico, que es característico y autolimitado, es la base del diagnóstico.

El diagnóstico específico y los exámenes auxiliares son innecesarios por lo autolimitado de la enfermedad, solo se emplearía con fines epidemiológicos.²⁷

Tratamiento

No se cuenta todavía con un tratamiento específico, eficaz para el resfriado común, por lo cual, básicamente se procura aliviar los síntomas. No hay medicamentos específicos antivirales disponibles para erradicar los virus que causan los resfriados.

Sinusitis

La sinusitis, definida como la inflamación de uno o más de los senos paranasales, en su forma aguda generalmente es precedida por una IRA viral con invasión bacteriana subsecuente de los senos por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, o *Moraxella catarrhalis*. Afecta a toda la población sin predominio de sexo o edad y se puede encontrar asociado a importantes factores de riesgo que influyen en su presentación recurrente.³²

Síntomas

Se caracteriza por la presencia de rinorrea purulenta, obstrucción nasal, dolor facial, así como fiebre, tos, fatiga, hiposmia o anosmia, dolor dental maxilar y plenitud ótica.⁵²

Diagnóstico

El diagnóstico clínico de sinusitis bacteriana requiere cumplir con los siguientes datos en los adultos y niños mayores: síntomas y signos persistentes de rinofaringitis con tos (más de 7-10 días) o cuadro clínico de infección respiratoria alta severa, como fiebre mayor de 39°C, inflamación o dolor facial o cefalea. En los niños pequeños, el diagnóstico puede elaborarse en presencia de un cuadro de rinofaringitis con tos de más de 7-10 días sin mejoría. La rinorrea mucopurulenta deberá considerarse como un dato de importancia para el diagnóstico sólo cuando es persistente por más de 7 días.²¹

Los estudios radiológicos de senos paranasales no son recomendados para el diagnóstico, ya que ha sido demostrada una elevada frecuencia de hallazgos anormales en los casos de cuadros virales.²¹

Tratamiento

El esquema recomendado es amoxicilina 500mg cada 8 horas durante 10-14 días, en caso de alergia utilizar Trimetoprima/Sulfametoxazol 160/800mg cada 12 horas durante 10 a 14 días. Oximetazolina al 0.5% 3 a 4 veces al día por 3 a 4 día. Paracetamol a 500mg cada 6 horas por vía oral en caso de fiebre o dolor.⁵² Dentro del tratamiento no

farmacológico se incluye, tratamiento adecuado de alergias e IRA y evitar humo de cigarrillo, alergénicos, contaminación y trauma bórico.⁵²

Laringitis, laringotraqueitis y bronquitis

Aunque la laringitis y la traqueitis pudieran considerarse como infecciones respiratorias bajas, con mucha frecuencia acompañan a los síndromes respiratorios altos, particularmente a la rinofaringitis o catarro común. La ronquera o pérdida completa de la voz es el signo característico de la laringitis, mientras que la tos acompañada de dolor retroesternal es un dato de traqueitis. En ambos casos, casi siempre la etiología es de origen viral, sobre todo en ausencia de insuficiencia respiratoria aguda; los virus más frecuentes son parainfluenza, rinovirus, adenovirus e influenza.

El diagnóstico de bronquitis se establece principalmente por la presencia de tos productiva sin otros datos específicos de infección respiratoria aguda; los agentes asociados a estos cuadros han sido virus parainfluenza, sincicial respiratorio e influenza.

El principal objetivo del tratamiento de los niños con LTA es controlar la vía respiratoria y este control de la dificultad respiratoria es más importante que cualquier otra prueba.

II. 2.2. IRA con insuficiencia respiratoria

En niños pequeños, laringitis y traqueitis pueden ocasionar edema subglótico severo con obstrucción parcial de las vías aéreas, lo que ocasiona tos característica con estridor laríngeo inspiratorio conocido como crup.

Neumonía

La tasa de mortalidad por neumonía es considerable en lactantes y niños menores de cinco años (2% a 7%). Se estima que más de cuatro millones de niños mueren anualmente por esta condición. Los factores de riesgo para morbilidad y mortalidad en neumonía son: edad, bajo peso al nacer, alto grado de desnutrición, bajo nivel

socioeconómico, hacinamiento, no lactancia materna, inmunizaciones incompletas y tabaquismo.³²

El 80% es causado por dos bacterias: *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.²¹

Síntomas

La neumonía en la mayoría de las veces está precedida por coriza, lo que sugiere infección viral del aparato respiratorio superior. El período de incubación es corto, dos a tres días. El inicio es brusco, con rinorrea, fiebre, estado tóxico, en los niños mayores es frecuente el dolor costal por irritación pleural.³² El examen físico del tórax del niño con neumonía bacteriana puede revelar muchos datos, los cuales varían desde sonidos respiratorios bronquiales (estertores crepitantes, hipoventilación y aumento de las vibraciones vocales), aumento de la frecuencia respiratoria, tirajes intercostales y subcostales, que nos indican inflamación parenquimatosa, hasta falta de ruidos respiratorios con matidez en la percusión, que sugiere presencia de líquido pleural.²⁷

Diagnóstico

A los pacientes con neumonías graves o en quienes se sospeche complicaciones se les debe realizar idealmente radiografía de tórax AP y lateral para la confirmación del diagnóstico. Otros estudios: hemograma, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva, pueden ser sugestivos de infección bacteriana pero no son contundentes, puesto que son marcadores inespecíficos de inflamación. El diagnóstico de la etiología bacteriana es muy difícil en neumonía, por este motivo se recomienda el hemocultivo a pesar de que la positividad del estudio varía del 10% a 20%.³²

Tratamiento

Los niños menores de dos meses de edad con neumonía y frecuencia respiratoria mayor de 60/minuto o tirajes muy marcados se consideran graves y requieren de tratamiento hospitalario; la administración de antibióticos es por vía parenteral. La

asociación de ampicilina más aminoglucósido a dosis adecuadas ha sido ampliamente utilizada en nuestro medio y en todas las latitudes.³²

Los lactantes de dos a 11 meses de edad que se presenten con aumento de frecuencia respiratoria no mayor de 50/minuto y sin tirajes subcostales, ni signos de peligro se clasifican como neumonía y deben ser tratados en forma ambulatoria con fármacos orales tales como: amoxicilina, ampicilina o trimetoprim-sulfametoxazol V.O. o penicilina procaínica I.M.³²

En los niños mayores de dos meses a cinco años de edad, el aumento de la frecuencia respiratoria mayor de 50/minuto y la presencia de tirajes subcostales nos permiten clasificarla como neumonía grave y necesariamente el tratamiento es hospitalario, proporcionando cobertura contra *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*. Por lo tanto, la penicilina G cristalina o la ampicilina es el tratamiento de elección.³²

II.2.3.- Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) supone un factor de riesgo mayor e independiente en el desarrollo de distintas enfermedades cardiovasculares. Se estima que hasta un 44% de los adultos españoles (45% de varones y 43% de mujeres) de edad media (35-65 años) presentan cifras de tensión arterial (TA) iguales o superiores a 140/90 mmHg o mantienen tratamiento antihipertensivo. La HTA es quizá el problema más importante de salud pública en los países en vías de desarrollo y en los desarrollados, por tener una relación continua y creciente en la incidencia de accidentes cerebrovasculares (ACVA): isquémicos o hemorrágicos, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), muerte súbita y enfermedad arterial periférica. La TA elevada es un proceso heterogéneo en su etiología, fisiología y tratamiento. Por ello, la evaluación clínica inicial es fundamental en todo paciente al que se le detectan cifras elevadas. Tanto el aumento de la TA sistólica (TAS) como el de la TA diastólica (TAD) se asocian por separado a un riesgo cardiovascular (RCV) incrementado, y la HTA sistólica constituye por sí sola un factor de RCV. La TAS y el aumento de la presión de pulso

(PP: diferencia entre TAS y TAD) guardan mayor relación que la TAD no sólo con la aparición de ICC y ACVA, sino con la mortalidad cardiovascular, constituyéndose como los principales determinantes pronósticos de HTA. El control de la TAS y de la PP en <70 mmHg se ha demostrado eficaz con respecto a la disminución de la mortalidad cardiovascular hasta edades avanzadas, en especial la última, en individuos mayores de 55 años.

Manejo Clínico

Los cambios en el estilo de vida siguen siendo la base del tratamiento del paciente hipertenso (dieta, ejercicio, disminución de peso, etc.).

Recomendaciones Para La Práctica Clínica

En los últimos veinte años se han identificado con bastante claridad factores que, de forma independiente o concurrente, aumentan de manera directa la probabilidad de desarrollar HTA y de sufrir cualquiera de sus posibles desenlaces clínicos. Se han establecido nuevas conceptualizaciones y manejos de la enfermedad, y se ha publicado mucho sobre la eficacia, el control y la capacidad de reducción de la morbimortalidad asociada a la HTA de numerosos fármacos de las diferentes familias de hipotensores. Esto hace imprescindible revisar con atención la evidencia científica y, a la luz de cada comunidad, proponer nuevos marcos de referencia para la práctica médica basada en modelos de promoción y prevención de la salud.

Definición y clasificación

La mayoría de las guías clínicas admiten que la HTA es la elevación persistente de la TA por encima de los límites considerados normales ($\geq 140/90$ mmHg), estableciendo este criterio por convenio y en criterios de riesgo poblacional. Para diagnosticar HTA es necesario realizar 3 tomas en un período inferior a 3 meses y distanciadas una de otra al menos 1 semana. La TA que establezca el diagnóstico será la media de las 3 determinaciones. Se debe tomar la TA en ambos brazos y continuar con el brazo de mayor TA. El diagnóstico correcto se basa en la utilización adecuada y en las condiciones óptimas de las técnicas de toma de TA. La tabla 1 muestra la clasificación

de la HTA, según las guías de la Sociedad Española de Hipertensión (SEH) y la European Society of Cardiology (ESC).

Otros conceptos relacionados con los criterios diagnósticos de HTA son:

- HTA sistólica aislada (HSA): TAS mayor o igual a 140 mmHg con TAD menor de 90 mmHg.
- HTA en la gestación: elevación de la TAS ≥ 25 mmHg y/o de la TAD ≥ 15 mmHg con respecto al comienzo del embarazo en normotensas. Si no se conocen las cifras previas, TA $\geq 140/90$ mmHg.
- HTA resistente: TAS ≥ 140 mmHg y/o TAD ≥ 90 mmHg en pacientes con un adecuado cumplimiento terapéutico, que reciben triple terapia farmacológica durante al menos 3 meses y siendo uno de los fármacos un diurético. En ancianos se considera HTA resistente cuando en estas condiciones presentan cifras de TAS > 160 mmHg.
- HTA clínica aislada o «de bata blanca»: HTA registrada sólo en la consulta y con valores de TA dentro de los parámetros normales fuera de ella. Se comprueba mediante la auto medición (AMPA) o la medición ambulatoria (MAPA). Cifras de TA $\geq 135/85$ mmHg son consideradas como elevadas.

Exploración dirigida y aproximación diagnóstica inicial

Anamnesis

- Investigar sobre los antecedentes familiares de HTA, enfermedad cardiovascular precoz (infarto de miocardio o muerte súbita en progenitores o familiares de primer grado, varones < 55 años y/o mujeres < 65 años), enfermedad renal, diabetes o dislipemia.
- Preguntar por los hábitos personales de consumo de tabaco, alcohol, drogas, café, sal y grasas, y sobre la realización de ejercicio de forma periódica.
- Interrogar sobre la historia previa de HTA: duración, evolución, valores habituales y cifras más altas registradas. Investigar los tratamientos recibidos y el grado de adhesión y cumplimentación.

- Preguntar por la coexistencia de enfermedad renal (traumas, infecciones, cálculos, hematuria o proteinuria, insuficiencia renal, poliquistosis, glomerulonefritis, etc.), enfermedad endocrina (síndrome de Cushing, diabetes, obesidad, hiperaldosteronismo, feocromocitoma), ingesta de fármacos y síndrome de apnea del sueño, así como por los factores sociales (familia, trabajo, etc.).
- Explorar la posible afectación de órganos diana (neurológica, cardiovascular, renal y ocular).

Exploración física

- Determinar la TA, la frecuencia cardíaca (FC), el perímetro abdominal y el índice de masa corporal (IMC).
- Exploración del cuello. Investigar la presencia o ausencia de un aumento en la glándula tiroidea y de soplos en ambas arterias carótidas.
- Exploración cardíaca. Los efectos mecánicos sobre el corazón de cifras de HTA mantenidas se pueden detectar en la exploración en forma de anormalidades del ritmo y de la frecuencia, soplos y chasquidos, y por la aparición del tercer y cuarto tono, además de por la modificación de la posición del ápex cardíaco y los datos de insuficiencia cardíaca.
- Exploración pulmonar. La coexistencia de datos de broncopatía puede modificar la actitud terapéutica.
- Exploración abdominal. Buscar masas, soplos, visceromegalias o ascitis.
- Exploración neurológica. Buscar patologías sensitivomotoras.
- Exploración de las extremidades. Las personas con HTA son sensibles a la aparición de una patología oclusiva. Explorar edemas, pulsos y datos de insuficiencia venosa.
- Exploración del fondo de ojo. Es una prueba indiscutible si se asocia diabetes. En los últimos estudios se discute cada vez más sobre la necesidad de protocolizar esta exploración aun sin la presencia de diabetes concomitante, ya que las arterias de la retina son las únicas accesibles a la exploración física y aportan más información sobre la afectación orgánica que otras pruebas.

Exploraciones complementarias

- Hemograma y bioquímica básica: glucosa, creatinina, cálculo del aclaramiento de creatinina, ácido úrico, colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, triglicéridos, sodio y potasio.
- Sistemático de orina: cálculo del índice albúmina/creatinina en una muestra de orina (micro albuminuria y creatinuria).
- Electrocardiograma (ECG): prueba barata, fácil y accesible en la que se deben detectar datos de isquemia, alteraciones del ritmo y defectos de conducción. Tiene sensibilidad baja para detectar la presencia de HVI (hipertrofia ventricular izquierda), según criterios de: Cornell, Sokolow-Lyon, Rodríguez Padial y Dalfo)
- Radiografía de tórax: indicada en datos clínicos de ICC.
- Ecocardiograma: los protocolos de consenso no recomiendan de forma rutinaria su realización en la atención primaria. Debe reservarse para situaciones en las que sus resultados puedan modificar la actitud terapéutica; por ejemplo, en pacientes con HTA asociada a enfermedad cardíaca concomitante (valvulopatías o ICC), con ECG negativo de HVI pero que plantea dudas sobre el inicio o la modificación de tratamiento: HTA de estadio 1 sin afectación de lesión de órgano diana (LOD), HTA resistente sin afectación de órgano diana, ya que la aparición de HVI condicionaría intensificar el tratamiento (evidencia de tipo A), ECG con signos graves de HVI y sobrecarga del ventrículo izquierdo (sospecha de miocardiopatía hipertrófica).
- Índice tobillo/brazo y ecografía carotídea: son pruebas indicadas para la búsqueda de LOD.
- Otras exploraciones encaminadas a la búsqueda de HTA secundaria: determinación de renina y aldosterona, ecografía renal y tomografía axial computarizada abdominal¹⁻⁵.

Manejo clínico

Modificaciones del estilo de vida Reducción de peso

Existen datos concluyentes (nivel de evidencia A) que indican que la reducción de peso disminuye la TA en los pacientes obesos y mejora otros factores de riesgo cardiovascular, como la resistencia a la insulina, la HVI, la apnea del sueño, etc. Los pacientes hipertensos, incluidos los que toman medicación, deben recibir el consejo

de disminuir peso y un refuerzo periódico de éste. Se recomienda la pérdida progresiva de al menos 4 kilos de peso en pacientes con un IMC de >27.

Disminuir el consumo de alcohol

Se ha demostrado que el alcohol no sólo produce una elevación de las cifras de TA, sino que además reduce la eficacia de los tratamientos farmacológicos (evidencia de clase D, R).

Reducir la ingesta de sodio

Es un consejo especialmente importante para los hipertensos mayores de 45 años, de raza negra y con otros factores de riesgo cardiovascular asociados. Se debe evitar la sal añadida en la mesa y los alimentos procesados. La recomendación es una ingesta de sal por debajo de los 3,8 g/día, objetivo difícil de conseguir. Se debe recomendar una dieta rica en frutas y verduras, con alto contenido en potasio, y productos lácteos desnatados (Dietary Approaches to Stop Hypertension [DASH]). Los suplementos de potasio pueden recomendarse en algunos pacientes.

Otras recomendaciones alimentarias

Los pacientes con HTA deben recibir consejo sobre incluir en su dieta pescados azules ricos en omega-3 (atún, salmón, etc.) y seguir una dieta rica en fibra, recomendación extensible a la población general.

Actividad física

Debe ser regular e isotónica, fundamentalmente actividad física de resistencia: andar, correr y nadar, al menos durante 30 minutos y unos 3 días a la semana. Se consigue con ello mejorar la sensibilidad a la insulina y disminuir el perímetro abdominal.

Inicio de tratamiento farmacológico y consideraciones generales

Criterios del tratamiento antihipertensivo

La decisión de iniciar el tratamiento antihipertensivo debe basarse en 2 criterios (tabla 3): las cifras de TAS y TAD, y el grado de RCV total.

Cifras de TA

Todos los pacientes en los que las determinaciones repetidas de TA muestran una HTA de grado 2 ó 3 son candidatos definidos al tratamiento antihipertensivo porque, según lo detallado en la guía de 2007 de la ESH/ESC, un número elevado de ensayos controlados con placebo han demostrado de forma concluyente que, en los pacientes con estos valores de TA, su reducción disminuye la incidencia de episodios de morbimortalidad de origen cardiovascular, con independencia de su grado de riesgo total (es decir, moderado, alto o muy alto).

Hay que admitir que las pruebas del efecto beneficioso del tratamiento de los hipertensos de grado 1 son más escasas, ya que esta cuestión no se ha evaluado en ensayos específicos. Sin embargo, la observación reciente en el estudio FEVER9 del efecto protector provocado por la disminución de la TAS a <140 mmHg en lugar de la ligeramente >140 mmHg, incluso en los hipertensos de riesgo moderado, respalda la recomendación de contemplar intervenciones antihipertensivas cuando la TAS es ≥ 140 mmHg. A todos los hipertensos de grado 1 a 3 se les ha de dar instrucciones relativas a los hábitos de vida tan pronto como se diagnostique o sospeche la HTA, mientras que la rapidez en el inicio del tratamiento farmacológico depende del grado de riesgo cardiovascular total.

Grado de RCV

En los hipertensos con riesgo alto del estudio VALUE11, el grupo de tratamiento en el que se retrasó en cierto grado el control de la TA se asoció con una tendencia a la aparición de más episodios cardiovasculares.

Así mismo, en los hipertensos del estudio ASCOT10 (que tenían otros factores de riesgo, aunque el RCV total era menor que el de los pacientes del estudio VALUE11), el efecto beneficioso del tratamiento relacionado con un mejor control de la TA fue evidente en el plazo de unos meses.

Por consiguiente, como se muestra en la tabla 3, la demora aceptable para evaluar los resultados de las modificaciones de los hábitos de vida es, de forma prudente, más corta que la indicada en guías precedentes. La farmacoterapia ha de iniciarse de inmediato en la HTA de grado 3, así como en la de grado 1 y 2 cuando el RCV total es alto o muy alto. En los hipertensos de grado 1 ó 2 con un RCV total moderado puede retrasarse la farmacoterapia durante varias semanas, y en los de grado 1 sin ningún otro factor de riesgo (riesgo bajo añadido), durante varios meses. Sin embargo, incluso en estos pacientes, la falta de control de la TA tras un período adecuado de intervenciones no farmacológicas debe conllevar la instauración de la farmacoterapia, además de las modificaciones en el estilo de vida. Cuando la TA inicial se encuentra en el límite alto de la normalidad (130-139/85-89 mmHg), la decisión relativa a la intervención farmacológica depende en gran medida del grado de riesgo. En caso de diabetes, antecedentes de enfermedad cerebrovascular, coronaria o arteriopatía periférica, los ensayos aleatorizados han revelado que el tratamiento antihipertensivo se asocia a una reducción de los episodios cardiovasculares mortales y no-mortales, aunque en otros 2 ensayos en pacientes coronarios no se comunicaron efectos beneficiosos de la reducción de la TA o sólo se observó una disminución de los episodios cardiovasculares cuando la TA inicial se encontraba en el intervalo hipertenso. También existen evidencias de que, en los diabéticos con aumento de la excreción urinaria de proteínas, las reducciones de la TA a valores muy bajos (<125/75 mmHg) se acompañan de disminuciones de la oligoalbuminuria o proteinuria (es decir, factores predictivos del deterioro renal y riesgo cardiovascular), así como de una menor velocidad de progresión a estados proteinúricos más intensos. También sucede así cuando los valores iniciales de TA se encuentran por debajo de 140/90 mmHg y se utilizan fármacos con un efecto antiproteinúrico directo, como bloqueantes del sistema renina-angiotensina. Esto justifica la recomendación de iniciar la administración de antihipertensivos (junto con modificaciones intensas del estilo de vida), incluso en los pacientes en los que la TA no está elevada, sino en el límite alto de la normalidad (y, en ocasiones, en el intervalo normal), siempre que exista una enfermedad cardiovascular o diabetes acompañante. No está claro si un abordaje terapéutico parecido (es decir, modificaciones intensas del estilo de vida combinadas con farmacoterapia

antihipertensiva) también beneficia a los sujetos con una TA en el límite alto de la normalidad y de riesgo alto debido a la presencia de 3 o más factores de riesgo adicionales, síndrome metabólico o lesión orgánica.

Debe hacerse hincapié en que los estudios observacionales prospectivos han revelado que los sujetos con una TA en el límite alto de la normalidad presentan una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular que los que tiene una TA normal u óptima. Así mismo, el riesgo de presentar HTA es mayor en los sujetos con una TA en el límite alto de la normalidad que en aquellos con cifras normales u óptimas, con un aumento adicional del riesgo cuando, como sucede a menudo, hay varios factores de riesgo coexistentes y síndrome metabólico.

Por último, la HTA de nueva aparición puede retrasarse durante un tiempo mediante la administración de un antihipertensivo. Sin embargo, los resultados del estudio DREAM12 revelaron que la administración de ramipril a sujetos con trastornos metabólicos (en su mayor parte, con una TA en el límite alto de la normalidad o HTA de grado 1 y 2) no retrasó de forma significativa la aparición de diabetes ni redujo los episodios cardiovasculares a pesar de disminuir la TA. Desafortunadamente, el estudio DREAM12 no contaba con la potencia estadística suficiente para evaluar los efectos sobre los episodios cardiovasculares y se necesitan ensayos de potencia suficiente para aclarar esta importante cuestión. De momento, a los sujetos con un RCV alto debido a otros factores distintos de la diabetes, pero con una TA aún en el límite alto de la normalidad, ha de aconsejarseles que apliquen medidas intensas relacionadas con el estilo de vida (incluido el abandono del tabaco) y se les debe vigilar estrechamente la TA debido a la posibilidad, relativamente elevada, de que evolucionen a una HTA que posteriormente precise farmacoterapia. Sin embargo, los médicos y los pacientes pueden contemplar, en ocasiones, el uso de antihipertensivos, especialmente de los más eficaces en cuanto a protección contra la lesión orgánica, la HTA de nueva aparición y la diabetes de nueva aparición. Las medidas relacionadas con el estilo de vida y una vigilancia estrecha de la TA han de ser las intervenciones de elección en los sujetos con una TA normal que tienen un riesgo añadido bajo o moderado.

II.2.4.- Diabetes mellitus

La diabetes mellitus (DM) es la patología endocrinológica más frecuente, tras la obesidad, a la que se asocia el 80% de los diabéticos de tipo 2 (diabesidad). La DM de tipo 2, que representa el 90-95% de los casos, es un proceso que evoluciona hacia el agotamiento de la función de la célula B pancreática.

La hiperglucemia es un hallazgo casual frecuente en una bioquímica rutinaria (10-15%) que aumenta con la edad. Se asocia de forma habitual a obesidad y a otros trastornos metabólicos, como dislipemia, hipertensión arterial (HTA) o hiperuricemia, que determinan el síndrome metabólico, con elevado riesgo cardiovascular.

Mediante la clasificación adecuada de las personas susceptibles según los criterios diagnósticos actuales y su tratamiento precoz se reduce la glucotoxicidad y se consigue un control metabólico a más largo plazo, al preservar la función de la célula B. Esto, junto con el abordaje de los otros factores de riesgo cardiovascular, reduce la incidencia de complicaciones micro y macroangiopáticas y neuropáticas, mejora la calidad de vida de estos pacientes y disminuye su mortalidad.

Aproximación Diagnóstica Inicial

El despistaje mediante glucemia plasmática basal está indicado anualmente en pacientes de riesgo y cada 3 años en personas mayores de 45 años sin otros factores de riesgo. También está indicada su determinación mediante glucemia capilar en ese momento en pacientes que presentan una clínica cardinal (poliuria, polidipsia, pérdida ponderal).

Actualmente, la American Diabetes Association (ADA) propone la determinación de la hemoglobina glucocilada (Hb A1c) como método diagnóstico de la diabetes: cifras de Hb A1c $\geq 6,5\%$ serían diagnósticas de diabetes.

Es fundamental realizar un diagnóstico de todos los factores de riesgo cardiovascular que pueden estar asociados a la hiperglucemia y que condicionan el pronóstico funcional y vital del paciente: tabaco, HTA, dislipemia y obesidad.

Debe investigarse la presencia de complicaciones al diagnosticar una diabetes de tipo 2, ya que hasta un 50% de los casos presentan alguna en dicho momento (que suele ser varios años después de su comienzo real).

Manejo Clínico Terapéutico

El tratamiento de la diabetes se basa en el abordaje de todos los factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo, HTA, obesidad y dislipemia. La hiperglucemia, tanto basal como posprandial, debe manejarse de forma apropiada desde el primer momento, y hay que llevar los valores de glucemia y de Hb A1c al rango más próximo a la normalidad, teniendo en cuenta que los valores de riesgo arterial son más estrictos que los de riesgo microvascular.

El tratamiento de la diabetes se fundamenta en 4 pilares básicos: dieta, ejercicio físico, educación diabetológica y tratamiento con antidiabéticos orales (ADO), inicialmente siempre con metformina si no existe contraindicación, en monoterapia y posteriormente en combinación con otros ADO según el mecanismo fisiopatológico predominante, o bien con insulina en asociación con ADO o en monoterapia.

Algunos fármacos de más reciente introducción, como la tiazolidindiona (pioglitazona) y los incretín-agonistas (inhibidores de la dipeptidil-peptidasa-4 [DPP-4]), los incretín-miméticos (exenatida) y, próximamente, los análogos de las incretinas (liraglutida), ofrecen nuevas formas de abordaje terapéutico a los diferentes mecanismos fisiopatológicos de la diabetes y pueden considerarse en la actualidad como una segunda o tercera línea de tratamiento.

En los diabéticos de tipo 2 se recomienda la utilización de metformina desde el momento del diagnóstico y, si con este tratamiento no se consigue el objetivo terapéutico o existe contraindicación, se pueden utilizar otros ADO, como las

sulfonilureas o los secretagogos de acción rápida, estos últimos en caso de hiperglucemia posprandial predominante. Las tiazolidindionas y los incretín-agonistas o incretín-miméticos son fármacos de más reciente introducción que se pueden también considerar. La terapia combinada con insulina de acción intermedia (NPH) o análogos de acción lenta (glargina, detemir) en dosis nocturna (bedtime) no se debe demorar, sobre todo en caso de Hb A1c >8,5%.

Ofrece iguales o mejores resultados que la monoterapia con 2 ó 3 dosis de insulina y con menor ganancia ponderal (sobre todo en el caso de su combinación con metformina). Si a pesar de todo persiste un mal control metabólico, se debe utilizar insulina en terapia combinada administrada en 2 o más dosis diarias o en forma de insulino terapia intensiva. En los casos en los que exista clínica cardinal y/o hiperglucemia con cetonuria se debe iniciar insulino terapia para corregir la insulinopenia y la glucotoxicidad subyacente.

Medicina basada en la evidencia

En pacientes con glucemia basal alterada o intolerancia a los hidratos de carbono debe indicarse una modificación de los estilos de vida.

En la DM, el control metabólico estricto, así como el de los factores de riesgo asociados, disminuyen la aparición de complicaciones micro y macroangiopáticas y neuropáticas.

Las cifras de presión arterial deben mantenerse por debajo de 130/80, y el colesterol LDL, por debajo de 100 mg/dl. Hay que indicar tratamiento con ácido acetilsalicílico en la prevención secundaria en los diabéticos con enfermedad macrovascular y valorar su utilización en la prevención primaria en diabéticos con riesgo cardiovascular aumentado, un grupo que, por lo general, incluye hombres mayores de 50 años o mujeres mayores de 60 con 1 o más factores de riesgo cardiovascular asociados.

Debe determinarse el índice albúmina/creatinina y realizarse un examen del fondo de ojo, un electro- cardiograma y una exploración de la sensibilidad vibratoria y táctil al menos 1 vez al año.

Definición

La hiperglucemia se define como un valor de glucosa plasmática basal (8 horas de ayuno y descanso nocturno) igual o mayor a 100 mg/dl. A partir de esta cifra se establece una clasificación de los trastornos del metabolismo que cursan con hiperglucemia:

- Glucemia basal alterada (GBA): glucemia basal entre 100 y 125 mg/dl.
- Intolerancia a la glucosa (ITG): glucemia a las 2 horas de la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) de entre 140 y 199 mg/dl.
- DM: glucemia basal repetida en 2 ocasiones igual o mayor a 126 mg/dl, síntomas cardinales de diabetes y glucemia al azar mayor o igual a 200 mg/dl o glucemia a las 2 horas tras una PTOG igual o mayor a 200 mg/dl.

Actualmente, la ADA acepta la determinación de la Hb A1c estandarizada como un método diagnóstico más: cifras de Hb A1c $\geq 6,5\%$ serían diagnósticas de diabetes, mientras que aquellas comprendidas entre 5,7 y 6,4% se corresponden, junto con la GBA y la tolerancia anormal a los hidratos de carbono, a las categorías de riesgo aumentado (prediabetes) para el desarrollo de diabetes y enfermedad cardiovascular. Salvo en caso de hiperglucemia inequívoca, en el resto de los diagnósticos debe repetirse el resultado anormal para confirmar la existencia de diabetes.

Basta con disponer de un resultado alterado concurrente en 2 métodos diagnósticos diferentes para realizar el diagnóstico. Si existe discordancia entre 2 métodos diagnósticos debe confirmarse mediante la repetición del que se encuentre en rango patológico.

La DM se define como un conjunto de trastornos metabólicos caracterizados por una hiperglucemia crónica debida a un defecto en la secreción o acción de la insulina, con o

sin insulinoresistencia asociada, que conduce a una disfunción multiorgánica que puede motivar la aparición de complicaciones macro y microangiopáticas y neuropáticas.

La DM se clasifica en 4 grandes grupos:

- DM de tipo 1: destrucción de la célula B, déficit absoluto de insulina.
- DM de tipo 2: defecto progresivo de la célula B

(Sobre la base de una insulinoresistencia).

- DM gestacional: se produce durante el embarazo y termina con él; debe realizarse la detección de la diabetes o las categorías de riesgo entre 6 y 12 semanas después del parto, con reclasificación y seguimiento posterior.
- Otros tipos específicos de DM: defectos genéticos en la célula B, acción de la insulina, iatrogenia, etc.

Se debe realizar un cribado de DM en personas mayores de 45 años cada 3 años; en gestantes, entre las semanas 24 y 28, y en grupos de riesgo (personas con un índice de masa corporal [IMC] ≥ 25 kg/m²; familiares de primer grado de diabéticos; miembros de etnias con alto riesgo; personas con antecedentes de glucemia basal alterada, intolerancia a la glucosa, diabetes gestacional previa o hijos macrosómicos; pacientes con HTA, colesterol HDL ≤ 35 mg/dl o triglicéridos ≥ 250 mg/dl, y personas con otras condiciones asociadas a insulinoresistencia) anualmente a cualquier edad. El cribado poblacional de la DM no está indicado¹.

La controversia en torno a la realización de la PTOG está disminuyendo debido a los datos de mortalidad cardiovascular asociados a hiperglucemia posprandial². La PTOG identifica una mayor proporción de sujetos con diabetes o con alto riesgo de desarrollar DM (tolerancia anormal a la glucosa), lo que se puede prevenir mediante cambios en el estilo de vida o con el uso de fármacos como metformina o acarbosa asociados a las anteriores medidas

Exploración dirigida

La exploración física debe centrarse en valorar la coexistencia de sobrepeso u obesidad como principal factor de riesgo. Para ello, hay que determinar el peso y la talla del paciente con el fin de conocer su IMC. Además, se debe medir el perímetro abdominal para valorar la presencia de obesidad central, frecuentemente asociada con la resistencia a la insulina, con una mayor prevalencia de otros factores de riesgo (posible existencia del síndrome metabólico) y con una mayor morbi-mortalidad cardiovascular.

Así mismo, hay que investigar la presencia de complicaciones crónicas y de otros factores de riesgo:

- Determinación de la presión arterial del paciente para descartar HTA.
- Exploración del cuello, auscultación cardíaca y del abdomen para detectar la presencia de bocio, arritmias o soplos cardiovasculares.
- Examen del aspecto de la piel, de la temperatura y de los pulsos para valorar una posible vasculopatía periférica, así como la existencia de edemas, lo que obligaría a descartar la presencia de nefropatía diabética, entre otras patologías de origen cardiovascular.
- Exploración de la sensibilidad vibratoria (diapasón de 128 Hz) o mejor de la sensibilidad protectora (monofilamento), alteradas en caso de neuropatía diabética.

Aproximación diagnóstica inicial

La DM de tipo 2 comienza de forma insidiosa, al contrario que la DM de tipo 1, cuyo inicio suele ser agudo. Habitualmente se detecta de forma casual como una hiperglucemia asintomática en un análisis de sangre solicitado por otro motivo.

Es fundamental no quitar importancia a la categoría de GBA, porque supone un riesgo cardiovascular elevado con respecto a la glucemia basal normal y un mayor riesgo de desarrollar DM de tipo 2 a corto-medio plazo.

En caso de GBA es recomendable la realización de una PTOG para descartar la existencia de DM. Si existe GBA o ITG, puede realizarse, además de una glucemia basal, una Hb A1c. Ésta, aparte de ser diagnóstica con cifras $\geq 6,5\%$ (conforme a lo

indicado por la ADA), predice la evolución a DM a corto plazo¹ en el caso de resultados superiores al 6%.

Se debe determinar la presencia de micro albuminuria y, mejor aún, del índice albúmina/creatinina desde el primer momento, por ser un indicador de riesgo cardiovascular que sirve para realizar un cribado de nefropatía diabética.

Es fundamental determinar la posible existencia de complicaciones macrovasculares y micro vasculares, ya que un 50% de los pacientes diabéticos presenta alguna complicación en el momento de su diagnóstico⁵.

Manejo clínico-terapéutico

El tratamiento de la diabetes se basa fundamentalmente en 4 pilares: dieta, ejercicio físico, educación diabetológica para el autocuidado y terapia farmacológica, a los cuales habría que añadir el abordaje y la prevención de otros factores de riesgo cardiovascular, ya que la tasa de mortalidad es 2-3 veces superior en pacientes diabéticos.

Dieta

La dieta en el diabético debe ser variada, equilibrada (50-65% de hidratos de carbono, 15-30% de grasas, máximo de 7% de grasas saturadas y 15-20% de proteínas)⁷ y de tipo mediterráneo, distribuirse en 5-6 tomas al día y formar parte integrante de la alimentación del resto de la familia. Se deben calcular las necesidades energéticas del paciente según el peso máximo aceptable ($IMC < 25 \times talla^2$), la actividad física, el sexo, la edad y la presencia de sobrepeso (disminuir un 10-20% el aporte calórico) u obesidad (reducir un 30-40%). Las dietas pueden fracasar por desinformación, por interpretarse como una disminución de la calidad de vida, por suponer un cambio de costumbres, por ser rutinarias o por la prescripción simultánea de fármacos y dieta centrandó la atención únicamente en los primeros.

El planteamiento dietético debe ser realista: las pérdidas ponderales moderadas (5-10%) mejoran el control metabólico y los factores de riesgo cardiovascular. Si no se

consigue una pérdida de peso tras reiterados intentos, se debe evitar la ganancia ponderal e intentar que el paciente respete unas normas dietéticas elementales.

Hay que hacer un refuerzo periódico sistemático de la dieta y considerar su asociación, si es preciso, con fármacos como el orlistat, siempre que no exista contraindicación.

Ejercicio físico

Se recomienda la práctica de un programa de actividad física regular adaptado a cada paciente de al menos 150 minutos semanales¹.

Educación diabetológica

La educación en el autocuidado es esencial para conseguir los objetivos terapéuticos y debe proporcionarse a todos los diabéticos de tipo 2.

En caso de no conseguir los objetivos de control con medidas higiénico dietéticas y metformina asociada en un período de 3 meses según las recomendaciones del Consenso ADA-EASD (European Association for the Study of Diabetes) ¹¹, en función de las características individuales y del grado de hiperglucemia se añadirá un nuevo fármaco oral o insulina con el fin de alcanzar el objetivo terapéutico ($Hb A1c \leq 7\%$) en un corto plazo de tiempo. El estudio UKPDS muestra que la DM de tipo 2 presenta un curso progresivo dirigido al agotamiento completo de la célula B, independientemente del tratamiento utilizado. Cambios precoces en el tratamiento mantienen más tiempo el buen control y previenen la complicaciones microangiopáticas, neuropáticas y, posiblemente, también las macroangiopáticas. El tratamiento de la hiperglucemia debe encaminarse al control tanto de las glucemias preprandiales como posprandiales, ya que existe una asociación epidemiológica entre la hiperglucemia posprandial y el riesgo de mortalidad cardiovascular. Por estos motivos, el autoanálisis constituye un pilar fundamental del tratamiento en el paciente que utiliza insulino terapia. El resultado de los perfiles glucémicos con determinaciones antes y 1 ó 2 horas después del inicio de las principales comidas debe utilizarse para realizar los ajustes terapéuticos de insulina pertinentes.

ADO

Los ADO actúan sobre los diferentes mecanismos fisiopatológicos de la DM de tipo 2.

Sobre la insulino-deficiencia

Secretagogos

Estimulan la secreción de insulina por la célula B pancreática.

- Sulfonilureas de primera y segunda generación, de amplia utilización clínica: glibenclamida, glimepirida, gliclazida, glipizida, etc. Es importante destacar que las dosis máximas efectivas de los ADO son, generalmente, inferiores a las que suelen indicarse. Superar esas dosis no mejora el control glucémico por saturación de los receptores de las sulfonilureas (dosis superiores a 10-12 mg/día de glibenclamida y glipizida producen mejorías mínimas en el control glucémico)¹³.
- Reguladores prandiales o secretagogos de acción rápida: repaglinida y nateglinida.

Sobre la gluconeogénesis hepática y la insulino-resistencia

Biguanidas

Disminuyen la gluconeogénesis y la glucogenólisis hepática y, en menor grado, la resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos.

- Metformina: es la más utilizada del grupo por ser la que menos se relaciona con acidosis láctica y la que más efectos beneficiosos ha demostrado. La dosis máxima efectiva sería de 2.000 mg/día.

Tiazolidindionas

Disminuyen la resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos y, en menor grado, la neo- glucogénesis hepática. También reducen la lipólisis.

- Pioglitazona.
- Rosiglitazona (hasta hace unos meses, ya que se ha suspendido su comercialización porque el riesgo de tipo cardiovascular supera sus posibles beneficios).

Actualmente, las tiazolidindionas presentan algunos datos controvertidos. Por un lado, se ha detectado una mayor prevalencia de osteoporosis en las mujeres que las utilizan,

así como una mayor frecuencia de edemas y de insuficiencia cardíaca. En el caso de la rosiglitazona, algunos estudios evidencian un mayor riesgo de infarto de miocardio en comparación con otros ADO. No se consideran de elección en monoterapia.

Sobre el aporte de glucosa procedente del intestino

Inhibidores de las alfa-glucosidasas intestinales

Disminuyen la disociación de disacáridos en el intestino y, por tanto, la absorción de glucosa y su paso a la sangre.

- Acarbosa.
- Miglitol.

Combinando varios mecanismos de acción

Fármacos que actúan por la vía de las incretinas

Existen 3 tipos:

- Fármacos inhibidores de la enzima DPP-4: actúan bloqueando la inactivación del péptido similar al glucagón de tipo 1 (GLP-1) y, por lo tanto, prolongando su vida media. Son la sitagliptina y la vildagliptina. Se administran por vía oral.
- Incretín-miméticos: exenatida.
- Análogos de las incretinas: actúan uniéndose a los receptores del GLP-1 en los tejidos e imitando su acción. Por ejemplo, la liraglutida. Se administran por vía subcutánea.

Estos nuevos fármacos, al favorecer el efecto que produce el GLP-1, mejoran el control glucémico mediante las siguientes acciones:

- Estimulan la secreción de insulina de forma dependiente de la glucosa.
- Inhiben la secreción de glucagón.
- Enlentecen el vaciado gástrico.
- Disminuyen el apetito.

Todo ello, sin producir hipoglucemias ni ganancia ponderal (la exenatida y la liraglutida, además, inducen reducción de peso) 15.

Elección del fármaco

La elección de un fármaco determinado debe establecerse en función de los factores clínicos y las características individuales del paciente, que incluyen el mecanismo patogénico predominante, la edad, el peligro de hipoglucemias, la existencia de complicaciones, las contraindicaciones, los efectos adversos, el grado de hiperglucemia pre o posprandial, el efecto sobre el peso y los costes.

II.2.5. Proceso Gripal

La gripe y el catarro ocasionan un importante absentismo escolar y laboral. En España, el 89% de los medicamentos que se prescriben en estos casos son antibióticos, cuando sólo el 5% de los procesos catarrales son producidos por bacterias. En el caso de la gripe, aparte del tratamiento sintomático habitual, se dispone de nuevos fármacos de reciente aparición y de estrategias preventivas. En este capítulo se proporcionan pautas para el adecuado diagnóstico diferencial y el tratamiento de ambos procesos.

Aproximación Diagnóstica Inicial

El cuadro catarral se caracteriza por rinorrea, tos, estornudos, odinofagia y congestión nasal. La fiebre, el dolor de cabeza, los dolores musculares y la debilidad muscular son característicos de la gripe.

Recomendaciones Para La Práctica Clínica

El tratamiento con inhibidores de la neuroaminidasa no es coste-efectivo en pacientes con bajo riesgo de complicaciones. Los inhibidores de la neuroaminidasa tampoco han demostrado reducir la tasa de complicaciones, hospitalización o mortalidad.

Hay evidencia científica sobre la utilidad de la vacunación antigripal en la población anciana y con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Existe controversia sobre la vacunación de trabajadores sanos. Algunos estudios han encontrado que la vacunación es coste-efectiva.

Manejo clínico

1. Cuadro catarral

Debe realizarse un tratamiento sintomático, aumentando la ingesta de líquidos, pautando algún antitérmico y lavados de fosas nasales con suero. Los descongestionantes nasales pueden proporcionar alivio temporal, pero el efecto es insuficiente para justificar su uso repetido o prolongado, dada la posibilidad de congestión por rebote³. La tos, a menos que sea ronca y dolorosa, supone un mecanismo de defensa y no debe suprimirse³. Las dosis elevadas de ácido ascórbico no han demostrado eficacia objetiva.

2. Síndrome gripal

En principio, se realizará el mismo tipo de tratamiento sintomático descrito para el cuadro catarral. Si existe sospecha de sobreinfección bacteriana, hay que utilizar tratamiento antibiótico. Sin embargo, en el caso de la gripe debe tenerse en cuenta la existencia de fármacos específicos para su tratamiento, algunos de ellos de reciente incorporación, así como la existencia de medidas preventivas, que se describen seguidamente.

Tratamientos antivirales

Amantadina y rimantadina

También utilizados como profilaxis, estos dos fármacos pueden reducir la gravedad y acortar la duración de la gripe A en sujetos sanos cuando se administran dentro de las primeras 48 horas del comienzo de la enfermedad⁴. No se sabe si pueden impedir las complicaciones en personas con riesgo elevado. Los principales inconvenientes que presentan estos fármacos son:

- Solamente son efectivos contra el virus influenza A.
- Sólo resultan útiles cuando se utilizan dentro de las primeras 48 horas del inicio de los síntomas.
- Tienen una alta tasa de resistencias. Por esta razón se aconseja interrumpir el tratamiento después de 3-5 días o después de 24-48 horas de la desaparición de los síntomas.

- Producen efectos secundarios a nivel gastrointestinal y de sistema nervioso central.
- Es necesario un ajuste de dosis en casos de insuficiencia renal y hepática.

Inhibidores de la neuraminidasa

El zanamivir fármaco comercializado en España, realiza su acción antiviral mediante la inhibición de la neuraminidasa. La neuroaminidasa es una glicoproteína de la superficie viral que es necesaria para la replicación de los virus de la gripe A y B y que permite a los virus infectar otras células. El zanamivir se administra mediante inhalación oral y actúa en el árbol respiratorio. La duración del tratamiento es de 5 días, realizándose dos aplicaciones cada 12 horas. Administrado en las primeras 48 horas de la aparición de los síntomas puede reducir en 1 ó 2 días la duración de la enfermedad. Reduce, además, la tasa de complicaciones en pacientes de alto riesgo.

Otro inhibidor de la neuraminidasa, el oseltamivir^{4,6}, fue aprobado en 1999 por la Food and Drug Administration (FDA). Se administra por vía oral y se metaboliza por vía hepática, para convertirse en su forma activa, el carboxilato de oseltamivir, que es eliminado íntegramente por vía renal.

Es importante señalar que los inhibidores de la neuraminidasa no producen ninguna interferencia en la respuesta inmune producida por la vacuna.

Los principales inconvenientes que presentan estos fármacos son:

- Solamente son útiles cuando se administran dentro de las primeras 48 horas del comienzo de los síntomas.
- Tienen un alto coste.
- En los tratamientos con zanamivir, se requiere educar al paciente en el uso del inhalador.
- El zanamivir debe evitarse en todos aquellos pacientes con enfermedades respiratorias (asma y EPOC).
- Los datos sobre su uso en pacientes geriátricos, de alto riesgo, con disfunción hepática y en embarazadas son escasos.

Los inhibidores de la neuraminidasa fueron los fármacos de elección recomendados por las autoridades sanitarias estadounidenses para el tratamiento de la gripe pandémica H1N1 de 2009 tanto en niños como en adultos⁸.

Vacuna antigripal

Se utilizan vacunas inactivadas². Las vacunas inactivadas disponibles son trivalentes y contienen

15 µg de cada una de las hemagglutininas de los virus gripales A (H1N1), A (H3N2) y B. Pueden ser de virus enteros, de virus fraccionados y de antígenos de superficie. La campaña de vacunación debe durar desde comienzos de octubre hasta mediados de noviembre^{2,4, 6}, y es necesaria una única dosis de la vacuna, salvo en niños menores de 9 años, en cuyo caso son necesarias 2 dosis con una separación de 1 mes.

La vacunación está indicada en los siguientes grupos:

- Personas con alto riesgo de complicaciones de la gripe:
 - Personas mayores de 50 años⁹. Se ha rebajado la edad de vacunación a todas aquellas personas mayores de 50 años debido a las altas tasas de morbimortalidad asociadas a la gripe y a que la vacunación es coste-efectiva.
 - Residentes de clínicas y otras instituciones de cuidados de enfermos crónicos.
 - Adultos y niños con dolencias crónicas pulmonares o cardiovasculares (incluido el asma).
 - Adultos y niños que requirieron seguimiento regular u hospitalización en el año anterior por causa de enfermedades metabólicas crónicas (incluida la diabetes), disfunción renal, hemoglobinopatías e inmunosupresión.
 - Niños y adolescentes en tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico, debido al riesgo de síndrome de Reye si contraen la gripe.
 - Mujeres gestantes en el segundo o tercer trimestre de embarazo en la época epidémica de la gripe. Puesto que la vacuna es inactivada, la mayoría de los expertos consideran que la vacunación es segura durante todo el embarazo, aunque algunos prefieren administrar la vacuna en el segundo trimestre.

- Personas que podrían transmitir la gripe a personas con alto riesgo de padecer complicaciones: médicos, enfermeros, personal sanitario, personas que prestan atención a domicilio a pacientes de alto riesgo y convivientes con pacientes de alto riesgo.

- Otros grupos:

- Infectados por VIH.

- Mujeres lactantes.

- Viajeros que se desplazan a zonas con gripe en situación epidémica.

No deben ser vacunadas todas aquellas personas con hipersensibilidad al huevo⁶.

Tampoco se debe vacunar en caso de síndrome febril agudo.

Recomendaciones para la práctica clínica

Los resfriados son generalmente causados por virus, que no responden a los antibióticos. No hay pruebas suficientes del beneficio de los antibióticos para apoyar su uso en las infecciones de las vías respiratorias superiores en niños o adultos.

La recomendación científica sugiere que no es coste-efectivo prescribir zanamivir en aquellos casos en los que no exista riesgo de sufrir complicaciones relacionadas con la gripe. Incluso en los casos de alto riesgo, aunque la exactitud diagnóstica sea alta, no existe evidencia concluyente en el momento actual de que el tratamiento con zanamivir sea coste-efectivo¹¹. Por otra parte, es importante tener en cuenta que, aunque los inhibidores de la neuraminidasa reducen la probabilidad de contraer la gripe, no existe suficiente evidencia para concluir que reduzcan las complicaciones, las hospitalizaciones o la mortalidad.

Una revisión sistemática realizada por la Cochrane Library en la que se evaluaba la vacunación anti-gripal en pacientes con EPOC¹³ concluyó que las vacunas inactivadas reducían las exacerbaciones en estos pacientes. En ancianos de alto riesgo se observó un aumento de los efectos secundarios, aunque éstos fueron normalmente leves y transitorios. En otra revisión sistemática realizada por la Cochrane Library en la que se abordó la utilización de la vacuna antigripal en pacientes asmáticos¹⁴ no se

encontró suficiente evidencia para establecer los riesgos y beneficios de la vacunación en pacientes asmáticos.

Se calcula que la vacuna antigripal¹⁵ previene un caso de gripe por cada 23 pacientes tratados en personas mayores de 60 años (NNT = 23). Este resultado apoya la recomendación de vacunación antigripal en este colectivo.

Un foco de controversia importante en el momento presente, una vez rebajada la edad de vacunación de los 65 a los 60 años en España, es la conveniencia o no de vacunar a todos los trabajadores. En una revisión realizada por la Cochrane Library¹⁶ se observó que las vacunas antigripales eran efectivas para lograr una reducción de los casos de gripe confirmados serológicamente. Sin embargo, su éxito era menor si se valoraba la reducción de síntomas en los vacunados. En un análisis de coste-beneficio¹⁷ en el que se evaluaron los costes directos e indirectos de la vacunación frente a la no-vacunación en trabajadores de edades comprendidas entre los 18 y los 64 años, se concluyó que la vacunación de los trabajadores ahorra dinero.

Las pruebas actuales son demasiado débiles para apoyar o rechazar el uso de hierbas medicinales chinas para prevenir y tratar la gripe¹⁸, así como el uso del ajo para prevenir o tratar el resfriado común¹⁹. Además, los efectos beneficiosos con fines preventivos de la equinácea no se demostraron en ensayos aleatorios de diseño rígido y replicados de forma independiente²⁰.

Si bien hay ensayos que han mostrado consistentemente que la vitamina C reduce la duración alivia los síntomas de los resfriados, esto no se repitió en los pocos ensayos terapéuticos que se llevaron a cabo. Se necesitan más estudios para clarificarlo.

II.2.6. Enfermedad Diarreica Aguda

La diarrea es un síndrome clínico de comienzo brusco y duración limitada, que en forma secundaria a una alteración en el transporte y absorción de electrolitos y agua, se caracteriza por el incremento en el número de evacuaciones al día y alteración en la consistencia de las heces, acompañado de otros síntomas como vómitos, náuseas, dolor abdominal o fiebre.

Su duración es variable, aunque generalmente está limitada a una semana; si persiste más de 14 días se define como prolongada. La mayor parte de las diarreas se adquieren por transmisión a través de ingestión de agua o alimentos contaminados. Entre las causas más frecuentes se señalan la mala manipulación y contaminación de los alimentos y condiciones higiénico-sanitarias deficientes. Otros factores que incrementan el riesgo de diarrea son el bajo peso al nacer, algunas enfermedades de base o intercurrentes como las enfermedades inmunosupresoras, entre otras. Formas de transmisión.

La OMS estima que, en América Latina, el 70% de los casos de diarrea son secundarias al consumo de alimentos contaminados. La mayor parte de las diarreas, pueden atribuirse al mal manejo de los alimentos durante la preparación y pueden deberse a:

1. Hábitos de higiene deficientes de los manipuladores de alimentos,
2. Contaminación de alimentos cocidos con alimentos crudos o superficies contaminadas,
3. Deficiente cocción de los alimentos.

Luego de ingresar al tubo digestivo, los microorganismos lo colonizan y se multiplican generando el cuadro clínico por distintos mecanismos: invasivos, toxigénicos o mixtos. Los agentes etiológicos de enfermedades diarreicas agudas más comunes y ampliamente difundidos en el mundo son los virus (especialmente Rotavirus) que causan del 70 al 80% de las diarreas infecciosas; las bacterias ocasionan entre el 10 y 20% de los casos, y los parásitos como a Giardia, son la causa de alrededor del

10%. Sin embargo, en más de la mitad de los casos de diarreas no se identifican patógenos usando las técnicas microbiológicas convencionales.

Características epidemiológicas

Las enfermedades diarreicas agudas se encuentran entre las principales causas de muerte infantil en los países en desarrollo. Se estima que en el año 2000 se produjeron 1.500 millones de episodios de diarrea aguda que cobraron entre 1,4 y 2,5 millones de vidas. Tanto la incidencia como el riesgo de mortalidad por patología diarreica son más frecuentes en los niños menores de cinco años, sobre todo entre los seis meses y los dos años de edad: aproximadamente el 85% de las muertes por diarrea ocurren en los menores de un año.

Los niños desnutridos tienen mayores posibilidades de morir en un episodio diarreico que los que están bien nutridos. Además, los lactantes y niños menores desarrollan deshidratación más rápidamente que los niños mayores o los adultos.

En los países industrializados son relativamente pocos los pacientes que mueren por diarrea, pero sigue siendo una causa importante de morbilidad y costos en salud.

Entre otras consecuencias de la diarrea infantil en los países con recursos limitados se incluyen desnutrición, disminución del crecimiento y alteración del desarrollo cognitivo. Durante las últimas tres décadas se ha logrado una disminución de la tasa de mortalidad en los países en desarrollo gracias a factores tales como distribución y uso generalizado de sales de rehidratación oral (SRO), mayor frecuencia y/o duración de la alimentación a pecho, mejor nutrición, mejor estado sanitario e higiene. Sin embargo, la morbilidad se ha mantenido relativamente constante durante las últimas dos décadas, presentando cada niño menor de 5 años de edad un promedio de tres episodios de diarrea anuales. En los mayores de 2 años, la mayoría de las infecciones son asintomáticas por el desarrollo de inmunidad activa que evita que algunas infecciones intestinales se manifiesten clínicamente.

Esta portación asintomática puede durar varios días o semanas, lo que tiene importancia epidemiológica, ya que esos pacientes eliminan en sus heces virus,

bacterias o quistes de protozoos, con la consiguiente diseminación de los mismos, de no tomar las precauciones higiénicas adecuadas.

Sin embargo en la mayoría de las diarreas no es importante determinar la etiología específica, porque la enfermedad es breve y autolimitada y responde al tratamiento adecuando con líquidos y alimentos sin necesidad de antibióticos. Con relación a las bacterias, las bacterias *E. coli* enterotoxigénica y *Vibrio cholerae* producen diarrea acuosa y generalmente de volumen importante. Las toxinas pueden ser producidas en el intestino por las bacterias infectantes o ser ingeridas como tales.

CAPÍTULO III

III.1.- Variables

Variable dependiente

- Enfermedades

Variables independientes

- Edad
- Sexo
- Estado Civil
- Ocupación
- Escolaridad
- Procedencia
- Religión
- Hábitos Tóxicos
- Signos y síntomas de presentación
- Motivo de consulta
- Diagnóstico

III.1.1.- Operacionalización de las variables

Variables	Definición	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del estudio o trabajo de investigación.	Años cumplidos	Ordinal
Sexo	Estado fenotípico condicionado genéticamente y que determina el género al que pertenece un individuo	Femenino Masculino	Nominal
Estado Civil	Condición de una persona según el registro civil en función si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Otros*	Nominal
Ocupación	Clase o tipo de trabajo desarrollado la semana natural anterior a la entrevista, con especificación del puesto de trabajo desempeñado.	Quehaceres domésticos Secretaria Profesor Comerciante Estudiante Militar Mecánico Chófer Otros	Ordinal
Escolaridad	Nivel académico alcanzado.	Analfabeto Primaria Secundario Técnico Superior	Ordinal
Procedencia	Origen o principio de donde nace una persona.	Rural Urbana	Nominal
Religión	Conjunto de creencias o dogmas de acerca de la divinidad, de sentimiento o temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales.	Católica Protestante Otro	Nominal
Motivo de consulta	Es la causa principal única o múltiple por la cual el paciente asiste a la consulta	Dolor Mal estar Diarrea Fiebre Elevación presión arterial Vómitos Otros	Nominal
Hábitos Tóxicos	Hábitos producidos por el consumo de una sustancia nociva que incrementa el riesgo de deteriorar la salud de una persona.	Café Alcohol Tabaco Drogas narcóticas	Nominal
Signos y síntomas de presentación	Son el inicio de la investigación médica que nos lleva a entender el motivo de consulta, es lo que aqueja al paciente en el momento de la visita.	Observación clínica y testimonio paciente	Nominal
Diagnóstico	Es un juicio clínico mediante el cual se dictamina el estado de salud de una persona	Infección Respiratoria Aguda Enfermedad Diarreica Aguda Hipertensión Arterial Amigdalitis Anemia Proceso Gripal Escabiasis Infección de Vías Urinarias Otros	Nominal

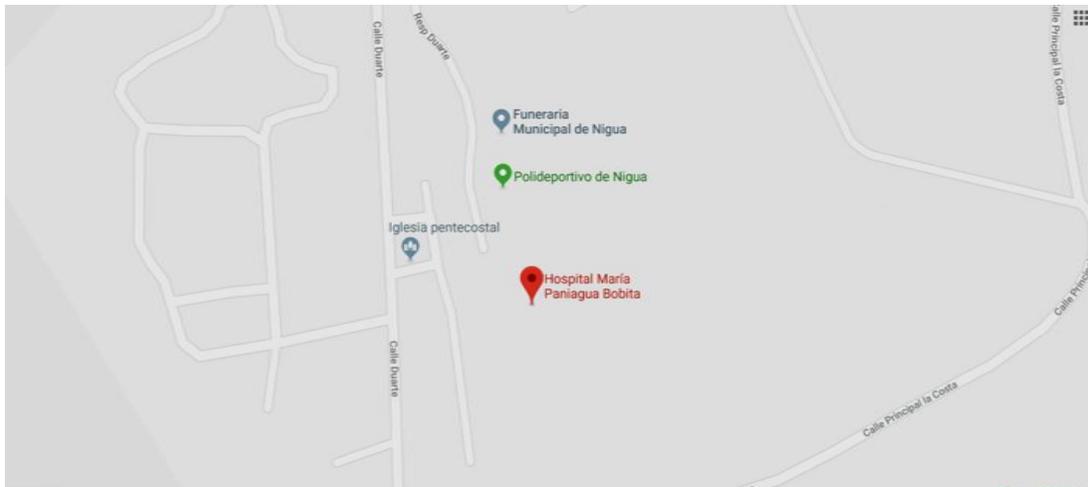
III.3.- DISEÑO METODOLÓGICO

III.3.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, con fuente prospectiva de datos y de corte transversal con la finalidad de determinar los motivos de consulta en pacientes asistidos en atención primaria en el Hospital María Paniagua de Nigua, San Cristóbal, Junio-Agosto 2018.

III.3.2 Ámbito del estudio

El estudio tuvo lugar en el Hospital María Paniagua, del municipio de Nigua, en la Provincia de San Cristóbal. (Ver fig. 1).



III.3.3 Tiempo de realización

Se trabajó desde el mes de Junio hasta Agosto del año 2018.

III.3.4.- Población.

La población de estudio estuvo constituida por 402 pacientes que asistieron en la consulta de atención primaria.

III.3.5 Criterios de inclusión

- Pacientes que asisten a la consulta durante el periodo de estudio
- Paciente que aceptaron ser parte del estudio.

III.3.6 Criterios de exclusión

- Pacientes que no aceptaron formar parte de la investigación.

III.3.7 Fuente de información

Fuente primarias información directa con los pacientes y records de consulta sub-secuente, además de los registros de consulta diaria.

III.3.8 Método de recolección de datos

Se elaboró un instrumento de recolección de datos con preguntas cerradas, a partir de las variables de estudio, el cual fue validado por expertos en investigación. Una vez dada la aprobación por las autoridades correspondientes se procederá a la recolección de información de los expedientes de pacientes, con la finalidad de obtener la información necesaria para la investigación.

III.3.9 Técnica

Encuestas mediante aplicación de cuestionario, y la observación para lo cual se utilizó una guía de chequeo.

III.3.11 Análisis de datos

Los datos fueron procesados normalmente, tomando en cuenta la respuesta individual y colectiva, luego serán comparadas con perfiles epidemiológicos de otras investigaciones, para comprar datos, para ser sometidos a revisión y analizados de acuerdo a los objetivos y el marco teórico planteados, utilizando estadística simple, porcentaje, Microsoft Word 2010, Excel 2010.

III.3.12 Principios éticos

Principios éticos y bioéticos. No se registró información personal de los pacientes para así garantizar la confidencialidad de los mismos con la institución. Esta información es estrictamente para fines científicos.

CAPÍTULO IV.

IV.1.- PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Tabla 1.- Motivo de consulta.

MOTIVO DE CONSULTA	Frecuencia	Porcentaje
Fiebre, tos, expectoración, secreción nasal, dolor en el cuerpo, dificultad respiratoria	51	12.7
Evacuaciones líquidas ,Cólicos abdominales	36	9.0
Cefalea , elevación de la presión arterial	31	7.7
Fiebre, cefalea, dificultad y dolor al deglutir	31	7.7
Mareos, corazón acelerado, dificultad respiratoria.	26	6.5
Fiebre ,dolor de cabeza, dolor articular, dolor muscular, tos, expectoración	23	5.7
Picor y erupciones en la piel	21	5.2
Dolor Pélvico, Picor y ardor al Orinar	19	4.7
Vómitos y diarrea	16	4.0
Dolor, Rubor, Fiebre, hinchazón, secreción purulenta en la piel.	15	3.7
Dolor de Oído, salida de secreción purulenta.	13	3.2
Fiebre de varios días	11	2.7
Dolor pélvico ,secreción vaginal	11	2.7
Diarrea vercosa, dolor abdominal tipo cólicos	11	2.7
Dolor, Inflamación, enrojecimiento axilar, secreción purulenta	10	2.5
Picor, enrojecimiento en la piel, ronchas	9	2.2
Orina mucho, sed, come mucho, elevación de la glicemia, orina dulce.	9	2.2
Cefalea, nauseas, vomito	8	2.0
Cefalea, elevación de la presión arterial	7	1.7
Falta del periodo menstrual	7	1.7
Dolor ocular, enrojecimiento, secreción purulenta.	6	1.5
Sangrado Menstrual Abundante más de una vez al mes	5	1.2
Dolor Lumbar, dificultad para orinar	5	1.2
Cefalea	4	1.0
Dificultad para respirar, falta de aire en la noche, cansancio a medianos esfuerzos.	3	0.7
Ataque, se cae al suelo, vota mucha saliva por la boca ,pierde el conocimiento.	3	0.7
Inflamación de Miembros inferiores, Cambios de coloración de la piel	3	0.7
Dolor y rigidez en la articulación del hombro, dolor a la presión y movilización del hombro.	3	0.7
Elevación de la glicemia, fatiga, adelgazamiento, orina dulce	3	0.7
Aumento del cuello , tos, ronquera.	2	0.5
Total	402	100.0

Gráfico 1.- Motivo de consulta



Tabla 2. Edad.-

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
5 años o menos	89	22.1
6 a 15 años	51	12.7
16 a 19 años	39	9.7
20 a 29 años	66	16.4
30 a 39 años	46	11.4
40 a 49 años	38	9.5
50 a 59 años	32	8.0
60 a 69 años	23	5.7
70 y más	18	4.5
Total	402	100.0

Gráfico 2.- Edad

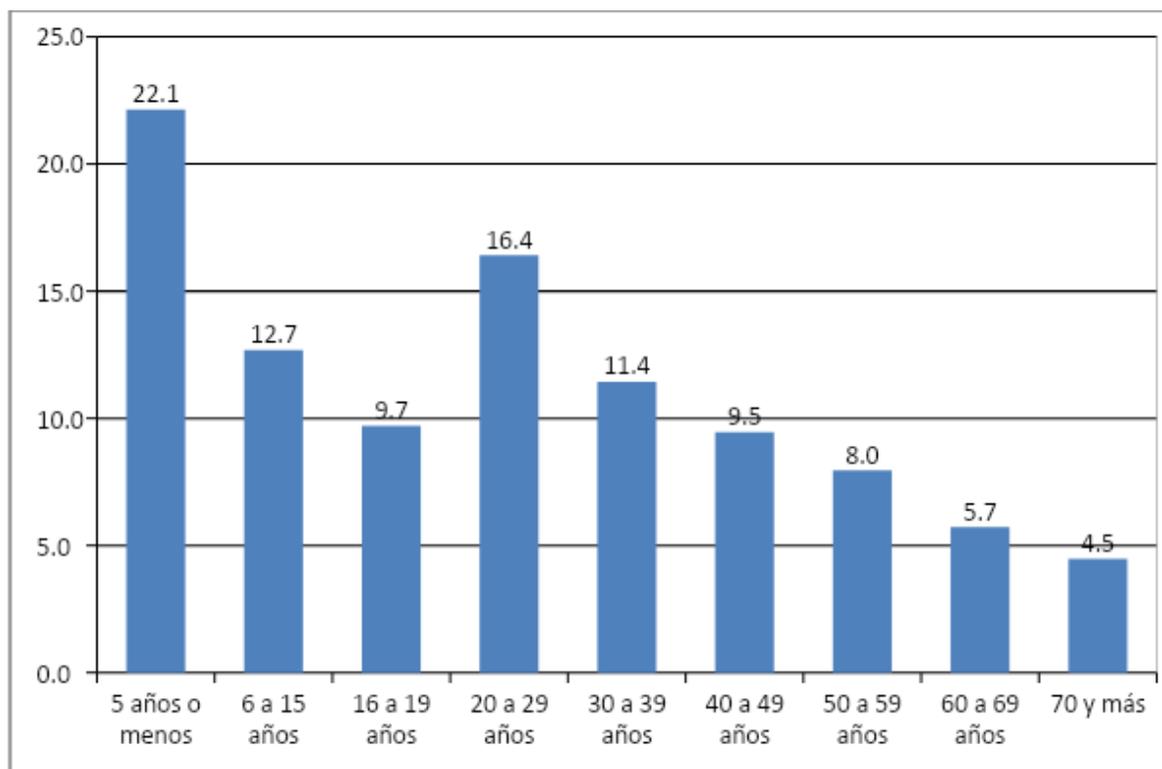


Tabla 3.- Sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	169	42.0
Femenino	233	58.0
Total	402	100.0

Gráfico 3.- Sexo

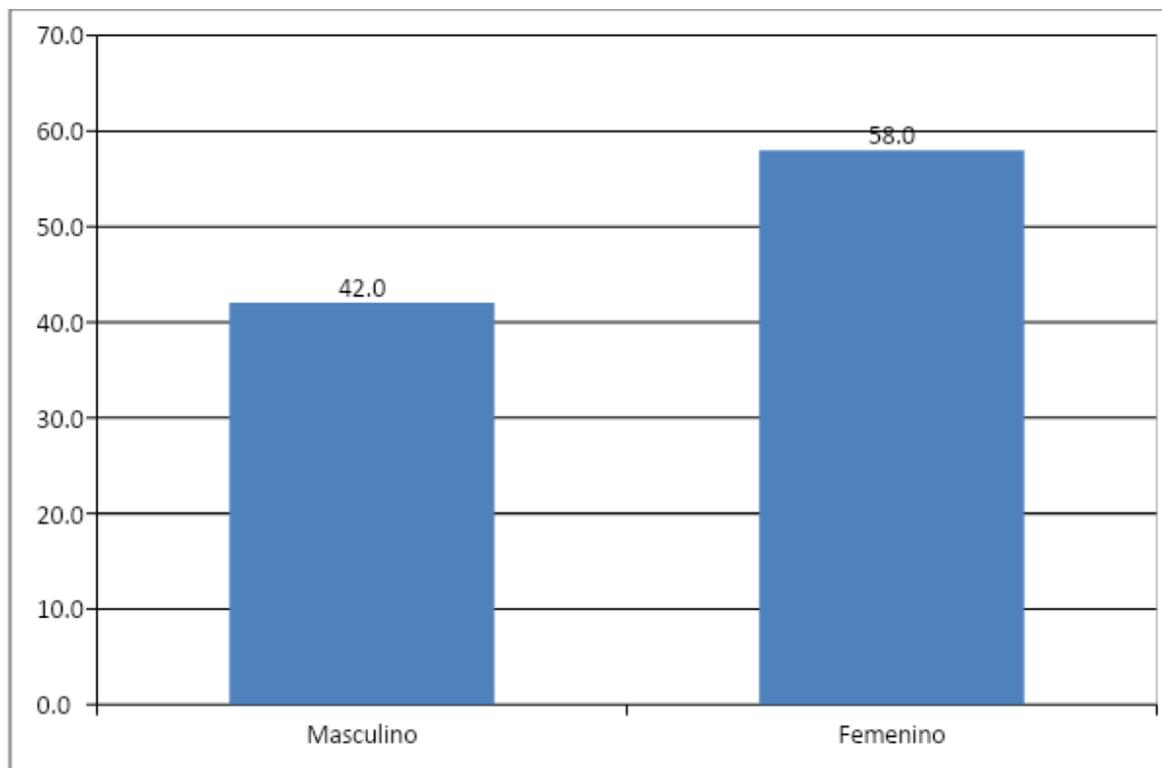


Tabla 4.- Estado civil

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	198	49.3
Unión libre	124	30.8
Casado/a	36	9.0
Divorciado/a	25	6.2
Viudo/a	19	4.7
Total	402	100.0

Gráfico 4.- Estado civil

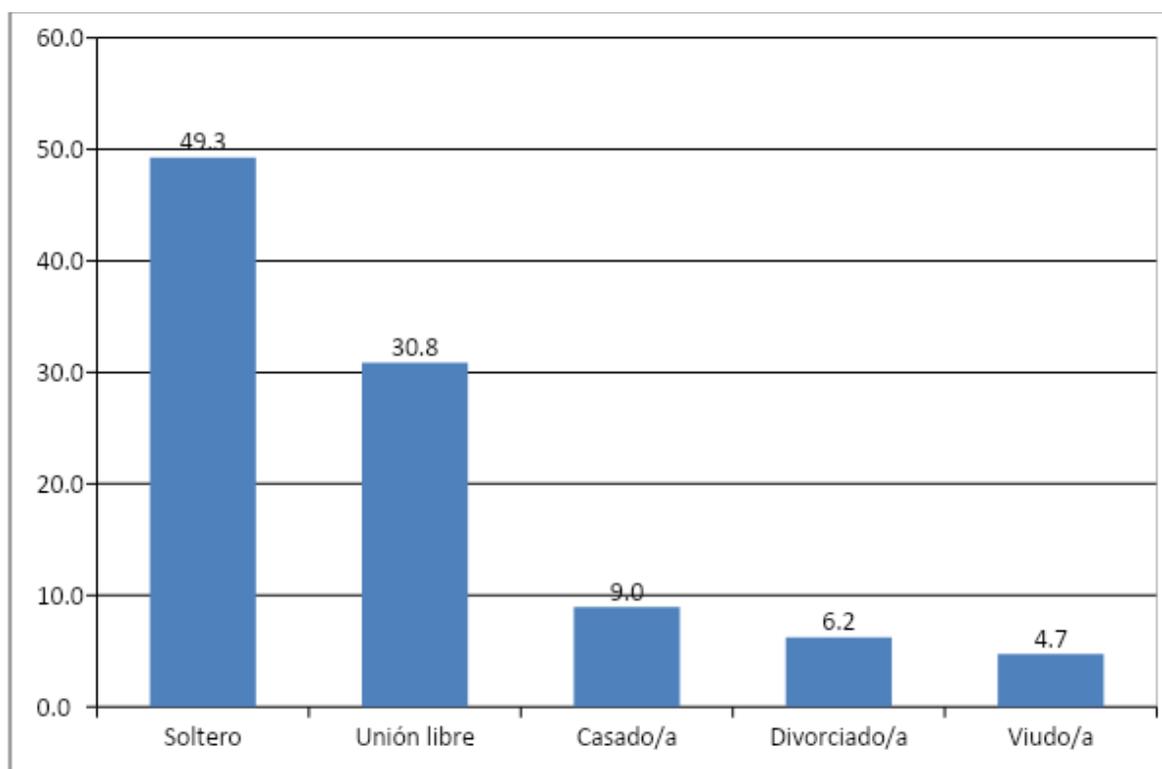


Tabla 5.- Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	136	33.8
Empleado en la zona franca	78	19.4
Ama de casa	57	14.2
Universitario	29	7.2
Trabajo informal	21	5.2
Profesional	19	4.7
Desempleado	15	3.7
Empleada Domestica	13	3.2
Empleado privado	10	2.5
Empleado público	10	2.5
Mantenimiento	9	2.2
Comerciante	5	1.2
Total	402	100.0

Gráfico 5.- Ocupación

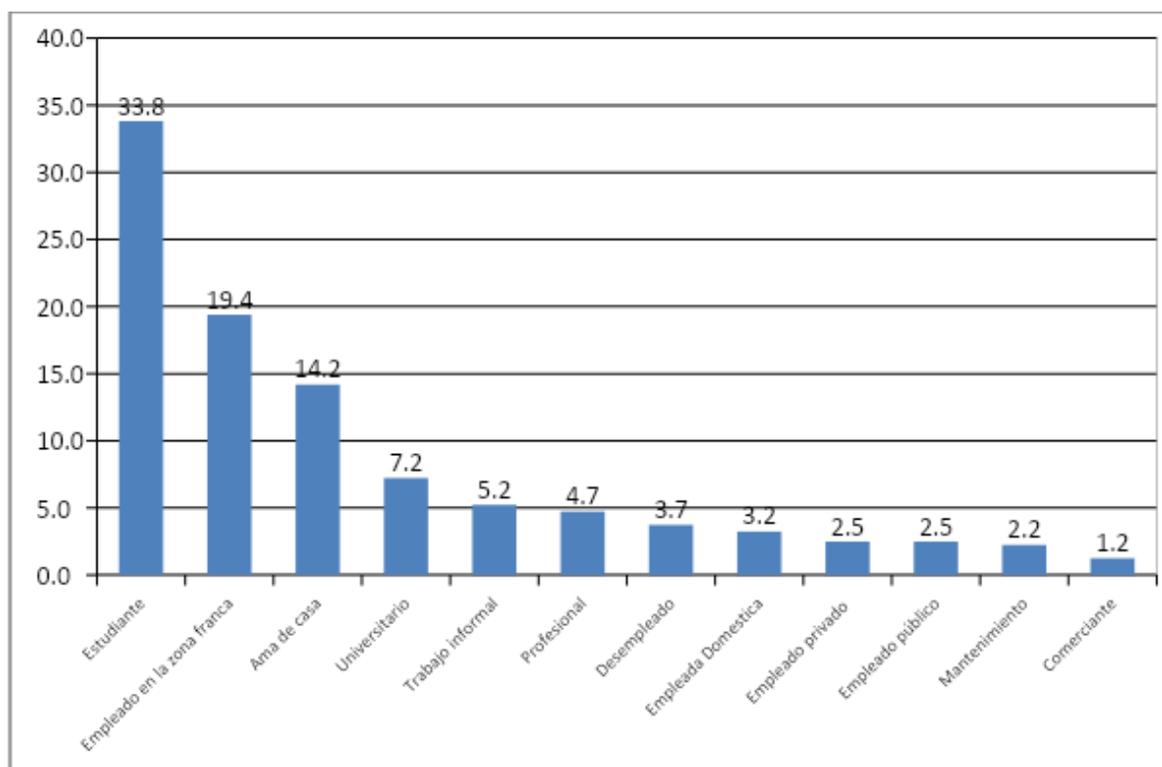


Tabla 6.- Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeto	11	2.7
Primaria	119	29.6
Secundaria	149	37.1
Técnico	68	16.9
Superior	55	13.7
Total	402	100.0

Gráfico 6.- Escolaridad

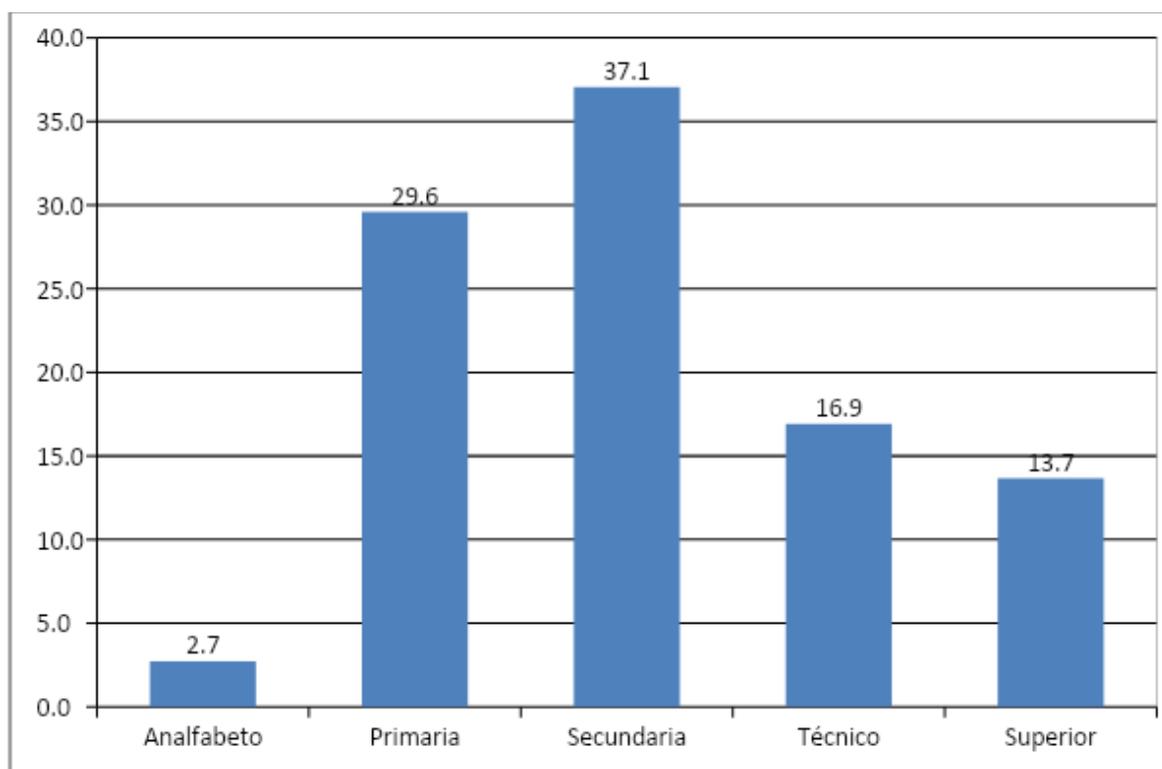


Tabla 7.- Procedencia

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	176	43.8
Urbana	226	56.2
Total	402	100.0

Gráfico 7.- Procedencia

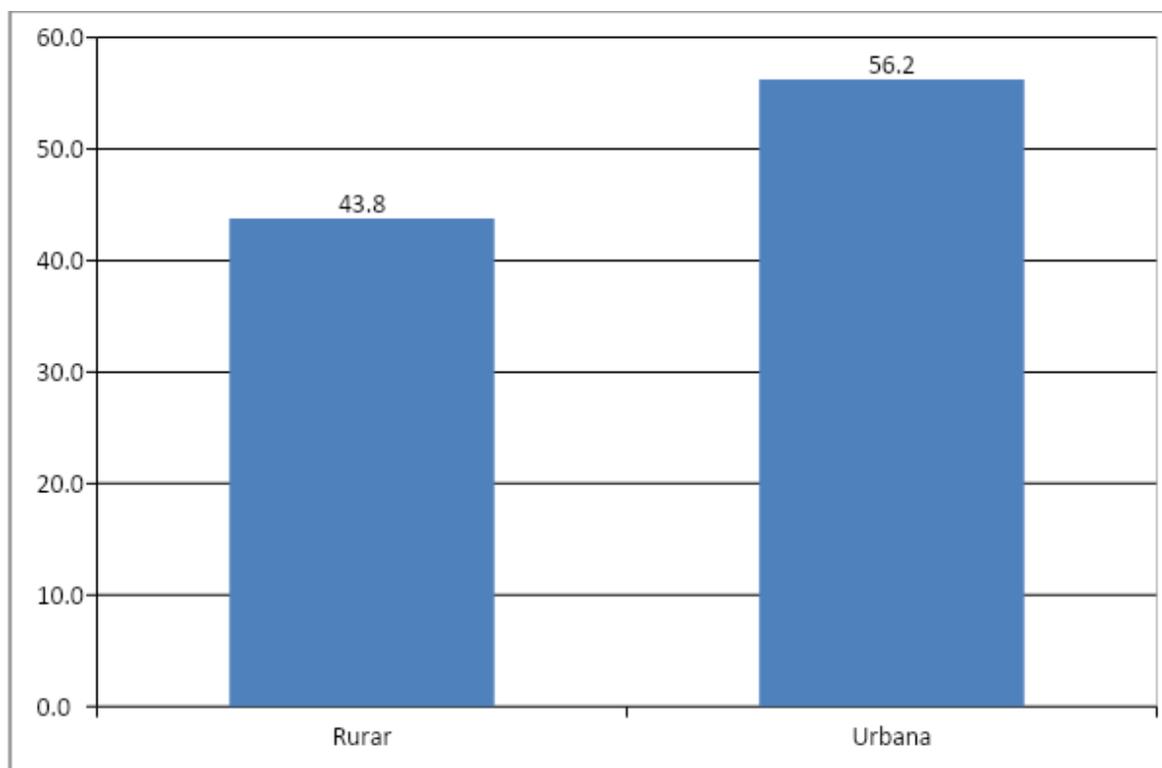


Tabla 8.- Religión

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	171	42.5
Protestante	113	28.1
Otra	15	3.7
Ninguna	103	25.6
Total	402	100.0

Gráfico 8.- Religión

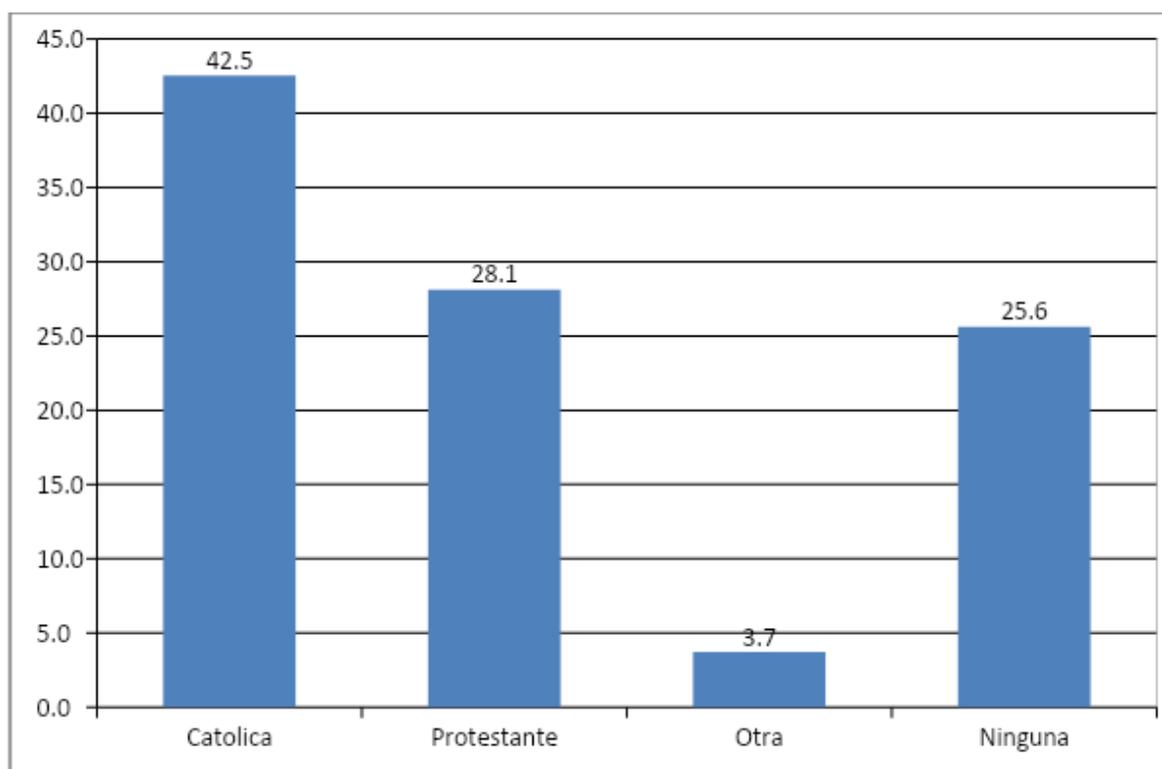


Tabla 9.- Hábitos tóxicos

Hábitos Toxico	Frecuencia	Porcentaje
Café	157	39.1
Alcohol	78	19.4
Tabaco	38	9.5
Negado	129	32.1
Total	402	100.0

Gráficos 9.- Hábitos tóxicos

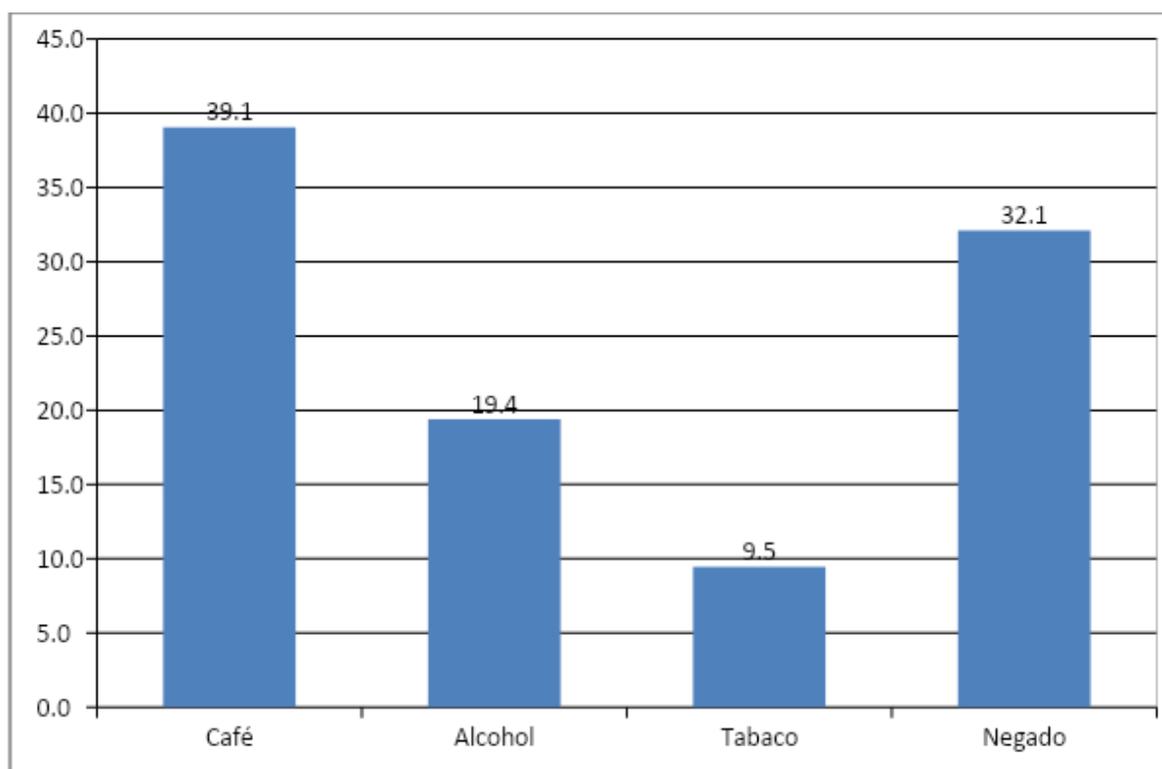


Tabla 10.- Signos y síntomas

Signos y Síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Fiebre,tos,expectoración, rinorrea , mialgias, dificultad respiratoria	51	12.7
Evacuaciones liquidas ,Cólicos abdominales	36	9.0
Cefalea , elevación de la presión arterial	31	7.7
Fiebre, cefalea, odinofagia.	31	7.7
Mareos, taquicardia,fatiga,disnea	26	6.5
Fiebre ,cefalea, artralgia, mialgia, tos ,expectoración	23	5.7
Prurito y erupciones en la piel	21	5.2
Dolor Pélvico y ,disuria , poliuria	19	4.7
Vómitos y diarrea, dolor abdominal	16	4.0
Dolor, Rubor, Fiebre,edema, secreción purulenta en la piel.	15	3.7
Otalgia, otorrea	13	3.2
Fiebre de varios días	11	2.7
Dolor pélvico ,secreción vaginal	11	2.7
Diarrea verdosa, dolor abdominal tipo cólicos	11	2.7
Dolor,Inflamacion,hiperemia axilar, secreción purulenta	10	2.5
Prurito, hiperemia en la piel y habones	9	2.2
Polidipsia, Polifagia, poliuria, hiperglicemia , orina dulce.	9	2.2
Cefalea,nauseas,vomito	8	2.0
Cefalea, elevación de la presión arterial	7	1.7
Amenorrea	7	1.7
Dolor ocular e hiperemia ocular ,secreción purulenta	6	1.5
Menorragia más de una vez al mes	5	1.2
Lumbalgia, disuria	5	1.2
Cefalea,adenopatías, fiebre,mialgias,fatiga	4	1.0
Disnea y cansancio a medianos esfuerzos, disnea paroxística nocturna	3	0.7
Convulsiones tónico clónicas,sialorrea,inconciencia	3	0.7
Edema de Miembros inferiores, Cambios de coloración de la piel	3	0.7
Artralgia en hombro ,rigidez y dolor a la movilización y presión del hombro	3	0.7
Hiperglicemia,fatiga,pérdida de peso, orina dulce	3	0.7
Aumento de la glándula tiroidea ,tos,ronquera.	2	0.5
Total	402	100.0

Gráfico 10.- Signos y síntomas

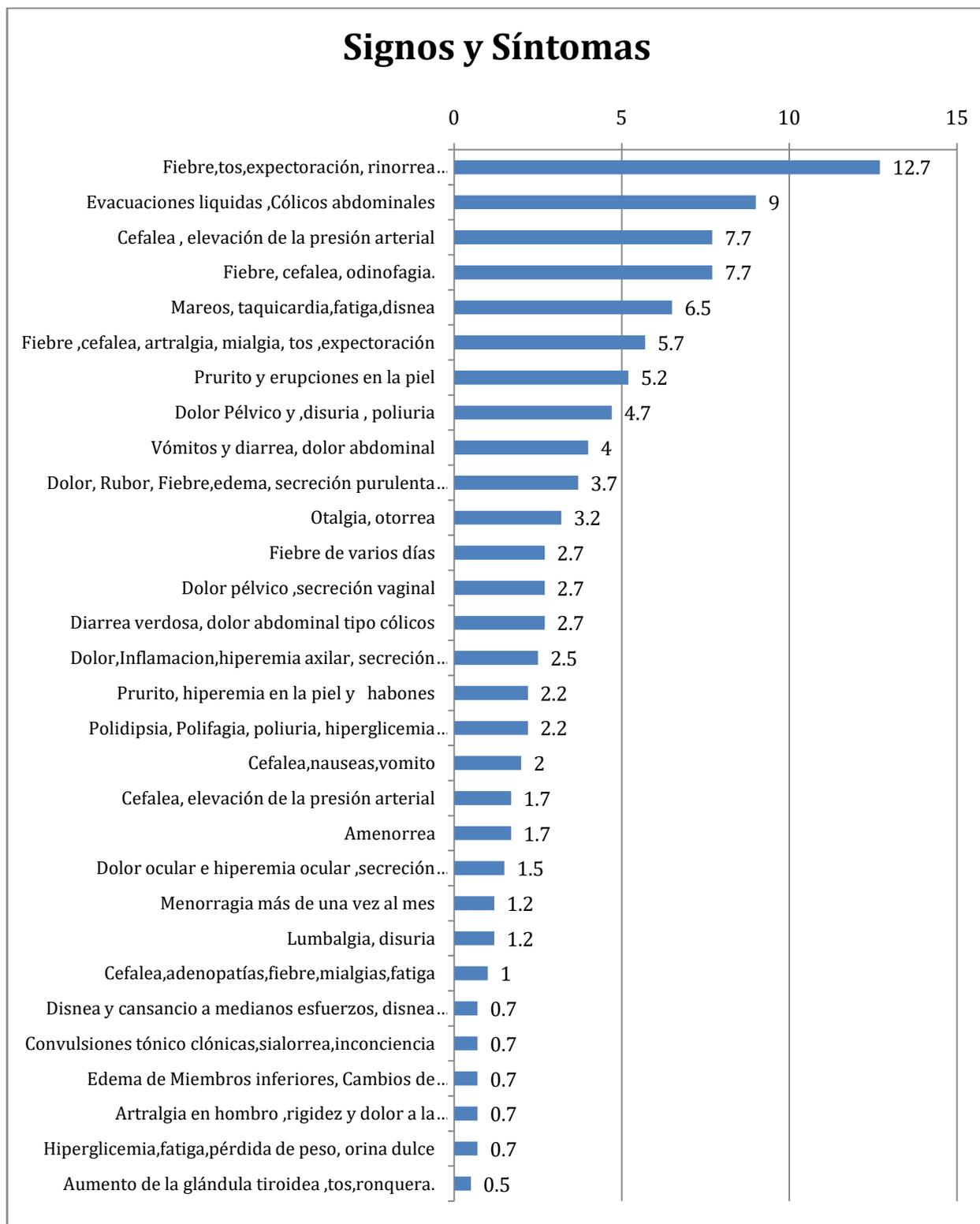


Tabla 11.- Diagnóstico

Diagnostico	Frecuencia	Porcentaje
Infección Respiratoria Aguda	51	12.7
Enfermedad Diarreica Aguda	36	9.0
Hipertensión Arterial	31	7.7
Amigdalitis	31	7.7
Anemia	26	6.5
Proceso Gripal	23	5.7
Escabiasis	21	5.2
Infección de Vías Urinarias	19	4.7
Gastroenteritis	16	4.0
Forunculosis	15	3.7
Otitis	13	3.2
Síndrome Febril	11	2.7
Enfermedad Pélvica Inflamatoria	11	2.7
Amebiasis Intestinal	11	2.7
Hidroadenitis	10	2.5
Proceso Alérgico	9	2.2
P/B Diabetes	9	2.2
Cefalea migrañosa	8	2.0
Hipertensión Arterial por Abandono de Tratamiento	7	1.7
Descartar Embarazo	7	1.7
Conjuntivitis	6	1.5
Miomatosis Uterina	5	1.2
Litiasis Renal	5	1.2
Insuficiencia cardiaca	3	0.7
D/C Epilepsia	3	0.7
Insuficiencia Vasculuar	3	0.7
Bursitis de Hombro	3	0.7
Diabetes Mellitus con abandono de tratamiento	3	0.7
Bocio Tiroideo	2	0.5

Gráfico 11.- Diagnóstico



IV.2.- DISCUSIÓN

En cuanto a la descripción de la población de estudio en la comunidad de Nigua de acuerdo a los resultados se encontró que: el rango de edad más frecuente de los pacientes fue de 5 años o menos con el 22.1 por ciento, seguido de 20-29 años con el 12.2 por ciento, y 6 a 15 años con el 12.7 por ciento. El sexo más frecuente fue el femenino con el 58.0 por ciento y el masculino con el 42.0 por ciento. El estado civil más frecuente de los pacientes fue soltero, con el 49.3 por ciento, seguido de unión libre con el 30.8 por ciento seguido de los casados con el 9.0 por ciento y viudos con un 4.7 por ciento. La ocupación más frecuente fue estudiante con el 33.8 por ciento, seguido de empleado en la zona franca con el 19.4 por ciento, ama de casa con el 14.2 por ciento.

La escolaridad más frecuente de los pacientes fue secundaria con el 37.1 por ciento, seguido de primaria con el 29.6 por ciento, técnico con el 16.9 por ciento, superior con el 13.7 por ciento. La procedencia de la mayoría de la población fue urbana con el 56.2 por ciento y rural con el 43.8 por ciento. La religión más frecuente fue católica con el 42.5 por ciento, seguido de protestante con el 28.1 por ciento y ninguna con el 25.6 por ciento. Datos que son corroborados de acuerdo a la Oficina Nacional de Estadística, que presentó una proyección para este año similar a los datos encontrados cuando se hizo el último censo en el año 2013.

Los motivos de consulta más frecuente fue fiebre, con tos, expectoración y secreción nasal con el 12.7 por ciento de los casos, evacuaciones líquidas con el 9.0 por ciento, elevación de la presión arterial con el 7.7 por ciento, y fiebre con el 7.7 por ciento. Datos relacionados con la investigación llevada a cabo por Novas, Gallego y León, en México, en 2017, en donde según muestran los resultados de estudios que ejemplifican el perfil de la práctica del Médico de Familia, donde se encuentra una elevada incidencia de enfermedades agudas muchas de ellas de carácter transitorio y curación espontánea y una alta prevalencia de enfermedades crónicas, trastornos de la conducta, alteraciones del funcionamiento familiar y problemas higiénico ambientales.

En el 32.1 por ciento no hubo hábitos tóxicos, el 39.1 por ciento indicó café, el 19.4 por ciento alcohol y 9.5 por ciento tabaco.

Los signo y síntoma más frecuente fueron fiebre, tos, expectoración, secreción nasal, mialgias, y dificultad respiratoria, con el 12.7, seguida de las evacuaciones líquidas y cólicos abdominales con un 9.8 por ciento y cefalea y elevación de la presión arterial con un 7.7 por ciento lo cual guarda relación con el estudio realizado por Novas, Gallego y León, en México, en 2017, en donde según muestran los resultados de estudios que ejemplifican el perfil de la práctica del Médico de Familia, donde se encuentra una elevada incidencia de enfermedades agudas muchas de ellas de carácter transitorio y curación espontánea- y una alta prevalencia de enfermedades crónicas, trastornos de la conducta, alteraciones del funcionamiento familiar y problemas higiénico-ambientales.

El diagnóstico entre las afecciones más frecuentes fueron la infección respiratoria aguda con el 12.7 por ciento, otras causas frecuentes fueron enfermedad diarreica aguda con un 9.8 e hipertensión arterial con un 9.8 por ciento. Sin embargo, la investigación llevada a cabo por García, Moreno, Puerta, y Martínez, en 2017, en Madrid, España, donde el estudio se obtuvo de fuentes de información de los datos oficiales sobre estadísticas de población y las memorias del Instituto Nacional de Salud de los años 1996 y 2001. Encontraron que en la frecuentación a la consulta de medicina de familia el motivo de consulta más frecuente fue hipertensión arterial y los chequeos anuales.

IV.3.- CONCLUSIONES

El rango de edad más frecuente de los pacientes fue de 5 años o menos.

El sexo que más acudió a la consulta fue femenino.

El estado civil más frecuente fue soltero.

La ocupación más frecuente fue estudiante.

La escolaridad más frecuente de los pacientes fue secundaria.

La procedencia de la mayoría de la población fue urbana.

La religión más frecuente fue la católica.

Los motivos de consulta más frecuente fueron fiebre, tos y expectoración y dolor en el cuerpo y dificultad respiratoria.

La mayoría de los casos el hábito tóxico más frecuente fue el café.

Los signos y síntomas más frecuente fueron fiebre y tos y expectoración, mialgias, dificultad respiratoria, rinorrea.

El diagnóstico más frecuente fue infección respiratoria aguda.

IV.4.- RECOMENDACIONES

1-AI Ministerio de Salud Pública ,la construcción de centros de atención primaria dotados de Médicos Familiares y el personal correspondiente para el centro, para poder brindar una atención integral a la población.

2-AI Sistema Nacional de Salud la dotación de pediatras y cardiólogos para el hospital ya que no es suficiente con un solo profesional de estas especialidades.

3-A la Regional de Salud continuar la vacunación a la población vulnerable contra la influenza.

4-Capacitación continua para el personal de salud de manera de tener un personal actualizado en las enfermedades prevalentes en la comunidad que presta servicio.

5-Creacion consultas de niño sano debido a la gran cantidad de niños con patologías que pueden ser prevenidas en dicha consulta.

6-Creacion de consulta para adolescentes.

7-Charlas comunitarias e intrahospitalarias de manera que los pacientes puedan ser educados sobre los cuidados de las patologías que padecen y un estilo de vida saludable.

8-Visita a las estancias infantiles para el adecuado cuidado de los niños fuera y dentro del hogar, detección de enfermedades, convocar a los padres periódicamente para las orientaciones de lugar.

9-Visitar las escuelas y liceos con el fin de ofrecer charlas a los estudiantes y maestros de dichas enfermedades que aquejan con mayor frecuencia a la población.

10-Visitar las zonas francas para impartir charlas a los empleados, relacionadas con las enfermedades más frecuentes e identificar factores que puedan causar dichas enfermedades.

REFERENCIAS

- 1.- Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *J Clin Epidemiol.* 2003;56:221-9.
2. Van den Akker M, Buntink K, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus A. Multimorbidity in general practice: Prevalence, incidence and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol.* 1998;51:367-75.
3. Van Weel C. Chronic diseases in general practice: the longitudinal dimension. *Eur J General Practice.* 1996;2:17-21.
4. Sprangers MAG, Regt EB, Andries F, Van Agt HME, Bijl RV, De Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.* 2000; 53:895-907.
5. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: Implications for the importance of primary care in «Case» Management. *Annals of Family Medicine.* 2003;1:8-14.
6. Liu L. Comorbidities and the willingness to pay for reducing the risk of a targeted disease: introducing endogenous effort for risk. *Health Econ.* 2004;13:493-8.
7. Palomo L, García L, Gérvas J, García A, López A, Sánchez F. Episodios de enfermedad atendidos en medicina general/de familia, según medio demográfico (I): morbilidad. *Aten Primaria.* 1997;19:469-76.
8. Palomo L. Morbilidad atendida y utilización de las consultas de medicina general/de familia por pacientes con enfermedades endocrinas, nutricionales y del metabolismo. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura; 1999.
9. Katon WJ, Lin EH, Russo J, Von Korff M, Ciechanowski P, Simon G, et al. Cardiac risk factors in patients with diabetes mellitus and major depression. *J Gen Intern Med.* 2004;19: 1192-9.
10. Yates WR, Mitchell J, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Warden D, et al. Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR*D. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26:421-9.

11. Diehm C, Schuster A, Allenberg JR, Darius H, Haberl R, Lange S, et al. High prevalence of peripheral arterial disease and co-morbidity in 6880 primary care patients: cross-sectional study. *Atherosclerosis*. 2004;172:95-105.
12. Thomas J, Jones G, Scarinci I, Brantley P. A descriptive and comparative study of the prevalence of depressive and anxiety disorders in low-income adults with type 2 diabetes and other chronic illnesses. *Diabetes Care*. 2003;26:2311-7.
13. Goodwin RD, Kroenke K, Hoven CW, Spitzer RL. Major depression, physical illness, and suicidal ideation in primary care. *Psychosom Med*. 2003;65:501-5.
14. Ben-Noun L. Characteristics of comorbidity in adult asthma. *Public Health Rev*. 2001;29: 49-61.
15. Carroll K, Majeed A. Comorbidity associated with atrial fibrillation: a general practice-based study. *Br J Gen Pract*. 2001; 51:884-6.
16. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE. Depression and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function, and costs. *Arch Intern Med*. 2000;160:3278-85.
17. Fullerton C, Florenzano R, Acuna J. [Comorbidity of chronic diseases and psychiatric disorders among patients attending public primary care]. *Rev Med Chil*. 2000;128:729-34.
18. Van den Akker M, Buntinx F, Metsemakers JF, Knottnerus JA. Marginal impact of psychosocial factors on multimorbidity: results of an explorative nested case-control study. *Soc Sci Med*. 2000;50:1679-93.
19. Ogle KS, Swanson GM, Woods N, Azzouz F. Cancer and co-morbidity: redefining chronic diseases. *Cancer*. 2000;88:653-63.
20. Kazis LE, Miller DR, Skinner KM, Lee A, Ren XS, Clark JA, et al. Patient-reported measures of health: The Veterans Health Study. *J Ambul Care Manage*. 2004;27:70-83.
21. Cheng L, Cumber S, Dumas C, Winter R, Nguyen KM, Nie-man LZ. Health related quality of life in pregeriatric patients with chronic diseases at urban, public supported clinics. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1:63-6

22. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades diarreicas. Disponibles en:
https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2009/childhood_deaths_diarrhoea_20091014/es/

ANEXOS

PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR EN EL HOSPITAL MARIA PANIAGUA (BOBITA) DE NIGUA, SAN CRISTÓBAL, JUNIO-AGOSTO, 2018.

Instrumento de recolección de datos

1.- Motivo de consulta _____

2.- Edad.- _____

3.- Sexo: Masculino_____ Femenino_____

4.- Estado Civil

Soltero/a _____

Casado/a _____

Divorciado/a _____

Viudos/as _____

Otros _____

5.- Ocupación _____

6.- Escolaridad

Analfabeto _____

Primaria _____

Secundario _____

Técnico _____

Superior _____

7.- Procedencia

Rural _____

Urbana _____

8.- Religión

Católica _____

Protestante _____

Otra _____

9.- Hábitos Tóxicos

Café _____

Alcohol _____

Tabaco _____

Drogas narcóticas _____

10.- Signos y síntomas de Presentación

11.- Diagnóstico _____

1

² RAmos, P.; de la CAsa, J.; Rami, C.; Schuffelman, M. Abordaje del motivo más frecuente de consulta en Atención Primaria en el Centro de Salud de Tres Cantos 1. *Semergen* 2010;36:59-60 - DOI: 10.1016/j.semerg.2009.09.003. Vol. 36. Núm. 1. Enero 2010. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-abordaje-del-motivo-mas-frecuente-S1138359309000082#elsevierItemBibliografias>

³ Kazis LE, Miller DR, Skinner KM, Lee A, Ren XS, Clark JA, et al. Patient-reported measures of health: The Veterans Health Study. *J Ambul Care Manage.* 2004;27:70-83