



Caso clínico...

DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES

Cristhian Peralta R, Janyll Pérez Ch, Effemberg Pimienta F, Patrick Pimienta T, Jennifer Pineda M, Nidia Pinto M.^{§§§}
Elaborado en 2012

A continuación, les vamos a presentar el enfoque que les pedimos a nuestros estudiantes en la rotación de Medicina Comunitaria. Ellos organizan lo que hemos denominado el portafolio del paciente, el cual pretende ofrecer la visión más integral de la atención del paciente. Este ejemplo fue elaborado por un grupo de estudiantes que estuvo con nosotros en 2012, justo el primer grupo de la reforma curricular. Se los presentamos con orgullo y con la idea de recibir cualquier retroalimentación de nuestros lectores.

El caso



<https://i.ytimg.com/vi/nDkmhvqNgAk/maxresdefault.jpg>

Este es el caso de una paciente, mujer de 60 años de edad, como ocupación ama de casa, su lugar de procedencia es Bogotá y de residencia, hasta la fecha del día de la consulta, es en el barrio Lisboa perteneciente a la localidad de Suba en Bogotá D.C.

Motivo de consulta: "Me duele la pierna derecha".

Enfermedad actual: Paciente de 60 años de edad quien acude al servicio por cuadro de cinco días de evolución consistente en dolor de miembro inferior derecho de tipo punzada, intensidad de 5/5 en la escala del dolor que inició de forma espontánea en la noche cuando se encontraba durmiendo, se intensifica en la noche y cuando la paciente se encuentra en reposo; la paciente refiere disminución del dolor cuando camina y que es la primera vez que presenta este dolor. No refiere disestesias ni parestesias y lo asocia a edema maleolar bilateral, palidez y aumento de la temperatura en el miembro inferior derecho. La paciente refiere automedicarse con acetaminofén, una tableta de 500 mg cada seis horas; refiere leve mejoría del dolor. Actualmente la paciente está sintomática.

^{§§§} Estudiantes séptimo semestre (2012). Escuela de Medicina- Fundación Universitaria Juan N. Corpas.



Revisión por sistemas

En la revisión por sistemas la paciente no refiere presentar ningún síntoma constitucional.

Osteoarticular: Refiere adormecimiento y artralgias de las dos manos que inició hace dos meses y es de predominio matinal en articulaciones pequeñas, estos episodios se caracterizaron por limitación de la fuerza y duración aproximadamente de cinco a diez minutos y que mejora con flexión y extensión de los dedos.



https://www.midolordecabeza.org/upload/imagenes/Personas/cefalea_de_tension_dolor_opresivo.png

Neurológico: Refiere presentar cefalea hemicraneal de intensidad 3/5, tipo pulsátil, de dos horas de duración aproximadamente, que la paciente relaciona con el aumento de la intensidad en dolor en miembro inferior derecho al despertarse, esta cefalea no presenta signos de alarma.

Psiquismo: Refiere ideas de minusvalía, labilidad emocional, afectación del patrón de sueño y vigilia, no refiere ideas suicidas. Afectación de la esfera familiar y emocional, disminución de la autoestima desde hace un año, evidente desde el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Refiere mucha preocupación por el nieto, ya que siente que los padres del niño no están atentos a él.

Circulatorio: Refiere la aparición de edema maleolar bilateral grado I desde hace un año, es de predominio vespertino. Actualmente no presenta el edema. Refiere también palidez y aumento de la temperatura en miembro inferior derecho.

Respiratorio: No refiere.

Gastrointestinal: Refiere dolor en el epigastrio de tipo ardor, de intensidad 3/5 sin irradiación, el cual se exagera con el ayuno y disminuye con la ingesta de alimentos. Deposiciones blandas y de color carmelito, no refiere diarrea ni constipación. Hábito digestivo: 1x0.

Urinario: Refiere no tener control sobre la orina cuando siente la necesidad de orinar, se orina en el interior; este cuadro lo viene presentando desde hace seis meses. Refiere que el color de la orina es amarillo, no fétida. Hábito urinario 3x0.



Antecedentes

Hospitalarios: Histerectomía por miomas uterinos hace 15 años.

Cirugías: Histerectomía por miomas uterinos.

Patológicos: Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad varicosa.

Farmacológicos: Enalapril tabletas de 20 mg una vez al día. Lovastatina tabletas de 20 mg una vez al día. Glibenclamida tabletas de 5mg una vez al día. Metformina tabletas de 850 mg dos veces al día.

Otros: Lentes de corrección por vicios de refracción.

Ginecológicos: FUR: 1997. Fórmula: G3P3V3A0. Fecha última citología: Marzo de 2011: Resultado Normal.

Familiares: Hipertensión arterial: Papá, mamá, hermano/a. Diabetes: Hermano/a. Dislipidemia: Hermano/a.

Esferas existenciales: S. Física: Regular. S. Sexual: Regular. S. Económica: Mal. S. Metafísica: Bien. S. Familiar: Regular. Refiere preocupación por el cuidado del nieto, ya que requiere más atención de los padres (ella se siente sobrecargada). S. Ocupacional: Bien. S. Social: Bien.

Examen físico

Peso: 58 kg.

Talla: 1,48 m.

Índice de masa corporal (IMC): 26,47.

Frecuencia cardíaca: 78 x minuto.

Tensión arterial: 125/80.

Frecuencia respiratoria: 17 x minuto.

Temperatura: 36.5 °C.

Oftalmoscopia-ORL: No se practicó.

Cuello: Anormal.

Tórax. Anormal.

Abdomen: Normal.

Genital: No se practicó.




Piel: Anormal.

Extremidades y columna: Anormal.

Neurológico: Anormal.

Examen mental: Anormal.

Hallazgos positivos

-  Paciente consciente, alerta, hidratada, afebril y en buenas condiciones generales.
-  Cuello: Paciente refirió dolor en punto de Arnold del lado izquierdo a la palpación.
-  Tórax: Paciente refirió dolor a la palpación a nivel de pectoral mayor del lado izquierdo y en uniones costocondrales.



- ✎ Piel: Se encuentra nevus de 1,5 cm de diámetro, simétrico y con bordes regulares, ubicado a nivel de la cara lateral de la rodilla izquierda de coloración negra y que ha crecido en diámetro, no refiere dolor a la palpación ni prurito, no se evidencia sangrado.
- ✎ Extremidades: No presenta edema maleolar bilateral, signo de pratt-hoffman negativo, palidez y resequead de la piel, se observa dilatación y tortuosidad de venas en ambos miembros inferiores, pulsos presentes y simétricos.

Impresión diagnóstica

Diagnóstico Sintomático: "Dolor en pierna derecha".

Diagnóstico clínico:

1. Insuficiencia vascular venosa.
2. Depresión menor.
3. Sobrepeso.
4. Gastritis (?).
5. Síndrome metabólico.
6. Artritis reumatoide (?).
7. Carcinoma escamocelular (?).
8. Cefalea tensional.
9. Incontinencia urinaria de urgencia.

Diagnóstico familiar: Vive con su esposo y con hijo casado y con esposa y con hijo con trastorno cognitivo. No siente que su familia la apoye. Familia nuclear extensa en plataforma de lanzamiento. Disfunción familiar (APGAR). Se registró el familiograma.

Diagnóstico social: Bajos recursos económicos. Se realizó el ecomapa.

Plan terapéutico

1. Omeprazol 20 mg por 15 días.
2. Acetaminofén 500 mg por tres días.
3. Trazadona 50 mg una en la noche.

Plan educacional

Se dan recomendaciones específicas para crear hábitos de horario para la toma de medicamentos, el ejercicio y la dieta. Manejo de la depresión menor. Manejo para disfunción familiar severa con terapia para la relación de pareja y la aceptación de la responsabilidad de su hijo con el nieto de la paciente.

Plan de seguimiento

Control en ocho días.



Análisis de impresiones diagnósticas

Insuficiencia vascular periférica (EVP)

Es un trastorno de la circulación lento y progresivo. Habitualmente de compromiso venoso, pero el término incluso puede abarcar arterias o vasos linfáticos.

¿Cómo se diagnostica?

Una anamnesis detallada seguida de una exploración física completa constituyen los pilares básicos en el diagnóstico de la patología vascular periférica. El síntoma fundamental de este tipo de patología es el dolor (1).

La insuficiencia venosa crónica es causada por el reflujo venoso. Esto produce la hipertensión venosa, magnificada en las partes distales de las piernas donde la gravedad ejerce sus efectos en la mayor medida. Recordando que el flujo venoso en las piernas normalmente va de distal a proximal y superficial a la insuficiencia de la válvula de profundidad, en el camino conduce a presiones elevadas en los segmentos venosos con insuficiencia entonces progresiva de las válvulas de vecinos.

Una conferencia de consenso de los principales flebólogos ha desarrollado la clasificación CEAP (sistema de clasificación para trastornos venosos crónicos) para estandarizar el diagnóstico y el mejor juez de los resultados de la terapia.

La parte más importante del sistema de clasificación es el primero, la **situación clínica**. En la siguiente lista se detallan los cambios de la enfermedad de la vena de acuerdo con la gravedad y las consecuencias (2).



<http://www.elenaconde.com/wp-content/uploads/2015/02/Clasificaci%C3%B3n-heridas-vf-233x126.jpg>

- C1** "Spider" telangiectasias o venas reticulares.
- C2** Venas varicosas.
- C3** Venas varicosas con edema.
- C4** Várices con cambios en la piel de la estasis venosa.
- C5** Venas varicosas con estasis y úlceras sanadas.
- C6** Las venas varicosas, activa y abierta ulceración venosa.



Cefalea tensional (3)



http://www.clinicadeldolormurcia-alfaro.es/images/publish/simdif_0x18758060.jpg?1465494265

Se diagnostica cuando se cumple con los siguientes criterios:

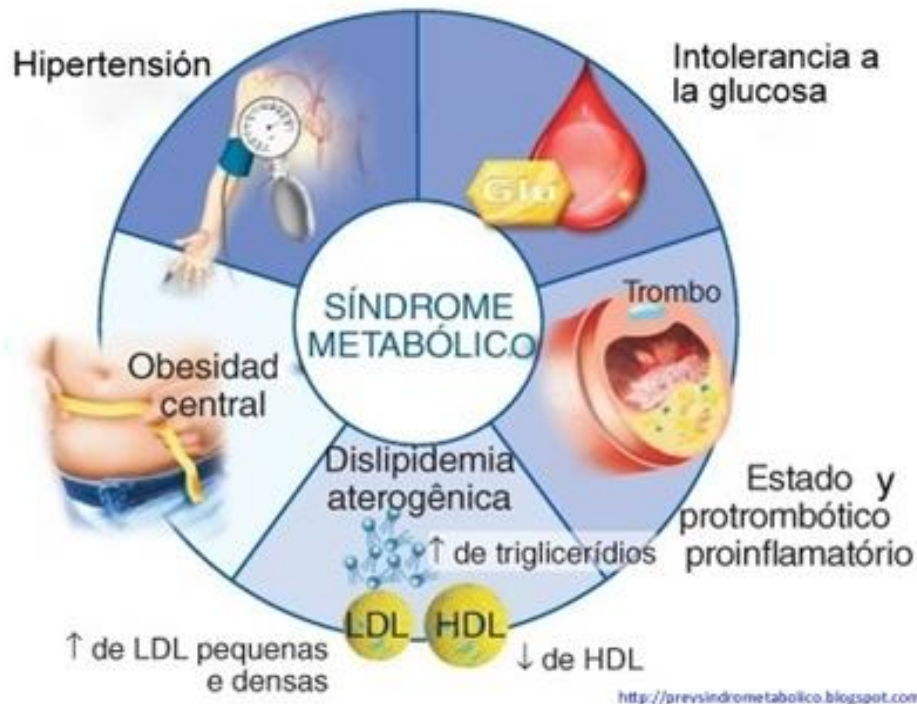
- A** Frecuencia de más de 15 días por mes (180 por año) por más de 6 meses.
- B** Al menos dos de las siguientes características:
 1. Dolor tipo opresivo.
 2. Leve a moderada intensidad.
 3. Localización bilateral.
 4. No aumenta con la actividad física de rutina.
- C** Se diagnostica por descarte. No se deben presentar:
 1. Vómito.
 2. Destellos.
 3. No debe estar relacionado con esfuerzos.

Signos de alarma (4)

- Cefalea de aparición a una edad de más de 50 años.
- Cefaleas de inicio reciente en pacientes con VIH y cáncer.
- Cambio en el patrón de la cefalea.
- Exacerbación del dolor con maniobras de valsalva.
- "Peor dolor de cabeza de la vida".
- Cefalea que no cede a los medicamentos.
- Cefalea que despierta al paciente.



Síndrome metabólico (5)



El síndrome metabólico (SM) básicamente es descrito como un grupo o conglomerados de factores de riesgo cardiovascular que se asociaron en algún momento a una anomalía metabólica y/o circulatoria y todos sus componentes.

Hay unos criterios que deben ser cumplidos para tener la certeza de que determinado paciente tiene síndrome metabólico; el factor que necesariamente debe estar presente es el perímetro abdominal aumentado, además deben estar presente dos de cualquiera de los otros factores.

- Obesidad central, perímetro abdominal (hombres >90 y mujeres >80).
- Disminución de HDL (<40 en hombres < 50 mg/ dl mujeres).
- Hipertrigliceridemia (triglicéridos > 150 mg/dl).
- Hipertensión arterial: Presión arterial > 130/85 o, si está recibiendo medicamentos contra la hipertensión arterial.
- Alteración de la glucosa en ayunas o la llamada prediabetes (100 mg/dl - 125 mg/dl)



Artritis reumatoide

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA AR NUEVOS DE LA ACR



Quiénes deberían ser examinados?

Pacientes que:

- Tengan al menos una articulación con clínica de sinovitis
- Con sinovitis que no puede ser explicada mejor con otro diagnóstico.

| A. Involucro articular | (0-5) |
|---|-------|
| 1 articulación mediana o grande | 0 |
| 2 a 10 articulaciones medianas o grandes | 1 |
| 1 a 3 articulaciones pequeñas | 2 |
| 4 a 10 articulaciones pequeñas | 3 |
| Más de 10 articulaciones (al menos 1 pequeña) | 5 |
| B. Serología | (0-3) |
| Negatividad para Anti CCP y FR | 0 |
| Al menos 1 positivo a título bajo | 2 |
| Al menos 1 positivo a título alto | 3 |
| C. Duración de la SINOVITIS | (0-1) |
| Menos de 6 semanas | 0 |
| Más de 6 semanas | 1 |
| D. Reactantes de fase aguda | (0-1) |
| Normalidad para PCR o VSG | 0 |
| Anormalidad para PCR o VSG | 1 |

Los criterios para Artritis Reumatoide deben tener **al menos 6 puntos de los 10 posibles** para clasificar a un Px con diagnóstico definitivo de AR.

Ann Rheum Dis 2010;69:1580-1588. doi:10.1136/ard.2010.138461

<http://image.slidesharecdn.com/sesion1-11111195116-phpapp02/95/criterios-de-clasificaci-n-de-la-ar-areular-14-728.jpg?cb=1321041137>

Es una enfermedad inflamatoria del colágeno, de origen autoinmunitario, su aparición se caracteriza por presentar dos factores que pudieron desencadenarla y son necesarios el componente genético y el estímulo ambiental.

Según el Colegio Americano de Reumatología, los nuevos criterios para el diagnóstico precoz de la artritis reumatoide (2010) se clasifican en tres componentes, especialmente uno de estos es la afectación articular, el otro es la serología y la duración de los síntomas (si son mayores a seis semanas).

Nuestra paciente, mujer de 60 años, refiere la duración del cuadro clínico de dolor en más de 10 articulaciones pequeñas y entumecimiento de estas desde hace ocho semanas al momento de la consulta, lo cual nos da un puntaje de 6 que, de acuerdo con los criterios del American College of Rheumatology, es indicativo de la presencia de artritis reumatoide.

Hasta el momento el diagnóstico de artritis reumatoide es solamente clínico, posiblemente podríamos apoyarlo a partir de las ayudas paraclínicas. Algunos autores hacen la recomendación de medir los péptidos citrulinados y factor reumatoide (6, 7).



Incontinencia urinaria



<http://www.ohiohealth.com>

Básicamente se le denomina así a la imposibilidad para retener la orina. Hay cuatro tipos; la paciente refiere una incontinencia de urgencia, en la cual "hay pérdida de orina justo cuando la persona tiene la necesidad de ir al baño" (8).

Depresión menor



<http://galenodigital.net/wp-content/uploads/2012/09/Melanco%C3%ADa-de-por-Munch.jpg>

La depresión menor se diagnostica cuando el paciente presenta depresión profunda por más de dos semanas que le afecta todos los días la mayor parte del día. Para poder diagnosticar este trastorno es, además necesario, tener menos de cinco criterios que pertenecen al trastorno depresivo mayor.

Criterios

1. Insomnio o somnolencia.
2. Anorexia o aumento de apetito.
3. Ideas de suicidio o deseo de morir.
4. Autoestima afectada (baja).



5. Pérdida de interés de sus actividades.
6. Fatiga o pérdida de energía en el transcurso de la depresión.
7. Tristeza.
8. Actividad psicomotora disminuida o aumentada.
9. Sentimiento de desvalorización o culpa excesiva.
10. Menor capacidad de pensar o concentrarse, "la mayor parte del día, casi todos los días" (9).

La paciente se diagnostica con depresión menor porque cumple con varios de los criterios expuestos entre estos, la alteración del estado de ánimo de la paciente, la disminución de la autoestima, los sentimientos de desvalorización y los deseos de morir que frecuentemente los refería.

Enfoque terapéutico



<https://terapiasnaturalesvalencia.files.wordpress.com/2012/05/psicologc3ada-transpersonal.jpg>

De acuerdo con lo encontrado en la paciente desde la anamnesis remota y próxima, y el examen físico, se planteó un plan de metas de acuerdo a las diferentes impresiones diagnósticas, el cual abarca:

- Informar a la paciente sobre los riesgos de la hipertensión arterial y la diabetes y los beneficios de un tratamiento eficaz.
- Proporcionar instrucciones claras sobre el tratamiento, verbales y por escrito.
- Adoptar el régimen de tratamiento a las necesidades y hábitos de la paciente.
- Involucrar a la familia de la paciente en la información sobre la enfermedad y el plan terapéutico.
- Prestar gran atención a los efectos secundarios, aunque sean leves, y estar preparados para modificar de forma oportuna las dosis o el tipo de fármacos.
- Proporcionar sistemas fiables de apoyo.



Revisión medicamentos

| AHORA | | | | | |
|--|--|--|-------------------|---|---------------------------------|
| MEDICAMENTO | HORARIO | CÓMO LO TOMA | CADA CUÁNTO | EFFECTOS SECUNDARIOS | EJERCICIO |
| Glibenclamida de 5 mg. | Almuerzo entre 12 m. – 2 p.m. | Inmediatamente antes del almuerzo. | Una vez al día. | La paciente no refiere mareo ni debilidad, ni exantema, ni prurito. | No se refiere actividad física. |
| Metformina de 850 mg. | Desayuno entre 7 a.m. – 9 a.m. Cena entre 6 p.m. – 8 p.m. | Después del desayuno. Después de la cena. | Dos veces al día. | No refiere diarrea ni vómito, ni distensión abdominal. | |
| Enalapril 20 mg. Lovastatina 20 mg. | “Cuando me acuerdo”. | “Con agua, jugo, con cualquier cosa”. | Una diaria. | La paciente no refiere náuseas ni vómito, ni mareo. | |

En la tabla anterior bajo “Ahora” se presenta una relación entre los medicamentos que está manejando nuestra paciente para sus enfermedades con base en el horario en que ella misma refiere que los toma; además, algo muy importante desde el punto de vista de la terapéutica es el modo en que la paciente acompaña la ingesta de los medicamentos, claro está, a la paciente hasta el momento del interrogatorio no se le han advertido los errores que se evidencian en la ingesta de los fármacos. Entonces aquí nace el propósito de la tabla de “metas” (ubicada más adelante), para que de forma organizada podamos comprender y lograr que la paciente entienda la importancia de los principales determinantes de la acción de estos medicamentos a los que está acostumbrada a ingerir y que, muy posiblemente, no se le haya especificado la forma en que debía tomarlos. Por lo tanto, aquí nace otro factor, el cual consiste en que, si todo lo anterior y lo plasmado en la siguiente tabla respecto a la evidencia sobre la eficacia y, además de eso, la efectividad farmacológica, resultan ciertos, a la paciente se le dará una seguridad muchísimo mayor de que las complicaciones de sus enfermedades de base no progresarán y posiblemente algunas de ellas no se presentarán.

| METAS (10, 11) | | | | | |
|------------------------|---|--|-------------------|---|---|
| MEDICAMENTO | HORARIO | CÓMO LO TOMA | CADA CUÁNTO | EFFECTOS SECUNDARIOS | EJERCICIO |
| Glibenclamida de 5 mg. | Almuerzo: 12 m. (usualmente almuerza a esa hora). | Una hora antes del almuerzo. | Una vez al día. | 1. Hipoglicemia 2. Aumento de peso 3. Prurito 4. Exantema 5. Cefalea | Iniciar rutina de ejercicio por 30 minutos (idealmente caminar) por lo menos tres veces a la semana para empezar. |
| Metformina de 850 mg. | Desayuno: 7 a.m. Cena: 7 p.m. (usualmente desayuna y cena a esa hora). | Después del desayuno. Después de la cena. | Dos veces al día. | 1. Diarrea 2. Vómito y náuseas 3. Distensión abdominal 4. Acidosis láctica | |
| Enalapril 20 mg. | Antes del Desayuno: 6 a.m. | Idealmente con agua. | Cada 24 horas. | Tos, mareo, diarrea, hipotensión. | |
| Lovastatina 20 mg. | Cena: 6 p.m. | | Cada 24 horas. | Diarrea, flatulencia, enrojecimiento cutáneo. | |



A la tabla anterior "Metas", se hizo referencia cuando se habló de la relación entre los factores que modifican la efectividad de un fármaco siendo el modo de ingesta, absorción y concentración farmacológica, los determinantes cruciales.

El siguiente es un ejemplo de un plan de alimentación, ideado por estudiantes de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas con asesoría de un experto en nutrición, a partir de una gran lista de alimentos que nos fue proporcionada. Dichos alimentos cuentan con evidencia sustancial, a nivel mundial, de ser apropiados para idear un plan de alimentación óptimo para un paciente que tenga riesgo cardiovascular alto; sin olvidar, en lo que se refiere al contenido del plan alimentario, dos aspectos importantes. Primero, que el apego (la motivación del paciente a seguirlo) al plan terapéutico es su principal determinante para obtener resultados favorables. Y, segundo, se debe tener en cuenta la capacidad económica del paciente.

| | LUNES | MARTES | MIÉRCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO |
|-----------------|--|--|---|---|-----------------------------------|------------------------------------|
| Desayuno | Chocolate en leche caliente, pan integral y tajada de queso bajo en grasa. | Granola en leche caliente. | Huevo perico, pan francés y avena. | Arepa asada y café en leche. | Changua y pan o tostada integral. | Huevo cocido, arepa y té en leche. |
| Onces | Manzana verde. | Jugo de mora y galletas. | Papaya. | Banano. | Melón. | Papaya. |
| Almuerzo | Arroz, hígado encebollado, ensalada (lechuga, tomate y zanahoria), jugo de curuba. | Pollo guisado (colombina), ensalada (pepino, tomate y cebolla cabezona), té. | Lentejas con salchicha de pollo, arroz, espinaca, jugo de mora. | Carne, ensalada, yuca, limonada sin azúcar. | Fríjol, arroz, brócoli. | Garbanzo, pescado, coliflor. |

La siguiente es una lista de los precios de alimentos que se tuvo en cuenta al planear el ejemplo de una semana para el plan de alimentación óptimo para pacientes con riesgo cardiovascular y metabólico.

| ALIMENTO | PRESENTACIÓN | PRECIO (pesos) |
|--------------|--------------|----------------|
| Papa pastusa | Libra | 500 |
| Curuba | Libra | 1 000 |
| Manzana | Unidad | 600 |
| Pera | Unidad | 500 |
| Habichuela | Libra | 1 500 |
| Alverja | Libra | 2 500 |
| Papaya | Libra | 800 |
| Limón | ½ libra | 1 000 |
| Mora | Libra | 2 000 |
| Espinaca | Racimo | 1 500 |
| Lechuga | Unidad | 1 000 |
| Coliflor | Unidad | 1 000 |
| Cilantro | Racimo | 200 |
| Banano | Docena | 2 000 |
| Zanahoria | Libra | 500 |
| Melón | Libra | 1 000 |
| Yuca | 3 libras | 2 000 |
| Pechuga | Libra | 1 700 |
| Pernil | Libra | 2 700 |
| Muslo | Libra | 2 600 |
| Hígado | Libra | 3 500 |
| Pierna magra | Libra | 4 000 - 5 000 |



Enfoque psicosocial



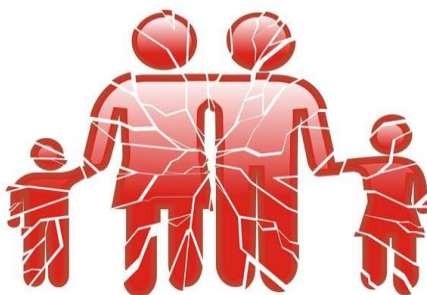
http://cdn3.smartvectorpics.com/images/magebasesmall/fpk2/family-silhouettes-icon_23-2147495918.jpg



Familiograma

Familia nuclear extensa con hijo en plataforma de lanzamiento. Disfunción familiar.

¿Qué es una disfunción familiar?



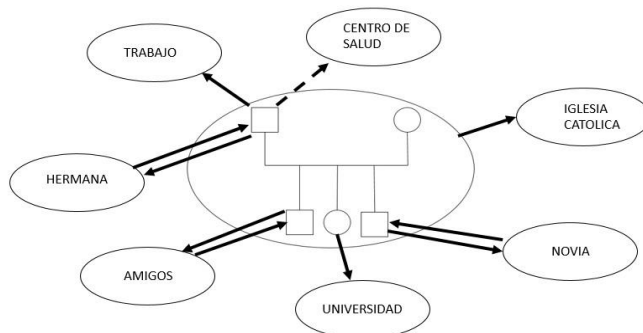
<http://www.infomedicos.org/wp-content/uploads/crisis-social.jpg>

Por disfunción familiar se entiende la pobre percepción de ayuda que percibe un miembro de la familia por parte de los demás. Mide como funciones fundamentales de la familia el afecto, el apoyo, el compartir el tiempo y los recursos, siendo estos los criterios que revisa el test de APGAR.

Otra herramienta que utilizamos para determinar la disfunción familiar es el **FACES III** (por sus siglas en inglés: *Family, Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*), que es muy útil para evaluar la funcionalidad familiar en las dimensiones de cohesión (unión emocional que tienen los miembros de una familia) y adaptación (posibilidad de cambio de liderazgo). Este instrumento fue estandarizado al español por el médico familiarista Francisco J. Gómez, con la autorización de la universidad de Minnesota.

Analizando a la familia como sistema, es disfuncional cuando alguno de sus subsistemas se altera por cambio en los roles de sus integrantes (como se observa en el caso estudiando, la paciente cambia su rol de abuela por el de madre, asumiendo el compromiso y la responsabilidad que corresponden a su nuera).

 **Ecomapa**



<http://img110.xooimage.com/files/2/1/0/ecomapa3-4de746f.jpg>

Esta herramienta ayuda a identificar las relaciones del paciente con el entorno, educación, familia, trabajo, transporte, grupos culturales, salud, amigos, recursos económicos, recursos religiosos y recreación. Para el caso se encontraron cuatro interacciones estresantes, cuatro débiles y dos fuertes, con un flujo de recursos con su pareja que la paciente describe así: **"el flujo de recursos que hay es, él me da la plata y yo le doy la comida"**.



https://microjurisar.files.wordpress.com/2014/06/shutterstock_124922840.jpg

Gracias a este instrumento se utilizarán las dos interacciones fuertes para ayudar a la paciente a salir de la depresión menor. Una de la interacciones fuertes es con los hijos mayores, los cuales se van a citar al centro comunitario para exponerles el caso y solicitarles el favor de ayudar con su progenitora en el problema del nieto que vive con ella, pues puede ser uno de los causantes de la depresión. La otra interacción fuerte es con los recursos religiosos (Dios, la iglesia y el párroco), por lo cual se determinó ir a la parroquia y hablar con el párroco de la misma para que empiece hablar con la paciente y que le explique su función de abuela, que su función de madre terminó con la crianza de sus hijos y, que es necesario que ella misma haga caer en cuenta a los padres de su nieto que deben aceptar su responsabilidad y experimentar lo que ella vivió con los hijos. De las cuatro interacciones débiles van a tratarse tres, a saber, la recreación, los grupos culturales y los amigos, para lo cual vamos a citar a la paciente al centro comunitario para que haga parte del grupo de adultos mayores



donde va a conocer amigos, va a realizar ejercicios para que se distraiga y salga de la cotidianidad y para que haga parte de los grupos culturales del centro. Para fortalecer la interacción con la educación, se le invitará a algunas charlas con la jefe de enfermería del centro para que le hable sobre temas como la diabetes, hipertensión, alimentación saludable, entre otros temas.

A través de estas intervenciones vamos a llevar controles periódicos cada 8 o 15 días con el fin de evaluar la evolución y el estado de la paciente y, de no encontrar evolución satisfactoria, se analizará la implementarán otro tipo de medidas.

Tras haber hecho un análisis completo de la paciente, podemos concluir que es una paciente polisintomática lo cual se asocia a una depresión menor, todo relacionado con varios de los factores antes mencionados, entre ellos la responsabilidad adquirida hacia su nieto de 16 años quien tiene un retraso mental leve, el desconocimiento sobre sus enfermedades de base, ya que ella piensa y cree que no podrá controlarlas y que, muy posiblemente, estas podrán llevarla a la muerte en un tiempo muy corto lo que le genera preocupación y, a su vez, repercute en su estado general de salud; por lo tanto, el trabajo debe ser multidisciplinario. Para ello, se hablará con los rotantes de psicología de la Universidad Santo Tomás. Será citada periódicamente para manejo psicossocial.

Agradecimientos

El grupo de estudiantes de séptimo semestre en la rotación en Lisboa quiere agradecer la asesoría de los doctores Camilo Ayala, Andrea Sánchez, también a la experta en nutrición Marta Moreno por sus recomendaciones y opiniones sobre el caso clínico.

Bibliografía

- (1) Villa R, Rodrigo JA. Enfermedad Vasculat Periférica. [Internet]. www.fisterra.com Disponible en: <http://www.aeev.net/documentos/eap.pdf>
- (2) Ramos M, Tamaño M, Saiach S. Insuficiencia venosa. Varices de miembro inferior. Diagnóstico por eco-doppler. [Internet]. Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina. 2000; N° 100: 14-20. Disponible en: http://med.unne.edu.ar/revista/revista100/insuficiencia_venosa.htm
- (3) Ramírez SF, Urrea E. Guía de diagnóstico y tratamiento de la cefalea. Guía neurológica 1. [Internet]. Sociedad Colombiana de Neurología. Cap. 8 p. 141- 158. [Consultado 7 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.acnweb.org/index.php/guia-neurologica/guia-1-varios/571-diagnostico-y-tratamiento-de-la-cefalea-.html>
- (4) Steiner TJ, MacGregor EA, Davies PTG. Guidelines for All Healthcare Professionals in the Diagnosis and Management of Migraine, Tension-Type, Cluster and Medication-Overuse Headache. [Internet]. British Association for the study of headache. Enero 18 de 2007. Tercera edición [consultado 8 Feb 2012]. Disponible en: http://217.174.249.183/upload/NS_BASH/BASH_guidelines_2007.pdf
- (5) Álvarez A, López V et al. Diferencias en la prevalencia del síndrome metabólico según las definiciones del ATP-III y la OMS. [Internet]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v124n10a13072570pdf001.pdf>
- (6) Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT et al. Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. [Internet]. American College of Rheumatology. Arthritis & Rheumatism. 2010; 62(9): 2569-2581 Disponible en: http://www.rheumatology.org/practice/clinical/classification/ra/2010_revised_criteria_classification_ra.pdf
- (7) Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. [Internet]. Reumatología clínica. 2011, volumen 6, suplemento 3 p. 33 - 37 [consultado 7 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/reumatologia-clinica-273/nuevos-criterios-clasificacion-artritis-reumatoide-90001873-vi-simposio-artritis-reumatoide-2011>
- (8) Shultz JM. Incontinencia Urinaria. Nursing. 2011; 29(4): 33.
- (9) American Psychiatry Association, DSM-IV. Diagnostic and Statical Manual of Disorders, fourth edition.
- (10) Fernández PL, Moreno A, Lizasoain I, Leza JC, Moro MA, Portolés A. Velásquez. Farmacología Básica y Clínica. 18° edición. Editorial Médica Panamericana.
- (11) González MA, Lopera W, Arango A. Manual de terapéutica 2010- 2011. 14° edición, Fundamentos de Medicina, Editorial Cib.

