



**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
**UNIVERSITARIO**



# ***ESTRATEGIAS PARA EL MANEJO DE ENFERMEDADES PREVALENTES***

*Jeniffer Victoria Albán Pinzón  
Gabriela Maritza Salinas González  
Mariuxi Mireya Uchuari Maza*

**EME**  
EDICIONES MULTI CIENCIA





**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
UNIVERSITARIO



**ESTRATEGIAS PARA  
EL MANEJO DE  
ENFERMEDADES  
PREVALENTES**

*Jeniffer Victoria Albán Pinzón  
Gabriela Maritza Salinas González  
Mariuxi Mireya Uchuari Maza*

**EME**  
EDICIONES MULTI CIENCIA



**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
UNIVERSITARIO

## Instituto Superior Universitario Bolivariano

Mgtr. Víctor Hugo Samaniego Luna  
*Rector*

Mgtr. Jorge Baltazar Vallejo Ramírez  
*Director de Investigación*

Dra. Tamara Paulina Samaniego Luna  
Ing. Patricia Noemí Samaniego Luna  
*Comisión Académica*

Mgtr. Luis Guillermo Samaniego Namicela  
Mgtr. Jorge Honorio Salgado Monar  
*Comisión de Revisión*  
comision.editorial@tbolivariano.edu.ec



## **Estrategias para el manejo de enfermedades prevalentes.** ISUB © 2024

Mgtr. Jeniffer Victoria Albán Pinzón  
jennifer.alban@tbolivariano.edu.ec

Mgtr. Gabriela Maritza Salinas González  
gabriela.s@tbolivariano.edu.ec

Mgtr. Mariuxi Mireya Uchuari Maza  
ma.uchuari@tbolivariano.edu.ec

*Las autoras son Docentes Investigadoras y Miembros del Grupo de Investigación del Instituto Superior Universitario Bolivariano*

Primera edición: 24 de abril de 2024

ISBN: 978-9942-7037-7-4 (versión electrónica)

DOI: 10.5281/zenodo.11069308

**EME**  
EDICIONES MULTI CIENCIA

### **Edición & Publicación**

Ediciones Multi Ciencia

Daule, Ecuador

[edicionesmulticiencia@gmail.com](mailto:edicionesmulticiencia@gmail.com)

### **Libro evaluado a doble par ciego por:**

Dr. César Herrera García

Dr. Juan Pablo Rojas Sandoval

Queda rigurosamente prohibido, sin la autorización expresa de los titulares de la obra, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de este libro, por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares del mismo mediante alquiler o préstamo públicos. DRA de imágenes tomadas de Internet.

# Estrategias para el Manejo de Enfermedades Prevalentes

Mgr. Jeniffer Victoria Albán Pinzón

Mgr. Gabriela Maritza Salinas González

Mgr. Mariuxi Mireya Uchuari Maza





# Índice

De las autoras .....	13
Dedicatoria .....	15
Agradecimiento .....	17
Presentación .....	19
Introducción.....	21
Justificación.....	25
Metodología.....	27



## Capítulo 1

### Fundamentos de la Atención Ambulatoria

Fundamentos de la Atención Ambulatoria .....	31
Marco legal de la atención ambulatoria .....	32
Tipos de atención ambulatoria.....	35
Servicios de Salud .....	37
Prevención .....	42
Prevención Primaria .....	42
Prevención Secundaria .....	42
Prevención Terciaria.....	43
Prevención Primordial .....	43
Promoción en salud .....	44
Servicios prestados en la atención ambulatoria por grupos etarios .....	45
Recién nacido (0 a 28 días).....	45

Primera infancia (0 a 5 años) .....	47
Infancia (6 a 9 años) .....	48
Adolescencia (10 a 19 años) .....	50
Adultez (adulto joven de 20 a 39 años y adulto de 40 a 64 años) .....	51
Adulto Mayor (Igual o Mayor a 65 años) .....	51
Responsabilidades del equipo de salud en atención ambulatoria .....	54
Profesional médico .....	54
Personal del servicio de enfermería.....	54
Auxiliar de farmacia .....	55
Usuario .....	55
Documentación del proceso de atención .....	55
<b>Formulario de Admisión - Alta y Egreso</b> (HCU-form.001 / 2008) .....	55
Formulario de Consulta Externa - Anamnesis y Examen Físico (HCU-form.002 / 2008) .....	57
Formulario de Evolución y Prescripciones (HCU-form.002 / 2008.....	58
Trabajo de Campo.....	63
Control médico general .....	63

## Capítulo 2

### Enfermedades Generales

Enfermedades Generales.....	67
Lumbalgia .....	67
Definición .....	67
Epidemiología.....	68
Etiología .....	68
Factores de riesgo .....	68
Fisiopatología .....	68
Cuadro clínico .....	69
Diagnóstico.....	69
Exámenes Complementarios .....	69
Intervenciones y Farmacología .....	70
Pronóstico .....	71
Artralgia .....	72
Definición .....	72
Epidemiología.....	72
Etiología .....	72
Factores de riesgo .....	72
Cuadro Clínico .....	74
Diagnóstico.....	74

Exámenes complementarios.....	75
Intervenciones y Farmacología .....	76
Síndrome del Manguito Rotador.....	77
Definición .....	77
Epidemiología.....	77
Etiología .....	78
Factores de riesgo .....	78
Fisiopatología .....	78
Cuadro Clínico .....	79
Diagnóstico.....	79
Exámenes complementarios.....	81
Intervenciones y Farmacología .....	81
Cefalea.....	82
Definición .....	82
Epidemiología.....	82
Etiología .....	82
Factores de riesgo .....	84
Cuadro Clínico .....	84
Diagnóstico y Exámenes Complementarios.....	85
Intervenciones y Farmacología .....	85
Anemia.....	87
Definición .....	87
Epidemiología.....	87
Etiología .....	88
Factores de riesgo .....	89
Cuadro Clínico .....	90
Diagnóstico y Exámenes Complementarios.....	90
Intervenciones y Farmacología .....	90
Pronóstico .....	91
Dislipidemia.....	92
Definición .....	92
Epidemiología .....	92
Etiología .....	93
Factores de riesgo .....	94
Cuadro Clínico .....	94
Diagnóstico y Exámenes Complementarios.....	95
Intervención y Farmacología .....	95
Dermatitis.....	96
Definición .....	96
Epidemiología .....	96

Clasificación.....	97
Etiología.....	97
Factores de riesgo .....	98
Cuadro Clínico .....	98
Diagnóstico y Exámenes Complementarios.....	99
Intervenciones y Farmacología .....	100
Gastritis .....	101
Definición .....	101
Epidemiología .....	101
Etiología.....	102
Factores de riesgo .....	102
Cuadro Clínico .....	103
Diagnóstico y Exámenes Complementarios.....	104
Intervenciones y Farmacología .....	104
Pterigión .....	104
Definición .....	104
Epidemiología.....	104
Etiología.....	105
Factores de riesgo .....	105
Cuadro Clínico .....	106
Diagnóstico.....	106
Diagnóstico diferencial.....	106
Intervenciones y Farmacología .....	106



### Capítulo 3

## Enfermedades Metabólicas

Enfermedades Metabólicas .....	111
Hipertensión Arterial .....	111
Definición .....	111
Epidemiología.....	112
Etiología.....	113
Factores de riesgo .....	113
Cuadro Clínico .....	114
Diagnóstico y Exámenes Complementarios.....	115
Intervenciones y Farmacología .....	116
Diabetes Mellitus Tipo 2.....	117
Definición .....	117
Epidemiología.....	117
Etiología.....	118

Factores de riesgo .....	118
Cuadro Clínico .....	119
Diagnóstico y Exámenes Complementarios.....	120
Intervenciones y Farmacología .....	121
Hipotiroidismo .....	123
Definición .....	123
Epidemiología.....	123
Etiología .....	123
Factores de riesgo .....	124
Cuadro Clínico .....	124
Diagnóstico.....	125
Intervenciones y Farmacología .....	125

## Capítulo 4

### Enfermedades Infecciosas

Enfermedades Infecciosas.....	129
Parasitosis No Especificadas.....	129
Definición .....	129
Epidemiología.....	130
Etiología .....	130
Factores de riesgo .....	130
Cuadro Clínico .....	131
Diagnóstico y Exámenes Complementarios.....	132
Intervenciones y Farmacología .....	132
Infección de Vías Urinarias.....	134
Definición .....	134
Epidemiología .....	135
Etiología .....	135
Factores de riesgo .....	135
Cuadro Clínico .....	136
Diagnóstico y Exámenes Complementarios.....	136
Intervención y Farmacología .....	137
Vulvovaginitis .....	137
Definición .....	137
Epidemiología.....	138
Etiología .....	138
Factores de riesgo .....	138
Fisiopatología .....	138
Cuadro Clínico .....	139

Diagnóstico.....	140
Intervenciones y farmacología .....	141



## Capítulo 5

# Infecciones Respiratorias

Infecciones Respiratorias.....	145
Rinofaringitis Aguda.....	145
Definición .....	145
Epidemiología.....	146
Etiología.....	146
Factores de riesgo .....	146
Cuadro clínico .....	146
Diagnóstico.....	147
Intervenciones y Farmacología .....	147
Faringoamigdalitis .....	148
Definición .....	148
Epidemiología.....	148
Etiología.....	148
Factores de riesgo .....	149
Cuadro Clínico .....	149
Diagnóstico y Exámenes Complementarios.....	149
Intervenciones y Farmacología .....	152
Resultados y Conclusiones .....	155
Anexos: Componente Operativo .....	159
Bibliografía.....	223

# De las autoras



## ■ Mgtr. Jeniffer Victoria Alban Pinzon

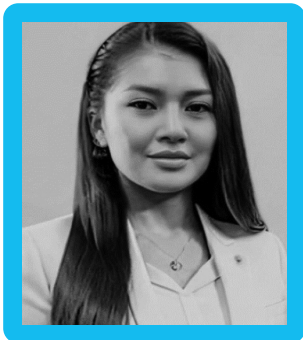
Doctora en Medicina graduada en la Universidad Central del Ecuador, tiene experiencia como docente a tiempo completo e investigadora en entidad de educación superior. Coautora de libros y artículos científicos relacionados con el área de la salud. Master en Salud y Seguridad Ocupacional por la Universidad Internacional SEK. Actualmente es directora de Planificación del Instituto Superior Universitario Bolivariano de la ciudad de Loja de la carrera técnico superior de enfermería.



## ■ Mgtr. Gabriela Maritza Salinas González

Licenciada en Enfermería, graduada en la Universidad Nacional de Loja, ha cursado la maestría en Gerencia de Instituciones de Salud en la Universidad Técnica Particular de Loja; Coautora de libros y artículos científicos relacionados con el área de la salud.

Actualmente es docente e investigadora a tiempo completo de la carrera de Enfermería del Instituto Superior Universitario Bolivariano de Loja.



## ■ Mgtr. Mariuxi Mireya Uchuari Maza

Graduada de Licenciada en Enfermería en la Universidad Nacional de Loja, obtuvo el título de cuarto nivel en la Universidad Técnica Particular de Loja como Magister en Gerencia de Instituciones de Salud, trabajó como enfermera asistencial en el Hospital Santa Inés Loja, autora de "Actuación de enfermería en ictus isquémico agudo", actualmente se desempeña como docente investigadora en el Instituto Superior Universitario Bolivariano.



# Dedicatoria

**E**ste libro es dedicado a Dios por guiarnos por el camino del bien, darnos sabiduría para seguir adelante y no desfallecer ante los problemas, enseñándonos a ser fuertes frente a las adversidades sin perder nunca la dignidad ni perdersen en el intento.

A nuestras familias por habernos forjado como lo que somos hoy en día, ya que muchos de nuestros logros se los debemos a ellos. Nos dieron reglas y algunas libertades, pero siempre nos impulsaron a perseguir nuestros más altos deseos.

*Las autoras*



# Agradecimiento



Siempre parece imposible hasta que se hace, solo derrotaremos nuestros miedos si creemos que podemos hacerlo, para conseguirlo, hay que luchar y poner todo el empeño posible.

Agradecemos de manera especial a las autoridades del Instituto Superior Universitario Bolivariano, por ofrecernos la oportunidad de desarrollar el presente libro, por la confianza y facilidades brindadas.

Así mismo, a los compañeros de cátedra que directa o indirectamente nos han guiado y contribuyeron al resultado del libro.

Finalmente, a nuestros familiares, quienes han sido motivo de inspiración, por el apoyo incondicional, que nos han otorgado la fortaleza e impulso emocional para seguir adelante en aquellos momentos de debilidad.

*Jeniffer, Gabriela y Mariuxi*



# Presentación

**L**os procesos de vinculación e investigación crean ambientes participativos entre la sociedad y la academia, permitiendo que exista una interacción entre la ciencia y la sociedad, con el fin de encontrar soluciones a los principales problemas que aquejan a la colectividad.

Las instituciones de educación superior son las encargadas de liderar estos procesos, sin embargo, en ocasiones sus esfuerzos se han visto limitados a un enfoque analista superficial, debido a factores como la falta de políticas públicas, la carente participación estudiantil y los bajos recursos económicos destinados para estos fines no permiten contribuciones significativas desde la academia hacia la sociedad.

En base a esta problemática, El Instituto Superior Universitario Bolivariano, a través de su modelo educativo innovador y gracias a su personal administrativo y docente, ha elevado el nivel de formación en el sur del país, poniendo énfasis en el desarrollo de actividades de vinculación e investigación, generando productos académicos y científicos de alta calidad, es así que se ha tomado como referencia los proyectos emblemáticos de la institución: “Programa de Atención Ambulatoria Médica y de Enfermería” y “Proyecto Geriátrico”, para la creación del presente libro, mismo que tendrá un enfoque clínico basado en la casuística presentada durante el desarrollo del Programa de Atención Ambulatoria Médica y de Enfermería.

La democratización de la investigación es un aspecto crucial en esta obra, ya que es fundamental involucrar a diferentes sectores de la sociedad en el desarrollo de la misma. Es necesario dejar atrás la idea de que la investigación y los textos académicos son exclusivos de un ámbito científico restringido, accesible solo para aquellos con educación de niveles avanzados.

Por lo tanto, la obra ha sido redactada con detalle para que su contenido sea comprensible para cualquier persona interesada en acceder a este texto, sin la necesidad de un vocabulario clínico complejo. Esta obra no solo ofrece percepciones clínicas fundamentadas en conceptos válidos, sino que también sirve como guía para comprender las características sindrómicas presentes en las enfermedades estudiadas, así como para conocer intervenciones terapéuticas.

# Introducción



“la salud se la define como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, definición adoptada desde 1948 cuando entró en vigor y mantenida hasta la actualidad (OMS, 1948).

La salud al ser un derecho que siempre ha estado vinculado a la política, por constituir el bien más preciado del ser humano, al ser un proceso biológico que responde a varios factores mismos que pueden ser aislados o integrados tanto de forma individual como colectiva, que tiene un contenido económico y social por lo que está directamente relacionado con el desarrollo de un país. (Pascual, 2015)

La administración de salud forma parte indispensable de la política pública de un país, misma que debe partir de las estructuras sociales y económicas, en el Ecuador la cobertura sanitaria y los servicios de salud son bajos, y en algunos servicios están saturados, lo que genera que la asistencia a los centros de atención sobrepase el sistema de salud sobre todo en primer nivel de atención, por lo que se requiere un análisis de las problemáticas más prevalentes que aquejan a la población ecuatoriana en la zona sur del país, de ahí importancia de la implementación de proyectos de atención ambulatoria.

La atención ambulatoria de servicios de salud consiste en brindar evaluación, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, tanto médicos como de enfermería, de acuerdo a las necesidades de los usuarios mediante los servicios de consulta externa, farmacia, asesoría nutricional, entre otras actividades de prevención y promoción de la salud.

El programa de Atención Médica y de Enfermería del Instituto Superior Universitario Bolivariano se enfoca en el aprendizaje práctico-experimental, siendo una de las

principales actividades de la institución. Este programa busca facilitar el acceso a los servicios de salud para la comunidad lojana, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población, mientras los estudiantes ponen en práctica sus conocimientos mediante actividades que facilitan la accesibilidad a la atención y educación en materia de salud.

Durante el desarrollo del Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería 2021 que se llevó a cabo en el parque Simón Bolívar y Plaza Santo Domingo, donde se instalaron 4 áreas con las siguientes denominaciones: estación de enfermería, consultorio 1, consultorio 2 y farmacia, donde se brindó atención a 1638 personas, quienes presentaron diversos motivos de consulta y que para su análisis se clasificaron en base a su origen y frecuencia de presentación, obteniendo 4 grupos de atención: controles de rutina, enfermedades generales, metabólicas e infecciosas.

Los controles médicos de rutina que se realizaron durante el desarrollo del proyecto se dieron en 880 pacientes, los chequeos médicos rutinarios se definen como la interacción entre un sanitario y una persona que no presenta ningún tipo de sintomatología, a la misma a la que se le va a realizar un sinnúmero de exámenes de tamizaje para evaluar estado de salud y que tiene como finalidad la prevención y detección temprana de patologías, a través aplicación de herramientas como la anamnesis donde se puede evaluar elementos de riesgo que pueden desencadenar el desarrollo de enfermedades y la aplicación de exámenes de imagenológicos y de laboratorio que permitirán el descubrimiento precoz de determinadas patologías. Plaza (2021) ha demostrado que los controles preventivos no disminuyen mortalidad, pueden reducir las complicaciones asociadas a las patologías, mediante el control de la presión arterial, IMC (índice de masa corporal) o los niveles de lípidos (colesterol) en la sangre.

En lo que respecta a las enfermedades generales, este motivo de consulta se presenta en 229 pacientes, siendo los problemas de salud más comunes: lumbalgia, artralgia, cefalea, anemia, síndrome del manguito rotador, dislipidemias, gastritis, dermatitis y pterigión.

La lumbalgia, artralgia, síndrome del manguito rotador y cefalea, que son síntomas caracterizados por dolor, siendo este el motivo de consulta más común no solo en atención primaria, también en el segundo nivel de atención, debido a que la gran mayoría de enfermedades se manifiestan a través de él, impidiendo que las personas realicen sus actividades de la vida diaria con normalidad por lo que se ven en la obligación de acudir a dónde un facultativo, en busca de la solución a este problema de salud.

La anemia ha sido unos de los problemas de salud pública en Ecuador más difíciles de erradicar, ya que es causa significativa de morbilidad y mortalidad en embarazadas y niños menores de cinco años, es así como las estadísticas mencionan que, en el país, 7 de cada 10 menores de 1 año sufren de anemia por deficiencia de hierro, estas cifras casi se duplican en poblaciones rurales (Moyano et al.,2019).

La dislipidemia son un conjunto de enfermedades asintomáticas, causadas por cifras anormales de lipoproteínas (grasas) sanguíneas. Las personas afectadas con esta patología deben además de considerar el tratamiento farmacológico cambios en la alimentación a base de alimentos funcionales (probióticos o prebióticos) (Carrero et al., 2020).

La gastritis por su parte hacer referencia a una patología caracterizada por ser la enfermedad inflamatoria más crónica en el ser humano, pese a que el uso de la gastritis como termino frecuentemente se usa de forma incorrecta al hacer referencia al dolor tipo urente en el epigastrio. El diagnóstico de gastritis es netamente histológico, es decir que para evaluar a esta entidad necesariamente requiere la toma de biopsias las misma que se realizar de manera endoscópica. Si al realizar la endoscopia se observa erosiones (lesiones de discontinuidad de la mucosa que no afecta a la muscularis mucosa) estamos hablado de una gastritis, pero si encontramos que la solución de continuidad afecta la muscularis mucosa se habla de úlcera peptídica o duodenal desacuerdo al área donde se ubique (Martínez & Muñoz, 2017).

La dermatitis es un grupo de patologías de la piel que se caracterizan por la respuesta inflamatoria de este órgano debido a múltiples factores exógenos o endógenos según el agente que lo esté provocando, siendo las más frecuentes la dermatitis de contacto alérgica y la dermatitis de contacto irritativa siendo esta la más frecuente sobre todo en la infancia, cuyo tratamiento se basa en evitar el desencadenante acompañado de tratamiento farmacológico específico para cada causa (Valderrama et al., 2019).

El pterigión es una patología que se presenta con mayor frecuencia entre los 37 uu 48 años de edad sobre todo en las mujeres, es una patología que se caracteriza por la degeneración del colágeno de la conjuntiva bulbar interpalpebral que conlleva molestias y disminución en la agudeza visual, por lo que es necesario que sea tratado a tiempo para mejorar la calidad de vida de los individuos que lo padecen (Gallegos, 2020).

En lo que tiene que ver con las enfermedades metabólicas se tiene que 229 personas fueron intervenidas por estas causas siendo, las más comunes la hipertensión arterial que se presentó en 112 pacientes, la diabetes mellitus que se presentó en 54 e hipotiroidismo en 25. La hipertensión arterial es un trastorno cardiovascular altamente frecuente en las poblaciones, el diagnóstico de esta enfermedad y su tratamiento se cimienta en una correcta medición de la presión arterial, técnica que muchas veces puede ser subvalorada pero que es indispensable para el control de estos pacientes (Tagle, 2018).

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico que se caracteriza por niveles elevados de la glucosa en sangre (hiperglucemia) de manera persistente que se acompaña, que se origina en mayor o menor medida, por alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, las proteínas y los lípidos, esto puede darse por alteraciones en la secreción de insulina o un acción ineficiente de esta en el organismo. (García, 2017).

Al hablar de hipotiroidismo nos referimos a la disminución de la producción hormonal de la glándula tiroides lo que general síndrome clínico y bioquímico asociado al enlentecimiento del metabolismo. Este síndrome se debe a una enfermedad intrínseca de la glándula tiroides y se caracteriza por valores disminuidos de tiroxina (T4) y concentraciones elevadas de tirotrópina (TSH). (Meléndez, 2010).

Acerca de las enfermedades infecciosas, estas patologías se presentan en 129 personas, la mayor incidencia son las parasitosis no especificadas, a 74 pacientes se les realiza un diagnóstico presuntivo de parasitosis y se les aplica un tratamiento profiláctico en base al perfil epidemiológico local.

Por otro lado, otras de las patologías infecciosas encontradas son las afecciones del tracto respiratorio que se presentan en la siguiente frecuencia: rinofaringitis aguda, COVID-19 y faringoamigdalitis. Las infecciones respiratorias en países en vías de desarrollo como el nuestro representan altas cifras de morbimortalidad, de ahí todos los esfuerzos sanitarios que se realizan para su adecuado manejo y control.

Otro grupo de patologías frecuentemente encontradas con mayor frecuencia en mujeres fueron las infecciones de vías urinarias y la vulvovaginitis.

Las infecciones de las vías urinarias son un grupo de patología con elevada prevalencia, que se pueden presentar a cualquier edad, tanto a nivel comunitario como hospitalario. Para el diagnóstico de esta patología se debe obtener una historia clínica completa ya que diagnóstico suele ser clínico, lo que hace posible iniciar un tratamiento antibiótico inmediato de forma empírica, es decir la elección del fármaco se lo hace en base al estudio microbiológico de la resistencia bacteriana local y a la disponibilidad de fármacos. Esta enfermedad se confirma mediante el uso tira reactiva o urocultivo, siendo el urocultivo el uno instrumento que nos da un resultado confirmatorio definitivo, este examen generalmente se envía para encontrar el patógeno responsable de la infección y definir el antibiótico sensible para el microorganismo encontrado (Delgado & Ortega, 2022).

La vulvovaginitis se define como la inflamación a nivel de la mucosa vaginal y el área vulvar, afección que se caracteriza por secreción vaginal del mal olor, irritación en el área afectada, ardor, dolor al orinar (disuria) o dolor al mantener relaciones sexuales (dispareunia) (Espitia, 2021).

# Justificación



La Organización Mundial de la Salud estima que de los 7 mil millones de personas que habitan el planeta, al menos la mitad todavía vive en la pobreza además se observa que los servicios básicos de salud no están totalmente cubiertos, se afirma además que debe se contar con personal suficiente para brindar servicios primarios; sin embargo, se estipula que en todo el mundo faltan 18 millones de profesionales de la salud. De los 30 países con datos, solo 8 invierten en servicios sanitarios, al menos \$40 por persona cada año.

Es por estas razones que los estudiantes de enfermería de hoy deben tener excelente preparación y aplicación de los mejores conocimientos y habilidades disponibles, para de esta manera lleguen a la identificación y diagnóstico inmediato de afecciones a la salud del ser humano.

Los problemas de salud que afectan a los habitantes de Loja son diversos, por lo que se debe trabajar en la promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades en los pacientes y la comunidad. La asistencia sanitaria en atención primaria trata de sobresalir tanto individual como colectivamente; ya que un encaje social crea más conexiones humanas, morales y profesionales, satisfaciendo las necesidades de la comunidad, además, estos aspectos deben ser incluidos en la agenda política, con la finalidad de comprender y diseñar mejores estrategias de intervención para las personas más desfavorecidas.

De igual manera, en el ámbito económico, las actividades académicas, investigación y vinculación son de gran aporte, ya que disminuyen el gasto en salud, porque se trabaja desde la prevención, para que pueda existir una mejor distribución de los recursos, se debe mencionar el ámbito educativo, le mismo que ayuda a enriquecer los conocimientos de los estudiantes, por lo que pueden tener contacto directo con la

comunidad y aplicar los conocimientos adquiridos durante la formación. Esto es muy importante para la formación integral de los estudiantes.

Estas páginas, no son fruto de ocurrencias más o menos afortunadas, sino que están basadas en la experiencia de estudiantes, tutores, docentes responsables. Es una síntesis actual y una guía para futuros estudios y vivencias adquiridas en la comunidad, trabajando directamente con los pacientes.

La redacción del presente libro esta cimentada bajo los siguientes objetivos claros:

- Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, a través de la promoción y atención en salud del 100% de la población que acuda a la atención ambulatoria mediante la consulta médica, diagnósticos y tratamientos;
- Atender a los cinco grupos etarios de la población; niños de 0 a 9 años de edad, adolescentes de 10 a 19 años, adultos jóvenes de 19 a 26 años, adultos de 26 a 64 años, adultos mayores de 65 años en adelante y mujeres en estado de gestación y
- Proporcionar un plan de tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico al 100% de las personas que acudan, en base a las diferentes patologías diagnosticadas.

# Metodología



ualitativa, estudio descriptivo retrospectivo de los registros obtenidos en el proyecto de vinculación del Instituto Superior Universitario Bolivariano “Programa de atención ambulatoria médica y de enfermería en la ciudad de Loja” desarrollado durante los meses agosto y septiembre del 2021 con una población de 1658 pacientes.

## **Población**

Pacientes atendidos en el proyecto de vinculación del Instituto Superior Universitario Bolivariano “Programa de atención ambulatoria médica y de enfermería en la ciudad de Loja”.

## **Criterios de inclusión**

Pacientes atendidos en el proyecto de vinculación del Instituto Superior Universitario Bolivariano denominado “Programa de Atención Ambulatoria Médica y de Enfermería en la Ciudad de Loja”, que consultaron por enfermedad general, consejería dietoterapéutica y conservación de la salud.

## **Criterios de exclusión**

Pacientes atendidos en otros proyectos de vinculación del Instituto Superior Universitario Bolivariano (enfermero en casa, atención en centros geriátricos y discapacidad), pacientes cuyas asesorías no estuvieron relacionadas con la consulta de salud. Asimismo, se excluyeron registros diarios de pacientes atendidos con datos incompletos.

Una vez se recolectó la información en los documentos destinados para el proyecto con los datos específicos requeridos de la población se encontró un total de 1638 registros.



# Fundamentos de la Atención Ambulatoria

## ■ Capítulo 1







serán de forma inmediata y en pocas horas se conocerá el estado de individuo, esta atención puede darse tanto fuera como dentro de un establecimiento de salud. La atención brindada en medicina ambulatoria es parte de la atención primaria y en ella se pueden encontrar servicios como: consulta externa, hospital de día y visitas médicas a domicilio. Además, de acuerdo a las necesidades de la población también se puede encontrar: servicios de cirugía ambulatoria (López et al., 2023).

Para implementar un programa de atención ambulatoria se deben tomar en consideración los determinantes sociales que afectan a la salud puesto por ejemplo, el nivel socioeconómico de la población el mismo que esta dado por el grado de escolaridad, el ingreso, el empleo, la vivienda, el transporte y el acceso a alimentos saludables, aire y agua limpios y servicios de atención de la salud ya que la OMS (Organización Mundial de la Salud) indica que al menos la mitad de los habitantes del planeta sigue sin tener un plena cobertura de los servicios sanitarios fundamentales.

Al abordar los determinantes sociales de salud se debe hacer hincapié en la importancia del trabajo intersectorial para permitir que la accesibilidad a la salud aumente y pueda llegar a todos los rincones del mundo.

## Marco legal de la atención ambulatoria

En la Constitución de la República del Ecuador del 2008, en su artículo 32 menciona: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva”.

Los principios que se deben regir en la atención médica son los siguientes:

- **Equidad:** Componente esencial en la justicia social, que se define como la ausencia de diferencias previsible, remediables e injustas entre los habitantes debido a su estatus social, económico, geográficos o demográfico. Este principio enfatiza que la mayor parte de diferencias son el resultado de procesos sociales y económicos. Además, enfatiza que la mayoría de las diferencias están dadas por procesos sociales y económicos generados por el estado más que por diferencias biológicas (Organización Panamericana de la Salud, 2020).
- **Universalidad:** Todas las personas y las comunidades deben tener acceso a los servicios de salud, sin discriminación alguna, a servicios integrales, pertinentes, de calidad, enmarcados en los principios y valores que se manejan en la atención primaria de salud. La universalidad plantea un cambio en la gestión de los servicios sanitarios mediante la implementación de modelos basados en las necesidades de las personas y las comunidades a través del fortalecimiento del primer nivel de

atención mejorando su capacidad resolutive e integrando la red complementaria de salud.

- **Solidaridad:** Consiste en el deber de ayudar a otro individuo cuando se trata del disfruta del derecho a la salud, puesto que al ser la salud es un asunto comunitario antes que individual con frecuencia suelen aparecer conflictos entre las necesidades y los intereses de las personas y los de la sociedad (Cuestas, 2019).
- **Interculturalidad:** Se basa en la respuesta a las demandas de los pueblos indígenas por el reconocimiento de su identidad cultural. También refleja una tendencia mundial hacia la inclusión del derecho a la diversidad, promoviendo la convivencia entre diversos grupos culturales en un mismo espacio geográfico (Salaverry, 2018).
- **Eficacia:** Es la analogía entre objetivos y resultados en condiciones óptimas, lo que quiere decir que el objetivo deseado puede lograrse bajo condiciones ideales. La eficiencia se refiere a los resultados en relación con las metas y la consecución de los objetivos organizacionales. Para ello, las tareas deben ser priorizadas y llevadas a cabo de manera organizada. Cuando se crean condiciones adecuadas se logra alcanzar las metas, con los recursos que se tienen a disposición (Quintero et al., 2020).

La atención ambulatoria de servicios de salud, debe estar enmarcada en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS-FC), modelo que ha sido definido como:



■ **Figura 2**  
*Interculturalidad en salud*  
Tomado de MSP (2022).

El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en constante integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural. (MSP, 2018)

Cuyas peculiaridades se enumeran en la Tabla 1.

Para el cumplimiento del modelo de atención MAIS – FC, se ha dividido al sistema de salud pública por niveles de atención de acuerdo a la complejidad de cada uno de los servicios.

- **Primer nivel de atención o Atención primaria:** Este nivel de atención se brinda en la comunidad y está destinado a prevenir, promover y mantener la salud de las personas. Incluye consultas médicas, vacunaciones, cuidado de enfermedades crónicas, educación sanitaria, entre otros.
- **Atención secundaria:** Este nivel de atención se brinda en hospitales regionales o centros especializados y se encarga de atender patologías más complejas que requieren de especialistas y tecnología más avanzada, como cirugías, tratamientos oncológicos, rehabilitación, entre otros.

Tabla 1

*Las principales características que constituyen el Modelo de atención integral*

Modelo	Característica
Enfocado al usuario	Integra las diferentes dimensiones del ser humano, en las diferentes etapas de la vida tomando en cuenta aspectos sociales, psicológicos, biológicos y culturales en las distintas etapas del ciclo vital.
Enfoque de salud familiar integral	Facilita la comprensión de las dinámicas familiares desde una perspectiva relacional y detecta posibles problemas de salud entre los miembros, promoviendo el desarrollo de recursos y habilidades dentro del grupo familiar. Esto asegura una atención integral y efectiva a lo largo de todas las etapas de la vida.
Promocional y preventivo	Busca brindar a los actores sociales herramientas necesarias para ejercer un mayor control sobre los determinantes que favorecen la salud mediante la educación.
Comunitario	Participación social para abordar los principales problemas de salud.
Intersectorialidad	Establece vínculos con diferentes áreas para fortalecer los aspectos que influyen significativamente en la calidad de vida y, por ende, en la salud de la comunidad.
Calidad	Integrando la excelencia en todas las actividades relacionadas con la atención médica, garantizando un servicio técnicamente seguro y priorizando la satisfacción del usuario.
Gestión del recurso humano	Gestionando el personal de manera que fomente un ambiente organizacional saludable, con empleados competentes en sus funciones, lo que se traduce en una atención segura y amable para los usuarios.
Resolución ambulatoria	Buscando solucionar la mayor cantidad de problemas de salud in situ, es decir sin la necesidad de acudir a un hospital.

- **Tercer nivel de atención:** En este nivel de se brinda atención sanitaria centros de alta complejidad como en hospitales y centros de referencia, y se centra en el tratamiento de patologías muy especializadas y graves que requieren de equipos multidisciplinarios y tecnología de vanguardia, como trasplantes de órganos, cuidados intensivos, tratamientos de enfermedades raras, entre otros.

La medicina ambulatoria hace parte de la medicina general, se puede decir que es el ámbito de acción de primera línea al que tiene acceso la población, y esta se desarrolla en ambulatorios y centros médicos por decirlo de alguna manera de bajo nivel de atención en salud, en ella se atiende la medicina preventiva, vacunación, consultas, entre otras y aquellas incidencias que no requiera una hospitalización, teniendo como ventajas al sistema de salud las enlistadas en la Tabla 2.

Entre los beneficios que tiene la atención ambulatoria en los pacientes se encuentran:

1. Los servicios ambulatorios ofrecen una excelente relación entre costo y beneficio. En comparación con los hospitales, los centros de servicios ambulatorios suelen ser más económicos, ya que no se facturan servicios adicionales por separado. Además, al no requerir una estancia nocturna, los costos se reducen considerablemente.
2. Algunos tratamientos o procedimientos específicos suelen ser parte de los servicios ofrecidos, lo que garantiza que el personal pueda satisfacer más requerimientos necesidades durante atención. Por lo tanto, es probable que reciba un tratamiento de alta calidad con tecnología moderna.
3. En un solo lugar, puede recibir una atención completa antes, durante y después de una prueba, procedimiento o cirugía, lo que le ahorra tiempo y le ofrece mayor comodidad (López et al., 2023).

Tabla 2

*Ventajas de la atención ambulatoria*

Se ofrece atención al paciente en el mismo día, siguiendo el orden de llegada.
Se proporciona información precisa sobre el momento exacto en que se brindará el servicio.
Se disminuye la necesidad de recurrir al servicio de urgencias del hospital.
El usuario recibe atención inmediata por parte de un equipo interdisciplinario.

## Tipos de atención ambulatoria

La atención en salud en su modalidad ambulatoria ofrece varios servicios entres los que se incluyen: atención médica y de enfermería propiamente dicha, centros de rehabilitación o clínica del dolor. Entre los servicios más comúnmente ofertados se encuentran los siguientes:

Los servicios ambulatorios se ofrecen en muchos entornos. Por ejemplo, los centros médicos a menudo ofrecen varios tipos de servicios ambulatorios, como clínicas del dolor o centros de rehabilitación. Otros tipos de establecimientos ambulatorios incluyen:

- 4. Consultorios de atención médica:** Son áreas específicas donde se proporciona la atención sanitaria no especializada en el primer nivel de la atención (ver Figura 3).
- 5. Centro quirúrgico:** Es una de las áreas dentro de la atención ambulatoria donde convergen las operaciones quirúrgicas programadas y no programadas. El espacio destinado para este propósito será independiente del resto de la infraestructura colocada, su circulación será restringida para su acceso se habilitarán áreas de transferencia que no atraviesen otros servicios (Ministerio de Salud Argentina, 2020) (ver Figura 4).



■ **Figura 3**  
*Estructura del consultorio médico*  
Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).



■ **Figura 4**  
*Estructura de un centro quirúrgico*  
Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).

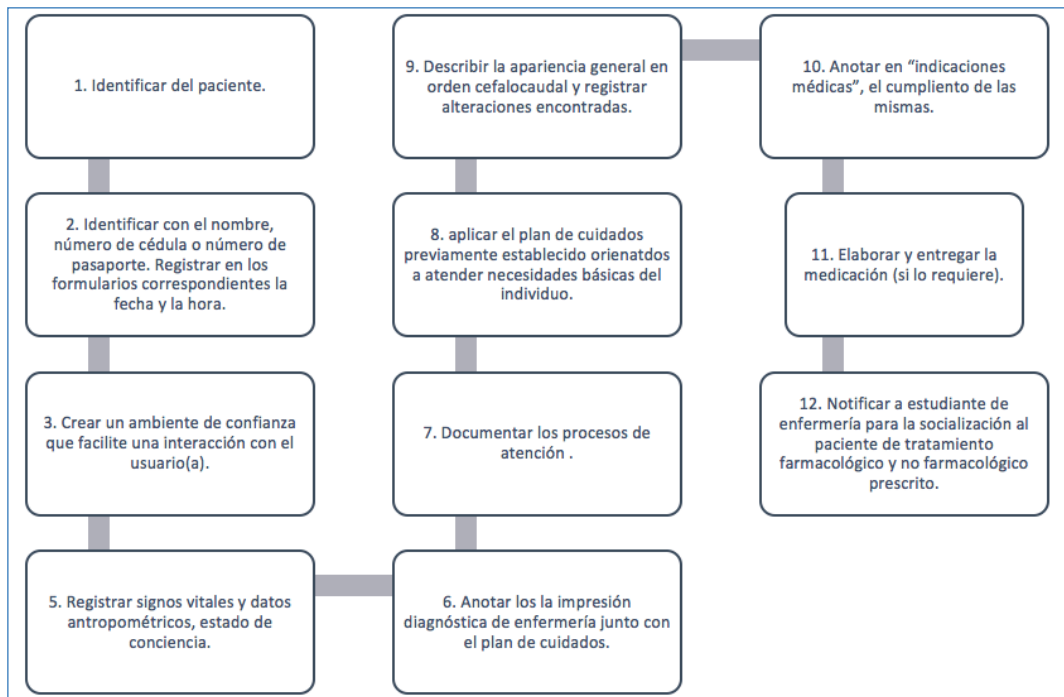
## Servicios de Salud

Los servicios de salud que se brindan fuera de un hospital, generalmente en consultorios médicos, clínicas u otros centros de atención médica (ver Figura 5).

Los aspectos que se deben tomar en cuenta para ejecución de un programa de atención ambulatoria se sintetizan en el Flujograma1 de atención al usuario que se describe en la Figura 6.



**Figura 5**  
*Valoración médica durante atención ambulatoria*  
Fuente: Tomado del proyecto “Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería” (2021).



**Figura 6**  
*Flujograma 1. Flujo de Atención al Usuario(a)*  
Fuente: Tomado del “Programa de Atención Ambulatoria Médica y de Enfermería en La Ciudad de Loja” (2021).

1. **Preconsulta:** En esta etapa de la atención se da la admisión de los pacientes para posteriormente tomar de signos vitales y medidas antropométricas (ver Figura 7).
2. **Consultas médicas:** Evaluación y diagnóstico de problemas de salud, prescripción de tratamientos y seguimiento de la evolución del paciente (ver Figura 8)
3. **Exámenes de laboratorio:** Análisis de muestras de sangre, orina u otros fluidos corporales para detectar enfermedades o monitorear el estado de salud del paciente (ver Figura 9)



**Figura 7**  
*Toma de signos vitales*  
Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

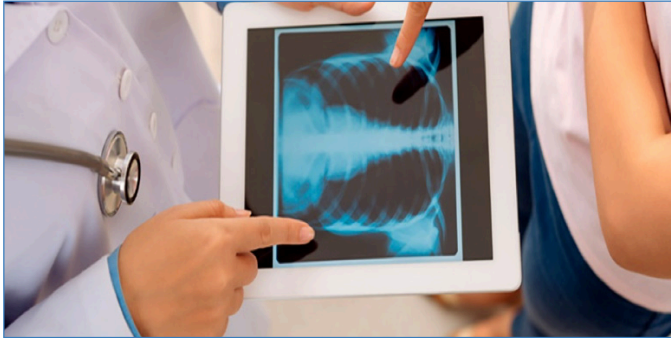


**Figura 8**  
*Consulta médica*  
Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).



**Figura 9**  
*Toma de muestras de laboratorio*  
Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).

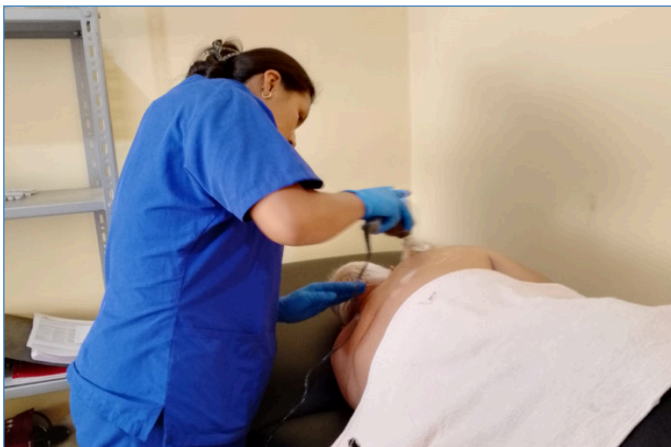
- 4. Radiografías y pruebas de diagnóstico por imagen:** Evaluación de estructuras internas del cuerpo mediante técnicas como radiografías, ecografías, tomografías computarizadas, resonancias magnéticas, etc. (ver Figura 10)
- 5. Terapias y tratamientos:** Aplicación de tratamientos médicos como fisioterapia, terapia ocupacional, terapia del habla, terapia psicológica, etc. (ver Figuras 11 y 12).



■ **Figura 10**  
*Pruebas de imagen*  
Tomado de Muñoz (2021).



■ **Figura 11**  
*Terapia y rehabilitación*  
Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).



■ **Figura 12**  
*Terapia y rehabilitación*  
Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).

- 6. Vacunación y prevención de enfermedades:** Administración de vacunas para prevenir enfermedades infecciosas y promoción de medidas de prevención de enfermedades (ver Figuras 13 y 14).
- 7. Seguimiento de enfermedades crónicas:** Control y manejo de enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión, asma, entre otras (ver Figura 15).



**Figura 13**  
*Preparación de vacuna*  
Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).



**Figura 14**  
*Colocación de vacuna*  
Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).



**Figura 15**  
*Seguimiento del tratamiento*  
Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).

8. **Cuidados paliativos:** los cuidados paliativos hacen referencia la asistencia sanitaria tanto médica como emocional para usuarios con patologías avanzadas o terminales, con el objetivo de garantizar una mejor su calidad de vida (ver Figura 16).
9. **Farmacia ambulatoria:** Dispensación de medicamentos recetados por médicos (ver Figura 17).
10. **Atención prenatal y seguimiento del embarazo:** Consultas y controles médicos durante el embarazo (ver Figura 18).
11. **Programas de prevención y promoción de la salud:** Actividades educativas y de prevención para fomentar hábitos saludables y prevenir enfermedades.



■ **Figura 16**  
*Cuidados paliativos*  
Fuente: Tomado del proyecto “Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería” (2021).



■ **Figura 17**  
*Atención en farmacia*  
Fuente: Tomado del proyecto “Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería” (2021).



**Figura 18**  
*Control del embarazo*  
Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

## Prevención

El Sistema de Salud tiene como propósito fundamental el promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla o aliviarla cuando se presenta y rehabilitar al enfermo. En la unidad anterior se expusieron los aspectos relevantes en relación con la promoción de la salud.

### Prevención Primaria

Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes.

### Prevención Secundaria

En este tipo de prevención se generan medidas encaminadas a retardar o detener la historia natural de la enfermedad que presente el individuo.

La captación oportuna, el diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son elementos esenciales en la prevención secundaria. De ahí la importancia de detectar

los casos a tiempo y monitorear regularmente a la población afectada para prevenir o retrasar las consecuencias posteriores.

Las medidas preventivas deberían aplicarse en la fase preclínica, cuando el daño al cuerpo aún no está tan avanzado y los síntomas aún no aparecen. Esto es especialmente crucial para las enfermedades crónicas.



**Figura 19**  
*Tratamiento de la enfermedad*  
Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).

### Prevención Terciaria

Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.

En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilita la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuye a prevenir o a reducir al máximo, las recibidas de la enfermedad.

### Prevención Primordial

Este tipo de medidas se toman para prevenir el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que se sabe que tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedades.



**Figura 20**  
*Rehabilitación*  
Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).

Esta prevención se enfoca mejorar los estilos de vida y prácticas de consumo perjudiciales que aumentan la probabilidad de que la población contraiga enfermedades.

Este tipo de prevención es muy complejo porque las acciones que se deben desarrollar a menudo requieren de un alto compromiso gubernamental para su ejecución (Redondo, 2023).

## Promoción en salud

La Promoción de la Salud es un proceso político y social global que implica no solo mejorar las habilidades y capacidades de las personas, sino también cambiar las condiciones sociales, ambientales y económicas para reducir su impacto en la salud pública y personal. Las personas pueden mejorar su control sobre los factores determinantes de la salud a través de la educación sanitaria.

La promoción de la salud en la carta de Ottawa menciona las cinco funciones:

- 1. Desarrollar aptitudes personales:** Brindar información y herramientas para mejorar los conocimientos, las habilidades y las competencias necesarias para vivir.
- 2. Desarrollar entornos favorables:** Consiste en impulsar que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimular la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes.
- 3. Reforzar la acción comunitaria:** Impulsar la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones, elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud;
- 4. Reorientar los servicios de salud:** Impulsar que los servicios de salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica.
- 5. Impulsar políticas públicas saludables:** Colocar a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados colocar a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados (De La Guardia & Ruvalcaba, 2020).



■ **Figura 21**  
*Dieta Saludable*  
Tomado de: Catalano (2023).

## Servicios prestados en la atención ambulatoria por grupos etarios

Estos servicios son fundamentales para mantener la salud del individuo, la familia y la comunidad en óptimas condiciones y contribuye a la detección temprana y tratamiento oportuna de las enfermedades.

### Recién nacido (0 a 28 días)

El periodo neonatal comprende desde el nacimiento del bebé hasta el día 28, en dónde se denomina recién nacido. En esta etapa experimenta cambios fisiológicos relacionados con la adaptación a la vida extrauterina, presentando; disminución de la resistencia vascular pulmonar, aumento del flujo sanguíneo pulmonar, cambios térmicos influenciados por el ambiente, disminución del nivel de glucemia que se regula con la alimentación, el hígado comienza a producir gran cantidad de bilirrubinas, inicia la funcionalidad del aparato gastrointestinal con la expulsión del meconio y continúa la maduración del sistema inmunitario.

Se debe prestar especial atención al recién nacido debido a su fragilidad, esta atención debe continuarse durante la etapa de lactante menor con el fin de prevenir discapacidades físicas y cognitivas, así como reducir la alta tasa de mortalidad infantil. Es necesario que el personal de salud esté capacitado y actualizado constantemente para implementar medidas preventivas y correctivas en el primer nivel de atención, que no solo generen conciencia, sino también políticas enfocadas en la protección de la salud infantil.

Los controles médicos ambulatorios del recién nacido son importantes para verificar su estado de salud y asegurarse de que la lactancia se haya establecido correctamente.

Durante estos controles, se monitorean ciertas condiciones que son comunes en los primeros días de vida para garantizar el bienestar del bebé. Además, este espacio brinda la oportunidad de aclarar cualquier duda que pueda surgir en los primeros



**Figura 22**  
*Exploración física del neonato en la primera consulta posnatal*  
Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).

días en el hogar, de tal forma que se ofrezca una orientación adecuada que transmita tranquilidad a los padres sobre el cuidado de su bebé.

La primera consulta se debe efectuar entre el tercer y quinto día de vida, en un tiempo estimado de 30 minutos y tiene como objetivo detectar cualquier factor de riesgo que pueda afectar la salud del bebé. Durante esta consulta, se registran los signos vitales como temperatura, frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno. También se realiza una evaluación antropométrica (longitud, peso y perímetro cefálico), se ejecuta un examen físico céfalo-caudal, se evalúa el desarrollo psicomotor y se verifica la técnica de amamantamiento (agarre y posición).

La evaluación del desarrollo del sistema nervioso se realiza observando los reflejos del recién nacido, que son movimientos involuntarios que se producen automáticamente después de la estimulación, van desapareciendo a medida que el bebé crece. Los reflejos que se valoran en la etapa neonatal son succión, de búsqueda, marcha automática, presión palmar, moro, tónico del cuello, presión plantar y Babinski.

El asesoramiento sobre lactancia materna es una actividad muy significativa, ya que es responsabilidad del personal sanitario dar a conocer su importancia y beneficios, así como las técnicas de amamantamiento para disminuir las complicaciones y garantizar una práctica exitosa. La leche materna proporciona todos los nutrientes esenciales necesarios para el crecimiento del bebé, ya que está compuesta por agua, vitaminas, minerales, proteínas, grasas, hidratos de carbono, hormonas, inmunoglobulinas y enzimas, que la convierten en el alimento ideal e insustituible durante los primeros 6 meses de vida.

Las actividades preventivas por su parte, están encaminadas a la revisión del tamizaje auditivo, realización del tamizaje metabólico neonatal que permite diagnosticar tempranamente enfermedades causantes de discapacidad y muerte prematura como hipotiroidismo, fenilcetonuria, galactosemia e hiperplasia suprarrenal, se entrega el carné único de vacunación y se proporciona educación sobre la importancia de las inmunizaciones, prevención de infecciones, síndrome de muerte súbita del lactante, prevención de caídas, quemaduras e intoxicaciones.



**Figura 23**  
*Exploración física del neonato en la primera consulta posnatal*

Fuente: Laboratorio de simulación clínica del Instituto Superior Universitario Bolivariano (2024).

## Primera infancia (0 a 5 años)

La etapa de la primera infancia es de vital importancia en el desarrollo humano, ya que incluye los primeros años de vida en los que se establecen vínculos afectivos sólidos y se experimenta un rápido crecimiento en diversas áreas, como la física, psicomotriz, cognitiva y psicosocial.

Es fundamental garantizar el ejercicio de los derechos de los niños durante la primera infancia, lo cual implica brindarles cuidados específicos, una orientación cuidadosa y dedicarles tiempo y espacio para el juego, la exploración y el aprendizaje social. Estas actividades son esenciales para su desarrollo integral ya que les permiten adquirir habilidades y conocimientos fundamentales para su futuro.

En esta fase, los bebés experimentan dos procesos íntimamente relacionados: el crecimiento y el desarrollo. El crecimiento se refiere al incremento gradual de la masa corporal, lo que implica ganancia de peso y de las partes que conforman el cuerpo. Mientras que el desarrollo involucra la maduración celular, así como la progresiva adquisición de destrezas y habilidades.

Otorgar una atención completa durante la primera infancia implica proporcionar respeto, afecto, actividades recreativas, una alimentación balanceada, entornos seguros y apoyo emocional. Este enfoque tiene repercusiones positivas en su bienestar, salud y desarrollo cognitivo a lo largo de toda su vida.



La atención integral se lleva a cabo con el objetivo de identificar de forma temprana posibles riesgos o factores determinantes, tomar medidas preventivas y promover prácticas de cuidado adecuadas para los niños.

Esto implica la utilización de distintas herramientas como la entrevista, el historial médico, exámenes físicos y de laboratorio, así como la evaluación del crecimiento físico, cuyos resultados se registran en la historia clínica. Además, se brinda educación a la familia para fortalecer sus habilidades y fomentar un desarrollo óptimo en todos los aspectos de los niños.

**Figura 24**  
*Control médico integral del niño sano en la primera infancia*

Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

En Ecuador, cerca de 371.000 infantes menores de 5 años tienen desnutrición crónica, y de ellos aproximadamente 90.000 poseen desnutrición grave, por tal motivo la tasa de mortalidad en este grupo etario no tuvo variaciones significativas entre el 2010, 2014 y 2015 (Saavedra et al., 2022). Ante estas circunstancias, se ha implementado en el primer nivel de atención la estrategia de control del niño sano, que tiene el propósito de valorar de forma inmediata el crecimiento infantil, principalmente en los 2 primeros años. Esto se lleva a cabo en un entorno seguro que promueve la salud y previene enfermedades, siendo efectivas cuando se aplican con regularidad dentro de los controles establecidos para cada grupo de edad.

El manual de atención integral a la niñez del 2018, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador recomienda que los controles del niño sano se deben efectuar de acuerdo a la edad, de la siguiente manera:

- Control del 1 a 8 meses: 1 consulta por mes.
- Control de los 10 a 24 meses: 1 consulta a los 10, 12, 15, 18, 21 y 24 meses.
- Control de 2 a 3 años: 1 consulta a los 2 años (24 meses), 2 ½ años (30 meses), 3 años (36 meses), 3 ½ años (42 meses).
- Control de los 4 a 5 años: 1 consulta a los 4 años (48 meses), 4 ½ años (54 meses), 5 años.

Las acciones que lleva a cabo el personal sanitario se centran en evaluar la salud general, controlar medidas físicas, verificar la aplicación de vacunas, fomentar la lactancia materna, ofrecer recomendaciones para un sueño seguro, evaluar el desarrollo infantil, proporcionar suplementación de acuerdo a la necesidad con hierro, vitamina A o multivitaminas con el fin de prevenir la aparición de enfermedades, brindar apoyo a la familia en la crianza y educar sobre estrategias para la implementación de la alimentación complementaria.

Finalmente, el estado ecuatoriano a través del Ministerio de Salud Pública ofrece a los profesionales de la salud un manual que proporciona las directrices para la atención integrada de enfermedades prevalentes en la infancia (AIEPI), con el objetivo de orientar la actuación en base a evidencias científicas que favorecen una atención de calidad, enfocada en la prevención de complicaciones y tratamiento oportuno, para disminuir la morbi-mortalidad en este ciclo de vida, también ofrece una guía para mejorar las prácticas empíricas de riesgo que se llevan a cabo en las diferentes comunidades y culturas durante la crianza de los niños y niñas.

## Infancia (6 a 9 años)

También denominado periodo escolar, en esta etapa se produce un continuo crecimiento, por lo tanto, el niño experimenta cambios en las proporciones del cuerpo, los órganos maduran y se evidencia un significativo desarrollo intelectual, lo que les otorga una gran capacidad para adquirir nuevos conocimientos.

En estos controles la atención médica incluye toma de signos vitales, antropometría y cálculo del índice de masa corporal (IMC), examen físico para la identificación de hallazgos que implique riesgo para la salud del infante, evaluación del desarrollo psicomotor, evaluación de la alimentación (los alimentos deben ser oportunos, adecuados, inocuos, suficientes y variados), audiometría a los 6-8 años de edad, control odontológico, valoración de hematocrito y hemoglobina, verificar del esquema de vacunas de acuerdo a la edad y actividades preventivas como prevención de infecciones, caídas, quemaduras, maltrato infantil, ahogamiento e intoxicaciones.

La promoción de la salud en la infancia se refiere a tomar varias acciones y comportamientos que ayuden a los niños a llevar un estilo de vida saludable y a prevenir enfermedades físicas y mentales, además de fomentar su integración en la sociedad. Algunas recomendaciones para las madres o cuidadores incluyen una dieta equilibrada, ejercicio adecuado para la edad, promover un buen descanso, y hábitos de higiene como lavarse las manos y mantener la piel y cavidades limpias.

En la niñez es fundamental reconocer la importancia de valorar no solo de la salud física, sino también de la mental y social. Desde el punto de vista social, se considera importante la forma en que niños y niñas se relacionan e interaccionan con pares, amistades y familiares, el aislamiento, los obstáculos al deseo de relacionarse, la inclusión o exclusión social, características del hogar y las personas que viven dada su participación significativa en la vida del niño y el ambiente familiar. Y, por otra parte, la dimensión psicológica indaga de los sentimientos, las emociones, la percepción de sí mismo, las capacidades cognitivas y las conductas (Cordero, 2019).



Cada control médico representa una oportunidad única para detectar problemas reales, intervenir de forma temprana en trastornos potenciales y referir oportunamente en aquellos casos que sobrepasen la capacidad resolutoria del primer nivel de atención y requieran la valoración de un especialista. El control del niño sano también permite despejar las inquietudes propias de los padres e incluso de los niños, a través de la prevención y promoción se pretende que el niño pueda alcanzar a desarrollar todo su potencial en salud y esto a su vez se refleje en una adultez sana y productiva.

■ **Figura 25**

*Control médico integral del niño sano en la infancia*  
Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

## Adolescencia (10 a 19 años)

Se denomina adolescente a la persona que tiene entre 10 a 19 años de edad, se la conoce como una etapa de transición debido a que incluye algunos cambios importantes físicos, emocionales, psicológicos y sociales, que modifican la forma en la que el joven se relaciona con el mundo.

Los adolescentes son a menudo vistos como una parte sana de la población, lo que lleva a que sus necesidades de salud no se tomen en cuenta. No obstante, invertir en el bienestar de los jóvenes les brinda la oportunidad de adquirir destrezas que les permitirán ser miembros productivos de la sociedad, lo cual promueve el desarrollo económico de las naciones.

Por lo tanto, la adolescencia se constituye en una fase fundamental para el desarrollo de las personas, en la que se experimentan cambios rápidos tanto a nivel biológico como psicosocial. Estas modificaciones que ocurren durante la segunda década de vida, tienen un impacto significativo en todos los aspectos del individuo y marcan una etapa única, pues es aquí donde se sientan las bases para una buena salud en la edad adulta.

Brindar una atención completa durante la adolescencia requiere un cambio cultural tanto de los profesionales sanitarios como de las organizaciones que forman parte del sistema nacional de salud. Esto implica una capacitación continua y ajustar los servicios a las necesidades específicas de esta etapa de la vida. Es fundamental

promover un cambio en el modelo de atención, centrándose en la promoción de estilos de vida saludables, la identificación de factores protectores, la detección de factores de riesgo y la prevención de posibles daños.

El seguimiento médico del adolescente tiene como objetivo identificar aspectos positivos y factores que contribuyan a su bienestar, fomentar la responsabilidad personal en materia de salud, detectar posibles problemas, evaluar su crecimiento y desarrollo, garantizar que reciban las vacunas necesarias, promover una relación de colaboración entre el equipo médico y el adolescente, identificar



■ **Figura 26**

*Evaluación del desarrollo infantil*

Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

factores físicos, psicológicos y sociales que influyen en la salud, para implementar medidas educativas preventivas, identificar hábitos y comportamientos riesgosos para prevenir enfermedades comunes, fomentar el autocuidado, ofrecer orientación en temas de sexualidad, salud mental, prevención de adicciones, y acordar acciones para promover la salud.

### Adulthood (adulto joven de 20 a 39 años y adulto de 40 a 64 años)

Las acciones de salud dirigidas a la población joven son esenciales para proteger las inversiones realizadas en la infancia y garantizar la salud de la próxima generación adulta. Enfoques de promoción de la salud destacan la importancia de intervenciones comunitarias y evaluaciones participativas, elementos indispensables para la implementación de proyectos y servicios sanitarios innovadores, integrales y efectivos para mejorar la calidad de vida de los jóvenes. Las políticas y programas de promoción de salud son esenciales para impulsar hábitos de vida saludables en las comunidades, incentivando un mayor autocuidado y conciencia sobre la importancia de la salud.



**Figura 27**  
*Atención médica integral del adulto y adulto joven*  
Tomado de: Rivero y Ramallo (2022).

La buena salud no depende únicamente de la suerte; muchas veces refleja el estilo de vida de las personas. Los seres humanos no son simplemente víctimas o beneficiarios de su genética; tienen la capacidad de mejorar su salud. Por esta razón, durante la consulta médica del adulto se evalúan distintos comportamientos que influyen en la salud del individuo, como la dieta, el peso, el índice de masa corporal, los niveles de colesterol en la sangre, la actividad física, hábitos perjudiciales como fumar, beber alcohol o consumir drogas, y también se identifican trastornos que afectan la salud mental, como el estrés, la ansiedad y la depresión, los cuales pueden reducir la calidad de vida.

### Adulto Mayor (Igual o Mayor a 65 años)

El envejecimiento se caracteriza como un proceso natural e inevitable que implica cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales que afectan la funcionalidad y la salud de las personas a lo largo del tiempo. Una de las razones por las cuales los ancianos sufren más enfermedades que los jóvenes es debido a la exposición prolongada a factores externos, conductuales y medioambientales a lo largo de su vida.

Los cuidados de salud al adulto mayor en centros ambulatorios se refieren a los servicios de atención médica proporcionados en un lugar especializado para personas mayores que no requieren hospitalización, abarcando desde la promoción de la salud hasta el seguimiento de pacientes después de una estancia hospitalaria.

La atención ambulatoria del adulto mayor busca la ampliación de estrategias para la promoción del envejecimiento activo con participación familiar, está enfocada en fomentar el autocuidado y hábitos saludables, proporcionar asesoría nutricional, apoyo para la actividad física, prevención del maltrato, inmunizaciones, valorar el apoyo familiar, atención de la salud sexual, evaluación del grado de discapacidad para evitar dependencia, promoción de la rehabilitación y soporte emocional, que ayudan a promover el bienestar y aumentar la esperanza de vida (Ministerio de Salud, 2018).

La atención ambulatoria del adulto mayor busca promover un envejecimiento activo a través de estrategias que incluyen el fomento del autocuidado y estilos de vida saludables, evaluación y educación en nutrición, apoyo a la actividad física, prevención del maltrato, inmunizaciones, apoyo familiar, cuidado de la salud sexual, evaluación de la discapacidad para prevenir dependencia, promoción de la rehabilitación y soporte emocional, todo ello con el objetivo de mejorar la calidad de vida.

Es fundamental que las personas de la tercera edad mantengan un estilo de vida saludable, con una alimentación balanceada, actividad física constante y participación en actividades sociales, para continuar disfrutando de una vida plena y gratificante. Además, se debe reconocer que el cuidado de los adultos mayores es un tema complicado y variado que requiere un enfoque integral y una programación oportuna para satisfacer todas sus necesidades (Molina & Camino, 2024). Los servicios que se ofertan en las atenciones médicas ambulatorias dirigidas al adulto mayor incluyen:

- Revisiones médicas preventivas: Incluye controles periódicos para detectar enfermedades en sus primeras etapas y evitar posibles complicaciones a largo plazo.
- Tratamiento de patologías crónicas: Atención y cuidados para enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial, hipotiroidismo, artritis reumatoide, afecciones pulmonares y enfermedades cardíacas.
- Servicios de salud mental: Ofrecer apoyo y tratamiento terapéutico para trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión y otros.
- Rehabilitación: Ofrecer servicios de fisioterapia, salud ocupacional y de comunicación, con el objetivo de asistir a personas mayores en la recuperación de lesiones o enfermedades.
- Educación para la salud: Brindar datos y herramientas para que los adultos mayores puedan tener un envejecimiento saludable y activo, control adecuado de su enfermedad de base y adherencia al tratamiento.
- Atención médica para enfermedades paliativas: Garantizar cuidados integrales y de apoyo a personas mayores que padecen enfermedades terminales.
- Actividades físicas: Ajustar rutinas de ejercicios de acuerdo a la fragilidad y a las necesidades, para mejorar la flexibilidad y la resistencia.

- **Asesoría alimentaria:** Ofrecer indicaciones para una alimentación balanceada, saludable y adecuada a los requerimientos individuales de cada persona mayor.
- **Prevención de caídas:** En dónde se evaluar el nivel de riesgo de caídas y consejos para prevenirlas, que incluyen capacitaciones para mejorar la seguridad en casa.
- **Asesoramiento sobre el manejo del dolor:** Dirigido a las personas mayores que experimentan dolor crónico debido al padecimiento de enfermedades terminales o crónico degenerativas.
- **Control de la glucemia capilar:** Consiste en la medición de los niveles de glucosa en sangre para evaluar la efectividad del tratamiento e implementar acciones en caso de detectar alteraciones.
- **Toma de signos vitales:** En dónde se valoran temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial y saturación de oxígeno, con el fin de detectar posibles alteraciones que indiquen problemas de salud.
- **Asesoramiento sobre el régimen terapéutico:** Brindar orientación y sugerencias acerca de los fármacos y tratamientos no farmacológicos disponibles para gestionar las enfermedades crónicas.
- **Supervisión y prevención de posibles complicaciones:** Ofrecer seguimiento y cuidados médicos para prevenir o gestionar las complicaciones asociadas con las patologías crónicas degenerativas.



Figura 28

*Atención médica integral del adulto mayor*

Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

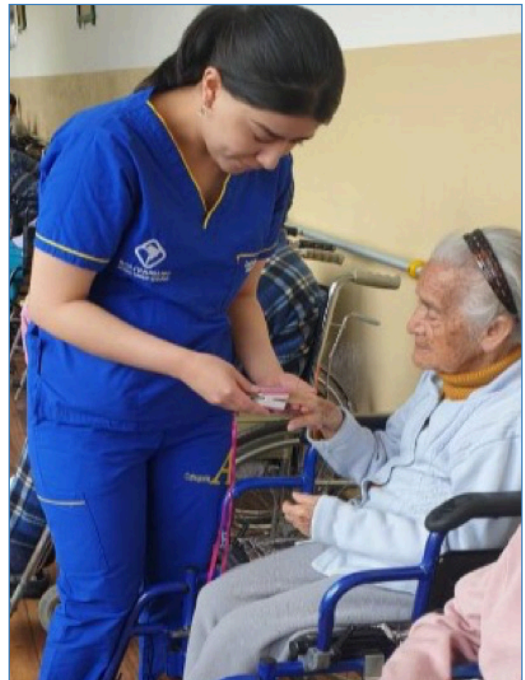


Figura 29

*Control de signos vitales al adulto mayor*

Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

## Responsabilidades del equipo de salud en atención ambulatoria

La organización y administración de los procesos de atención médica en la actualidad deben basarse en dos conceptos esenciales: la atención orientada al paciente y la transversalidad.

La atención centrada orientada al paciente implica priorizar las necesidades y perspectivas de los pacientes sobre las de los proveedores de atención médica. Esto implica involucrar a los usuarios, cuidadores y familias a todos los aspectos de su atención, minimizar los retardos en el juicio clínico o diagnóstico y el tratamiento, capacitar a los profesionales de la salud en habilidades humanas y de comunicación; y, mejorar la coordinación entre diferentes servicios y niveles de atención. En cuanto a la transversalidad, se refiere a garantizar la continuidad asistencial a través de una comunicación fluida entre diferentes niveles de atención, lo que contribuye significativamente a mejorar la experiencia y resultados para los pacientes (Cimarras & JM, 2022).

### Profesional médico

Entre las funciones que tiene el personal médico constan la atención directa al paciente, la misma que debe ser caracterizada por un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las perspectivas que tiene sobre la enfermedad que sufre.

En una consulta, el profesional debe clasificar a los pacientes por prioridades de atención según la información proporcionada por el personal de enfermería del servicio, llamar al paciente según su criterio directamente o a través del personal de enfermería, realizar traslados en ambulancia cuando sea necesario y completar todos los campos de la historia clínica sistematizada, incluidos los formatos de triaje.

### Personal del servicio de enfermería

Las y los enfermeros están encargados de ejecutar la primera atención al paciente en los servicios de salud mediante la toma de signos vitales, medidas antropométricas, además de investigar el motivo de consulta y el tiempo de evolución para informarlo al médico de turno.

Otra de las funciones del personal es realizar un seguimiento del estado de salud de los pacientes en sala de espera mientras son atendidos o clasificados, realiza el triaje y la apertura del ingreso en el software de historias clínicas de los pacientes que ingresan al servicio, llama a los pacientes en sala de espera según la clasificación realizada, mantiene contacto con los pacientes y la familia, realiza los procedimientos solicitados por el médico tratante que sean de su cobertura además de registrarlo en la historia clínica, el personal de enfermería es el encargado de mantener el servicio aseado y en orden (Hoyos, 2021).

## Auxiliar de farmacia

El personal de esta dependencia tiene como ocupación principal la dispensación de medicamentos e insumos que se formulan en las recetas médicas luego de la atención.

## Usuario

Persona que requiere servicios de consulta externa y lo solicita mediante cita o por consulta prioritaria. Entre sus obligaciones están asistir puntualmente a la cita programada, tratar con respeto al personal que lo atiende, seguir las recomendaciones y tratamientos del profesional tratante.

## Documentación del proceso de atención

Todo proceso de atención debe ser documentado mediante la historia clínica, puesto que esto es un documento médico legal que nos permite llevar un registro de los pacientes atendidos, bajo la norma del Ministerio de Salud Pública del Ecuador este archivo documental se hace en base a los formularios: HCU-form.001 / 2008 (Admisión - Alta y Egreso), HCU-form.002 / 2008 (Consulta Externa - Anamnesis y Examen Físico), HCU-form.005 / 2008 (Evolución y Prescripciones), que de forma general el archivo medico debe contar con los siguientes apartados:

1. Datos de identificación o filiación.
2. Motivo de la consulta.
3. Antecedentes médicos personales y familiares.
4. Enfermedad actual.
5. Evolución.
6. Remisiones e interconsultas.
7. Visita de Enfermería (nota de enfermería).
8. Exámenes complementarios: sus resultados y comentarios apropiados.
9. Indicaciones.

## Formulario de Admisión - Alta y Egreso (HCU-form.001 / 2008)

Este formulario es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud incluidos los programas de atención ambulatoria en este documento se registran:

1. Datos del establecimiento.
2. Registro de admisión.
3. Datos personales del usuario.
4. Datos de contacto.
5. Registro de cambios.



5 ALTA AMBULATORIA															
NÚMERO DE OFERTA	CARACTERÍSTICAS					DIAGNOSTICO						TRATAMIENTO			
	FECHAS DE ADMISIÓN Y ALTA	CÓDIGO DE ESPECIALIDAD	NÚMERO DE CONSULTAS	ESPECIALIDAD DEL SERVICIO	CONDICIÓN AL ALTA	DIAGNOSTICOS O SÍNDROMES	CIE	PREVALENCIA	EXTRÍNEO	DIAGNOSTICOS O SÍNDROMES	CIE	PREVALENCIA	EXTRÍNEO	PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS O QUIRÚRGICOS PRINCIPALES	CÓDIGO DEL RESPONSABLE
DAMESEAD				OMBAJO	OMBAJO										
1															
2															
3															
4															
5															

6 EGRESO HOSPITALARIO															
NÚMERO DE OFERTA	CARACTERÍSTICAS					DIAGNOSTICO						TRATAMIENTO			
	FECHAS DE ADMISIÓN Y EGRESO	CÓDIGO DE ESPECIALIDAD	SERVICIO	CONDICIÓN AL EGRESO	OMBAJO	DIAGNOSTICOS O SÍNDROMES	CIE	PREVALENCIA	EXTRÍNEO	DIAGNOSTICOS O SÍNDROMES	CIE	PREVALENCIA	EXTRÍNEO	PROCEDIMIENTOS CLÍNICOS O QUIRÚRGICOS PRINCIPALES	CÓDIGO DEL RESPONSABLE
DAMESEAD			ALTA	OMBAJO	OMBAJO										
1															
2															
3															
4															

ALTA - EGRESO

Figura 31

Formulario de Admisión - Alta y Egreso –(HCU-form.001 / 2008 (2)

Tomado del “Catálogo de normas, políticas, reglamentos, protocolos, manuales, planes, guías y otros del MSP” (MSP, 2018).

## Formulario de Consulta Externa - Anamnesis y Examen Físico (HCU-form.002 / 2008)

En este documento se debe registrar la información del paciente que permite identificar su estado de salud para ello constara de los siguientes apartados:

1. Datos del establecimiento y usuario.
2. Motivo de consulta.
3. Antecedentes patológicos personales.
4. Antecedentes patológicos familiares.
5. Enfermedad actual.
6. Constantes vitales y antropometría.
7. Revisión actual de órganos y sistemas.
8. Examen físico.
9. Diagnostico.
10. Plan de tratamiento.
11. Datos del personal responsable de la atención.

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE		APELLIDO		SEXO (M-F)	EDAD	N° HISTORIA CLINICA	
<b>1 MOTIVO DE CONSULTA</b>									
<b>2 ANTECEDENTES PERSONALES</b>									
DATOS CLINICOS - SÍMPTOMAS RELEVANTES Y SIGNOS OBSERVADOS									
<b>3 ANTECEDENTES FAMILIARES</b>									
1. CARABOPIA	2. DIABETES	3. EBP. C. VASCULAR	4. HPER. TRASCEN	5. CÁNCER	6. TUBERCULO. SIS.	7. EBP. MENTAL	8. EBP. INFECTIOSA	9. MAL. PEDIATRIAS	10. OTRO
<b>4 ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL</b>									
<b>5 REVISIÓN ACTUAL DE ÓRGANOS Y SISTEMAS</b>									
CP * CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA * MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES.					SP * SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA * MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR				
1. ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	2. RESPIRATORIO	3. CARDIO VASCULAR	4. DIGESTIVO	5. GENITAL	6. URINARIO	7. MUSCULO ESQUELETICO	8. ENDOCRINO	9. HEMO LINFÁTICO	10. NERVIOSO
<b>6 SIGNOS VITALES Y ANTROPOMETRIA</b>									
FECHA DE MEDICION									
TEMPERATURA °C									
PRESION ARTERIAL									
PULSO / min									
FRECUENCIA RESPIRATORIA									
PESO / Kg									
TALLA / cm									
<b>7 EXAMEN FISICO REGIONAL</b>									
CP * CON EVIDENCIA DE PATOLOGÍA * MARCAR "X" Y DESCRIBIR ABAJO ANOTANDO EL NÚMERO Y LETRA CORRESPONDIENTES.					SP * SIN EVIDENCIA DE PATOLOGÍA * MARCAR "X" Y NO DESCRIBIR				
1. CABEZA	2. CUELLO	3. TÓRAX	4. ABDOMEN	5. PELVIS	6. EXTREMIDADES S				
<b>8 DIAGNOSTICO</b>									
PRE = PRESUNTIVO DEF = DEFINITIVO					CIE PRE DEF				
1									
2									
<b>9 PLANES DE TRATAMIENTO</b>									
REGISTRAR LOS PLANES: DIAGNOSTICO, TERAPEUTICOS Y EDUCACIONAL									
FECHA	HORA	NOMBRE DEL PROFESIONAL		FIRMA		NÚMERO DE HOJA			

Figura 32  
 HCU-form.002 / 2008 (Consulta Externa - Anamnesis y Examen Físico)  
 Tomado del "Catálogo de normas, políticas, reglamentos, protocolos, manuales, planes, guías y otros del MSP" (MSP, 2018).

## Formulario de Evolución y Prescripciones (HCU-form.002 / 2008)

Formulario de llenado obligatorio en pacientes que han tenido visitas subsecuentes, o permanecieron en observación, dentro de los parámetros que se deben registrar en este documento constan:

- Datos del estableciento.
- Evolución y prescripciones.



En base a todo lo previamente expuesto el Instituto Superior Universitario Bolivariano, en su componente de vinculación con la sociedad, a través de las horas de aprendizaje práctico-experimental de la malla curricular de la carrera Técnico Superior en Enfermería, patrocinó el proyecto *“Programa de Atención Ambulatoria Médica y de Enfermería en la Ciudad de Loja”*, cuya meta se enfocó en brindar atención médica integral gratuita a los habitantes de la ciudad, contribuyendo al mejoramiento y cuidado de su salud, para ello se cuenta con la participación del personal docente y estudiantes de la carrera, formando un equipo de 40 personas.

La Figura 35 indica las áreas de atención habilitadas para la ejecución de Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería, en la Plaza Santo Domingo.

La Figura 36 muestra las áreas de atención habilitadas para la ejecución de Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería, en Simón Bolívar de acuerdo con el flujograma de atención al usuario, tomando en cuenta las actividades a realizarse en cada una de las estaciones, para que el usuario tenga una experiencia agradable durante su evaluación.

Las Figuras 37 y 38 nos indican el mecanismo de atención brindada a los usuarios durante el desarrollo del Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería en la Plaza Santo Domingo y parque Simón Bolívar.

Además, para organización de la atención médica y de enfermería se ubicaron 4 locaciones: estación de enfermería, consultorio 1, consultorio 2 y farmacia, que se encuentran distribuidos dentro del espacio físico como se detalla en las Figuras 35 y 36, además en la Tabla 3 se explican las actividades ejecutadas en cada área.



**Figura 34**

*Plano de ubicación estaciones de atención Plaza de Santo Domingo*

Fuente: Tomado del proyecto *“Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería”* (2021).



Figura 35

Plano de ubicación estaciones de atención Parque Bolívar

Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).



Figura 36

Atención de pacientes en la Plaza Santo Domingo

Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).



Figura 37

Atención de pacientes en el Parque Simón Bolívar

Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

Tabla 3

Distribución de cada estación

	Nombre	Actividad
<b>Estación 1</b>	<b>Estación de Enfermería</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar la toma de signos vitales y medidas antropométricas,</li> </ul>
<b>Estación 2</b>	<b>Consultorio 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brindar atención médica a niños, adolescentes de 0 a 18 años y mujeres gestantes.</li> </ul>
<b>Estación 3</b>	<b>Consultorio 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brindar atención médica a adultos y adultos mayores.</li> <li>Además de brindar estancia corta a pacientes descompensados o que necesiten reposo por periodos cortos de tiempo.</li> </ul>
<b>Estación 4</b>	<b>Farmacia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Entregar medicación.</li> <li>Brindar charlas de nutrición, lactancia materna, signos de alarma, educación acerca de la preparación de alimentos saludables, planes nutricionales según estado nutricional y patología de cada individuo.</li> </ul>

Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

## Trabajo de Campo

En cuanto al trabajo de campo durante la ejecución del Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería fueron atendidos 1638 personas (ver Figura 39) con diferentes patologías que fueron clasificadas en 4 grupos en función a los motivos de consulta más frecuentes: controles de rutina, enfermedades generales, metabólicas e infecciosas como se presenta en la Tabla 4.

### Control médico general

Los controles médicos de rutina se realizaron en 880 persona durante la ejecución del programa de atención médico y de enfermería 2021, los controles de rutina se centran en la prevención y análisis oportuno de padecimientos en lugar de tratar un síntoma activo o una enfermedad ya existente (ver Figura 40). Las actividades por realizarse dentro de una consulta de control de rutina son las siguientes:

1. Control de signos vitales: temperatura, saturación de oxígeno presión arterial, pulso, frecuencia en que late el corazón y frecuencia respiratoria.
2. Revisión de medidas antropométricas: talla, peso, perímetro abdominal, perímetro braquial y cálculo de IMC.
3. Análisis de sangre: biometría hemática y química sanguínea (colesterol, triglicéridos, glucosa, pruebas de función renal y hepática).

Tabla 4  
Distribución de cada estación

Enfermedades más frecuentes	
Controles de rutina	Control médico general.
Enfermedades Generales	Anemia, pterigión y dolor (Lumbalgia, síndrome del manguito rotador, artralgias y gastritis).
Enfermedades metabólicas	Hipertensión arterial y diabetes mellitus.
Enfermedades infecciosas	Parasitosis, infección de vías urinarias, vaginitis e infecciones de tracto respiratorio.

Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).



■ **Figura 38**  
*Controles a los pacientes durante el desarrollo del Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería*  
Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

4. Exámenes de tamizaje para detección de neoplasias: colonostomía para cáncer de colon, mamografía para cáncer de mama, citología cervical para cáncer de cuello uterino.
5. Realización de exámenes in situ como glicemia capilar.
6. Aplicación de vacunas: influenza, COVID-19 y tétanos.
7. Evaluaciones adicionales: detección de depresión, en adultos mayores aplicación de escalas para evaluar riesgo de caídas, pérdida de memoria o audición (American Medical Association, 2022).

Entre los beneficios descritos para los pacientes que se someten a controles médicos rutinarios se incluye la detección temprana de cánceres como el de colon y cuello uterino, así como un diagnóstico precoz de patologías crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la depresión. También se destaca el fomento de prácticas alimenticios saludables, ejercicio regular y una mayor conciencia sobre la propia salud (Uchida, 2021).

**Los controles de rutina** pueden ayudar a prevenir enfermedades y fomentar un estilo de vida más saludable. Prevenir enfermedades o identificar una afección médica en forma temprana también puede ayudar a reducir los costos generales de la atención de la salud.

**¿Qué pruebas o procedimientos se realizan en un control?**

<p><b>Mediciones</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estatura</li> <li>• Peso</li> <li>• Presión arterial</li> <li>• Ritmo cardíaco</li> </ul>	<p><b>Pruebas de detección</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depresión</li> <li>• Cáncer de pulmón, cuello uterino, colon y mama</li> <li>• Infecciones de transmisión sexual</li> </ul>
<p><b>Análisis de sangre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colesterol</li> <li>• Glucosa o hemoglobina A1c en ayunas</li> <li>• Anticuerpo contra el virus de la hepatitis C</li> </ul>	<p><b>Vacunas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Influenza</li> <li>• Tétanos</li> <li>• Neumonía</li> <li>• Culebrilla</li> </ul>
<p><b>Evaluaciones especiales para personas mayores</b> Riesgo de caídas, pérdida de la audición, pérdida de la memoria y directivas anticipadas.</p>	

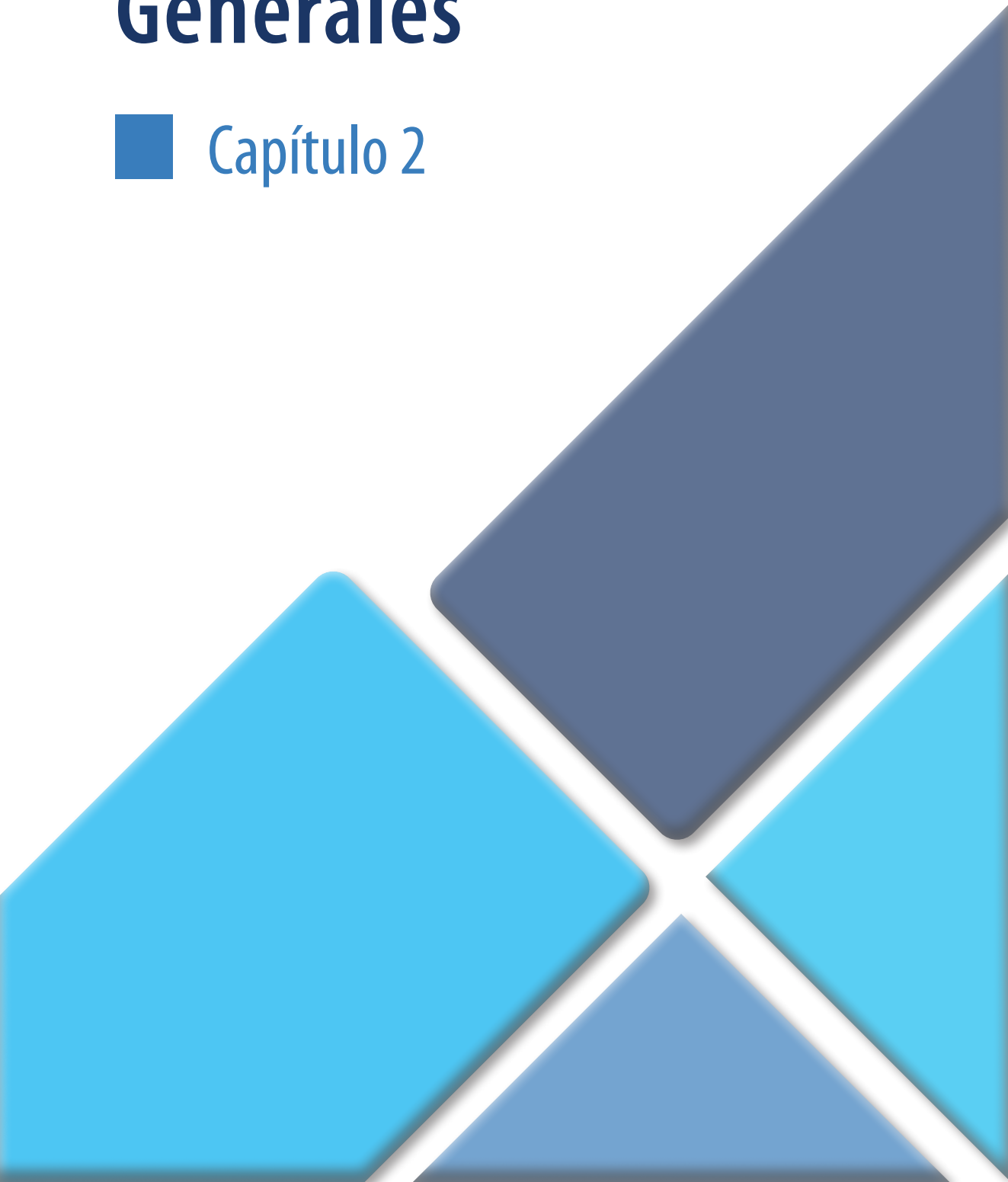
Figura 39

Procedimientos realizados durante el control médico de rutina

Tomado de American Medical Association (2022).

# Enfermedades Generales

## ■ Capítulo 2





# Enfermedades Generales

El diagnóstico de enfermedades generales se dio en 229 pacientes, siendo las afecciones de salud más frecuentes dentro de esta categorización la lumbalgia, artralgia, cefalea, anemia y pterigión.

## Lumbalgia

### Definición

La lumbalgia es un problema de salud prevalente que se constituye en un motivo de consulta frecuente, que en los últimos estudios ha sido establecido como un síntoma que se presenta más comúnmente en las mujeres asociado como una gran fuente de discapacidad.

Este es un síntoma que todos los médicos de atención primaria conocen y uno de los más consultados porque es una de las afecciones más comunes en la vida adulta. Esta condición incluso se observa en infantes, adolescentes, adultos y ancianos. Por definición, el dolor es dolor desde la última costilla hasta el pliegue de la cadera. Por lo tanto, es importante encontrar la causa raíz de sus síntomas (Clayton et al., 2023).

- 1. Lumbalgia:** El dolor, la tensión muscular o el entumecimiento se localiza desde el borde inferior de las costillas posteriores hasta el pliegue de los glúteos, pudiendo irradiarse o no a los miembros inferiores.
- 2. Lumbalgia mecánica:** Cuando el dolor lumbar intenso no tiene una causa específica, se considera indeterminado. Para este grupo mayoritario, no se requieren estudios de imágenes en la primera visita ni tiempo de inactividad.
- 3. Lumbalgia aguda:** Nuevo dolor lumbar que dura menos de 6 semanas con o sin radiación en las extremidades inferiores, o dolor lumbar que dura más de 6 meses sin un episodio de dolor durante más de 6 semanas.

- 4. Lumbalgia subaguda:** Dolor en la zona lumbar que supera las 6 semanas, pero no sobrepasa las 12 semanas.
- 5. Lumbalgia crónica:** Dolor de columna que persiste durante más de 3 a 6 meses con o sin radiación a las extremidades inferiores (Dada Santos et al., 2021).

## Epidemiología

El dolor lumbar se considera actualmente la principal causa de discapacidad en todo el mundo. Sin embargo, es un síntoma común que experimentan pacientes de todas las edades. Se ha determinado que el 40% de los adolescentes de entre 9 y 18 años experimentarán dolor lumbar, y hasta el 84% de los adultos experimentarán dolor lumbar al menos una vez en la vida, con una duración promedio de 1 año. Esta situación es más común en féminas que consultan por dolor lumbar, este número incluye al sexo femenino que tienen dolor lumbar durante el embarazo, que llega al 67%, lo cual es normal. El 85-90% del dolor lumbar es inespecífico y autolimitado y se resuelve en menos de 6 semanas, sin embargo, el 24-87% del dolor lumbar regresará dentro del próximo año. Solo entre el 5 y el 10 por ciento del dolor de espalda agudo se vuelve crónico y es trabajo del médico evitar que empeore (Paniagua et al., 2021).

## Etiología

A la hora de buscar la causa del dolor lumbar debemos recordar que es un síntoma y no una patología, por lo que se deben sospechar múltiples causas. Si bien el dolor de espalda tiene una causa específica, en el 85% de los casos no se puede encontrar ninguna causa y lo llamamos dolor de espalda. Varios estudios han sugerido posibles causas de esta patología, tanto dentro como fuera de la médula espinal. Recuerde, la columna está formada por discos, ligamentos, músculos, fascias y nervios, y una lesión o traumatismo en cualquiera de estas estructuras puede causar dolor y no es perjudicial para el paciente ni para la estructura dañada. Puede ser autolimitado o severo (Clayton et al., 2023).

## Factores de riesgo

Tabaquismo, obesidad, vejez, género femenino, condiciones estresantes en el hogar y en el lugar de trabajo; uso de maquinaria pesada o levantamiento de objetos en el campo, sedentarismo, mala atención por parte del personal sanitario, abuso de sustancias, ansiedad y depresión. Estos son factores de riesgo de dolor lumbar y empeoramiento de la afección. Algunos de estos factores incluso son comunes en las señales de alerta del dolor lumbar (Paniagua et al., 2021).

## Fisiopatología

Como se mencionó anteriormente, la lumbalgia es un síntoma y no una patología, por lo que su fisiopatología dependerá de su causa, sin embargo, para entender por qué se presenta el dolor una breve explicación es: cuándo se genera este impulso

nervioso. Si el cuerpo detecta una sustancia nociva, las fibras nerviosas utilizan el glutamato para generar una señal que viaja por intermedio de la asta dorsal hasta la médula espinal, luego al tálamo y luego al cerebro.

La lumbalgia mecánica es un dolor causado por la estimulación mecánica de los receptores sensoriales ubicados en el tercio externo del disco intervertebral, la cápsula articular intraepifisaria, los ligamentos longitudinales anterior y posterior y las estructuras musculares que fortalecen la columna lumbosacra. El dolor refleja cambios en algunas de estas estructuras y crea una serie de movimientos que de alguna manera protegen la estructura dañada de daños mayores al inmovilizar o interrumpir su proceso de reparación. En el curso del embarazo, la postura de la madre sufre cambios inusuales debido al acrecentamiento y peso del producto. El centro de gravedad de un ser cambia, lo que provoca un aumento de la intensidad del trabajo de los músculos de la columna y un estiramiento de los músculos abdominales (Pérez y otros, 2023).

## Cuadro clínico

En la historia clínica se debe preguntar sobre: ocupación, actividad física, hábitos tóxicos como fumar, antecedentes de patología significativa y síntomas pasados. Hay un método llamado ALICIA: **A**: Tiempo de evolución y cómo o por qué comenzó; **L**: Ubicación; **I**: Intensidad en una escala del 1 al 10 (10 es el peor dolor que hayas experimentado en tu vida); **C**: Características Dolorosas; **I**: Irradiación, (¿El dolor está localizado o afecta a otras zonas?); y, **A**: Reposo o empeoramiento (puede ser ejercicio, actividad, reposo, medicación). Esta memoria es muy útil. El examen físico debe incluir índice de masa corporal, fuerza, sensación y reflejos de las extremidades inferiores, al igual que examen de la columna, palpación y rango de movimiento para valorar dolor, restricción o espasmo muscular. Un examen físico adecuado puede descartar señales de alerta o explorar una de las muchas causas del dolor lumbar (Diez et al., 2003).

## Diagnóstico

El diagnóstico inicial implica la confirmación de la clasificación patológica que se muestra en la Tabla 5. Para ello, los profesionales de la sanidad deben realizar una anamnesis y un examen físico con la intención de detectar tres tipos de dolor: lumbalgia, dolor asociado a radiculopatía y dolor asociado a enfermedades sistémicas específicas. Aplicar casos de pruebas de diagnóstico relevantes a cada categoría de dolor, por clasificación (Villa, 2023).

## Exámenes Complementarios

Los exámenes complementarios se deben solicitar en base a la evaluación clínica completa e individualizada, dentro de los exámenes de Figura que se deben usar para el diagnóstico definitivo se encuentra:

1. Radiografías: Si se identifican signos de alerta en la historia clínica, se recomienda

Tabla 5

## Clasificación de la lumbalgia

<b>Por la duración de progreso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agudo: menos a 6 semanas.</li> <li>• Subagudo: promedio de 6 a 12 semanas.</li> <li>• Crónico: mayor a 12 semanas.</li> </ul>
<b>Por la causa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Específicamente: degeneración congénita, traumática, mecánica, no mecánica, inflamatoria, infecciosa, neoplásica, metabólica.</li> <li>• No específicos: lumbalgia, psicótica, compensatoria, simulada, psicótica.</li> </ul>
<b>Por su aparición</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor somático: se origina en músculos, fascias y discos intervertebrales, huesos intervertebrales, articulaciones facetarias, periostio, complejo ligamentario, duramadre y vasos sanguíneos. Dolor radicular: comienza en los nervios espinales.</li> </ul>
<b>Por el lugar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor lumbar no radicular.</li> <li>• Dolor lumbar radicular.</li> <li>• Lumbalgia compleja o potencialmente catastrófica</li> </ul>

Tomado de: Villa et al. (2015).

que el paciente se someta a radiografías de columna en proyección de pie, descalzo, anteroposterior y lateral.

2. En la radiografía se debe encontrar: Cambios en la curvatura y forma del cuerpo vertebral, como escoliosis, al igual que fracturas, hernias discales, cambios en el espacio intervertebral, falta de agujeros intervertebrales, presencia de osteofitos, diferencias en la altura de la cresta ilíaca y cambios en los tejidos blandos.
3. Tomografía axial computarizada: Pacientes con dolor lumbar persistente asociado con signos y síntomas de radiculopatía o estenosis espinal. Esta indicación debe considerarse en pacientes candidatos a una intervención invasiva, como cirugía o inyección epidural de esteroides.
4. Resonancia magnética: Para pacientes con dolor lumbar y sospecha clínica de infección o neoplasia, en vista de que es la mejor prueba disponible actualmente. Otros exámenes complementarios:

Si se sospecha clínicamente dolor en las extremidades inferiores de origen inflamatorio, infeccioso o sistémico o hay signos de advertencia, se debe solicitar un hemograma completo, velocidad de sedimentación globular y otras pruebas de laboratorio (Ministerio de Salud Pública, 2015).

## Intervenciones y Farmacología

Prevención y tratamiento: Es muy importante la educación del paciente, buenas posturas, actividad física, adelgazar o evitar el aumento de peso, ejercicios de estiramiento y fortalecimiento, mejora de la condición física, fisioterapia, yoga, tai chi, electroterapia, aeróbic acuático, acupuntura, etc. Se debe evitar el reposo en cama porque prolonga la discapacidad.

Muchas veces, los pacientes no entienden por qué tienen que ir a trabajar más

que alguien sin una discapacidad. En este contexto, es necesaria la intervención clínica para valorar y definir la fisiopatología de la debilidad muscular, la contracción muscular y la inflamación de diversas estructuras.

Analgésicos no esteroideos, se recomiendan los AINE como medicamentos de primera línea. Si no se toleran, se recomiendan otros medicamentos como los relajantes musculares, que se recomiendan para uso a corto plazo en vista de que tienen muchos efectos secundarios y dependencia. Otros medicamentos que se pueden utilizar son los opioides, como el tramadol, que son necesarios cuando los AINE no tienen el efecto deseado. Se pueden usar antidepresivos para aumentar la serotonina y la norepinefrina para aliviar el dolor (Ministerio de Salud Pública, 2015).

## Pronóstico

El factor pronóstico de mayor importancia para la lumbalgia será la presencia de factores de riesgo y las banderas amarillas. Cuando hay uno o más factores presentes, es muy probable que el paciente presente lumbalgia crónica y requiera de numerosas visitas, tratamiento médico y terapéutico por más tiempo. También se va a requerir de un manejo multidisciplinario, lo que hará que el costo para su mejoría sea aún muy elevado (Pérez et al., 2023).

**Tabla 6**

*Factores de mal pronóstico en el dolor lumbar*

<b>Factores poblacionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo: masculino.</li> <li>• Edad: de acuerdo con los años de servicio en el trabajo.</li> <li>• Nivel escolar reducido</li> <li>• Nivel económico social escaso.</li> </ul>
<b>Factores ocupacionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajo mecánico: vibración, flexión, torsión.</li> <li>• Trabajo tedioso y reiterativo.</li> <li>• Inconformidad con la ocupación.</li> <li>• Despidos laborales.</li> <li>• Pleitos ocupacionales.</li> <li>• Remuneración financieras.</li> <li>• Incidente laboral percibido.</li> </ul>
<b>Factores médicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedades simultáneas.</li> <li>• Síndrome doloroso persistente.</li> <li>• Abuso de sustancias estupefacientes.</li> <li>• Señales de salud asociados:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatiga y cansancio.</li> <li>• Cefaleas.</li> <li>• Perturbación del sueño.</li> <li>• Molestias no especificadas.</li> </ul> </li> <li>• Falta de ejercicio físico</li> <li>• Discapacidad.</li> </ul>
<b>Factores psicológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de problemas psiquiátricos.</li> <li>• Depresión.</li> <li>• Alteraciones de la identidad.</li> <li>• Disminuida facultad de afrontamiento.</li> </ul>

Tomado de: Pérez (2023).

# Artralgia

## Definición

Se trata de un dolor articular agudo o punzante que puede aparecer repentinamente y empeorar con el tiempo, afectando una o más articulaciones. El dolor musculoesquelético es una causa importante de consulta en la actualidad, por lo que contamos con distinciones para orientar el tipo de dolor, distribución, signos clínicos (signos/síntomas), posibles causas de investigaciones complementarias en lo que concierne al manejo de esta patología (Carreño, 2021).

## Epidemiología

El dolor en las articulaciones es un problema de salud común entre personas de todas las edades. Las articulaciones más comúnmente afectadas en los adultos mayores son la columna, seguida de las caderas, los dedos, las rodillas, el cuello, los hombros, los codos, los tobillos, las muñecas y los dedos (Reyes et al., 2012).

## Etiología

Existen diversas causas de dolor articular. En la Tabla 7 se proporciona un análisis detallado de las diversas causas de dolor articular, clasificando las etiologías según características y patrones de afectación específicos. Desde condiciones inflamatorias crónicas como la artritis reumatoide, que es más común en mujeres y presenta una poliartritis simétrica y erosiva, hasta enfermedades microcristalinas como la gota, que afecta principalmente a hombres mayores de 40 años y suele ser monoarticular, entre otras.

## Factores de riesgo

Se han evidenciado varios factores de riesgo vinculados con el dolor articular siendo los más importantes:

1. Edad: El pasar de los años desgasta las articulaciones.
2. Genética: Esto desempeña un rol relevante en el desarrollo de la osteoartritis, particularmente en las manos, al tanto que la sobrecarga mecánica es menos evidente en otras estructuras como la rodilla.
3. Obesidad y sobrepeso: El aumento de peso es un factor importante en el desarrollo de la osteoartritis, especialmente en la columna, las caderas y las rodillas.
4. Lesiones o uso excesivo de la articulación: Este tipo de dolor articular se da especialmente en los atletas o se asocia al desarrollo de algunas actividades laborales.
5. Actividad física: Estudios realizados de rodilla muestran que los ejercicios de reforzamiento de los músculos del muslo (especialmente cuádriceps y

Tabla 7  
Causas de dolor articular

Etiología	Características
<b>Artritis Reumatoide</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Más común en mujeres.</li> <li>• Poliartritis aditiva, simétrica, erosiva (deformante).</li> </ul>
<b>Espondiloartropatías</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afectación axial: sacroilíacas y raquis.</li> <li>• Afectación periférica: oligoartritis asimétrica, dominante en grandes articulaciones de extremidades inferiores.</li> </ul>
<b>Fiebre Reumática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Precedente de infección faríngea por SBHGA.</li> <li>• Poliartralgias y poliartritis migratoria, autolimitada.</li> <li>• Las articulaciones perjudicadas en mayor dimensión son rodillas, tobillos, codos y muñecas.</li> </ul>
<b>Enfermedades Colágeno-Vasculares</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lupus Eritematoso Sistémico: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más habitual en el sexo femenino.</li> <li>• Poliartritis simétrica, NO erosiva (NO deformante).</li> </ul> </li> <li>• Esclerosis sistémica: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Poliartritis NO erosiva, particularmente en pequeñas articulaciones.</li> <li>• Vasculitis.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Microcristalinas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gota <ul style="list-style-type: none"> <li>• Más ordinario en el sexo masculino que tienen más de 40 años.</li> <li>• Afectación tradicionalmente monoarticular, muy usual la 1ª metatarsofalángica (PODAGRA), así mismo en tarso, tobillo, rodilla, muñeca.</li> </ul> </li> <li>• Condrocálcinosis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede empezar de forma aguda (PSEUDOGOTA) o crónica-recurrente; como monoartritis, oligoartritis, o poliartritis.</li> <li>• Desencadenantes: periodos estresantes como cirugía, traumatismo, ACV, IAM.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Poliartritis Infecciosas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Artritis por Neisseria (gonocócica y meningocócica): <ul style="list-style-type: none"> <li>• En una gran magnitud son poliarticulares/oligoarticulares, manifestándose con un patrón migratorio. El daño más particular es en tobillos, muñecas y tendones extensores del pie.</li> </ul> </li> <li>• Artritis por gérmenes piógenos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Típicamente monoarticular, pero entre el 10%-19% de las personas adultas manifiestan afectación poliarticular. Más común en: rodillas, sacroilíacas, condrocostales y articulaciones vertebrales.</li> <li>• Patrón simultáneo en articulaciones de gran magnitud o aditivo en el lapso de 24-48 horas.</li> </ul> </li> <li>• Endocarditis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas extraarticulares: soplos cardiacos, hemorragias en astilla, esplenomegalia.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Otras Causas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarcoidosis: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad granulomatosa sistémica.</li> <li>• Adenopatías hiliares bilaterales, afectación pulmonar, cutánea y ocular (uveítis).</li> <li>• Afectación periarticular de tobillos.</li> </ul> </li> <li>• Amiloidosis.</li> <li>• Otras: trastornos hematológicos, neoplasias.</li> </ul>

Tomado de: Sanz (2010).

Tabla 8

## Clasificación del dolor articular

<b>Según el número</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Monoartritis.</li> <li>• Oligoartritis: 2-3 articulaciones.</li> <li>• Poliartritis: 4 ó más articulaciones.</li> </ul>
<b>Según el tiempo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aguda: &lt; 6 semanas.</li> <li>• Crónica: &gt; 6 semanas.</li> </ul>
<b>Según el compromiso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Axial</li> <li>• Periférico</li> </ul>
<b>Según el patrón de afectación articular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intermittente: los episodios inflamatorios se alternan con períodos asintomáticos.</li> <li>• Migratorio: cuando desaparece la inflamación en una articulación se afecta otra, y así sucesivamente, sin períodos asintomáticos.</li> <li>• Aditivo: se afectan progresivamente más articulaciones, sin haber desaparecido la inflamación previa.</li> </ul>

musculatura isquiotibial) son importantes para reducir el riesgo de artrosis de rodilla (Montoro et al., 2021).

## Cuadro Clínico

Entre las distintas formas clínicas, en general, es preciso que en todas ellas exista artritis, que se manifiesta principalmente con tumefacción, limitación del movimiento e incremento local de la temperatura. Es fundamental nunca considerar una articulación tumefacta como normal (ver Tabla 8).

## Diagnóstico

Establecer un diagnóstico es un desafío y depende de muchos factores que deben considerarse, como la persistencia de las manifestaciones y la experiencia del profesional de la sanidad.

Historia detallada y examen físico completo del sistema musculoesquelético, el diagnóstico debe hacerse con cautela y precaución; se examinarán todas las articulaciones para buscar articulaciones dolorosas, restringidas o inflamadas, y se valorará la fuerza muscular, la asimetría, la marcha y el examen de la columna. . Es importante destacar que esto debe realizarse sistemáticamente tanto en dirección ascendente como descendente, con una presentación total y completa tanto axial como periféricamente. No hay que olvidar que en el momento del diagnóstico incluso existen manifestaciones cutáneas asociadas a la patología reumática: erupción de color rojo anaranjado y vaga, acompañada de fiebre, lesiones ásperas en los codos, depresiones o afectación de las uñas, similar a la artritis psoriásica. Podría ser eritema y las manchas rojas en las alas de las mariposas sugieren lupus eritematoso o

Tabla 9

Componentes de la evaluación clínica

<p><b>Anamnesis</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad.</li> <li>• Antecedentes:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismo o esfuerzos anteriores.</li> <li>• Tratamiento utilizado para el dolor.</li> <li>• Afecciones osteoarticulares.</li> <li>• Precedente oncológicos o quirúrgicos.</li> <li>• Alergias a medicamentos.</li> <li>• Tabaquismo.</li> <li>• Aplicación de drogas vía parenteral.</li> <li>• Ocupación y actividad física.</li> </ul> </li> <li>• Reseña del dolor:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manera de inicio (progresivo/repentino).</li> <li>• Tipo (mecánico/inflamatorio).</li> <li>• Ubicación e irradiación.</li> <li>• Magnitud (escala EVA)</li> <li>• Periodo y ritmo horario.</li> <li>• Factores que empeoran/mejoran (reposo, movimientos, bipedestación).</li> <li>• Comparativa con episodios anteriores.</li> </ul> </li> <li>• Otros síntomas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas constitucionales.</li> <li>• Síntomas neurológicos.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Exploración física</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado integral del individuo.</li> <li>• Temperatura.</li> <li>• Índice de masa corporal (IMC).</li> <li>• Inspección y palpación de la articulación.</li> <li>• Identificar movilidad activa y pasiva.</li> </ul>

dermatomiositis. Otros síntomas comunes son fiebre, pérdida de peso o inflamación de los ganglios linfáticos. La presencia de todos estos síntomas comunes debe estar relacionada con la presencia de manifestaciones extraesqueléticas (Montoro et al., 2021).

Otro aspecto a considerar cuando se trata de dolor articular es la evaluación del dolor, donde existen recursos como escalas de calificación numérica que piden al paciente que seleccione un número entre 0 y 10, dependiendo de la gravedad del dolor. Dolor La simulación visual y las calificaciones faciales del dolor se exhiben en las Figuras 40 y 41.

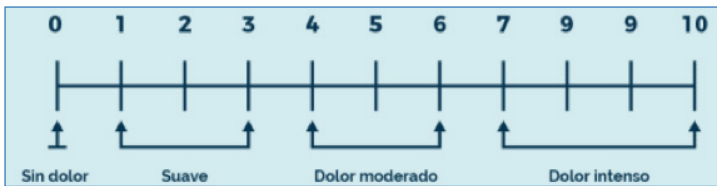
## Exámenes complementarios

Actualmente, hay varias pruebas disponibles para esta entidad, las más comunes

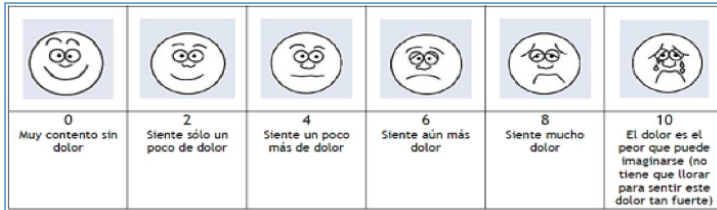
incluyen análisis de líquido sinovial, análisis de sangre que exploran autoanticuerpos, velocidad de sedimentación globular (VSG) y niveles de proteína C reactiva. Sin embargo, a veces se necesitan pruebas de imagen, especialmente si existe la posibilidad de que se trate de un tumor óseo o articular. Primero se lleva a cabo una radiografía, sin embargo, a veces se necesita una tomografía computarizada (CT) o una resonancia magnética (MRI) (Villa, 2023).

## Intervenciones y Farmacología

La base del tratamiento es controlar la enfermedad subyacente. Por ejemplo, los pacientes con enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico pueden necesitar medicamentos que supriman el sistema inmunológico. Las personas con infecciones articulares por gonorrea necesitan antibióticos. Por lo general, las manifestaciones pueden resolverse antes de realizar un diagnóstico. La inflamación en general se puede tratar con fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (Castro et al., 2020).



■ Figura 40  
Escala numérica  
Tomado de: Castro et al. (2020).



■ Figura 41  
Escala de rostros  
Tomado de: Miró et al. (2015).

Tabla 10  
Intervenciones generales

<b>Medidas a aplicarse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No estar en reposo por más de 2 días, y jamás mantenerse en reposo absoluto.</li> <li>• Evitar cargar peso en la articulación que se encuentra afectada.</li> <li>• Frío localizado en articulación dañada, 20 minutos, algunas veces al día, en la fase aguda del dolor.</li> <li>• Calor seco en articulación dañada, 20 minutos 2-3 veces al día en situaciones de dolor crónico.</li> <li>• Evitar movimientos que causen dolor.</li> <li>• Disminuir el peso si el paciente se encuentra con sobrepeso u obesidad.</li> <li>• Dejar el consumo de tabaco.</li> <li>• Impartir información de autocuidado al paciente.</li> </ul>
----------------------------	--

## Síndrome del Manguito Rotador

### Definición

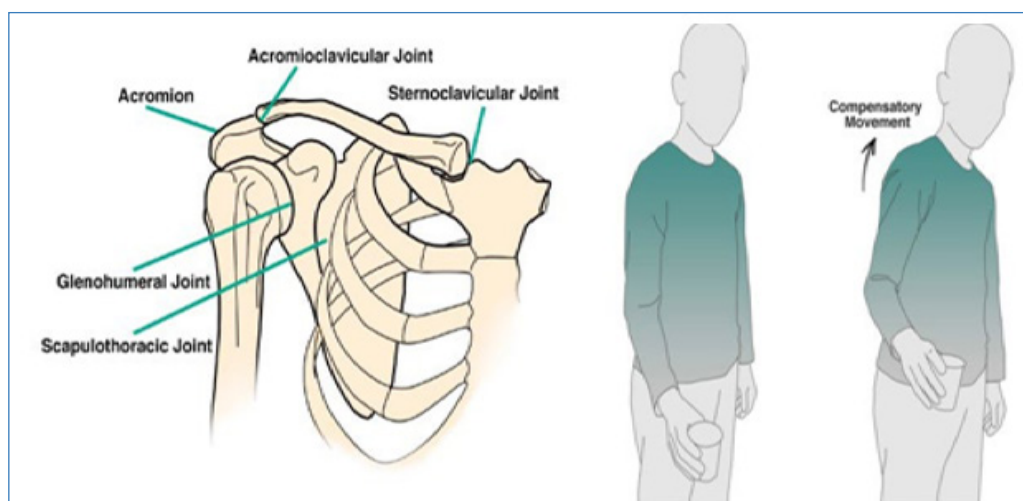
La omalgia o dolor de hombro es una de las principales afecciones que se consultan en el primer nivel de atención, siendo las lesiones a nivel del manguito rotador (integrado por cuatro músculos que se insertan en la tuberosidad humeral conocidos como escapulohumerales), son causa la frecuente de dolor y perdida de la funcionalidad del hombro.

Al hablar del síndrome del manguito se hace referencia al pinzamiento subacromial, la tendinitis y desgarros de espesor parcial y total de músculos que se encuentran en esta área. Una de las características más frecuentes de esta patología es su recurrencia y cronicidad ya que alrededor del 14% de los individuos continúan consultado hasta 3 años posteriores al diagnóstico (García, 2010).

### Epidemiología

El síndrome del hombro doloroso es una patología que representa un conjunto de afecciones comúnmente asociadas al deporte y a la salud laboral y que además actualmente se está relacionado con el envejecimiento puesto que alrededor del 28% de las personas mayores de 60 años de edad han presentado una lesión importante a este nivel, esta cifra puede llegar incluso al 65% en personas mayores a los 70 años.

Otro dato importante asociado a este síndrome que el alrededor del 50% de los individuos que presentan una ruptura asintomática desarrollaran síntomas después de los 3 años y el 40% va a presentar progresivamente una ruptura (Ugalde et al., 2013).



■ Figura 42

*Componentes de la anatomía de la articulación de hombro*

Tomado de: Motor Control Training for the Shoulder with Smart Garments. Sensors (2017).

## Etiología

La etiología del síndrome de manguito rotador ha sido relacionada a factores extrínsecos como intrínsecos, siendo el pinzamiento subacromial la causa más frecuente de dolor en el hombro, a menudo asociado a la tendinitis del manguito rotador.

Pinzamiento subacromial, está relacionado a dos causas la primera una pobre vascularización del tendón supraespinoso esto asociado al envejecimiento, mientras que la segunda causa se asocia a la anormalidad de la articulación glenohumeral y la debilidad de los músculos del manguito rotador que ahí se insertan lo que puede llevar a la migración de la cabeza humeral, produciendo el pinzamiento.

Las tendinitis de los músculos rotadores del hombro están relacionadas a traumas directos asociados a actividades deportivas, laborales o caídas con el brazo en extensión, lo que aumenta la tendinosis, tendinopatía, y, en última instancia, ruptura del tendón (Arce et al., 2020).

## Factores de riesgo

Entre los factores relacionados al desarrollo de esta patología se encuentran los descritos en la Tabla 11.

Tabla 11

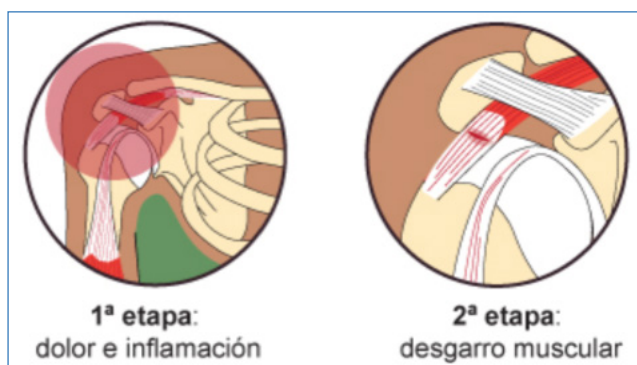
*Factores de riesgo asociados a la omalgia*

Factores poblacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personas con una edad superior a los 40 años.</li> </ul>
Factores ocupacionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades laborales repetitivas de extremidades superiores.</li> <li>Deportes como: tenis, voleibol, golf beisbol, gimnasia y pesas.</li> </ul>
Factores médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antecedentes de inestabilidad escapular o discinesia, pacientes con enfermedad degenerativa de columna cervical.</li> <li>Enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia.</li> </ul>

Tomado de: González (2021).

## Fisiopatología

El síndrome de hombro doloroso, presume una alteración continua que va desde pinzamiento leve a la ruptura parcial, completa o masiva, para finalmente presentar la artropatía del manguito rotador, esto asociados a diversificaciones del arco coracoacromial y la forma del acromio, así como la degeneración por envejecimiento dado que la degeneración progresiva provoca que la cabeza humeral se desplace hacia arriba imponiendo una mayor carga al tendón bicipital, ocasionando mayor fricción con el movimiento, provocando el apareamiento de osteofitos y erosión de la porción superior de la cavidad glenoidea lo cual tiende a la subluxación superior, generando lesiones en el cartílago articular humeral conocido como artropatía por desgarramiento del manguito (González, 2021).



■ **Figura 43**  
*Fisiopatología del síndrome del manguito rotador*  
 Tomado de: Flores (2019).

## Cuadro Clínico

El cuadro clínico del hombro doloroso se asocia, principalmente, a tres síntomas: dolor predominantemente nocturno que se localiza en la región anterolateral y superior del hombro, y puede irradiarse a la región superior y externa del brazo, debilidad y limitación de la movilidad. Presentándose inicialmente con síntomas leves, que pueden evolucionar conforme la cronicidad de la lesión.

La respuesta inflamatoria local a la presión digital en el área frontal del hombro generalmente se localiza en la región anterolateral y superior del hombro, y puede irradiarse hacia la parte superior y externa del brazo. Este malestar tiende a manifestarse durante la noche, interrumpiendo el sueño del paciente. Sin embargo, las actividades que implican el movimiento del brazo por encima del hombro pueden hacerlo más soportable durante el día. Otra manifestación clínica característica del síndrome es la debilidad, la cual puede presentarse como fatiga o dificultad para levantar el brazo por encima del hombro, lo que limita las actividades cotidianas como la higiene personal, vestirse y levantar objetos, entre otras. (Castellanos et al., 2020).

## Diagnóstico





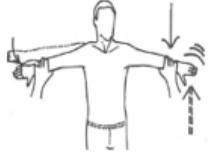

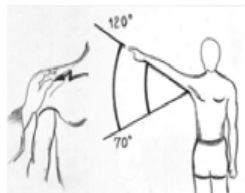
Para el diagnóstico es importante indagar una adecuada historia clínica poniendo énfasis en los factores de riesgo asociados a esta patología como la edad, la participación deportiva, tipo de ocupación laboral, además es indispensable la historia propia del dolor investigando la cronología, traumas previos, antecedentes de inestabilidad o enfermedades preexistentes. Además, es importante poner énfasis en signos como edema en la articulación o inflamación, eritema local junto con la sensibilidad de la articulación, además del calor local y restricción severa del movimiento. Los de los síntomas que se asocian a este síndrome tenemos los sistémicos: diaforesis (sudoración nocturna), laza térmica (fiebre), pérdida de peso, o síntomas del tracto respiratorio, que estos síntomas o signos deben hacer sospechar la existencia de patologías más severas (González, 2021).

Para el examen físico el personal de salud debe explorar detalladamente la cintura escapular evaluando los arcos de movilidad tanto activa como pasiva, para

lo cual contará con diversas maniobras que se detallan en la Tabla 12, maniobras que ayudarán a determinar la estructura específica lesionada.

Tabla 12

Maniobras para la exploración en caso de sospecha de maguito rotador

Maniobra	Diagnóstico	Descripción	Figura
<b>Evaluación del músculo infraespinoso</b>	Valora la lesión a nivel del músculo infraespinoso	El individuo en sedestación con los codos flexionados al 90°, mientras que el examinador mientras sostiene el dorso de las manos mientras solicita al paciente que realice una rotación externa del antebrazo ejerciendo presión.	
<b>Prueba de pinzamiento (Hawkins Kennedy)</b>	Valora la compresión del tendón músculo supraespinoso y ruptura del manguito rotador	El examinador eleva el brazo del paciente 90° con flexión del codo de 90° y rota el brazo bruscamente a rotación interna enfrentando el húmero contra el ligamento coracobraquial	
<b>Maniobra de Apley superior</b>	Valora una lesión del manguito de los rotadores	Se solicita que pase el brazo por detrás de la cabeza y que se toque el omoplato opuesto. Combina abducción y rotación externa.	
<b>Maniobra de Apley inferior</b>	Valora una lesión del manguito de los rotadores	El paciente debe tocar su hombro opuesto con la punta de los dedos del ángulo inferior del omoplato opuesto. Combina rotación interna y aducción.	
<b>Maniobra de Jobe</b>	Valoración del músculo supraespinoso	Se efectúa una presión de arriba hacia abajo sobre el brazo, cuando este se encuentre en abducción en 90° con el codo en extensión, flexión horizontal de 30° y rotación interna.	
<b>Prueba del músculo subescapular</b>	Valora lesión del manguito rotador a nivel del músculo subescapular	Flexión del codo a 90° por detrás del cuerpo se realiza rotación interna contra resistencia,	
<b>Prueba de arco doloroso</b>	Valora la rotura del tendón de la porción larga del bíceps	Consiste en la abducción activa del brazo. Si existe compromiso subacromial el dolor aparece alrededor de los 60-90° grados de abducción y desaparece al superar los 120°.	

## Exámenes complementarios

Para la confirmación diagnóstica de esta patología se cuenta con diversos exámenes de imagen que se describen en la Tabla 13.

## Intervenciones y Farmacología

Para el tratamiento se debe considerar los factores asociados a la aparición de la patología como el mecanismo, grado de lesión y el compromiso de estructuras concomitantes, pudiendo aplicarse 2 tipos de intervención: el conservador y el quirúrgico, los mismos que pueden ir o no acompañados de apoyo farmacológico.

1. Cirugía: Se recomienda cuando la lesión de los tejidos blandos es extensa y resulta en un desgarramiento completo del músculo o tendón, o cuando la circulación adyacente al hombro afectado se ve comprometida.
2. Tratamiento no quirúrgico: Se prescribe en casos de lesiones de tejidos blandos leves, como pinzamientos o inestabilidad del hombro, así como en rupturas crónicas no traumáticas, o cuando existen contraindicaciones para la intervención quirúrgica, entre las medidas no quirúrgicas tenemos las enumeradas en la Tabla 14 (Castellanos et al., 2020).

Tabla 13

Exámenes de imagen para el diagnóstico de hombro doloroso

Tipo	Descripción
Radiografía simple	• Se debe valorar en posición neutra antero-posterior, con rotación humeral, oblicua a 30° en dirección caudal o lateral
Resonancia magnética	• Identifica el tendón afectado, el grado de retracción, grado de lesión, roturas parciales en el espesor y en el lado brusal del manguito rotador.
Ecografía	• Evidenciará apariencias anormales del tendón, junto al engrosamientos, pérdida de la ecoestructura fibrilar del tendón normal.

Tabla 14

Manejo no quirúrgico

Manejo	Descripción
Descanso de la actividad física	Período de pausa de la actividad relacionada a la lesión deporte u ocupación), especialmente las actividades repetitivas o al movilizar objetos pesados.
Crioterapia	El hielo puede ser efectivo cuando la tendinopatía está asociada con la inflamación.
Terapia física	Contribuye a disminuir el dolor y la disfunción, mediante el ejercicio controlado realizando actividades como: ejercicios de estiramiento, de estabilización escapular, resistencia del manguito rotador y rango de movimiento.
Terapias adjuntas	Fonoforesis, iontoforesis y estimulación eléctrica, son terapias que suelen ser utilizadas para aliviar el dolor.
Fármacos antiinflamatorios	Uso principalmente de AINES (Ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno).
Infiltración de corticoesteroides	En casos específicos como la tendinopatía aguda puede ser efectiva la infiltración de estos fármacos, sin embargo, en la tendinopatía crónica, estos medicamentos se asocian a mayores daños y se sugiere evitarlos.

## Cefalea

### Definición

Se conoce con el nombre de cefalea al dolor recurrente e incapacitante en alguna zona de la cabeza o cuello, constituyéndose en una de las causas más frecuentes de visita al médico (Orozco, 2022).

Las cefaleas también se describen como una variedad de dolores de cabeza que, en lugar de ser un conjunto de enfermedades con una causa fisiopatológica común, constituyen una serie de quejas neurológicas ocasionadas por múltiples causas de diferente índole, generando preocupación tanto en los pacientes como en los médicos que las tratan.

### Epidemiología

La migraña ocupa el tercer lugar en términos de prevalencia mundial de enfermedades, afectando alrededor del 14.4% de la población. Se estima que entre 1.04 y 1.15 mil millones de personas padecen migraña, lo que resulta en un total de 45.1 millones de años de vida con discapacidad. Este trastorno afecta principalmente a personas en edad laboral y tiene un impacto significativo en los aspectos psicológicos, sociales y económicos.

Según la Organización Mundial de la Salud, la migraña constituye la principal causa de discapacidad entre los menores de 50 años, principalmente debido a su repercusión negativa en la capacidad para llevar a cabo actividades laborales y cotidianas (Escuela Nacional de Trabajo Social, 2020).

En el continente europeo, se registran tasas anuales de incidencia del 38% para la migraña, del 35% para la cefalea tensional y del 0.15% para la cefalea en racimos (Montañéz, 2020).

En Latinoamérica, se calcula que la migraña afecta a un porcentaje de mujeres que oscila entre el 6.5% y el 17.4%, y a hombres entre el 2.9% y el 7.8% (Osorio, 2020).

En Ecuador, el 15% de la población entre los 5 y 15 años experimenta dolores de cabeza, que abarcan tanto la migraña como el tipo tensional (Organización Panamericana de la Salud, 2018).

### Etiología

Las cefaleas se clasifican en dos grandes categorías que son: primarias y secundarias. Generalmente el mayor porcentaje de los casos observados en la práctica clínica corresponden a la categoría primaria, lo que significa que no hay una causa estructural subyacente que explique los síntomas. Un grupo minoritario, que representa menos del 10% de los pacientes, experimenta cefaleas secundarias, en las cuales hay una causa subyacente identificable que, en algunas ocasiones, puede tener un pronóstico desfavorable y poner en riesgo la vida (Orozco, 2022).

Tabla 15  
Clasificación de las cefaleas según su causa

<b>Cefaleas Primarias</b>	
<b>Migraña</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con aura</li> <li>• Sin aura</li> <li>• Crónica</li> <li>• Probable</li> </ul>
<b>Tensional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Episódica infrecuente de tipo tensional</li> <li>• Episódica frecuente de tipo tensional</li> <li>• Crónica de tipo tensional</li> <li>• Tensional probable</li> </ul>
<b>Trigémino-Autonómicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea en racimos</li> <li>• Hemicráneas paroxísticas</li> </ul>
<b>Otro tipo de cefaleas primarias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tusígena</li> <li>• Cefalea por esfuerzo físico primaria</li> <li>• Cefalea por actividad sexual primaria</li> <li>• Cefalea en trueno primaria</li> <li>• Cefalea por criostímulo</li> </ul>
<b>Cefaleas Secundarias</b>	
<b>Cefalea atribuida a traumatismo craneoencefálico o cervical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea aguda atribuida a traumatismo craneoencefálico</li> <li>• Cefalea causada por un traumatismo craneoencefálico</li> <li>• Cefalea aguda causada por hiperextensión cervical</li> <li>• Cefalea persistente causada por hiperextensión cervical</li> </ul>
<b>Cefalea atribuida a vasculopatía craneal o cervical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea causada por episodios isquémicos cerebrales</li> <li>• Cefalea originada por hemorragia intracraneal atraumática</li> <li>• Cefalea atribuida a malformación vascular sin ruptura</li> <li>• Cefalea atribuida a arteritis</li> <li>• Cefalea atribuida a trastorno de las arterias cervicales carótidas o vertebrales</li> <li>• Cefalea atribuida a flebotopías craneales</li> </ul>
<b>Cefalea causada por una alteración intracraneal no vascular</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevación de la presión del líquido cefalorraquídeo (LCR)</li> <li>• Neoplasias intracraneales</li> <li>• Secundarias a crisis epilépticas</li> <li>• Malformación de Chiari de tipo I (MC-I)</li> <li>• Cefalea atribuida a malformación de Chiari de tipo I (MC-I)</li> </ul>
<b>Cefalea causada por aplicación o inhibición de una sustancia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tusígena primaria</li> <li>• Por esfuerzo físico</li> <li>• Por actividad sexual</li> <li>• En trueno</li> </ul>
<b>Cefalea de origen infeccioso</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefalea atribuida a infección intracraneal</li> <li>• Cefalea atribuida a infección sistémica</li> </ul>
<b>Cefalea causada por alteraciones de la homeostasis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipoxia o hipercapnia</li> <li>• Diálisis</li> <li>• Hipertensión arterial</li> <li>• Hipotiroidismo</li> <li>• Ayuno</li> </ul>
<b>Cefalea o dolor facial atribuidos a trastornos del cráneo, cuello, ojos, oídos, nariz, senos paranasales, dientes, boca o de otras estructuras faciales o cervicales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismo óseo craneal</li> <li>• Traumatismo cervical</li> <li>• Trauma ocular</li> <li>• Trauma ótico</li> <li>• Trauma nasal o de los senos paranasales</li> <li>• Traumatismo dental</li> <li>• Alteraciones de la articulación temporomandibular</li> </ul>
<b>Cefalea causada por alteraciones psiquiátricas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatización</li> <li>• Psicótica</li> </ul>

## Factores de riesgo

Normalmente siempre hay un desencadenante para cualquier enfermedad y la cefalea no es la excepción, pero si se logran manejar y controlar, la persona puede llevar una vida normal. A continuación, se detallan algunos factores de riesgo:

La comida, algunos alimentos exacerbaban el cuadro, como: lácteos, chocolate, frutas cítricas, productos lácteos, carnes ahumadas, embutidos, frutos deshidratados, trigo vinagre y tomate, además el alcoholismo y ayuno prolongado. Es más frecuente en la población femenina, debido a los cambios hormonales durante el ciclo menstrual, la menopausia y anticonceptivos hormonales. Actividad física intensa e incluso la pequeña actividad de agacharse pueden ser un factor desencadenante. Los trastornos psiquiátricos también pueden precipitar y desencadenar una crisis migrañosa. Finalmente, existen factores de riesgo ambientales como exposición a luz muy brillante, sol intenso, cambios bruscos de temperatura o de presión atmosférica, sonidos agudos, olores penetrantes y baños con agua muy caliente afectan considerablemente (Chabusa, 2020).

## Cuadro Clínico

Dolor de cabeza, típicamente afecta a un lado mucho más que al otro, las características, duración e intensidad dependerán del agente causal, la Figura 45 muestra los diferentes tipos de cefalea de acuerdo al mecanismo que la produce.

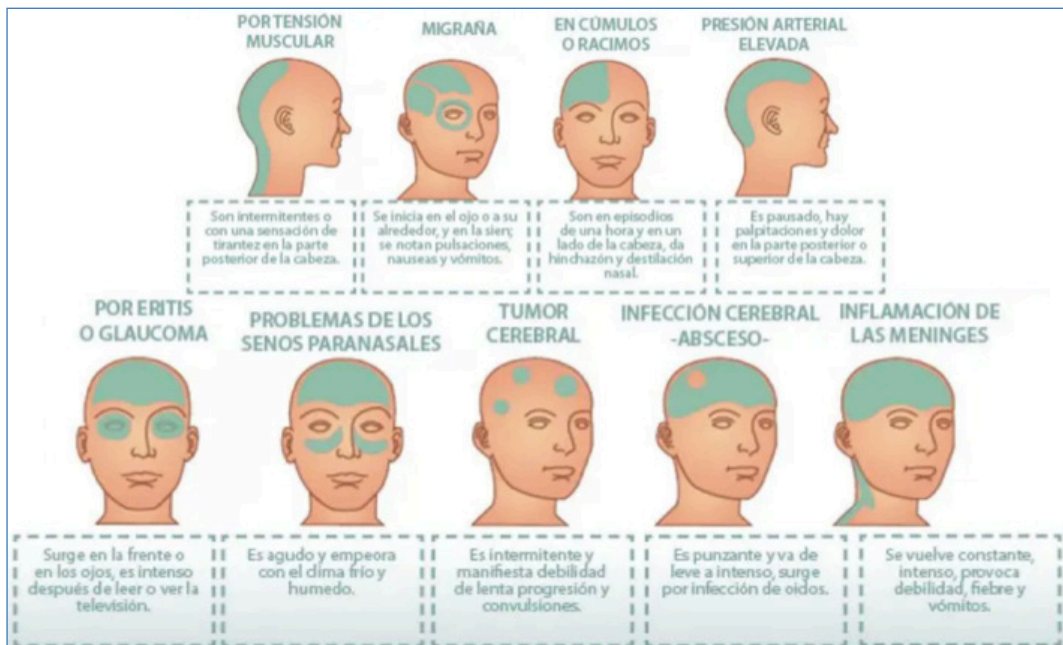


Figura 44

Tipos y características del dolor de cabeza

Tomado de: Tipos de dolores de cabeza", Centro de Fisioterapia y Rehabilitación (FISIOMIBE, 2021).

El aura, un síntoma neurológico comúnmente asociado con la migraña, precede el dolor de cabeza en alrededor del 30% de los casos. Esta aura suele manifestarse como una alteración visual, comenzando con una sensación de desenfoque y progresando a destellos, brillos o parpadeos en un lado del campo visual de la persona.

Náuseas, suelen ser característicos en los dolores de cabeza y en pocas personas progresa al vómito, siendo indicador de dolor agudo. Ciertos pacientes manifiestan que el vómito permite el alivio del dolor y por ende mejora la resolución del cuadro clínico. Algunas personas pueden presentar diarrea, polaquiuria, sensibilidad en el cuero cabelludo, vértigo y diaforesis.

## Diagnóstico y Exámenes Complementarios

La mayoría de los pacientes con cefalea pueden ser diagnosticados mediante una historia clínica completa y un examen físico detallado, sin la necesidad de pruebas adicionales. Sin embargo, la sospecha diagnóstica guiará la realización de estudios complementarios cuando sea necesario.

El médico puede solicitar los siguientes análisis; una punción lumbar con el fin de evaluar la presión del líquido cefalorraquídeo, análisis de sangre con la finalidad de determinar VSG, PCR, transaminasas, serología, hormonas, urea, creatinina, hemograma, sodio, calcio, catecolaminas y coagulación, neuroimagen (tomografía computarizada, resonancia magnética, angiografía cerebral, mielografía, cisternografía, radiografía simple, doppler transcraneal) utilizada generalmente para excluir una cefalea secundaria, electroencefalografía para detectar lesiones intracraneales, polisomnografía si se sospecha como principal causa la apnea del sueño, electrocardiografía junto con prueba de esfuerzo cuando se sospecha que el dolor es de origen cardíaco (Sociedad Española de Neurología, 2020).

## Intervenciones y Farmacología

El manejo implica abordar aspectos generales como los estilos de vida, alimentación, horas de sueño, la actividad física, así como el tratamiento farmacológico para las crisis y, en ocasiones, la terapia preventiva. La elección de los medicamentos se basa en la intensidad y la frecuencia de las crisis, la presencia de síntomas como náuseas o vómitos, las preferencias del paciente, la presencia de otras condiciones médicas como enfermedades cardiovasculares y otros tratamientos concurrentes.

El tratamiento preventivo tiene como objetivo reducir la frecuencia de las crisis, su severidad y duración, los medicamentos que se utilizan son betabloqueadores como el propranolol a dosis de 20-40mg, antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina dosis de 10mg hora sueño, anticonvulsivantes como el ácido valproico dosis 20-30 mg/kg/día en 2 tomas. Para el tratamiento agudo son ideales los analgésicos acompañados de un antiácido (omeprazol), los fármacos a utilizar son el ibuprofeno (10 a 20 mg/kg/dosis VO), paracetamol (15-20 mg/kg/6-8h VO), naproxeno (5-10 mg/kg/12h VO). El antiemético utilizado es la metoclopramida que puede usarse de 0,4 a 2 mg/Kg/día.

Dentro del régimen terapéutico, se encuentran las medidas preventivas, que tienen como objetivo disminuir la frecuencia, la intensidad y la duración de las crisis. Se emplean varios tipos de fármacos, dentro de los cuales están betabloqueantes como el propranolol en dosis de 20-40mg, antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina en dosis de 10mg antes de dormir, y anticonvulsivantes como el ácido valproico en dosis de 20-30 mg/kg/días repartidos en dos tomas. Para el tratamiento agudo, se recomiendan analgésicos acompañados de un antiácido como el omeprazol, los analgésicos comúnmente utilizados son ibuprofeno (10 a 20 mg/kg/dosis), paracetamol (15-20 mg/kg cada 6-8 horas) y naproxeno (5-10 mg/kg cada 12 horas). El antiemético utilizado es la metoclopramida en una dosis que varía entre 0,4 a 2 mg/kg/día.

El estatus migrañoso puede durar varios días sin remitir, con náuseas y vómitos, por lo que resulta necesario administrar fluidoterapia, analgesia intravenosa, los triptanes y antiinflamatorios no esteroideos (Solano, 2020). En la Figura 46 se puede observar un resumen sobre los fármacos que se deben utilizar según el tipo de cefalea.

Es importante mencionar que también se puede utilizar medidas no farmacológicas que son un conjunto de estrategias encaminadas a evitar los factores desencadenantes reconocidos, entre lo que se encuentran; trastornos psiquiátricos, uso de píldoras anticonceptivas, ciertas comidas, factores medio-ambientales, ciertos medicamentos, en necesario hacer énfasis en la adopción de hábitos saludables que incluyen dormir las 8 horas diarias, tener 5 comidas al día, beber agua de acuerdo al peso y realizar ejercicio físico mínimo 3 veces a la semana (Gómez, 2021).

 CLASIFICACIÓN	 CARACTERÍSTICAS	 FÁRMACOS PARA PREVENIR CEFALEAS	 FÁRMACOS PARA PONER FIN A LAS CEFALEAS
Cefaleas primarias Cefalea en racimos	Fijar los objetivos de los cuidados y los objetivos deseados e identificar las actuaciones de enfermería apropiadas	Litio y verapamilo	DHE, ergotamina, glucocorticoides, lidocaína, oxígeno y sumatriptán
Migrañas	Moderada o intensa, a menudo unilateral, generalmente pulsátil; con o sin aura	Antagonistas de los receptores $\beta$ - adrenérgicos, anticonvulsivos, antidepresivos, antagonistas de los canales del calcio, AINE, y antagonistas de los receptores serotoninérgicos 5-HT <sub>2</sub>	DHE, ergotamina, isometepteno, AINE, tramadol y triptanos
Cefalea tensional	Leve o moderada, bilateral, no pulsátil; presión similar a una cinta	Amitriptilina	Relajantes musculares y AINE
Cefaleas secundarias	Las características varían dependiendo de la causa subyacenteb	Ninguno	Ninguno (tratar el trastorno subyacente)

Figura 45

Tratamiento farmacológico de las cefaleas

Tomado de: Elsevier (2019).

Existen otras opciones que disminuyen significativamente la intensidad de las cefaleas como el tratamiento con biorretroalimentación electromiográfica que utiliza ventosas ubicadas en los músculos del paciente para producir una señal visual o auditiva, otro método es la intervención basada en la conciencia plena que incluyen el entrenamiento en meditación, la estimulación magnética transcraneal emplea campos magnéticos para estimular las células nerviosas del cerebro y así mejorar los síntomas de la depresión. Por otro lado, el tratamiento multimodal tiene como objetivo crear y aplicar terapias personalizadas adaptadas a las necesidades y problemas específicos de cada paciente (Andrasik, 2018).

## Anemia

### Definición

La anemia es la alteración analítica adquirida más frecuente, se define como la reducción del contenido de hemoglobina (Hb) o de la cantidad de glóbulos rojos menor a los parámetros normales para la edad, estado fisiológico y sexo, debido a alteraciones en la producción, defectos congénitos en la producción de Hb (anemia falciforme y otras hemoglobinopatías, incluida la talasemia), destrucción de los glóbulos rojos (hemólisis), o por pérdida de sangre. Sin embargo, hay otras de origen parasitario, en particular la malaria y los anquilostomas. Además, las infecciones bacterianas pueden empeorar la anemia persistente (Reyes et al., 2024).

### Epidemiología

La anemia es considerada, según las estadísticas oficiales de la OMS, uno de los problemas de salud pública de mayor severidad en el mundo. Puesto que se estima que el 24,8%, aproximadamente 1.620 millones de personas están afectadas por esta patología (López et al., 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la principal causa de la anemia, especialmente en países con desarrollo económico medio y bajo, sería la deficiencia de hierro. Las regiones más afectadas por la anemia son África, con un 67,6%, y Asia Sudoriental, con un 65,5%, mientras que en el Mediterráneo Oriental se sitúa en un 46%, y en otras regiones como América, Europa y el Pacífico Occidental es del 20%.

En Latinoamérica y el Caribe, se estima que hay 22,5 millones de menores que sufren de anemia, siendo la edad más vulnerable entre los 6 y los 24 meses (ver Tabla 16).

En embarazadas, la distribución de anemia es semejante, tal como se muestra en la Tabla 17. En mujeres no embarazadas, la prevalencia global es levemente inferior que en las embarazadas, como se presenta en la Tabla 18.

En Ecuador, aproximadamente siete de cada diez menores de 12 meses tienen anemia debido a la falta de hierro. Estas cifras son significativamente más altas en

poblaciones rurales e indígenas. Por ejemplo, en Chimborazo, una región con una alta población indígena, la tasa de desnutrición alcanza el 44%, mientras que el promedio nacional es del 19% (Organización Mundial de la Salud, 2013).

La Figura 47, nos expone cómo se distribuye la anemia en preescolares en el mundo, poniendo en evidencia que las zonas más afectadas son los países de desarrollo económico mediano y bajo, generando que esta patología sea un indicador de pobreza y desnutrición.

## Etiología

El nivel de hierro en el estado nutricional de una persona está influenciado por el equilibrio resultante de varios factores, incluyendo la cantidad de hierro en la dieta, la capacidad de absorción del organismo (biodisponibilidad), las pérdidas de hierro y las necesidades del cuerpo durante el crecimiento.

En la Tabla 19 se muestran las causas de anemia ferropénica (Comité Nacional de Hematología, 2009).

Tabla 16

Distribución epidemiológica de la anemia en preescolares

Región / país	Afectación
Asia Suroriental	65,5%
Pacífico Occidental	23,1%
Europa	21,7%
Mediterráneo Oriental	46,7%
África	67,6%
Américas	29,3%

Tabla 17

Distribución epidemiológica de la anemia en las embarazadas

Región / país	Afectación
Asia Suroriental	48,2%
Pacífico Occidental	30,7%
Europa	25%
Mediterráneo Oriental	44,2%
África	57,1%
Américas	24,1%

Tabla 18

Distribución epidemiológica de la anemia en mujeres no embarazadas

Región / país	Afectación
Asia Suroriental	45,7%
Pacífico Occidental	21,5%
Europa	19%
Mediterráneo Oriental	32,4%
África	47,5%
Américas	17,8%

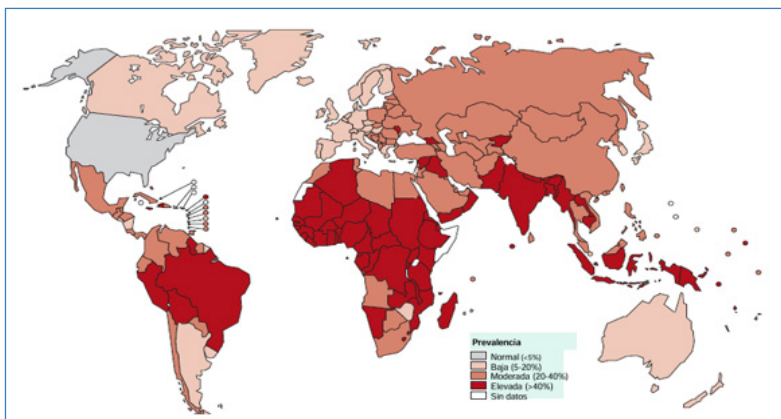


Figura 46

Prevalencia de anemia en niños en edad preescolar en el mundo.

Tomado de: De Benoist et al. (2008).

**Tabla 19**  
*Causas anemia ferropénica*

<b>Pérdidas sanguíneas</b>	Las mujeres con menstruaciones abundantes Las hemorragias de órganos internos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pólipo de colón</li> <li>• Cáncer de colon y recto</li> <li>• Hernia de hiato</li> <li>• Tumo renal, ovario o vejiga</li> <li>• Fibromas uterinos</li> <li>• Úlcera péptica</li> <li>• Hemorragia gastrointestinal por el consumo excesivo de antiinflamatorios no esteroideos.</li> </ul>
<b>Falta de hierro en la dieta</b>	Ausencia de alimentos como; la carne, los huevos y los cereales integrales.
<b>Incapacidad para absorber hierro</b>	Enfermedades intestinales como: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad de Crohn</li> <li>• Enfermedad celiaca</li> <li>• Síndrome de intestino corto</li> </ul> Fármacos que interfieren con la absorción <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibidores de la bomba de protones (IBP)</li> </ul>
<b>Embarazo</b>	Aumento de la demanda para la producción de glóbulos rojos y de las demandas del feto para su desarrollo.

## Factores de riesgo

Existen varios factores que aumentan el riesgo de padecer esta patología:

1. Historia familiar.
2. Alimentación deficiente.
3. Enfermedades intestinales.
  - Enfermedad de Crohn.
  - Enfermedad celiaca.
  - Síndrome de intestino corto.
4. Alteraciones en la Menstruación.
5. Embarazo, por el aumento de los requerimientos.
6. Enfermedades crónicas.
  - Cáncer.
  - Insuficiencia renal.
  - Insuficiencia hepática.
  - Hemorragia por una úlcera gástrica o un pólipo de colon.

Algunas infecciones, enfermedades sanguíneas y trastornos autoinmunitarios, así como la exposición a sustancias químicas tóxicas y el uso de ciertos medicamentos, pueden afectar la producción de células sanguíneas, lo que puede llevar a la aparición de anemia. Además, ciertos grupos de personas tienen un mayor riesgo de desarrollar anemia, como aquellas que padecen diabetes, aquellas con dependencia al alcohol

(ya que el alcohol puede interferir con la absorción de ácido fólico), y aquellas que siguen una dieta vegetariana estricta que pueda ser deficiente en hierro o vitamina B12. (Giménez, 2018).

## Cuadro Clínico

Los individuos pueden experimentar una variedad de síntomas y signos asociados con la anemia, que incluyen fatiga, debilidad, taquicardia, palidez, dificultad para respirar, fiebre, escalofríos y dolor en el pecho o la espalda. Sin embargo, la intensidad de estos síntomas puede variar de un paciente a otro debido a las características individuales de cada persona. En algunos casos menos frecuentes, pueden aparecer otras manifestaciones clínicas como ictericia, orina oscura, fiebre, vómitos, diarrea, dolor abdominal y alteraciones del estado mental (Solórzano et al., 2018).

Tabla 20

*Síntomas y signos de la anemia*

<b>Cardiovasculares y respiratorios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiomegalia.</li> <li>• Pulso rápido y amplio.</li> <li>• Soplos.</li> <li>• Angina.</li> <li>• Edema.</li> <li>• Taquipnea.</li> <li>• Disnea de esfuerzo.</li> <li>• Ortopnea.</li> </ul>
<b>Genitourinarios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de la lívido.</li> <li>• Impotencia.</li> </ul>
<b>Cutáneos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palidez de piel, conjuntivas y lecho ungueal.</li> <li>• Fragilidad de cabello y uñas.</li> </ul>
<b>Gastrointestinales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas.</li> <li>• Anorexia.</li> </ul>
<b>Neurológicos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cansancio.</li> <li>• Pérdida de concentración.</li> <li>• Cefalea.</li> <li>• Acúfenos.</li> <li>• Vértigo</li> <li>• Menor tolerancia al frío.</li> </ul>

## Diagnóstico y Exámenes Complementarios

El diagnóstico de deficiencia de hierro se establece mediante un interrogatorio detallado, centrándose en la historia de pérdida de sangre, la duración de la anemia, antecedentes familiares de la enfermedad y el uso de medicamentos. Durante el examen físico, es importante buscar signos de esplenomegalia y realizar pruebas para detectar sangre oculta en las heces (ver Tabla 21).

## Intervenciones y Farmacología

El objetivo del tratamiento es identificar y tratar la causa. El tratamiento puede ser ambulatorio con fármacos enviados a casa y en algunos casos puede ser necesaria una transfusión de glóbulos rojos sedimentados (Martínez, 2018) (ver Tabla 22).

## Pronóstico

Los niños que padecen este síndrome experimentan desventajas tanto a corto como a largo plazo en su desarrollo intelectual y en su comportamiento social. Esto afecta procesos cognitivos, mentales y motores, en comparación con niños sanos. En el caso de los adultos, la deficiencia de hierro está vinculada a una disminución en la productividad y en la capacidad física e intelectual (Vega, 2008).

Tabla 21

*Criterios diagnósticos de la anemia*

<b>Interrogatorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes de prematuridad, embarazos múltiples y déficit de hierro en la madre.</li> <li>• Antecedentes de patología perinatal.</li> <li>• Hábitos alimenticios: déficit en la ingesta de alimentos ricos en hierro, exceso de carbohidratos y leche, etc.</li> <li>• Pérdidas de sangre: color de heces, epistaxis, disnea, hematuria, hemoptisis, etc.</li> <li>• Trastornos gastrointestinales</li> </ul>
<b>Examen físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palidez cutáneo-mucosa.</li> <li>• Retardo del desarrollo pondoestatural.</li> <li>• Esplenomegalia leve, telangiectasias, alteración de tejidos epiteliales (uñas, lengua) y alteraciones óseas.</li> </ul>
<b>Estudios de laboratorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemograma:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemoglobina y hematócrito: disminuidos</li> <li>• Recuento de reticulocitos</li> </ul> </li> <li>• Índices hematimétricos:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Morfología eritrocitaria: hipocromía, microcitosis, ovalocitosis, policromatofilia, punteado basófilo (eventualmente).</li> <li>• Amplitud de Distribución Eritrocitaria (ADE): elevada.</li> <li>• Volumen Corpuscular Medio (VCM): Disminuido.</li> <li>• Concentración de Hemoglobina Corpuscular Media (CHCM): disminuida.</li> </ul> </li> <li>• Pruebas que evalúan el estado del hierro:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferritina sérica: Disminuida.</li> <li>• Hemosiderina en médula ósea: Disminuida/Ausente. Capacidad total de saturación de hierro (CTSH): Aumentada.</li> <li>• Ferremia: Disminuida.</li> </ul> </li> </ul>

Tabla 22

*Tratamiento de la anemia*

<b>Corrección de la causa subyacente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementación de una dieta adecuada.</li> <li>• Tratamiento de las infecciones parasitarias.</li> <li>• Manejo del reflujo gastroesofágico.</li> <li>• Control de síndromes de malabsorción y pérdidas ocultas, entre otros.</li> </ul>
<b>Tratamiento con hierro</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se puede administrar hierro por vía oral o parenteral según las necesidades individuales de cada paciente.</li> </ul>
<b>Transfusión de sangre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuando la concentración de hemoglobina es igual o mayor a 7 g/dl, se evita la transfusión a menos que sea necesaria para corregir la hipoxemia en pacientes con insuficiencia respiratoria.</li> <li>• Cuando la concentración de hemoglobina es menor a 7 g/dl, se considera la transfusión:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para corregir descompensación hemodinámica.</li> <li>• En casos de insuficiencia respiratoria asociada.</li> </ul> </li> <li>• Cuando hay factores agravantes como desnutrición, infección o diarrea crónica.</li> <li>• La transfusión es esencial cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 5 g/dl.</li> </ul>

Tomado de: Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento (Arch Argent Pediatr., 2009).

## Dislipidemia

### Definición

Se trata de una enfermedad que no presenta síntomas, originada por la elevación de los niveles de lípidos en la sangre, que consecuentemente genera aumento de los niveles de colesterol y de los triglicéridos, así como una disminución del colesterol asociado a lipoproteínas de alta densidad (HDL) (ver Figura 47).

La dislipidemia es una alteración en el metabolismo de los lípidos que resulta en niveles anormales de estos compuestos, ya sea en exceso o en déficit. Estas anomalías constituyen un factor de riesgo importante para el desarrollo de aterosclerosis, y se ha comprobado que mantener bajo control dichas alteraciones ayuda a reducir la aparición de eventos isquémicos (Hidalgo & Cañarte, 2022).

### Epidemiología

Reportes estadísticos a nivel mundial revelan que en la población general el 32% de los casos con dislipidemia se registra en hombres y el 27% en mujeres, siendo más frecuente en hombres mayores de 45 años y en mujeres mayores de 55 años (Villa, 2018).

Como se mencionó anteriormente, las dislipidemias se constituyen en un factor determinante para la aparición de enfermedades cardiovasculares y estas patologías a su vez representan el 31% del total de las defunciones en América Latina y el Caribe, se prevé que se producirán aproximadamente 20.7 millones de muertes por esta causa en los próximos 10 años (Bermudez et al., 2023).



**Figura 47**

*Diferencia entre la acción del HDL Y LDL dentro de los vasos sanguíneos*

Tomado de: Prosperi (2016).

En 2019, Ecuador se destacó como uno de los países con una de las incidencias más altas de dislipidemias, registrando un índice del 82%. Mientras que las patologías que se originan de ella, representaron uno de los principales factores de mortalidad en grupos vulnerables como los adultos mayores, con un índice del 13,6%. Además, se observó que las dislipidemias mixtas afectaron al 19,3% de hombres de entre 45 y 54 años, así como a mujeres de entre 55 y 64 años (Moreira et al., 2022).

## Etiología

Desde el punto de vista clínico existen 4 tipos de dislipidemias: hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, dislipidemia mixta y colesterol de las lipoproteínas de alta densidad (cHDL) bajo. Las razones detrás de cada una de estas pueden ser de origen primario o genético, así como secundarias a enfermedades sistémicas, tal como se detalla en la Tabla 23.

Existen motivos genéticos que originan en mutaciones que incrementan la producción o disminuyen la eliminación de triglicéridos y colesterol. Por otro lado, las causas secundarias están mayormente vinculadas a hábitos de vida insanos como la ingesta de dietas con alto contenido calórico y exceso de grasas saturadas, grasas trans y colesterol. También están relacionadas con enfermedades como la diabetes mellitus

Tabla 23

Clasificación de las dislipidemias y sus causas

Hipertrigliceridemia	Hipercolesterolemia	Dislipidemia mixta	cHDL Bajo
<b>Trastornos primarios</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiencia de lipoproteinlipasa</li> <li>Deficiencia de APOCII</li> <li>Hipertrigliceridemia familiar</li> <li>Disbetalipoproteinemia</li> <li>Hiperquilomicronemia familiar</li> <li>Hiperlipidemia familiar combinada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipercolesterolemia familiar</li> <li>Hipercolesterolemia poligénica</li> <li>Mutaciones en el gen que codifica para la apoB-100</li> <li>Sitosterolemia</li> <li>Mutaciones en el gen que codifica LDL-R</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hiperlipidemia familiar combinada</li> <li>Disbetalipoproteinemia</li> <li>Variaciones genéticas de la apo E</li> <li>Deficiencia familiar de lipasa hepática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hipoalfalipoproteinemia</li> <li>Mutaciones de la apoAI</li> <li>Deficiencia de LCAT</li> <li>Deficiencia de ABCA1</li> </ul>
<b>Trastornos secundarios</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Diabetes mellitus.</li> <li>Hipotiroidismo.</li> <li>Enfermedad renal crónica.</li> <li>Dieta rica en hidratos de carbono.</li> <li>Sobrepeso y obesidad.</li> <li>Resistencia a la insulina.</li> <li>Ciertos medicamentos: estrógenos, etanol, beta bloqueadores, inhibidores de proteasa, esteroides, retinoides, resinas de unión de ácidos biliares, antipsicóticos, lipodistrofias, tiazidas, esteroides anabólicos, inmunosupresores.</li> <li>Alteraciones hepáticas.</li> <li>Patologías autoinmunes.</li> <li>Aliteraciones renales.</li> <li>Acromegalia, síndrome de Cushing.</li> <li>Virus de inmunodeficiencia humana.</li> <li>Infección de hepatitis C.</li> </ul>			

Tomado de: Vargas et al. (2020).

tipo 2, hipotiroidismo, nefropatía crónica, ciertos medicamentos y el alcoholismo (Feria et al., 2019).

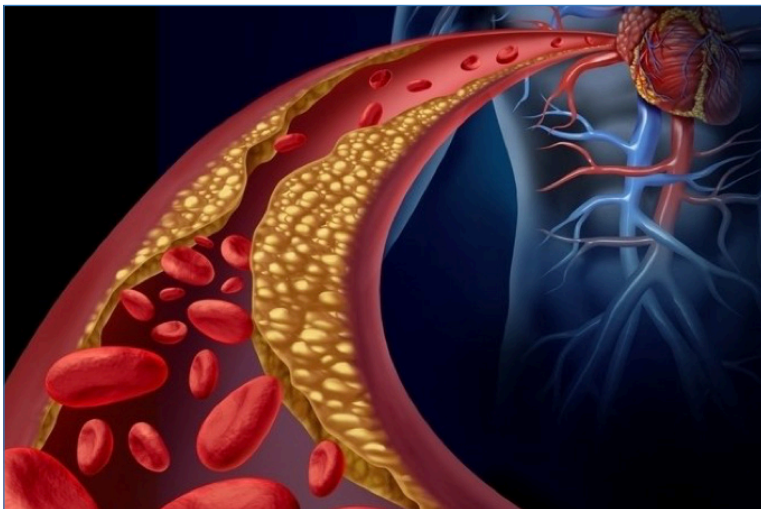
## Factores de riesgo

Los factores que aumenta el riesgo de desarrollar dislipidemias son principalmente las alteraciones significativas en el entorno, hábitos de vida de la persona como escasa actividad física, edad (común en adultos jóvenes y mayores), género masculino, el alto consumo de alimentos ricos en calorías, alteraciones en la composición de los alimentos, sobrepeso y obesidad, presión arterial, diabetes, enfermedad coronaria, consumo excesivo de alcohol y factores hereditarios (ver Figura 48).

## Cuadro Clínico

Las dislipidemias generalmente no se manifiestan con síntomas específicos ni se detectan mediante hallazgos en la exploración física. En ciertas ocasiones, se identifican al tratar a pacientes que presentan complicaciones clínicas relacionadas con la aterosclerosis prematura en cualquier área vascular, o después de una pancreatitis aguda.

Algunos pacientes pueden experimentar síntomas como dolor de cabeza y vértigos, aunque son pocos. Además, hay otros indicadores clínicos importantes que deben ser detectados, como el arco corneal en personas jóvenes y la presencia de xantomas tuberosos, planos y tendinosos en codos, manos, rodillas y tobillos, los cuales sugieren niveles muy altos de colesterol durante un período prolongado. Las dislipidemias pueden dar lugar a enfermedades cerebro-cardiovasculares sintomáticas, como enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular o enfermedad arterial periférica, así como a esteatosis hepática y pancreatitis (Riveros, 2021).



■ Figura 48

*Las dislipidemias como factor de riesgo modificable de enfermedad cardiovascular*  
Tomado de: Bezerra (2022).

## Diagnóstico y Exámenes Complementarios

Para diagnosticar la dislipidemia, es esencial realizar pruebas de perfil lipídico en sangre después de un ayuno de 10 a 12 horas. Los valores normales son de colesterol total < 200 mg/dl, triglicéridos < 150 mg/dl y c-HDL > 40 mg/dl. El colesterol de lipoproteínas de baja densidad, que evalúa el riesgo asociado con lipoproteínas aterogénicas, sigue siendo la medida más utilizada como objetivo de tratamiento. Se calcula mediante la fórmula de Friedewald (únicamente cuando los niveles de triglicéridos sean menores de 400 mg/dl): C-LDL = Colesterol total - [c-HDL + (triglicéridos /5)]. Para pacientes con un riesgo cardiovascular muy alto, el objetivo es alcanzar un valor < 70 mg/dl; para aquellos con un riesgo cardiovascular alto, < 100 mg/dl; y para aquellos con un riesgo cardiovascular moderado o bajo, < 115 mg/dl (Sapunar et al., 2018).

## Intervención y Farmacología

La adopción de hábitos saludables, como una dieta equilibrada y la práctica regular de ejercicio, ayudan a reducir la incidencia de dislipidemia al disminuir el estrés oxidativo y los procesos inflamatorios. Tanto la actividad física como la dieta juegan un papel fundamental en la pérdida y mantenimiento del peso corporal. Los ejercicios aeróbicos mejoran el control de la glucemia, los niveles de lípidos y la presión arterial, por lo que se recomienda realizar actividad física moderada durante 3,5 a 7 horas por semana o de 30 a 60 minutos diarios, además de ejercicios de fortalecimiento muscular al menos dos veces por semana.

En lo que respecta a la alimentación, se recomienda una ingesta abundante de frutas, verduras, granos integrales, nueces, legumbres, cereales ricos en fibra, lácteos bajos en grasa, pescado, carne magra y pollo. Es importante limitar el consumo de grasas saturadas a menos del 7% de la ingesta calórica diaria, las grasas trans a menos del 1%, y mantener el consumo de colesterol por debajo de los 200 mg al día. Se aconseja también restringir el consumo de azúcares y alcohol, así como evitar el tabaco, y se considera la posibilidad de suplementar la dieta con ácidos grasos poliinsaturados omega-3 (Pavía et al., 2020).

Los fármacos utilizados para el tratamiento de las dislipidemias incluyen: las estatinas, que disminuyen la producción de colesterol en el hígado; inhibidores de la absorción del colesterol, favorecen progresivamente a la disminución de los niveles de colesterol que llega al hígado; quelantes de ácidos biliares, son resinas de intercambio que se unen a estos ácidos; inhibidores de la proteína convertasa subtilisina/kexina 9, que actúan sobre la PCSK9 controlando los LDL; lomitapida, inhibe la formación de lipoproteínas de muy baja densidad en el hígado y de quilomicrones en el intestino; mipomersen, es un oligonucleótido que reduce la producción de lípidos y lipoproteínas aterogénicas; fibratos que son agonistas del receptor alfa activado del proliferador de peroxisoma; ácidos grasos n-3 se usan para reducir los triglicéridos; ácido nicotínico que tiene acción clave en el hígado y el tejido adiposo (Sociedad Europea de Cardiología, 2020).

## Dermatitis

### Definición

La dermatitis es una inflamación de la capa superior de la piel que causa picazón, ampollas, enrojecimiento, hinchazón y, a menudo, descamación, formación de costras y supuración. La dermatitis es un término general que describe irritaciones comunes de la piel. Tiene muchas causas y formas y, a menudo, implica piel seca, picazón o sarpullido, o puede causar ampollas, sarpullidos, picazón o descamación de la piel (Lázaro et al., 2019)

### Epidemiología

La prevalencia de la dermatitis atópica (DA) en la población general es difícil de determinar, sin embargo, se estima que entre el 15% y el 30% de los infantes en los países desarrollados padecen la enfermedad. El 60% de los casos se diagnostican antes del año de edad y alrededor del 85% se desarrollan antes de los cinco años. El número de pacientes infectados se ha duplicado o incluso triplicado en las últimas tres décadas, lo que plantea un importante problema de salud pública mundial.

Las tasas de incidencia son similares en ambos sexos, sin embargo, existen importantes diferencias raciales y geográficas, lo que sugiere la participación de factores ambientales en la aparición de la enfermedad. Por otro lado, existen datos de agregación familiar y la prevalencia de DA en hijos de familiares de primer y segundo grado afectados puede alcanzar el 39% y el 19%, respectivamente. Todo esto sugiere que existe una importante predisposición genética y que los factores ambientales pueden modificar el desarrollo de la enfermedad (Bagazgoitia et al., 2019).



■ **Figura 49**  
*Características de la dermatitis*  
Tomado de: Stander (2021).

## Clasificación

La Tabla 24 proporciona una clasificación detallada y definiciones de los distintos tipos de dermatitis, ayudando a entender mejor sus características y diferencias. Los tres tipos principales que se describen son la dermatitis atópica, seborreica y por contacto.

Tabla 24  
Tipos de dermatitis

Tipo	Definición
<b>Atópica</b>	Aparecen lesiones cutáneas de color gris rojizo, picor e incluso descamación, especialmente en los pliegues de la piel. Esto es más común en infantes. Pese a que se desconoce la causa exacta de la dermatitis atópica, se sabe que es un trastorno genético asociado con una respuesta del sistema inmunológico.
<b>Seborreica</b>	Afecta principalmente a las zonas grasas del cuero cabelludo y la piel, como las orejas, los costados de la nariz, los párpados, la barba y el pecho. Adicionalmente, puede provocar enrojecimiento, descamación y manchas. Parece estar relacionado con la bacteria <i>Malassezia</i> , que puede estar presente en la producción de grasa de la piel. Con cambios en el sistema inmunológico.
<b>Por contacto</b>	Provoca ampollas, enrojecimiento, sensibilidad y picazón en áreas de la piel que entran en contacto directo con el irritante. Por ejemplo, joyas, cosméticos, jabón o detergente.

## Etiología

### Dermatitis Atópica

- Multifactorial, con una base genética y factores gatillantes ambientales. Se dividen en factores intrínsecos y extrínsecos

### Intrínsecos

- Factores genéticos: patrón genético complejo, barrera cutánea alterada (sequedad extrema, función de barrera del estrato córneo alterada, atribuida a deficiencia de ceramida y mutaciones en el gen de la filagrina).
- Cambios psiquiátricos: el prurito crónico conduce a una disminución de la calidad de vida y puede provocar la aparición de DA.
- Alteraciones inmunológicas: La respuesta Th1/Th2 está desequilibrada, siendo la respuesta Th2 la dominante en la fase aguda y la respuesta Th1 la dominante en la fase crónica.

### Extrínsecos

- Alérgenos del aire: Los más comunes son los ácaros, el polen, la caspa de animales y los hongos.
- Autoantígenos: Autoanticuerpos IgE dirigidos contra antígenos proteicos epidérmicos.
- Alimentos: el 40% de las personas tiene reacciones alimentarias de moderadas a graves, más comúnmente a los huevos, la leche, el maní, la soja y el trigo.

- Irritantes: Irritación por factores externos, jabones, detergentes, fibras de ropa, etc. Productos sustitutivos de la barrera cutánea.
- Microorganismos: Activación inmune, especialmente *Staphylococcus aureus*, que coloniza la piel del 90% de los pacientes con dermatitis atópica (Sandoval, 2019).

## Factores de riesgo

La Tabla 25 aborda los factores de riesgo asociados con la dermatitis, ofreciendo una visión integral de las enfermedades relacionadas y comorbilidades que frecuentemente acompañan a este trastorno de la piel.

Tabla 25

*Factores de riesgo de la dermatitis*

<b>Enfermedades propias de la atópica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rinitis</li> <li>• Asma</li> <li>• Blefarconjuntivitis</li> <li>• Elevada probabilidad de alergia por alimentos y a los ácaros del polvo doméstico y a otros alérgenos.</li> </ul>
<b>Comorbilidades frecuentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dermatitis por contacto</li> <li>• Pérdida del cabello</li> <li>• Ictosis vulgar</li> <li>• Síndrome de Nethertón</li> <li>• Vitíligo</li> <li>• Síndrome de Kawasaki</li> <li>• Celiaquía</li> </ul>
<b>Asociada con:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansiedad y depresión</li> <li>• Linfomas</li> <li>• Carcinomas cutáneos</li> </ul>

## Cuadro Clínico

La dermatitis causa:

- Irritación en la piel.
- Comezón.
- Inflamación.
- Supuración.
- Formación de costras.
- Ampollas (a veces).
- Engrosamiento de la piel o liquenificación (en la dermatitis crónica).

La dermatitis crónica a menudo provoca engrosamiento y deterioro de la piel. Cualquier tipo de inflamación de la piel puede complicarse con una infección (Ruenger, 2023) (ver Figura 50).

## Diagnóstico y Exámenes Complementarios

El diagnóstico se basa en una variedad de signos y síntomas clínicos (ver Tabla 26). El pediatra diagnostica una sospecha de dermatitis con picazón intensa y características persistentes o recurrentes. La afectación cutánea no es característica de la dermatitis atópica y, por tanto, su diagnóstico se basa en su asociación con diversas características clínicas.

En pacientes con antecedentes de atopia, la presencia de lesiones ecematosas pruriginosas y crónicas o recurrentes con forma y distribución típicas es esencial para el diagnóstico. La lesión primaria fue eccema, acompañada de picazón intensa. Las lesiones se clasifican según el tiempo de evolución:

- Agudas: eritema, vesiculación, exudado, excoiación.
- Subagudas: pápulas eritematosas, descamación, excoiación.
- Crónicas: liquenificación, engrosamiento de la piel, pápulas fibróticas, aumento de pliegues (Escarrer & Guerra, 2019).

Tabla 26

Diagnóstico de la dermatitis

<b>Dermatitis seborreica</b>	Es asintomático y aparece en las primeras semanas de vida como una erupción grasosa y amarillenta en el cuero cabelludo, las cejas y los pliegues inguinales.
<b>Dermatitis irritativa de contacto</b>	Esto suele ser causado por irritantes no alérgicos que se limitan al área expuesta. A menudo se vincula con dermatitis debido al aumento de la sensibilidad de la piel.
<b>Dermatitis alérgica de contacto:</b>	Las lesiones se parecen a la dermatitis sin embargo se limitan a áreas que han estado en contacto con el alérgeno.
<b>Escabiosas o sarna</b>	Infección causada por ácaros de la sarna, caracterizada por el desarrollo de lesiones lineales formando conductos ecresinos y nacarados, acompañada de prurito nocturno y que afecta a otros integrantes del hogar.
<b>Impétigo y síndrome de piel escaldada por estafilococo</b>	Las infecciones de la piel por <i>Staphylococcus aureus</i> son comunes en personas con dermatitis atópica.
<b>Infecciones micóticas</b>	Aparecen como manchas eritematosas con bordes activos y escamosos; la tiña versicolor ocurre principalmente en la espalda y es poco común en la infancia.
<b>Infecciones virales</b>	Infección por herpes simple, local o diseminada.
<b>Ictiosis vulgar</b>	Enfermedad autosómica dominante que causa escamas gruesas en las extremidades.
<b>Psoriasis</b>	e presenta como lesiones eritematosas pruriginosas en placas bien circunscritas ubicadas en codos y rodillas y afecta las uñas y el cuero cabelludo.
<b>Enfermedades metabólicas</b>	Falta de zinc, déficit de biotina, fenilcetonuria.
<b>Inmunodeficiencias</b>	El síndrome de Omenn, el síndrome de Wiscott-Aldrich, el síndrome de hiper IgE y otras deficiencias inmunitarias pueden hacer que la erupción se confunda con la DA hasta que aparezcan otros síntomas relacionados con la enfermedad subyacente.
<b>Enfermedades malignas</b>	Linfoma cutáneo de células T, histiocitosis de células de Langerhans.
<b>Dermatitis herpetiforme</b>	Se asocia con enfermedad celíaca clínica o subclínica y se manifiesta como una erupción vesicular simétrica, muy pruriginosa, que afecta la superficie extensora y la región lumbar.

## Intervenciones y Farmacología

La Tabla 27 proporciona una visión detallada de los tratamientos disponibles para la dermatitis, comenzando con la educación del paciente y su familia sobre la naturaleza crónica de la enfermedad, y la posibilidad de mejora con el tratamiento y cuidado adecuado.

Además, se exploran estrategias preventivas para minimizar las exacerbaciones, tales como mantener una adecuada hidratación de la piel y evitar factores que puedan deteriorar la barrera cutánea. La Tabla también aborda el manejo de síntomas específicos como el prurito y las infecciones, proponiendo tratamientos tópicos y sistémicos que se ajustan según la severidad de los casos.

Concluyendo con una revisión de las opciones farmacológicas para el control de la inflamación durante los brotes, en la Tabla se detalla el uso correcto de corticoides tópicos y otros medicamentos antiinflamatorios.

**Tabla 27**

*Tratamiento de la dermatitis*

<b>Educación del paciente y su familia</b>	Deben comprender que se trata de una enfermedad crónica que no se puede curar sin embargo que mejorará con la edad y el tratamiento adecuado.
<b>Evitar exacerbaciones</b>	Se deben evitar todas las situaciones que puedan alterar la barrera cutánea: baños frecuentes del bebé, no uso de cremas hidratantes o emolientes después del baño, ambientes con poca humedad, estrés, piel seca, sudoración excesiva, uso de suavizantes y detergentes.
<b>Restaurar la barrera cutánea e hidratación abundante de la piel</b>	La hidratación adecuada de la piel es un componente importante del tratamiento de la dermatitis atópica. Los emolientes proporcionan una forma segura y eficaz de mejorar la barrera cutánea porque proporcionan a la piel una fuente de lípidos exógenos, mejorando así sus propiedades de barrera.
<b>Control del prurito</b>	El prurito es un síntoma fundamental para valorar la respuesta al tratamiento con corticoides tópicos. No se debe reducir la dosis de corticoide hasta que el prurito haya desaparecido por completo. El uso de antihistamínicos a dosis habituales generalmente no es efectivo. Se recomienda el uso de antihistamínicos orales con efecto sedante, como la hidroxicina, junto con un tratamiento tópico farmacológico temprano para prevenir el ciclo de picor, rascado y lesión.
<b>Tratamiento de las infecciones cutáneas</b>	Ante la presencia de exudación, costras melicéricas, empeoramiento de la clínica o falta de respuesta al tratamiento en el eccema, debemos sospechar una sobreinfección. El agente causante de esta complicación bacteriana más común es el <i>Staphylococcus aureus</i> . El uso de antibióticos tópicos o sistémicos dependerá de la extensión de la infección. En casos localizados, se recomienda el uso de ácido fusídico o mupirocina tópica al 2% en crema, aplicados dos veces al día durante 1-2 semanas.
<b>Tratamiento farmacológico de la inflamación</b>	Durante las fases de brote, se recomienda el uso de corticoides tópicos o inhibidores tópicos de la calcineurina para detener la inflamación de manera reactiva. Por otro lado, el tratamiento proactivo con estos fármacos dos veces por semana está dirigido a tratar la inflamación subclínica.
<b>Corticoides tópicos</b>	El tratamiento con corticoides tópicos es el más utilizado para los brotes de dermatitis atópica. Se utiliza en el periodo de brote agudo, 1 o 2 veces al día, durante un tiempo inferior a 2 semanas. El vehículo del corticoide dependerá de la ubicación y el tipo de eccema: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesiones exudativas: se debe usar crema o emulsión (esta última también se utiliza si está afectado el cuero cabelludo).</li> <li>• Lesiones crónicas o liquenificadas: se utilizan pomadas y ungüentos.</li> </ul>

## Gastritis

### Definición

La gastritis es una afección inflamatoria que puede manifestarse de forma aguda o crónica en la mucosa del estómago. Esta inflamación puede ser causada por factores tanto externos como internos, y conduce a la aparición de síntomas dispépticos asociados a esta enfermedad. Su diagnóstico se sospecha a través de la evaluación clínica, se confirma mediante la observación endoscópica y se completa con la confirmación histológica mediante la obtención de muestras de tejido gástrico para su análisis (Rodríguez et al., 2019).

### Epidemiología

En la población general, la gastritis crónica se presenta con una frecuencia que oscila entre el 40% y el 80%. Dentro de este grupo, aproximadamente el 20% corresponde a la gastritis de tipo A o atrófica, de naturaleza autoinmune, mientras que la gastritis de tipo B o no atrófica representa alrededor del 70%. El porcentaje restante corresponde a la gastritis de tipo C o química, que se desarrolla por exposición al reflujo ácido.

Es importante señalar que la principal causa de esta enfermedad es la infección por *Helicobacter pylori* (HP), la cual tiene una incidencia y prevalencia significativa a nivel mundial. Se estima que afecta entre el 20% y el 50% de los adultos en países desarrollados, y hasta el 90% en países en vías de desarrollo. Además, alrededor del 10% de las personas infectadas desarrollarán úlceras pépticas, mientras que menos del 1% desarrollarán cáncer gástrico, que puede manifestarse como adenocarcinoma o linfoma gástrico (Rodríguez et al., 2019).



■ Figura 50

*Características de la gastritis*

Tomado de: Lo que debes saber acerca de la gastritis. (Gastrocentro Bogotá, 2019).

## Etiología

La gastritis es una inflamación que afecta el revestimiento del estómago. Cuando la barrera mucosa que protege la pared estomacal se debilita o sufre algún tipo de lesión, los jugos digestivos pueden dañar e inflamar dicho revestimiento. Existen diversas enfermedades y condiciones que pueden aumentar el riesgo de desarrollar gastritis, entre ellas se incluyen las afecciones inflamatorias como la enfermedad de Crohn o el consumo desmedido de antiinflamatorios no esteroideos (Jacksonville, 2022).

Las enfermedades digestivas por *Helicobacter pylori* y otras; parásitos intestinales, medicamentos gastrotóxicos, antecedentes familiares de úlceras y gastritis, antecedentes personales de coagulopatías, quemaduras extensas, daño cerebral, disfunción hepática, politraumas extensos, uremia, cirugía mayor, hábitos tóxicos, estrés, envenenamiento, radiaciones, daño pulmonar, ingreso en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por más de una semana, ventilación mecánica por más de 48 horas, hipotensión, sepsis, sangrado intestinal, autoinmune, reflujo duodenal y biliar, así como tuberculosis (TB) digestiva (Valdivia, 2019).

## Factores de riesgo

La Tabla 28 ofrece una visión detallada de los diversos factores de riesgo asociados con el desarrollo de la gastritis, una condición inflamatoria que afecta al revestimiento del estómago. Desde infecciones bacterianas, como la causada por *Helicobacter pylori*, hasta el uso regular de analgésicos como el ibuprofeno y el naproxeno sódico, esta tabla clasifica y define cada factor de riesgo, proporcionando una comprensión clara de las diversas causas que pueden exacerbar esta condición.

Tabla 28

Factores de riesgo de la gastritis

Factor	Definición
Infeción bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infección por <i>Helicobacter pylori</i>.</li> </ul>
Uso de analgésicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibuprofeno.</li> <li>• Naproxeno sódico.</li> </ul>
Edad avanzada	Las personas de la tercera edad tienen un mayor riesgo de desarrollar gastritis debido a que el revestimiento del estómago tiende a volverse más delgado con el paso de los años.
Consumo excesivo de alcohol	El alcohol puede irritar y erosionar el revestimiento gástrico.
Estrés	El estrés intenso asociado a lesiones extensas, quemaduras infecciones o procedimientos quirúrgicos.
Tratamiento oncológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quimioterapia.</li> <li>• Radioterapia.</li> </ul>
Enfermedades autoinmunes	Reacción puede desgastar la barrera protectora del estómago.
Otras enfermedades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones parasitarias VIH o SIDA.</li> <li>• Enfermedad de Crohn.</li> <li>• Enfermedad celíaca.</li> <li>• Sarcoidosis.</li> </ul>

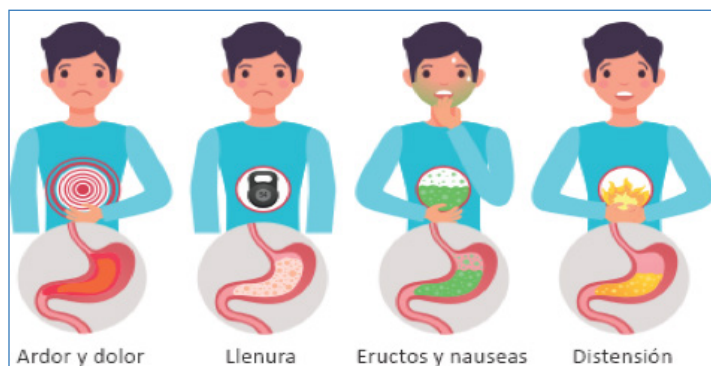


■ **Figura 51**  
Factores de riesgo de la gastritis  
Tomado de: Pílares (2021).

## Cuadro Clínico

Aunque en muchos casos la gastritis puede ser asintomática, las personas afectadas pueden experimentar una variedad de molestias, que incluyen:

- Acidez estomacal.
- Sensación urente en el estómago.
- Sensación de hinchazón abdominal.
- Dolor abdominal.
- Náuseas.
- Falta de apetito o inapetencia, lo que a veces puede resultar en pérdida de peso.
- Presencia de heces de color negro (melenas).
- Vómitos con sangre en casos de úlceras (Sánchez, 2021).



■ **Figura 52**  
Síntomas de la gastritis  
Tomado de: Palma (2022).

## Diagnóstico y Exámenes Complementarios

Los exámenes complementarios que se pueden solicitar para el diagnóstico son:

- Esofagogastroduodenoscopia con biopsia de las lesiones.
- Hemograma
- Pruebas para detección de *H. pylori* (prueba de aliento o examen de heces)
- Sangre oculta en heces, lo cual puede ser un signo de hemorragia digestiva (Rios & Gonzalez, 2018).

## Intervenciones y Farmacología

El tratamiento de la gastritis depende de la sustancia o condición que haya causado la inflamación de la mucosa gástrica. Aunque generalmente la gastritis se cura cuando se elimina el agente desencadenante, en algunos casos, según la frecuencia de los síntomas y la gravedad de la enfermedad, pueden ser necesarios ciertos medicamentos. Por ejemplo, se pueden recetar antiácidos e inhibidores de la bomba de protones, como omeprazol, pantoprazol o esomeprazol, que ayudan a reducir la cantidad de ácido gástrico producido por las glándulas que recubren las paredes del estómago.

# Pterigión

## Definición

La palabra “pterigión” proviene del griego antiguo y significa “ala”. Se refiere a una alteración benigna en la que la conjuntiva crece de forma fibrovascular hacia la córnea, principalmente en la zona nasal de la conjuntiva entre los párpados. El pterigión es un engrosamiento de la conjuntiva que aparece ligeramente infiltrado y recubierto de epitelio (Espinoza, 2021).

## Epidemiología

Según un análisis de 20 estudios poblacionales realizados en diferentes regiones del mundo, se ha determinado que la prevalencia mundial del pterigión es del 10,2%. Las tasas de esta afección varían ampliamente, desde el 2,8% en una zona urbana de Australia hasta el 33% en una zona rural de China (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En Ecuador, se ha descubierto que la tasa de prevalencia de pterigión es del 55,4%. Se observó que la presentación nasal es la más común, con un 89,9% de los casos, y que el grado II es el más frecuente, con un 38,9%. Asimismo, se encontró que la opción terapéutica preferida es la cirugía, con un 85,5% de los casos (Orozco, 2017)

En la provincia de Loja, la prevalencia de pterigión es del 9%. La mayor incidencia se encuentra en el rango de edad de 51 a 60 años, representando un 29% del total. En

su mayoría, el 64% de los casos están relacionados con actividades laborales, siendo la agricultura la principal causa con un 21%, seguido por el comercio y las labores domésticas con un 14% (Maza, 2017)

## Etiología

El pterigión es más común en personas con exposición intensa a la luz solar y al viento, como aquellas que trabajan al aire libre. Esta afección se desarrolla principalmente en el lado nasal de la córnea y se cree que la radiación ultravioleta incide de manera tangencial en el limbo nasal, lo que desencadena reacciones fotoquímicas que predisponen a la formación del pterigión. Esta teoría se basa en el fenómeno físico del Albedo, donde la radiación UV incide en el ojo, es transmitida por la córnea y se concentra en el limbo medial en un 90% (Cubillo & Chacón, 2021).

Se han observado mayores daños en la piel de las personas que trabajan al aire libre y están expuestas durante largas horas al sol, en comparación con aquellas que viven en ciudades o lugares con muchos días de sol al año. Este fenómeno es más común en países con climas cálidos, especialmente en regiones tropicales y subtropicales como el Ecuador.

## Factores de riesgo

Existen diversos factores que pueden predisponer al desarrollo de una enfermedad, los cuales se dividen en factores exógenos y endógenos (ver Tabla 29). Los factores exógenos son aquellos que provienen del exterior, como la exposición a agentes contaminantes o la mala alimentación. Por otro lado, los factores endógenos son aquellos que se originan dentro del organismo, como la genética o el estado emocional. Es importante identificar y controlar estos factores para prevenir la aparición de enfermedades.

**Tabla 29**  
*Factores asociados a la aparición de pterigión*

<b>Exógenos</b>	Exposición a la radiación ultravioleta, polvo y viento
	Ambiente seco
	Terreno reflectivo
	Labores que tengan exposición frecuente al aire libre y a sustancias químicas.
<b>Endógenos</b>	Personas con más de 40 años.
	Susceptibilidad genética.
	Película lagrimal inestable.
	Infecciones virales como: Virus de inmunodeficiencia humana, virus del papiloma humano.
	Antecedentes personales como, por ejemplo: cirugías oftalmológicas anteriores, traumas y microtraumas.

## Cuadro Clínico

Los pacientes suelen reportar las siguientes molestias: ardor, picazón, sequedad, lagrimeo, sensación de tener un cuerpo extraño en el ojo y enrojecimiento. Además, también pueden experimentar problemas de visión debido al compromiso del eje visual por el pterigión, así como la interrupción de la película lagrimal (Espinoza, 2021).

## Diagnóstico

El diagnóstico puede resultar complejo debido a la falta de una correlación evidente entre los síntomas y los signos. Por lo tanto, es fundamental realizar una exhaustiva anamnesis y un completo examen visual, tal como se describe en la Tabla 30. Es necesario recopilar información relevante de cada paciente, incluyendo su historial clínico detallado y ocupación, con el fin de evaluar adecuadamente el grado de exposición al sol durante su jornada laboral (Orozco, 2017).

## Diagnóstico diferencial

Es fundamental realizar un examen minucioso de los movimientos oculares para detectar posibles signos de restricción causados por el pterigión, desde la zona indiferenciada del limbo hasta la punta del mismo en la córnea (ver Figura 54).

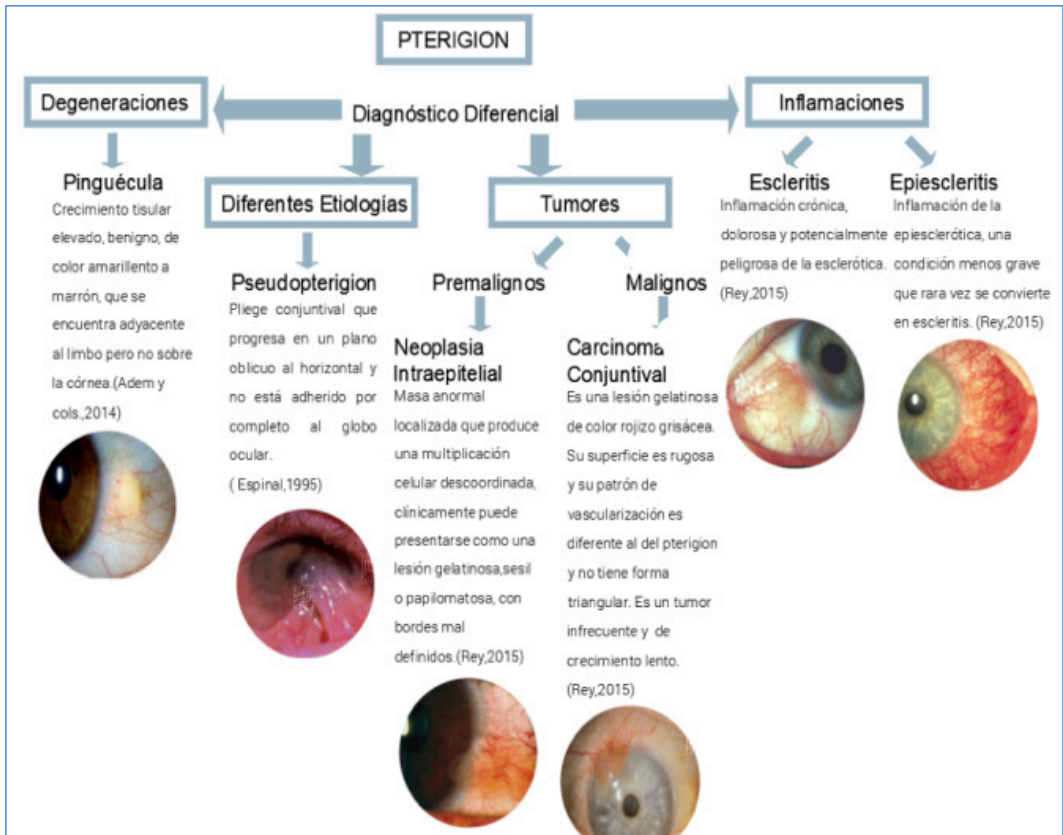
## Intervenciones y Farmacología

El tratamiento para esta patología variará según las características de la lesión, pudiendo optarse por un enfoque clínico o quirúrgico, tal como se describe en la Tabla 31.

Tabla 30

*Evaluación para el diagnóstico de la patología*

Antecedentes familiares	
Cronología de la aparición	Por lo general, suele transcurrir muchos meses o incluso años antes de que se manifieste, lo cual permite distinguirlo de la neoplasia escamosa de la superficie ocular, la cual suele tener un historial más breve.
Crecimiento del pterigión	Algunos se encuentran inactivos y han permanecido sin crecimiento durante varias décadas.
Síntomas	Es posible experimentar enrojecimiento, irritación, visión borrosa, comezón, sensibilidad a la luz, lagrimeo y sensación de tener algo extraño en el ojo.
Preocupación por la apariencia estética	Es importante considerar los elementos psicológicos, como la autoimagen y el nivel de frustración, en el análisis completo del pterigión.
Examen Visual	
Medida de la agudeza visual	
Medida del tamaño del pterigión	Desde el área indiferenciada del limbo hasta la punta del pterigión en la córnea. Es importante examinar los movimientos oculares en busca de signos de restricción provocados por el pterigión.
Imagen térmica infrarroja	



**Figura 53**  
*Diagnóstico diferencial de pterigión*  
Tomado de: Kanski (2012).

**Tabla 31**  
*Tratamiento de pterigión*

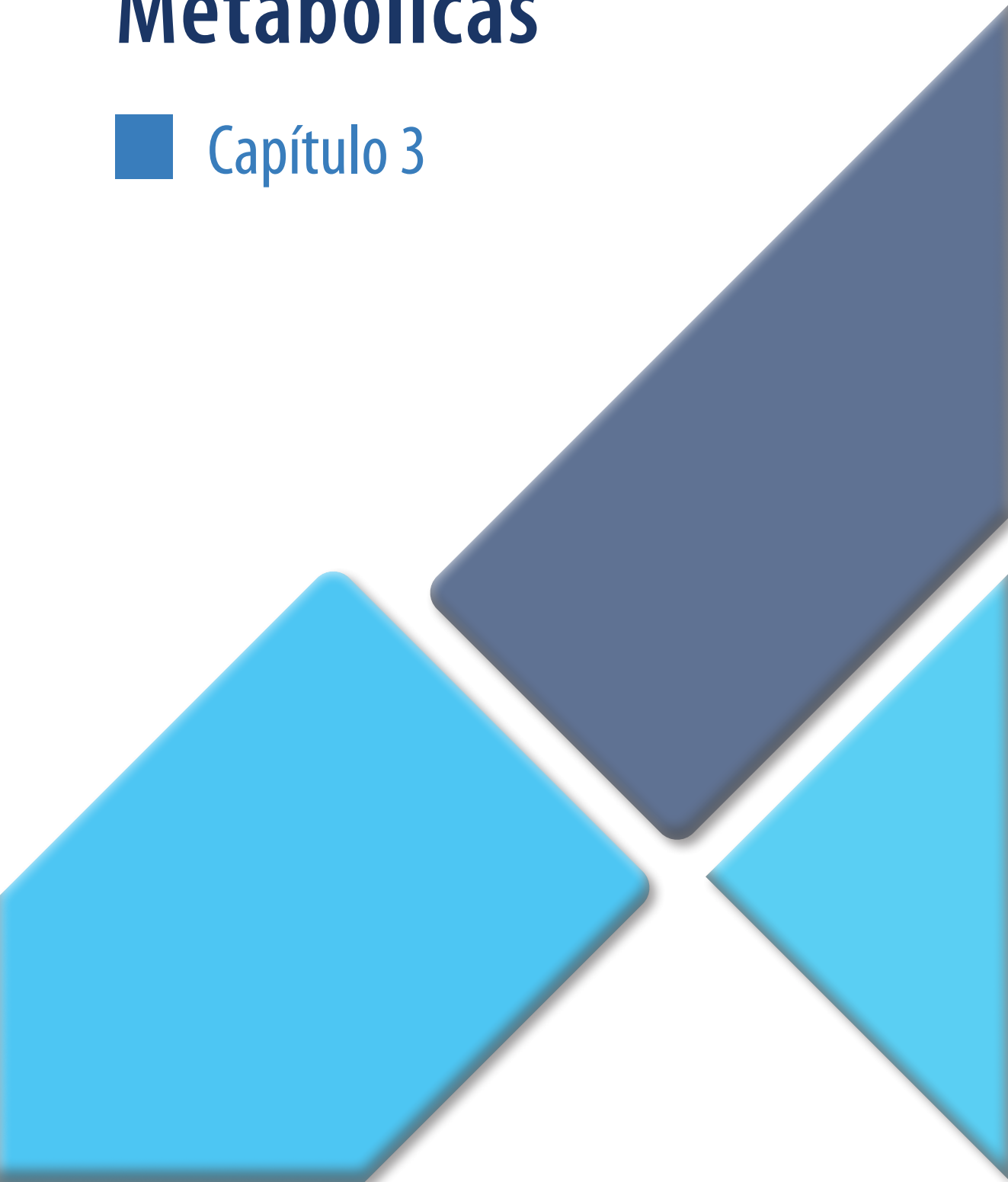
<p><b>Manejo médico</b></p>	<p>En las lesiones pequeñas de síntomas disminuidos. Pueden indicarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar anteojos con filtro solar para reducir la exposición a la radiación solar y prevenir el desarrollo de lesiones cutáneas.</li> <li>• En caso de poca reacción inflamatoria, se recomienda utilizar un colirio con efecto vasoconstrictor. Sin embargo, si la inflamación es intensa, es mejor recetar un antiinflamatorio esferoidal de acción suave.</li> </ul>
<p><b>Manejo quirúrgico</b></p>	<p>Las indicaciones de cirugía pueden ser absolutas y relativas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicaciones Relativas: Defecto cosmético Inflamaciones periódicas muy sintomáticas Crecimiento documentado</li> <li>• Indicaciones Absolutas: Pterigión grande activo</li> </ul>

Tomado de: Chacón (2021).



# Enfermedades Metabólicas

■ Capítulo 3





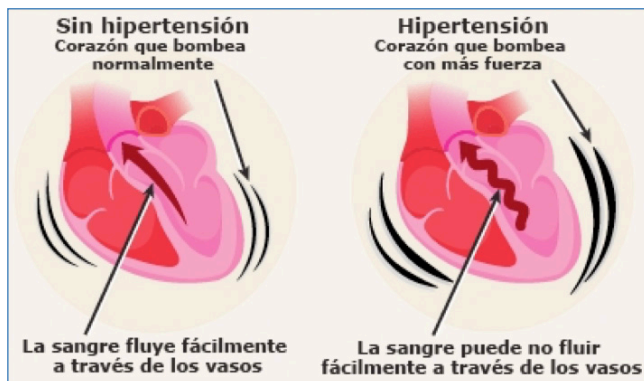
# Enfermedades Metabólicas

Las enfermedades metabólicas se presentaron en 229 personas siendo las más comunes la hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo.

## Hipertensión Arterial

### Definición

La tensión arterial se define como la fuerza ejercida sobre las paredes de los vasos sanguíneos concretamente las arterias, se registra en milímetros de mercurio (mm Hg) y se representa mediante dos números, el primero es el más grande, corresponde a la contracción del corazón y se denomina presión sistólica, mientras que el segundo es el más pequeño, ocurre cuando el corazón se relaja, se llama presión diastólica. La hipertensión hace referencia a la elevación de la presión arterial por encima de los valores normales (<120/80), sistólica igual o mayor a 130 o una diastólica igual o mayor a 80, que permanece alta con el tiempo (American Heart Association, 2021).



■ **Figura 54**  
Afectación de la hipertensión arterial al corazón y vasos sanguíneos  
Tomado de: Hirsch (2022).

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador emitió una guía de práctica clínica actualizada que sirve como referencia para estandarizar el proceso de atención brindada al usuario con hipertensión arterial, así mismo, establece la clasificación y categorización que se le asigna a los valores obtenidos de la presión arterial, que se detalla a continuación en la Tabla 32.

**Tabla 32**  
*Clasificación de los estadios de la tensión arterial*

Estadio	Sistólica		Diastólica
Óptima	<120	y	<80
Normal	120-129	o	80-84
Normal alta	130-139	o	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	o	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	o	100-109
Hipertensión grado 3	≥ 180	o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	≥90

Tomado de: Guía de Práctica Clínica de la Hipertensión arterial (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019).

## Epidemiología

Se estima que alrededor de 1280 millones de adultos de entre 30 y 79 años tienen hipertensión en todo el mundo, y la mayoría de ellos (alrededor de dos tercios) residen en países en desarrollo. Es importante mencionar que esta enfermedad crónica degenerativa se diagnostica y trata solo al 42% de las personas que la presentan, dicho en otras palabras, apenas uno de cada cinco hipertensos tiene controlado el problema. Debido al alto índice de incidencia y prevalencia, se ha constituido en una de las principales causas de mortalidad prematura a nivel mundial (Organización Mundial de la Salud, 2023).

Específicamente, en Latinoamérica se calcula que la hipertensión arterial provoca 1,6 millones de muertes al año y de ellas 500 mil ocurren antes de los 70 años de edad. Así mismo, la hipertensión es el factor de riesgo principal de enfermedades coronarias y cerebrovasculares, afectando entre el 20 y el 40% de los adultos latinoamericanos (Camafort, 2021).

Ecuador llevó a cabo la encuesta denominada STEPS en el 2018, en la cual se reveló que por lo menos el 20% de la población joven padece de hipertensión arterial. Como respuesta estratégica para esta problemática, el país se unió a la iniciativa HEARTS planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene como objetivo fomentar la adopción de las mejores prácticas a nivel mundial para la prevención y control de las patologías cardiovasculares, incluyendo la detección y el tratamiento oportuno de la hipertensión arterial (Organización Panamericana de la Salud, 2021).

## Etiología

La hipertensión arterial primaria, que constituye aproximadamente el 90-95% de los casos, se caracteriza por la ausencia de una causa identificable y, en cambio, puede estar relacionada con factores genéticos y ambientales que afectan el funcionamiento de uno o más sistemas involucrados en la regulación de la presión arterial. Por otro lado, la hipertensión arterial secundaria se detecta generalmente en solo el 5-10% de los pacientes con esta afección. Su prevalencia varía según la edad y el contexto clínico, y es causada por una etiología corregible o identificable que proviene de otra condición médica que afecta los riñones, las arterias, el corazón o el sistema endocrino (Gorostidi, 2022).

## Factores de riesgo

Existen múltiples factores que aumentan la posibilidad de que un individuo presente elevación de la presión arterial, el reconocimiento de estos, es determinante para prevenir y tratarlos oportunamente, es así que se identifican elementos modificables y no modificables.

Los modificables tienen un lado muy positivo, debido a que se pueden corregir o eliminar con el transcurso del tiempo mediante cambios en los hábitos de vida. En



**Figura 55**  
Factores de riesgo modificables y no modificables  
Tomado de: Secretaría de Salud de Quintana Roo (2021).

este grupo se encuentran: sobrepeso y obesidad, ocasionado por ingerir una dieta hipercalórica y con alto contenido en sal. El sedentarismo provoca la disminución de la elasticidad de las arterias y aumenta la resistencia a la insulina. Por lo tanto, es importante realizar ejercicio físico de 3 a 4 veces por semana.

El alcoholismo y el tabaquismo pueden activar el sistema nervioso simpático central, dañar el revestimiento interno de los vasos sanguíneos, aumentar los niveles de colesterol y causar resistencia a la insulina. Por último, la cafeína desencadena episodios agudos de aumento de la presión arterial.

Por otro lado, los factores no modificables son intrínsecos a la persona y permanecen constantes, representando un riesgo que no puede ser alterado. Entre ellos se incluyen los antecedentes familiares, que indican la probabilidad de desarrollar una enfermedad debido a la predisposición genética heredada. En cuanto al género, la hipertensión es más común en hombres que en mujeres, aunque el riesgo en las mujeres aumenta después de la menopausia. La etnia afrodescendiente tiene una mayor predisposición a la hipertensión, aunque otras etnias también pueden verse afectadas. Por último, el envejecimiento conlleva a un endurecimiento progresivo del sistema arterial, lo que dificulta el flujo sanguíneo (Orellana, 2021).

## Cuadro Clínico

La mayoría de las personas hipertensas en grado 1 cursan la enfermedad de modo totalmente asintomático, sin embargo, debido a que es un proceso dinámico puede desencadenar repercusión vascular y visceral a múltiples niveles. Generalmente el



**Figura 56**

*Síntomas de la hipertensión arterial*

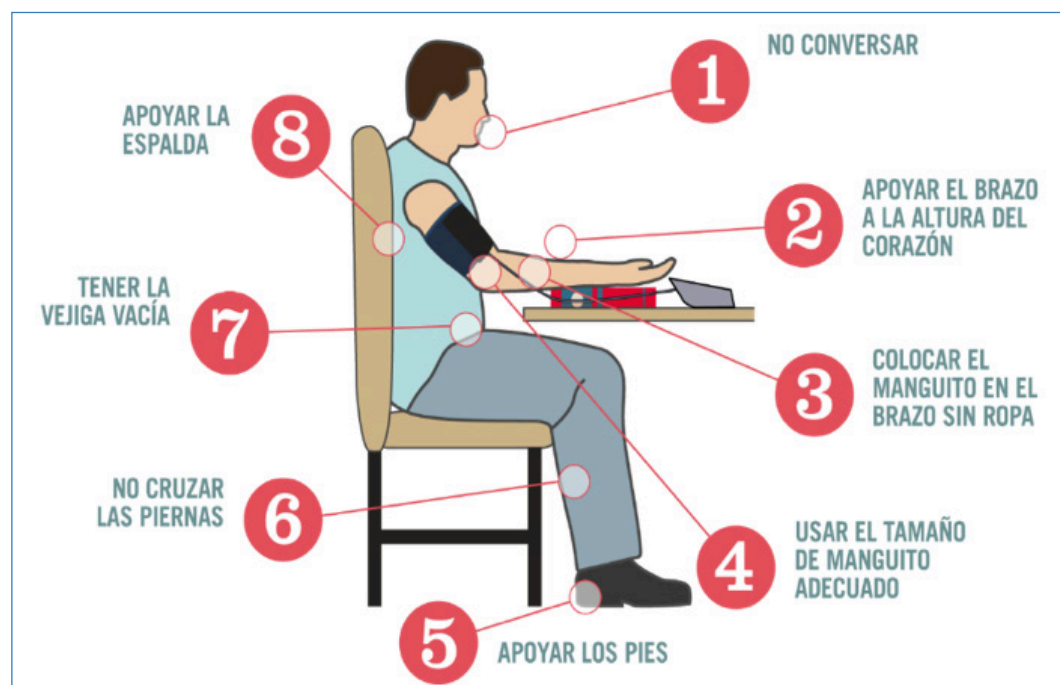
Tomado de: Instituto Mexicano del Seguro Social (2020).

único signo que tienen en común todos los pacientes es el aumento de los niveles de tensión arterial, sin embargo, frecuentemente suele presentarse cefalea occipital. Otros síntomas que pueden evidenciarse son: vértigos, taquicardia y astenia. Los factores determinantes de riesgo vascular ejercen un efecto sinérgico acelerando la aparición de complicaciones y afectación a órganos diana (Hidalgo, 2019) (ver Figura 56).

## Diagnóstico y Exámenes Complementarios

Inicialmente se debe realizar la anamnesis, se trata de un interrogatorio para identificar factores de riesgo asociados a la aparición de la enfermedad como la edad, los antecedentes familiares, accidente cerebrovascular previo, tipo de alimentación, ingesta excesiva de sal, alcoholismo, ejercicio físico, consumo de medicamentos, experiencia con tratamientos antihipertensivos previos, aspectos psicosociales y en las mujeres es importante preguntar sobre antecedentes preeclampsia o eclampsia. Posteriormente se ejecuta el examen físico, que está enfocado en calcular la presión de pulso, toma de medidas antropométricas, examen general, cardiovascular, respiratorio, abdominal, neurológico, palpación tiroidea y sobre todo la medición de la presión arterial (Sabio, 2019).

El diagnóstico se hace en base a cifras igual o superiores a 140/90 mm Hg. Para que la medición sea precisa se debe tomar en cuenta algunas de medidas como la



**Figura 57**  
 Requerimientos para obtener una lectura precisa de la presión arterial  
 Tomado de: Organización Panamericana de la Salud (2019).

preparación del paciente, emplear una técnica adecuada, escoger un espacio tranquilo y adecuado, el uso de equipos precisos. Las prácticas recomendadas implican realizar mediciones en ambos brazos durante la primera visita, y luego continuar utilizando el brazo con la lectura más alta. Durante el seguimiento, se aconseja tomar por lo menos dos mediciones. (Organización Mundial de la Salud, 2023).

En la Figura 58 se pueden observar todas las condiciones que deben reunir el paciente previo a la medición de la tensión arterial, el personal de salud debe cumplir estrictamente con todas las directrices para obtener datos reales.

Además de todo lo anteriormente mencionado, se puede realizar exámenes complementarios de rutina básicos que son ampliamente disponibles, con el objetivo de identificar factores determinantes, afectación de órgano blanco y comorbilidades. Se pueden realizar exámenes de sangre como biometría hemática, glucosa en ayunas, colesterol total, HDL, LDL, triglicéridos, creatinina, filtrado glomerular, uremia, uricemia, ionograma sérico, examen de orina completa, microalbuminuria y electrocardiograma de 12 derivaciones para diagnosticar anomalías cardíacas (Sabio, 2019).

## Intervenciones y Farmacología

Es importante empezar mencionando que tanto el tratamiento no farmacológico y farmacológico debe ser individualizado, adaptado a las necesidades del paciente. El primero es más difícil de implementar, puesto que implica cambiar los hábitos de vida y mantenerlos a lo largo del tiempo.

Es así que resulta necesario disminuir al máximo el consumo de sodio por lo que se propone una ingesta de sal no mayor de 5 g/día, que equivale a 2 g de sodio, eliminar la ingesta de alcohol ya que tiene efecto presor, en cuanto a otras bebidas, se debe desaconsejar el consumo de aquellas que son endulzadas, para evitar el aumento de peso progresivo se debe incentivar una modificación de conducta que incluya modificación dietética, ejercicio regular y asesorías motivacionales, encaminadas a lograr un IMC dentro de límites normales, circunferencia de cintura menor a 94 cm en varones y menor a 80 cm en mujeres (Gopar, 2021).

Durante la instauración del tratamiento la mayoría de los usuarios no experimentan suficientes cambios los hábitos diarios para controlar la hipertensión. Por lo tanto, casi la totalidad de los pacientes necesitarán tratamiento farmacológico con monoterapia inicial que a menudo resulta efectiva. Sin embargo, existen otros pacientes que requieren más de un medicamento para reducir la presión arterial a los niveles deseados en pacientes cuyos valores están 20/10 mm Hg por encima de la meta.

Los grupos farmacológicos utilizados son diuréticos tiazídicos, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, antagonistas de los canales del calcio, antagonistas de los receptores de angiotensina II, beta bloqueantes, bloqueadores alfa y vasodilatadores directos (Ministerio de Salud Pública, 2019).

## Diabetes Mellitus Tipo 2

### Definición

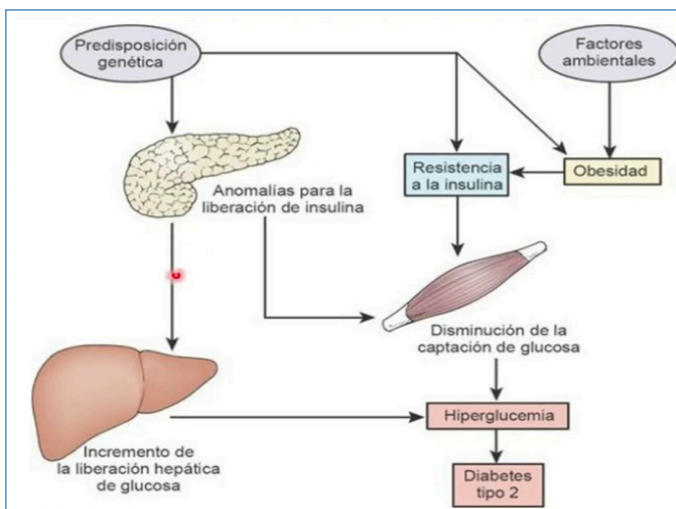
La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico que es producido por diversas causas, se manifiesta por niveles elevados de glucosa en sangre de forma crónica, y con alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas. Esta patología se produce debido a fallos en la secreción o acción de la insulina (Asociación Latinoamericana de la Diabetes, 2019).

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por la presencia simultánea de resistencia a la insulina y disfunción de las células beta pancreáticas, en un contexto de sobrepeso u obesidad y falta de actividad física. La acumulación elevada de ácidos grasos no esterificados en el cuerpo disminuye la capacidad del músculo esquelético para utilizar la glucosa, aumenta la producción hepática de lipoproteínas de muy baja densidad y glucosa, y potencia la respuesta aguda de insulina ante la presencia de glucosa.

### Epidemiología

La diabetes mellitus (DM) se ha constituido actualmente en problemática sanitaria debido al número creciente de casos en todo el mundo. Actualmente, alrededor de 463 millones de personas en edades comprendidas entre 20 y 79 años padecen esta enfermedad, lo que se traducen en el 9.3% de la población global, y se estima que el número total aumentará a 578 millones (10.2%) para el año 2030 y a 700 millones (10.9%) para el año 2045 (Russo, 2022).

Más del 95% de las personas con diabetes tienen diabetes tipo 2, se estima que 62 millones en toda América viven con esta enfermedad. La cantidad de casos se ha triplicado en la región desde 1980 y se proyecta que llegue a 109 millones para el año 2040. La prevalencia ha aumentado de forma más acelerada en los países de



■ **Figura 58**  
*Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2*  
 Tomado de: Delgado (2020).

ingresos bajos y medianos en comparación con los de ingresos altos (Organización Panamericana de la Salud, 2023).

En Ecuador, la diabetes mellitus provocó 5064 fallecimientos en el año 2015, lo que la sitúa como la segunda causa de muerte en general, la principal entre las mujeres y la tercera entre los hombres. Se estima que uno de cada diez ecuatorianos sufre de diabetes mellitus. Entre 2001 y 2016, se registraron 57,788 defunciones por esta enfermedad, con un 55.1% correspondiente a la población femenina (Núñez, 2020).

## Etiología

Esta afección se desarrolla en individuos con diversos niveles de resistencia a la insulina, pero también requiere una insuficiencia en la producción de insulina, que puede ser predominante o no. Ambos factores deben estar presentes en algún momento para elevar los niveles de glucosa en sangre. Aunque no hay marcadores clínicos que identifiquen con precisión qué defecto primario predomina en cada paciente, el sobrepeso sugiere la existencia de resistencia a la insulina, mientras que la pérdida de peso indica una reducción gradual en la producción de la hormona (Asociación Latinoamericana de la Diabetes, 2019).

## Factores de riesgo

El riesgo de desarrollar esta enfermedad aumenta después de los 45 años, aunque se han registrado casos en niños y jóvenes con obesidad y falta de actividad física. El índice de masa corporal (IMC), que relaciona el peso y la altura, se utiliza para determinar si una persona tiene un peso bajo, normal, sobrepeso u obesidad. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para la diabetes tipo 2. El perímetro de cintura, que es un indicador de obesidad, se considera elevado si supera los 102 cm en hombres y los 88 cm en mujeres.

La falta de actividad física, se constituye en un factor de riesgo que puede contrarrestarse mediante el ejercicio, el cual contribuye al control del peso, utiliza la glucosa como fuente de energía y aumenta la



Figura 59  
Efectos de la diabetes mellitus no controlada y factores de riesgo  
Tomado de: Organización Mundial de la Salud (2021).

sensibilidad de las células a la insulina. Se aconseja realizar al menos 30 minutos de caminata diaria. Por otro lado, una alimentación inadecuada, frecuentemente asociada con el ritmo de vida acelerado actual, puede dejar a muchas personas sin tiempo para preparar y consumir comidas saludables. Para reducir este riesgo, se recomienda seguir una dieta equilibrada y balanceada.

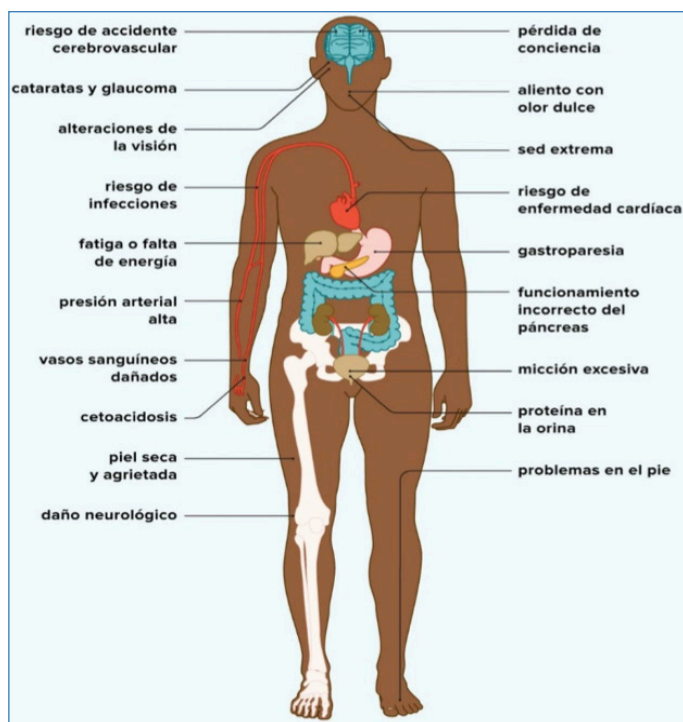
La resistencia a la insulina es una condición en la que el músculo esquelético, las células adiposas y el hígado no responden de manera eficaz a la insulina, por lo tanto, el cuerpo requiere más insulina para que la glucosa pueda ser absorbida por las células. Esta afección generalmente se inicia con la resistencia a la insulina. Factores como la predisposición genética y los antecedentes familiares, especialmente de primer grado de consanguinidad como padres, hermanos, hijos o abuelos y segundo grado de consanguinidad como tíos o sobrinos, también pueden influir (Santana, 2023).

El riesgo de desarrollar esta enfermedad aumenta ante la presencia de dos o más factores de riesgo, implican mayor gravedad las características que no se pueden modificar, mientras que los relacionados con el estilo de vida son aquellos que se pueden corregir con el compromiso del paciente para adquirir hábitos saludables que ayuden a mejorar su condición.

## Cuadro Clínico

Inicialmente los signos de la diabetes tipo 2 pueden ser leves o incluso pueden no estar presentes debido al progreso gradual de la hiperglucemia. En contraste, la diabetes tipo 1, que tiende a manifestarse en la infancia y en adultos jóvenes, tiene una probabilidad mayor de presentar síntomas.

Las formas más graves de la enfermedad incluyen la cetoacidosis diabética y el síndrome hiperosmolar no cetónico, los cuales pueden provocar deshidratación, coma



■ **Figura 60**  
*Signos y síntomas de la diabetes mellitus tipos 2*  
 Tomado de: Castiello (2022).

y, en ausencia de tratamiento adecuado, resultar en el fallecimiento. En la Tabla 33 describe la sintomatología que se desarrolla inicialmente.

## Diagnóstico y Exámenes Complementarios

Se sugiere realizar pruebas de detección temprana de manera periódica en los siguientes grupos etarios: adultos de 45 años o más, personas menores de 45 años con sobrepeso u obesidad y que tengan uno o más factores de riesgo para la diabetes, mujeres que han experimentado preeclampsia y eclampsia, individuos diagnosticados con prediabetes, y niños con sobrepeso u obesidad que cuenten con antecedentes familiares.

Para identificar los valores de glucosa en sangre es necesario realizar un examen de sangre en ayunas y se interpreta de acuerdo a lo descrito en la Tabla 34.

Otro examen importante es el de tolerancia oral a la glucosa, para el procedimiento, en ayunas se extraerá sangre para determinar sus niveles de azúcar, posteriormente se dará de beber un líquido endulzado y se nuevamente analizar otra muestra. Los valores de glucosa tienen que analizarse en las próximas 1, 2 y posiblemente 3 horas después, posteriormente se interpretan como se muestra en la Tabla 35.

Tabla 33

*Signos y síntomas de la diabetes mellitus*

Síntomas
• Polidipsia
• Poliuria
• Escotomas
• Cansancio
Signos
• Pérdida de peso
• Signos de deterioro metabólico (deshidratación severa, emesis, pérdida de conciencia, respiración de Kussmaul, etc).
• Complicaciones (accidente cerebrovascular, nefropatía, arteriopatía coronaria, ceguera y pie diabético).

Tabla 34

*Interpretación de examen de glucemia en ayunas*

Niveles de glucosa	Denominación
Menos de 100 mg/dL	Normal
Entre 100 y 125 mg/dL	Prediabetes
126 mg/dL o más (en dos pruebas distintas)	Diabetes Mellitus

Tabla 35

*Interpretación de examen de tolerancia oral a la glucosa*

Valor de glucosa	Categorización
Menos de 140 mg/dL	Normal
Entre 140 y 199 mg/dL	Prediabetes
200 mg/dL o más	Diabetes Mellitus

La hemoglobina glicosilada (HbA1c) refleja el promedio de glucosa en la sangre durante los últimos dos o tres meses. La interpretación se realiza de esta forma: si se obtiene un valor inferior al 5.7% es normal, un rango entre 5.7% y 6.4% se considera prediabetes, y un valor de 6.5% o superior en dos exámenes distintos se interpreta como diabetes (Santana, 2023).

## Intervenciones y Farmacología

El manejo no farmacológico consiste en adoptar una alimentación saludable y equilibrada con el objetivo de lograr el peso corporal ideal y el ejercicio físico al menos 3 días a la semana o de acuerdo a la condición física, estas dos son la base del tratamiento. También, es importante desaconsejar el consumo del tabaco y alcohol.

El tratamiento medicamentoso incluye opciones como la monoterapia con metformina, así como la combinación de dos o tres fármacos antidiabéticos (doble o triple terapia). Se proporcionan pautas para seleccionar medicamentos en el segundo o tercer nivel de tratamiento, teniendo en cuenta los inhibidores del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 (iSGLT-2), los agonistas del receptor del péptido similar al glucagón tipo 1 (arGLP-1) y los inhibidores de la dipeptidil peptidasa 4 (iDPP-4) por separado. También se considera la terapia con insulina y se establecen criterios clínicos para preferir un arGLP-1 sobre la insulina basal (Martínez, 2022).

La Figura 62 muestra que la primera opción para tratar de la diabetes mellitus tipo 2 es la adopción de un estilo de vida saludable acompañado de un hipoglucemiante



**Figura 61**  
*Toma de muestra para examen de glicemia capilar*  
 Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

oral, si este régimen fracasa, se progresa al tratamiento combinado de acuerdo a la condición del paciente, optando en el último de los casos por la insulinización.

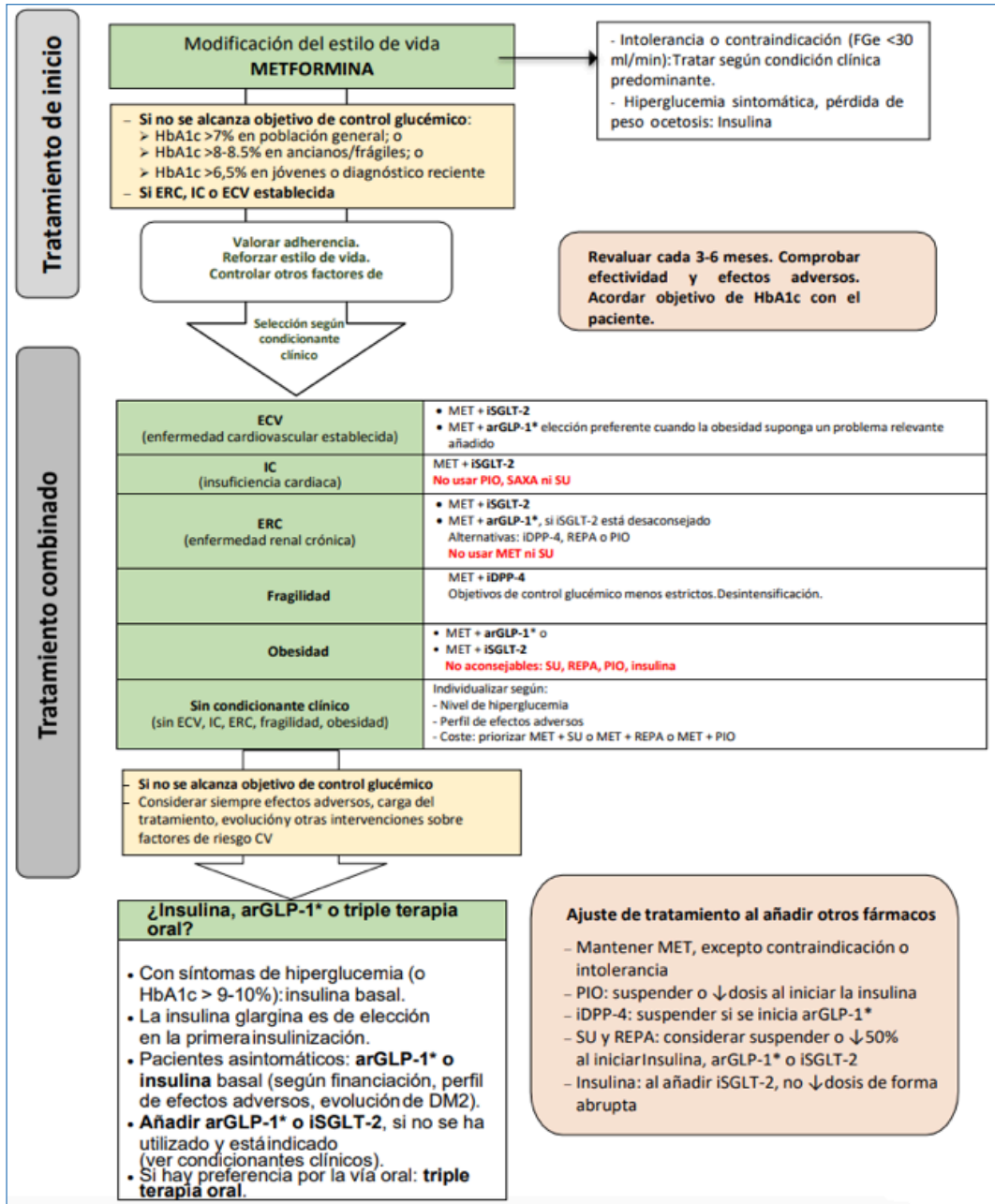


Figura 62

Algoritmo del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus 2

Tomado de: Martínez (2022).

Nota de la figura: arGLP-1: análogos de receptores del péptido GLP-1; CV: cardiovascular; FGe: filtrado glomerular estimado; iDPP-4: inhibidores de dipeptidil peptidasa 4; iSglT-2: inhibidores selectivos del transportador renal de glucosa; MET: metformina; PIO: pioglitazona; REPA: repaglinida; SAXA: saxagliptina; SU: sulfonilureas.

## Hipotiroidismo

### Definición

El hipotiroidismo es una enfermedad que se caracteriza por una glándula tiroidea poco activa, lo que implica que no puede generar suficiente hormona tiroidea ni sus efectos tisulares necesarios para mantener el cuerpo funcionando adecuadamente (Asociación Americana de la Tiroides, 2023).

Por lo tanto, el hipotiroidismo consiste en una condición médica en la que hay una disminución en la producción de hormonas tiroideas, causada por un trastorno orgánico o funcional de la glándula tiroidea, o a su vez por la falta de estimulación de la hormona estimulante de la tiroides.

### Epidemiología

El hipotiroidismo es una de las condiciones médicas más comunes en la edad adulta, frecuentemente encontradas en la práctica clínica. A nivel mundial, la causa prevalente es el déficit de yodo, pero en áreas donde la ingesta de este oligoelemento es adecuada, la autoinmunidad tiroidea es el principal desencadenante (Vargas, 2021).

En Latinoamérica el hipotiroidismo se manifiesta en aproximadamente 9 de cada 100,000 personas anualmente y afecta principalmente a las mujeres, aunque con una tasa de mortalidad baja. En naciones como Ecuador, Brasil, Costa Rica y Colombia, se registran las tasas más altas de esta condición en la región (Pinela, 2022).

En Ecuador, las estadísticas indican que el hipotiroidismo se presenta en el 8% de la población adulta, esta patología es más prevalente en mujeres mayores, mientras más aumenta la edad mayor es el riesgo (Garcés, 2021).

### Etiología

El hipotiroidismo primario es significativamente más común en mujeres, con una frecuencia de 5 a 8 veces mayor. En regiones donde hay suficiente yodo, la principal causa es la tiroiditis de Hashimoto, que es una forma autoinmune, crónica y puede



■ **Figura 63**  
*Vista frontal y lateral de paciente con bocio multinodular*  
Tomado de: Causa (2020).

manifestarse con o sin agrandamiento de la tiroides (coto). Sin embargo, a nivel mundial, la principal causa sigue siendo la deficiencia de yodo.

Tomando en cuenta que la etiología más común del hipotiroidismo primario es de origen autoinmune, no se realiza habitualmente la prueba de anticuerpos antitiroperoxidasa (anti-TPO) en todos los pacientes. No obstante, su evaluación puede ser beneficiosa en pacientes con hipotiroidismo subclínico, tiroiditis subaguda silente o tiroiditis posparto, ya que puede ayudar a prever la evolución hacia un hipotiroidismo clínico (Jerkovich, 2022). En la Tabla 36 se especifica la etiología del hipotiroidismo primario.

**Tabla 36**

*Causas del hipotiroidismo primario*

- Tiroiditis crónica autoinmune
- Tiroidectomía.
- Terapia con radioyodo.
- Exceso o deficiencia de yodo.
- Medicación: tionamidas, litio, amiodarona, interferón alfa, inhibidores de la tirosina quinasa, inhibidores de los puntos de control inmunitario.
- Enfermedades in-ltrativas (hemocromatosis, sarcoidosis).
- Agenesia / disgenesia tiroidea.
- Defectos congénitos de la síntesis de hormona tiroidea.

Tomado de: Jerkovich (2022).

## Factores de riesgo

Los factores que aumentan la probabilidad de desarrollar esta enfermedad incluyen: población mayor, ser mujer, pertenecer a la raza blanca, tabaquismo, estrés, consumo bajo o alto de yodo, antecedentes familiares de trastornos tiroideos o autoinmunitarios, exposición previa a radiaciones o cirugía tiroidea, puerperio, uso de medicamentos antitiroideos, deficiencia de hierro, niveles basales de TSH y presencia de anticuerpos antitiroideos.

## Cuadro Clínico

El hipotiroidismo puede causar una variedad de sintomatología que tienden a ser vagos o poco específicos. Su presentación varía según la gravedad del déficit de la hormona tiroidea y la rapidez con la que se desarrolla la enfermedad.

En adultos mayores, los síntomas de hipotiroidismo suelen ser menos notorios en comparación con personas más jóvenes, y tienden a ser inespecíficos. Los principales signos incluyen astenia, sensibilidad al frío, estreñimiento, aumento de peso (generalmente menos de 5 kg), dificultad para respirar durante el ejercicio, lentitud mental, voz ronca, piel seca, dolor en las articulaciones y músculos, sensaciones de hormigueo, ritmo cardíaco lento, presión arterial alta, retraso en la relajación de los reflejos tendinosos profundos, hinchazón alrededor de los ojos, agrandamiento de



**Figura 64**  
*Nódulo tiroideo de rápido crecimiento sobre el lóbulo derecho*  
Tomado de: Martín (2016).

la lengua, acumulación de líquido en la cavidad pleural, pericárdica o abdominal, y secreción de leche fuera del período de lactancia (galactorrea).

El coma mixedematoso es una complicación con una tasa de mortalidad elevada pero una prevalencia muy baja, que ocurre en individuos con hipotiroidismo grave y se caracteriza por la alteración del estado de conciencia en diversos grados, hipotermia, bradicardia severa y disfunción orgánica múltiple (Ministerio de Salud Pública, 2020).

## Diagnóstico

Los valores normales de TSH son de 0.47-4.64  $\mu\text{UI}/\text{mL}$  y de T4 0.71-1.85 ng/dL, entonces, cuando los valores de TSH están por encima del rango normal y los valores de T4 se encuentran por debajo del límite, se considera hipotiroidismo primario, generalmente el 95% de los casos están asociados al aumento del riesgo cardiovascular y dislipidemia. Se diagnostica bioquímicamente en sangre en donde se detectan las hormonas antes mencionadas (Aldas, 2021).

La determinación de la hormona estimulante del tiroides (TSH) desempeña un papel fundamental en el diagnóstico del hipotiroidismo, y es crucial repetirla si se obtiene un resultado anormal. Es importante tener en cuenta que los niveles de esta hormona pueden variar a lo largo del día, siendo más altos por la tarde, y también pueden aumentar debido al estrés, enfermedades agudas y el envejecimiento.

## Intervenciones y Farmacología

El tratamiento consiste en la administración de levotiroxina para reemplazar las hormonas tiroideas deficientes. Este fármaco ha sido ampliamente utilizado durante muchos años y es uno de los más prescritos a nivel mundial. Los objetivos terapéuticos son aliviar la sintomatología, normalizar los niveles séricos de TSH y evitar el sobretratamiento, especialmente en los adultos mayores, ya que esto puede aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y la mortalidad (Silva, 2021).

El aporte de levotiroxina oral tiene que ser exclusivamente en la mañana, mínimo 1 hora antes del desayuno y 4 horas después de comer, evitando tomarla junto con

inhibidores de la bomba de protones o suplementos que contengan calcio o hierro. Inicialmente la dosis recomendada dependerá del nivel de TSH. En las pacientes menores de 65 años de edad, la dosis se indicará según la descripción de la Tabla 37.

En personas mayores de 65 años o mayores, la dosis inicial de reemplazo hormonal se introduce gradualmente. Del mismo modo, en pacientes con varias patologías se comienza con una dosis más baja, generalmente entre 25 y 50 mcg al día, las misma que se ajusta según la presencia de síntomas y los niveles de TSH. El propósito del tratamiento en los adultos es alcanzar niveles de TSH entre 2 y 4 mUI/L, y en adultos mayores se aceptan niveles de TSH entre 3 y 6 mUI/L. Una vez alcanzado estos niveles, se monitoriza la TSH cada 6 meses, y si se mantiene estable, se realiza un seguimiento anual. La administración excesiva de levotiroxina puede resultar en una disminución de la densidad mineral ósea y aumentar el riesgo de arritmias cardíacas, como la fibrilación auricular (Ministerio de Salud Pública, 2020).

Para el manejo nutricional se sugiere una dieta saludable y equilibrada, acompañada de ejercicio físico diario, se debe seleccionar cuidadosamente los alimentos a ser ingeridos debido a que algunos pueden promover el adecuado funcionamiento de la tiroides, mientras que otros inhiben su actividad o dificultan la absorción de la hormona tiroidea en el intestino. Por lo tanto, es recomendable el consumo de alimentos ricos en yodo (lácteos y sus derivados, agua, aceite y sobre todo la sal yodada), mariscos, huevos, acelgas, champiñones, habas secas, piña, ajo, vegetales, cereales, guisantes, maíz, girasol, avellana, mango, manzana, frutos secos, café (una cucharadita contiene 150 ug de yodo). Por otro lado, los alimentos bociógenos son principalmente: col, nabo, brócoli, coliflor, repollo, yuca y en menor proporción: zanahoria, espinacas, rábano, maní y nueces (Zamora, 2022).

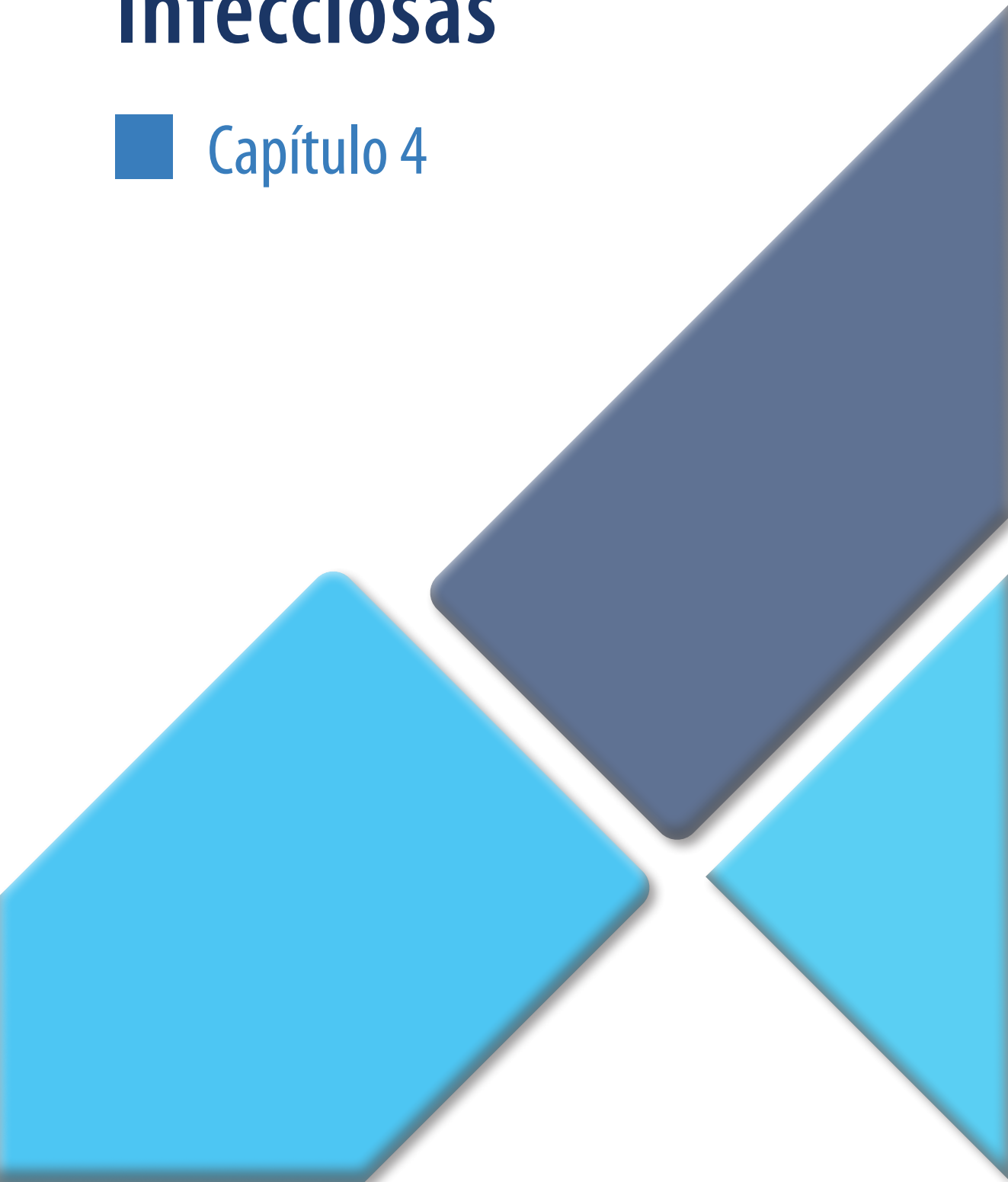
**Tabla 37**

*Dosis de levotiroxina según los niveles de hormona estimulante de la tiroides en menores de 65 años*

Niveles de TSH	Dosis medicamentosa
4,5-10 mIU/L	25-50 ug
10-20 mIU/L	50-100 ug
>20 mIU/L	1,0 – 1,6 ug/kg

# Enfermedades Infecciosas

## ■ Capítulo 4





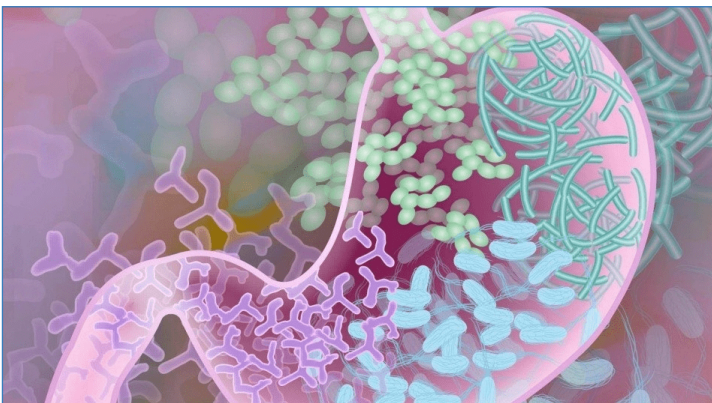
# Enfermedades Infecciosas

Las enfermedades infecciosas, se presentaron en 129 personas, la mayor incidencia fueron las parasitosis no especificadas y las afecciones respiratorias (rinofaringitis aguda, COVID-19 y faringoamigdalitis).

### Parasitosis No Especificadas

#### Definición

El parasitismo intestinal es una de las enfermedades infecciosas más prevalentes y se encuentra ampliamente distribuido en todo el mundo, afectando principalmente a individuos más vulnerables. Las parasitosis son enfermedades infecciosas originadas por la presencia de parásitos, organismos vivos que dependen de otro ser vivo de una especie diferente (llamado huésped) para sobrevivir. Estos huéspedes pueden ser temporales o permanentes, proporcionando al parásito tanto nutrición como alojamiento, lo que resulta en la aparición de enfermedad. Es importante destacar



■ **Figura 65**  
*Parasitosis intestinal*  
Tomado de: Rivero (2023).

que algunas enfermedades parasitarias son más susceptibles de tratamiento que otras (Andrómaco, 2020).

Las infecciones parasitarias, continúan siendo uno de los principales males que afectan a la salud y cuyo control se dificulta dada la gran expansión territorial de los parásitos puesto que estos pueden tener un tamaño muy pequeño como los llamados protozoarios, hasta gusanos, por ello la erradicación de este organismo es una prioridad para la Organización mundial de la Salud (Olalla & Tercero, 2011).

## Epidemiología

Las parasitosis intestinales representan un grave problema de salud pública a nivel mundial, ubicándose entre las diez principales causas de mortalidad, especialmente en países en desarrollo. Estas enfermedades afectan a todas las clases sociales y generan una importante morbilidad.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), alrededor de 3.500 millones de personas en el mundo están infectadas por parásitos, de ellos 1.500 millones personas están infectadas por helmintos, siendo el parásito más frecuentemente encontrado y aproximadamente 450 millones sufren de enfermedades parasitarias, siendo la población infantil la más afectada en términos proporcionales (Mora, 2020).

En Ecuador, alrededor de 46 millones de niños entre 1 y 14 años están en riesgo de contraer infecciones parasitarias debido a la falta de acceso a saneamiento básico y agua potable. Esta cifra incluye aproximadamente 13 millones de niños en edad preescolar (de 1 a 4 años) y 33.3 millones en edad escolar (de 5 a 14 años). Es importante destacar que la infección es más frecuente en mujeres y niños (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

## Etiología

Los parásitos pueden ingresar al organismo a través de diversas vías, incluyendo el consumo de agua contaminada, la ingesta de alimentos contaminados con restos de heces fecales, así como el consumo de alimentos crudos o insuficientemente cocinados como carne, pescado y crustáceos. Además, algunas enfermedades parasitarias también pueden transmitirse a través de la picadura de insectos o por contacto sexual. Es importante tener en cuenta que el tratamiento puede variar dependiendo del tipo de enfermedad parasitaria siendo algunas son más fáciles de tratar que otras (Mora, 2020).

## Factores de riesgo

Los factores asociados al parasitismo van a depender del tipo de parásito, la distribución epidemiológica y el periodo de incubación, detalles que se explican en la Tabla 38.

Tabla 38  
Características de las Parasitosis

Tipo de parásito	Distribución territorial	Modo de infección	Periodo de incubación
<b>Entamoeba histolytica</b>	General, más frecuente en áreas tropicales y subtropicales	Ingesta de agua y alimentos contaminados	De pocos días a años
<b>Giardia lamblia</b>	Mundial, muy frecuente	Vía fecal - oral (agua – alimentos contaminados)	7-14 días (rango 3 días - meses)
<b>Schistosoma spp.</b>	Norte de África, Africa Subsahariana, Oriente Medio, Turquía, India, Sudamérica y Caribe, zonas del sudeste asiático.	Contacto con agua contaminada con larvas procedentes de caracoles de agua dulce	Más de 21 días
<b>Tripanosoma cruzi</b>	Desde el sur de EEUU, hasta el cono sur americano	Triatoma spp. (chinche o vinchuca)	Menos de 10 años
<b>Áscaris lumbricoides</b>	Mundial, más frecuente en zonas tropicales y subtropicales	Ingestión de huevos infectivos Ingestión de huevos infectivos	10-200 días
<b>Stringyloides stercoralis</b>	Mundial, más frecuente en zonas tropicales y subtropicales	Fecal - oral (agua - alimentos)	14 días - 30 días
<b>Cryptosporidium spp.</b>	Mundial, muy frecuente	Fecal - oral (agua - alimentos)	7 días
<b>Cyclospora cayentanensis</b>	Mundial, endémica en Latinoamérica, subcontinente indio y sudeste asiático.	Fecal - oral	7-10 días (1-28)

Tomado de: Campos (2022).

## Cuadro Clínico

Los síntomas de una infección parasitaria pueden variar dependiendo del tipo de parásito presente en el organismo. Algunos de los síntomas comunes incluyen:

- Prurito (picaazón) en la zona anal o en la nariz.
- Falta de apetito (aunque no siempre hay pérdida de peso).
- Trastornos del sueño.
- Irritabilidad. Episodios de diarrea, alternada con constipación.
- Diarrea crónica, sin explicación.
- Acidez.
- Dolor y distensión abdominal.

- Náuseas, vómitos.
- Mal aliento.

Además, dependiendo del tipo de parásito, pueden presentarse otros síntomas como fiebre, alergias en la piel y tos. Es importante destacar que estos síntomas pueden ser indicativos de una infección parasitaria, pero no son exclusivos de ella y pueden estar asociados a otras condiciones médicas. Si se experimentan estos síntomas, es recomendable consultar a un profesional de la salud para un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado (Andrómaco, 2020).

## Diagnóstico y Exámenes Complementarios

El personal de salud cuenta con diferentes tipos de análisis de laboratorio para identificar enfermedades parasitarias (ver Tabla 39). El tipo de examen solicitado por el médico dependerá de los síntomas y signos que presente el paciente durante la evaluación, y se basará en estos síntomas y signos, en cualquier otra afección médica que el paciente pueda tener, y en sus antecedentes higiénico-dietéticos (Barros et al., 2023).

Tabla 39

Exámenes complementarios

Análisis	Características
<b>Coproparasitario (Examen de las heces), también llamado análisis de huevos y parásitos</b>	Este análisis se utiliza para detectar la presencia de parásitos en las heces fecales. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) recomiendan proporcionar tres o más muestras de heces recolectadas en días diferentes para realizar la prueba.
<b>Colonoscopia / Endoscopia</b>	Esta prueba se utiliza cuando los análisis de heces no proporcionan información sobre el parásito.
<b>Análisis de sangre</b>	Biometría hemática en busca de eosinofilia.
<b>Serología</b>	Buscar anticuerpos o antígenos de parásitos producidos cuando el cuerpo está infectado.
<b>Frotis sanguíneo</b>	Para llevar a cabo este análisis, se coloca una gota de sangre en un portaobjetos para microscopio. Este procedimiento se utiliza para detectar parásitos que puedan estar presentes en la sangre. Al examinar un frotis de sangre bajo el microscopio, es posible diagnosticar enfermedades parasitarias como la filarisis o la malaria.
<b>Radiografía, resonancia magnética (RM), tomografía axial computarizada (TAC)</b>	Estas pruebas se utilizan para detectar algunas enfermedades parasitarias que pueden causar lesiones en los órganos.

## Intervenciones y Farmacología

El personal de salud desempeña un papel crucial en la prevención de estas enfermedades a través de diversas intervenciones, como:

1. Fomentar la implementación de Programas de Educación Sanitaria en escuelas y residencias.

2. Enseñar a los pacientes la técnica adecuada de lavado de manos con agua y jabón, o con alcohol en gel cuando no haya disponibilidad inmediata de agua y jabón. Esto debe hacerse antes y después de ir al baño, después de interactuar con mascotas y antes y después de las comidas.
3. Realizar exámenes regulares para el control de parásitos intestinales y facilitar el tratamiento eficaz en poblaciones susceptibles, especialmente en niños, por ejemplo, en el entorno de enfermería escolar.
4. Promover una alimentación adecuada mediante la participación en campañas de Educación Sanitaria.
5. Inculcar la importancia de evitar comportamientos de riesgo, como caminar descalzo en áreas con posibles infestaciones o limitar la interacción con animales.
6. Brindar recomendaciones sobre precauciones a tomar al viajar al extranjero.

Para el control y la prevención de estas enfermedades, es esencial seguir una serie de recomendaciones, entre las que se incluyen:

1. Mantener una rigurosa higiene personal.
2. Lavarse las manos antes de las comidas y después de usar el baño.
3. Mantener las uñas cortas y limpias.
4. Limpiar exhaustivamente el baño y lavar la ropa interior y de cama con agua caliente con regularidad.
5. Consumir agua potable.
6. Lavar cuidadosamente frutas y verduras.
7. Evitar el consumo de alimentos crudos que puedan representar un riesgo para la salud. (Lázaro, 2019).

**Tabla 40**  
*Exámenes complementarios*

Fármaco	Características
<b>Nitroimidazoles</b>	Los nitroimidazoles son principalmente antibióticos que se reducen dentro de microorganismos susceptibles, lo que conduce a la formación de radicales libres y a la alteración de la integridad del ADN.
<b>Tinidazol</b>	Tinidazol se emplea para tratar tricomoniasis, giardiasis y amebiasis. La tricomoniasis es una enfermedad de transmisión sexual que puede afectar tanto a hombres como a mujeres. La giardiasis y la amebiasis son infecciones intestinales que pueden causar diarrea, gases y calambres estomacales, y la amebiasis puede propagarse a otros órganos como el hígado.
<b>Albendazol</b>	Presentaciones: tableta de 200 mg, suspensión de 100 mg/5 ml y tableta de 400 mg (1 tableta en dosis única para mayores de 2 años). El albendazol es un medicamento antiparasitario recetado, que se utiliza para el tratamiento de dos tipos de infecciones parasitarias: la neurocisticercosis y la hidatidosis.

## Infección de Vías Urinarias

### Definición

La infección del sistema urinario es la reacción inflamatoria del epitelio de transición ante la presencia de bacterias, usualmente acompañada de disuria, polaquiuria, tenesmo vesical, piuria, incontinencia, bacteriuria y urgencia miccional (Solano et al., 2020).

Cualquier infección que afecte a alguna parte del sistema urinario es el resultado de la combinación de la virulencia de las bacterias y diversos factores de defensa específicos e inespecíficos del huésped. La probabilidad de que se produzca una colonización e infección posterior se debe a la interacción inicial entre las adhesinas de las bacterias y los receptores o ligandos en la superficie del epitelio urinario (Guzmán & García, 2022).



■ **Figura 66**  
Sistema urinario humano  
Tomado de: Lozano (2001).

**Tabla 41**

*Clasificación de las infecciones de vías urinarias de acuerdo a la guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Urología*

Tipo	Definición
<b>Infección no complicada</b>	Se refiere a una infección repentina, ocasional o recurrente en el tracto urinario, que puede afectar la parte inferior (cistitis no complicada) o superior (pielonefritis no complicada).
<b>Infección complicada</b>	Se refieren a las infecciones del tracto urinario que tienen más posibilidades de presentar complicaciones en pacientes como los hombres, mujeres embarazadas, individuos con anomalías anatómicas o funcionales en el tracto urinario, uso de catéter urinario de forma permanente, enfermedades renales o inmunodeficiencias.
<b>Infección recurrente</b>	Infección urinaria simple o compleja, que se presenta al menos tres veces al año o dos en los últimos seis meses.
<b>Infección asociada al catéter</b>	Sucede en un individuo que tiene insertada una sonda vesical en su tracto urinario o lo ha tenido en las últimas 48 horas.
<b>Urosepsis</b>	Disfunción orgánica, que podría ser letal, originada por una respuesta inapropiada del cuerpo a una infección que se origina en el tracto urinario u órganos genitales masculinos.

## Epidemiología

Según una investigación realizada por la Organización Mundial de la Salud, más de la mitad de los adultos mayores sufren de infecciones urinarias, siendo más común en aquellos que padecen demencia y viven en asilos en comparación con los que residen en sus hogares.

Las infecciones son más comunes en mujeres, afectando hasta un 3% de la población. Se estima que aproximadamente 4 millones de mujeres entre 20 y 44 años sufren de cistitis aguda cada año, con 1 millón experimentando recurrencias. Por lo tanto, se puede decir que más de la mitad de las mujeres en el mundo padecerán al menos un episodio de infección del tracto urinario en algún momento de sus vidas, especialmente durante la edad fértil, el 10% desarrollará la infección en la etapa de la menopausia y el 25% experimentará recurrencias en el año (Quevedo y Pachay, 2022).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) de Ecuador, en el año 2018 una de las principales enfermedades que afectaron a las mujeres fue la infección de vías urinarias durante la gestación.

## Etiología

La mayoría de las bacterias que causan infecciones del tracto urinario ingresan desde el intestino a través de la uretra, por la sangre o a la linfa, siendo la *Escherichia coli* la más común. Otras bacterias gram negativas como *proteus mirabilis*, *klebsiella pneumoniae*, *enterococo faecalis* y *estafilococo saprofiticus* también pueden causar infecciones adquiridas en la comunidad.

En América Latina, los microorganismos como la *escherichia coli*, *klebsiella pneumoniae* y *enterobacter* son comunes en la causación de infecciones del tracto urinario, específicamente de cistitis y pielonefritis (Quevedo & Pachay, 2022).

## Factores de riesgo

Existen una variedad de factores de riesgo predisponentes a su aparición como son: el sexo femenino, edad mayor de 65 años, debilidad o hiperactividad en los músculos del tracto urinario inferior, hábitos de micción, traumas durante el parto, hipertrofia prostática, procesos inflamatorios, enfermedades neurológicas y congénitas, uso de bloqueadores alfa adrenérgicos, diuréticos y psicotrópicos, ingesta excesiva de alcohol, entre otras (Chicaiza et al., 2023).

Los factores pueden aumentar la probabilidad de padecer infecciones de vías urinarias son: edad siendo más frecuente en el adulto mayor, sexo presentando mayor afectación las mujeres, debilitamiento de la musculatura del tracto urinario inferior, hábitos miccionales, multiparidad hipertrofia prostática, patologías neurológicas, consumo de ciertos fármacos y alcoholismo.

Por otra parte, algunos factores de riesgo que indican una infección complicada incluyen el embarazo, la inmunosupresión, el uso de sonda vesical temporal o

permanente, la obstrucción de la uretra, la diabetes, la insuficiencia renal, tener síntomas que duran más de una semana, no responder al tratamiento adecuado y la persistencia del microorganismo después de ser tratado correctamente.

## Cuadro Clínico

Los síntomas del tracto urinario inferior suelen presentarse antes de la aparición de la sintomatología del tracto superior. Generalmente la cistitis se manifiesta con urgencia miccional, disuria y hematuria, mientras que la pielonefritis se acompaña clásicamente de hipertermia, dolor en los flancos, náuseas y vómito, las personas con sonda vesical permanente muy frecuentemente se colonizan de bacterias que no se manifiestan, sin embargo, se pueden multiplicar rápidamente y poner en riesgo la vida.

Durante el examen físico es muy probable que exista puño percusión lumbar positiva, regularmente en un solo lado, con menor frecuencia se observa incontinencia, puede llegar a ser recurrente por lo que es necesario diferenciar entre recidivas y reinfecciones (Malpartida, 2019).



**Figura 67**  
*Cistitis, la más común de las infecciones urinarias*  
Tomado de: Rendón (2022).

## Diagnóstico y Exámenes Complementarios

La cistitis se diagnostica ante la presencia de al menos dos síntomas urinarios como disuria, polaquiuria, hematuria y tenesmo vesical, particularmente en el sexo masculino es necesario considerar la posibilidad de prostatitis en el diagnóstico diferencial, por otra parte, la presencia de fiebre y dolor en el flanco podrían indicar pielonefritis.

En la mayoría de los casos, solo se requiere realizar una entrevista minuciosa, específica, organizada y detallada. Es importante tomar una muestra de orina para solicitar un elemental y microscópico de orina, solo en casos necesarios se debe pedir urocultivo. Cabe recalcar que no es necesario que la bacteriuria asintomática sea tratada, debido a que promueve la resistencia bacteriana a los antibióticos, en la Tabla 42 se resume el abordaje diagnóstico (Malpartida, 2019).

## Intervención y Farmacología

Los esquemas de tratamiento para la cistitis aguda no complicada incluyen la administración de fosfomicina unidosis de 3 g, nitrofurantoína 100 mg cada 12 horas durante 5 días o trimetopim 160- sulfametoxazol 800mg cada 12 horas durante 3 días. Además, se pueden utilizar fármacos alternativos como amoxicilina más ácido clavulánico 500/125mg cada 8 horas durante 7 días, cefalexina 500 mg durante 7 días, ciprofloxacino 250 mg cada 12 horas durante 3 días y levofloxacin 500 mg al día durante 3 días (Solano et al., 2020).

Respecto al tratamiento farmacológico ambulatorio de la pielonefritis, implica un periodo de al menos 7 días. Los fármacos de elección son las fluoroquinolonas y las cefalosporinas; ciprofloxacina de 500 mg cada 12 horas durante 7 días o levofloxacina 750 mg una vez al día. En las personas que presentan reacción alérgica a las fluoroquinolonas o resistencia comprobada, se pueden considerar otras opciones como trimetoprim-sulfa 160/800 mg cada 12 horas (Guzmán & García, 2019).

**Tabla 42**  
*Abordaje diagnóstico de una ITU no complicada*

Sintomatología	Características relevantes	Apreciación diagnóstica
<b>Inicio súbito</b> <b>Disuria</b> <b>Polaquiuria</b> <b>Urgencia para miccionar</b>	Mujer sana, no embarazada con antecedentes claros	Considerar la presencia de cistitis. Solicitar cultivo de orina.
	Mujer con antecedente de infecciones recurrentes de transmisión sexual	Diagnóstico sugerente de cistitis o infecciones de transmisión sexual. Utilizar tira reactiva, solicitar elemental y microscópico de orina y urocultivo. Realizar examen físico ginecológico.
<b>Inicio súbito</b> <b>Dorsalgia</b> <b>Náuseas y vomito</b> <b>Fiebre</b> <b>Síntoma de cistitis</b>	Mujer aparentemente saludable, no embarazada	Diagnóstico sugerente de pielonefritis que requiere tratamiento ambulatorio. Solicitar urocultivo.

Tomado de: Malpartida (2019).

## Vulvovaginitis

### Definición

La vulvovaginitis es una inflamación de la mucosa vaginal y el área vulvar que se caracteriza por la presencia de uno o más de los siguientes síntomas o signos: flujo vaginal, mal olor, prurito, ardor, irritación, dolor al mantener relaciones sexuales (dispareunia), dolor al orinar (disuria), aumento del pH vaginal (hasta 7.0) y desequilibrio en la microflora vaginal, causado por la presencia de bacterias, hongos o parásitos patógenos. La causa más común de la vulvovaginitis es el sobrecrecimiento de patógenos como *Gardnerella vaginalis*, *Prevotella*, *Mycoplasma hominis*,

Bacteroides, Fusobacterium y Mobiluncus, que reemplazan a los lactobacilos. Le siguen en frecuencia la candidiasis vulvovaginal y la infección por Trichomonas vaginalis (Espitia, 2021).

## Epidemiología

Entre el 11% y el 34% de las consultas más comunes en mujeres en edad reproductiva están relacionadas con el síndrome de flujo vaginal. Se estima que todas las mujeres han experimentado este síndrome al menos una vez en su vida. La vulvovaginitis suele ser causada principalmente por la vaginosis bacteriana, responsable del 40% al 50% de los casos, seguida de la candidiasis vulvovaginal, con el 20% al 25%, y la tricomoniasis, con el 15% al 20%. A pesar de su alta frecuencia en mujeres, en Ecuador no existen registros del diagnóstico de este problema (Merchán et al., 2020).

## Etiología

Las infecciones genitales femeninas pueden ser causadas por diversos microorganismos, como bacterias, virus, hongos y parásitos, como se presenta en la Tabla 43.

Tabla 43  
Causas de vulvovaginitis

Tipo	Agentes etiológicos
Vulvovaginitis bacteriana	Gardnerella vaginalis, Mobiluncus spp., Bacteroides spp., Prevotella spp., Mycoplasma spp. y Atopobium vaginae
Vulvovaginitis Candidiásica	Candida spp (Candida albicans, Candida glabrata, Candida tropicalis y Candida krusei)
Vulvovaginitis por Trichomonas Vaginalis	Trichomonas vaginalis
Vulvovaginitis No Infecciosas	Vulvitis alérgicas e irritativas,

## Factores de riesgo

Los factores de riesgo se asocian al tipo de vulvovaginitis se muestran en la Tabla 44, donde se detallan los factores de riesgo asociados con diferentes tipos de vulvovaginitis, proporcionando una visión clara de las condiciones y comportamientos que pueden predisponer a las mujeres a esta variedad de infecciones vaginales. Cada tipo de vulvovaginitis, desde la bacteriana hasta la causada por Trichomonas Vaginalis, así como las vulvitis alérgicas e irritativas, se vincula con factores de riesgo específicos que influyen en su aparición y desarrollo.

## Fisiopatología

Existen pruebas que sugieren que la vaginosis puede ser causada por alteraciones en el sistema inmunológico y la presencia de agentes patógenos, lo que lleva a sospechar

Tabla 44

Factores de riesgo de acuerdo al tipo de vulvovaginitis

Tipo	Factores de riesgo
<b>Vulvovaginitis bacteriana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres que consumen tabaco</li> <li>• Mujeres que se realizan duchas vaginales o productos de higiene intravaginal.</li> </ul>
<b>Vulvovaginitis Candidiásica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes Mellitus.</li> <li>• Sobrepeso.</li> <li>• Embarazo</li> <li>• Período premenstrual.</li> <li>• Toma de antibióticos o corticoides y dosis elevadas de estrógenos.</li> <li>• Uso de ropa inadecuada.</li> <li>• Uso de estrógenos.</li> <li>• Anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos (DIU)</li> </ul>
<b>Vulvovaginitis por Trichomonas Vaginalis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Múltiples parejas sexuales.</li> <li>• Relaciones sexuales sin protección.</li> <li>• Antecedentes de infecciones de trasmisión sexual.</li> <li>• Haber padecido tricomoniasis anteriormente.</li> </ul>
<b>Vulvitis alérgicas e irritativas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Historia personal o familiar de atopía (eccema, asma, rinitis alérgicas).</li> <li>• Psoriasis.</li> <li>• Diabetes mellitus.</li> <li>• Enfermedades autoinmunes.</li> <li>• Incontinencia fecal o urinaria</li> <li>• Tratamientos utilizados anteriormente y la higiene genital habitual.</li> </ul>

que factores hormonales podrían estar involucrados, especialmente en mujeres en edad reproductiva. Otra causa que predispone al desarrollo de esta enfermedad está relacionada con cambios en el pH vaginal, que pueden ser causados por el uso de duchas vaginales. Estas pueden favorecer el transporte de la flora perianal hacia la vagina y eliminar mecánicamente los componentes de la flora normal (lactobacillus).


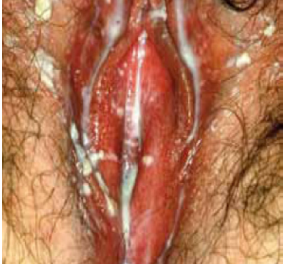

La flora patógena tiene una capacidad superior para producir enzimas que descomponen la mucina, lo que resulta en una disminución de la resistencia de la barrera mucosa. Esto se manifiesta en un aumento del flujo vaginal, que se vuelve más abundante y menos viscoso. La descomposición enzimática proporciona nutrientes a las bacterias, que se multiplican y producen aminopeptidasas. Estas enzimas liberan aminoácidos, que a su vez se descarboxilan para formar diaminas como la putrecina (proveniente de la ornitina) y la cadaverina (proveniente de la lisina). Además, se produce el metabolismo de la trimetilamina de colina, que es principalmente responsable del característico olor a pescado (Merchán y otros, 2020).

## Cuadro Clínico

Las infecciones vulvovaginales pueden manifestarse de diferentes maneras, dependiendo del tipo de infección que se presente. Los principales síntomas y signos incluyen: picazón, ardor, dolor (vulvodinia), aumento de la secreción vaginal, a veces con mal olor, enrojecimiento, hinchazón e inflamación de la piel y las mucosas (ver Tabla 45).

Tabla 45

Cuadro clínico en cada caso

Tipo	Manifestación clínica	Imagen
<b>Vulvovaginitis bacteriana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Flujo de mal olor (olor a pescado) de color blanquecino-grisáceo, fluido, homogéneo y en cantidad moderada.</li> <li>• Prurito vulvar.</li> <li>• escozor vaginal.</li> <li>• Sensación de calor o ardor.</li> <li>• Dispareunia.</li> </ul>	
<b>Vulvovaginitis Candidiásica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prurito intenso.</li> <li>• Leucorrea blanquecina en forma de grumos y no maloliente.</li> <li>• Eritema.</li> <li>• Edema vulvar.</li> <li>• Dispareunia.</li> </ul>	
<b>Vulvovaginitis por Trichomonas Vaginalis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreción vaginal profusa, abundante, de color gris-amarillento-verdoso, fluida, espumosa y maloliente.</li> <li>• El cuadro suele cursar con prurito genital, escozor, disuria y dispareunia.</li> </ul>	

Tomado de: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2022.

## Diagnóstico

El diagnóstico se realiza en base a la sospecha diagnóstica del agente etiológico.

- Vaginosis bacteriana: Para el diagnóstico de Amstel se deben cumplir al menos tres de los cuatro criterios: presencia de leucorrea grisácea, acuosa y homogénea, pH vaginal mayor a 4,5, resultado positivo en el test de aminas y presencia de células clave.
- Vulvovaginitis Candidiásica: Se analizará el pH vaginal, el cual deberá estar en un rango entre 4,2 y 4,7, similar al de la paciente asintomática. Se llevará a cabo un examen en fresco, así como una segunda extensión con KOH al 10% (Test de Whiff) para observar la presencia de hifas.
- Vulvovaginitis por Trichomonas Vaginalis: Se debe realizar un pH vaginal que

esté por encima de 5 (5-6.5) y un examen en fresco para visualizar al parásito móvil y flagelado, el cual es de mayor tamaño que los leucocitos y está acompañado de una gran cantidad de polimorfonucleares (Marnach & Casey, 2022).

## Intervenciones y farmacología

La Tabla 46 ofrece una visión comprensiva de las intervenciones y opciones farmacológicas para el tratamiento de diferentes tipos de vulvovaginitis. Detalla las terapias recomendadas para las infecciones bacterianas, candidiásicas y las causadas por *Trichomonas Vaginalis*, indicando tanto tratamientos tópicos como sistémicos según el tipo de infección. Cada sección de la tabla especifica los fármacos adecuados y los regímenes de dosificación que se deben seguir para asegurar la efectividad del tratamiento y el alivio de los síntomas.

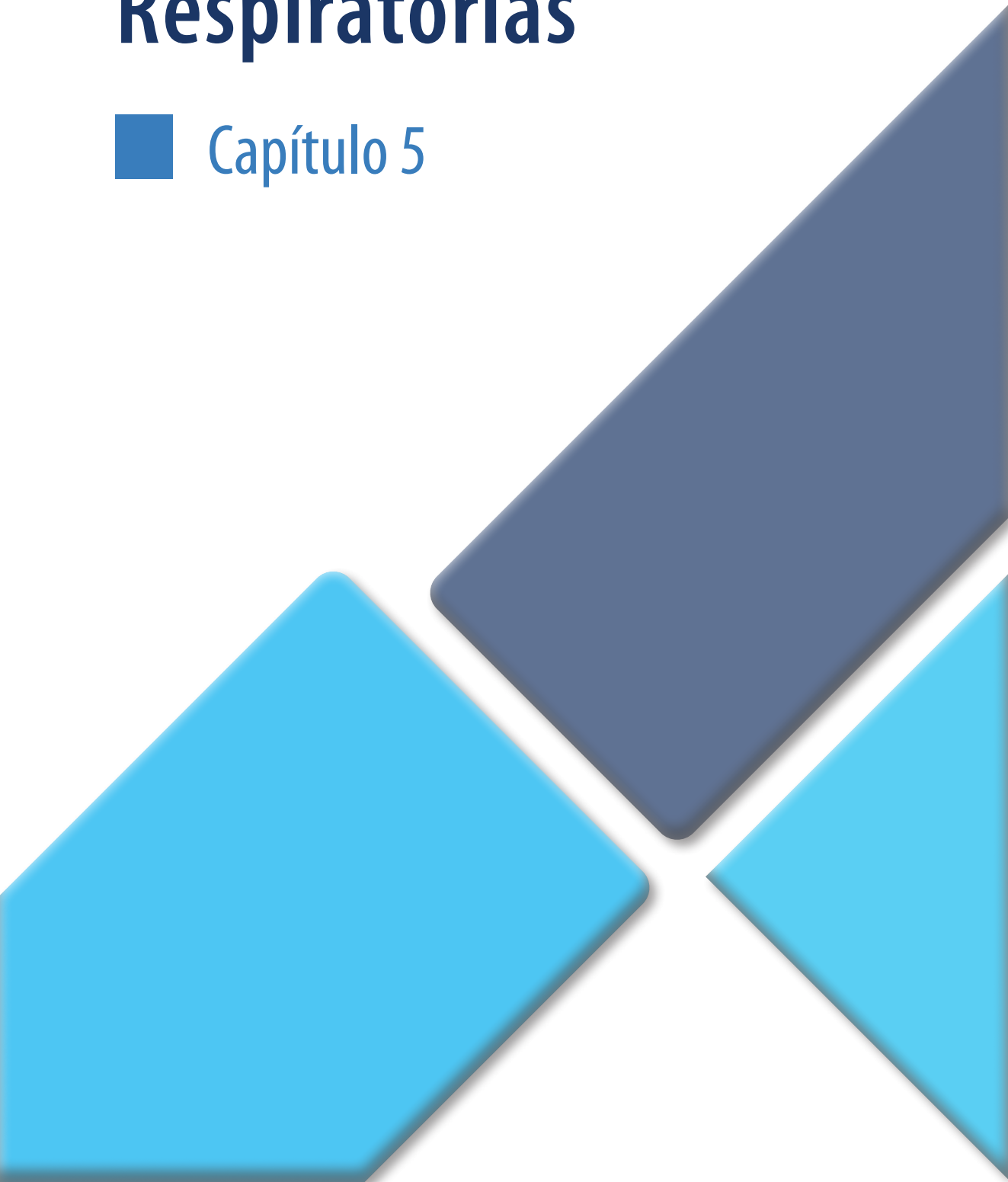
**Tabla 46**  
*Intervenciones y farmacología*

Tipo	Fármacos
<b>Vulvovaginitis bacteriana</b>	Las pautas de tratamiento se fundamentan en el uso de metronidazol o clindamicina, ya sea de forma oral o tópica, durante un periodo de 7 días.
<b>Vulvovaginitis Candidiásica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento tópico con antifúngicos: Clotrimazol, miconazol o nistatina.</li> <li>• Tratamiento sistémico se prefiere al fluconazol (150 mg dosis única)</li> </ul>
<b>Vulvovaginitis por <i>Trichomonas Vaginalis</i></b>	Tratamiento son metronidazol 2 g vo dosis única o metronidazol 500 mg/12h/7días o tinidazol 2 g vo dosis única. Se debe tratar a la pareja.



# Infecciones Respiratorias

■ Capítulo 5





# Infecciones Respiratorias

## Rinofaringitis Aguda

### Definición

La rinofaringitis es una inflamación aguda de la mucosa de la nariz y la faringe originada por una infección. Comúnmente se le conoce como resfriado común o inflamación aguda de las vías respiratorias superiores. En la mayoría de los casos, la causa de esta enfermedad es de origen viral y su curso suele ser benigno (Letourmy, 2022).

En línea con lo comentado por otra autora, la rinofaringitis es una inflamación de la mucosa nasal y faríngea que suele ser de carácter benigno, causada generalmente por virus y que se cura por sí sola. No obstante, puede ser el primer síntoma de otras infecciones, como el sarampión y la gripe, o complicarse con una infección bacteriana, como la otitis media o la sinusitis (Tituana, 2019).



■ Figura 68  
*Faringitis*  
Tomado de: Wikipedia (CC BY-SA 2.5).

Esta enfermedad también se la conoce como “catarro común”, “resfrío” o “nasofaringitis”.

## Epidemiología

Se estima que en países en vías de desarrollo se producen entre 500 y 900 millones de casos de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) al año, lo que representa entre un 20 y un 40% de todas las hospitalizaciones y el 34% de las muertes de niños menores de 5 años. En América Latina, las IRA son una de las tres principales causas de muerte en este grupo etario, contribuyendo al 93% de los 15 millones de defunciones anuales en el mundo. Ecuador, en el año 2007, registró una tasa del 14% de morbilidad por IRA, siendo la primera causa de enfermedad en el país (Cedeño et al., 2019).

Según investigaciones realizadas en la ciudad de Loja en el año 2017, se encontró que las infecciones respiratorias altas fueron más frecuentes en mujeres, con un 19,96%, mientras que en hombres prevaleció con un 58,03%. Se identificó que los pacientes afectados por IRA se encontraban mayormente en el rango de edades de 1-2 años, con un 34,29%, y en menores de 1 año, con un 26,86% (Ramírez, 2010).

## Etiología

La rinofaringitis es ocasionada por una variedad de virus, siendo los rinovirus los más comunes, seguidos por los coronavirus y el virus respiratorio sincitial. En menor medida, también puede ser causada por adenovirus, enterovirus, influenza y parainfluenzae. La infección se transmite a través de secreciones respiratorias y el período de incubación oscila entre 1 y 3 días.

## Factores de riesgo

Los niños lactantes y menores de cinco años tienen un mayor riesgo de verse afectados por Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), debido a la fragilidad de sus defensas naturales y otros factores relacionados con la inmadurez de sus mecanismos de defensa fisiológicos, la anatomía de sus vías respiratorias y el desarrollo incompleto de sus pulmones (Vera, 2020).

Diversos factores como el tabaquismo pasivo, la contaminación ambiental, el reflujo gastroesofágico, la asistencia a guarderías, la carencia de hierro o zinc, la inmunodeficiencia adquirida o congénita, la falta de lactancia materna, las alergias, entre otros, pueden predisponer a desarrollar rinofaringitis o catarro común.

## Cuadro clínico

Cuando un virus invade las células epiteliales del tracto respiratorio superior, desencadena la liberación de mediadores de la inflamación. Estos mediadores provocan cambios en la permeabilidad vascular, lo que resulta en edema y obstrucción nasal. Además, estimulan el sistema colinérgico, lo que puede llevar a rinorrea y, en casos raros, broncoconstricción. La enfermedad tiene un período de incubación de 2

a 5 días. La eliminación del virus generalmente ocurre entre los 2 y 7 días, aunque en algunos casos puede prolongarse hasta 2 semanas (Arango, 2011).

Otros síntomas que pueden presentarse son la tos, dolor de garganta, cefalea y malestar general. La fiebre puede variar en intensidad y frecuencia. Además, es posible que se presenten síntomas en otros sistemas como vómitos, diarrea, dolor abdominal, mialgias e irritación ocular (Letourmy, 2022).

En los lactantes mayores de tres meses, se observa comúnmente fiebre y manifestaciones de irritabilidad. Además, a menor edad del niño, es más evidente la obstrucción nasal que puede interferir con la alimentación y el sueño. En los niños mayores y en los adultos, el inicio de la enfermedad se caracteriza, en un 80% de los casos, por malestar general, cefalea, ardor de garganta, tos, irritación y goteo nasales posterior (Cedeño et al., 2019).

## Diagnóstico

El diagnóstico se realiza de manera clínica, mediante la recopilación de la historia médica y la evaluación física del paciente. Es fundamental evaluar factores como la presencia de enfermedades en la nariz y los senos paranasales, como inflamación u obstrucción, así como enfermedades bucales. Además, es importante considerar la profesión y el entorno laboral del paciente, en especial si se encuentra expuesto a polvo, humedad o bajas temperaturas. También se deben tener en cuenta el hábito de fumar y el consumo de alcohol (Giménez, 2006).

## Intervenciones y Farmacología

Dentro de las medidas a tomar en cuenta en caso de una rinofaringitis, están las siguientes:

- Descansar adecuadamente para que el niño pueda recuperar fuerzas y encontrarse mejor deberá guardar reposo.
- Aliviar la obstrucción nasal con lavados nasales con suero salino e inhalaciones con vapor de agua.
- Controlar la fiebre utilizando medios físicos.
- Hidratación adecuada.
- Las gárgaras pueden realizarse con suero fisiológico o agua con sal. Ambos líquidos son efectivos para aliviar la irritación de la garganta y reducir uno de los síntomas más molestos, el dolor al tragar alimentos o saliva (Arango, 2011).
- Tratamiento farmacológico: el ibuprofeno o paracetamol son los medicamentos más usados para terminar con el dolor, la inflamación y la fiebre. En casos más graves y dependiendo del origen de la faringitis, ya sea vírica o bacteriana, pueden ser recetados antibióticos. Además, también están los mucolíticos que ayudarán a que la mucosa presente en las paredes de la faringe, desaparezca (Cedeño. y otros, 2019).

## Faringoamigdalitis

### Definición

La faringoamigdalitis, también conocida como angina, proviene del latín *angere*, que significa apretar o estrangular. Este término se utilizaba para describir la sensación de constricción en la garganta que se observa en cualquier inflamación en esta área. Actualmente, se refiere a la inflamación de las amígdalas causada por *Streptococcus B hemolítico Grupo A (SBHGA)*, que puede extenderse a los tejidos circundantes de la faringe. Es importante mencionar que esta definición no incluye la condición de portador de SBHGA, que generalmente es asintomática (Pavez et al., 2019).

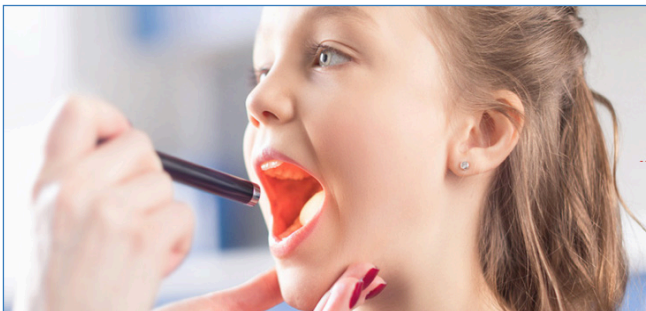
### Epidemiología

A nivel mundial, entre el 50% y el 80% de los casos de faringitis o dolor de garganta tienen origen viral, involucrando una diversidad de patógenos virales. Los casos más graves suelen ser de origen bacteriano y pueden surgir después de una infección viral inicial. La infección bacteriana más común es el estreptococo beta-hemolítico del grupo A, responsable del 5% al 36% de los casos de faringitis aguda (Cifuentes & Jaramillo, 2020).

Según estudios realizados en la población latinoamericana, se ha observado que las infecciones agudas más comunes son las enfermedades respiratorias, en específico la faringitis aguda, con una prevalencia del 29% en la región. Esta enfermedad es especialmente frecuente en adolescentes y niños de 3 a 15 años. En Ecuador, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) del año 2013, se reporta que la provincia de Guayas es la que presenta el mayor número de egresos hospitalarios por faringitis o amigdalitis aguda, con un total de 735 pacientes. Le sigue la provincia de Manabí con 293 pacientes y luego Pichincha con 242 pacientes (Briones et al., 2023).

### Etiología

- **Infecciosas:** Entre los agentes etiológicos descritos de faringitis o fiebre escarlatina se encuentran diferentes tipos de virus respiratorios (como adenovirus,



■ **Figura 69**  
*Faringoamigdalitis aguda*  
Tomado de: Altiozem (2023).

virus influenza, virus parainfluenza, rinovirus y virus respiratorio sincicial), que constituyen el 50-80% de los casos. En menor proporción, se encuentran Streptococcus  $\beta$  hemolíticos de los grupos C y G (5-20%) y el virus de Epstein Barr (1-10%), este último como parte de un cuadro sistémico. Otros virus que pueden causar faringitis son coxsackie, echovirus, herpes simplex tipo 1, citomegalovirus, rubéola, sarampión y virus de inmunodeficiencia humana. Además, algunas bacterias como Chlamydia pneumoniae, Staphylococcus aureus, Corynebacterium diphtheriae, Mycoplasma pneumoniae, Neisseria gonorrhoeae, Arcanobacterium haemolyticum y Fusobacterium necrophorum también pueden ser responsables de la faringitis.

- **No infecciosas:** PFAPA (sigla en inglés para: síndrome de fiebre periódica, estomatitis aftosa, faringitis y adenitis), enfermedad de Kawasaki, exudación post adenoamigdalectomía (exudado fibrinoso/pseudomembranoso), agranulocitosis y Tonsilolitos (Couloigner, 2022).

## Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo para la faringoamigdalitis se encuentran aquellos de índole ambiental, como la exposición a olores por el mal manejo de la basura, combustibles fósiles, ozono, uso inadecuado del carbón, dióxido de azufre, contaminación ambiental, humo del cigarrillo, humo causado por quemas, dióxido de nitrógeno, cambios climáticos, partículas de cemento, partículas en suspensión, partículas de polvo, trabajos con madera y partículas de ladrillo.

## Cuadro Clínico

En la mayoría de los casos, es difícil diferenciar, basándose en la clínica, entre etiología vírica y estreptocócica; no obstante, son orientadoras algunas características, que se reflejan en la Tabla 47.

## Diagnóstico y Exámenes Complementarios

Es necesario realizar un hisopado enérgico en ambas amígdalas y en la pared posterior de la faringe para obtener una muestra faríngea. Esto se hace con el fin de llevar a cabo un test rápido para detectar la presencia de *S. pyogenes* y realizar un cultivo faríngeo.

### Test rápidos

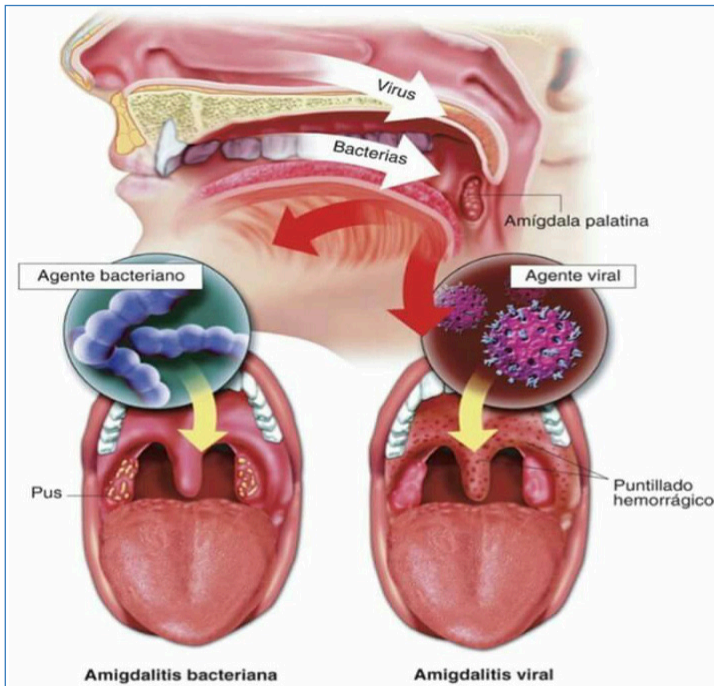
- Se necesita una muestra con torunda seca y enviada al laboratorio, en breve, en un tubo estéril sin medio de transporte.
- Estos test se realizan con la finalidad de detectar antígenos bacterianos.
- Hay diversas técnicas para la detección de ciertas enfermedades, entre las que se destacan la aglutinación con látex, la inmunocromatografía (la más utilizada) y el enzimoimmunoensayo.

Tabla 47

Hallazgos clínicos (signos y síntomas de faringoamigdalitis)

<p><b>Sugestivos de infección por EbhGA</b> (: estreptococo beta hemolítico del grupo A; FAA: faringoamigdalitis aguda.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio abrupto de dolor de garganta</li> <li>• Edad: 5-15 años</li> <li>• Historia de exposición a enfermo con FAA en las 2 semanas anteriores.</li> <li>• Odinofagia.</li> <li>• Alta temperatura.</li> <li>• Exantema escarlatiniforme.</li> <li>• Cefalea.</li> <li>• Náuseas, vómitos, dolor abdominal.</li> <li>• Eritema o exudados faringoamigdalares.</li> <li>• Petequias en el paladar blando.</li> <li>• Pequeñas pápulas eritematosas y anulares, con centro pálido (lesiones «donuts»), en paladar blando o duro.</li> <li>• Úvula roja y edematosa.</li> <li>• Adenopatías cervicales anteriores, de gran tamaño (&gt; 1 cm) y que causan mucho dolor.</li> </ul>
<p><b>Sugestivos de infección vírica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatoesplenomegalia</li> <li>• Adenopatías generalizadas</li> <li>• Conjuntivitis</li> <li>• Tos</li> <li>• Diarrea</li> <li>• Exantemas o enantemas característicos</li> <li>• Rinorrea</li> <li>• Afonía</li> </ul>

Tomado de: Piñeiro (2011).



■ **Figura 70**  
Características clínicas según agente etiológico  
Tomado de: García (2015).

- Resultado rápido (minutos, hasta 1 hora, según el método utilizado).
- La especificidad de este método es alta, oscilando entre el 85% y el 100%, con una tendencia a superar el 95% en la mayoría de los casos (en comparación con el cultivo). Los falsos positivos son poco comunes, siendo una excepción el *Streptococcus milleri*.
- Sensibilidad variable, 97% para inmunocromatografía.
- Costos elevados.
- Los estudios de concordancia diagnóstica demuestran que tanto el enzimo-inmuno-ensayo como el inmuno-ensayo óptico tienen una sensibilidad comparable (85,4% versus 86,2%), con una alta especificidad (95,4%). Estos resultados permiten reducir la prescripción innecesaria de antimicrobianos y aumentar la proporción de pacientes que reciben un tratamiento adecuado.

### Cultivo faríngeo

- Se necesita introducir la segunda torunda en medio de transporte: Todd Hewitt, hasta su envío al laboratorio.
- Se debe sembrar la muestra en medio de cultivo agar sangre de cordero, cultivar a 35-37°C. Lectura definitiva aproximadamente a las 48 h. Se puede obtener un informe preliminar a las 24 h.
- Estándar de oro para el diagnóstico.



■ **Figura 71**  
*Evaluación clínica del paciente*  
Fuente: Tomado del proyecto "Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería" (2021).

- Disminución de gastos.
- Mayor disponibilidad.

El cultivo es el método de elección para detectar portadores. Los test rápidos tienen una sensibilidad variable, que oscila entre el 70% y el 90%, con un promedio del 85%. La mayoría de los falsos negativos se observan en portadores, por lo que no se recomienda el uso de estas técnicas para detectar la portación (Oliveira et al., 2018).

Criterios clínicos	Centor	McIsaac	FeverPAIN
Fiebre >38°C	+1	+1	+1
Ausencia de tos	+1	+1	
Ausencia de tos o coriza			+1
Exudado amigdalár	+1		+1
Inflamación o exudado amigdalár		+1	
Inflamación amigdalár importante			+1
Adenopatías laterocervicales dolorosas	+1	+1	
Edad			
• 3- <15 años		+1	
• 15- <45 años		0	
• ≥45 años		-1	
Visita rápida al médico (≤3 días)			+1
	Puntuación	Puntuación	Puntuación
Probabilidad estimada de cultivo positivo para EbhGA	0: 2,5%	0: 1-2,5%	0-1: 13-18%
	1: 6-6,9%	1: 5-10%	2-3: 34-40%
	2: 14,1-16,6%	2: 11-17%	4-5: 62-65%
	3: 30,1-34,1%	3: 28-35%	
	4: 55,7%	≥4: 51-53%	

■ Figura 72

*Criterios diagnósticos para faringoamigdalitis bacteriana*

Tomado de: Humair (2009).

## Intervenciones y Farmacología

- Penicilina: Se ha demostrado que es el antimicrobiano preferido debido a su eficacia comprobada, seguridad, espectro reducido y precio accesible.
- Antimicrobianos con actividad *in vitro* contra SBHGA: penicilinas (ampicilina, amoxicilina, penicilinas semisintéticas), cefalosporinas, clindamicina, azálidas (azitromicina) y macrólidos.
- Amoxicilina: tiene una eficacia mayor comparable a penicilina oral.
- La penicilina benzatina intramuscular se presenta como una opción alternativa a los 10 días de tratamiento con antimicrobianos orales. Esta forma de administración

cuenta con la mejor evidencia en la prevención de la enfermedad reumática, sin embargo, es importante tener en cuenta el factor de adherencia al tratamiento.

- Cefalosporina de 1° generación: son una alternativa a  $\beta$ -lactámicos si no existe hipersensibilidad inmediata (tipo 1) a penicilina. Por su fácil administración, particularmente se elige cefadroxilo.
- Azólidas y macrólidos: recomendado en antecedente de alergia a penicilina tipo 1 (anafilaxia).
- Clindamicina: se debe utilizar si se conoce resistencia a macrólidos o alergia a penicilina, disminuida disponibilidad y no se dispone en formulación pediátrica en el medio.
- Clindamicina y cefalosporinas de 1° generación son las más efectivas en eliminar esta bacteria en los portadores (Pavez et al., 2019)





# Resultados y Conclusiones

La implementación de programas de atención ambulatoria es esencial para complementar la cobertura asistencial en el primer nivel de atención. Este modelo efectivamente controla episodios agudos, previene complicaciones y aborda enfermedades crónico-degenerativas en evolución, lo que resulta en una mejora significativa en la calidad de vida de la población y en la reducción de la saturación en los servicios de consulta externa del sector público a nivel local. Además, estos programas promueven un contacto directo con los pacientes y fortalecen la relación del personal de salud con la comunidad, ofreciendo un campo de aprendizaje valioso para los estudiantes de enfermería, quienes pueden desarrollar habilidades prácticas que humanizan el cuidado y la prestación de servicios en diversos entornos.

Durante la implementación del Programa de Atención Ambulatoria Médica y de Enfermería, se atendió a un total de 1638 personas, como se detalla en las Tablas 48 y 49. Los motivos de consulta más comunes, como se observa en la Tabla 49, incluyeron enfermedades generales, metabólicas e infecciosas, además de un alto número de consultas de control. En respuesta a estas necesidades, se implementaron intervenciones centradas en promover la salud y prevenir enfermedades, además de ofrecer tratamiento oportuno e individualizado, adecuado a las necesidades específicas de cada paciente.

Con base en los resultados recopilados en las Tablas 48 y 49, es esencial continuar con actividades que permitan la detección temprana y el control de factores de riesgo para retrasar la aparición de enfermedades y evitar complicaciones. Por ello, se enfatiza la importancia de proporcionar información científica y objetiva que sirva de apoyo para la adopción de prácticas informadas y racionales sobre la salud.

El presente libro ayuda a evidenciar los principales motivos de consulta que se dieron durante el desarrollo del Programa de Atención Ambulatoria Médica y de

Enfermería, dándonos un panorama más claro de cuáles son las necesidades sanitarias de la población lojana y de esta manera mejorar este tipo de proyectos de vinculación con la sociedad.

Tabla 48

Resultados del Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería 2021

<b>1. Periodo de desarrollo de la actividad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agosto-Septiembre 2021</li> </ul>
<b>2. Número de personal de salud que intervino (estudiantes y docentes)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 40 personas</li> </ul>
<b>3. Número de personas atendidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1638</li> </ul>
<b>4. Motivo de consulta frecuente (términos del paciente)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de signos vitales</li> <li>• Dolor de estómago</li> <li>• Dolor en los huesos</li> <li>• Molestias en los ojos</li> <li>• Dolor de garganta</li> <li>• Observar luces</li> <li>• Mareo</li> <li>• Dolor de cabeza</li> <li>• Molestias para ir al baño</li> <li>• Dolor de espalda</li> <li>• Mucha sed</li> <li>• Granos en la piel</li> </ul>
<b>5. Contraste clínico-diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toma de signos vitales – control médico general</li> <li>• Epigastralgia – gastritis</li> <li>• Dolor de estómago - parasitosis</li> <li>• Artralgia -dolor articular</li> <li>• Odinofagia – Rinofaringitis, amigdalitis.</li> <li>• Escotomas – Hipertensión arterial</li> <li>• Mareo – Anemia</li> <li>• Cefalea – Hipertensión arterial</li> <li>• Cefalea - Migraña</li> <li>• Mareo – dislipidemias</li> <li>• Disuria – Infección de vías urinarias</li> <li>• Secreción vaginal – Vaginitis</li> <li>• Omalgia – Sd. Del manguito rotador</li> <li>• Lumbalgia – Lumbalgia</li> <li>• Polidipsia – Diabetes Mellitus</li> <li>• Lesión en conjuntiva -Pterigión</li> <li>• Lesiones en piel- dermatitis</li> </ul>

Tabla 49

*Distribución Demográfica y Diagnósticos en el Programa de Atención Ambulatoria Médico y Enfermería 2021*

<b>Personas que se atendieron</b>	
<b>Edades</b>	
• Pediátricos	43
• Adolescentes	133
• Adulto mayor	358
• Adulto joven	1.104
<b>Sexo</b>	H: 573 M: 1.065 O:0
<b>Motivos de consulta frecuentes (términos del paciente) / Contraste clínico diagnóstico</b>	
• Enfermedades metabólicas	203
• Enfermedades infecciosas	129
• Enfermedad general	229
• Consulta de control	880



# Anexos: Componente Operativo

**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
**UNIVERSITARIO**

**PROGRAMA DE ATENCIÓN  
AMBULATORIA MEDICA Y  
DE ENFERMERIA**

**Nos preocupamos por tu Salud,  
Nos interesa tu bienestar.**

**AGOSTO-SEPTIEMBRE 2021**

**Instituto Superior Universitario Bolivariano**

**Carrera Técnico Superior en Enfermería**

**Programa de atención ambulatoria medica y de enfermería en la ciudad de Loja**

Estudiantes participantes

Estudiantes de la carrera de enfermería

Docentes responsables

Dra. Jeniffer Albán

Dra. Sara Flores

Agosto–Septiembre 2021

Loja Ecuador

## **Descripción General**

### **1. Título**

Programa de Atención Ambulatoria Médica y de Enfermería

### **2. Descripción General**

Los bajos índices de cobertura y atención médica en los servicios de salud, congestiónamiento de algunos servicios y la escasa concurrencia a los centros de atención médica deriva la necesidad de requerir y ampliar los niveles actuales de cobertura mediante un método que los generadores de salud lleguen a la prestación de atención a los lugares donde la comunidad pueda acceder mediante la atención ambulatoria, lo que sería un esfuerzo por parte de la institución para satisfacer las necesidades de salud de la población. La atención que se brinda en la Medicina Ambulatoria también es nombrada como prevención primaria que incluye el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos y en ella se pueden encontrar servicios de: consulta integral externa, entrega de medicina, asesoría nutricional, entre otros.

Este proyecto se alinea con una de las actividades principales de la institución, ya que su implementación facilita el acceso a la salud a los habitantes de los sectores seleccionados para tal fin. Los estudiantes de la carrera de enfermería, supervisados por un docente, llevarán a cabo la atención, control y tratamiento de diversas

patologías, así como la supervisión de la salud general, la entrega de medicamentos, asesoramiento nutricional y la distribución de guías con información relevante. Además, este contacto fortalecerá las medidas de prevención sanitaria al incorporar actividades de autocuidado y prevención de la salud.

Con la ejecución de este proyecto se espera mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, a través de la motivación emocional, educación en salud y de facilitar el acceso a la atención.

### **3. Objetivos**

#### **Objetivo General**

- Brindar atención médica integral gratuita a por lo menos 2 mil habitantes de la ciudad de Loja, contribuyendo al mejoramiento y cuidado de su salud.

#### **Objetivos Específicos**

- Mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, a través de la promoción y atención en salud del 100% de la población que acuda a la atención ambulatoria mediante la consulta médica, diagnósticos y tratamientos.
- Atender a los cinco grupos etarios de la población; niños de 0 a 11 años de edad, adolescentes de 12 a 18 años, adultos jóvenes de 18 a 26 años, adultos de 26 a 64 años, adultos mayores de 65 años en adelante y mujeres en estado de gestación.
- Proporcionar tratamiento farmacológico y no farmacológico al 100% de la población atendida, en base a las diferentes patologías diagnosticadas.

### **4. Justificación**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente la mitad de los 7300 millones de habitantes del planeta aún carecen de acceso completo a servicios sanitarios esenciales. Además, la OMS destaca la importancia de contar con personal adecuado para proporcionar servicios de atención primaria, pero se estima que hay un déficit mundial de 18 millones de profesionales sanitarios. De los 30 países con datos disponibles, solo 8 gastan al menos US \$40 por persona al año en atención primaria.

Por estas razones, es crucial que los estudiantes de Enfermería cuenten con una excelente preparación y apliquen los mejores conocimientos y habilidades disponibles para reconocer y diagnosticar a tiempo los problemas de salud de los pacientes, así como para promover y mantener la salud de las personas. Como parte de la exploración física, es fundamental evaluar correctamente los signos vitales y tomar medidas antropométricas. Una buena técnica clínica ayuda a reducir errores y mejora la calidad de los diagnósticos.

Las prácticas clínicas son vitales para que los estudiantes de Enfermería puedan aplicar

los conocimientos adquiridos en un entorno real y desarrollarse como profesionales en el futuro. Este proyecto brinda la oportunidad de participar en la detección de problemas de salud en la población local, así como en actividades de promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento y rehabilitación en la comunidad.

Este proyecto permitirá a los estudiantes mejorar sus habilidades en la atención primaria de salud en la comunidad, tanto a nivel individual como colectivo. Además, enfatiza la importancia de establecer un contacto humano, ético y profesional con los pacientes, lo cual es fundamental para su formación integral. Este espacio también es idóneo para promover la salud y el bienestar de manera positiva, y va más allá de las prácticas preventivas y curativas de la enfermedad. De hecho, la declaración de la OMS contenida en la carta de Ottawa define la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas aumentar el control sobre su salud y mejorarla, lo cual se llevará a cabo a través de este proyecto.

## **5. Docentes Responsables**

- Dra. Jeniffer Albán
- Dra. Sara Flores

## **6. Estudiantes Participantes**

- Samaniego Barco Patsy Kensit
- Vargas Mendoza Bryan Ariel
- Yunga Camacho Johanna Elizabeth
- Rojas Chamba Karen Samanta
- Lozano Sozoranga Ana Lucia
- Amay Armijos Johny Damian
- Moreno Castillo Dayana Paola
- Valarezo Coronel Pablo Daniel
- Zhigui Salinas Fernanda Jamiles
- Paredes Solórzano Michelle Estefanía
- Ramírez Jiménez María José
- Sarango Luna Jeniffer Adriana
- Paladinez Mejía María Anghellett
- Lopera García José Fabián
- Sarango Imaicela Nathaly Yomara

- Cueva Quizhpe Gabriela Yomaira
- Granda Saraguro Marjorie Fernanda
- Briceño Chalco Joselyne Selena
- Abad Peña Daysi Oliva
- Sigcho Quezada Jacinto José
- Soto Mera Shuleimy Gabriela
- Carrión Jhuliana
- Alvarado Mocha Sheyla María
- Sanmartín Vásquez Edgar Jefferson
- Maza Maza Gabriela Stefanía
- Salinas Sinchire David Hernán
- Villata Ochoa Cristian Alexander
- Jiménez Jiménez Wendy Adamari
- Córdova Torres Fabricio Honorato
- Sanmartín Calva María Elena
- Alvarado Vera Jhinson Javier
- Morocho Capa Rosa Abigail
- Chalán Chalán Luz Patricia
- Nole Carchi Henry Isaac
- Salinas Yaguana Leidy Guadalupe
- López Irca Ana Lucía
- Aguilar Armijos Karen Lisbeth
- Juela Torres Edita Nathalí
- Zaruma Jaqueline

**7. Institución u organización beneficiaria responsable:**

Instituto Superior Universitario Bolivariano

**8. Institución o sector beneficiario:**

Población de la ciudad de Loja.

## **9. Fecha de inicio y conclusión:**

**Fecha de inicio:** 12 de agosto del 2021

**Fecha de conclusión:** 30 de septiembre del 2021

## **10. Testimonio de paciente atendido en el Programa de Atención Ambulatoria Médica y de Enfermería**

<https://www.youtube.com/watch?v=LWwqmctu0yA>

## **11. Videos de ejecución del Programa de Atención Ambulatoria Médica y de Enfermería**

<https://www.youtube.com/watch?v=wya-vq4m2QA>

<https://www.youtube.com/watch?v=rDtCdGtnAo0>

## Correo de aprobación del proyecto

• **"PROGRAMA DE ATENCIÓN AMBULATORIA MEDICA Y DE ENFERMERÍA "**

AVANCES PRESENTADOS :

• **PLANIFICACIÓN**

POR FAVOR REVISAR MODIFICACIONES EN MATRIZ DE: MODIFICACIONES Y CAMBIO DE ESTADO.

**Atentamente.**

Magister.

Víctor Hugo Samaniego Luna

PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADEMICA

---

Dra. Sara Flores

Dra. Jeniffer Alban

Ing. Mauricio Navas

**DOCENTES DEL ISUB**

**Ciudad.-**

Señores

**ESTUDIANTES DE LA CARRERA TÉCNICO SUPERIOR DE ENFERMERÍA PERIODO ABRIL- SEPTIEMBRE 2021.**

**Ciudad.-**

De mis consideraciones:

Es grato saludar a ustedes; La Comisión Académica del Instituto, en Sesión de fecha 11 de agosto de 2021, procedió a revisar los avances del Proyecto con alcance en VINCULACIÓN CON LA COMUNIDAD, tipo PROYECTO DE VINCULACIÓN .

Los avances **SON APROBADOS** por la Comisión.

TFMA :

|

## Distribución de cada estación del programa en el parque Santo Domingo

Estación de Enfermería	Consultorio 1	Consultorio 2	Farmacia
<p>Estación 1: Consta de 3 sillas, una mesa, balanza, tallímetro, infantómetro, cinta métrica, tensiómetro, saturador de oxígeno, glucómetro, termómetro digital, estetoscopio, alcohol, algodón, gasas y electrocardiógrafo. En esta se realizará la toma de signos vitales y medidas antropométricas, basurero de desechos comunes y basurero de desechos infecciosos.</p>	<p>Estación 2: Consta de 3 sillas, una mesa, un biombo, cheslong, papelería medica básica, basurero de desechos comunes y basurero de desechos infecciosos, instrumentación médica. En esta se brindará atención médica a niños, adolescentes de 0 a 18 años y mujeres gestantes.</p>	<p>Estación 3: Consta de 3 sillas, una mesa, un biombo, cheslong, papelería medica básica, basurero de desechos comunes y basurero de desechos infecciosos, instrumentación médica. En esta se brindará atención médica a Adultos y adultos mayores. Además de brindar estancia corta a pacientes descompensados o que necesiten reposo por periodos cortos de tiempo.</p>	<p>Estación 4: Consta de 3 sillas, una mesa, material didáctico, ilustraciones gráficas, recetas saludables. En este se entregará medicación y se brindará charlas de nutrición, lactancia materna, signos de alarma, educación acerca de la preparación de alimentos saludables, planes nutricionales según estado nutricional y patología de cada individuo.</p>

## Manual para el cuidado de la Salud



**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
UNIVERSITARIO



**CARRERA DE  
ENFERMERÍA**



# MANUAL PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

**ATENCIÓN Y CUIDADOS DE PATOLOGÍAS  
CRÓNICO-DEGENERATIVAS. EMBARAZOS,  
ADULTO MAYOR Y PACIENTE PEDIÁTRICO**

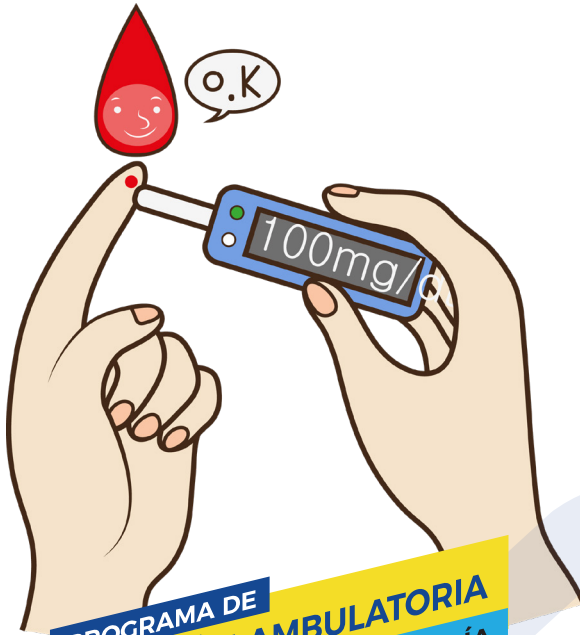
[www.tbolivariano.edu.ec](http://www.tbolivariano.edu.ec)



**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
**UNIVERSITARIO**



**CARRERA DE  
ENFERMERÍA**



**PROGRAMA DE  
ATENCIÓN AMBULATORIA  
MÉDICO Y ENFERMERÍA**

# **GUÍA DE CUIDADOS AL PACIENTE DIABÉTICO**

[www.tbolivariano.edu.ec](http://www.tbolivariano.edu.ec)

# DIABETES



## ¿Qué es la diabetes?

La diabetes es una enfermedad crónica que se caracteriza por el aumento de la glucosa (azúcar) en sangre (glucemia). La glucosa es la energía que nuestro cuerpo necesita para funcionar. La obtenemos de los alimentos a través de la digestión, un proceso por el que la glucosa pasa a la sangre y se almacena en el hígado para ser utilizada cuando la necesitemos.

Algunas personas tienen dificultad para producir o utilizar correctamente la insulina y por lo tanto se produce una acumulación de la glucosa en la sangre que da lugar a la diabetes.



## Diabetes Tipo 1

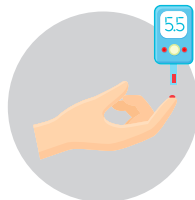
La persona suele empezar a:

- Beber mucho.
- Orinar mucho.
- Tener mucha hambre.
- En la mayoría de los casos a perder peso.
- Su tratamiento siempre es la insulina.



## Diabetes Tipo 2

Un significativo número de personas con diabetes tipo 2 puede mantener su glucosa controlada con unas pautas de alimentación aconsejadas por su equipo de salud.

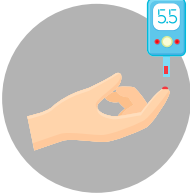


## Diabetes Gestacional

Conocida también como "Diabetes del embarazo". Suele darse en mujeres que antes del embarazo no tenían diabetes. En la mayoría de las mujeres desaparece poco después del parto.

No obstante, muchas de las mujeres con diabetes gestacional pueden llegar a desarrollar una diabetes tipo 2 a lo largo de los años.

## ¿Qué es la glucemia capilar y cuáles son los valores adecuados?



Los valores normales de la sangre capilar son:

- **Valores normales en ayunas:** Desde 70 a 110 mg/dl.
- **Valores normales dos horas después de comer:** Desde 70 a 140 mg/dl.

## ¿Cómo y quién debe realizar autoanálisis de glucemia?



- Conocer previamente el funcionamiento tanto del pinchador, como del aparato para determinar la glucemia.
- Estar atento/a a que las tiras reactivas sean las del aparato, no estén caducadas y el código coincida con el que aparece en la pantalla del aparato
- Tener las manos limpias, masajear la punta de los dedos o lavarlos con agua templada, no utilizar antisépticos.
- Obtener una gota de sangre adecuada y seguir los pasos adecuados en cada aparato.
- Tener cuidado de no exponer el aparato a temperaturas superiores a 30° C o inferiores a 10°.
- No exponer las tiras reactivas a la luz de forma continuada o a humedad.

## ¿Qué puedo hacer para conseguir un buen control del colesterol?



Disminuir la toma de grasas saturadas que están fundamentalmente en:

- Embutidos
- Mantequillas
- Patés
- Quesos grasos
- Carnes grasas
- Huevos
- Mariscos
- Bollerías industriales

El ejercicio sirve también para controlar los niveles de colesterol.

## Factores que aumentan la glucemia

- **Los alimentos que tomamos:** La mayoría se transforma en glucosa y por lo tanto si no sabemos distribuirlos correctamente, a lo largo del día, aumentará la glucemia a valores no deseables.
- **Las infecciones:** Cuando tenemos fiebre o alguna infección nuestra glucemia puede subir aunque no comamos nada.
- **El estrés:** Situaciones de estrés importantes pueden ocasionar subidas en su glucemia.
- **Medicamentos:** Algunos fármacos como los corticoides o los anticonceptivos pueden producir un aumento en la glucosa sólo por tomarlos.

## Factores que disminuyen la glucemia

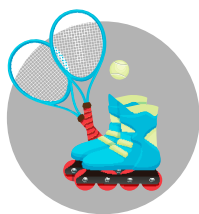
- La práctica del ejercicio físico.
- Los fármacos que tomamos para controlar la diabetes denominados antidiabéticos orales.
- La insulina.

## ¿Cómo realizar el ejercicio físico?

Debe cumplir las siguientes condiciones:

- **Tiempo:** Debe llegar a realizar 60 minutos o más por sesión.
- **Frecuencia:** 3 ó más veces por semana.
- **Intensidad:** moderada.

## ¿Debo tomar alguna precaución para hacer ejercicio



- Lleve siempre una pulsera, brazaletes o tarjeta que le identifique como persona con diabetes tipo 2.
- Lleve siempre azúcar, 2 ó 4 azucarillos, 2 ó 4 pastillas de glucosa o un zumo.
- Beba mucho líquido.
- Realice análisis de azúcar antes y al finalizar el ejercicio, sobre todo si está empezando con esta actividad.
- No realice ejercicio si antes de comenzar tiene el azúcar en 300 mg/dl o más.
- Procure realizar ejercicio con compañeros/as.
- Evite realizar ejercicio al aire libre si hace mucho calor.
- Use ropa adecuada, amplia, de tejidos naturales y que se ajuste a las condiciones atmosféricas.
- Use calzado adecuado, amplio, que permita transpirar al pie y no le produzca ninguna rozadura.

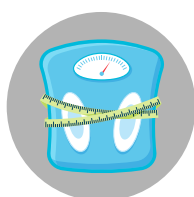
## Alimentación y Nutrición

### Dieta mediterránea



La Dieta Mediterránea es una valiosa herencia cultural que representa mucho más que una simple pauta nutricional, rica y saludable. Es un estilo de vida equilibrado que recoge: recetas, formas de cocinar, celebraciones, costumbres, productos típicos y actividades humanas diversas.

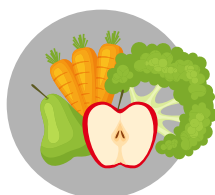
Entre la diversidad de propiedades beneficiosas, para la salud de este patrón alimentario, se puede destacar el tipo de grasa que lo caracteriza (aceite de oliva, pescado y frutos secos), las proporciones en los nutrientes principales que guardan sus recetas (cereales y vegetales como base de los platos y carnes o similares como “guarnición”) y la riqueza en micronutrientes que contiene, fruto de la utilización de verduras de temporada, hierbas aromáticas y condimentos.



Así lo reconoció y celebró la UNESCO inscribiendo la Dieta Mediterránea, como uno de los elementos de la Lista Representativa del Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad.

La alimentación saludable que nos proporciona la Dieta Mediterránea es, perfectamente, compatible con el placer de degustar sabrosos platos.

### Dieta DASH



La dieta DASH es baja en sal y alta en frutas, vegetales, granos integrales, lácteos bajos en grasas y proteínas magras. DASH corresponde a las siglas en inglés de Enfoques Alimentarios para Detener la Hipertensión (Dietary Approaches to Stop Hypertension). La dieta se creó originalmente para ayudar a reducir la presión arterial. También es una manera saludable de perder peso.

#### ¿Cómo funciona?

La dieta DASH le ayuda a consumir alimentos nutritivos. No se trata solo de una dieta tradicional baja en sal. La dieta DASH enfatiza los alimentos ricos en calcio, potasio, magnesio y fibra que -al combinarse- ayudan a disminuir la presión arterial.

Nombre:  
Tratamiento:

Fecha	Desayuno		MMA	Comida		Me	Cena		ReC	Obs
	PRE	Post.		PRE	Post.		PRE	Post.		
Lu										
Mar										
Mie										
Jue										
Vie										
Sa										
Do										

### Libreta de Automonitoreo glucémico

1. Los controles de glucemia capilar en el paciente con insulinoterapia basal, se deben realizar prioritariamente antes de las comidas, entendiéndose de forma inmediata antes del primer bocado.
2. En el paciente de reciente inicio de insulinoterapia, se debe registrar especialmente la glucemia capilar "ANTES DEL DESAYUNO", puesto que, sobre la base de esta, se realizarán los ajustes de la insulina basal.
3. Se deben realizar los cambios en la dosis de insulina basal cada 48 a 72 horas en el paciente estable, incrementando la dosis si los valores registrados en los controles están por encima del objetivo.
4. Se debe recordar al paciente que los controles glucémicos son la herramienta para modificar la dosis de insulina, así como los hábitos nutricionales, NO son datos para conocimiento general, ni son en sí mismos un tratamiento.
5. Se debe realizar un control de glucemia capilar si tiene síntomas compatibles con hipoglucemia: sudoración fría, temblor fino distal, hambre intenso entre otros.
6. TODOS los controles glucémicos que se realice el paciente deben registrarse.
7. Otros controles de glucemia capilar (antes del almuerzo o antes de la merienda) quedan a criterio del médico con formación en diabetes.
8. Los controles de glucemia posprandial (dos horas después del primer bocado de la comida que se quiere medir) deben realizarse SOLO en pacientes que estén recibiendo insulina prandial.
9. El paciente que esta recibiendo fármacos con alto riesgo de hipoglucemias (como sulfonilureas) debe realiza un monitoreo glucémico capilar, especialmente cuando tienen síntomas de hipoglucemia.
10. No se debe utilizar insulina si no se puede realizar monitoreo glucémico capilar.

### Sigue tus controles médicos

Llama gratis desde cualquier teléfono fijo o celular





**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
**UNIVERSITARIO**



**CARRERA DE  
ENFERMERÍA**

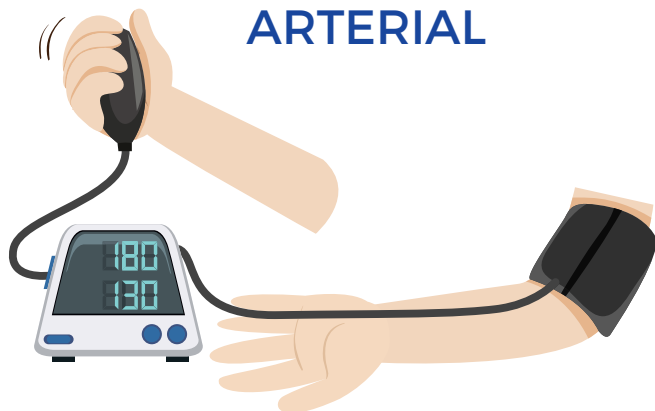


**PROGRAMA DE  
ATENCIÓN AMBULATORIA  
MÉDICO Y ENFERMERÍA**

# **GUÍA DE CUIDADOS DEL PACIENTE HIPERTENSO**

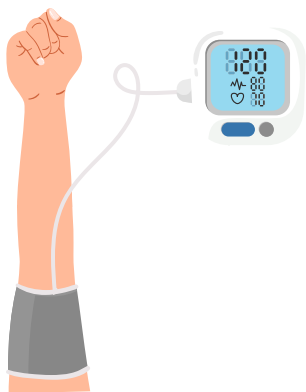
[www.tbolivariano.edu.ec](http://www.tbolivariano.edu.ec)

# HIPERTENSIÓN ARTERIAL



Hipertensión es el término que se utiliza para describir la presión arterial alta. Si se deja sin tratamiento, la presión arterial puede llevar a muchas afecciones médicas. Estas incluyen enfermedades del corazón, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, problemas en los ojos y otros problemas de salud.

## Definición



Afección en la que la presión de la sangre hacia las paredes de la arteria es demasiado alta.

Generalmente, la hipertensión se define como la presión arterial por encima de 140/90 y se considera grave cuando está por encima de 180/120.

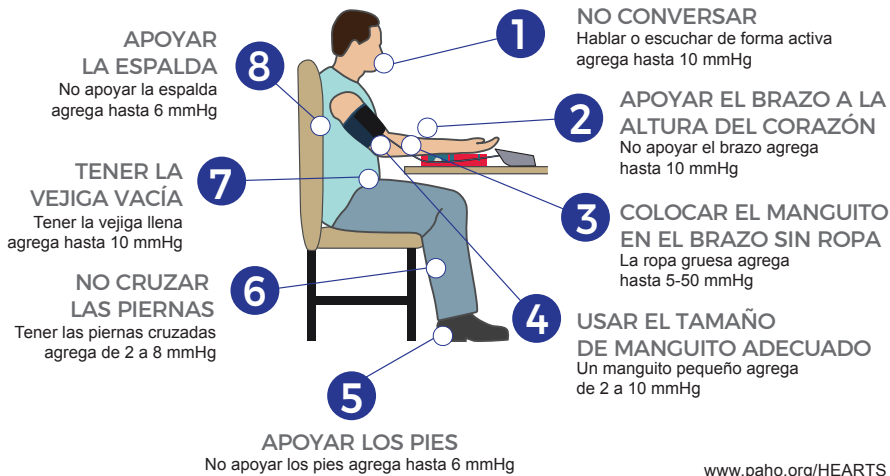
Seguir una dieta saludable con menos sal, ejercitarse regularmente y tomar medicamentos puede ayudar a bajar la presión arterial.

La categorización de los valores de corte de la TA (Tensión Arterial) es de utilidad universal, tanto para simplificar el enfoque del diagnóstico como para facilitar la decisión sobre el tratamiento.

## ¿Cómo se mide correctamente la TA?

La medición precisa de la presión arterial resulta esencial para clasificar a las personas, para determinar el riesgo cardiovascular asociado y para guiar el manejo clínico.

### COMO OBTENER UNA LECTURA PRECISA DE LA PRESIÓN ARTERIAL



[www.paho.org/HEARTS](http://www.paho.org/HEARTS)

### Actividades que deben hacer pacientes recién diagnosticados de Hipertensión Arterial (HTA)?



- Informarse sobre los riesgos de la hipertensión y los beneficios de la terapia antihipertensiva.
- Establecer los objetivos del tratamiento y un plan de atención.
- Iniciar medidas de prácticas de vida.
- Dependiendo del perfil del paciente, la gravedad de su hipertensión para lograr una HTA controlada a los 6 meses.
- Durante los 6 primeros meses, se recomienda consultas médicas continuas.

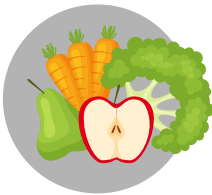
Algunas recomendaciones generales con los pacientes hipertensos son:



- Perder peso si está con sobrepeso u obesidad.
- Limitar la ingesta de alcohol.
- Reducir la ingesta de sal (retirar el salero de la mesa).
- Dejar de fumar.
- Comer 5 porciones diarias de frutas y vegetales.
- Disminuir consumo de alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol.
- Comenzar la actividad física de forma gradual y aumentar, progresivamente, la frecuencia, duración y/o intensidad de acuerdo con los objetivos, el nivel de actividad física inicial y el estado de condicionamiento físico.

## Cambios en las prácticas de vida

### Restricción de sal



El efecto de la restricción de sodio es mayor en personas de etnia afrodescendiente, adultos mayores, pacientes con diabetes, síndrome metabólico o enfermedad renal crónica.

### Dejar de fumar



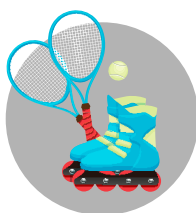
Dejar de fumar es una de las medidas de cambios de prácticas de vida más eficaz para la prevención de enfermedad Cardio Vascul (CV).

## Dieta Saludable



- Reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.
- Reducir de la presión arterial (8-14 mmHg).
- Reducir la resistencia a la insulina.
- Reducir sobrepeso y obesidad

## Ejercicio Físico



Los estudios científicos sugieren que la actividad física aeróbica regular puede ser beneficiosa, tanto para la prevención y el tratamiento de la hipertensión arterial (4-9 mmHg), como para reducir el riesgo CV y la mortalidad.

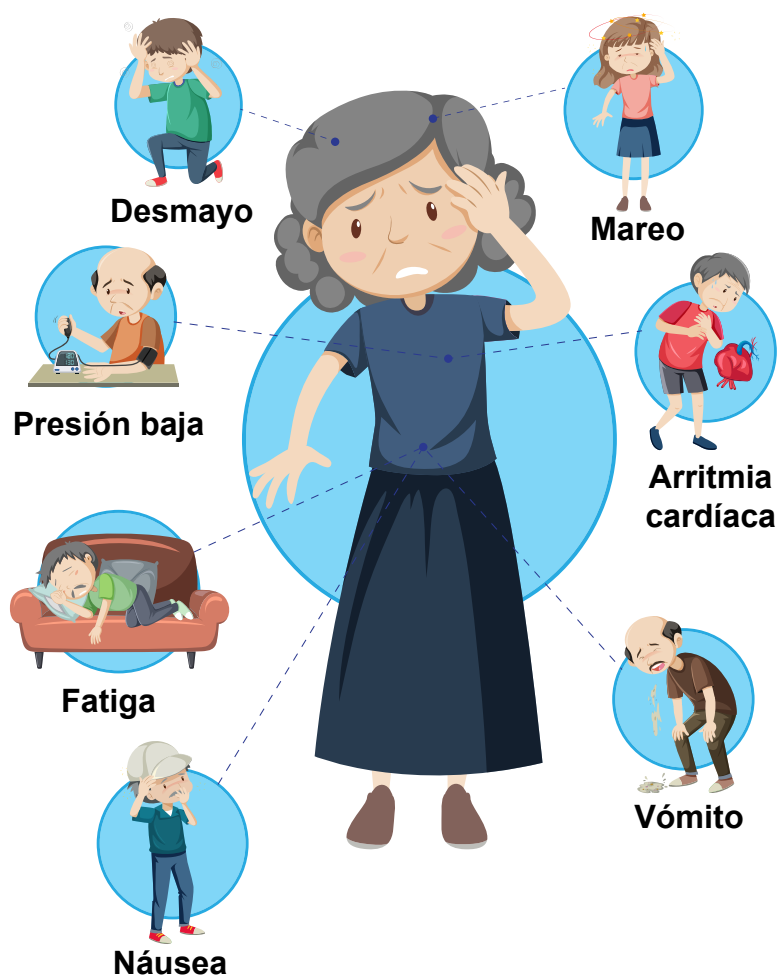
Las recomendaciones de actividad física para la salud del paciente con diagnóstico de hipertensión arterial son las mismas para la población en general, él debe cumplir al menos 30 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada, como caminar, de forma continua (en una única sesión) o acumulada (dos sesiones de 15 minutos o 3 sesiones de 10 minutos). Pacientes con hipertensión controlada y sin complicaciones cardiovasculares o renales pueden competir pero deben ser tratadas, evaluadas y monitorizadas de cerca.

Las actividades físicas o ejercicios aeróbicos y los ejercicios de resistencia/fortalecimiento muscular son un complemento en la prevención, tratamiento y control de la HTA. El profesional que acompaña el programa de ejercicio debe siempre verificar que el paciente esté medicado y, clínicamente, controlado.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS

La mayoría de las personas con presión arterial alta no tienen signos ni síntomas, incluso si las lecturas de presión arterial alcanzan niveles peligrosamente elevados.

Algunas personas con presión arterial alta pueden tener: dolor de cabeza, dificultad para respirar o sangrado nasal, pero estos signos y síntomas no son específicos y, por lo general, no se presentan hasta que dicho trastorno alcanza una etapa grave o potencialmente fatal.





**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
**UNIVERSITARIO**



**CARRERA DE  
ENFERMERÍA**



**PROGRAMA DE  
ATENCIÓN AMBULATORIA  
MÉDICO Y ENFERMERÍA**

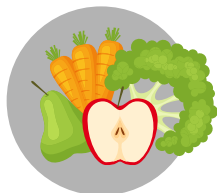
# **GUÍA DE CUIDADOS EN EL EMBARAZO**

[www.tbolivariano.edu.ec](http://www.tbolivariano.edu.ec)

## CUIDADOS

### EN EL EMBARAZO

#### Alimentación



Consumir alimentos ricos en hierro, ácidos fólicos, proteínicos, ácidos grasos esenciales e igualmente frutas, leche e ingerir entre un litro y litro y medio de agua.

Reducir el consumo de grasas animales, azúcares y carne curada como el jamón.

Su dieta debe ser:

- Variada
- Equilibrada.
- Fraccionada (5 comidas diarias)
- Horarios regulares.
- Desayunos abundantes.
- Pobre en grasas saturadas y rica en esenciales.
- Alimentos frescos.
- Aumente la ingesta de fibra.
- Adecuada ingesta de lácteos



#### Higiene y Belleza

Debido al aumento de sudoración y flujo vaginal es recomendable ducharse diariamente con jabones neutros y suaves para después usar una crema hidratante sobre las zonas de mayor estiramiento.



#### Ropa y Calzado

Después de los tres meses será necesario usar ropa específica.

- Utilice vestidos cómodos y holgados
- Calzado con poco tacón y base ancha para facilitar la estabilidad y equilibrio.
- Usar un sujetador adecuado para proteger las mamas.

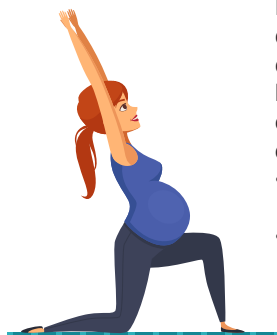
## Cuidados Posturales



A medida que avanza el embarazo aumenta el peso de su abdomen, lo que hace que se desplace su centro de gravedad y provoque una alteración del equilibrio de su cuerpo.

- No permanezca de pie y quieta durante mucho tiempo.
- Cuando camine y esté erguida, mantenga recta la espalda.
- Cuando se siente apóyese en el respaldo, utilice cojines si fuera necesario.
- Al agacharse hágalo doblando las rodillas, nunca inclinando la espalda.

## Ejercicio



Durante el embarazo va a tener menor tolerancia al ejercicio físico, por eso es conveniente que realice ejercicio moderado de forma regular que le va a proporcionar bienestar físico, mejora en el sueño, en la circulación, en el tono muscular y además evita el excesivo aumento de peso:

- No practique deportes violentos de saltos, competición o que causen fatiga.
- Contraer los músculos del perineo durante unos segundos y relajarlos (es algo parecido a lo que hacemos cuando interrumpimos la eliminación de orina).

## Viajes

Salvo que haya contraindicación médica puede viajar realizando períodos de descanso:

- No es recomendable viajar a lugares con escasos servicios sanitarios.
- Evitar viajes largos al final del embarazo.
- Llevar consigo la cartilla maternal puesto que es de suma utilidad para el personal sanitario, en caso de algún problema.
- Al abrocharse el cinturón, hacerlo por encima de la cadera y no sobre el abdomen, igualmente descansar cada dos horas para estimular la circulación sanguínea dando pequeños paseos.

## Relaciones Sexuales

El deseo sexual puede cambiar durante el embarazo dependiendo de la etapa y el trimestre de gestación, no obstante no existe una regla fija debido a que en algunas mujeres aumenta y en otras disminuye.

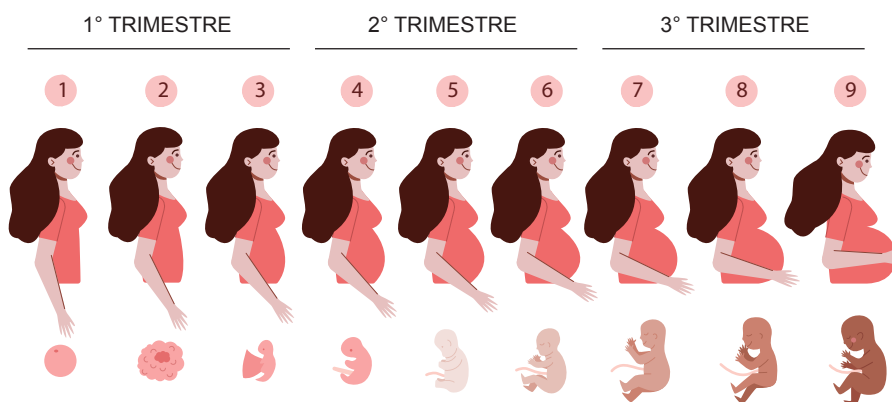
**Primer trimestre:** Durante este período puede influir en el deseo sexual el miedo al aborto tanto en Ud. como en su pareja. La excesiva sensibilidad de las mamas (pueden resultar molestosas ciertas caricias), el cansancio, el sueño y la labilidad emocional, pueden hacer disminuir su deseo sexual.

**Segundo trimestre:** ya se siente más tranquila, su embarazo evoluciona favorablemente y esto hace que sea la etapa de mayor deseo sexual.

**Tercer trimestre:** el aumento del tamaño del útero puede hacer más dificultosas las relaciones que junto con el miedo a lastimar al bebé suelen disminuir el deseo sexual.

Ante cualquier duda o temor al respecto debe consultar a su médico o matrona.

- Si su embarazo cursa con normalidad no hay contraindicación para no mantener relaciones sexuales con penetración durante todo el embarazo.
- Cuando el útero, avanzado el embarazo, comienza a crecer tendrá que ir adaptándose junto con su pareja a la nueva situación modificando algunas posturas que les resulten más cómodas a los dos.
- Se debe evitar el coito cuando hay hemorragia genital, amenaza de aborto, parto prematuro, sangrado tras el coito o rotura de la bolsa y cuando así se lo indique el médico.



## Trabajo



- El embarazo es compatible con la vida laboral siempre que el puesto de trabajo esté libre de riesgos para Ud. y su hijo/a.
- Necesita pequeños períodos de descanso a lo largo de su jornada para poder cambiar de postura.
- Si su trabajo exige un esfuerzo excesivo o está expuesta a riesgos ambientales, debe consultar con su médico. Le informará si existe o no un verdadero riesgo para su salud o la de su hijo/a y le explicará sobre sus derechos laborales, puesto que la mujer embarazada y lactante tiene derecho a evitar la exposición a riesgos (radiaciones, tóxicos, agentes infecciosos, nocturnidad, etc.) debiendo adaptar las condiciones del trabajo a su situación.

## Sueño y Descanso.

*El descanso es fundamental en el periodo de gestación, por lo que debe dormir al menos 8 horas.*

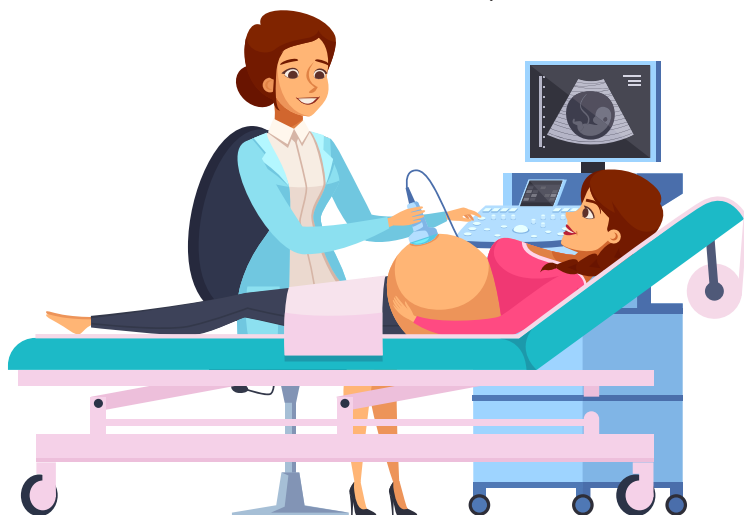


- Es recomendable que duerma de lado con las rodillas dobladas y una almohada entre las piernas, preferiblemente sobre el lado izquierdo.
- Evite la posición boca arriba cuando el útero esté muy grande.
- Conforme avanza el embarazo resulta difícil adoptar una postura cómoda, utilice cojines para estar más incorporada, quizás esté más cómoda y resulte beneficioso para su hijo/a.

## SIGNOS DE ALARMA

Deberá consultar con su médico alguna de las siguientes situaciones, tanto por su bienestar como el de su hijo o hija.

- Fiebre de 38° C o más.
- Dolor, molestias o sangre al orinar.
- Vómitos continuos que no ceden.
- En caso de accidente o golpe importante.
- Inflamación de tobillos, cara o manos.
- Trastornos de la visión (visión borrosa destellos, manchas, etc).
- Fuertes dolores de cabeza, dolor abdominal intenso igual a una contracción muy fuerte que no cede.
- Si empieza a sangrar igual a una regla.
- Si rompe la bolsa, si el líquido es color verdoso acuda de inmediato al hospital!



### Sigue tus controles médicos

Llama gratis desde cualquier teléfono fijo o celular





**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
**UNIVERSITARIO**



**CARRERA DE  
ENFERMERÍA**



**PROGRAMA DE  
ATENCIÓN AMBULATORIA  
MÉDICO Y ENFERMERÍA**

## **GUÍA DE PREVENCIÓN EN CAÍDAS DE ADULTOS MAYORES**

[www.tbolivariano.edu.ec](http://www.tbolivariano.edu.ec)

# MEJORAR

## EL EQUILÍBRIO

### “Cuatro Patas”

- Póngase en “cuatro patas” con rodillas y manos separadas a una distancia de 30 cm.
- Mantenga la espalda recta y la cabeza “derecha”.
- Levante cada uno de los brazos hacia adelante y manténgalos en esa posición 5 a 10 segundos.
- Repita con cada pierna, estirando la pierna hacia atrás, pero manteniéndola cerca del suelo.
- Levante el brazo y la pierna contraria (brazo derecho, pierna izquierda) al mismo tiempo y mantenga la posición 10 segundos. Luego repita con el lado contrario.

### Postura perfecta



- Párese derecho con los brazos relajados a cada lado con un mesón o mesa firme frente a usted y una pared por detrás.
- Párese con los pies separados a una distancia cómoda. Mire hacia adelante, mantenga la espalda recta y las rodillas levemente dobladas.
- Lentamente, póngase en punta de pies.
- Baje lentamente y repita 5 veces.
- Mantenga la misma postura, pero esta vez levante la parte frontal del pie, bájelo lentamente y repita 5 veces.
- Finalmente, siga de pie como hasta ahora. Despegue una pierna unos centímetros del suelo y mantenga la posición 5 segundos, bájela lentamente y repita lo mismo 5 veces. Repita con el pie contrario.

### Ojos que ven

- Siéntese en una silla firme con respaldo recto y apoyabrazos si los necesita para levantarse.
- Enfoque la mirada en un objeto que esté a 3 metros de distancia mientras se levanta lentamente y luego se vuelve a sentar. Mantenga los ojos abiertos.
- Repita el ejercicio anterior con los ojos cerrados.
- Repita 5 veces cada ejercicio.

## Datos y Cifras



- Las caídas son la segunda causa mundial de muerte por traumatismos involuntarios.
- Se calcula que anualmente fallecen en todo el mundo unas 684.000 personas debido a caídas y que más de un 80% de ellas se registran en países de ingresos medianos y bajos.
- Los mayores de 60 años son quienes sufren más caídas mortales.
- Cada año se producen 37,3 millones de caídas, cuya gravedad requiere atención médica.
- Las estrategias preventivas deben hacer hincapié en la educación, la capacitación, la creación de entornos más seguros, la priorización de la investigación relacionada con las caídas y el establecimiento de políticas eficaces para reducir los riesgos.

## Personas con más riesgo

Aunque las caídas pueden causar traumatismos a todas las personas, la edad, el sexo y el estado de salud pueden influir en su tipo y su gravedad.



- Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de morir y de sufrir lesiones, y el riesgo en este grupo aumenta con la edad.
- La magnitud del riesgo puede depender, al menos en parte, de los trastornos físicos, sensitivos y cognitivos relacionados con el envejecimiento, así como de la falta de adaptación del entorno a las necesidades de la población de edad avanzada.

## Magnitud del problema



- Se calcula que anualmente se producen 684.000 caídas mortales, lo que convierte a este problema en la segunda causa mundial de defunción por traumatismos involuntarios, por detrás de las colisiones de tránsito.
- Más del 80% de las defunciones relacionadas con caídas se registran en países de ingresos medianos y bajos; de ellas, el 60% se producen en las regiones del Pacífico Occidental y de Asia Sudoriental. Las mayores tasas de mortalidad por esta causa corresponden a los mayores de 60 años en todas las regiones.
- Los costos económicos son considerables: el costo medio para el sistema de salud de cada traumatismo de una persona de 65 años o más causado por una caída es de 3611 dólares en Finlandia y de 1049 dólares en Australia.
- Las personas que padecen discapacidad como consecuencia de una caída tienen más probabilidades de necesitar atención a largo plazo y de ser internados en un establecimiento sanitario, lo cual ocurre sobre todo a los ancianos.



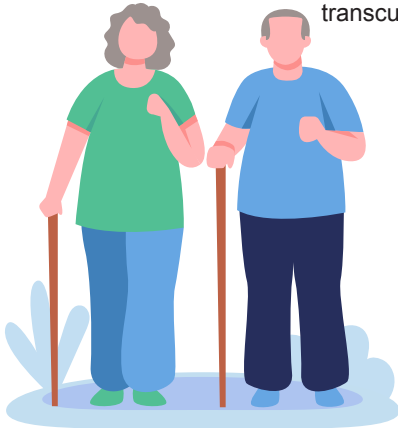
## Prevención



- Ejercicios para mejorar la marcha y el equilibrio y entrenamiento funcional.
- Práctica del taichí.
- Evaluación de la vivienda y modificación de su diseño.
- Reducción o eliminación del consumo de psicotrópicos.
- Intervenciones multifactoriales, como evaluaciones individuales del riesgo de caídas, seguidas de intervenciones y derivaciones médicas en función de los riesgos detectados.
- Suplementos de vitamina D para personas con deficiencia de esta sustancia.

## Actividad física

Propóngase efectuar 30 minutos de actividad física todos los días de la semana y alcanzar el objetivo de 180 minutos de actividad de intensidad moderada cada semana. Los 30 minutos se pueden acumular durante el transcurso del día en incrementos más cortos.



- Lavado y encerado del automóvil durante 45 a 60 minutos.
- Limpieza de ventanas y pisos durante 45 a 60 minutos.
- Jardinería durante 35 a 40 minutos.
- Pasearse en silla de ruedas, durante 30 a 40 minutos.
- Caminar 3,2 kilómetros en 30 minutos.
- Nadar o hacer ejercicios aeróbicos en el agua durante 20 minutos.
- Subir y bajar escaleras durante 15 minutos.

## Sugerencias

- **Iluminación:** Asegúrese de tener buena iluminación en casa. Utilice luces de noche o lámparas en su dormitorio, pasillo y baño.
- **Alfombras:** Asegúrese de que las alfombras estén fijas en el suelo o use aquellas que tienen una cara inferior antideslizante. Clave o fije los extremos sueltos.
- **Cables eléctricos:** Saque los cables eléctricos que están en el suelo para que no estorben en las áreas donde se camina.
- **Baño:** Coloque pasamanos en el baño para usar la tina, ducha e inodoro. Mantenga paredes y suelo libres de humedad.
- **Calzado:** Use zapatos con suelas resistentes, antideslizante y que no se resbalen fácilmente.
- Evite el uso de pantuflas sueltas.



### Sigue tus controles médicos

Llama gratis desde cualquier teléfono fijo o celular





**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
**UNIVERSITARIO**



**CARRERA DE  
ENFERMERÍA**



**PROGRAMA DE  
ATENCIÓN AMBULATORIA  
MÉDICO Y ENFERMERÍA**

## **RECOMENDACIONES EN EL CUIDADO DE NIÑOS Y NIÑAS**

[www.tbolivariano.edu.ec](http://www.tbolivariano.edu.ec)

## RECOMENDACIONES ALIMENTICIAS

### Alimentación

Se recomienda iniciar la lactancia materna en la primera hora de vida y mantenerla como única forma de alimentación durante los 6 meses siguientes; desde entonces se recomienda seguir con la lactancia materna hasta los 2 años, complementada adecuadamente con otros alimentos inocuos.



#### Alimentación complementaria

- Lactancia materna a demanda, con tomas frecuentes, hasta los dos años o más.
- Mantener una buena higiene y manipular los alimentos adecuadamente.
- Empezar a los seis meses con pequeñas cantidades de alimentos.
- Aumentar el número de comidas: dos a tres al día para los lactantes de 6 a 8 meses
- Utilizar alimentos complementarios enriquecidos o suplementos de vitaminas y minerales si fuera necesario.
- En las enfermedades, aumentar la ingesta de líquidos, leche materna, y ofrecerles alimentos blandos.



#### Alimentación niña/niño enfermo

- Mantener una buena higiene respiratoria mientras amamanta a su bebé, usando el nasobuco.
- Lavarse las manos antes y después de tocar el bebé.
- Limpiar y desinfectar de manera rutinaria las superficies que haya tocado
- Si la niña o niño está lactando, la mamá debe continuar dando el seno con mayor frecuencia para evitar que pierda peso.



## Cuidados generales



- **Prevenir el enfriamiento (hipotermia)** abrigar a la recién nacida o recién nacido. Mantener la temperatura de la habitación caliente, sin corrientes de aire. Si la habitación está fría o la o el Recién Nacido (RN) es pequeña/o, cubrirle la cabeza con una gorra. Si la o el RN es menor a 37 semanas, o pesa menos de 2500 g o está fría/o colocarle en contacto piel a piel con la madre, usando la técnica canguero. La o el RN debería dormir con la madre hasta que se estabilice su temperatura. Evitar el contacto de la o el RN con superficies frías. No bañarla/o, durante las primeras 24 horas de vida.
- Para la técnica canguero, la recién nacida o recién nacido debe vestir gorra, medias y pañal. También debe ser colocada/o entre los senos de la madre, o en el pecho del padre en posición vertical, con las piernas y brazos abiertos en posición de rana. Y apoyar su mejilla en el tórax de la madre, mirando de frente a uno de sus senos a continuación debemos con la misma ropa de la madre o el padre.

## Cronograma de control niñas y niños menores 2 años



- **Recién nacida o recién nacido dado de alta antes de las 48 horas del establecimiento de salud:** Un primer control a las 48 horas de nacido. Un segundo al cuarto día para realizar el tamizaje metabólico y auditivo.
- **1-12 meses:** Un control cada mes durante los primeros ocho meses y luego cada dos meses hasta los 12 meses de edad. Cada mes durante todo el primer año en el caso de niñas o niños con riesgo bio-psico-social.

## Estimulación temprana



**Niñas y niños < 2 meses:** Orientar a la madre o cuidador para que tanto ella como otros miembros del núcleo familiar mantengan un diálogo con la niña o niño buscando un contacto visual.



**Niñas y niños de 2 a 3 meses:** Interactuar con la niña o niño estableciendo contacto visual y auditivo.

**Niñas y niños de 4 a 5 meses:** Colocar juguetes a pequeña distancia de la niña o niño, dando la oportunidad para que intente alcanzarlos.



**Niñas y niños de 6 a 8 meses:** Jugar con la niña o niño a taparse y descubrirse, utilizando paños para cubrir el rostro del adulto y descubrirlo.

**Niñas y niños de 9 a 11 meses:** Jugar con la niña o niño con música, haciendo gestos, solicitando que responda. Promover el contacto de la niña o niño con objetos pequeños.

**Niñas y niños de 12 a 14 meses:** Estimular a la niña o niño para que salude con la mano, comparta besos, aplauda, atienda al teléfono, etc.



**Niñas y niños de 15 a 17 meses:** Solicitar a la niña o niño objetos diversos, pidiéndoselos por el nombre, ayudando de este modo a incrementar su repertorio de palabras y conocimiento.

**Niñas y niños de 18 a 23 meses:** Estimular a la niña o niño a ponerse y sacarse sus vestimentas en los momentos indicados, inicialmente con ayuda.

## Cuidados 'extra' en el hogar para un RN prematura/o o con bajo peso al nacer



### 'Extra' cuidado para evitar que se enfríe

- Emplear la 'Técnica Canguro'.
- La niña o niño debe permanecer junto con la madre o padre o cuidador.
- Mantenerla/o abrigada/o, con gorro, mantillas, incluso en lugares cálidos.
- Evitar que el lugar donde permanece la niña o niño tenga corrientes de aire, ventanas cercanas, etc.
- Bañarla/o con agua tibia y secarlo rápidamente.



### 'Extra' cuidado para prevenir infecciones y cuidado con la piel

- Lavarse las manos antes de tocar a la recién nacida o el recién nacido.
- Mantener el cordón umbilical seco y limpio.
- Mantener limpia el área anogenital.



### 'Extra' apoyo con la lactancia materna

- Darle sólo leche materna.
- En caso necesario, emplear la alimentación con vaso para la administración de leche materna.
- Aplicar las técnicas de posición y agarre adecuadas para la lactancia materna.



### 'Extra' control y seguimiento por el personal de salud

- Debe recibir control, por el personal de salud, al menos una vez por semana durante el primer mes de vida, ya sea en el hogar o en el establecimiento de salud.



### 'Extra' suplementación de hierro

- Se deberá administrar a diario solución de hierro en gotas a partir de los 28 días de nacido hasta los 6 meses de edad. A partir de los 6 meses administrar MICRONUTRIENTES EN POLVO.

## Recomendaciones generales

Para padres y cuidadores

- Deben estimular a sus hijas o hijos por sus logros.
- Deben comportarse con principios y valores.
- Deben aprovechar el mayor tiempo posible para conversar con sus hijas e hijos.
- Desarrollar actividades familiares y juegos para unir la familia.
- Reforzar el vínculo afectivo con sus hijos e hijas.
- Integrar actividades familiares y juegos para unir la familia y liberar el estrés.



### Sigue tus controles médicos

Llama gratis desde cualquier teléfono fijo o celular





**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
**UNIVERSITARIO**



**CARRERA DE  
ENFERMERÍA**



**PROGRAMA DE  
ATENCIÓN AMBULATORIA  
MÉDICO Y ENFERMERÍA**

## **PREVENCIÓN DE ADICCIONES EN ADOLESCENTES**

[www.tbolivariano.edu.ec](http://www.tbolivariano.edu.ec)

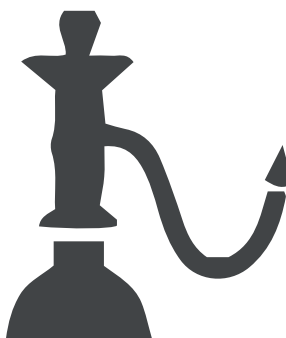
## Las drogas y los jóvenes



Las personas que consumen drogas, lo hacen por diferentes razones y en situaciones:

- Hay personas que consumen drogas porque sienten curiosidad por conocer sus efectos.
- Es probable que hayas oído hablar de consumo recreativo.
- Cuando hablamos de uso problemático de drogas nos referimos a toda forma de consumo que conlleva efectos negativos para el bienestar del consumidor y/o de su entorno.

## ¿Qué hacer si crees que tu hijo consume drogas ilegales?



- No acuses a tus hijos de una conducta cuya veracidad ignoras
- Busca un momento en el que creas que puedas hablar sin interrupciones
- No abordes el tema en un momento en el que creas que está bajo la influencia de alguna droga.
- Decide cuál será tu reacción si tu hijo te dice que consume drogas
- Pregúntale su opinión sobre el asunto de las drogas, y escucha con respeto cuanto diga.
- Si crees que tu hijo miente respecto a su relación con las drogas, intenta no enfadarte; procura plantearte el asunto en términos de eficacia: piensa qué conducta tuya puede ser más útil para resolver el conflicto.
- Deja bien claro que lo que te preocupa es su salud y su bienestar.
- No recurras a las amenazas; aunque parecen una solución rápida a corto plazo, en la práctica no dan los resultados esperados.
- Asegúrate de que asume la responsabilidad de sus actos y las consecuencias que de los mismos puedan derivarse.

## TIPOS DE DROGAS

### Y LOS RIESGOS QUE PRESENTAN:

#### ALCOHOL:



##### EFFECTOS:

A dosis bajas:

- Sensación de calma y relajación.
- Euforia.

A dosis mayores:

- Problemas de memoria.
- Reflejos más lentos.
- Falta de coordinación motora.
- Visión doble.

##### RIESGOS:

- Coma etílico.
- Deterioro permanente de la memoria.
- Riesgo de accidentes por la descoordinación motora y la desinhibición.
- Depresión.
- Irritabilidad.
- Síntomas de abstinencia.

#### TRANQUILIZANTES:



##### EFFECTOS:

- Profunda sensación de relajación.
- Tranquilidad.
- Bienestar.
- Efectos sedantes.

##### RIESGOS:

- Sobredosis.
- Desmayos.
- Paro cardíaco.
- Coma e incluso muerte.



## HEROÍNA

### EFFECTOS:

- Intenso placer y relajación.
- Alivio al dolor.

### RIESGOS:

- Paro respiratorio.
- Disfunciones intestinales.
- Adelgazamiento extremo.
- Accidentes por no percibir sensaciones dolorosas.



## TABACO

### EFFECTOS:

- Estar a gusto,
- Calmado y relajado (solo unos minutos tras el consumo)
- Quitar la sensación de hambre.

### RIESGOS:

- Cáncer de pulmón, laringe, boca, etc.
- Síntomas de abstinencia: irritabilidad, ansiedad, insomnio, depresión o concentración pobre.



## CANNABIS

### EFFECTOS:

- Relajación.
- Estar “colocado” (ligeramente ebrio).
- Risa fácil.
- Bienestar.
- Efectos alucinógenos (en ocasiones).

### RIESGOS:

- Problemas de sueño.
- Desmotivación.
- Depresión, cambios de humor bruscos, e incluso paranoias.
- Distorsiones en la percepción del tiempo.
- Paro respiratorio.
- Disfunciones intestinales.
- Adelgazamiento extremo.
- Accidentes por no percibir sensaciones dolorosas.

## Signos o Comportamientos

Señales	Descripción
<p><b>Si baja del rendimiento escolar.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si las calificaciones y rendimiento académico de nuestros hijos disminuyen en relación con los periodos anteriores.</li> <li>• Este indicador puede o no estar asociado al uso; sin embargo, estos cambios son una señal y hay que verificar qué está pasando; visite la institución educativa, converse con el personal docente y sus otros compañeros.</li> </ul>
<p><b>Si falta a clases a menudo.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La institución educativa le informa que su hijo o hija falta con frecuencia y usted no se ha enterado. Intente acercamientos con su él o ella para comunicarse y darle a conocer sus inquietudes sobre el porqué de las ausencias a la institución.</li> </ul>
<p><b>Si cambia el grupo de amigos radicalmente</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la adolescencia es común cambiar de grupo de amistades; sin embargo, es necesario que pregunte a sus hijos e hijas por sus nuevas amistades y esté pendiente de las actividades que realizan.</li> </ul>
<p><b>Si ha notado que su carácter ha cambiado.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las variaciones en los estados de ánimo (agresividad, aislamiento) suelen ser comunes en los y las adolescentes, pero debemos considerar muchas veces los cambios de humor asociados al consumo de drogas pueden ser más visibles y excesivos.</li> </ul>
<p><b>Si sabe que tiene amistades que usan drogas.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si conoce que las amistades de su hijo o hija presuntamente usan drogas es necesario que no haga juicios de valor, no impida la relación de sus hijos e hijas con estas personas de manera violenta ni tajante. Más bien, dialogue y reflexione con su hijo e hija sobre los riesgos a los que está expuesto, así podrán ejercer su capacidad de tomar sus propias decisiones y responsabilizarse de ellas.</li> </ul>

<p><b>Si nota síntomas físicos poco habituales.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si observa: pupilas dilatadas o contraídas, ojos enrojecidos y pequeños; congestión nasal, reacción lenta de movimientos, habla muy despacio o por el contrario está muy acelerado.</li> <li>• Si es así, debe acudir a un centro médico para descartar una enfermedad física, pues este indicador no se relaciona necesariamente con el uso de drogas.</li> </ul>
<p><b>Si lo nota confundido, desorientado.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuche a su hijo o hija, converse con él o ella. Con toda seguridad necesita ser ayudado y escuchado y, con su comportamiento, está expresando una necesidad, un conflicto, un problema a ser resuelto con apoyo.</li> <li>• Pase más tiempo con él o ella, comparta actividades diversas y profundice su relación y el diálogo con él o ella.</li> <li>• Promueva sus talentos, aliéntelo en sus aspiraciones y búsquedas y animelo también a participar en actividades sociales y nuevos grupos de amigos y amigas.</li> </ul>

Recuperado de: [https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/1-Guia-Prevencion-Drogas\\_Formadores.pdf](https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/1-Guia-Prevencion-Drogas_Formadores.pdf)



**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
**UNIVERSITARIO**



**CARRERA DE  
ENFERMERÍA**



**PROGRAMA DE  
ATENCIÓN AMBULATORIA  
MÉDICO Y ENFERMERÍA**

## **NUTRICIÓN EN LAS DIFERENTES ETAPAS DE LA VIDA**

[www.tbolivariano.edu.ec](http://www.tbolivariano.edu.ec)

## Conceptos básicos



Los **alimentos** son productos de origen animal o vegetal que el ser humano los consume para transportar los diferentes nutrientes a su organismo.

Las **dietas** son conjuntos de comida que han surgido de diferentes grupos sociales resultado de la evolución y condicionado por el ambiente físico, biológico, etc.

Los **nutrientes** son componentes de los alimentos, los cuales son requeridos por el organismo para realizar las diferentes funciones del cuerpo humano.

## Nutrición en la primera infancia



La etapa escolar es la etapa de consolidación de muchos hábitos alimentarios iniciados en la infancia. Los niños adquieren muchas reglas culinarias básicas de su cultura en los primeros años de vida. Por ejemplo, entre los cinco y los seis años los niños ya han aprendido mucho respecto a cuáles sustancias comestibles constituyen una comida para su grupo cultural, qué es lo desagradable, cuándo se deben comer ciertos alimentos, etc.

Durante esta etapa es importante fomentar el hábito de desayunar, lo que será determinante en su rendimiento escolar. El principal nutriente para el cerebro es la glucosa, y si un niño llega a la escuela sin desayunar, su aprendizaje no será el óptimo.

Al igual que en la etapa preescolar, es importante la inclusión de alimentos sanos y nutritivos en la refacción escolar y desestimular el uso de alimentos y bebidas industriales. Las(os) niñas(os) en esta edad tienden a mostrar aburrimiento al comer siempre las mismas cosas.



### Aspecto a considerar en la alimentación y nutrición escolar

Continuar con el reforzamiento de alimentación saludable.

Estimular a los niños a consumir vegetales, frutas y agua, puesto que cada vez es mayor el consumo de alimentos de alto costo y bajo valor nutritivo elaborados por la industria).

Brindarle los mejores ejemplos para la selección y consumo de alimentos saludables.

Fomentar la actividad física diaria: caminatas, juegos al aire libre, saltar cuerda, bailar y gimnasia.

Limitar las horas de televisión y toda actividad "sedentaria" (juegos de video en la televisión o computadora, otros).

Reforzar y consolidar hábitos de higiene bucal y personal.

Evitar comer frente al televisor.

## Adolescentes

### Hierro

Es indispensable para el crecimiento de tejido muscular, para el incremento de nivel sanguíneo. En el caso de los hombres el aumento de masa muscular va acompañado de un aumento en el volumen sanguíneo, mientras que en las mujeres el aumento es mayor para responder a la pérdida originada por la menstruación.

### Ácido fólico

El incremento de este nutriente se produce paulatinamente con la adolescencia. Desde el punto de vista de preparación de la mujer para una óptima salud reproductiva en la edad adulta, por eso mismo es necesario mantener óptimos los niveles de este nutriente

### Calcio

Los procesos de crecimiento rápido y la mineralización ósea se acentúan durante la adolescencia lo que produce que los niveles de este material aumenten.

### Cinc

El cinc es esencial para el crecimiento y maduración sexual si bien las concentraciones de este oligoelemento disminuyen durante la pubertad su retención aumenta en grado importante en la adolescencia.



## Edad Adulta



La nutrición en la edad adulta impone necesidades adicionales en la mujer, los ciclos menstruales condicionan a pérdidas de nutrientes y los cambios hormonales condicionan mecanismos bioquímicos que interfieren con la absorción y aprovechamiento de ciertos nutrientes.

La demanda de atención en los servicios de salud por cuadros de enfermedad atribuibles a malnutrición es alta en Centroamérica. Así, cuando el IN-CAP fue fundado, una importante proporción de la demanda era por enfermedades causadas por deficiencias adicionales, entre las que destacaban la desnutrición proteínico energética, las deficiencias de micronutrientes y las infecciones gastrointestinales y respiratorias pediátricas.

## Antropometría física y composición corporal



El peso corporal está compuesto por grasa, agua y líquidos intra y extra celulares y tejido magro (músculo y hueso). La mujer tiene mayor proporción de grasa que el hombre. El ideal para las mujeres es de 20 a 30% de grasa del total del peso corporal, mucho más que la cantidad promedio de los hombres, quienes tienen de 12 a 20% de grasa.

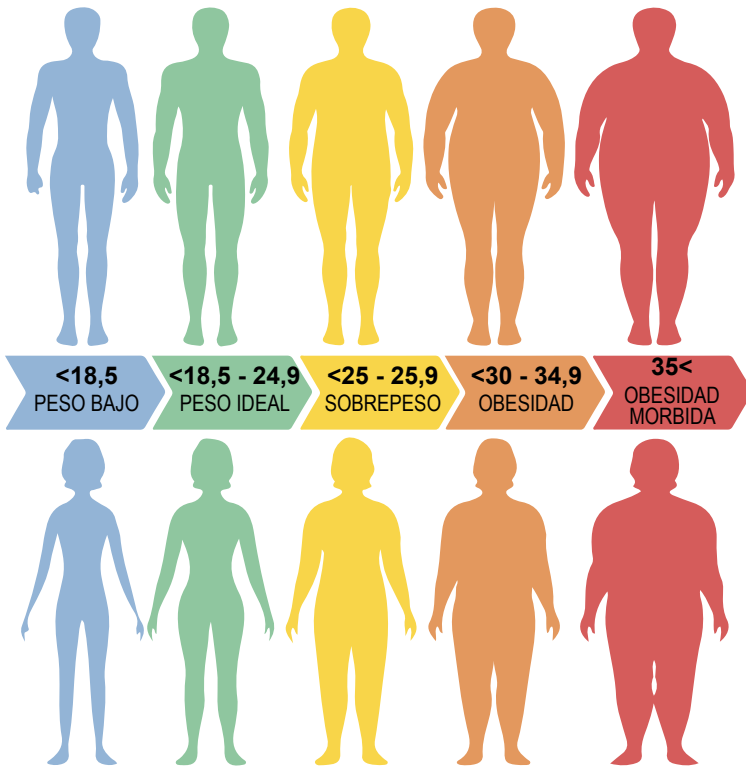
Los límites de grasa corporal recomendables para no tener exceso de peso es de 32% en las mujeres jóvenes y de 35% en las mujeres mayores, comparado con 22% en los hombres.

La grasa tiende a distribuirse generalmente alrededor del abdomen o en la cadera. En las mujeres, las hormonas (estrógenos y la progesterona) determinan que la grasa se distribuya en la cadera y glúteos (obesidad ginecoide). A diferencia de los hombres en quienes la grasa se acumula principalmente en el abdomen (obesidad androide).

## Índice de Masa Corporal

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{ALTURA (m)}^2}$$

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un parámetro bastante preciso para establecer si el peso corporal es adecuado en función de la talla o estatura. Se puede conocer si una persona es obesa, con sobre peso o delgada y establecer recomendaciones saludables. Es el método de cálculo aceptado universalmente para determinar el grado de obesidad de una persona.



### EJEMPLO:

Andrea mide 1.70 cm y pesa 130 libras.

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m)}^2 =$$

$$1 \text{ Kg.} = 2.2 \text{ libras} \quad 130 \text{ libras} / 2.2 = 59.09 \text{ Kg.} \quad 1.70 \text{ (m)}^2 = 2.89$$

$$\text{IMC} = 59.09 / 2.89 = 20.44 = \text{NORMAL}$$

*Nos preocupamos por tu salud,  
nos interesa tu bienestar...*



Dir.: José A. Eguiguren e/ Bolívar y Sucre  
Telfs.: 07 257 5245 - 257 9700  
Email: [info@tbolivariano.edu.ec](mailto:info@tbolivariano.edu.ec)  
Loja, Ecuador  
[www.tbolivariano.edu.ec](http://www.tbolivariano.edu.ec)



## Receta Médica

 <b>BOLIVARIANO</b> UNIVERSITARIO	<b>PROGRAMA DE ATENCIÓN AMBULATORIA MÉDICO Y ENFERMERÍA</b>	 <b>CARRERA DE ENFERMERÍA</b>	 <b>BOLIVARIANO</b> UNIVERSITARIO	<b>PROGRAMA DE ATENCIÓN AMBULATORIA MÉDICO Y ENFERMERÍA</b>	 <b>CARRERA DE ENFERMERÍA</b>	
Fecha: _____			Fecha: _____			
Nombre: _____			Nombre: _____			
R.P.: _____			Indicaciones: _____			
						
 <b>BOLIVARIANO</b> UNIVERSITARIO	Dir.: José A. Eguiguren el Bolívar y Sucre • Telfs.: 07 257 5245 - 257 9700 Email: <a href="mailto:info@bolivariano.edu.ec">info@bolivariano.edu.ec</a> • Loja, Ecuador <a href="http://www.bolivariano.edu.ec">www.bolivariano.edu.ec</a>			 <b>BOLIVARIANO</b> UNIVERSITARIO	Dir.: José A. Eguiguren el Bolívar y Sucre • Telfs.: 07 257 5245 - 257 9700 Email: <a href="mailto:info@bolivariano.edu.ec">info@bolivariano.edu.ec</a> • Loja, Ecuador <a href="http://www.bolivariano.edu.ec">www.bolivariano.edu.ec</a>	

## Evidencias

  
Municipio de Loja

  
Loja  
para todos

**COMISARÍA MUNICIPAL DE ORNATO**  
**AUTORIZACIÓN NO.168-2021**

En la ciudad de Loja a los veinticuatro días del mes de agosto del año dos mil veintiuno, Comisaría Municipal de Ornato en uso de las atribuciones que le confiere el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización y el Código Municipal de Vía Pública, Circulación y Transporte. **AUTORIZA a: DRA. TAMARA SAMANIEGO LUNA. DIRECTORA ACADEMICA DEL INSTITUTO SUPERIOR UNIVERSITARIO BOLIVARIANO.**


**OCUPACIÓN DE ESPACIO PÚBLICO, PARQUE BOLÍVAR, PARA LLEVAR A CABO EL "PROGRAMA DE ATENCIÓN AMBULATORIA MÉDICA Y DE ENFERMERÍA", DESDE EL 25 DE AGOSTO HASTA EL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2021. LOS DÍAS LUNES, MARTES Y JUEVES DE CADA SEMANA, EN HORARIO DE 09H00 A 15H00.**

**EL (LA) ADMINISTRADO (A), SE SUJETARÁ A LAS SIGUIENTES DISPOSICIONES:**

- Tomará las precauciones necesarias a fin de evitar daños en la vía pública, siendo de su responsabilidad asumirlos en caso de que se produjeran.
- Se compromete a brindar la colaboración necesaria a fin de evitar interferencias en el libre tránsito.
- En caso de que la Municipalidad requiera dejar sin efecto la presente autorización, acatará voluntaria e inmediatamente, cualquier disposición que se emane sin reclamos posteriores.
- De no acatar las disposiciones antes mencionadas se procederá a actuar de conformidad a lo que establece el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y descentralización como demás Ordenanzas Municipales vigentes.
- El Administrado contará con todas las medidas de seguridad.
- El Beneficiario de este permiso manifiesta su adhesión al contenido.
- Se dispone el cumplimiento de protocolos de bioseguridad y que se cumpla estrictamente lo solicitado.

Referente al Oficio nro. 274-ISUB-R, de fecha 17 de agosto 2021 con Visto Bueno de la Alcaldía de Loja y trámite: 2021-EXT-33040.  
**Compromiso:** El Administrado, se comprometen adoptar medidas del caso que permitan salvaguardar la infraestructura existente, así como su reposición en caso que la misma se vea afectada.

  
Abg. Ángel Chimbo Montoya  
COMISARIO MUNICIPAL DE ORNATO

  
COMISARÍA DE ORNATO  
LOJA - ECUADOR

  
Dra. Tamara Samaniego Luna  
RESPONSABLE

Bolívar y José Antonio Eguiguren  
Telf.: (593 7) 2570 407 • Casilla letra "M"  
E-mail: alcaldia@loja.gob.ec / www.loja.gob.ec

"Nada por la fuerza, todo por la ley.  
juntos construyamos una Loja para todos"

Figura A1

Permiso de ocupación de espacios públicos en parque Bolívar y Plaza Santo Domingo

## Evidencias Fotográficas



**Figura A2**  
*Control de la presión arterial en paciente adulto mayor*



**Figura A3**  
*Control de la presión arterial en paciente adulto mayor*



**Figura A4**  
*Control de presión arterial a paciente que acude al parque Sto. Domingo*



■ **Figura A5**  
*Control de saturación de oxígeno a paciente que acude al parque Bolívar*



■ **Figura A6**  
*Realizando inventario de los diferentes medicamentos entregados a farmacia.*



**Figura A7**  
*Entrega de fármacos a los pacientes que acudieron con la respectiva receta médica posterior al control médico.*



**Figura A8**  
*Entrega de medicamentos a paciente que presenta cefalea*



**Figura A9**  
*Indicaciones de los medicamentos entregados al paciente*



**Figura A10**  
*Los estudiantes realizan la toma de glicemia capilar y presión arterial*



**Figura A11**  
*Los estudiantes realizan la toma de glicemia capilar y presión arterial*



**Figura A12**  
*Los estudiantes realizan la toma correcta de presión arterial y recolectan datos de filiación.*



**Figura A13**  
*Los estudiantes realizan la toma correcta de presión arterial y recolectan datos de filiación.*



**Figura A14**  
*Los estudiantes realizan la toma de medidas antropométricas y signos vitales a los diferentes grupos etarios.*



**Figura A15**  
*Los estudiantes realizan la toma de medidas antropométricas y signos vitales a los diferentes grupos etarios.*



**Figura A16**  
*Los estudiantes realizan la toma de Presión Arterial a adultos de edades de 25 a 30 años.*



**Figura A17**  
*Los estudiantes realizan la toma de Presión Arterial a adultos de edades de 25 a 30 años.*



**Figura A18**  
*Entrega de manual sobre promoción y cuidados de salud a todas las personas que se encuentran en los alrededores del parque Santo Domingo.*



**Figura A19**  
*Entrega de fármacos a los pacientes que acudieron con la respectiva receta médica posterior del control médico.*



**Figura A20**  
*Atención médica a las personas que asistieron a las carpas de salud ubicadas en el Parque Simón Bolívar.*



**Figura A21**  
*Atención médica a las personas que asistieron a las carpas de salud ubicadas en el Parque Simón Bolívar.*



**Figura A22**  
*Atención médica a las personas que asistieron a las carpas de salud ubicadas en el Parque Simón Bolívar.*



**Figura A23**  
*Entrega de manual sobre el cuidado de salud y promoción a todas las personas que se encuentran en el Parque Santo Domingo.*



**Figura A24**  
*Entrega de manual sobre el cuidado de salud y promoción a todas las personas que se encuentran en el Parque Santo Domingo.*



**Figura A25**  
*Estudiantes capacitados informando los diferentes temas de interés que se encuentran en el folleto*



**Figura A26**  
*Estudiantes capacitados informando los diferentes temas de interés que se encuentran en el folleto*



**Figura A27**  
*Educación sobre cómo mantener una dieta adecuada de acuerdo a su peso y su edad*



**Figura A28**  
*Educación sobre cómo mantener una dieta adecuada de acuerdo a su peso y su edad*



**Figura A29**  
*Promoción a los adultos mayores sobre los hábitos alimenticios de acuerdo a su edad*



**Figura A30**  
*Promoción a los adultos mayores sobre los hábitos alimenticios de acuerdo a su edad*



**Figura A31**  
*Instruir a los ciudadanos sobre lo que es Presión Arterial y como tomar las medidas adecuadas en caso de padecer dicha enfermedad*



**Figura A32**  
*Instruir a los ciudadanos sobre lo que es Presión Arterial y como tomar las medidas adecuadas en caso de padecer dicha enfermedad*



**Figura A33**  
*Promoción y explicación de los diferentes temas y explicación de cómo calcular el IMC (Índice de Masa Corporal) sabiendo que varía de acuerdo a las edades.*



**Figura A34**  
*Información de cómo llevar los buenos controles durante el embarazo y los cuidados del recién nacido*



**Figura A35**  
*Información de cómo llevar los buenos controles durante el embarazo y los cuidados del recién nacido*



**Figura A36**  
*Explicación de cómo prevenir el uso de drogas en los adolescentes, cuales son y cómo se producen los efectos*



**Figura A37**  
*Explicación de cómo prevenir el uso de drogas en los adolescentes, cuales son y cómo se producen los efectos*



**Figura A38**

*Promoción sobre la nutrición en las diferentes etapas de la vida, informándoles como son las dietas adecuadas*



**Figura A39**

*Promoción sobre la nutrición en las diferentes etapas de la vida, informándoles como son las dietas adecuadas*



**Figura A40**

*Información a los adultos mayores sobre la GUÍA DE PREVENCIÓN EN CAÍDAS DE ADULTOS MAYORES dándoles a conocer sobre como seria un mejoramiento en su equilibrio*



**Figura A41**

*Información a los adultos mayores sobre la GUÍA DE PREVENCIÓN EN CAÍDAS DE ADULTOS MAYORES dándoles a conocer sobre como seria un mejoramiento en su equilibrio*



# Bibliografía

- Aldas, C. (2021). Hipotiroidismo: actualización en pruebas de laboratorio y tratamiento. *Dominio de las Ciencias*, 276.
- American Heart Association. (2021). Estilos de vida más reducción de los factores de riesgo.
- American Medical Association. (2022). Controles de rutina para adultos. *JAMA*, 327(4).
- Andrasik, F. G. (2018). Enfoques no farmacológicos para las cefaleas en la edad joven: una revisión actualizada. *Front Neurol*.
- Andrómaco. (2020). Parasitosis intestinales: qué son los parásitos. <https://www.andromaco.com/temas-de-salud/articulo/357-parasitosis-intestinales-que-son-los-parasitos>
- Arango, H. (2011, abril). Rinofaringitis aguda (resfriado común). <http://santamargarita.gov.co/intranet/pdf/Otros/GUIARESFRADIADOCOMUN.pdf>
- Arce, A., Blanco Artola, C., & Gómez Solórzano, N. (2020). Síndrome del manguito de los rotadores: generalidades en el manejo no quirúrgico para el primer nivel de atención. *Revista Médica Sinergia*.
- Asociación Americana de la Tiroides. (2023, septiembre). Hipotiroidismo. <https://www.thyroid.org/hipotiroidismo>
- Asociación Latinoamericana de la Diabetes. (2019). Guías ALAD sobre el diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus Tipo 2 con el número del volumen 7.
- Bagazgoitia, Gutiérrez, García, Hernández, & Torrelo. (2019). Aspectos epidemiológicos, patogénicos, clínicos y diagnósticos de la dermatitis atópica: ¿Es posible la prevención? *Scielo*, 11(15). <https://doi.org/10.1139/76322009000300003>

- Barros, P., Martínez Escribano, B., & Romero González, J. (2023). Parasitosis intestinales. *Asociación Española de Pediatría*, 1, 123-137.
- Bermudez, L. E., Solís Muñoz, B. J., & Duran Pincay, Y. E. (2023). Dislipidemia como factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y hepáticas en adultos. *MQRInvestigar*, 7(1), 1818. <https://doi.org/https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.1.2023.1815-1825>
- Briones, A., García, A., & Reyes, Y. (2023). Prevalencia de faringitis aguda asociada a factores ambientales en poblaciones latinoamericanas. *PentaCiencias*. <http://editoriallema.org/index.php/pentaciencias/article/view/432/570>
- Camafort, M. A. (2021). Registro Latinoamericano de monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA-LATAM): una necesidad urgente. *Revista Clínica Española*.
- Carreño, M. Á. (2021). Enfrentamiento del paciente con poliartralgias y poliartritis. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 449-456. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.05.004>
- Carrero, C. M., Navarro Quiroz, E. A., Lastre-Amell, G., & Oróstegui-Santander, M. A. (2020). Dislipidemia como factor de riesgo cardiovascular: uso de probióticos en la terapéutica nutricional. *Revistaavft*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4068226>
- Castellanos, S., Magdaleno Navarro, E., Herrera Rodríguez, V., & Dolores García, M. (2020). Lesión del manguito rotador: diagnóstico, tratamiento y efecto de la facilitación neuromuscular propioceptiva. [medigraphic.com/elresidente](http://medigraphic.com/elresidente), 19-26.
- Castro, F. J., Quero Rodríguez, B., & Hernández de la Plata, J. (2020). Consulta de reorientación de la demanda. En C. Martínez, *Artralgias dolor articular*.
- Cedeño, Arias, C., Barreto, R., Mastarreno, M., & Cevallos, J. &. (2019). Principales manifestaciones causales de la presencia de rinofaringitis infantil. *Dialnet*, 133-159.
- Cedeño, V., Arias, C., Barreto, R., Mastarreno, M., & Barreto, J. C. (2019). Principales manifestaciones causales de la presencia de rinofaringitis infantil. *Polo del Conocimiento*, 133-159.
- Chabusa, K. C. (2020). Manejo de cefalea migrañosa. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*.
- Chicaiza, N. O., Guerrón Enríquez, S. X., & Yandún Imbaquingo, P. A. (2023). Factores de riesgo asociados a infección de vías urinarias en adultos mayores. *Gaceta Médica Estudiantil*, 5(1), 2. <https://doi.org/ark/44464/gme.v5i1.185>
- Cimarras, C., & JM, I. I. (2022). Atención primaria y CMA (continuidad entre niveles). *Hospital Universitario de Álava*, 4(33).
- Clayton, S. A., Rodríguez Jarquín, D., & Zumbado Viquez, S. (2023). Lumbalgia: principal consulta en los servicios de salud. *Revista Médica Sinergia*. <https://doi.org/>

org/10.31434/rms.v8i3.987

- Comité Nacional de Hematología. (2009). Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico. *Arch Argent Pediatr*, 4(107), 353-361.
- Cordero, M. L. (2019). Calidad de vida relacionada a la salud de niños y niñas rurales de Tucumán, Argentina. *Población y Salud en Mesoamérica*, 16(2). <https://doi.org/10.15517/psm.v0i0.33986>
- Cortés, J. A., Cano, N., Camero, J. D., Valderrama, M. C., Díaz, C., Donoso, W., Puertas, A. F., Esparza, G., Cuervo, S. I., Reyes, P., Torres, C., Chávez, W. G., Contreras, K. M., Guevara, F. O., Bravo Ojeda, J. S., & García López, F. (2022, 20 de octubre). *Guía de práctica clínica para la infección de vías urinarias complicada*. Asociación Colombiana de Infectología.
- Couloigner. (2022). La farinamigdalitis y sus complicaciones. *Faringoamigdalitis*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1632347521460194>
- Cubillo, A., & Chacón, E. (2021). Pterigión: conceptos y manejo actual. *Revista Medica Sinergia*, 6. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i12.740>
- Cuestas, E. (2019). El principio de la solidaridad en la salud pública. Universidad de Córdoba. <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n3.29998>
- Dada Santos, M., Zarnowski Gutiérrez, A., & Salazar Santizo, A. (2021). Actualización de lumbalgia en atención primaria. *Rev.méd.sinerg.*. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/69>
- De La Guardia Gutiérrez, M. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- De La Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Scielo*, 5(1), 81-90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
- Delgado, P., & Ortega, Y. (2022). Infecciones de la vías urinarias y de transmisión. *Nefrología al día*. <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-infecciones-vias-urinarias-trasmision-sexual-462>
- Díaz, Y. B., Jiménez Mosquera, D. H., Azúa Menéndez, M., & Azuero Sarango, Y. Y. (2023). Infecciones de vías urinarias y sus factores epidemiológicos en mujeres embarazadas. *Polo del conocimiento*, 8(2), 196. <https://doi.org/10.23857/pc.v8i2>
- Diez Garcia, M. A., Herrero Erquínigo, J. L., & Mentxaca, I. (2003). *Lumbalgia y ciática*. Elsevier.
- Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia. (2018). Recomendaciones para el control en salud de niñas y niños hasta los 6 años. Argentina. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/>

guideline/ARG-CH-14-01-GUIDELINE-2018-esp-Recomendaciones-para-el-control-en-salud-de-ni%C3%B1as-y-ni%C3%B1os-hasta-los-6-a%C3%B1os.pdf

Escarrer, M., & Guerra, T. (2019). Dermatitis atópica. *SEICAP*, 2, 61-75. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11\\_dermatitis\\_atopica.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/11_dermatitis_atopica.pdf)

Espinoza, E. C. (2021, diciembre 5). *Revista Médica Sinergia*. <https://doi.org/Dialnet-Pterigion-8868066>

Espitia, F. J. (2021). Síndrome de flujo vaginal (Vaginitis / Vaginosis): actualización diagnóstica y terapéutica. *Rev Peru Investig Matern Perinat*. <https://doi.org/10.33421/inmp.2021224>

Feria, G. E., Leyva Proenza, C. A., Rodríguez Reyes, E., Rodríguez Moldón, Y., & Rodríguez Duque, R. (2019). Dislipidemia en estados de resistencia a la insulina. *Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas de Holguín*, 23(4). <https://doi.org/10.37715/rmc.v23i4.3133>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020, septiembre 17). ¿Qué efectos provoca una buena atención integral desde la primera infancia? Costa Rica. <https://www.unicef.org/costarica/historias/efectos-buena-atencion-primera-infancia>

Gallegos, M. (2020). Cambios refractivos y de agudeza visual en pacientes pre y post quirúrgicos de pterigión. *Vive Revista de Salud*. [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2664-32432020000300009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-32432020000300009&lng=es&tlng=es).

Garcés, K. O. (2021). Prevalencia de hipotiroidismo primario en mujeres de 40–60 años. *Revista médica HJCA*, 108.

García, A. B. (2017). Actualización breve en diabetes para médicos de atención primaria. *Rev Esp Sanid Penit*, 57-65.

García, G. (2010). Explorando... el hombro doloroso ¿Tiene un síndrome de pinzamiento subacromial? 6(1), 12-17.

Giménez, S. (2006, enero). *Faringitis*. Elsevier. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-faringitis-13084103>

Gimenez, S. (2018). Anemias. *Elsevier*, 18(5), 62-69. <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-anemias-13061904>

Gómez, A. G. (2021). *Guía práctica de cefaleas 2021*. Medical Education Agency S. L.

González, J. C. (2021). Enfrentamiento clínico del síndrome de manguito rotador.

Gopar, R. A. (2021). ¿Cómo tratar la hipertensión arterial sistémica? Estrategias de tratamiento actuales. *Scielo*, 3.

Gorostidi, M., García-Donaire, J. A., Camafort, M., Abad-Cardiel, M., Martell-Claros, N., & Segura, J. (2022). *Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la*

- hipertensión arterial en España, 2022*. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial.
- Guzmán, N., & García, H. A. (2019). *Revista Mexicana de Urología*, 79(6). <https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur201f.pdf>
- Guzmán, N., & García, H. A. (2022). Novedades en el diagnóstico y tratamiento de la infección de tracto urinario en adultos. *Scielo*, 80(1). <https://doi.org/10.48193/rmu.v80i1.546>
- Hidalgo, E. (2019). Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "GESTAR"*.
- Hidalgo, G. A., & Cañarte, J. C. (2022). Dislipidemia asociado a diabetes mellitus en adultos con y sin sobrepeso de la ciudad de Jipijapa. *Polo del conocimiento*, 7(3), 1075. <https://doi.org/10.23857/pc.v7i3.3779>
- Hoyos, Y. P. (2021). *Procedimiento de consulta ambulatoria*. E:S:E Manuel Castro Tovar.
- Jacksonville. (2022). Gastritis. *Mayo Clinic*. <https://www.mayoclinic.org/es-diseases-conditions/gastritis/symptoms-causes/syc-20355807>
- Jerkovich, F. (2022). Hipotiroidismo. *Montpellier*. <https://www.montpellier.com.ar/Uploads/Apartados/Apartado%20Hipotiroidismo.pdf>
- KPMG. (2020). Análisis cuantitativo en distintas industrias. Impacto económico de la migraña en México. México.
- Lazaro, A., Perosanz, D., Lencina, J., Duran, C., Iglesias, A., Ruedas, A., & Sanchez, A. (2019). Dermatología (Vol. 11). CTO. [https://medicina.grupocto.es/wp-content/uploads/sites/3/2019/10/Dermatologia\\_11\\_MIR\\_.pdf](https://medicina.grupocto.es/wp-content/uploads/sites/3/2019/10/Dermatologia_11_MIR_.pdf)
- Lázaro, N. (2019, agosto 15). Promoción de la salud y prevención de enfermedades parasitarias en niños menores de 5 años, Centro de Salud Carlos Protzel.
- Letourmy, S. P. (2022, julio 3). EMC - Otorrinolaringología. Elsevier. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1632347522467099>
- López, D., Arteaga, F., González, I.-C., & Montero, J.-B. (2021). Consideraciones generales para estudiar el síndrome anémico. Revisión descriptiva. *Arch Med (Manizales)*, 165-181. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i12.740>
- López, E. E., Castro, Y. X., & Muñoz, B. A. (2023). Medicina ambulatoria. Aspectos fundamentales de la. *Recibmundo*, 593-600.
- López, E., & Sanchís, J. G. (2020). Características epidemiológicas del hipotiroidismo en un área del sur de España (Sevilla). Scielo.
- Malpartida, M. K. (2019). Infección del tracto urinario no complicada. *Revista Médica Sinergia*, 5(3). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i3.382>

- Marnach, M., & Casey, P. (2022). Evaluation and management of vaginitis. *Mayo Clinic Proceedings*, 347-358. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.09.022>
- Martínez, M. (2018, junio 5). Información epidemiológica. [https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864\\_2007/1998-134-4-495-500.pdf](https://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1998-134-4-495-500.pdf)
- Martínez, M. (2022). Recomendaciones para el uso racional del medicamento en el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. Sevilla.
- Maza, M. F. (2017). Pterigión y su relación con la actividad laboral en las edades comprendidas de 20 a 65 años. Loja.
- Meléndez, G. A. (2010). Hipotiroidismo. *Med Int Mex*, 462-471.
- Mellado, R. E. (2021). Tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 dirigido a pacientes con sobrepeso y obesidad. Scielo, 1.
- Merchán, K. M., Valero-Cedeño, N. J., León-Granadillo, A. E., Quiroz-Villafuerte, V. M., & Álava-Villafuerte, M. J. (2020). Vaginosis bacteriana en mujeres ecuatorianas en edad reproductiva. *Ciencias de la salud*, 236-265. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i1.1373>
- Ministerio de Salud Argentina. (2020). Centro quirúrgico. Legisalud. [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810\\_2020anexo1.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/msres810_2020anexo1.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Dolor lumbar: Guía práctica clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización. <http://salud.gob.ec>
- Ministerio de Salud Pública. (2018). Atención integral a la niñez. Quito, Ecuador. [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/manual\\_atencion\\_integral\\_ni%C3%B1ez.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/07/manual_atencion_integral_ni%C3%B1ez.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2019). Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial. Quito, Ecuador: Dirección Nacional de Normatización, MSP.
- Ministerio de Salud Pública. (2020). Guía de práctica clínica hipotiroidismo en personas de 15 años y más. Chile.
- Molina, D. S., & Camino, S. A. (2024). La atención al adulto mayor, necesidad y posibilidad. *Pentacencias*, 6(1), 260-272. <https://editorialalema.org/index.php/pentacencias/article/view/992/1371>
- Montañéz, B. (2020, noviembre 29). Atención farmacéutica a pacientes externos. <https://svfh.es/wp-content/uploads/2020/11/MÓDULO-1.-Actualización-en-el-tratamiento-de-la-migraña.pdf>
- Montoro, B. C., Rodríguez Santana, Y., & Machín García, S. (2021). Artralgias en el adolescente: ¿Pensamos en todos los diagnósticos? *Canarias Pediátrica*, 2, 144-153. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7972008.pdf>
- Mora, A. B. (2020). Parasitosis intestinales y factores de riesgo de enteroparasitosis en escolares de la zona urbana del cantón Jipijapa, Ecuador. Jipijapa.

- Moreira, W. J., López Bailón, A. N., Moreira Loor, C. S., & Castro Jalca, J. E. (2022). Prevalencia y factores de riesgo de dislipidemias: un estudio de la situación actual. *Revista HIGÍA de la salud*, 6(1). <https://doi.org/10.37117/higia.v6i1.649>
- MSP. (2018). *Manual del modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural (MAIS-FCI)*. Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública.
- Núñez, S. G. (2020). Tendencias y análisis espacio-temporal de la mortalidad por diabetes mellitus en Ecuador, 2001-2016.
- Olalla, R., & Tercero, M. J. (2011, julio). 33-39.
- Oliveira, C., Ramos, D., & Januarico, G. (2018, junio 15). <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540331730276X>
- OMS. (1948). <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Orbe, C., Benavides Borja, M. T., & Monesterolo Lencioni, A. (2022). Desarrollo integral en la primera infancia: una aproximación al abordaje interdisciplinario. *Revista PUCE*(114), 33-55. <file:///C:/Users/Hp/Downloads/486-Texto%20del%20artículo-1320-1-10-20221128.pdf>
- Orellana, P. A. (2021). Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial y el riesgo cardiovascular. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 322.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas. WHO. [https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia\\_data\\_status\\_t2/es/](https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Hipertensión. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas. OPS, Ecuador.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2. Washington, D.C.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Equidad en salud. <https://www.paho.org/es/temas/equidad-salud>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Geohelmintiasis. <https://www.paho.org/es/temas/geohelmintiasis>
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Ecuador implementa el programa HEARTS para luchar contra la hipertensión. <https://www.paho.org/es/ecuador-implementa-programa-hearts-para-luchar-contra-hipertension>
- Orozco, C., & Alfaro, L. (2022). Cefaleas potencialmente mortales. *Revista Ciencia y Salud*, 120.

- Orozco. (2017, abril 26). Prevalencia de pterigión y factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en la consulta externa de Oftalmología del Hospital Provincial General Docente de Riobamba. <http://repositorio.puce.edu.ec/browse?value=Orozco+Montiel%2C+Eileen+Natali&type=author>
- Paniagua, M., Soto Rodríguez, R., & Watson Hernández, R. (2021). Generalidades de las lumbalgias. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 27–34. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i5.312>
- Pascual, D. M. (2015). La Construcción de Políticas de Salud basada en evidencias. [https://www3.paho.org/ecu/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=407&Itemid=](https://www3.paho.org/ecu/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=407&Itemid=)
- Pavez, D., Perez, R., Cofré, J., & Rodríguez, J. (2019). Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento etiológico de la faringoamigdalitis aguda estreptocócica en pediatría. *Revista Chilena de Infectología*. [https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182019000100069&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182019000100069&script=sci_arttext&tlng=en)
- Pavía, A., Aguilar, C., Comité Ejecutivo Eric Alexanderson R, Ahumada, M., Alcocer, M., Arenas, J. L., Arenas, L. D., Borges, O., & Benavides, M. (2020). Consenso de la Sociedad Mexicana de Cardiología en el diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias y aterosclerosis. *Med Int Méx*, 409. <https://doi.org/10.24245/mim.v36i3.3671>
- Pérez, F., Pérez Caballero, P., & Núñez-Cornejo Palomares, C. (2023). Lumbalgia. En *Enfermedades reumáticas: Actualización SVR*.
- Pérez, S. (2022). Promoción de la salud en la infancia. <https://revistamedica.com/promocion-salud-infancia/>
- Pinela, F. (2022). Hipotiroidismo e hipertensión: una revisión sistemática en América Latina. *Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTACIENCIAS*, 3.
- Pino, S. d., & López, M. J. (2020). Estudio estrategia AIEPI en las familias de las casas del buen vivir de la Provincia del Guayas. *Polo del Conocimiento*, 5(09), 680-706. <https://doi.org/10.23857/pc.v5i9.1720>
- Plaza, M. (2021). Chequeo preventivo basado en la evidencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(4), 379-390. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.06.002>
- Quevedo, G. A., & Pachay, J. (2022). Prevalencia de infecciones del tracto urinario y factores de riesgo en adultos de Latinoamérica. *Ciencias Económicas y Empresariales*, 7(4), 1383. <https://doi.org/10.23857/fipcaec.v7i4>
- Quintero, R., Gámez, Y., Matos, D., González, I., Labori, R., & Guevara, S. (2020). Eficacia, efectividad, eficiencia y equidad en relación con la calidad en los servicios de salud. ECIMED. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/445/4452032014/html/index.html>
- Ramírez, M. (2010, mayo). Prevalencia de los procesos infecciosos respiratorios en

- niños menores de 5 años que acuden al subcentro de salud Obrapía en la ciudad de Loja. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6425/1/Maritza%20de%20Jesús%20Ramírez%20Poma.pdf>
- Redondo, P. (2023). Promoción, prevención y educación para la salud. Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2023/07/Prevencion.pdf>
- Reyes, K. A., Rosero, M. L., & Valenzuela Molina, L. (2024). Generalidades de la anemia ferropénica: estudios realizados a población de mujeres en embarazo, infantes y poblaciones especiales. *Sociedad Argentina de Hematología*. <https://repository.unad.edu.co/handle/10596/28769>
- Ríos, & González. (2018). Qué es gastritis. *Centro Médico ABC*, 7(27), 98-99. <https://centromedicoabc.com/padecimientos/gastritis/>
- Rivero Gil, S. (2023, 14 de febrero). Parasitosis intestinal. *Clínica Médica Integrativa*. <https://www.medicinaintegrativa.com/parasitosisintestinal>
- Riveros, R. (2021). Dislipidemias y factores de riesgo en la población afiliada al Seguro Integral de Salud del Puesto de Salud Rancho-Ayacucho. Ayacucho, Perú.
- Rodríguez, J. A. (2016). Factores de riesgo de las enfermedades tiroideas. Hospital del Seguro Social Ambato. Scielo.
- Rodríguez, J., Boffill, A., Rodríguez, L., Losada, J., & Barrientos, S. (2019). Factores de riesgo asociados a la gastritis aguda o crónica en adultos de un hospital ecuatoriano. *Scielo*, 23(3), 55-59. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192019000300424&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192019000300424&script=sci_arttext&tlng=en)
- Ruenger, T. (2023). Introducción a la dermatitis. *Manual MSD*, 12(2), 112 - 118. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-piel/prurito-y-dermatitis/introducción-a-la-dermatitis>
- Russo, M. M. (2022). Prevalencia de diabetes, características epidemiológicas y complicaciones vasculares. *Archivos de Cardiología de México*.
- Saavedra, C. J., Saavedra Alvarado, E. A., Sarduy Lugo, A., Parrales Flores, K. L., & Cotto Aguilar, M. T. (2022). Salud y nutrición en menores de cinco años. *Medicina e Investigación*, 3(5), 38-43. <https://doi.org/10.51597/rmicg.v3i5.104>
- Sabio, R. P. (2019). Recomendaciones latinoamericanas para el manejo de la hipertensión arterial en adultos (RELAHTA 2). *Scielo*, 5, 7 y 9.
- Salaverry, O. (2018). Interculturalidad en salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. <https://www.salud.gob.ec/interculturalidad-en-salud/>
- Sánchez, M. (2021). Gastritis. *Cuidate Plus*, 20-26. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/gastritis.html>
- Sandoval, M. (2019). *Manual del interno de medicina*. <https://medicina.uc.cl/wp->

content/uploads/2020/01/Manual-Dermatologia-2019.pdf

- Santana, J. L. (2023). Comorbilidades asociadas a la diabetes mellitus tipo II: causas, consecuencias y prevalencia en adultos mayores. *MQR Investigar*.
- Sapunar, J., Aguilar Farías, N., Navarro, J., Araneda, G., Chandía Poblete, D., Manríquez, V., Brito, R., & Cerda, Á. (2018). Alta prevalencia de dislipidemias y riesgo aterogénico en una población infanto-juvenil. *Scielo*, 146(10). <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872018001001112>
- Silva, M. (2021). Aspectos prácticos del manejo del hipotiroidismo en APS.
- Sociedad Española de Neurología. (2020). *Manual de práctica clínica en cefaleas. Recomendaciones diagnóstico terapéuticas de la Sociedad Española de Neurología*.
- Sociedad Europea de Cardiología. (2020). Guía sobre el tratamiento de las dislipidemias: modificación de los lípidos para reducir el riesgo cardiovascular. *Revista Española Cardiológica*. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2029.10.031>
- Solano, A., Solano Castillo, A., & Ramírez Vargas, X. (2020). Actualización del manejo de infecciones de las vías urinarias no complicadas. *Revista Médica Sinergia*, 5(2). <https://doi.org/10.31434/rms.v5i2.356>
- Solorzano, F., Miranda, G., & Jimenez, F. (2018, septiembre). Anemia hemolítica asociada a fármacos. *Enfermedades infecciosas y microbiología*, 38(3). <https://www.amimc.org.mx/wp-content/uploads/2018/12/EIM3-2018.pdf#page=15>
- Tagle, R. (2018). *Revista Médica Clínica Las Condes*, 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.12.005>
- Tituana, Y.K. (2019, junio 6). *Universidad Regional Autónoma de los Andes*. <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/11070/1/TUAEXCOMMFC011-2019.pdf>
- Uchida, L. D. (2021). Repaso de los controles médicos generales para la atención primaria de adultos. *JAMA*, 2294-2306. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.6524>
- Ugalde, C. E., Zúñiga Monge, D., & Barrantes Monge, R. (2013). *Actualización del síndrome de hombro doloroso: lesiones del manguito rotador*. ASOCOMEFO. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v30n1/art06v30n1>
- Valderrama, S., Morales Tirado, A., & López de Haro de Torres, J. (2019). Dermatitis por contacto. *Protocolos AEP*, 177-184. [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12\\_dermatitis\\_contacto.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/12_dermatitis_contacto.pdf)
- Valdivia, M. (2019). Gastritis y gastropatías. *Scielo*, 31(1), 38-43. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292011000100008](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292011000100008)
- Vargas, H., Ruiz, A., Gómez, E., Román González, A., Castillo, J., Merchán, A., & Toro, J. (2020). Recomendaciones del panel de expertos sobre la fisiopatología,

diagnóstico y tratamiento de las dislipidemias en la población adulta. *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo*, 7(1). <https://revistaendocrino.org/index.php/rcedm/article/view/573/757>

Vargas. (2021). *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo*, 274.

Vega, A. N. (2008). Análisis de disparidades por anemia nutricional en Colombia 2005. *Rev Gerenc Polit Salud*, 46-76.

Vera, T. &. (2020). Atención a los niños del centro de salud Chongón por infecciones respiratorias agudas. *Revista Publicando*, 71-79. <https://doi.org/10.23857/pc.v5i9.1720>

Villa, A. (2023). Dolor articular: dolor que afecta a varias articulaciones.

Villa, M., & Luisa. (2018). Estudio descriptivo: Prevalencia de dislipidemia en adultos de 40-64 años, Cuenca-Ecuador, Enero a Julio 2014. *Revista Médica HJCA*, 10(3), 205. <http://dx.doi.org/10.14410/2018/10.3.ao.33>

Zamora, I. C. (2022). *Manejo nutricional en pacientes con hipotiroidismo*.

En el dinámico mundo de la medicina moderna, la prevención y manejo adecuado de enfermedades prevalentes se convierten en una necesidad imperante para mejorar la calidad de vida de la población. El libro *Estrategias para el Manejo de Enfermedades Prevalentes* emerge como un recurso necesario para profesionales de la salud y estudiantes, proporcionando una guía detallada y práctica para enfrentar desafíos médicos comunes mediante estrategias eficaces de diagnóstico, tratamiento y prevención.

Este libro es fruto del *Programa de Atención Ambulatoria Médica y de Enfermería* desarrollado por el Instituto Superior Universitario Bolivariano, un proyecto que no solo educó a futuros profesionales de la salud sino también proporcionó servicios esenciales a la comunidad. A través de casos reales y soluciones basadas en la evidencia, las autoras ofrecen una herramienta esencial para mejorar las prácticas médicas y responder eficientemente a las necesidades de los pacientes en diversos entornos.

Con este texto, el lector podrá acceder a un conocimiento profundo sobre cómo abordar condiciones de salud comunes en distintos grupos etarios, asegurando un enfoque integral y compasivo en el cuidado de la salud.



**BOLIVARIANO**  
INSTITUTO SUPERIOR  
**UNIVERSITARIO**

**EME**  
EDICIONES MULTI CIENCIA

ISBN: 978-9942-7037-7-4



9 789942 703774