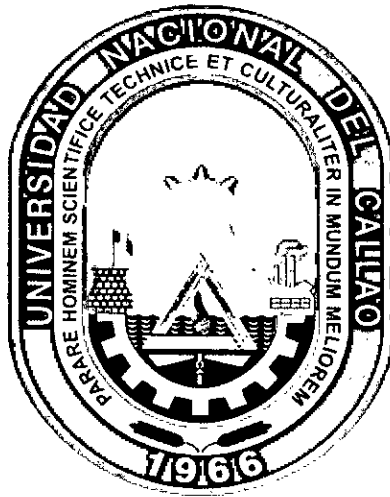


**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA  
ENFERMEDAD HIPERTENCIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL SUB  
REGIONAL DE ANDAHUAYLAS APURIMAC, 2015 - 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y  
COMUNITARIA**

**WALTER JUAREZ VERA**

**CALLAO - 2018**

**PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA      PRESIDENTE
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO      SECRETARIA
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER      VOCAL

### **ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA**

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 346

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/09/2018

Resolución Decanato N° 1352-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	7
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	21
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	22
3.1 Recolección de Datos	22
3.2 Experiencia Profesional	23
3.3 Procesos Realizados del Informe	26
<b>IV. RESULTADOS</b>	27
<b>V. CONCLUSIONES</b>	32
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	33
<b>VII. REFERENCIALES</b>	34
<b>ANEXOS</b>	36

## INTRODUCCIÓN

El año 2008 el 63% de los 57 millones de muertes en el mundo se debieron a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), dentro de las cuales se incluyen las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y la enfermedad respiratoria crónica, el 80% de estas muertes ocurrieron en países con ingresos medios y bajos (1). Para el año 2000 se estimaban 171 millones de personas viviendo con diabetes, y al año 2030 esta cifra llegaría a 366 millones (2). En América Latina y el Caribe, las cifras serían de 13,3 y 33 millones de personas con diabetes en el mismo periodo. Sin embargo, según la Federación Internacional de Diabetes (IDF), la cifra de diabetes estimada para el 2030, se habría alcanzado el año 2012, debido a que la mitad de los casos de diabetes son subdiagnosticados (3)

En el Perú, la importancia de las ECNT comenzó a evidenciarse en la década de los 80. En 1986, la enfermedad cerebro vascular aparecía en el quinto lugar, la enfermedad isquémica del corazón en el séptimo, y el tumor maligno del estómago en décimo segundo lugar como causas de muerte y para el año 2007, estas mismas condiciones subieron al segundo, quinto y séptimo lugares respectivamente, con tasas de mortalidad de 32,5; 24,2 y 21,6 cada 100 mil habitantes, respectivamente. Esto evidencia el rápido ascenso en la importancia de estas enfermedades (4)

El incremento en la magnitud de las ECNT está relacionado con el envejecimiento de la población y el cambio de estilos de vida. El proceso de urbanización de la población ha traído consigo la reducción de la actividad física y la adopción de una dieta poco saludable. Si partimos del conocimiento que las ECNT comparten factores de riesgo ligados principalmente con estilos de vida, conocer la magnitud de estos puede ayudar a definir las estrategias de intervención sobre las ECNT y monitorear su impacto.

El objetivo del estudio FRENT fue determinar la prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en población adulta de Lima y Callao,

como una línea de base para las intervenciones de prevención a desarrollarse desde el Ministerio de Salud del Perú. El presente artículo presenta los resultados para hipertensión arterial (HTA) y diabetes como dos condiciones importantes dentro de las ECNT.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la Situación Problemática

Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo, tanto por el sufrimiento humano que provocan como por los perjuicios que ocasionan en el entramado socioeconómico de los países, sobre todo de los de ingresos bajos y medianos. Ningún gobierno puede permitirse pasar por alto el aumento de la carga de las ENT. Si no se adoptan medidas basadas en datos probatorios, el costo humano, social y económico de las ENT no cesará de crecer y superará la capacidad de los países para afrontarlo. (4)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) Las consecuencias humanas, sociales y económicas de las ENT se dejan sentir en todos los países. Reducir la carga mundial de ENT es una prioridad absoluta y una condición necesaria para un desarrollo sostenible. Las ENT son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo causado 38 millones (el 68%) de los 56 millones de defunciones registradas en 2012. Más del 40% de ellas (16 millones) fueron muertes prematuras ocurridas antes de los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (el 82%) se produjeron en países de ingresos bajos y medios. (5)

El número de defunciones por ENT se puede reducir significativamente mediante políticas gubernamentales orientadas a restringir el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, las dietas malsanas y la inactividad física, y proporcionar cobertura

sanitaria universal. Por ejemplo, en el Brasil, la tasa de mortalidad por ENT está disminuyendo un 1,8% por año, debido en parte a la ampliación de la atención primaria de salud. (6)

En Latinoamérica según el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad (GBD) 2015, se estimó la distribución de defunciones en las distintas regiones, las Enfermedades No Transmisibles (ENT) ocuparon el primer lugar, entre las causas de muerte, en los países desarrollados y en muchos países en desarrollo. Tres de cada cuatro fallecimientos registrados en los países desarrollados obedecen a enfermedades cardiovasculares (ECV), cáncer, accidentes u otras causas violentas. Asimismo, las ENT superan ya en muchos países en desarrollo a las enfermedades infecciosas.

Hay amplio consenso en el sentido de que las ENT son la causa principal de mortalidad y discapacidad prematuras en la gran mayoría de los países de la Región de las Américas. Hasta la edad de 70 años, las ENT representan 44,1% de las defunciones masculinas y 44,7% de las femeninas; las lesiones causan 23,3% y 30,1% de los fallecimientos de los hombres y las mujeres, respectivamente. La fuerza laboral de la mayoría de los países se ve afectada por enfermedades y factores de riesgo que, en gran medida, pueden prevenirse. (7)

En el Perú en los años 80, las enfermedades transmisibles y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ocupaban los primeros lugares. En los años 90 los Daños No Transmisibles como los accidentes cerebro vasculares ya se evidenciaban entre las 10 primeras causas de muerte. En el año 2000 las enfermedades no transmisibles están dentro de las 5 primeras causas de mortalidad. El grupo de las enfermedades cerebro-vasculares, que incluye las hemorragias e infartos cerebrales, oclusiones y estenosis de las

arterias cerebrales, ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades del sistema circulatorio y el segundo a nivel general. (4)

La Hipertensión arterial no tiene la misma relevancia que las dos anteriores en la estructura de mortalidad, sin embargo la elevada prevalencia de la misma, constituye un problema importante de morbilidad y de riesgo para otras enfermedades del sistema circulatorio como las cerebro-vasculares y las isquémicas del corazón. La prevalencia de HTA en estudios transversales en diferentes grupos poblacionales es muy variada, desde cifras pequeñas como 1.2%, hasta 33.0%. En general se observa una tendencia a mayor prevalencia de HTA en ciudades de la costa; estas varían alrededor de 20%, En la Selva la prevalencia de HTA varia alrededor de 16%, mientras que en la sierra, se encuentra alrededor de 10%. LA Oficina General de Epidemiología-OGE encontró una prevalencia de 17% en hombres y 9% en mujeres en un estudio en 6 ciudades del país entre 1998-2000. Otro estudio realizado por la Sociedad Peruana de Cardiología en la ciudad de Lima en Febrero del 2016, (resultados no publicados), muestra una prevalencia de HTA del 23%, con una diferencia de 26 y 20% en hombres y mujeres respectivamente. (8)

## **1.2. Objetivo**

Describir la intervención de enfermería en la Prevención de la hipertensión arterial en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas, entre los años 2016 al 2017.



### **1.3. Justificación**

El trabajo pretende contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad por daños no transmisibles, ya que son la principal causa de muerte en el mundo; para lograr un desarrollo sostenible mediante políticas gubernamentales así como intervenciones dirigidas hacia la promoción de estilos de vida saludables, prevención mediante la educación, detección oportuna y control de la enfermedad.

En el informe se detallan las etapas de vida de las personas: Infancia, adolescencia, edad adulta y etapa del adulto mayor, diseñando procesos de enfermería, con la única finalidad de preservar la salud, garantizar que se adopten conductas saludables y por ende mejorar la calidad de vida de la población.

El presente informe permite conocer la situación actual de la Región y se impulse estrategias y políticas en prevención de la enfermedad hipertensión arterial, dirigido a estudiantes de enfermería, licenciados en enfermería y especialistas en salud pública; como ente motivador para que en un futuro se desarrollen en la labor preventivo promocional.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

#### A Nivel Internacional

MENÉNDEZ Jesús y col. (2005), Panamá, Realizaron un estudio descriptivo transversal en 10891 personas de más 60 años que residían en 7 ciudades de América Latina y el Caribe: Bridgetown, Barbados; Buenos Aires, Argentina; Ciudad de la Habana, Cuba; México DF, México; Montevideo, Uruguay; Santiago, Chile, y Sao Paulo, Brasil. con el objetivo de determinar la prevalencia de las principales ENT, en la muestra predominaron las mujeres (entre 58.9 y 63.4% del total de los encuestados). Entre las ENT, las frecuencias de HTA y artrosis fueron las más elevadas con 51.7 y 41,8% respectivamente. La Diabetes Mellitus tuvo una de las frecuencias mas bajas con 16.5% (7)

PÉREZ López José (México 2013). Realizó un estudio con el objetivo de determinar si los adultos mayores se encuentran su presión arterial, en 272 pacientes adultos mayores con hipertensión arterial que acudían regularmente a consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar N° 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social, encontrando un promedio de edad de 69.9 años  $\pm$  6.6 y un intervalo de 60 a 94. En relación al género 183 (67%) fueron mujeres y 89 (33%) correspondieron a hombres. El 90% de la población estudiada presenta hipertensión arterial esencial. El tiempo de evolución de la hipertensión arterial en los pacientes estudiados varió de 1 a 25 años con una media de 12.5  $\pm$  4.4 años. El 68% del total de los pacientes estudiados se encuentran controlados. (8)

GONZÁLEZ Martínez, Julio (México 2014). En su trabajo con el objeto de realizar un estudio prospectivo, comparativo y descriptivo, sobre la frecuencia de la hipertensión arterial. Se conformaron dos grupos de sujetos: menores de 60 años (grupo I) y mayores de 60 (grupo II). Se detectaron 150 pacientes (30%) con hipertensión arterial entre 500 sujetos mayores de 60 años; y 90 (13%) 17 en 700 individuos menores de 60 años. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas durante el estudio. El 81% del grupo I y el 80% del grupo II tuvieron una respuesta favorable desde el inicio de su tratamiento hasta los cuatro meses que duró su evaluación (AU). (7)

#### **A Nivel Nacional**

MUNCIRA Tello, Claudia. (Perú 2015). En su trabajo denominado realidad sanitaria y rol de la enfermera en la prevención de la diabetes.Lambayeque-2015 con el objeto de realizar un estudio prospectivo acerca de cómo esta la labor de la enfermera en la prevalencia de la diabetes. Llegando a los siguientes resultados, La diabetes como un problema social emergente, adquiere una extraordinaria importancia, debido a los condicionantes existentes en la realidad Lambayecana, La prevalencia e incidencia de la enfermedad es reconocida por las enfermeras como un problema de difícil solución, debido a la resistencia que genera en la población el asumir conductas alimentarias saludables, en una ciudad donde la diversidad gastronómica y las costumbres son parte del modo de vida de los pobladores, frente a esto, han asumido acciones que priorizan la educación para la salud, sin embargo, esta actividad solo constituye una pequeña parte de su accionar diario. (9)

## **2.2. Marco Conceptual**

### **Enfermedades no transmisibles**

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen una de las principales causas de muerte a nivel mundial. En el año 2002, representaron el 60% de todas las defunciones y el 47% de las causas de morbilidad en todo el mundo; para el año 2020 se espera que estas cifras asciendan a 73% y 60%, respectivamente. Las (14) ECNT comprenden enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, el accidente cerebro vascular, entre otros); asma, diabetes mellitus. Los principales factores de riesgo para estas enfermedades son el sobrepeso, la mala alimentación, el sedentarismo, el alcoholismo y consumo de tabaco, los cuales son modificables. La importancia de la epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles rebasa ampliamente a la de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y su velocidad de propagación es mayor en los países de economía emergente que en los más desarrollados. En los países de ingresos bajos y medios, los adultos mayores son especialmente vulnerables a estas enfermedades. (14)

#### **a. Enfermedades Cardiovasculares**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son aquellas que afectan al sistema cardiovascular, es decir, corazón y vasos sanguíneos. Son consideradas un problema de salud pública por su alta prevalencia y suponen la primera causa de mortalidad y morbilidad en los países desarrollados y su incidencia aumenta progresivamente en los países en vías de desarrollo. (14)

## **Hipertensión Arterial**

La Hipertensión Arterial es un Síndrome, una Enfermedad y un factor de riesgo. Se trata de un Síndrome complejo genético y adquirido, con comprobadas implicaciones metabólicas, electrolíticas (Na, K, Cl) y a nivel de membrana celular, además de las múltiples teorías que tratan de explicar su fisiopatología.

Es el factor de riesgo más importante de la Cardiopatía Isquémica y muy especialmente del Infarto del Miocardio, también lo es de la Enfermedad Cerebrovascular, así como de la Insuficiencia Renal y de la Insuficiencia Arterial Periférica.

Es una Enfermedad, con su historia natural típica y sus complicaciones. Es decir, es todo esto y no solo las cifras de tensión arterial elevadas:

La Hipertensión Arterial es definida como la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm de Hg o más (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm de Hg o más (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos), o ambas cifras inclusive. Esta definición es aplicable a adultos. En los niños están definidas según su edad. (14)

El diagnóstico de Hipertensión Arterial se hace cuando el promedio de dos o más mediciones de la presión diastólica en al menos dos visitas subsecuentes es 90 mm Hg o más, o cuando el promedio de múltiples lecturas de la presión sistólica en dos o más visitas subsecuentes es consistentemente mayor de 140 mm Hg.

### **Tipos de Hipertensión Arterial**

**Hipertensión Arterial Sistólica Aislada:**

Se define como una Tensión Arterial (TA) sistólica de 140 o más y TA diastólica menor de 90 (Este tipo de HTA es muy frecuente en los Ancianos. (14)

**Hipertensión Límitrofe o Límite:**

Es un sub grupo caracterizado por la Guía de la OMS – SIH (Sociedad Internacional de Hipertensión) como cifras de TA 20 diastólicas mayores de 140 y menores de 149 y cifras de TA sistólicas menores de 94 y mayores de 90.

**Hipertensión Arterial Esencial, Primaria, Idiopática:**

Es la hipertensión sistémica de causa desconocida. Más del 95% de los casos de HTA caen en esta categoría.

**Hipertensión Arterial Secundaria:**

Es la hipertensión sistémica de causa conocida. Su importancia radica en que algunas de las causas pueden ser curables quirúrgicamente o con medidas específicas

**Hipertensión Maligna:**

Es el síndrome de marcada elevación de las cifras de TA (diastólica usualmente mayor de 120) con sintomatología variable fundamentalmente neurológica.

**Hipertensión Acelerada:**

Síndrome de tensión arterial muy alta acompañada de hemorragias y exudados en el fondo de ojo (Retinopatía grado 3 K –W – B)

**Hipertensión Complicada:**

Hipertensión en que existen pruebas de daño cardiovascular relacionado con la elevación de la tensión arterial. (14)

### **Enfermedad Cerebro Vascular**

La enfermedad cerebro vascular (ECV) se refiere a cualquier anomalía cerebral, producto de un proceso patológico que comprometa los vasos sanguíneos. Es la patología neurológica invalidante más prevalente de la población adulta mayor de 65 años y la tercera causa de muerte.

En estudios internacionales la prevalencia es de 800/100.000 habitantes con una incidencia anual de 100- 270/100.000 y una

tasa anual de mortalidad de 100/100.000 (duplicándose la tasa por edad cada 5 años de incremento).

La ECV la podemos clasificar en enfermedades vasculares encefálicas (AVE) isquémico o hemorrágicos. (11)

### **Ecv isquémico:**

Atendiendo al perfil evolutivo temporales dividen en:

(Clasificación clínico-temporal.) (11)

- a. Ataque isquémico transitorio. (AIT): Son episodios de disminución – alteración neurológica focal de breve duración con recuperación total del paciente en menos de 24 horas, no existiendo necrosis del parénquima cerebral.
- b. Déficit neurológico isquémico reversible. (DNIR): Cuando el déficit neurológico dura más de 24 horas y desaparece en menos de cuatro semanas.
- c. Ictus establecido. El déficit neurológico focal es relativamente estable o evoluciona de manera gradual hacia la mejoría, y lleva más de 24-48 horas de evolución.
- d. Ictus progresivo o en evolución: es el que se sigue de empeoramiento de los síntomas focales durante las horas siguientes a su instauración.

### **Ecv hemorrágico:**

- a. H. Parenquimatosa, es la mas frecuente se relaciona con HTA. Es una colección hemática dentro del parénquima encefálico producida por la rotura vascular con o sin comunicación con los espacios subaracnoideos o el sistema ventricular. Su localización más frecuente es a nivel de los ganglios basales aunque también puede presentarse a nivel globular y tronco encefálico. (11)

- b. H. subaracnoidea. Extravasación de sangre en el espacio subaracnoideo directamente.
- c. H. Epidural. Sangre entre la duramadre y la tabla interna del cráneo.
- d. hematoma subdural. Sangre entre la aracnoides y la duramadre. Los dos últimos son de etiología traumática habitualmente. Estas distinciones tienen implicaciones clínicas, pronósticas y terapéuticas.

### **Evaluación Clínica y Diagnostica**

La ECV puede conducir a amenazar la vida con complicaciones como la obstrucción de la vía aérea y el fracaso respiratorio, problemas de deglución con el riesgo de aspiración, deshidratación y la desnutrición, complicaciones como el tromboembolismo venoso, e infecciones. (11)

La evaluación temprana permite la fórmula de un diagnóstico preciso y rápido. Como cualquier emergencia médica la primera prioridad en evaluar un paciente con sospecha de ECV es identificar y tratar cualquier complicación que amenace la vida. Una vez el paciente esté estable, aplicamos un enfoque sistemático hacia el diagnóstico. Esta evaluación inicial debe considerar si nos encontramos ante un suceso vascular. El diagnóstico depende de una historia precisa, Observamos si los síntomas neurológicos son focales, si el inicio de los síntomas ha sido súbito; lo cual nos indica una causa vascular. Pero las presentaciones pueden variar, ocasionalmente los síntomas no se localizan fácilmente, pueden ser positivos y muchos pacientes describen síntomas que evolucionan sobre horas o días. Estas excepciones hacen el diagnóstico clínico menos seguro y deben conducir a una investigación temprana y excluir los diagnósticos alternativos que requieran un tratamiento urgente diferente como la hipoglucemia o



el hematoma subdural. También hay que considerar en el contexto que ha ocurrido la ECV es infrecuente en gente joven; La falta de factores de riesgo debería hacernos más escépticos sobre un diagnóstico de ECV. El diagnóstico preciso en la fase hiperaguda (menos de 6 horas de evolución) es frecuentemente difícil porque los síntomas y las señales pueden cambiar rápidamente. La introducción de terapias agudas que son administradas dentro de esta corta fase de tiempo sugiere la importancia de un diagnóstico preciso y temprano. Cuando se alcanza el diagnóstico de ECV se evalúa cual es la parte del cerebro que se lesiona. Es importante distinguir entre una ECV hemorrágica e isquémica, desde el punto de vista de la gestión, pronóstico y prevención secundaria. En principio el sistema que utilizamos para diferenciarlos es la Tomografía Axial Computarizada (TAC), la punción lumbar puede ser útil para confirmar la hemorragia subaracnoidea. (15).

En el TAC la sangre intracerebral aparece como un área de alta densidad en un primer momento, pero en adelante disminuye para que las lesiones aparezcan eventualmente como isodensas o hipodensas; siendo pues indistinguible de los infartos. El TAC en la fase hiperaguda de una ECV isquémica es frecuentemente normal aunque pueden haber cambios sutiles. Los infartos se ven fácilmente en el TAC después de unos días o en la fase donde pueden llegar a ser bien definidos. Un TAC temprano puede identificar con seguridad una hemorragia intracerebral, pero la distinción entre una hemorragia intracerebral primaria, y la transformación hemorrágica de un infarto es difícil. La Resonancia Magnética Nuclear es probablemente mas sensible que el TAC para detectar la ECV, particularmente el infarto lacunar y en fosa posterior. La RMN puede ayudar a diagnosticar la hemorragia intracerebral meses o años después del suceso cuando el TAC

muestra una sola área hipodensa indistinguible de un infarto. Pero el TAC permanece como la principal técnica en pacientes con ECV.

### **LA ENFERMERÍA FRENTE A LA SALUD Y LA ENFERMEDAD**

Es importante reflexionar sobre el rol del profesional de Enfermería en este contexto, su labor ¿es curativa?, ¿que deberá hacer la enfermera frente a una sociedad que ya no es la misma de hace 10 años?, hay que analizar que las enfermedades no solo son físicas sino mentales, y que están incidiendo de manera incontrolada en la salud de las personas, teniendo como consecuencia un país menos productivo, con incremento del gasto e incertidumbre familiar.

El cuidado de Enfermería es un proceso complejo que delimita las intervenciones necesarias para resolver o mitigar el problema. Estas intervenciones se encuentran en la categoría de promoción de la salud o prevención y manejo de la enfermedad. Si la persona tiene riesgo de padecer un problema específico, las intervenciones deberán abordar la prevención del riesgo, y corresponden a la categoría de protección de la salud; cuando la persona es relativamente sana pero se realizan actividades de promoción de la salud, en ámbitos de nutrición, ejercicio, sueño, moderación de los estilos de vida, control del estrés y apoyo social.

En el Perú, las enfermedades de tipo social como la tuberculosis, el cáncer, y las enfermedades no transmisibles, constituyen la principal carga de enfermedad, las condiciones de vida de las personas influyen de manera explícita en la salud de las personas y, por lo tanto, en su calidad de vida. Estas enfermedades están relacionadas a una dieta carente de los nutrientes indispensables, la inactividad física, y el contacto con carcinógenos del ambiente

Como se observa, para la Enfermería es un reto frente a los cambios que experimenta la población y, por lo tanto, demanda de

mayor énfasis en la mejora de aspectos relacionados con la promoción y prevención sanitaria. Por lo tanto, surge la necesidad de dar respuesta multisectorial frente a los problemas sanitarios, es por ello que quienes se encuentran en la labor docente deben y deberán formar a futuros profesionales basado en un enfoque holístico, teniendo en cuenta que el cuidado enfermero va más allá de atender a la persona enferma, porque el desarrollo de una enfermedad involucra un cambio en la interrelación de la persona con su entorno. (7)

### **INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCION DE LOS DAÑOS NO TRANSMISIBLES POR ETAPAS DE VIDA**

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, la Estrategia propone efectuar acciones preventivo-promocionales dirigidas a la población mediante campañas de sensibilización, educación en salud para evitar los factores de riesgo (FR) asociados a los daños no transmisibles, como tabaquismo, consumo excesivo e inapropiado de alcohol, inactividad física, obesidad, perfil lipídico alterado y dieta inadecuada. (7)

Estos factores de riesgos son comunes a varias de estas enfermedades no transmisibles, así mismo son modificables y vulnerables a estrategias de intervención educativa en salud, que con el uso de folletos, trípticos y medios de comunicación se plantea intervenir fortaleciendo los factores protectores. Así mismo tratar de conseguir un ambiente físico y social saludable para los niños y los adolescentes en donde puedan disfrutar de actividades educativas y de servicios acorde a sus necesidades con la participación de la familia y la comunidad. Finalmente se propone el mejoramiento de la atención de los daños no transmisibles por etapa de vida en los servicios de consulta externa, emergencia y

hospitalización mediante una normatividad adecuada, capacitación de los recursos humanos y asistencia técnica. (7)

### **IMPORTANCIA DE LA ACTIVIDAD FISICA**

La filosofía del ejercicio es el estudio de lo que sucede en el cuerpo cuando se ejercita en un momento dado, como se producen los cambios de función, como estos cambios desaparecen o pasan y finalmente que se puede hacer para mejorar las respuestas del cuerpo al ejercicio y sus adaptaciones al estrés (choque, estímulo), lo anterior es planteado por Lamb, 1978, y se complementa con lo planteado por Wilmore & Costill, 1999, que dicen que la fisiología del esfuerzo ha facilitado el conocimiento esencial para muchas otras áreas, tales como la educación física, la Aptitud Física y la Promoción de la Salud. La filosofía se preocupa de estudiar la función del cuerpo, cómo funciona el sistema orgánico, tejidos y células y como se integran para sus funciones a fin de regularizar el ambiente interno.

En otras palabras se puede decir que la fisiología del ejercicio, se preocupa del funcionamiento de los órganos del cuerpo cuando son sometidos a actividad física prolongada y su respuesta ante ella, y en la medida que el organismo es exigido a explotar sus funciones, en la misma medida dicho funcionamiento se hace más eficiente, mejorando la aptitud física y contribuyendo a la salud, pues reduce el riesgo de adquirir enfermedades.

La asociación de medicina, define aptitud física como: "la capacidad general de adaptarse y responder favorablemente al esfuerzo físico". Esto quiere decir, que el individuo se considera físicamente apto cuando puede realizar sus tareas físicas diarias normales, al igual que inesperadas, sin peligro o fatiga excesiva y con energía sobrante para disfrutar de sus ratos libres y de

actividades recreativas, planteamiento hecho por Hoeger, Ibarra, 1996.

Hoeger y otros en 1996 plantearon que los beneficios que se obtienen por la participación regular en programas de acondicionamiento físico y bienestar general son muchos. Además de una larga vida, el beneficio mas importante es el ascenso en la calidad de vida. Las personas con buena aptitud física que además practican sanos patrones de vida generalmente, son mas saludables y viven mejor, coincidiendo con lo afirmado en el párrafo anterior.

### **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD NO LA PENDER: MODELO DE PROMOCION DE LA SALUD (1996)**

El modelo de promoción de Nola Pender identifica en el individuo factores cognitivos-preceptúales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de las determinantes de la salud de tal manera que permitan plantear las líneas de acción considerando que el modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable su filosofía dice.

**“Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independecia a la gente y se mejora hacia el futuro” (7)**

## **LA CONCEPCIÓN DE LA SALUD EN LA PERSPECTIVA DE**

**PENDER:** Parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida, donde la definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

(7)

**Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

**Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

**Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

**El modelo de promoción de la salud de Nola Pender** sirve para integrar los métodos de enfermería en las conductas de salud de las personas. Es una guía para la observación y exploración de los procesos biopsicosociales, que son el modelo a seguir del individuo, para la realización de las conductas destinadas a mejorar la calidad de vida a nivel de salud

## **2.3. Definición de Términos**

### **Enfermedades No Transmisibles**

Los Daños No Transmisibles son definidos como: "enfermedades de etiología incierta, habitualmente multicausales, con largos períodos de incubación o latencia; largos períodos subclínicos y clínicos, con frecuencia episódicos; sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo"(CDS). (9)

### **Promoción de la Salud**

Referido a la construcción de una cultura de salud mediante comportamientos y entornos saludables en la población a través del compromiso compartido del cuidado de la salud y como expresión del derecho a la misma. La generación de políticas públicas saludables relacionadas a los Daños No Transmisibles, el fortalecimiento de la participación social en salud, la reorientación de los servicios y el desarrollo de actitudes que contribuyen con este propósito.

### **Educación para la Salud**

Es considerada una de las principales actividades de la enfermera, se configura como parte de su rol en el primer nivel de atención, debiendo desarrollar educación para la salud con la persona, familia, comunidad, centros de estudio y de trabajo para motivarles y concientizarles sobre la importancia de cambios de conducta que están afectando su salud y la importancia de seguir estilos de vida saludables teniendo en cuenta sus recursos económicos y respetando su cultura.

### III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

#### 3.1. Recolección de Datos

La recolección de datos en el presente informe de experiencia laboral profesional será a través de la utilización de la técnica de revisión documentaria, de la revisión de los registros de estadística, historias clínicas, de los cuales se recolectaran datos vinculadas a la experiencia profesional en estudio. Para la obtención de datos en el presente informe, se utilizara las siguientes acciones:

- **Autorización:**

Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Hospital Sub Regional de Andahuaylas, a fin de tener acceso a los registros estadísticos e historias clínicas.

- **Recolección de Datos:**

Se hará a través de la utilización de fichas de recolección de datos según a la experiencia estudiada.

- **Procesamiento de Datos:**

Unas vez hechas la recolección de datos se procederá a tabularlo en forma secuencial tal como se expresara en los resultados presentados.

- **Resultados:**

Los resultados se mostraran a través de cuadros estadísticos y gráficos según a las variables y/o características obtenidas según al procesamiento de datos.

- **Análisis e interpretación de resultados:**

Una vez presentado los datos estadísticos, estas serán interpretadas y analizadas de acuerdo a la realidad y del objeto en estudio.



## **3.2. Experiencia Profesional**

### **3.2.1. Recuento de la Experiencia Profesional**

He Realizado mi SERUMS en el Centro de de Salud Chuquibambilla- Grau 2010.

Los años 2011 a 2012 se inició a trabajar en la MIMDES Centro de Emergencia Mujer Chuquibambilla Grau Apurímac, desempeñándome como Promotor, así como coordinadora de Centro de Emergencia Mujer Chuquibambilla.

El año 2012 Marzo, Trabaje en Red de Salud Grau Jefe de Recursos Humanos hasta el año 2013, desempeñándome en la parte administrativa, cargo Directora de Recursos Humanos.

A partir del año 2014 hasta la actualidad vengo trabajando en el Ministerio de Salud. Siendo el Lugar de trabajo Hospital Sub Regional Andahuaylas, desempeñándome como Enfermera Asistencial Servicio de Medicina, así como brindando servicios en otras actividades asistenciales que requiera el Establecimiento de Salud.

### **3.2.2. Descripción del Área Laboral**

El Hospital Sub Regional de Andahuaylas, es de nivel II – II, consta de 120 camas de Hospitalización, centro referencial de DISA II Apurímac, Disa Virgen de Cocharcas Chincheros . Con una Geografía muy diversificada.

El Hospital de nivel II -II, es un Hospital, con mayor complejidad de resolución de problemas de Salud. Que está ubicado en el Distrito de Andahuaylas, uno de las Provincias de Apurímac: ubicada en el departamento de Apurímac, bajo la administración del Gobierno Regional de Apurímac.

**3.2.2.1. Organización.** - El Hospital tiene como ente rector la Dirección Regional de Salud Apurímac (DIRESA), es un Hospital nivel II-II, que brinda atención de salud integral en consulta externa Especializada, de Medicina Interna, Ginecología, Gastroenterología, Psiquiatría, Traumatología, Cirugía, así como hospitalización, atención de parto, emergencias, referencias de otros Establecimientos de Salud y el servicio de laboratorio, etc. Dentro de su organización estructural cuenta con un Director, así como Unidades y las jefaturas y/o servicios de Salud. Cuenta con Documentos de Gestión CAP MOF ROF

**3.2.2.2 Infraestructura.** - El Hospital concebido según los estándares tiene como área construida de 2000 metros cuadrados, con lados interceptados por amplios pasillos, comprende: ambientes de hospitalización, consultorios de Medicina Interna, Ginecología, Gastroenterología, Psiquiatría, Traumatología, Cirugía Laboratorio, farmacia, sala de operaciones, tópico, ambientes de admisión y triaje; así como ambientes de digitación, ambientes residenciales área administrativa y áreas verdes.

### **3.2.3 Funciones de Enfermería En el Hospital de Sub Regional de Andahuaylas.**

3.2.3.1. Área de Asistencial. -Dentro de las actividades en la intervención de enfermera en niños y niñas con anemia por deficiencia de hierro se ha realizado las siguientes:

1. Atención en pacientes hospitalizados.
2. Área Administrativa.

3. Inmunizaciones (vigilancia del estado nutricional, cognoscitiva, inmunológica del niño y la niña adulto con diagnóstico HTA).
4. Atención del recién nacido con énfasis en el corte tardío de cordón umbilical.
5. Contacto piel a piel e inicio de la primera lactancia materna como prevención de anemia en niños y niñas.
6. Orientación y consejería de la lactancia materna exclusiva lavado de mano, consumo de agua segura.
7. Orientación y consejería en alimentación complementaria y lactancia prolongada hasta los 2 años de edad.
8. Orientación y consejería nutricional con alimentos ricos en hierro de origen animal, consistencia, cantidad y frecuencia de la alimentación.
9. Visitas domiciliarias y seguimiento de HTA como medidas preventivas.
10. Vigilancia de lavado de mano
11. Atención al paciente hospitalizado en su etapa recuperativa

3.2.3.2. Área de Administrativa: Durante mi experiencia profesional se ha realizado la elaboración del acervo documentario concerniente a la labor encomendada, así como.

- Planes de trabajo y de capacitación, concerniente Al control y DX. HTA.
- 3.2.3.3. Área de Docencia. Como función Docente

#### **3.2.3.4. Área de Investigación.**

1. Asesoría de proyectos de Investigación y tesis
2. Docencia (Residentes, Internos Practicantes Estudiantes Enfermería, Obstetricia, Odontología Estomatología, Estudiantes Institutos)

### **3.3. Procesos Realizados en el Tema del Informe**

**Mi experiencia:** Es elaborado en base a la alta estadísticas de casos de HTA en el Hospital, desde el año 2016 hasta el año 2017, motivándome a realizar el informe como experiencia profesional.

**Innovaciones y aportes.** - Se realizaron planes de cuidados de Enfermería Guías de intervención Enfermería, plan de trabajo para las diferentes actividades preventivo promocionales.

**Limitaciones para el Desempeño Profesional.** No se tuvo ninguna limitación profesional, desde que se inició a trabajar se ha logrado un trabajo en equipo en las diferentes tareas, cumpliendo funciones encomendadas sobre todo en las intervenciones de Enfermería en atención a pacientes con HTA en el Hospital Sub Regional de Andahuaylas.

#### IV. RESULTADOS

**CUADRO N° 4.1**  
**CASOS DE HIPERTENSION ARTERIAL POR CONSULTORIO**  
**EXTERNO EN EL HOSPITAL DE ANDAHUYALAS DEL 2015 – 2017**

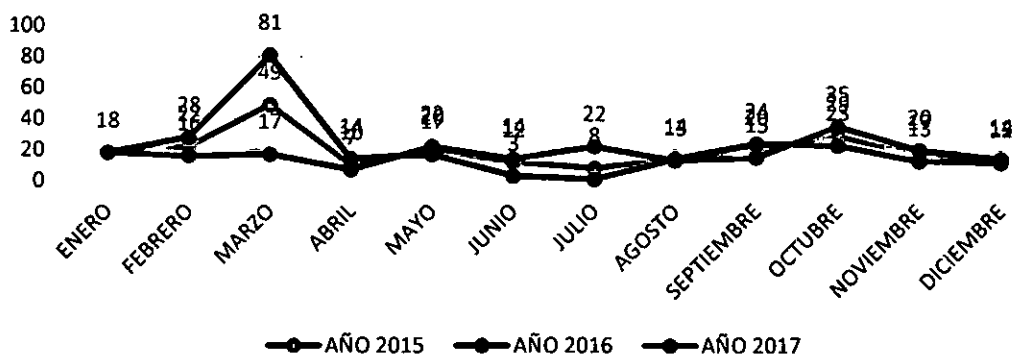
INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE CONSULTORIO EXTERNO													
CIE10/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
AÑO 2015	18	22	49	10	20	12	8	14	20	29	17	13	232
AÑO 2016	18	28	81	14	17	3	1	14	24	23	13	12	248
AÑO 2017	18	16	17	7	22	14	22	13	15	35	20	14	213
TOTAL	54	66	147	31	59	29	31	41	59	87	50	39	693

Fuente: HISMINSA

FUENTE HIS MINSA

**GRAFICO N° 4.1.**

**INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE**  
**CONSULTORIO EXTERNO**



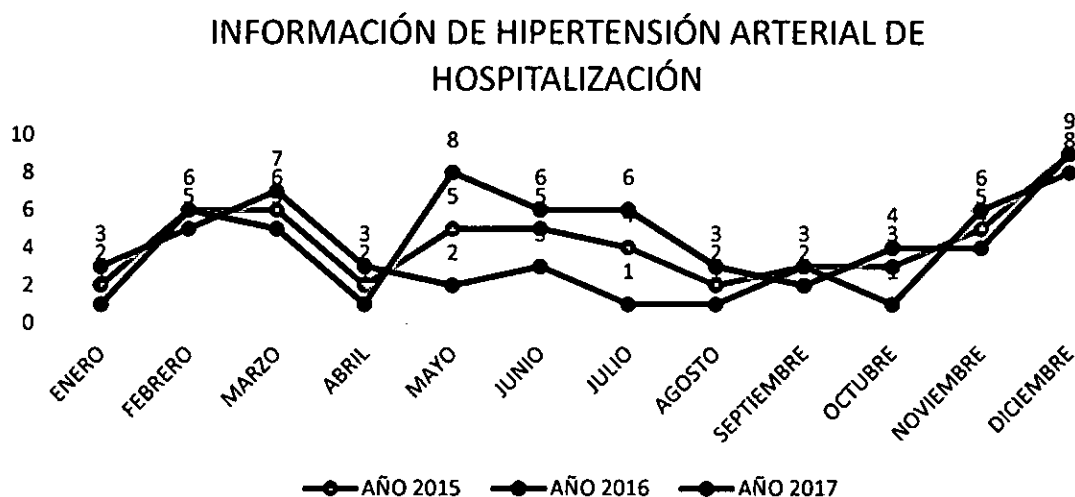
En el siguiente grafico podemos observar que los casos de hipertensión arterial en el Hospital de Andahuyalas, por consultorio externo fue en año 2015 en el mes de marzo con 49 casos y en el 2016 en el mes de marzo con 82 casos, en el año 2017 el mayor número de casos se presentaron en el mes octubre con 35 casos, lo que significa que la población en su mayoría tiene una vida sedentaria, con una dieta alta en carbohidratos y grasa. Muy poco actividad física.

**CUADRO N°. 4.2**  
**INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDIERON**  
**POR EMERGENCIA SEGÚN LOS MESES EN EL HOSPITAL DE**  
**ANDAHUYALAS DURANTE LOS AÑOS 2015 - 2017**

INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE HOSPITALIZACIÓN													
CIE10/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
<b>AÑO 2015</b>	2	6	6	2	5	5	4	2	3	3	5	9	52
<b>AÑO 2016</b>	1	6	5	1	8	6	6	3	2	4	4	9	55
<b>AÑO 2017</b>	3	5	7	3	2	3	1	1	3	1	6	8	43
<b>TOTAL</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>15</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>26</b>	<b>150</b>

Fuente: Sistema SEEM

**GRAFICO 4.2.**  
**INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDIERON**  
**POR EMERGENCIA SEGÚN LOS MESES EN EL HOSPITAL DE**  
**ANDAHUYALAS DURANTE LOS AÑOS 2015 - 2017**



En la gráfica se puede observar que los pacientes de hipertensión arterial que fueron hospitalizados en el Hospital de Andahuaylas, en el año 2015 tiene un alto número de casos en el mes de diciembre con 9 casos 2016 tiene un alto número de casos en los meses de diciembre y mayo. En el año 2017 tiene un elevado porcentaje en el mes marzo y diciembre.

**CUADRO N° 4.3**

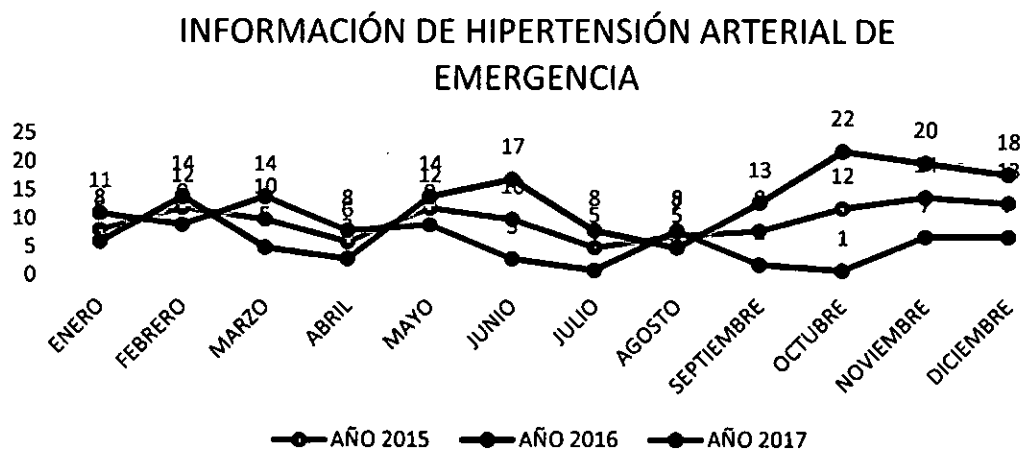
**INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL DE ANDAHUAYLAS DURANTE LOS AÑOS 2015 – 2017 SEGÚN LOS MESES.**

INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE EMERGENCIA													
CIE10/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
<b>AÑO 2015</b>	8	12	10	6	12	10	5	7	8	12	14	13	117
<b>AÑO 2016</b>	6	14	5	3	14	17	8	5	13	22	20	18	145
<b>AÑO 2017</b>	11	9	14	8	9	3	1	8	2	1	7	7	80
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>	<b>35</b>	<b>29</b>	<b>17</b>	<b>35</b>	<b>30</b>	<b>14</b>	<b>20</b>	<b>23</b>	<b>35</b>	<b>41</b>	<b>38</b>	<b>342</b>

Fuente: Sistema SEEM

**GRÁFICO N° 4.3**

**INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL DE ANDAHUAYLAS DURANTE LOS AÑOS 2015 – 2017 SEGÚN LOS MESES.**



FUENTE SISTEMA SEEM

El grafico muestra que el mayor porcentaje de pacientes quienes acudieron por servicio de emergencia del Hospital de Andahuaylas por hipertensión arterial se ve en mayor porcentaje en el año 2015, mes de febrero ,mayo, y noviembre, seguido en el año 2016 de mayor puntuación en los meses de marzo, octubre y noviembre, y para el año 2017, se ve mayor número de casos en el mes de enero, seguido en el mes de junio.

**CUADRO N° 4 4**

**INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS EN LOS AÑOS DE 2015 – 2017**

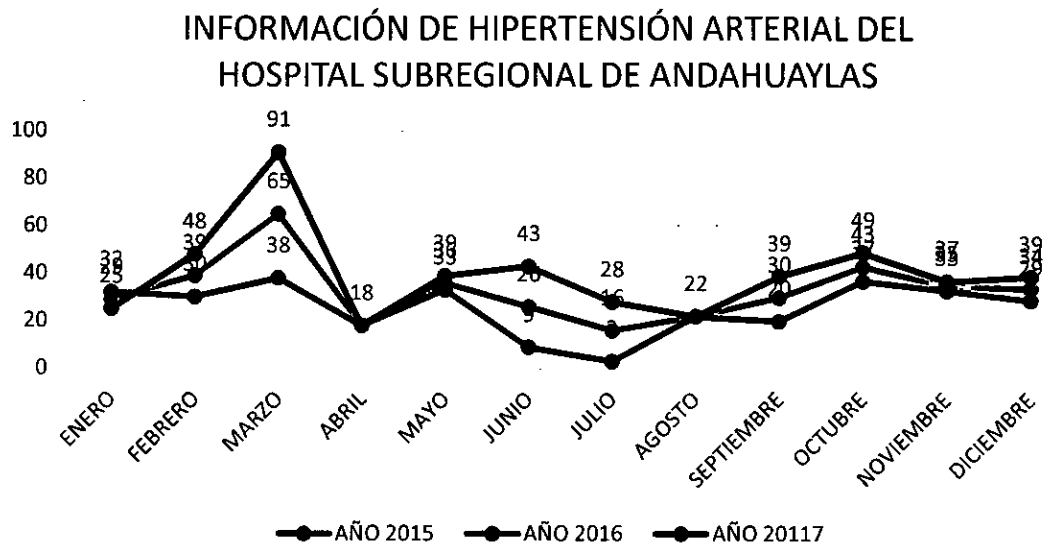
INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS													
CIE10/MES	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
<b>AÑO 2015</b>	29	39	65	18	36	26	16	22	30	43	35	34	393
<b>AÑO 2016</b>	25	48	91	18	39	43	28	22	39	49	37	39	478
<b>AÑO 2017</b>	32	30	38	18	33	9	3	22	20	37	33	29	304
<b>TOTAL</b>	<b>86</b>	<b>117</b>	<b>194</b>	<b>54</b>	<b>108</b>	<b>78</b>	<b>47</b>	<b>66</b>	<b>89</b>	<b>129</b>	<b>105</b>	<b>102</b>	<b>1175</b>

Fuente: Sistema SEEM



GRAFICO N ° 4.4.

INFORMACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL HOSPITAL SUBREGIONAL DE ANDAHUAYLAS EN LOS AÑOS DE 2015 – 2017



En el siguiente cuadro se observa un total de 1175 casos de hipertensión arterial en el Hospital de Andahuaylas en los tres años de estudio

## V. CONCLUSIONES

- a) El profesional de enfermería identifica factores de riesgo, mediante la ficha de valoración clínica y tamizaje para poder tomar medidas de control oportunas y eficaces contribuyendo de esa manera a reducir las enfermedades no transmisibles.
  
- b) La enfermera responsable de la estrategia desarrolla actividades preventivas promocionales conjuntamente con otros profesionales. Durante el año 2017 se llegó al 100% de las metas establecidas.
  
- c) El profesional de enfermería tiene un rol predominante en la promoción de la salud en el primer nivel de atención, para disminuir los factores de riesgo

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a) Que la institución (MINSA-DIRESAS DISAS) priorice dentro del plan de capacitación anual al personal de salud acerca de la prevención y control de las enfermedades no transmisibles, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención a los paciente, acorde con nuestro desempeño profesional.
  
- b) Que el equipo multidisciplinario actualice constantemente los conocimientos en enfermedades no transmisibles, para realizar una atención con calidad logrando así la satisfacción del del usuario, pues el cuidado de la salud es la razón de nuestra profesión.
  
- c) Sensibilizar a las futuras generaciones de enfermeras a que se desarrollen estudios en el área de salud familiar y comunitaria y ejerzan tan noble labor.
  
- d) Que la institución abastezca a todos los establecimientos con los materiales e insumos necesarios para poder realizar los tamizajes de detección y control.

## VII. REFERENCIALES

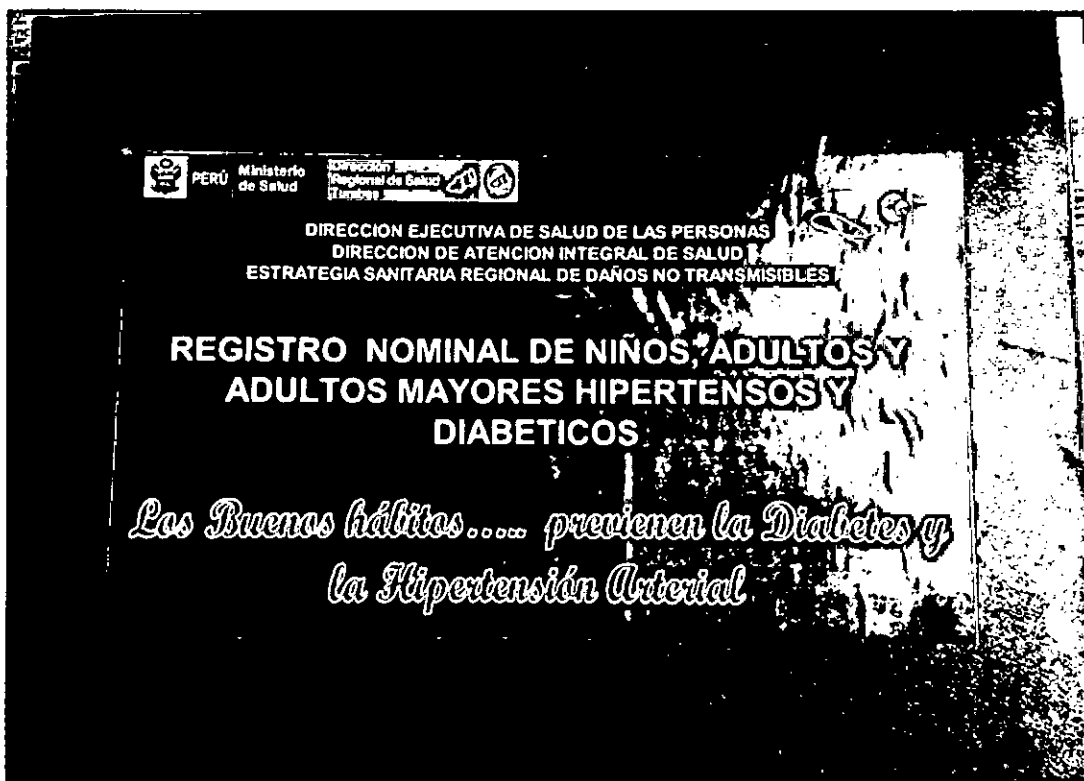
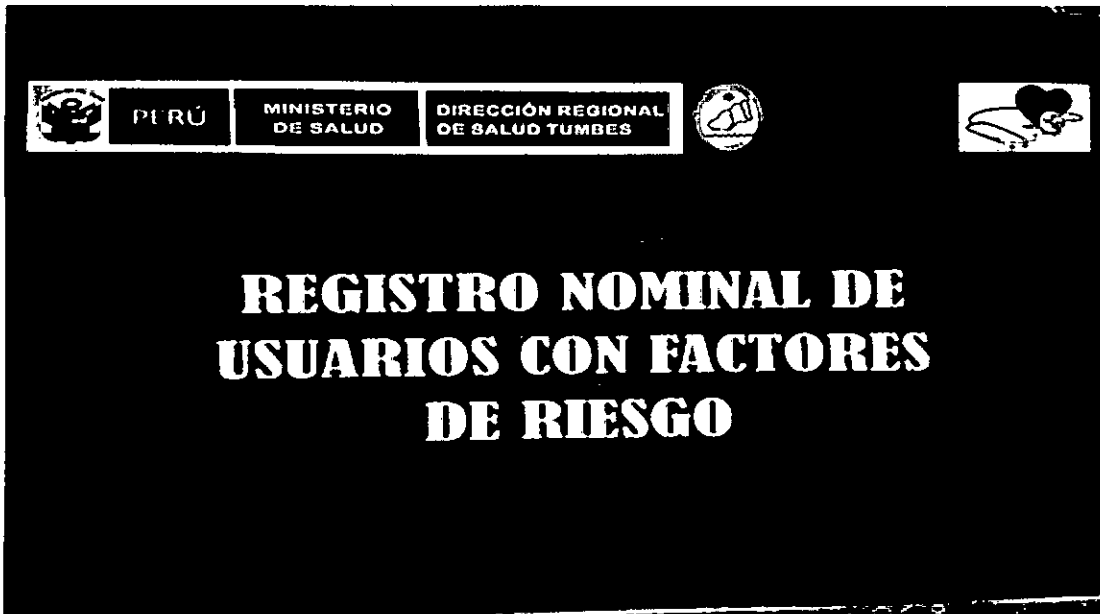
- (1)Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (2012).
- (2)Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles - cumpliendo las 9 metas mundiales relativas a las enfermedades no transmisibles (2014) san José de Costa Rica. p.14
- (3)MINSA. Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención de Daños no Transmisibles: OPS/PERU; (2015.)
- (4)TORRES .M . Dandicourt C, RODRIGUEZ A. "Funciones de Enfermería en la Atención PRIMARIA de Salud". Rev. Cubana Medicina Gen integr. Cuba (2010)
- (5)CARRASCO Fernando: Moreno M y otros. Evaluación de un programa piloto de intervención en adultos con sobrepeso u obesidad en riesgo de diabetes .Chile. (2005.)
- (6)RUÍZ.S. "La magnitud de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en España". Edit. Biblioteca Lascasas. España. (2009). (visitado el 7 de noviembre de 2017) Disponible en: [www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0464.php](http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0464.php)
- (7)Patricia AHG, Blanco brojas DM, Sánchez Ramos A, Ostiguín Meléndez RM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una Reflexión (6)en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria. (2011):p.8.
- (8)Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. (2005);17(5/6):353–61.

- (9)Pérez-López, José Humberto; Navarrete-Escobar, Arturo; MéndezLópez, Dulce María; García-Ruiz, Martha Elena; Gómez-López, Victor Manuel. Epidemiología de la Hipertensión arterial en el adulto mayor. Archivo Geriatrico, ene/mar2003, Vol. 6 Issue 1, p9-12, 4p
- (10)Organización Mundial de la Salud. STEPS Panamericano, método progresivo de la OPS/OMS para la vigilancia de factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. [http://www.who.int/entity/chp/steps/Parte1\\_Seccion1.pdf](http://www.who.int/entity/chp/steps/Parte1_Seccion1.pdf)
- (11)Gonzalo Klaassen P. Enfermedad Cerebro Vascular. Revista de Medicina Interna. Vol. 6 N° 2 año (2002) Concepcion – Chile
- (12)Davenport Richard; Dennis Martin. Neurological emergencies: acute stroke[Review]. J Neurol, Neurosurg Psychiatry. Volume 68(3), March 2000 ,pp 277-288.
- (13)Seclén Segundo. La Diabetes Mellitus Problema de Salud Pública. Instituto de Gerontología. Perú. (2000) (114,123, 127- 135)
- (14)Harrison. "Principios de medicina interna" Diabetes Mellitus. Cap. 333. 15va. Edición. Editorial Mc Graw Hill. México 2001
- (15)López Centeno. Vigilancia de Enfermedades no transmisibles. Boletín epidemiológico. RENACE. 2011 (20). Disponible en : <http://www.dge.gob.pe/boletines/2011/20.pdf>

# **ANEXOS**

ANEXO 01

REGISTRO DE LOS PACIENTES



ANEXO 02

### DATOS PERSONALES

FECHA DE NAC \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_


DNI \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

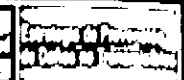
EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A \_\_\_\_\_

BOY ALERGICO A \_\_\_\_\_




CONTROL ELECTROCARDIOGRAMA UNA VEZ AL AÑO





PERÚ Ministerio de Salud Dirección Regional de Salud Tumbes



### CARNET DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE CON ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

H CL \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ TALLA \_\_\_\_\_

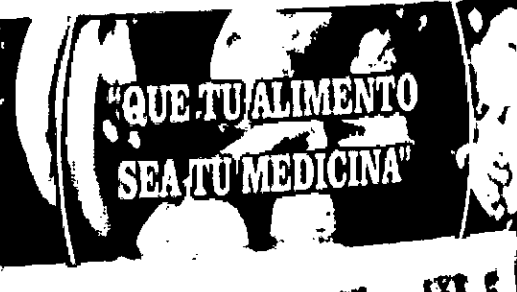
HOMBRES \_\_\_\_\_

APELLIDOS \_\_\_\_\_

EE SS \_\_\_\_\_

### RECUERDA:


- HACER EJERCICIOS FISICOS: CAMINAR 30 MINUTOS DIARIOS.
- CONTROLAR EL STRESS.
- BAJAR DE PESO.
- DISMINUYE CONSUMO DE SAL, CAFÉ, TÉ Y CIGARRILLO.
- EVITA COMER GRASAS DE ORIGEN ANIMAL Y FRITURAS.
- DISMINUYE EL CONSUMO DE AZÚCAR Y HARINAS (PAN, ARROZ, PLATANOS, FIDEOS, YUCA, PAPA, CAMOTE).
- REALIZA PASEOS FAMILIARES.



FUENTE: Elaboración Propia



# ANEXO 03



**DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD**  
**ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE PREVENCION Y CONTROL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES**

**FICHA IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA PREVENIR LA DIABETES**  
**TEST DE FINDRISK**

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ Años al día:  SI  NO

PRENSION ARTERIAL: \_\_\_\_\_

(¿SABE LISTO QUE RIESGO TIENE DE DESARROLLAR DIABETES TIPO 2?)

1. Año de nacimiento: \_\_\_\_\_

2. SEXO: Masculino ( ) Femenino ( )

3. Índice de masa corporal:


Para que calculemos su IMC facilítemos los siguientes datos:

Peso: \_\_\_\_\_ kg (Pese/Ahora?)  
 Altura: \_\_\_\_\_ metros

4. Circunferencia de cintura:

Paso 1. La persona debe estar de pie y con ropa ligera. Localizar el punto intermedio entre la última costilla y la cresta ilíaca.  
 Paso 2. Colocar el cintmetro en el punto intermedio, alrededor de la cintura y medir al final de una espiración con el abdomen relajado.

Hombres	Mujeres
• < 94 cm	• < 80 cm
• 94 - 102 cm	• 80 - 88 cm
• > 102 cm	• > 88 cm



5. ¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física cada día (o 150 minutos/semanal, en el trabajo y/o en el tiempo libre)?

6. ¿Come frutas y verduras todos los días?

7. Padece de Hipertensión Arterial (PA > 140/90 mmHg) y/o ¿Toma medicamentos antihipertensivos?

8. ¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos (por ejemplo, en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)?

9. ¿Alguna vez le han encontrado triglicéridos altos (mayores de 250 mg/dl) o HDL bajo (menor de 35 mg/dl)?

GRUPO TECNICO DE LA ESTRATEGIA NO TRANSMISIBLES

NO  SI (padres, hermanos o hijos)

Resultado	Riesgo
0p	Menos de 45 años
1p	45-54 años
2p	55-64 años
3p	Más de 64 años
0p	Menor que 25 kg/m <sup>2</sup>
1p	25-30 kg/m <sup>2</sup>
2p	Superior a 30 kg/m <sup>2</sup>
0p	Menos de 84 cm
1p	84-102 cm
2p	Más de 102 cm (Hombres) / Más de 88 cm (Mujeres)
0p	SI
1p	NO
0p	SI
1p	NO
0p	NO
1p	SI
0p	NO
1p	SI
0p	NO
1p	SI (padres, hermanos o hijos)

Menos de 7 puntos. Riesgo bajo.
Entre 7 y 11 puntos. Riesgo ligeramente elevado.
Entre 12 y 14 puntos. Riesgo moderado.
Entre 15 y 20 puntos. Riesgo alto.
Más de 20 puntos. Riesgo muy alto.

FUENTE: Elaboración Propia