

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**VALORACIÓN CLÍNICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL
DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO
TRANSMISIBLES EN LA POBLACIÓN ADULTA
MAYOR DE LA RED DE SALUD JUNÍN. 2013-2016**

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

ROSARIO JACQUELINE ROBLADILLO ARROYO

**CALLAO, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Rosario', is positioned to the right of the text 'CALLAO, 2018 PERÚ'.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 032

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°073-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. ROBLADILLO ARROYO ROSARIO JACQUELINE

INDICE

Pág.

INTRODUCCION	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. <i>Descripción de la Situación problemática:</i>	4
1.2 <i>Objetivo:</i>	5
1.3 <i>Justificación:</i>	6
I. MARCO TEORICO	7
2.3 <i>Definicion de terminos</i>	46
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	55
IV RESULTADOS	59
V.- CONCLUSIONES	65
VI.- RECOMENDACIONES	66
VII.- BIBLIOGRAFIA	67
ANEXOS	69

INTRODUCCIÓN

En el censo de Vivienda y Población del 2005, publicado por el INEI, nos refleja que hay 2 millones 300 mil personas adultas mayores, es decir mayores de 60 años, lo cual representa al 8,5% de nuestra población nacional, actualmente el promedio de esperanza de vida se estima en 71 años de edad.

La población asignada adulta mayor a la Red de Salud Junín para el año 2013 correspondía al 13% ,el cual se fue incrementando a un 14% para el año 2016, ante lo expuesto también se puede deducir que el ascenso continuara debido a que cada año se va añadiendo un 1.3 % aprox. Correspondiente a la población que cumple los 60 años.

El 5.5% del total de atenciones por consulta externa en el año 2004 según la OGEI del MINSA, correspondieron a personas adultas mayores, de las cuales las atenciones más comunes están relacionadas a enfermedades del aparato respiratorio, del sistema óseo, aparato digestivo, circulatorio y a la hipertensión arterial.

Paralelamente se observa que en la Red de Salud Junín que el 9.7% de atenciones realizadas en el año 2016 corresponden a atenciones realizadas al adulto mayor. Entre la causa de atención tenemos que el 37.32% corresponde a patologías del sistema respiratorio y digestivo los cuales por cuadro clínico la gran mayoría son agudas y de fácil

resolución. A diferencia que el 7% corresponde a Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas que es el objeto de interés para la elaboración del presente trabajo debido a que estas enfermedades presentan efectos incapacitantes (daño renal, hepático, retina, amputaciones-pie diabético, etc.), por ser de carácter crónico y con alto costo socioeconómico.

A diferencia del nivel nacional la Red de Salud Junín se encuentra ubicada en la provincia del mismo nombre a una altura de 4105 msnm en los Distritos de Carhuamayo y Junín en las que se ubica más del 75% de su población total. La altura, el clima frío, usos y costumbres alimentarias incrementan los factores a que la población presenten sobrepeso, obesidad, dislipidemias, hipertensión arterial y diabetes.

Sustento más que suficiente para la realización del presente trabajo académico es poner al alcance de los decisores políticos la justificación para la asignación presupuestaria para los recursos humanos, logísticos e infraestructura para la implementación, sostenibilidad del tamizaje clínico y laboratorial de enfermedades no transmisibles en el Adulto Mayor.

Cuyo objetivo es el de identificar los factores de riesgo, los casos de pre patogénica (pre diabetes) y evitar los casos discapacitantes por las enfermedades no transmisibles.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación problemática

Las Enfermedades No Transmisibles afectan a todos los grupos de edad y a todas las regiones y países. Estas enfermedades se suelen asociar a los grupos de edad más avanzada, pero los datos muestran que 15 millones de todas las muertes atribuidas a las ENT se producen entre los 30 y los 69 años de edad. Más del 80% de estas muertes “prematuras” ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Niños, adultos y ancianos son todos ellos vulnerables a los factores de riesgo que favorecen las ENT, como las dietas malsanas, la inactividad física, la exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol.

Estas enfermedades se ven favorecidas por factores tales como la urbanización rápida y no planificada, la mundialización de modos de vida poco saludables o el envejecimiento de la población. Las dietas malsanas y la inactividad física pueden manifestarse en forma de **tensión arterial elevada, aumento de la glucosa y los lípidos en la sangre, y obesidad**. Son los llamados “factores de riesgo metabólicos”, que pueden dar lugar a enfermedades cardiovasculares, la principal ENT por lo que respecta a las muertes prematuras.

En términos de muertes atribuibles, el principal factor de riesgo metabólico es el aumento de la presión arterial (al que se

atribuyen el 19% de las muertes a nivel mundial),¹ seguido por el sobrepeso y la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) matan a 40 millones de personas cada año, lo que equivale al 70% de las muertes que se producen en el mundo.

Cada año mueren por ENT 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 80% de estas muertes "prematargas" ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,7 millones cada año), seguidas del cáncer (8,8 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones).

Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT.

1.2 Objetivo:

Describir las funciones del profesional de enfermería en la valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no trasmisibles en la población adulta mayor de la Red de Salud Junín 2013-2016.

1.3 Justificación:

El presente informe de experiencia laboral se justifica debido a que se observa en la población adulto mayor la presencia de enfermedades no transmisibles en esta etapa de vida tales como hipertensión, diabetes mellitus, hipercolesterolemias, dislipidemias, sobrepeso y obesidad y no se había implementado actividades preventivas promocionales en esta etapa de vida.

Se justifica también porque al implementar las actividades preventivas promocionales mejorara la calidad de vida del Adulto Mayor revertiéndose los elevados índices de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

Y brinda al personal de enfermería espacio en su labor preventivo promocional y recuperativo a traves del proceso de enfermería.

I. MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

Al realizar la revisión de los antecedentes del estudio se encontraron algunos relacionados.

FERRANTE Daniel, Virgolini Mario; en Argentina realizaron un estudio titulado: *PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN EL ARGENTINA*. Para la Universidad Nacional del Nordeste, para la cátedra de Semiotecnia y Fisiopatología, Facultad de Medicina. Pág. 6, 27 de abril el 2005 El mismo tuvo como objetivo describir la prevalencia de los principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la Argentina y su asociación con características sociodemográficas. Los resultados evidenciaron: Baja actividad física 46.2%, consumo de tabaco 33.4% 18 a 64 años y 29.7% en adultos, presión arterial elevada 34.4%, sobrepeso –obesidad 49.1%, bajo consumo de frutas y verduras 35.3%, diabetes 11.95, colesterol elevado 27.8%, consumo de alcohol 9.6%. Para casi todos los factores de riesgo evaluados se observó mayor prevalencia en la población de menores ingresos con necesidades básicas insatisfechas y menos nivel educativo. (1)

ACHATA GUERRA Myrella Luisa, realizo un trabajo de investigación titulado:” *FACTORES SOCIOCULTURALES ASOCIADOS A*

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES DEL CONSULTORIO DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2017”, trabajo de investigación para optar el título de especialista en enfermería cardióloga. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2017. Que tuvo como objetivos específicos: Identificar los factores sociales en los pacientes con enfermedad cardiovascular e Identificar los factores culturales en los pacientes con enfermedad cardiovascular. Con estos objetivos se llegó a determinar los factores socioculturales asociados a enfermedad cardiovascular en los pacientes del consultorio de cardiología del Hospital San Juan de Lurigancho, la investigación fue de tipo descriptiva, describió que el medio cultural es reflejado en la economía y esta a su vez en su enfermedad cardiovascular. El estudio se realizó en el Servicio de Cardiología – Consultorio Externo del Hospital San Juan de Lurigancho el cual está ubicado en el paradero 11 de la Avenida Canto Grande, Distrito de San Juan de Lurigancho, Provincia de Lima y La población estuvo conformada por 40 pacientes con diagnóstico de Enfermedad Cardiovascular. Los resultados de la investigación fueron: Se llegó a las conclusiones de que los factores socioculturales están presentes en la mayoría de los pacientes referido a que el ingreso económico que perciben no alcanza a cubrir todas sus necesidades de protección, no se sienten estables en el trabajo, además que las horas en el trabajo les da

menos tiempo para realizar alguna actividad física o compartir con la familia. Así mismo la necesidad de trabajar los limita a seguir estudiando y/o culminar estudios lo que dificulta su capacidad de conocimiento y entendimiento sobre su enfermedad. En cuanto a los factores sociales la mayoría manifiesta que el nivel económico deficiente; reflejado este en un ingreso económico bajo; la limita la cantidad de bienes y servicios que pueda adquirir el paciente para satisfacer necesidades de protección de la salud como controles médicos periódicos, cumplir tratamiento o solventar algunas medidas de prevención. Además de un entorno laboral que no le brinda la seguridad y estabilidad que el paciente necesita para sentirse más tranquilo. (2)

BARRERA CHUQUIARQUE Diana Evelyn; realizo un estudio titulado:” *FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES SEGÚN LOS DETERMINANTES DE LA SALUD PRESENTES EN LOS CHOFERES DE TRANSPORTE PÚBLICO* “. Tesis de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015. El cual tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo cardiovascular según determinantes de la salud en los choferes de transporte público. El estudio fue de tipo cuantitativo de nivel aplicativo y utilizo el método descriptivo de corte transversal. Los resultados y conclusiones a la que llego el autor fueron:

Se obtuvo que 54% de los factores encontrados pertenecieran a la dimensión estilos de vida, 28% de Biología Humana, 11% del Sistema Sanitario y el 7% del Medio Ambiente. Las conclusiones a las que se llegó son que todos los participantes tienen factores de riesgo en mayor o menor número, siendo la más resaltante la dimensión de los Estilos de vida ya que tienen una fuerte influencia en las enfermedades cardiovasculares y porque es posible modificar estos hábitos. (3)

NECIOSUP ORREGO, Christian, realizo una investigación Titulado: **“FACTORES ASOCIADOS AL NO TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN PERSONAS MAYORES DE 40 AÑOS. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR ENDES 2011. LIMA – PERÚ”**. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2011. El objetivo fue identificar los factores asociados al no tratamiento en personas mayores de 40 años con enfermedades cardiovasculares en el Perú en el año 2011. El estudio fue de tipo transversal, donde se concluye que: Se encontró que 6770 personas presentaban ECV de los cuales el 51% no reciben tratamiento para la enfermedad. Se concluye que el sexo, la edad, el grado de instrucción, el quintil de pobreza, el número de miembros familiares, la actividad diaria, el

consumo de frituras y el aseguramiento están asociados con el no tratamiento de la ECV(enfermedades cardiovasculares). (4)

2.2 Marco conceptual

Para ella la enfermería es “ Ayudar al individuo sano y enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud,recuperacion o a lograr una muerte.Actividades que realizara por si mismo si tuviera la fuerza , voluntad y conocimientos necesarios.Hacerle que ayude a lograr su independencia a la brevedad posibles”

El modelo de Virginia Henderson se ubica en ls modelos de las necesidades humanas que parten de la teoria de las necesidades humanas para la vida y la salud como nucleo para la accion de enfermería.Pertenece a la tendencia de la suplencia o ayuda,cuya funcion de la enfermera es atender al sano o enfermo en todo tipo de actividadesque contribuyan a la salud o recuperarla.Su objetivo es hacer al individuo independiente lo antes posible para cubrir sus necesidades basicas. El cuidado de enfermería se aplica a traves del plan de cuidados de enfermería.Henderson define 14 necesidades basicas las cuales son ;Respirar,comer y beber,eliminar,moverse y mantenerse,dormir y descansar,vestir adecuadamente,mantener la temperatura,higiene corporal,evitar

peligros ambientales, comunicación, religión, trabajo, actividades recreativas y adquirir conocimientos.

DIABETES MELLITUS: (5) Es un trastorno en el que las concentraciones de azúcar (glucosa) en la sangre son excesivamente altas por que el organismo no secreta suficiente insulina para satisfacer sus necesidades. La insulina, hormona producida por el páncreas, controla la cantidad de azúcar en la sangre. Cuando comen y beben, la comida se metaboliza en diversos compuestos, entre los cuales está el azúcar o glucosa simple, que el organismo necesita para funcionar correctamente. El azúcar se absorbe, pasa al torrente sanguíneo y estimula al páncreas para que produzca insulina, la cual permite que el azúcar pase de la sangre a las células. Una vez en el interior de las células se convierte en energía, que se utiliza de modo inmediato o se almacena como grasa o glucógeno hasta que su utilización sea necesaria.

Los niveles de azúcar en la sangre suelen variar a lo largo del día. Aumentan después de cada comida y se normalizan aproximadamente a las dos horas después de las comidas. Cuando la concentración de azúcar en la sangre se normaliza, la producción de insulina disminuye. La variación en los niveles de azúcar en la sangre está por lo general en un rango estrecho, de

70 a 110 mg/dl. De sangre. Si la persona ingiere una gran cantidad de carbohidratos, las concentraciones de azúcar aumentan. Las personas mayores de 65 años suelen tener concentraciones ligeramente más altas, sobre todo después de comer.

Si el organismo no produce la insulina necesaria para transportar el azúcar a las células, los niveles elevados de azúcar resultantes y la inadecuada cantidad de azúcar en las células, los niveles elevados sanguíneos de azúcar resultantes y la inadecuada cantidad de azúcar en las células producen los síntomas y las complicaciones de la diabetes. CASOS DE DIABETES.- (6) Es aquel paciente que es diagnosticado por un profesional médico en base a criterios clínicos, de laboratorio y antecedentes de tratamiento.

Un paciente con síntomas clínicos (poliuria, polifagia y polidipsia) con un test de glicemia en plasma, tomada en ayunas de 126 mg/dl o superior, o con un test de glicemia en cualquier hora del día de 200 mg/dl o superior, o aquel que fue diagnosticado previamente como diabético y recibe tratamiento de hipoglicemiante, aunque tenga un test de glicemia menor de 125 mg/dl. Se considera un caso de diabetes.

Los códigos de CIE 10 que corresponden a los casos de diabetes son:

E10 :Diabetes mellitus insulino dependiente (diabetes tipo 1)

E11 :Diabetes mellitus no insulino dependiente (diabetes tipo 2)

E13 : Otras diabetes mellitus especificadas.

E14 :Diabetes mellitus no especificada.

O24 : Diabetes mellitus en el embarazo.

Tipos de Diabetes:

Prediabetes.-La prediabetes es un trastorno en el que los niveles de azucar en la sangre son demasiado altos para ser considerados normales, pero no lo suficiente para ser catalogados como diabetes.La personas tiene prediabetes cuando el nivel de azucar en sangre en ayunas esta entre 101 mg/dl. Y 126 mg/dl o su nivel de azucar en sangre 2 horas despues de una prueba de tolerancia a la glucosa se encuentre 140 mg/dl y 200 mg/dl.La identificacion de las personas con prediabetes es importante por que esta afeccion conlleva un mayor riesgo de diabetes en el futuro, asi como las enfermedades cardiacas.Una perdida de 5 al 10 % del peso corporal, mediante al dieta y el ejercicio,reduce significativamente el riesgo de desarrollar diabetes en el futuro.

Diabetes tipo I.- En la diabetes tipo I (antes denominada diabetes insulino dependiente o diabetes juvenil,mas del 90 % de las celulas

que producen insulina son destruidas de forma permanente. El páncreas por lo tanto produce poca o ninguna insulina. Solo el 10% aproximadamente de todas las personas con diabetes padecen la enfermedad tipo I. La mayoría de las personas con diabetes de tipo I desarrollan la enfermedad antes de los 30 años.

Los científicos creen que un factor ambiental (posiblemente una infección vírica o un factor nutricional en la infancia o en la adolescencia) provoca la destrucción de las células pancreáticas productoras de la insulina por el sistema inmunitario. Una predisposición genética puede hacer que algunas personas sean más vulnerables a factores ambientales.

Diabetes tipo 2.- La diabetes de tipo 2 (antes denominada no insulino dependiente o diabetes del adulto), el páncreas continúa produciendo insulina, algunas veces incluso a niveles más altos que los normales. Sin embargo, el organismo desarrolla resistencia a los efectos de la insulina, por lo que no hay suficiente insulina para satisfacer los requerimientos corporales. La diabetes de tipo 2 era antes poco habitual en niños y adolescentes, pero recientemente se han hecho más frecuentes. Sin embargo por lo general comienza en las personas mayores de 30 años y se hace más frecuente con la edad.

La obesidad es el principal factor de riesgo para el desarrollo de diabetes de tipo 2; entre el 80 y el 90% de las personas con este trastorno tienen sobrepeso y obesidad. Dado que la obesidad produce resistencia a la insulina, las personas obesas necesitan grandes cantidades de insulina para mantener niveles normales de azúcar en la sangre.

Ciertos trastornos y algunos fármacos afectan la forma en el que el organismo utiliza la insulina, dando lugar a la diabetes tipo 2. Las elevadas concentraciones de corticoides (producida por la enfermedad de Cushing o la administración de corticosteroides) y el embarazo (diabetes gestacional) son las causas más frecuentes de uso inadecuado de insulina. La diabetes también puede aparecer en las personas que producen una cantidad excesiva de hormona del crecimiento (acromegalia) y entre las afectadas por ciertos tumores secretores de hormonas. La pancreatitis grave o recurrente y otros trastornos que lesionen directamente el páncreas pueden, así mismo, producir diabetes.

SINTOMAS.- Los dos tipos de diabetes tienen síntomas muy similares. Los primeros síntomas se relacionan con los efectos directos de la alta concentración de azúcar en la sangre. El azúcar pasa a la orina cuando su concentración en la sangre aumenta de 160 a 180 mg/dl. Si la concentración de azúcar en la orina alcanza

valores mas altos,los riñones secretan una cantidad adicional de agua para diluir la abundancia de glucosa.Dado que los riñones producen orina en forma excesiva,las personas diabeticas miccionan grandes volumenes de orina frecuentemente (poliuria) y en consecuencia tiene mucha sed (polidipsia).Las personas afectadas pierden peso por la pérdida excesiva de calorías en la orina.A modo de compensacion, las personas sienten a menudo un hambre exagerado.Otros sintomas incluyen vision borrosa,somnolencia,nauseas,disminucion de la resistencia durante el ejercicio fisico.

Tipo I.-En personas con diabetes tipo I los sintomas suelen comenzar bruscamente y de modo notorio.Puede presentarse de forma subita un transtorno denominado cetoacidosis diabeteica.Sin la nsulina,la mayor parte de las celulas no pueden utilizar el azucar que se encuentra en la sangre.Las celulas siguen necesitando energia para sobrevivir,por lo que ponen en marcha un mecanismo de emergencia para obtenerla.Las celulas grasas comienzan a descomponerse y producen compuestos llamados cetonas,que aportan algo de energia a las celulas,pero tambien hacen que la sangre se vuelva muy acida (cetoacidosis).Los sintomas iniciales de la cetoacidosis diabetica son:sed y miccion excesivas,perdida de peso,nauseas,vomitos,agotamiento y sobre todo en niños,dolor abdominal.La respiracion se vuelve rapida y profunda,debido a que

el organismo intenta corregir la acidez de la sangre. El aliento tiene un olor similar al de los productos para quitar el esmalte de las uñas, que es el olor de las cetonas expulsadas en la respiración. Sin tratamiento, la cetoacidosis diabética progresa y evoluciona hasta la coma y la muerte, a veces en cuestión de horas.

Tipo 2.-Las personas con diabetes tipo 2 pueden no tener síntomas durante años o décadas antes de ser diagnosticadas. Los síntomas son leves. Al principio, el aumento de la micción y de la sed son moderados, aunque empeoran gradualmente a lo largo de semanas y meses. Finalmente, las personas afectadas se sienten extremadamente cansadas, probablemente tienen vista borrosa y pueden deshidratarse.

A veces durante las primeras fases de la diabetes de tipo 2 se produce algo de insulina no suele desarrollarse cetoacidosis. Sin embargo, los niveles de azúcar en sangre aumentan significativamente a menudo a 1000 mg/dl. Estas altas concentraciones con frecuencia son resultado de algún tipo de estrés sobre añadido como en el caso de una infección o de la utilización de un fármaco. Cuando los valores de azúcar en sangre aumentan de manera excesiva, las personas afectadas presentan deshidratación grave que pueden ocasionar confusión

mental, somnolencia y convulsiones, un trastorno denominado coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico.

COMPLICACIONES.-Las personas que padecen diabetes pueden tener varias complicaciones graves a largo plazo. Algunas de estas complicaciones comienzan a los pocos meses de empezar la diabetes, aunque la mayoría suele desarrollarse al cabo de algunos años la mayoría de estas complicaciones son progresivas. Cuanto más estricta sea una persona diabética en el control de los niveles de azúcar en sangre, menor será la probabilidad de que se presenten estas complicaciones y empeoren.

La mayoría de las complicaciones son el resultado de alteraciones en los vasos sanguíneos. Los elevados niveles de glucosa mantenidos en el tiempo producen estrechamiento tanto en los pequeños vasos sanguíneos como en los grandes, lo que reduce el flujo sanguíneo hacia muchos puntos del organismo, provocando complicaciones diversas. Existen varias causas de estrechamiento vascular. En las paredes de los vasos sanguíneos pequeños se acumulan sustancias complejas derivadas del azúcar que provocan su engrosamiento y rotura. El control inadecuado de la glucemia tiende también a aumentar los niveles sanguíneos de sustancias grasas, lo que resulta en aterosclerosis y una disminución del flujo sanguíneo en los vasos sanguíneos más grandes. La aterosclerosis

es de 2 a 6 veces mas frecuentes en los diabeticos que en los no diabeticos, y tiende a ocurrir en edades mas tempranas.

Con el paso del tiempo, los niveles elevados de azucar en la sangre y la mala circulacion pueden dañar el corazon, el cerebro, las piernas, los ojos, los riñones, los nervios y la piel, dando lugar a angina de pecho, insuficiencia cardiaca, accidentes cerebrovasculares, calambres en las piernas al caminar (claudicacion), mala vision, insuficiencia renal, leiones nerviosas (Neuropatía) y erosiones cutaneas. Los ataques cardiacos y los accidentes cerebrovasculares son mas frecuentes entre las personas diabeticas.

La mala circulacion en la piel provoca ulceras e infecciones y una evolucion mas lenta en la curacion de las heridas. Los diabeticos son especialmente propensos a desarrollar ulceras e infecciones en los pies y las piernas. Con mucha frecuencia, estas heridas cicatrizan muy lentamente o de modo incompleto, y puede ser necesaria la amputacion del pie o de parte de la pierna.

Los diabeticos suelen desarrollar infecciones bacterianas y fungidas, generalmente en la piel. Cuando la concentracion de azucar en la sangre es alta, los globulos blancos no pueden combatir las infecciones de manera eficaz. Cualquier infeccion tiende a ser mas grave.

Las lesiones en los vasos sanguíneos del ojo pueden provocar la pérdida de la visión (retinopatía diabética). La cirugía con láser sella herméticamente los vasos sanguíneos hemorrágicos del ojo y evita una lesión permanente en la retina. Por lo tanto las personas con diabetes deben realizar anualmente un examen ocular para detectar la aparición de estas lesiones.

La función de los riñones se altera y se produce insuficiencia renal, que puede requerir diálisis o trasplante. Los médicos suelen analizar la orina de los diabéticos para detectar niveles excesivamente altos de proteínas (albúmina), que es una señal precoz de lesión renal. Cuando se observan los primeros indicios de complicaciones renales, se suelen prescribir inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), que son fármacos que retrasan la progresión de la nefropatía.

Las lesiones nerviosas se manifiestan de varias formas. Si un solo nervio funciona mal aparece una debilidad repentina en un brazo o pierna. Si se lesionan los nervios de las manos, las piernas y los pies (polineuropatía diabética), la sensibilidad se altera y aparece hormigueo o dolor urente y debilidad en los brazos o piernas. Las lesiones de los nervios de la piel predisponen a sufrir traumatismos repetidos porque se pierde la sensibilidad para percibir los cambios de presión o de temperatura.

DIAGNOSTICO.- El diagnostico de diabetes se establece cuando las personas tienen concentraciones de azucar anormalmente altas de la sangre. Los niveles de azucar en la sangre son detectados frecuentemente al realizar una revision medica periodica o por otros motivos. La comprobacion anual de los niveles de azucar en la sangre es especilmente importante en las personas mayores, ya que la frecuencia de la diabetes aumenta a esta edad. Es posible tener diabetes, en particular del tipo 2, e ignorarlo. Los medicos tambien pueden comprobar los niveles de azucar en personas que tiene sintomas de diabetes, como aunmento de la sed, la miccion o el apetito. Los medicos tambien analizan los niveles de azucar en la sangre en personas con trastornos que pueden ser complicaciones de la diabetes, como infecciones frecuentes, ulceras en los pies o infecciones por levaduras.

Para medir la concetracion de azucar en la sangre se obtiene una muestra de sangre de la persona, que debe estar eb ayunas desde la nche anterior. Sin embargo, tambien es posible tomar muestras de sangre despues de que la persona haya comido. Despues de comer, se considera normal cierto aumento en los niveles de azucar en la sangre, pero incluso entonces los valores no deberpian ser muy altos. Los niveles de azucar en ayunas no han de superar los 126 mg/dl. Incluso despues de comer, los niveles de azucar no deben ser superiores a 200 mg/dl.

Los médicos también miden el nivel de la proteína en la sangre, la hemoglobina A1C (también llamada hemoglobina glucosilada o glicosilada). La hemoglobina glucosilada se forma cuando la sangre ha sido expuesta a niveles altos de azúcar durante un período de tiempo. Los médicos no suelen usar esta prueba para diagnosticar la diabetes, pero sirve para confirmar el diagnóstico cuando los niveles de azúcar no son extremadamente altos. La prueba muestra la tendencia a largo plazo de los niveles sanguíneos de glucosa.

Hay otra clase de análisis de sangre, la prueba de la tolerancia oral a la glucosa, que se realiza en ciertos casos, como en el examen rutinario durante el embarazo para descartar la presencia de diabetes gestacional o en personas mayores con síntomas de diabetes pero con niveles normales de glucosa en ayunas. No obstante, no es una prueba que se realice de forma rutinaria para la detección de la diabetes, y tampoco en las mujeres embarazadas con poco riesgo. La prueba consiste en obtener una muestra de sangre para medir el nivel de azúcar en la sangre en ayunas y, a continuación, se da a beber al paciente una solución especial que contiene una cantidad alta y precisa.

Durante las 2 o 3 horas siguientes se obtienen varias muestras de sangre y se analizan para determinar si aumentan anormalmente el nivel de azúcar en la sangre.

TRATAMIENTO.- El tratamiento de la diabetes incluye dieta, ejercicio, educación y, en la mayoría de los casos, tratamiento farmacológico. Las complicaciones son menos probables si la persona diabética controla estrictamente sus niveles de azúcar. Sin embargo, el objetivo principal del tratamiento de la diabetes es mantener los niveles de azúcar en la sangre dentro de los valores normales tanto como sea posible, el tratamiento de la hipertensión arterial y de los niveles de azúcar en la sangre dentro de los valores normales tanto como sea posible. El tratamiento de la hipertensión arterial y de los niveles elevados de colesterol también evita algunas complicaciones de la diabetes. Así mismo, es beneficioso tomar una dosis baja de aspirina diariamente.

Para los diabéticos es muy beneficioso recibir información sobre su trastorno y comprender que la dieta y los ejercicios afectan los niveles de azúcar en la sangre y el tratamiento farmacológico.

Las personas con diabetes deberían llevar siempre consigo una identificación médica (por ejemplo pulsera o una tarjeta) para alertar de su enfermedad al personal sanitario, lo que permite iniciar rápidamente un tratamiento que salve la vida del afectado,

especialmente, en casos de traumatismos o de alteración del estado de conciencia.

El control de la dieta es muy importante en las personas que presentan ambos tipos de diabetes. Los médicos recomiendan una dieta sana y equilibrada y esforzarse en mantener un peso saludable. La consulta con un dietista para elaborar un plan de alimentación óptimo es una opción muy conveniente para algunas personas.

Los diabéticos de tipo 1 que mantienen un peso adecuado pueden evitar tener que tomar dosis altas de insulina. Los diabéticos de tipo 2 que logran un peso saludable y lo mantienen pueden evitar el tratamiento farmacológico para el control de la diabetes. Algunas personas que han intentado sin éxito perder peso mediante la dieta y el ejercicio pueden tomar fármacos que les ayuden a conseguirlo o someterse a una intervención quirúrgica de reducción gástrica.

Por lo general, los diabéticos no deberían comer demasiados alimentos dulces. También han de procurar llevar un programa de comidas muy regular. Hay que evitar los periodos largos entre comidas. Los diabéticos también suelen tener concentraciones elevadas de colesterol en sangre, por lo que es importante limitar el consumo de grasas saturadas. También pueden prescribirse fármacos para controlar los niveles de colesterol en sangre.

El ejercicio en cantidad apropiada ayuda a las personas a controlar su peso y mantener los niveles de glucemia en los valores normales. Dado que las concentraciones de glucosa en la sangre disminuyen durante el ejercicio, las personas deben estar alertas sobre los síntomas de hipoglucemia. Algunas personas necesitan ingerir una pequeña cantidad de alimentos azucarados durante el ejercicio prolongado, disminuir su dosis habitual de insulina, o ambos. Las personas con diabetes deberían dejar de fumar y consumir solo cantidades moderadas de alcohol (hasta una bebida al día en el caso de las mujeres y dos en el de los hombres).

La cetoacidosis diabética es una urgencia médica, porque puede causar coma y la muerte. Es necesaria la hospitalización, generalmente en una unidad de cuidados intensivos. Se suministran grandes cantidades de líquidos intravenosos junto con electrolitos como sodio, potasio, cloro y fosfato para sustituir la pérdida ocasionada por el aumento excesivo de la micción. La insulina se administra por vía intravenosa, para que actúe con rapidez y para permitir un ajuste frecuente de la dosis. Los niveles sanguíneos de azúcar, cetonas y electrolitos se miden cada pocas horas. También se determina el grado de acidez de la sangre. A veces, se requieren tratamientos adicionales para corregir un alto grado de acidez en la sangre. Sin embargo, el control de los niveles de azúcar en la sangre y la sustitución de electrolitos por lo general

permiten que el organismo restablezca el equilibrio ácido-base normal.

El coma hiperglucémico hiperosmolar no cetósico se trata de manera muy similar a la cetoacidosis diabética. Se deben reponer los líquidos y los electrolitos. La concentración de azúcar en la sangre debe restablecerse gradualmente hasta alcanzar los valores normales, para evitar los cambios bruscos de líquido en el cerebro. Las concentraciones de azúcar en la sangre se controlan con más facilidad que en la cetoacidosis diabética y los problemas de acidez en la sangre no son graves.

HIPERTENSION.- (7) La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD).

En la población adulta > 18 años el punto de corte para la presión arterial sistólica es > 140 mmHg y para la diastólica es > 90 mmHg. El riesgo cardiovascular es inherente al nivel de la presión arterial y observa un incremento de tipo lineal. Sin embargo se debe de establecer el riesgo adicional teniendo en cuenta los factores de riesgo presentes, así como el compromiso clínico o sub clínico de órgano o sistema blanco (estratificación de riesgo global).

La enfermedad Hipertensiva no es curable, pero se considera que la reducción efectiva de la Presión Arterial (PA) es un objetivo fundamental para la reducción de los eventos cardiovasculares.

ETIOLOGIA

Hipertensión primaria.- (esencial o idiopática) Es aquella hipertensión en la que no existe una causa identificable; existe múltiples factores relacionados o asociados pero no con categoría de causa y efecto; está descrito como componente familiar, pero aún no está definido un único gen responsable. De manera general corresponde a más del 95% de casos de Hipertensión.

Hipertensión secundaria: Es aquella debida a una causa identificable; cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la PA y en muchos casos, la curación de la enfermedad. Corresponde a menos del 5 % del total de casos de Hipertensión.

Entre ellas destacan por su prevalencia:

Enfermedad renal: parenquimosa o renovascular (glomerulonefritis, nefropatías intersticiales, hidronefrosis, tumores renales, aterosclerosis o displasias de arterias renales).

Enfermedades endocrinas: hipotiroidismo e

hipertiroidismo, hiperaldosteronismo

primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing, entre otros.

Misceláneas: tumor, coartación de aorta, enfermedad de Paget entre otros.

Medicamentos: anticonceptivos hormonales, corticosteroides, agentes vaso constrictores, simpaticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa, anfetaminas, antiinflamatorios no esteroides, ciclosporina, eritropoyetina entre otros

FISIOPATOLOGIA.-El concepto actual sobre la enfermedad hipertensiva es de una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria, crónica y progresiva.

Partiendo de ese concepto genérico, se desprende que el vaso sanguíneo es el órgano primario de afección y dentro de esa estructura está en el endotelio. Este órgano es vital en la homeostasis vascular ya que de su normal funcionamiento depende el equilibrio y por ende la salud integral vascular.

La presión arterial está regulada por numerosos factores neuro-hormonales de acción sistémica y local, que funcionan en circuitos de autorregulación manteniéndola dentro de límites estrechos.

Diversos factores como herencia y estilos de vida, sistema nervioso simpático hiperactivo, ingesta excesiva de sal, hormonas o

sustancias liberadas por el endotelio enfermo, pueden modificar el gasto cardiaco o la resistencia vascular periferica, lo que da inicio a la enfermedad.

La angiotensina (de accion sistema o tisular) potente vasoconstrictora y facilitadora del crecimiento celular, es el principal determinante de la persistencia de la enfermedad hipertensiva.

La disfuncion endotelial, que acompaña a la enfermedad hipertensiva, promueve la proliferacion celular asi como a la liberacion de muchas sustancias vasoactivas, protromboticas y procoagulantes que ulteriormente precipitaran en aterosclerosis precoz.

En esta enfermedad, la hipertrofia e hiperplasia vascular, el aumento de la matriz extracelular y el incremento de la resistencia vascular periferica explican la hipertrofia miocardica y el desempeño de las complicaciones vasculares (aterosclerosis), cardiacas (insuficiencia cardiaca, isquemia miocardica y arritmias), cerebral (hemorragia, isquemia encefalopatia), oftalmologicas (retinopatia hipertensiva), urologicas (disfuncion erectil y nefrologicas (insuficiencia renal).

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Medio Ambiente.- La polucion(contaminacion intensa y dañina del agua y del aire,producida por los residuos de procesos industrialeso biologicos) esta asociada a mayor riesgo cardiovascular.

Estilo de Vida.-Tabaquismo,sedentarismo,café,alcohol,dieta malsana.

Factores hereditarios.- Historia familiar de enfermedades cardiovasculares.

Factores de riesgo cardiovascular.-Es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una enfermedad o evento cardiovascular total se considera los siguientes elementos diagnosticos:Nivel de presion arterial, factores de riesgo, daño asintomatico a organo blanco, evento vascular, antecedentes de infarto temprano, sindrome metabolico, diabetes, enfermedad renal, hipercolesterolemia y hiperlipidemia no controlada.

Factores de riesgo:Sexo masculino,edad(varones >55 años, mujeres >65 años),tabaquismo (al menos 1 cigarroel ultimo mes),Dislipidemia (colesterol total >200 mg/dl o LDL>130 mg/dl. O HDL varones <40 mg/dl.,mujeres <50 mg/dl.,trigliceridos>150 mg/dl)Hiperglucemia en ayunas de 100-125 mg.,intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus, obesidad (IMC>30 Kg,/m²),sobrepeso

(IMC 25-29 Kg/m²),obesidad abdominal (perimetro abdominal:varones >102 cm.,mujeres >88 cm.),Historia familiar en primer grado de enfermedad coronaria prematura equivalente (varones <55 años;mujeres <65 años).

Daño asintomático de órgano blanco: Evidencia de hipertrofia ventricular izquierda,sistema vascular arterial;engrosamiento de carotida (grosor intima media > 0,9 mm.) o presion de pulso > 60 mmHg. E indice tobillo brazo < 0,9 o velocidad de la onda de pulso carotideo femoral >10 m/s.Retinopatia hipertensiva.Riñon TFGe < 60 ml/min/1,73m² y microalbuminuria (30-300 mg/24h o coeciente albumina /creatinina de 30-300 mg/g.)

Evento cardiovascular o renal manifiesto: Enfermedad cardiovascular: Ictus isquemico,hemorragia cerebral,accidente isquemico transitorio.

Enfermedad coronaria: infarto del miocardio,angina,revascularizacion coronaria con intervencion coronaria percutanea o cirugia de revascularizacion coronaria.

Insuficiencia cardiaca con o sin funcion sistolica preservada.

Enfermedad arterial periferica sintomatica en extremidades inferiores,enfermedad renal cronica, retinopatia avanzada: hemorragias exudados,papiledema.

Valoración de Riesgo cardiovascular: Con los puntos anteriores se categoriza a la persona de acuerdo al riesgo cardiovascular (bajo, moderado, alto, muy alto).

CUADRO CLINICO:

Signos y síntomas.- La Hipertensión es esencialmente asintomática. Es más común identificar a un paciente con Hipertensión arterial cuando ya presenta complicaciones crónicas como la insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia del ventrículo izquierdo, nefropatía, trastorno visual por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular o disfunción eréctil.

Pueden existir síntomas en casos de crisis hipertensivas como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebrovasculares.

Interacción cronológica.- Se debe tener en cuenta el tiempo transcurrido entre la hipertensión arterial subclínica y la aparición de manifestaciones clínicas, ya que cuanto más precoz sea hecho el diagnóstico, menor probabilidad de encontrar complicaciones.

DIAGNOSTICO :

Criterios de Diagnóstico:

Cribado y detección temprana de hipertensión arterial.- No existe evidencia suficiente para recomendar la periodicidad del control pero si la necesidad de realizarlo.

Se recomienda realizar un control de presión arterial en toda la población mayor o igual a 18 años. Esta se deberá repetir cada 5 años si la medición de la presión arterial está en rangos normales (Presión arterial sistólica < 120 mmHg. y presión arterial diastólica < 80 mmHg.) y no exista evidencia de algún factor de riesgo. Si se encontrase al menos un factor de riesgo cardiovascular o si los valores de la presión arterial sistólica son de 120-139 mmHg. O presión arterial diastólica 80-89 mmHg., deberá repetirse los controles anualmente.

El diagnóstico de enfermedad hipertensiva y la estratificación de riesgo cardiovascular se realiza en el establecimiento de salud de donde fue captado el paciente. Si fue en la primera atención y el proceso de diagnóstico se sospecha de daño de órgano blanco no de hipertensión arterial secundaria, se deberá referir al segundo o tercer nivel de atención para evaluación por el médico internista o cardiólogo.

Procedimientos diagnósticos.- Los procedimientos diagnósticos comprenden: la Historia Médica y evaluación Clínica, mediciones repetidas de la presión arterial y exámenes de laboratorio e

instrumentales. Los objetivos de estos procedimientos son:
:Determinar los niveles de presión arterial, buscar potenciales causas secundarias y determinar el riesgo cardiovascular global según factores de riesgo y daño de órgano blanco clínico o subclínico.

La medición correcta de la presión arterial en el consultorio, en forma indirecta, es el método primario para acceder a la información básica que permita establecer el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas.

La exactitud es un requisito indispensable para cumplir con las anteriores premisas. Por ende, los valores inexactos serán los responsables de errores en la evaluación y tratamiento de los pacientes. Se recomienda para un buen diagnóstico, que la toma de la presión sea realizada por el médico u otro personal capacitado.

El registro obtenido es indicador de la Presión Arterial existente en el momento de la toma. Dado que se trata de un parámetro hemodinámico variable y que múltiples factores influyen en dicha variabilidad, es necesario de realizar registros sucesivos y obtener el promedio de estos para tener el cálculo aproximado de la presión arterial del período de la evaluación. En cada sección se recomienda obtener al menos dos mediciones con un intervalo de uno o dos

minutos. Si los valores son muy diferentes, se toman mediciones adicionales.

Datos revelantes de la Historia Clínica :

Filiación: Sexo, edad, raza, condición socioeconómica.

Historia familiar de la hipertensión arterial, síntomas de depresión, ansiedad o pánico, situación laboral y grado de escolaridad.

Enfermedad actual.-Tiempo de diagnóstico de la hipertensión por el profesional de salud y niveles de presión, reacción adversa de medicamentos, así como consumo de medicamentos o drogas que puedan afectar la presión arterial (antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, simpático miméticos, estrógenos, ergotamina, vasoconstrictores nasales, ketoconazol ,entre otros; dolor precordial (síntomas de daños de arteria coronaria) signos y síntomas sugestivos de insuficiencia cardíaca, insuficiencia vascular cerebral, daño renal o indicios de Hipertensión arterial secundaria.

Indagar y registrar sobre los diversos factores de riesgo: tabaquismo, sobrepeso, obesidad, sedentarismo, dislipidemia, entre otros.

Averiguar sobre hábitos alimentarios: nivel de consumo de sal, alcohol y grasas saturadas

Indagar sobre los productos que puedan incrementar la presión arterial como cafeína, guaraná, ginseng entre otros.

Examen Físico:

Evaluar: Peso, talla, índice de masa corporal, perímetro abdominal, inspección de facies y aspectos subjetivos de la presión secundaria, medición de la presión arterial, pulso y frecuencia cardíaca, determinar presencia de edemas, verificar la presencia de pulsos en todas las extremidades, arterial carotídea, braquial, radial, femoral, poplíteo, tibial y pedio.

Palpación y auscultación de la arteria carotídea, verificar ingurgitación yugular y palpación de la tiroides.

Examen precordial para descartar hipertrofia ventricular y crecimiento de cavidades cardíacas

Examen pulmonar; auscultación de ruidos agregados.

Examen abdominal; auscultación de soplos abdominales y masa abdominal.

Examen de fondo de ojo entrecruzamiento arterio venoso, exudados hemorrágicos, edema de papila, entre otros.

Diagnostico diferencial.-La mayoría de personas que padecen de hipertension arterial elevada (98% a 99 % de hipertensos de 20 a 70 años) no tienen una causa identificable. En el resto, las causas pueden deberse a enfermedad renal (causa principal), endocrina , a medicamentos, tumores , alteraciones vasculares , entre otras , que es importante determinar para controlar sus niveles de presión arterial.

Exámenes auxiliares:

De patología clínica.- Los principales objetivos en este punto son la búsqueda de factores de riesgo adicionales, causa de hipertension arterial secundaria y descartar algunos daños de órgano blanco. Para ello se recomienda, según la capacidad resolutive del establecimiento de salud los exámenes correspondientes:

Primer nivel de atención: Hemoglobina y hematocrito, glucosa en ayunas. Si la glucemia se encontrase entre 100-125 mg/dl, se recomienda hacer un test de tolerancia oral a la glucosa, Examen de orina : examen microscópico, proteína en orina (tira reactiva, creatinina sérica y cálculo de la tasa de filtración glomerular estimada o depuración de creatinina, ácido úrico sérico, colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos séricos en ayunas, electrolitos séricos.

De imágenes.- La ecocardiografía permite obtener datos de las dimensiones ventriculares y auriculares y evaluar la función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo. Será realizada en todo paciente hipertenso con riesgo cardiovascular alto a más.

De exámenes especializados complementarios.-El electrocardiograma (ECG) se debe efectuar a todo paciente diagnosticado de hipertensión arterial con el objeto de detectar hipertrofia ventricular izquierda, enfermedad coronaria o arritmias, de obtener un resultado normal, se recomienda realizar un control de ECG cada año.El informe de la lectura del ECG deberá de ser realizado por el médico internista o cardiólogo.

MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA.-El objetivo de mantener la presión arterial por debajo de ciertos niveles es reducir complicaciones cardiovasculares futuras.A continuación se detalla dichas metas:

- Hipertensos en general meta de manejo es <140/90.
- Diabéticos meta de manejo es <140/80.
- Personas con proteinuria meta de manejo es <130/80.
- Octogenarios hipertensos mantener PAS entre 140 y 150.

Las personas diagnosticadas con hipertension arterial seran amnejas según niveles de complejida de la siguiente manera:

- Hipertensos con riesgo cardiovascular bajo o moderado ; primer nivel de atencion.
- Hipertensos con riesgo cardiovascular alto: segundo nivel de atencion.
- Hipertensos controlados con riesgo cardiovascular alto ; primer nivel de atencion.
- Hipertensos con riesgo cardiovascular muy alto: tercer nivel de atencion o en su defecto,cardiologo del segundo nivel de atencion o en su defecto medico internista del segundo nivel de atencion.
- Hipertensos controlados con riesgo cardiovascular muy alto ; segundo y tercer nivel de atencion.

MEDIDAS GENERALES Y PREVENTIVAS: Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la hipertension en pacientes no hipertensos, retrasar o prevenir el tratamiento farmacologico en pacientes con hipertension arterial y contribuir a la reduccion de presion arterial en pacientes hipertensos con tratamiento farmacologico, lo que permite un a reduccion del

numero y dosis de medicamentos antihipertensivos, por lo que es una indicación de gran importancia en el manejo del paciente con enfermedad hipertensiva. Las medidas con demostrada capacidad para reducir la presión arterial son: Restricción de la ingesta de sal, evitar el consumo de alcohol, en su defecto, moderar su consumo, consumo de frutas y verduras y alimentos bajo en grasas, reducción y control de peso, actividad física regular, evitar la exposición al humo de tabaco.

Por otro lado, es necesario reducir la exposición de factores de riesgo ocupacionales: psicosociales, químicos (plomo, sulfuro de carbono, disolventes insecticidas, físicos; ruidos y altas temperaturas.

Es importante involucrar a la familia en el manejo integral de la persona con hipertensión.

Modificación de los estilos de vida del paciente con hipertensión arterial:

- Reducción de peso (lograr y mantener un peso corporal normal: IMC de 18.5 – 24.9 y una circunferencia abdominal menor de 102 cm. en el varón y 88 cm. En la mujer.
- Dieta; consumo de frutas, vegetales frescos y alimentos bajos en grasas totales y saturadas.

- Reduccion del consumo de sal:-Reducir ingesta de sal en la dieta a no mas de 5 gr, al dia.
- Actividad fisica.- Ejercicio fisico aerobico de moderada intensidad de manera regular tal como caminar,trotar,montar bicicleta, nadar (al menos 30 minutos al dia o 150 miniutos semanales).
- Evitar o limitar el consumos de alcohol:Evitar el consumo de alcohol , en su defecto, no exceder de 20-30 g/dia de etanol en varones y 10-20 g/dia las mujeres .
- No al tabaco;abandono total del habito de fumar,no exposiociion al humo del tabaco.

INICIO DE TERAPIA FARMACOLOGICA.-La decisión de iniciar medicamentos hipertensivos dependera del nivel de riesgo cardiovascular que se le ha adjudicado según la evaluacion integral del paciente,tomando en cuenta fundamentalmente: nivel de la presion arterial sistolica y diastolica,factores de riesgo (incluyendo comorbilidad) y presencia de daño clinico o subclinico en los organos blancos.

Los pacientes hipertensos que iniciaran terapia farmacologia son:

- Hipertensos con riesgo cardiovascular bajo que han realizado cambios en el estilo de vida por lo menos 3 a 6 meses y en quienes no se han obtenido las metas de presión arterial.
- Hipertensos con niveles de presión arterial sistólica de > 160 mmHg o presión arterial diastólica de > 100 mmHg. Independiente de otros parámetros.
- Hipertensos a partir de riesgo cardiovascular moderado, independiente del nivel de la presión arterial.

La terapia farmacológica puede ser con agente único o en combinaciones apropiadas.

Los grupos de medicamentos hipertensivos probadamente eficaces y aceptados de primera elección de monoterapia corresponden a inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina II, bloqueadores de receptores de angiotensina II, B-bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazinas. En personas mayores de 60 años, se prefiere no utilizar los B-bloqueadores como primera elección.

El inicio de monoterapia podrá de realizarlo el médico general del primer nivel de atención con uno de los agentes hipertensivos mencionados, para lo cual se recomienda iniciar con.

Enalapril, dos veces al día (10-20 mg. Por día) o losartan, dos veces al día (50 a 100 mg.). o hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg. Por día) o amiodipino, una vez al día (5 a 10 mg. Por día).

TERAPIA FARMACOLOGICA COMBINADA.- La decisión de iniciar terapia farmacologica combinada dependera en principio de la respuesta clinica.De no alcanzarse la meta en al menos 8 a 12 semanas de tratamiento regular y continuo, debe combinarse.Si la dosis inicial convencional de un agente unico no muestra eficacia, tambien se recomienda combinar.

El inicio de terapia combinada podra realizarlo el medico del primer nivel de atencion.Cuando se inicia terapia combinada debe considerarse que el paciente sea referido al siguiente nivel para evaluacion de cardiologo o medico internista.

Los grupos de pacinetes, en quienes se prefiere combinar la terapia precozmente (4 semanas en monoterapia o desde el principio incluyen a aquellos que muestran niveles de presion sistolica de >160 mmHg. O presion arterial diastolica de > 100 mmHg.,sindrome metabolico,hipertensos con riesgo cardiovascular moderado a mas, adulto mayor,obesidad.

Las combinaciones de los agentes hipertensivos con probada eficacia e interaccion favorable se detalla a continuacion:

CONTROLES.- Una vez que el paciente tenga instaurado y este tiene un control de su presión arterial < 140 mmHg o según meta terapéutica se realizará un control cada mes por un periodo de 6 meses. Por lo menos en 4 de 6 controles (o > 75 % de los controles realizados), la medida de la presión arterial deberá de estar dentro del rango objetivo, considerándose como paciente controlado. Conseguido ello, los controles se realizarán cada 3 meses en el establecimiento de salud asignado tomando en cuenta la categorización de riesgo cardiovascular.

Todo paciente diagnosticado de Hipertensión se inicia terapia farmacológica en el primer nivel de atención deberá de tener un primer control en el establecimiento de salud del segundo nivel de atención por médico cardiólogo o internista, para evaluar la terapéutica y el resultado de la misma. Además tendrá un control anual por el médico internista del segundo nivel de atención. De la misma manera, los pacientes tratados en el segundo nivel de atención, tendrá un control anual por el cardiólogo del segundo nivel de atención o del tercer nivel de atención, quien evaluará si el paciente continuara siendo atendido en el establecimiento de salud del que fue referido o en otro de diferente nivel de atención.

2.3 Definición de terminos

CASO COMPLICADO DE DIABETES.-Es todo caso de diabetes que al momento de su captacion o durante seguimiento, presenta alguna de las siguientes complicaciones inherentes a la enfermedad: neuropatia, retinopatia (no proliferativa,proliferativa) , pie diabetico (sin amputacion, con amputacion) , nefrotatia (microalbuminuria,macroalbuminuria, insuficiencia renal) , complicaciones macrovasculares (enfermedad isquemica del corazon,enfermedad cerebrovascular,enfermedad arterial periferica).

COMORBILIDAD EN DIABETES: Presencia de enfermedades co existentes o adicionales con respecto a la enfermedad indice (diabetes) que es el objetivo del estudio. La comorbilidad puede afectar el rendimiento de las personas afectadas e incluso su supervivencia.Se puede utilizar como un indicador de pronostico para la duracion de la hospitalizacion, de factores , de costos y de mejora o la supervivencia: Hipertension arterial, obesidad, dislipidemia, enfermedad tiroidea, tabaquismo, anemia , cancer , higado graso, tuberculosis.

La diabetes mellitus es una enfermedad sujeta a notificacion obligatoria. Cada establecimiento de salud llenara la ficha

epidemiologica en forma continua y registrara los caos en forma semanal.

CASO NUEVO O INCIDENTE.-Es el caso de diabetes que es diagnosticado por primera vez, y que anteriormente desconocia su condicion de diabetico.

CASO PREVALENTE.- Es el caso de diabetes que ha sido diagnosticado previamente por un profesional medico en un servicio de salud, mediante un tess de glicemia o una prueba de tolerancia a la glucosa, sin importar que el paciente haya iniciado o no el tratamiento correspondiente.

DIABETES .- La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre).

La diabetes de tipo 1 (anteriormente denominada diabetes insulino dependiente o juvenil) se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina.

La diabetes de tipo 2 (llamada anteriormente diabetes no insulino dependiente o del adulto) tiene su origen en la incapacidad

del cuerpo para utilizar eficazmente la insulina, lo que a menudo es consecuencia del exceso de peso o la inactividad física.

La diabetes gestacional corresponde a una hiperglicemia que se detecta por primera vez durante el embarazo.

CASO COMPLICADO DE DIABETES.-Es todo caso de diabetes que al momento de su captación o durante seguimiento, presenta alguna de las siguientes complicaciones inherentes a la enfermedad: neuropatía, retinopatía (no proliferativa, proliferativa) , pie diabético (sin amputación, con amputación) , nefropatía (microalbuminuria, macroalbuminuria, insuficiencia renal) , complicaciones macrovasculares (enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica).

COMORBILIDAD EN DIABETES: Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales con respecto a la enfermedad índice (diabetes) que es el objetivo del estudio. La comorbilidad puede afectar el rendimiento de las personas afectadas e incluso su supervivencia. Se puede utilizar como un indicador de pronóstico para la duración de la hospitalización, de factores , de costos y de mejora o la supervivencia: Hipertensión arterial, obesidad, dislipidemia, enfermedad tiroidea, tabaquismo, anemia , cáncer , hígado graso, tuberculosis.

La diabetes mellitus es una enfermedad sujeta a notificación obligatoria. Cada establecimiento de salud llenara la ficha epidemiologica en forma continua y registrara los casos en forma semanal.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES .- También conocidas como enfermedades crónicas, tienden a ser de larga duración y resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

Los principales tipos de ENT son las enfermedades cardiovasculares (como los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el asma) y la diabetes.

DISLIPIDEMIA: (O dislipemia) consiste en la presencia de altos niveles de lípidos (colesterol, triglicéridos o ambos) que son transportados por las lipoproteínas en la sangre . Este término incluye la hiperlipoproteinemia (hiperlipidemia o hiperlipemia), que hace referencia a los niveles elevados de colesterol total, de lipoproteínas de baja densidad (LDL, el colesterol «malo») o de los triglicéridos, así como a una concentración baja de las lipoproteínas de alta densidad (HDL, el colesterol «bueno»).

ENTREGA DE RESULTADOS .- La entrega de resultados de la valoración clínica será realizado por personal capacitado en consultorio. Tiempo empleado de 15 minutos.

FACTORES DE RIESGO.- Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

FACTORES DE RIESGO COMPORTAMENTALES MODIFICABLES.- Los comportamientos modificables como el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso nocivo del alcohol aumentan el riesgo de ENT.

FACTORES DE RIESGO METABÓLICOS.- Los factores de riesgo metabólicos contribuyen a cuatro cambios metabólicos fundamentales que aumentan el riesgo de ENT:

El aumento de la tensión arterial

El sobrepeso y la obesidad;

La hiperglucemia (concentraciones elevadas de glucosa en la sangre)

La hiperlipidemia (concentraciones elevadas de grasas en la sangre).

GLUCEMIA.-Es la medida de concentración de glucosa en sangre, suero o plasma.

HIPERTENSION.-Es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria crónica, sin patología definida en la mayoría de los casos y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD).

En la población adulta el punto de corte para la presión arterial sistólica es de >140 mmHg. Y para la diastólica > 90 mmHg. El riesgo cardiovascular es inherente al nivel de la presión arterial y observa un incremento de tipo lineal.

INDICE DE MASA CORPORAL.- (8) Una de las combinaciones de variables antropométricas más utilizadas es el índice de Quetelet (peso en kg / talla² en m²) o índice de masa corporal (IMC). Se usa con frecuencia en estudios nutricionales y epidemiológicos como indicador de composición corporal o para evaluar tendencias en estado nutricional. El IMC ideal para los adultos mayores no está definido, pero se ubica dentro de un amplio margen, estimado actualmente así: mayor que 23 kg/m² y menor que 28 kg/m² . No existe evidencia de que en el adulto mayor las cifras ubicadas cerca del rango superior se asocien con un aumento significativo de riesgo. Sin embargo, niveles significativamente más altos o

bajos que este rango no son recomendables, especialmente si se asocian a otros factores de riesgo.

Es un sencillo índice sobre la relación entre el peso y la altura, utilizado para clasificar el peso insuficiente, normal o excesivo.

OBESIDAD: El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Cuyos valores es de >32 .

PREDIABETES.- Se considera el estado de prediabetes cuando el nivel de glicemia en plasma en ayunas se encuentra entre 100 y 125 mg/dl o el tes de tolerancia en glucosa es anormal (nivel de glicemia entre 140-199 mg/dl después de ingesta de 75 gr. De glucosa) o ambas condiciones simultáneamente.

SOBREPESO: El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Cuyos valores es de >28 a 32 .

TAMIZAJE LABORATORIAL .-El tamizaje laboratorial incluye el dosaje de glucemia y perfil lipídico (colesterol y triglicéridos) es realizado en los establecimientos de salud que cuentan con laboratorio con capacidad de realizar el dosaje de glucosa y perfil lipídico, de lo contrario se referirá para la prueba y contrareferir

para la interpretación de resultados. Puede ser realizado por el personal capacitado.

TRIGLICERIDOS: Los triglicéridos son un tipo de grasa que se encuentra en la sangre, cuya función es almacenar energía y dar energía a los músculos. El cuerpo produce triglicéridos, así como también provienen de los alimentos que se consume. Las calorías sobrantes se convierten en triglicéridos y son almacenadas en los adipocitos para su uso posterior. Si se consume más calorías que las que el cuerpo necesita, el nivel de triglicéridos puede ser alto.

Los niveles altos de triglicéridos en sangre, se denomina hipertrigliceridemia y aumentan el riesgo de enfermedades cardíacas.

VALORACION CLINICA .-La valoración clínica incluye la valoración del índice de masa corporal (IMC), medición del perímetro abdominal, valoración de estilos de vida, medición de la presión arterial. Se emplea 25 minutos.

VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR .- La valoración clínica del adulto mayor es el proceso diagnóstico multidimensional y usualmente multidisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor con la intención de elaborar un plan de

promoción, prevención, atención y/o rehabilitación, según corresponda.

VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES .- (9) Es el conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión; incluye la valoración clínica, exámenes de laboratorio y consulta por profesional de la salud para la entrega de resultados y manejo:

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1.Recoleccion de datos

Para la recoleccion de datos se solicito la autorizacion al Director de la Red de Salud Junin .

Luego de ello se realizo el analisis de fuentes documental y verbales:

Registros de Enfermeria tales como Registro de Seguimiento del Adulto Mayor,Registro de tamizaje de Factores de Riesgo en Enfermadades No Transmisibles.Padron Nominal del Adulto Mayor,Registro HIS MINSA,Informes Operacionales

Evidencias fotograficas

3.2.Experiencia profesional:

Hasta Noviembre del 2013 el Hospital de Apoyo Junin no contaba con infraestructura, equipo, mobiliario y personal asignado al Programa del Adulto Mayor.

Los indicadores de Morbi-Mortalidad en esta etapa de vida se observaba una alta tasa de incidencia de casos como Hipertension Arterial,Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Hipercolesterolemia, Sobrepeso, Obesidad y Accidentes Cerebro Vasculares

Se realizaron pasantías en el CAM de ESSALUD JUNIN, en el CAM de Villa Rica, así mismo se participó en capacitaciones organizadas por la DIRESA JUNIN y cursos particulares que dio sostenibilidad teórica científica y práctica vivencial para la implementación del Programa.

El 2014 la Dirección nos asigna un ambiente diferenciado para brindar una atención integral del Adulto Mayor esto es:

Tamizaje de Factores de Riesgo en Enfermedades No Transmisibles (Hipertensión, Diabetes Mellitus, Dislipidemias e Hipercolesterolemias) esta actividad consta de 4 etapas y/o periodos:

SENCIBILIZACION Y CAPTACION.- Debido a que el programa es nuevo, y la población beneficiaria desconoce de las actividades que se van a realizar y de los beneficios de la actividad, se toma un tiempo adicional para esta actividad. Se emplea diversas estrategias: Secciones Educativas, Charlas Educativas Radiales o Televisivas o captación de pacientes en los consultorios externos de medicina o otros programas. Tiempo mínimo empleado 30 minutos efectivos.

VALORACION CLINICA .-La valoración clínica incluye la toma de medidas antropométricas peso y tallas para la valoración del índice de masa corporal (IMC), medición del perímetro abdominal, valoración

de estilos de vida (rellenado en la hoja de factores de riesgo), medicion de la presion arterial, Examen fisico y registro de dichas actividades en la Historia clinica, Formato Unico de Atencion del Sistema Integrado de Salud (FUA), Registro de Tamizaje de Enfermedades No Transmisibles , Registro del Adulto Mayor, la aplicación de la Valoracion Clinica del Adulto Mayor (VACAM) y elaboracion de la Orden de Laboratorio. Se emplea como promedio **45 minutos** dependiendo del grado de independencia del adulto mayor, limitacion auditiva y /o ocular, estado cognitivo y lenguaje.

TAMIZAJE LABORATORIAL .-El tamizaje laboratorial incluye el dosaje de glucemia y perfil lipidico (colesterol y trigliceridos) es realizado en los establecimientos de salud que cuentan con laboratorio con capacidad de realizar el dosaje de glucosa y perfil lipidico, de lo contrario se referira para la prueba y contrareferir para la interpretacion de resultados. Puede ser realizado por el personal capacitado (tecnico de laboratorio, biologo, tecnologo medico).

ENTREGA DE RESULTADOS .- La entrega de resultados de la valoracion clinica sera realizado por el personal de enfermeria capacitado en consultorio del programa. Despues de hacer un analisis del resultado debera de tomar la desicion del manejo pudiendo ser primero: Cuando los valores tanto clinico como laboratoriales son normales se debera de brindar una consejeria integral de

mantenimiento de buenos estilos de vida saludables, Segundo; cuando los valores antropométricos IMC presenta :delgadez, sobrepeso y obesidad y los valores laboratoriales normales el manejo es mediante primero consejería nutricional dado por la enfermera capacitada o nutricionista si se cuenta y se envía a interconsulta a medicina para tratamiento y evaluación correspondiente. Tercero si los resultados tanto clínicos y laboratoriales se brinda una consejería integral cambios de estilos de vida saludable, alimentación adecuada y adherencia al tratamiento; luego se realiza un interconsulta al médico para el tratamiento correspondiente Tiempo empleado de 20 minutos..

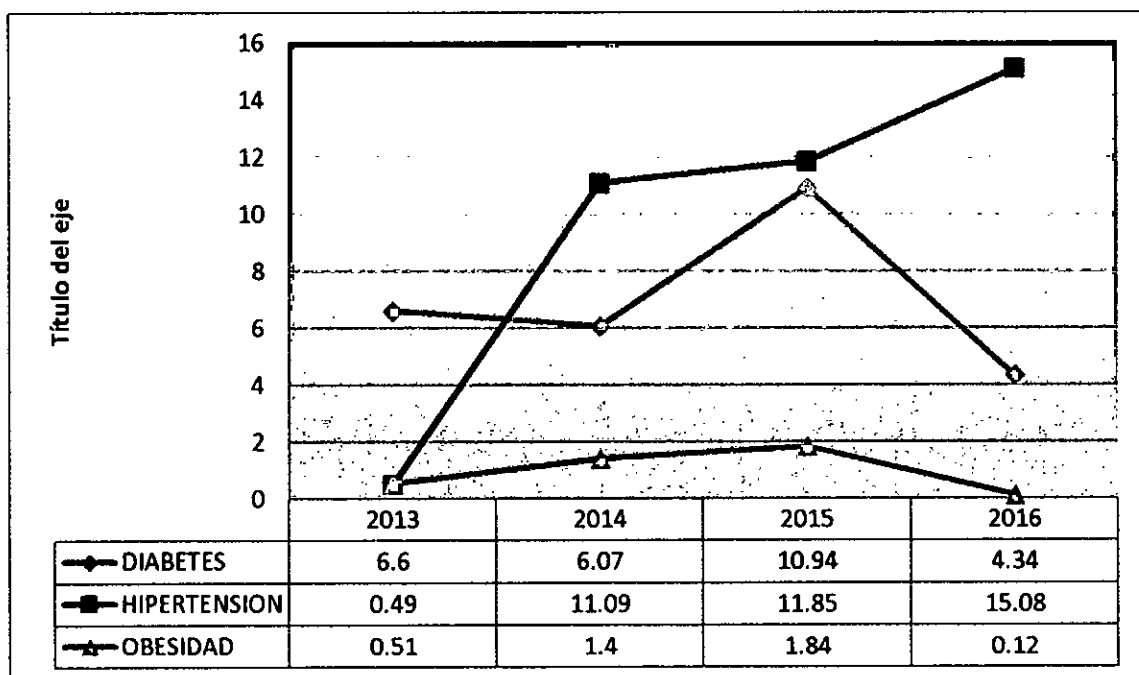
Debido a que no se cuenta con financiamiento limitado se busco aliados para el financiamiento tanto aliados internos como externos.

Entre los aliados internos se coordino con los Programas Presupuestales de Enfermedades No Transmisibles, Tuberculosis, Discapacidad, Cáncer e Inmunización. Entre nuestros aliados externos contamos con la Municipalidad Provincial de Junín, Pensión 65, Programa de Vaso de Leche Junín.

IV RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

TASA DE PREVALENCIA DE DIABETES, HIPERTENSION ARTERIAL Y OBESIDAD EN POBLACION ADULTA MAYOR DE LA RED DE SALUD JUNIN 2013-2016

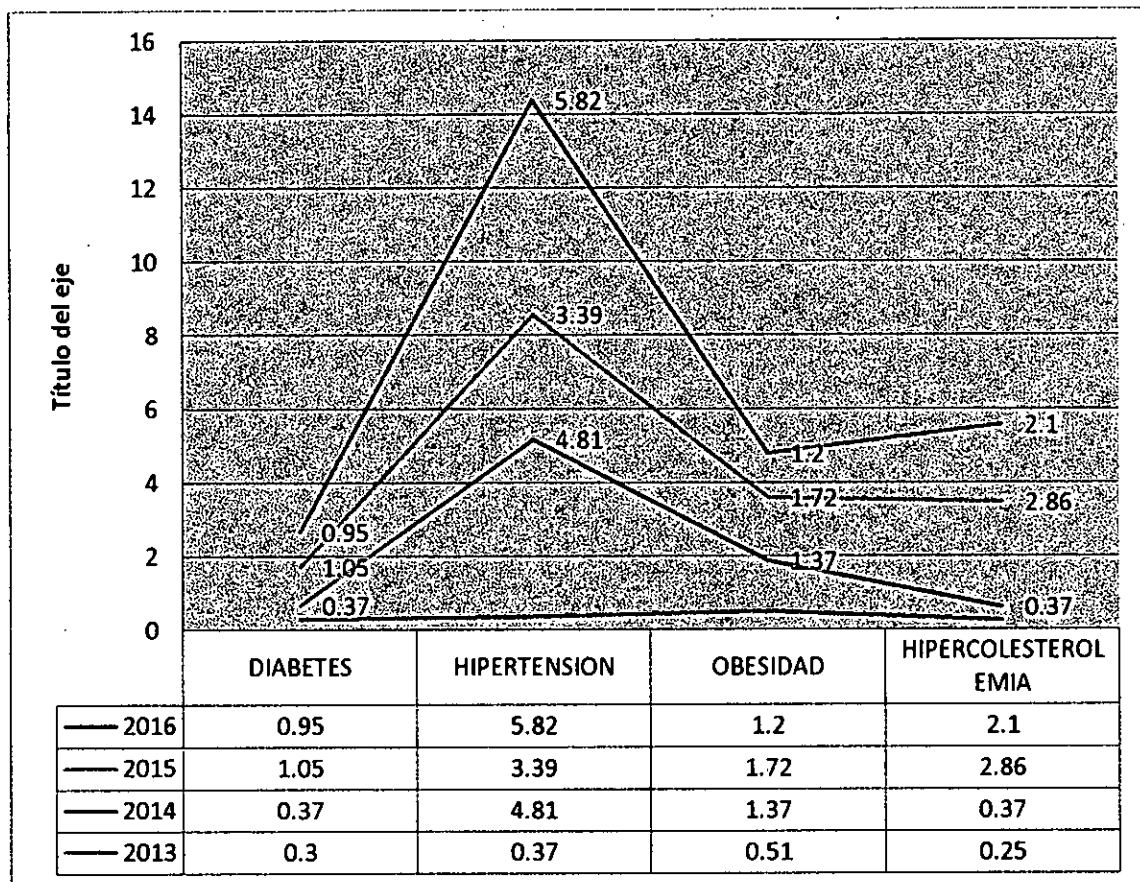


Fuente: Oficina de Estadística e Informática de la Red de Salud Junin.

En el presente cuadro se evidencia el incremento de la tasa de prevalencia de Hipertension Arterial, Diabetes Mellitus y obesidad hasta el 2015 y una disminucion brusca en el año 2016 que es resultado de la implementacion de las actividades preventivas promocionales frente a las enfermedades no transmisibles.

CUADRO N° 4.2

TASA DE INCIDENCIA DE DIABETES, HIPERTENSION ARTERIAL, OBESIDAD E HIPERCOLESTEROLEMIA EN POBLACION ADULTA MAYOR DE LA RED DE SALUD JUNIN 2013-2016



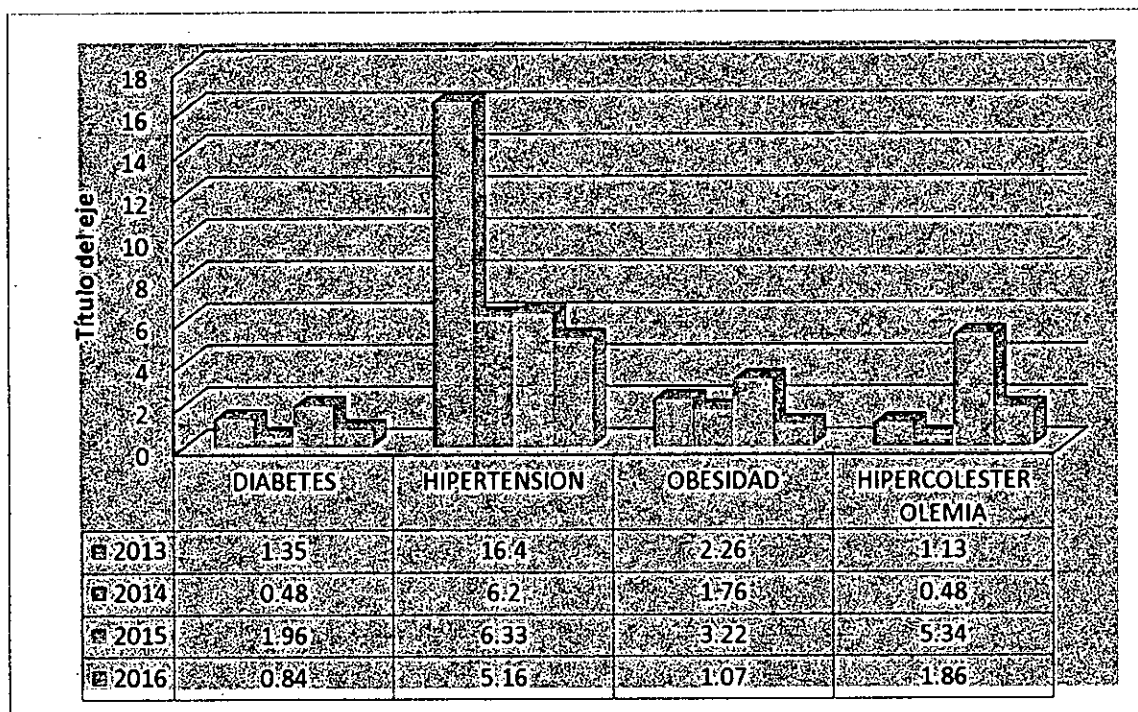
Fuente: Oficina de Estadística e Informática de la Red de Salud Junin.

El incremento de la tasa de incidencia de Hipertension Arterial es proporcional a la tasa de incidencia de obesidad e hipercolesterolemia lo cual nos indica que si no se logra revertir los problemas nutricionales se continuaran presentando los casos de hipertension arterial y las complicaciones de estas.

En los casos de Diabetes Mellitus tipo II no presenta igual comportamiento debido a que su etiologia generalmente es genetica.

CUADRO N° 4.3

**PROPORCION DE CASOS NUEVOS (DIABETES, HIPERTENSION ,
OBESIDAD Y HIPERCOLESTEROLEMIA) Y NUMERO DE ATENDIDOS
EN ADULTOS MAYORES DE LA RED DE SALUD JUNIN 2013-2016**



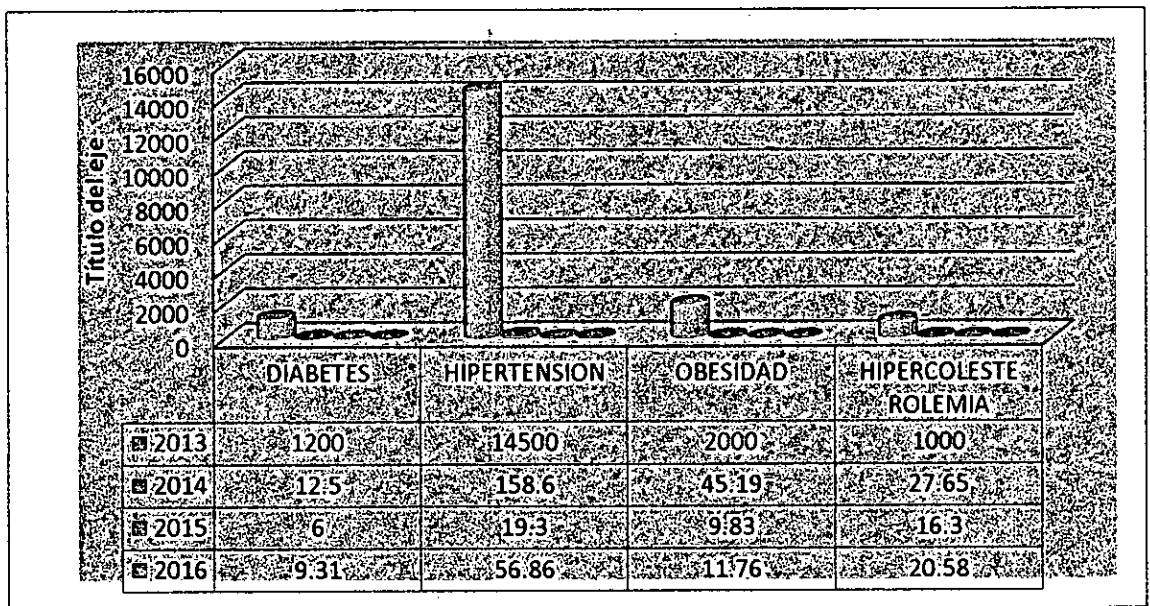
Fuente: Oficina de Estadística e Informática de la Red de Salud Junin.

El 2016 se atendieron 1832 adultos mayores siendo la cifra más elevada de los cuatro años en estudio por lo que se puede observar que es proporcional al número de casos nuevos encontrados.

Para el 2013 se atendieron 884 adultos mayores y se presentaron 145 casos nuevos de Hipertensión arterial que hace un 16.4 % de nuevos casos nuevos, por lo que se concluye que los casos de hipertensión arterial es predominante en esta etapa de vida.

CUADRO N° 4.4

**PROPORCION DE PACIENTES CON VALORACION CLINICA Y
TAMIZAJE LABORATORIAL Y CASOS NUEVOS
(DIABETES, HIPERTENSION, OBESIDAD Y
HIPERCOLESTEROLEMIA) EN LA POBLACION ADULTA MAYOR
DE LA RED DE SALUD JUNIN 2013-2016**

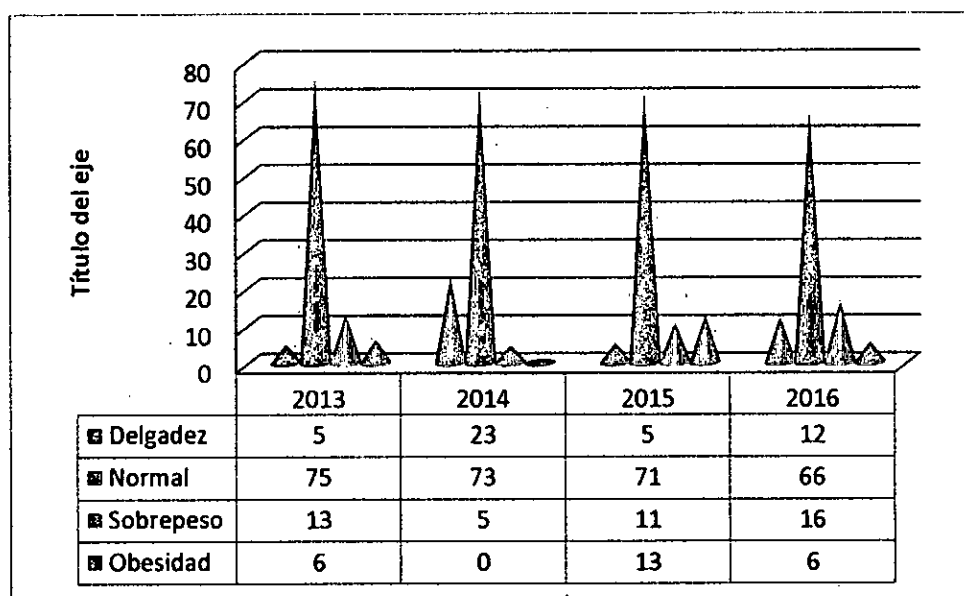


Fuente: Oficina de Estadística e Informática de la Red de Salud Junin.

La relación de casos nuevos identificados se eleva significativamente elevado en relación al número de pacientes tamizados con la valoración clínica y tamizaje laboratorio debido que la oferta del servicio es específica y por los factores de riesgo de la población objeto de estudio (sedentarismo, alta ingesta de grasas y carbohidratos, clima y nivel del mar, etc.).

CUADRO N° 4.5

PORCENTAJE ADULTOS MAYOR SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DE LA RED DE SALUD JUNIN 2013-2016

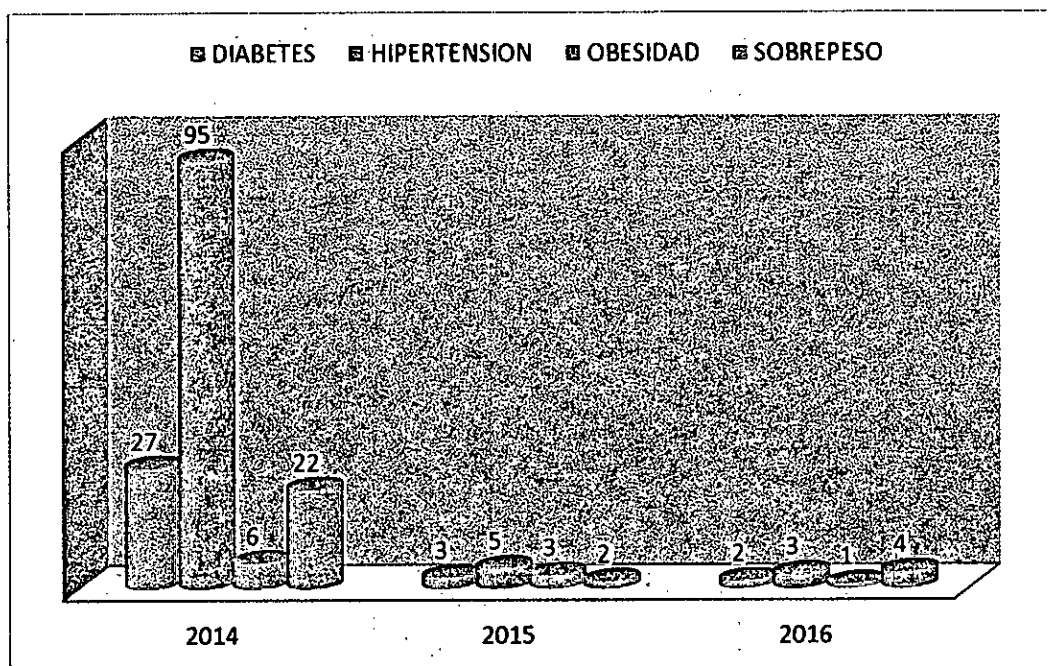


Fuente: Oficina de Estadística e Informática de la Red de Salud Junin

El 2015 se presentó la cifra más elevada de casos con obesidad los cuales para el 2016 pasaron al grupo de sobrepeso, aparentando un incremento, pero lo que en realidad es que los casos de obesidad pasaron a formar este grupo lo que nos indica que las actividades preventivo promocionales están teniendo impacto en la Red de Salud

.En lo que respecta a los casos de obesidad disminuyó significativamente de 13 % en el 2015 a 6% en el 2016. Lo cual justifica la labor de enfermería y la implementación, sostenibilidad de esta actividad.

CUADRO 4.6
PORCENTAJE DE CASOS NUEVOS ENCONTRADOS EN LA
VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL EN
POBLACION ADULTA MAYOR DE LA RED DE SALUD JÚNIN 2014-
2013



Fuente: Oficina de Estadística e Informática de la Red de Salud Junin

El 2014 se lograron a captar mas del 95 % de casos de hipertension a través de la valoración clínica y tamizaje de Enfermedades No Transmisibles lo cual refleja la alta confiabilidad del metodo y lo mas importante la alta capacidad de accesibilidad a la población para un tratamiento y diagnostico oportuno.

V.- CONCLUSIONES

- a) El presente estudio a demostrado la alta prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles (Diabetes mellitus, Hipertensión arterial, obesidad e hiperlipidemia) en la población adulta mayor de la Red de Salud Junin.
- b) La relación de casos nuevos identificados se eleva significativamente elevado en relación al número de pacientes tamizados con la valoración clínica y tamizaje laboratorial debido que la oferta del servicio es específica y por los factores de riesgo de la población objeto de estudio (sedentarismo, alta ingesta de grasas y carbohidratos, clima y nivel del mar, etc.).
- c) El 2015 se presentó la cifra más elevada de casos con obesidad los cuales para el 2016 pasaron al grupo de sobrepeso, aparentando un incremento, pero lo que en realidad es que los casos de obesidad pasaron a formar este grupo lo que nos indica que las actividades preventivo promocionales están teniendo impacto en la Red de Salud
- d) .En lo que respecta a los casos de obesidad disminuyó significativamente de 13 % en el 2015 a 6% en el 2016. Lo cual justifica la labor de enfermería y la implementación, sostenibilidad de esta actividad.

VI.- RECOMENDACIONES

- a) Fortalecer las actividades orientadas a la aplicación del tamizaje y valoración clínica y tamizaje laboratorial a la población adulta mayor de la Red de Salud Junín en todos los miembros del equipo de salud.
- b) En relación a los casos nuevos identificados en el Consultorio del Programa de Enfermedades No transmisibles es elevado por lo que justifica la labor de enfermería en el Diagnóstico precoz de las enfermedades no transmisibles.
- c) Debido al impacto de pacientes con obesidad y sobrepeso se recomienda la estandarización del tamizaje y valoración clínica y tamizaje laboratorial a la población adulta mayor en todos los establecimientos de salud de la Red de Salud Junín.

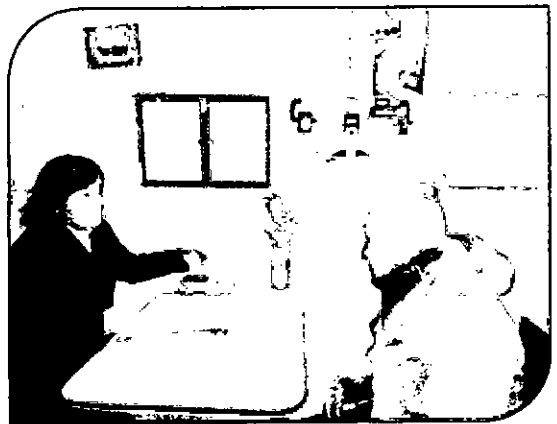
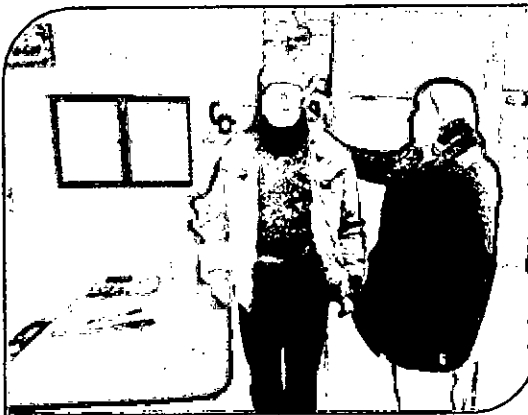
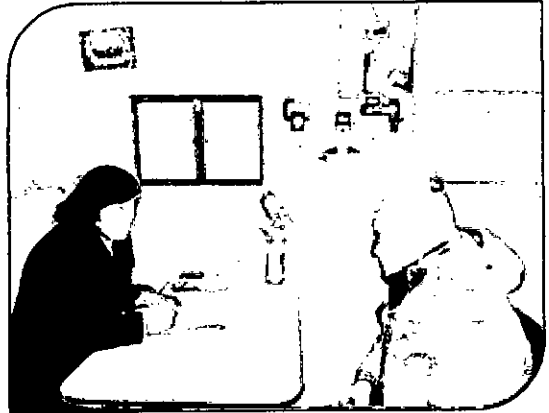
VII. REFERENCIALES

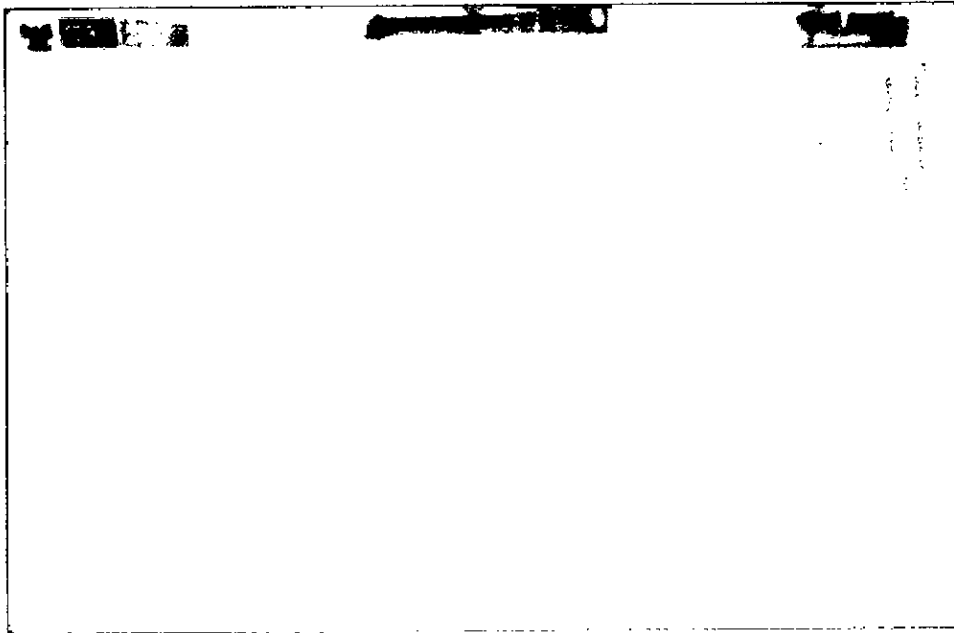
1. Ferrante D, Virgolini M. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en el Argentina. Argentina : Universidad Nacional Nordeste, Facultad de Medicina; 2006.
2. Achata ML. Factores socioculturales asociados a enfermedad cardiovascular en los pacientes del consultorio de cardiología del hospital san juan de lurigancho 2017. Lima : Universidad Nacional mayor de san Marcos , Facultad de medicina ; 2017.
3. Barrera DE. Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares segun los determinantes de la salud presentes en los choferes de transporte público. Lima : Universidad Nacional Mayor de san Marcos, Facultad de Medicina ; 2015.
4. Neciosup C. Factores asociados al no tratamiento de enfermedades cardiovasculares en personas mayores de 40 años analisis de la encuesta demografica y de salud familiar endes 2011. Lima : Universidad Nacional Mayor de san Marcos , Facultad de medicina ; 2011.
5. Robert S. Porter MJLK. Manual Merck de Informacion Medica General. III° Edicion ed. Perrera JGyMM, editor. Barcelona, España: OCEANO; 2015.

6. Salud Md. Resolucion Ministerial N° 961-2014/MINSA. In ; 2014; Lima.
11 de Diciembre. p. 2-4.
7. Salud Md. Resolucion Ministerial. N° 031-2015/MINSA. In ; 2015;
Lima, 19 de Enero. p. 3-5.
8. Salud OMDI. Enfermedades no Transmisibles. OMS. Junio, 2017.
9. Salud Md. Resolucion Ministerial N° 907-2016/MINSA. In ; 2016; Lima,
21 de Noviembre. p. 415-447.
10. Ministerial MR. DOCUMENTO TECNICO: Definiciones Operacionales
y Criterios de Programacion Lima-Peru; 2016.

ANEXOS

ANEXO 01





MINISTERIO DE SALUD	
Unidad Ejecutora de Salud Jemín	
Registro Diario de Atención y Gasto del Centro de Salud	
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	