



PRESENTACIÓN DE CASO

Evaluación de una paciente con varias enfermedades crónicas en la atención primaria: reporte de un caso

Evaluation of a patient with several chronic diseases in primary care: a case report

Mónica Yanneth Guerrero-Madroño¹✉ , Gabriela Alejandra Valbuena-Salazar¹ ,
José Daniel Oviedo-Miranda¹ 

¹Universidad Regional Autónoma de los Andes. Quevedo, Ecuador

Recibido: 17 de enero de 2023

Aceptado: 08 de agosto de 2023

Publicado: 10 de agosto de 2023

Citar como: Guerrero-Madroño MY, Valbuena-Salazar GA, Oviedo-Miranda JD. Evaluación de una paciente con varias enfermedades crónicas en la atención primaria: reporte de un caso. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2023 [citado Fecha de acceso]; 27(S1):e5893. Disponible en: <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/5893>

RESUMEN

Introducción: las enfermedades crónicas no transmisibles emparejadas con un aumento de la esperanza de vida, en muchas ocasiones devienen en pacientes con múltiples enfermedades crónicas no transmisibles, lo que requiere la actuación y evaluación integral por el personal de salud, para disminuir la carga de cuidados, y mejorar la calidad de vida del enfermo.

Presentación de caso: se presenta el caso de una paciente femenina, de 65 años de edad, analfabeta, encamada desde hace dos años por obesidad, sedentaria. Presenta como antecedentes hipertensión arterial, úlcera gástrica crónica y diabetes mellitus. Se realiza desde la atención primaria de salud una evaluación integral de la paciente mediante el empleo de diferentes herramientas. Se realiza un reajuste del tratamiento, y se establece planes de seguimiento junto con las tablas de pendientes.

Conclusiones: los pacientes con enfermedades crónicas constituyen un reto para el médico de primer nivel de atención, necesiéndose una planeación estratégico preventiva enfocada en evitar las complicaciones de dichas enfermedades que conlleven a más estrés personal familiar y más salida de recursos para el estado. Los planes de seguimiento junto con las tablas de pendientes son una herramienta básica e indispensable para seguir con la cronología del qué hacer con el paciente y sus familiares, junto con un panorama general de la vida y pronóstico del mismo. La adaptación de programas y guías según los pacientes y sus enfermedades y la colaboración de los mismos ayudan al médico de primer nivel de atención ofrecer un mejor cuidado al enfermo.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Enfermedad Crónica; Enfermedades no Transmisibles; Calidad de Vida.

ABSTRACT

Introduction: chronic non-communicable diseases combined with an increase in life expectancy, often result in patients with multiple chronic non-communicable diseases, which requires action and comprehensive assessment by health personnel to reduce the burden of care and improve the quality of life of the patient.

Case presentation: we present the case of a female patient, 65 years of age, illiterate, bedridden for two years due to obesity, sedentary. She has a history of arterial hypertension, chronic gastric ulcer and diabetes mellitus. A comprehensive evaluation of the patient was carried out by primary health care using different tools. Treatment readjustment is performed, and follow-up plans are established together with pending charts.

Conclusions: patients with chronic diseases constitute a challenge for the primary care physician, requiring strategic preventive planning focused on avoiding the complications of these diseases that lead to more personal stress for the family and more outflow of resources for the state. The follow-up plans together with the pending tables are a basic and indispensable tool to follow the chronology of what to do with the patient and his family, together with a general panorama of the patient's life and prognosis. The adaptation of programs and guidelines according to the patients and their diseases and the collaboration of the patients themselves helps the primary care physician to offer a better care to the patient.

Keywords: Primary Health Care; Chronic Disease; Noncommunicable Diseases; Quality of Life.

INTRODUCCIÓN

La llegada de una enfermedad en un miembro de la familia determina cambios en los miembros y es considerado como una dificultad que altera el funcionamiento del núcleo familiar. El ajuste a este nuevo entorno permite cambios, los cuales generan adaptaciones que llevan a la familia a un nuevo estado de equilibrio y sitúan al enfermo en riesgo con referencia a su cuidado.^(1,2)

En la evolución natural de la enfermedad un elevado porcentaje llega a resolverse con satisfacción, sin embargo, un pequeño número puede llegar a la cronicidad de la enfermedad, demandando cuidados especiales; otras, por lo contrario, llegan a la fase terminal y pasan a ser tributarios de cuidados paliativos.⁽³⁾ En cualquiera de estos casos, el cuidado y tratamiento por parte del médico de cabecera es de gran importancia, al ser el vinculado directamente con la familia y conocer los datos y situación real de la misma.⁽⁴⁾

En general, la naturaleza de las enfermedades crónicas hace que los prestadores del servicio de salud y su personal se involucren para aplacar y enlentecer los padecimientos, si bien no se pueden curar o revertir, los equipos de atención primaria se esfuerzan por mejorar la calidad de vida de los pacientes.⁽⁵⁾ En este aspecto, juega un papel indispensable el primer nivel de atención, encargado de garantizar la cobertura en la esfera biológica, psicológica y social del paciente y su familia.⁽⁶⁾

En el tratamiento de las enfermedades crónicas la atención primaria de salud juega un papel indispensable, así como las redes integrales de prestación continua de servicios a través del tiempo en todos los ciclos de vida, con énfasis en los grupos multidisciplinarios, la atención del paciente y los sistemas de investigación, todos para el apoyo y el desarrollo de la población y los pacientes.⁽⁷⁾

Dada la complejidad de las enfermedades crónicas se torna difícil su control, así como la disminución de sus complicaciones.⁽⁸⁾ El médico de familia acopla sistemas ya establecidos y los adapta en beneficio de las personas,⁽⁹⁾ implementa estrategias en el nivel de atención que se encuentre y mejora la atención de pacientes crónicos a través de: automanejo, apoyo mutuo entre pares, apoyo en cuidadores informales, visitas domiciliarias y tele cuidado (llamadas telefónicas), todo ello enfocado en favor del paciente, a lo que se suma la educación de autocuidado que favorece la adherencia a tratamientos y detención oportuna de complicaciones.⁽¹⁰⁾

Se presenta el caso de una paciente con varias enfermedades crónicas, así como la atención prestada por el médico de la atención primaria de salud y el seguimiento planificado.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina, de 65 años de edad, residente en la ciudad de Manta, católica, casada con hijos, analfabeta, que depende económicamente de sus hijos. Encamada desde hace dos años por obesidad, lo cual dificulta su deambulacion. Presenta como antecedentes hipertension arterial (diagnosticada en 2015 y tratada con losartán 50 mg al día), úlcera gástrica crónica (diagnosticada en 2018 y tratada con omeprazol 40mg cada 24 horas) y diabetes mellitus (diagnosticada en 2019 y tratada con metformina 500mg cada 12 horas).

El hijo acude a cita médica programada de la paciente, solicitando medicación continua. Refiere imposibilidad de que la paciente acuda a consulta por causa de dificultades para el traslado. El equipo de salud decide realizar visita a domicilio para evaluar el caso.

De la encuesta socioeconómica se extrae como datos que la paciente es una ama de casa, desempleada, que económicamente depende de bono solidario. Posee vivienda propia, ingreso de agua potable y sistema de alcantarillado publico junto con recolección de basura diaria y luz eléctrica.

Como hábitos tóxicos la paciente presenta antecedentes de consumo de alcohol, sin tabaquismo ni consumo de sustancias ilícitas. Al interrogatorio refiere consumo de tres comidas completas diarias, hidratación escasa de un litro diario, catarsis diarias, diuresis una a dos veces al día, con sueño aproximado de cinco a seis horas cada noche. Su baño es diario, con ayuda.

Al interrogatorio refiere pirosis, epigastralgias postprandiales ocasionales, estreñimiento ocasional.

Al examen físico se observa eritema a nivel de rostro de tres días de evolución que sede a la aplicación de alcohol. En cara se observa presencia de estigmas de rascado más zonas eritematosas, cuello con presencia de acantosis en zonas de pliegues. En los ojos se identifica reflejos pupilares disminuidos. En boca se observa piezas dentales incompletas en maxilar inferior y ausencia de piezas dentales en maxilar superior, comenta poseer prótesis que solo se coloca al momento de alimentación. En el sistema cardiovascular se encontró presión arterial de 120/80mmHg y frecuencia cardiaca 80 lpm. En miembros inferiores se evidencia ulcera a nivel de planta de pie grado A-1 según clasificación de Texas.

Se realizó ecomapa (figura 1) y familiograma (figura 2), determinando familia nuclear, adulta, con parientes próximos, tradicional, urbano marginal, con limites permeables.

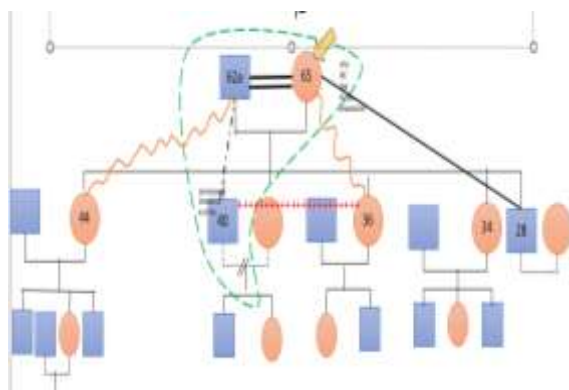


Fig. 1 Familiograma

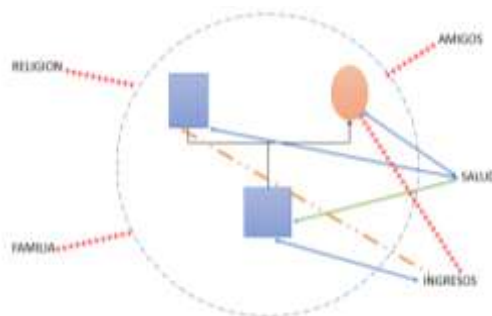


Fig. 2 Ecomapa

Se realiza el análisis individual, que muestra una adulta madura, dentro de la etapa de integridad versus desesperación según Erikson, donde se admite su mortalidad y teme a la muerte por desamparo a pareja. Presenta además baja adherencia terapéutica. Se procedió a establecer la lista de problemas (tabla 1)

Tabla 1. Lista de problemas.

| No | Problema | Tipo de problema | Activo | Pasivo |
|----|-----------------------|------------------|--------|--------|
| 1 | Hipoacusia | Biológico | X | |
| 2 | HTA | Biológico | X | |
| 3 | DM | Biologico | X | |
| 4 | Gastritis | Biologico | | X |
| 5 | Obesidad | Biologico | X | |
| 6 | Alteración sueño | Biologico | X | |
| 7 | polihospitalizaciones | Biologico | | X |
| 8 | Dermatitis alérgica | Biologico | X | |

Se realiza un reajuste del tratamiento, indicando losartan en tabletas 50 mg por vía oral cada 12 horas, metformina en tabletas a dosis de 500mg cada 12 horas y acetato de pramoxina más zinc de aplicación tópica en rostro.

Se realiza una charla educativa, explicando la necesidad de una limpieza diaria, alimentación adecuada y se plantea el inicio de rutinas de actividad física. Se realiza la programación de visitas, guías anticipatorias de caídas establecen citas guiadas en consulta y se establece tabla de pendientes primera visita (tabla 2).

Tabla No. 2 Pendientes primera visita.

| No | Pendiente | Objetivo | Plazo |
|----|-------------------------------------|--|---------------|
| 1 | APGAR Familiar | Analizar relaciones intrafamiliares | Mediano plazo |
| 2 | Escalas de supervivencia | Deriva a paciente a los programas | Corto plazo |
| 3 | Escalas de fragilidad y dependencia | Ayuda analizar riesgos y tipo de supervisión requerida por el paciente | Corto plazo |
| 4 | Escala de cuidador | Determina la ayuda que requiere cuidador principal | Mediano plazo |
| 5 | Escala de depresión | Para cuidador y paciente | Mediano plazo |
| 6 | Elaborar plan seguimiento | Valora actividades básicas de la vida diaria | Plazos mixtos |
| 7 | Índice de Katz | Valora actividades básicas de la vida diaria | Corto plazo. |
| 8 | Escala de Lawton y Brody | Valora actividades básicas de la vida diaria | Corto plazo |

Se elaboró plan de seguimiento, el cual contó con las siguientes acciones:

- Confrontación de equipo de salud
- Clasificación de paciente a plan más adecuado
- Seguimiento por medio de visitas domiciliarias
- Coordinar entrega de medicación
- Educacion – autoeducación – educacion con pares
- Educacion hacia tratamientos
- Orientación a alimentación saludable
- Coordinación de derivaciones
- Coordinación de consultas a cuidador principal
- Coordinación con familiares

DISCUSIÓN

Para garantizar una excelencia en los servicios de salud, así como realizar propuestas y modificaciones a lo actualmente reglamentado, constituye una necesidad el estudio de los procesos de atención. En el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles, los análisis de la prestación de servicios en la atención primaria de salud constituyen una necesidad, visto el impacto de las mismas en la salud individual y las dinámicas poblacionales.

Rosero Acosta et al.⁽¹¹⁾ realizaron un reporte de caso sobre la presencia de enfermedades crónicas en una paciente adulta mayor. En el mismo se reportó la aparición de la hipertensión arterial (HTA) a los 60 años, posteriormente, y debido a conductas sedentarias y hábitos y estilos de vida poco saludables, presentó diabetes mellitus (DM). Similares datos fueron encontrados en el presente reporte de caso.

En Ecuador, diferentes estudios han analizado la prevalencia de la HTA en varias poblaciones. Álvarez Marín et al.⁽¹²⁾ estudio la prevalencia de la HTA en el personal administrativo de una institución de Machala-Ecuador; se encontró predominio de mujeres (59,3 %) y mayores de 30 años con presencia de esta entidad. Por su parte, Mejía Navarro et al.⁽¹³⁾ realizó un estudio para estimar la frecuencia de hipertensión arterial en personas adultas del barrio México, Pastaza, Ecuador, donde obtuvo una prevalencia del 8,96 %, con predominio en el sexo femenino y una media de edad de $64,5 \pm 13,2$ años,

Con respecto a la diabetes mellitus, Núñez-González et al.⁽¹⁴⁾ analizaron las tendencias y análisis espacio-temporal de la mortalidad por diabetes mellitus en Ecuador, 2001-2016. Se registraron 57 788 defunciones por diabetes mellitus en el Ecuador en el periodo. Se reportó un ascenso significativo de la mortalidad por DM en las mujeres (1,50 %; $p < 0,001$).

El envejecimiento, aparejado a situaciones como el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo constituyen factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus. Si a esto se suma la existencia previa de HTA el riesgo aumenta considerablemente.⁽¹⁵⁾ Por ello, la presencia de ambas enfermedades (HTA y DM) en la paciente no resulta un hecho raro.

Las enfermedades crónicas se caracterizan por su lenta y prolongada evolución, progresividad y complicaciones a corto, mediano y largo plazo. La convivencia en el seno familiar con un paciente con enfermedades crónicas es un proceso dinámico, contextual, que se ve afectado por el estado de salud que pueda presentar el enfermo. Si bien pueden transcurrir años hasta que se precise un deterioro significativo en la salud de las personas, estos limitan en cierta medida la dinámica familiar, generando costos de atención médica y medicación, adaptación en la alimentación y el suplir roles dentro del hogar.⁽¹⁶⁾

Una de las mayores repercusiones para la familia, a consideración de los autores, es cuando ocurre una limitación de las actividades del diario vivir, así como cuando se es necesario cumplir con un rol de cuidador formal o no. En el presente caso, la paciente muestra una limitación para la movilización y actividades como el baño, de ahí que en cierta medida el funcionamiento familiar pueda afectarse.

Una de las principales funciones del médico de la atención primaria de salud debe ser prevenir la existencia de enfermedades en sus pacientes. Una vez que estos tengan una enfermedad instaurada, deben lograr una terapéutica capaz de disminuir el impacto de la misma en su salud, así como prevenir sus posibles complicaciones. Para ello, se necesita de la planificación estratégica de acciones, similar a como se realizó en el presente estudio.

En la actualidad, las enfermedades crónicas constituyen un reto para los sistemas de salud; su impacto puede considerarse pandémico, y supera a las enfermedades infecto contagiosas. Deben trazarse políticas en post de la prevención de salud como herramienta para una mejor atención médica.

CONCLUSIONES

Los pacientes con enfermedades crónicas constituyen un reto para el médico de primer nivel de atención, necesiéndose una planeación estratégica preventiva enfocada en evitar las complicaciones de dichas enfermedades que conlleven a más estrés personal familiar y más salida de recursos para el estado. Los planes de seguimiento junto con las tablas de pendientes son una herramienta básica e indispensable para seguir con la cronología del qué hacer con el paciente y sus familiares, junto con un panorama general de la vida y pronóstico del mismo. La adaptación de programas y guías según los pacientes y sus enfermedades y la colaboración de los mismos ayudan al médico de primer nivel de atención ofrecer un mejor cuidado al enfermo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Todos los autores participaron en la conceptualización, análisis formal, administración del proyecto, redacción - borrador original, redacción - revisión, edición y aprobación del manuscrito final.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salazar-Barajas ME, Garza-Sarmiento EG, García-Rodríguez SN, Juárez-Vázquez PY, Herrera-Herrera JL, Duran-Badillo T. Funcionamiento familiar, sobrecarga y calidad de vida del cuidador del adulto mayor con dependencia funcional. *Enfermería Univ* [Internet]. 2019 [citado 12/01/2023]; 16(4):[aprox 10 pp]. Disponible en: <http://www.revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/615>
2. Duran-Badillo T, Herrera Herrera JL, Mireles Alonso ME, Oria Saavedra M, Ruiz Cerino JM. Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. *Cienc y Enfermería* [Internet]. 2022 [citado 12/01/2023]; 28:e7385. Disponible en: <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/7385/>
3. García-Maset R, Bover J, Segura de la Morena J, Goicoechea Diezhandino M, Cebollada del Hoyo J, Escalada San Martín J, et al. Documento de información y consenso para la detección y manejo de la enfermedad renal crónica. *Nefrología* [Internet]. 2022 [citado 12/01/2023]; 42(3):233-64. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0211699521001612>
4. Rodríguez Eguizabal E, Gil de Gómez MJ, San Sebastián M, Oliván-Blázquez B, Coronado Vázquez V, Sánchez Calavera MA, et al. Capacidad de respuesta del sistema de salud en atención primaria valorada por pacientes con enfermedades crónicas. *Gac Sanit* [Internet]. 2022 [citado 12/01/2023]; 36(3):232-9. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021391121000480>
5. Caparrós Boixés G, Suñer Soler R, Juvinyá Canal D, Reig Garcia G. El impacto de la pandemia de la COVID-19 en el control de las enfermedades crónicas en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2022 [citado 12/01/2023]; 54(1):102233. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656721002675>

6. Blay C, Martori JC, Limon E, Lasmarías C, Oller R, Gómez-Batiste X. Cada semana cuenta: uso de dispositivos sanitarios y costes relacionados de una cohorte comunitaria de personas con enfermedades crónicas avanzadas. *Atención Primaria* [Internet]. 2019 [citado 12/01/2023]; 51(6):359–66. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S021265671830009X>
7. Arroyo de la Rosa A, Bayona Huguet X. Guía de Atención Domiciliaria: pura atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2019 [citado 12/01/2023]; 51(9):527–8. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656719304743>
8. Pascual López L, Colomar Martínez JL. Análisis de la atención recibida por pacientes con enfermedad crónica avanzada en el ámbito de atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. 2022 [citado 12/01/2023]; 54(4):102306. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656722000269>
9. Manterola C, Otzen HT, García N, Mora V. M. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia. *Rev Cir (Mex)* [Internet]. 2019 [citado 12/01/2023]; 71(5):[aprox. 10 pp]. Disponible en: <https://www.revistacirugia.cl/index.php/revistacirugia/article/view/416>
10. Contento Escaleras M del C. Impacto de los programas de atención primaria en salud durante la pandemia [Tesis de Pregrado]. Ecuador: Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2021 [citado 12/01/2023]. Disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/2891>
11. Rosero Acosta J, Santacruz Quiñonez S, Vallejo Muñoz RE. Enfermedades crónicas del adulto mayor: Reporte de caso. *Boletín Inf CEI* [Internet]. 2021 [citado 12/01/2023]; 8(2):117–27. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2693>
12. Álvarez Marín MG, Álvarez Marín AM, Carrión Arias LE, Villa Feijóo AL, Arriciaga Nieto AK, Porres Gonzaga KJ, et al. Prevalencia de hipertensión arterial y correlación con los factores de riesgo psicosociales en el personal administrativo de una institución de Machala-Ecuador. *Rev Latinoam Hipertens* [Internet]. 2020 [citado 12/01/2023]; 15(2):112–7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170265474007>
13. Mejía Navarro AA, Mejía Navarro JC, Tenorio Correa SM. Frecuencia de Hipertensión Arterial en personas adultas del Barrio México, Puyo, Pastaza, Ecuador. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2020 [citado 12/01/2023]; 22(2):[aprox. 10 pp]. Disponible en: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/707>
14. Núñez-González S, Delgado-Ron A, Simancas-Racines D. Tendencias y análisis espacio-temporal de la mortalidad por diabetes mellitus en Ecuador, 2001-2016. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado 12/01/2023]; 46(2):[aprox. 15 pp]. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1314/1580>
15. Mayorga Valverde JN. Atención Primaria de Salud en el manejo integrado de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles [Tesis de Pregrado]. Universidad Nacional De Chimborazo; 2020 [citado 12/01/2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/7169>

16. Ambrosio L, Navarta-Sánchez MV, Meneses A, Rodríguez-Blázquez C. Escala de convivencia con un proceso crónico: estudio piloto en pacientes con enfermedades crónicas. Atención Primaria [Internet]. 2020 [citado 12/01/2023]; 52(3):142-50. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656718304141>