

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**“INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL DE
GESTION DE ENFERMERIA EN ACCIONES DE
PREVENCION Y CONTROL DE LA HIPERTENSION
ARTERIAL EN PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS EN LA
RED DE SALUD JAUJA 2013 - 2016”**

**TRABAJO ACADEMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN POLITICA,
GESTION EN SALUD Y ENFERMERIA**

CAROLINA ELSA BARRETO CANTURINI

Callao, 2017

PERÚ

INTRODUCCIÓN

Siendo la Hipertensión arterial uno de los principales factores que ocasiona cardiopatías y accidentes cerebrovasculares causa de muerte prematura y discapacidad. Es una patología con mayor frecuencia en mayores de 15 años. El problema principal es que la tercera parte de la población que presenta esta patología lo desconoce y una tercera parte que recibe el tratamiento no consigue una presión por debajo de 140/90mmHg.

En el Perú la prevalencia de hipertensión arterial en personas de 15 y más años alcanzó el 17,6%. De este total, el 48,6% de personas de 60 y más años de edad, tenían presión alta o hipertensión y la Provincia Constitucional del Callao, la Provincia de Lima y las regiones de Piura, Tumbes, Loreto, Ica y Pasco mostraron porcentajes superiores al 19%. (1)

El presente informe de experiencia profesional titulado “**Gestión de Enfermería en Acciones de Prevención y Control de la Hipertensión arterial en personas mayores de 15 años en la Red de Salud Jauja 2013 - 2016**”, tiene por finalidad describir a través de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de Daños No Trasmisibles las acciones de enfermería en la gestión; en sus líneas de acción de Políticas Públicas, en la vigilancia , en la promoción de Salud y prevención de la Hipertensión arterial, evidenciando la sistematización de los procesos que contribuyeron a que el personal de los establecimientos del Primer y segundo Nivel de atención con población asignada implementen a partir de la identificación de los factores de riesgo como son dieta malsana, tabaquismo, dislipidemias o diabetes sedentarismo, obesidad; la detección oportuna, y el tratamiento, lo cual es un paso muy importante para prevenir las complicaciones de la Hipertensión arterial para disminuir los casos de años de vida ajustados en función a la discapacidad; los costos en salud, la

estancia hospitalaria, la re hospitalización, la morbilidad y la mortalidad, mejorando así la calidad de vida de los pacientes mayores de 15 años, lo que se ve reflejado en la mejora de los indicadores de proceso y de resultados establecidos por las políticas nacionales.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **I. Planteamiento del Problema:** describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **II. Marco Teórico** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **III. Experiencia Profesional:** considera la presentación de la experiencia profesional, **IV. Resultados;** **V. Conclusiones,** **VI. Recomendaciones** y el **VII. Referenciales** y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La gestión de las acciones de prevención y control de la Hipertensión se realizan por intermedio de La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles, establecida el 27 de Julio de 2004 con RM N° 771-2004/MINSA en el marco de atención integral; pero en la Red de Salud Jauja se inicia la implementación recién el año 2012. A partir de que la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud en su análisis en términos de años de vida saludables perdidos se concluye que por enfermedades no transmisibles se estarían perdiendo dos veces más años de vida saludable que por enfermedades transmisibles, causas maternas y peri natales juntas, y tres veces más que por accidentes y lesiones (2); donde las enfermedades cardiovasculares constituyen el 8% de total de años de vida perdidos en el Perú.

En la actualidad la Gestión se desenvuelve en un sistema de Salud Nacional donde las Políticas Nacionales del Sector dan prioridad presupuestal a las Estrategias Sanitaria de Madre y Niño dejando rezagado las enfermedades No transmisibles como la Hipertensión Arterial muy a pesar de que en el Plan Estratégico Nacional y Regional de Salud se encuentra como la Tercera prioridad lo que representa una insuficiente dotación de recursos para materiales y equipos médicos y de recursos humanos. Asimismo luego de 11 años de creación de la Estrategia de Daños no transmisibles la Guía Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y control de la enfermedad Hipertensiva es aprobada con Resolución N°031-2015/MINSA; del que se está estableciendo estrategias para la implementación de las recomendaciones en base a la priorización y el análisis situacional local que se va a medir como un indicador de Acuerdos de Gestión Institucional como personal médico con

capacitación en la Guía Práctica Clínica; pero no se cuenta con presupuesto para dicho fin. Por otro lado es una de las Acciones de prevención la valoración clínica y tamizaje de personas con riesgo de padecer la enfermedad crónica como la Hipertensión arterial; que es evaluada como un indicador del Convenio de Capitado cuya meta es del 10% de la población afiliada al SIS.

La Red de Salud Jauja cuenta con un hospital de categoría de atención II-1 con población asignada; un establecimiento de categoría I-4; 8 establecimiento de categoría I-3; 23 establecimiento de categoría I-2 y 32 establecimiento categoría I-1; los que están involucrados en el presente informe de experiencia laboral.

Para realizar la Gestión de Enfermería para la prevención y control de la Hipertensión se tiene conocimiento y además desarrollar competencias en las Líneas estratégicas del Plan de acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Trasmisibles de la Organización Panamericana de la Salud de la OMS (2012 -2025) y los Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades 2016 – 2020 y además el Objetivo estratégico disminuir la morbilidad no trasmisibles del Plan Estratégico Institucional 2015 - 2017 Gobierno Regional Junín; dentro de las cuales una de ellas Factores de riesgo y factores protectores en la enfermedades no trasmisibles y otra la respuesta de los Sistemas de salud en las enfermedades no trasmisibles son los que se vienen trabajando en su implementación en la Red de Salud Jauja; dejando de lado aun la línea de acción de vigilancia e investigación de las Enfermedades no trasmisibles; a esto hay que sumarle el lineamiento que consiste en el fomento de la participación social y su empoderamiento en salud para la prevención y control de enfermedades No trasmisibles; al que no le han asignado presupuesto y por lo tanto es poco lo que se realiza.

Se consideran para la Gestión de Enfermería en acciones de prevención y control de la Hipertensión la implementación de las Políticas establecidas en el Sector Salud; estando dispuesto así en las Definiciones Operacionales aprobadas por el Ministerio de Salud; por ser una Red de Salud; que han sido evaluados de acuerdo a los siguientes componentes: en Gestión alcanzando un 87.5%; en Programación y Ejecución de presupuesto se alcanzó un 60%; en Sistema de Información y calidad de Información se alcanzó un 80%; en el Logístico se alcanzó un 100%; en Promoción de la Salud se alcanzó un 100%; y el Monitoreo y Evaluación se alcanza un 100% de acuerdo a la “Guía de Asistencia Técnica : Monitoreo de actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional de prevención y Control de Daños No trasmisibles” Nivel Red.

Frente a la situación problemática; la Gestión de Enfermería para las acciones de prevención y control, está ligada a la participación del equipo de salud en especial del profesional médico; teniendo que administrar en la Red un total de 41 establecimiento de categoría I-2 ; I-3 y I-4 donde los responsables de la Estrategia Sanitaria de Daños No trasmisibles es el Medico; mientras que son 13 de Nivel I-1 son profesionales en Enfermería y de los 20 restante Nivel I-1 es Técnico de Enfermería u otro profesional; quienes tienen que garantizar y prestar una atención de salud de calidad.

El objetivo de lograr en las establecimiento la organización e implementación de los servicios; con recursos humanos con competencias para intervenir en los factores protectores y los factores de riesgo y la detección oportuna; tratamiento y seguimiento de la Hipertensión arterial para prevenir las complicaciones incapacitantes en personas mayores de 15 años y que realicen un adecuado registro

de información; va a contribuir en el avance de metas programadas en el Plan Operativo Institucional.

La Red de Salud no cuenta con asignación del Presupuesto General Anual para este fin; muy a pesar de tener que cumplir con el Indicador del Convenio de acuerdos de Gestión de la Región “Establecimientos de Salud preparados para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Hipertensiva” donde se incluye al 100% de establecimiento de las categorías I-2; I-3 y I-4.

Además el indicador de convenio capitado “persona tamizada en presión arterial; índice de masa corporal perfil lipídico y glucosa” donde se trabaja la valoración clínica y tamizaje de factores de riesgo para detectar en forma temprana y oportuna las enfermedades cardiometabólica y sus complicaciones como es la Hipertensión arterial; participan el 100% de establecimientos; cuya meta es el 10% de la población afiliada mayor de 18 años. El cumplimiento de la meta se ve limitada porque no todos los Establecimientos de categoría I-3 cabeceras de Microrred cuentan con el equipamiento adecuado (ausencia o en estado malogrado de los espectrofotómetros).

La prevalencia de la Hipertensión arterial en la Red de Salud Jauja; se está incrementando debido (14.8% en el Perú) (3) a las acciones de prevención para la captación oportuna; pero la capacidad de respuesta de los Establecimientos del Primer Nivel de Atención con la implementación de las recomendaciones de la Guía Práctica Clínica disminuirán los años de vida perdidos y los años de vida con discapacidad y por lo tanto las pérdidas económicas tanto de las familias y a nivel gubernamental; de ahí la relevancia de la presente problemática.

Cuando se realice la revisión bibliográfica se detallaran los determinantes sociales de la salud de la participación intersectorial e intergubernamental; la equidad, la interculturalidad; la participación social; y de los factores modificables que influyen en la prevalencia de la enfermedad Hipertensiva

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo General

Describir la experiencia profesional en la gestión de Enfermería en el control de la hipertensión arterial en personas mayores de 15 años en la Red de Salud Jauja 2013 – 2016

1.2 Justificación

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer la Gestión de enfermería en las acciones de prevención y control de la Hipertensión arterial en mayores de 15 años 2014 – 2016 con el propósito de disminuir la prevalencia; años perdidos de vida; años perdidos por discapacidad; el costo económico por re hospitalización; y la mortalidad en la Hipertensión arterial

El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos sobre gestión en enfermería y las acciones de prevención y control en Hipertensión arterial de acuerdo a las Políticas públicas vigentes en sus diferentes componentes como gestión; programación y ejecución presupuestal; sistema y calidad de información; logística; monitoreo y evaluación; que se deben tener en cuenta. Además se realizan capacitaciones al personal de los establecimientos fortaleciendo sus competencias en el Diagnóstico y tratamiento para tener establecimientos de salud preparados para intervenir en la prevención y control y estableciendo estrategias para disminuir los indicadores negativos y alcanzar las metas programadas. Además en dirigir y

organizar vigentes el Nivel de participación de la Enfermería en la Gestión de la implementación de Políticas públicas y como estas fortalecen su desarrollo profesional además describe el progreso para integrarse en el trabajo en equipo; examinar los resultados de la actividad de la enfermera y resaltar el liderazgo ejercido.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico porque precisa los estudios requeridos por profesionales de enfermería para trabajar en la Gestión de las acciones preventiva promocionales de acuerdo a las Políticas Publicas para lograr una adecuada intervención en la población individual; familiar y colectiva adoptando la atención integral, familiar y comunitaria.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A nivel Internacional

- a) PÉREZ QUINTERO, Celenny/ GONZÁLEZ RUIZ, Gisela/ CARRASQUILLA BAZA, Deibys/ GARCÍA PATIÑO, Esnirly/ GUARÍN BEDOYA, Evelin/ LUNA SEMACARITT, Luisa/ SIRTORI DE LA CRUZ, Lorena (2014) en su trabajo de investigación “Evaluación de un Programa de Atención de la Hipertensión Arterial, según normatividad vigente en Colombia” quienes con el objetivo Evaluar el cumplimiento de los indicadores establecidos en el programa de atención de la hipertensión arterial de una institución prestadora de servicios de salud de la ciudad de Santa Marta, de acuerdo con el Anexo Técnico N° 1 de la resolución 1043/2006 y la Guía de Atención de la Hipertensión Arterial establecida por el Ministerio de la Protección Social. Utilizando los metodología de Estudio evaluativo, transversal cuya unidad de análisis fue constituida por una institución prestadora de servicios de salud e historias clínicas pertenecientes a 204 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial con un año o más de evolución; información recolectada mediante la aplicación de una lista de verificación validada a través de expertos. Llegaron a los resultados siguientes cumplimiento de los indicadores del programa, distribuido de la siguiente manera: recurso humano (100 %), infraestructura física (50 %), dotación (83 %), proceso de atención (50 %), referencia y contra referencia (100 %), historia clínica (89 %), diagnóstico (52.5 %), tratamiento (75 %), seguimiento al paciente (100 %), seguimiento a riesgo (0 %). Siendo sus conclusiones que el programa, cumple con los Indicadores establecidos en un 69,95 %, que según la escala de cumplimiento estipulada, se encuentra en el nivel 2: Satisfactorio.
- (4)

En nuestro estudio en los indicadores de la Estrategia sanitaria de Daños no Transmisibles de los Producto de Evaluación clínica y tamizaje laboratorial de personas con riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles y Brindar tratamiento a personas con diagnóstico de hipertensión arterial; se toman en cuenta los indicadores como recursos humanos; infraestructura; insumos disponibles.

b) MADRAZO PÉREZ, María; en la tesis para Doctorado titulado “La cultura organizacional enfermera de la atención primaria de salud en Cantabria: dinámicas de integración.” Madrid (2015); siendo el objetivo general de la investigación estudiar la cultura organizacional generada entre las enfermeras de Atención Primaria y como objetivos específicos identificar la influencia de las políticas de personal en el desarrollo profesional, describir la evolución del trabajo en equipo, analizar el producto generado entendido como el resultado de la actividad enfermera, y diferenciar los liderazgo Teniendo como resultado que, se percibe que estamos ante una nueva cultura profesional como sinónimo de liderazgo, al atribuirse logros profesionales sustentados en valores como la confianza, la implicación en la salud y la satisfacción de los pacientes. Llegando las siguientes conclusiones:

Los mecanismos que influyen en la creación de la cultura organizacional identificados a través de las etapas del ciclo vital organizativo de la Atención Primaria, son similares a los de otras organizaciones. Los rasgos particulares que la definen, se caracterizan por haber creado y difundido un paradigma cultural que ha traspasado la dispersión geográfica y que revelan un patrón de creencias compartidas, fruto de la interacción entre las enfermeras, con otros colectivos profesionales y con los gestores. La ausencia de una política de personal, la invisibilidad profesional

percibida y el liderazgo profesional, son elementos de la cultura que reflejan contradicciones en la evolución del modelo de Atención Primaria (5).

En nuestro estudio es importante tener un conocimiento amplio del trabajo en equipo como cultura organizativa porque influye en el resultado del cumplimiento de indicadores que son parte de la gestión y a su vez parte de la atención primaria de Salud en la que se incluyen las acciones preventivas y de control

A Nivel nacional

c) BARRERA CHUQUIARQUE, Diana Evelyn; en la Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería; 2015 titulado “Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares según los determinantes de la salud presentes en los choferes de transporte público 2014” Estudio de tipo cuantitativo de nivel aplicativo que utiliza el método descriptivo de corte transversal. 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. Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares según los determinantes de la salud presentes en los choferes de transporte público 2014. (6)

En nuestro estudio se aborda las estrategias que se aplican para intervenir los factores de riesgo; por ser prioritarias para la prevención y control de la Hipertensión Arterial y se toman en cuenta los estilos de vida.

d) CACERES PLASCENCIA, Juana Marisol. “Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos

Alcántara Butterfield”; trabajo de investigación para optar la especialidad de Enfermería Cardiológica investigación de tipo cuantitativa y método descriptivo simple. La muestra está conformada por 45 pacientes que pertenecen al programa de hipertensión arterial, los datos son recolectados a través de un formulario tipo cuestionario sobre alimentación y actividad física, de los cuales el 71% de los pacientes refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29% estilos de vida saludables. Propone la presentación de los resultados de la presente investigación a las autoridades del hospital con la finalidad que permita tener elementos suficientes para argumentar políticas para la mejora de la atención.
(7)

En el estudio presente es importante tener referencia del estilo de vida que tiene la población para su intervención adecuada y establecer estrategias acorde a la realidad.

2.2 Marco Conceptual o Referencial o Teórico

2.2.1 Gestión de Enfermería

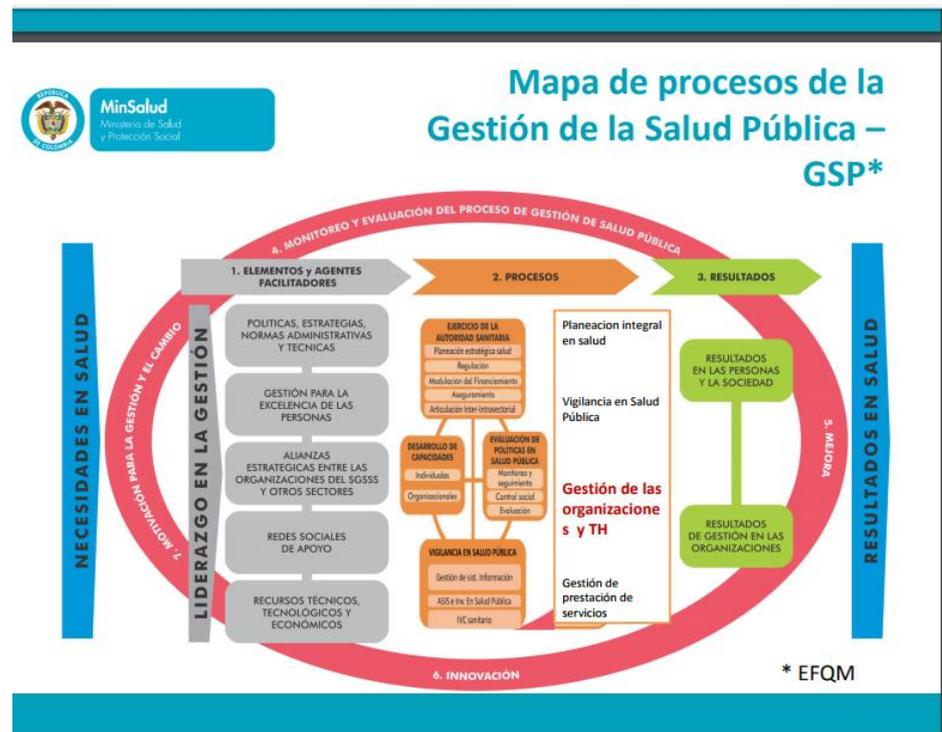
Es liderar, dirigir y conducir a la solución una situación problemática facilitando las tareas asignadas al personal de salud con el objetivo de alcanzar metas con eficacia ósea en el menor tiempo y cantidad; y eficiencia menor costo y máxima calidad. Por medio de ella se dedica a la administración, coordinación y funcionamiento de la institución de salud. El gerente hace gestión; y en la actualidad propicia el cambio y adaptación y los que apresura; y fundamentalmente desarrolla confianza; es un solucionador de problemas en la organización de salud.

Clasificación de la gestión

Se clasifica en función al tipo de actividad; una de las más importantes en la profesión de enfermería son:

- **Gestión en Salud Pública**

Es un proceso dinámico, integral, sistemático y participativo orientado a que las estrategias, procedimientos e intervenciones de salud pública se realicen de manera coordinada y organizada entre los diferentes actores SGSSS y otros sectores del gobierno y las organizaciones sociales y privadas, a fin de alcanzar los resultados en salud . (8)



(9)

- **Gestión de Políticas Publicas**

La Políticas Publicas son dispositivos o Normas legales de Estado; donde impone la forma de proceder frente a una situación específica reconocido como de interés de la población en general o público. Toda política pública debe contener:

- Objetivos o resultados esperados
- Las estrategias para lograrlos

- Los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios
- Los criterios de seguimiento y evaluación (10).

Gerencia y Administración de Enfermería

La administración y la gerencia podrán coincidir en los mismos pasos pero no juegan o planean de la misma manera, ya que la gerencia es la estrategia y la administración es la ejecución. (11)

2.2.2 Acciones para la Prevención y el control de las Enfermedades No transmisibles

La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Organización Panamericana de Salud (OPS) aprueba el Plan de acción para la Prevención y control de las Enfermedades no transmisibles para el periodo 2013 -2019; donde instan a todos sus miembros integrantes entre ellos el Perú asignar prioridad en sus agendas nacionales de salud elaborando y promoviendo políticas para reducir los factores de riesgo y fortaleciendo la exposición a factores protectores de las enfermedades no transmisibles en el ámbito de la salud pública.

Las líneas estratégicas a las que se asumió son:

- a) Políticas y alianzas multisectoriales para la prevención y el control de las ENT; que tiene los objetivos de promover la participación de todos los sectores; formular fortaleciendo planes nacionales; ampliar políticas de protección social para un acceso equitativo a los servicios básico de salud.
- b) Factores de riesgo y factores protectores de las enfermedades no transmisibles; con los objetivos; reducir el consumo de alcohol, tabaco y a la exposición al humo del tabaco; promover alimentación sana; promover la vida activa para prevenir la obesidad.

c) Respuesta de los sistemas de salud en las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo con los objetivos mejorar la calidad de servicios de salud, aumentar la accesibilidad y el uso racional de los medicamentos esenciales y detección diagnóstica, tratamiento, control rehabilitación y cuidados paliativos en las ENT. Asimismo implementar intervenciones eficaces, basadas en la evidencia y costo eficaces para el tratamiento el control de las enfermedades no trasmisibles.

d) Vigilancia e investigación de las ENT, con el objetivo de mejorar la calidad y el alcance y utilización de los sistemas de vigilancia con miras de fortalecer las bases para la planificación la vigilancia y evaluación de las políticas y los programas relacionados a las ENT

En el Perú con R.M.N°229-2016/MINSA se aprueban los Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016-2020 los cuales se articulan con los establecidos por la OMS entre otros son:

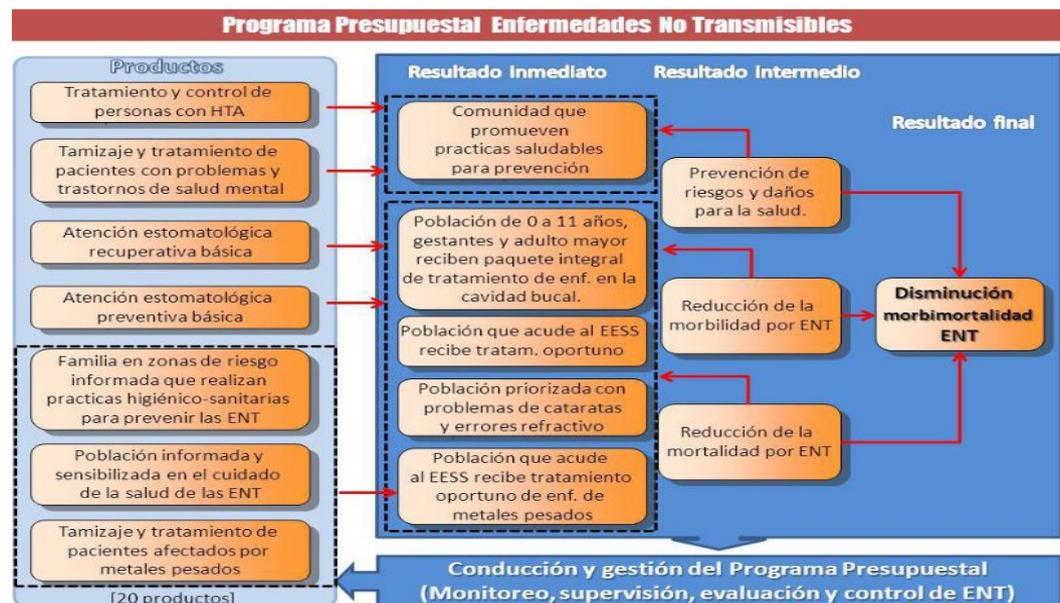
Lineamiento 1: Liderazgo político sostenido del sector salud, a nivel nacional, para promover y articular una respuesta del gobierno a través de políticas públicas y alianzas con los otros sectores.

Lineamiento 2: Incremento de factores protectores y reducción de los factores de riesgos comunes modificables de enfermedades no transmisibles para la población general, con énfasis de la primera infancia y adolescentes y poblaciones en riesgo.

Lineamiento 3: Sistema de salud con capacidad de respuesta, para garantizar el acceso, la cobertura y la calidad de atención para los pacientes con daños cardiovasculares, diabetes mellitus y cáncer con énfasis del primer nivel de salud y la prevención primaria.

Lineamiento 4: Seguimiento y evaluación de las políticas, planes, programas acciones y / o intervenciones de salud pública de prevención y control de enfermedades no transmisibles.

Asimismo se elabora el modelo lógico en el que se detalla los productos de la Estrategia del Programa presupuestal de enfermedades No transmisibles a trabajar y momentos de su intervención con las acciones de prevención y control a partir del árbol de problemas que se encuentra en los anexos y el detalle de los productos a moderar esta en siguiente cuadro.



(12)

El Programa Presupuestal Daños No Transmisibles: Hipertensión arterial incluye los siguientes productos; que de las Definiciones Operacionales vigentes al 2016 son:

Producto de Acciones Comunes

Consta de un Conjunto de acciones orientados a gerenciar el programa presupuestal para el logro de los objetivos y resultados; incluye procesos de planificación, programación, monitoreo, supervisión, evaluación y control del programa presupuestal.

Es de responsabilidad de los Coordinadores Técnicos del Programa Presupuestal desarrollar un trabajo conjunto con sus pares de las Estrategias Sanitarias que componen el programa presupuestal en

cada nivel (Nacional y Regional); asimismo articular con las otras instancias según su competencia (Promoción de la Salud, Estadística, Epidemiología, Administración, planeamiento y presupuesto, entre otros).

Los informes que se generan contienen como mínimo resultados de ejecución de metas físicas y financieras y evaluación de indicadores de desempeño, estos informes son alcanzados al responsable técnico de Programa Presupuestal. (13)

Donde incluye las subfinalidades:

- **Monitoreo del Programa de Daños No transmisibles**

Se realiza el seguimiento de los procesos para el cumplimiento de actividades programadas; por lo tanto el informe del mismo contiene el resultado expresado en indicadores de proceso; se utiliza los reportes estadísticos identificando logros y dificultades para la intervención inmediata.

- **Evaluación del Programa de Daños No transmisibles**

Tiene por objeto determinar el grado de eficacia y eficiencia del Programa presupuestal; incluye el análisis de metas físicas; ejecución de presupuesto y calidad de gasto; los resultados de ella sirve para mejorar los procesos asistenciales.

- **Supervisión del Programa de Daños No transmisibles**

Proceso de verificación del correcto desempeño de las personas que realizan los procesos; ósea el personal operativo; se basa en la enseñanza y aprendizaje y culmina con las recomendaciones y compromisos de mejora.

Producto de valoración clínica y tamizaje laboratorial de enfermedades crónicas no transmisibles

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.

La valoración clínica incluye: valoración del índice de masa corporal (IMC), medición del perímetro abdominal, estilos de vida y presión arterial.

El tamizaje laboratorial incluye: dosaje de glucemia y perfil lipídico (colesterol y triglicéridos), según corresponda al grupo de edad, el cual puede ser solicitado por un médico, si no lo hubiera, podrá ser solicitado por un profesional de salud capacitado. (14)

Incluye a las siguientes subfinalidades:

- Personas de 5 a 11 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial
- Personas de 12 a 17 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial
- Personas de 18 a 29 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial
- Personas de 30 a 59 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial
- Personas mayores de 60 años con valoración clínica de factores de riesgo y tamizaje laboratorial

PRODUCTO DE BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Conjunto de actividades orientadas al diagnóstico, tratamiento y control de personas con enfermedad hipertensiva y alteraciones metabólicas (sobrepeso, obesidad y dislipidemias), en establecimientos de salud que cuentan con médico, incluye el manejo de complicaciones y

comorbilidades, así como la valoración de riesgo cardiovascular y organización de actividades educativas para las personas

Consta de las siguientes subfinalidades:

- **Manejo de emergencia o urgencia hipertensiva**

Comprende acciones para el manejo de la emergencia, así como el de la urgencia hipertensiva. Personal que ejecuta la actividad: médico, enfermera y técnico de enfermería

Se programa al 100% de casos presentados el año anterior.

- **Manejo integral de personas con sobrepeso, dislipidemias, obesidad y otros factores de riesgo relacionados con los estilos de vida**

Intervención dirigida a personas mayores de 5 años; para personas con o sin sobrepeso u obesidad; la consulta incluye índice de masa corporal y perímetro abdominal y consejería nutricional; cada 3 meses.

- **Paciente hipertenso de no alto riesgo no controlado, que recibe tratamiento**

Intervención dirigida a personas con hipertensión arterial de dieciocho años a más que se brinda en establecimientos de salud con población asignada de las categorías I-2, I-3, I-4 y II-1, y cuentan con profesional médico, con la finalidad de brindar tratamiento integral para el control de su enfermedad que han sido tipificados como no controlados y de no alto riesgo.

El paciente no controlado es aquel que teniendo tratamiento instaurado para hipertensión arterial, no logra alcanzar la meta terapéutica o un valor de presión arterial menor a 140/90 mmHg (en al menos 4 de 6 controles).

La intervención incluye una consulta médica mensual, donde se realizarán los siguientes procedimientos: control de la presión arterial, prescripción farmacológica, medición del IMC, perímetro abdominal, consejería nutricional, prescripción de actividad física y

recomendaciones para la cesación del consumo de tabaco y alcohol. Si el establecimiento de salud contara con nutricionista, el paciente deberá ser atendido en consulta nutricional. (15)

- **Paciente hipertenso de no alto riesgo y controlado que recibe tratamiento**

Tiene tratamiento instaurado y reporta 4 a 6 controles de presión arterial menor a 140/90mm Hg. Se le realiza una consulta médica trimestral. Se atienden en los establecimientos de las categorías desde el I-2. Intervienen para su seguimiento el médico, nutricionista y el laboratorista. La intervención incluye todos los procedimientos que el Hipertenso no controlado.

- **Pacientes con enfermedad cardiometabólica organizados que reciben educación para el control de la enfermedad**

Dirigido a pacientes con tratamiento regular; donde se incluyen sesiones demostrativas y sesiones educativas a grupos organizados de pacientes con enfermedad cardiometabólica.

- **Pacientes hipertensos con estratificación de riesgo cardiovascular**

Intervención dirigida a personas de 18 años a más con hipertensión arterial de no alto riesgo referidas a establecimientos de salud II-1 (o I-4 de manera excepcional u otro según disponibilidad) con el propósito de valorar el riesgo cardiovascular inicial y anual. (16)

- **Pacientes hipertensos de alto riesgo (incluye diabéticos) con valoración especializada de riesgo cardiovascular**

Intervención dirigida a personas de 18 años a más con diagnóstico establecido de hipertensión arterial de alto riesgo, en establecimientos de salud II-2, III-1 y III-2 con el propósito de establecer su riesgo cardiovascular.

- **Tratamiento especializado de evento vascular cerebral**

Intervención dirigida a personas de 18 años a más con evento vascular cerebral, en establecimientos de salud II-2, III-1 y III-2 con el objeto de proporcionar tratamiento. Interviene el servicio de emergencia.

2.2.3 Hipertensión Arterial

De acuerdo a la R.M. N°031-2015/MINSA La Hipertensión arterial se define como una enfermedad vascular, 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) y diastólica (PAD) (17); incrementa el riesgo cardiovascular.

Etiología y Fisiología

Hipertensión primaria; en la que no existe una causa o no está definida correspondiendo al 95% de los casos.

Hipertensión secundaria; de causa identificable que luego de ser corregida se vuelve a recuperar la presión normal o curación de la enfermedad, corresponde al 5% de los casos; se presenta en enfermedades renales; endocrinas; enfermedad de Paget entre otros. O los provoca la administración de medicamentos como anticonceptivos, antidepresivos tricíclicos, anfetaminas antiinflamatorios no esteroideos entre otros. En el vaso sanguíneo el endotelio permite la homeostasis vascular y su normal funcionamiento está regulada por factores neuro-hormonales al haber alteraciones se da inicio a la enfermedad. La angiotensina II, potente vasoconstrictora y facilitadora del crecimiento celular, es el principal determinante de la persistencia de la enfermedad hipertensiva. (18) La interacción entre variaciones genéticas y factores ambientales tales como el estrés, la dieta y la actividad física, contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial esencial.

Factores de riesgo asociados

- a) **Medio ambiente;** la contaminación está asociada a mayor riesgo cardiovascular
- b) **Estilo de vida:** tabaquismo, sedentarismo, café, alcohol, dieta malsana
- c) **Factores hereditarios:** historia familiar de enfermedades cardiovasculares
- d) **Riesgo cardiovascular:** probabilidad de tener la enfermedad

Signos y síntomas

Pueden pasar por desapercibido por muchos años; y se manifiesta cuando ya ha causado daño al cuerpo como aneurismas, enfermedad renal crónica, lesiones en los ojos, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular.

Clasificación de la presión arterial

La clasificación de acuerdo a la actual GPC de la enfermedad Hipertensiva en el Perú; tiene las categorías; de Normal 120/80 mmHg; pre-hipertensión la sistólica de 120-129mmHg con la diastólica de 80-89 mmHg. Hipertensión es de mayor o igual a 140/90mmHg con un estadio 1 cuando la diastólica se encuentra de 90-99mmHg y la sistólica de 140-159mmHg y un estadio 2 cuando la diastólica es mayor o igual a 100mmHg y la sistólica es mayor o igual a 160 mmHg.

Diagnostico

De acuerdo a la Guía Práctica Clínica para el diagnóstico, Tratamiento y control de la enfermedad Hipertensiva del MINSA. Es recomendable el control de presión arterial a toda la población mayor o igual a 18 años; la que se deberá tomar cada 5 años si es normal; pero si está en la categoría de pre-hipertenso deberá ser anualmente, es lo que se llama **cribado y detección temprana**. Es necesario el registro de varias tomas de presión arterial y sacar el

promedio para obtener el cálculo de este; en cada sesión realizar dos tomas con intervalo de uno o dos minutos; y si estos son muy diferentes programar tomas adicionales.

Los exámenes de patología clínica que se recomiendan para descartar complicaciones en el primer nivel de atención de los establecimientos de Salud del MINSA están; hemoglobina y hematocrito; glucosa y perfil lipídico, examen de orina, ácido úrico, electrolitos séricos.

Así mismo los exámenes de imágenes como ecografías y especializados complementarios el electrocardiograma.

Otra recomendación en la terapéutica farmacológica, en el primer nivel de atención recomendado es la monoterapia que incluye los agentes antihipertensivos como el Enalapril, o losartan o hidroclorotiazida o amidolopidino y el tratamiento combinado se maneja a partir del segundo nivel de atención.

Referente a los controles se recomienda que se realizarán cada mes mientras no se alcance la meta terapéutica hasta los 6 meses .Luego una vez estar con la presión adecuada se tendrán los controles cada tres meses. En caso de no alcanzar la meta terapéutica después de los 6 meses; de acuerdo a las complicaciones que se presentan se inician tratamientos combinados y otros de acuerdo al daño del cuerpo.

Base teórica

Logro de Metas: Imogene King

En la que sustenta que la meta de enfermería es ayudar al paciente a mantener su salud para cumplir con sus roles; considerándolo como un ser capaz de tomar decisiones, aceptando o rechazando cuidados; por lo que necesita de información útil y oportuna para prevenir la enfermedad.

La enfermedad interfiere en el ciclo vital; por lo que se requiere constantes cambios de acuerdo a las situaciones que se presentan; que permitan su sostenibilidad; sin embargo a pesar de referirse a los ambientes internos y externos; incide más en la negociación que se realiza con el paciente para lograr las metas u objetivos.

La gestión; establece estrategias que desarrolla el profesional de enfermería considerando la importancia de fortalecer las competencias en acciones de prevención para brindar la información oportuna y de calidad sobre Hipertensión arterial; teniendo en cuenta la interrelación que se tiene que desarrollar con el individuo con el objetivo de lograr la meta de mejorar la calidad de atención.

Modelo de Sistemas Betty: Neuman

Para ella la persona es un individuo, familia y comunidad y que es importante porque se desenvuelve en un ambiente dinámicamente frente a factores psicológicos, sociales, de desarrollo espiritual y otros que se convierten en estresores que debilitan la salud. Por lo tanto la enfermería debe de cuidar de la salud en su totalidad considerando siempre la promoción, la prevención y la recuperación en su quehacer diario.

La gestión de la enfermera no se limita en el individuo sino en un todo en acciones preventivas y de control de la Hipertensión; los que conduce a soluciones en los diferentes escenarios de la persona considerando los factores de riesgo y factores protectores.

2.3 Definición de Términos

- a) Gestión** es la asunción y ejercicio de responsabilidades sobre un proceso (es decir, sobre un conjunto de actividades) lo que incluye: La preocupación por la disposición de los recursos y estructuras necesarias para que tenga lugar. La coordinación de sus actividades (y correspondientes interacciones). (19)

b) Hipertensión arterial es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente en de la presión arterial sistólica o diastólica. (20)

c) Prevención es disponer determinadas cuestiones o acciones en marcha para aminorar un riesgo o el daño. (21)

D) Programa presupuestal; son categorías que constituye un instrumento del Presupuesto por Resultados y que es una unidad de programación de las acciones de la entidad pública, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos para lograr un Resultado Específico en la población y así contribuir al logro de un Resultado Final asociado a un objetivo de política pública. **(22)**

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para realizar el presente informe se recolectaron los datos de la Unidad de Estadística de la Red de Salud Jauja; de los Padrones de pacientes con Hipertensión Arterial; de la Unidad de capacitación de la Red de Salud y de la Dirección de Salud de las personas de la Red de Salud Jauja.

3.2 Experiencia Profesional

La experiencia laboral se inicia el año 1988 tengo actualmente 32 años de servicio; y se inicia con el SERUMS; llevado a cabo en Puesto de Salud de Marcatuna como Jefe de Establecimiento en el año 1988 donde pude iniciar la experiencia de la Gestión en un establecimiento del Primer Nivel de atención categoría I-1 .Luego fui Docente en Instituto Superior para Técnico en Enfermería Huancayo en el año 1989; donde pude percibir el Liderazgo de la profesión de Enfermería en relación del Técnico. Para el 31 de diciembre del año 1989 me nombre y fui Jefe de Puesto de Salud de Chunan1990-1991 y Jefe del Puesto de Salud de Muqui de enero del 1992 a mayo 1992 tuve la experiencia de conducir un Establecimiento con personal; época de la epidemia del cólera en el Perú donde fui participe de los planes de contingencia para superar dicha epidemia y también como se tuvo que administrar el reducido personal de salud hacia el Hospital Domingo Olavegoya de Jauja y hacia las zonas críticas para atender a los pacientes. Posteriormente ocupe el cargo de Enfermera de Programas de Salud del Centro de Salud Sincos 1992-1995; donde además de administrar las metas de actividades del Establecimiento donde trabajaba ; se tenía que gestionar la organización; la ejecución y monitoreo de las metas de actividades a coberturar ; de los Puestos de salud; bajo mi jurisdicción por lo que

había la necesidad de implementarse en Directivas y Normas de los diferentes programas de Salud. Fue un periodo donde se trabajaba con brigadas de salud; puesto que existía recesión económica y violencia política por lo que estaban cerrados cuatro Puestos de Salud del Distrito de 6000 habitantes aproximadamente ; ausencia de las autoridades políticas y sociales; así que la necesidad de atender a la salud y lograr las vacunaciones frente al rebrote de sarampión hizo que el personal lograra la participación de la población en la solución de sus problemas; donde jugo papel importante el liderazgo de la enfermera.

Se crearon las Asociaciones Comité Local de Administración de Salud y ocupe el cargo de Gerente del CLAS Sincos en el año 1996 donde tuve la oportunidad de adquirir conocimientos de la administración de una empresa privada sin fines de lucro donde se gestionaba el componente de prestación de servicios de salud con el plan de salud Local, la gestión contable financiera; y la gestión legal de la Institución con la participación de la población con sus organizaciones de base.

Asimismo ocupe el cargo de Enfermera de Programas del Centro de Salud de Apata 1997-1999; donde tuve una experiencia de la implementación actividades de Atención Primaria de Salud; y pude ser testigo de las estrategias del trabajo con familias y la activación del sistema de vigilancia comunal con la participación de las organizaciones comunales y el gobierno local logrando incrementar las cobertura de metas de Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones de 20% a 80% en 4 meses.

Seguidamente labore como Enfermera de Programas del Centro de Salud CLAS Sincos 2000; donde la política de trabajo era el intercambio de experiencias con pasantías para reforzar las competencias del personal e incrementar coberturas de salud y la calidad de atención y se inicia la organización de la admisión con

fichas familiares ; y los censos comunales. Se utilizaron los indicadores de proceso.

Coordinadora de la Co Gestión de la Dirección Regional de Salud Junín 2001-2007; es donde pude apreciar como la gestión de enfermería sirve para el desarrollo profesional en un área donde las funciones y actividades no las asumimos como parte de la profesión; siendo el trabajo en equipo con otros profesionales inherente;. en el que tuve la oportunidad de incrementar mis conocimientos sobre la Programación presupuestal; los procesos de adquisición de insumos en el sector público con la Unidad de Logística; así también la ejecución económica; las auditorias administrativas; el manejo de conflictos con los integrantes de Asociaciones CLAS y la población y el personal Salud. Fui parte del equipo de supervisión de la Dirección Regional de Salud Junín donde obtuve experiencia en realizar adecuadamente el proceso de enseñanza y aprendizaje; las metodologías de capacitación de personas adultas. Tuve participación en la elaboración del Plan Estratégico Regional; y el Plan concertado de Salud donde participaban todos los actores sociales. Aquí ya se manejaban los indicadores de Resultado. Ocupe el cargo de Coordinadora de Consultorios externos del Hospital Domingo Olavegoya de Jauja donde se realizaban estrategias para la satisfacción del usuario externo y se elaboraron Planes de mejora continua para mejorar la calidad de atención y manejo de recursos humanos. Además estuve a cargo de la Coordinación de Cogestión y Participación ciudadana de la Red Jauja 2008-2011 donde desarrolle el proceso de la implementación de la transferencia de funciones de la DIRESA Junín a la Red de Salud Jauja.

Como coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Daños No transmisibles: Hipertensión y Diabetes (que fue creada al año 2011) y de la Estrategia de Salud Ocular ; donde aprendí sobre el marco lógico para la implementación de las Estrategias Sanitarias (con

presupuesto por resultado) con sus indicadores de proceso y resultado; además el manejo del Sistema Integrado de Gestión Administrativa para la programación presupuestal de materiales e insumos aquí la enfermera tiene que tener competencias en Excel avanzado; además aprendí como implementar una estrategia sin muchos recursos disponibles estableciendo alianzas y estrategias de capacitación (sobre todo para la Hipertensión arterial) y Coordinadora de Cogestión y Participación ciudadana de la Red Jauja 2012-2017.

Y se suma a mi experiencia ser Coordinadora de la Estrategia de Salud Familiar de la Red Jauja 2017; donde tuve la experiencia de elaborar una Directiva; que actualmente se encuentra en implementación.

- Descripción del Área Laboral

La Estrategia de Daños No Trasmisibles: Hipertensión y Diabetes cuenta con una coordinadora que también asume la Estrategia de Salud Ocular; Estrategia de Salud Familiar y la Coordinación de Cogestión y participación ciudadana; dependiendo directamente de la Dirección de Atención de las personas. Se comparte oficina con otras Estrategias Sanitarias.

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad

La función en el área administrativa; es la que se realiza con mayor intensidad; por ocupar la coordinación de múltiples Estrategias ; Por otro lado la función de docencia en las diferentes capacitaciones y supervisiones y coordinaciones y asesoría que se brinda a los diferentes Establecimientos de Salud.

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

Me inicio como Coordinadora de la Estrategia de Daños No transmisibles el año 2011; y estoy a cargo durante 5 años consecutivos: encontrándose en su inicio de implementación; por lo tanto no contaba con ambiente; recursos humanos y materiales muebles e insumos.

Se inicia la Programación de metas en base a las Definiciones Operacionales; porque inicialmente no se contaba con metas de base oficiales en estadística en el producto: Valoración clínica y tamizaje laboratorial de factores de riesgo para enfermedades no trasmisibles; actividad por medio del cual se captan a los Hipertensos. Sin embargo se establecieron como indicador del Convenio de Capitado del Seguro Integral de Salud al 10% de la población mayor de 15 años afiliada al Seguro Integral de Salud para el año 2015 y 8% para el año 2016; no se contaba con registros para pacientes tamizados tampoco con la ficha de tamizaje el que se elaboró para su implementación. Las dificultades para el cumplimiento de la meta se evidenciaron más en los establecimientos de categoría I-3 cabeceras de Microrred que no contaban con espectrofotómetros o técnico de laboratorio que tienen que realizar exámenes de laboratorio de perfil lipídico y glucosa enzimática; por lo que se estableció la estrategia de referenciar los casos al Hospital Domingo Olavegoya; con la participación activa de los Técnicos de laboratorio con el transporte de muestras. Además se tuvo que fortalecer las competencias en la adecuada toma de la presión arterial. Sin embargo se logró la meta y se incrementaron los casos captados para Hipertensión arterial alcanzando a un 0.6% de casos siendo a nivel nacional el 14.8%. Para el presente año se ha programado la meta de tamizaje a un 60%; esperando incrementar los casos captados para su tratamiento oportuno; y disminuir las complicaciones cardiovasculares; renales y de agudeza visual.

Por otro lado en el producto Tratamiento de pacientes con Hipertensión el problema más saltante era y sigue siendo el registró inadecuado en Hoja de Información de Salud; y además el reporte estadístico del mismo aún tiene deficiencias; por lo que en la última reunión Macro regional (mayo 2017) refirieron su reestructuración.

Se implementó el padrón nominal y el registro de seguimiento; visitas domiciliarias; tarjetas de seguimiento de pacientes con Hipertensión lo que se tuvo que elaborar; todos estos formatos se han implementado en los establecimientos del Primer Nivel de atención y el Hospital Domingo Olavegoya que es un establecimiento del segundo Nivel de atención pero con población asignada.

Se necesitaba una Guía Práctica Clínica para la enfermedad Hipertensiva el que recientemente ha sido aprobado el 2015. Lo que permite uniformizar el protocolo de atención al paciente Hipertenso y así tener establecimientos con competencias para el Tratamiento. Se tiene un indicador de evaluación de Acuerdos de Gestión a partir del año 2016 del Gobierno Regional que se refiere a personal médico capacitado en la Guía Práctica Clínica en el 100% de establecimiento de categorías I-2; I-3 y I-4. Pero se tiene limitaciones para su ejecución debido a que no se cuenta con presupuesto asignado para el traslado del personal de la localidad de la Oroya; por lo que no se logra alcanzar la meta programada.

También se realiza la programación del presupuesto Inicial de apertura Presupuesto Inicial Ampliado que se visualizaba en la página amigable del Ministerio de Economía y Finanzas. Sistema integrado de administración financiera asignado para la adquisición de insumos y materiales y contrato de personal; en el sistema integrado de gestión administrativa. Lo que se evalúa con la ejecución de presupuesto anual.

Se realiza la programación del Monitoreo y supervisión Implementación de todos los formatos antes mencionados en todos los Establecimientos de la Red de Salud Jauja y la Guía práctica clínica se evidencia en el monitoreo mensual; y en las supervisiones (dos veces al año).

Se gestionó el acto resolutorio del Comité de Salud de la Estrategia de daños No transmisibles y de los Responsables de la Estrategia de todos los Establecimientos de la Jurisdicción de la Red de Salud Jauja.

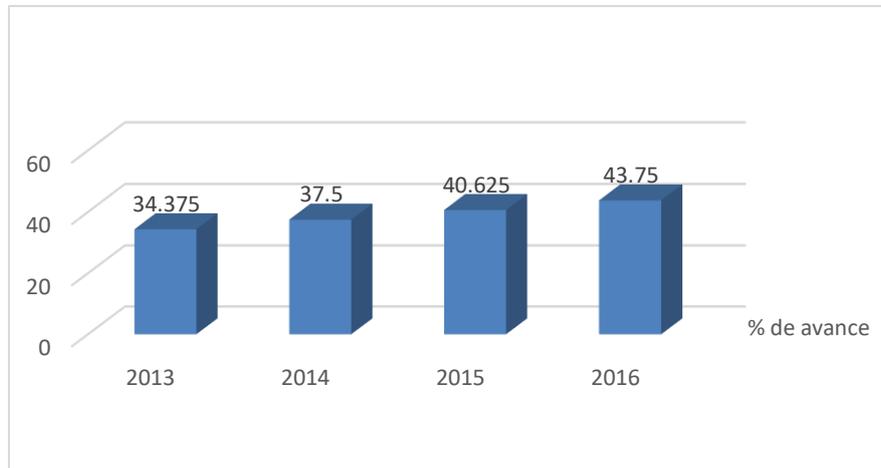
IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1 PORCENTAJE DE MEDICOS O ENFERMEROS CAPACITADOS EN MANEJO DE PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO E HIPERTENSION ARTERIAL DE LA RED DE SALUD JAUJA 2013-2016

Años	Meta	Ejecutado	% de avance
2013	64	22	34.375
2014	64	24	37.5
2015	64	26	40.625
2016	64	28	43.75

Fuente: Unidad de capacitación (2017)

GRAFICO N° 4.1 PORCENTAJE DE MEDICOS O ENFERMEROS CAPACITADOS EN MANEJO DE PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO E HIPERTENSION ARTERIAL DE LA RED DE SALUD JAUJA 2013-2016



Se puede observar en el cuadro N°4.1 que el porcentaje de médicos o enfermeros capacitados se ha ido incrementado; pero no se alcanza la meta; esto es debido a que no se cuenta con presupuesto para movilidad para el personal de establecimientos lejanos como de la provincia de la Oroya. Además la Estrategia Sanitaria no cuenta con presupuesto para personal; Solamente del personal el médico del primer nivel de atención (5); participa en las capacitaciones más no

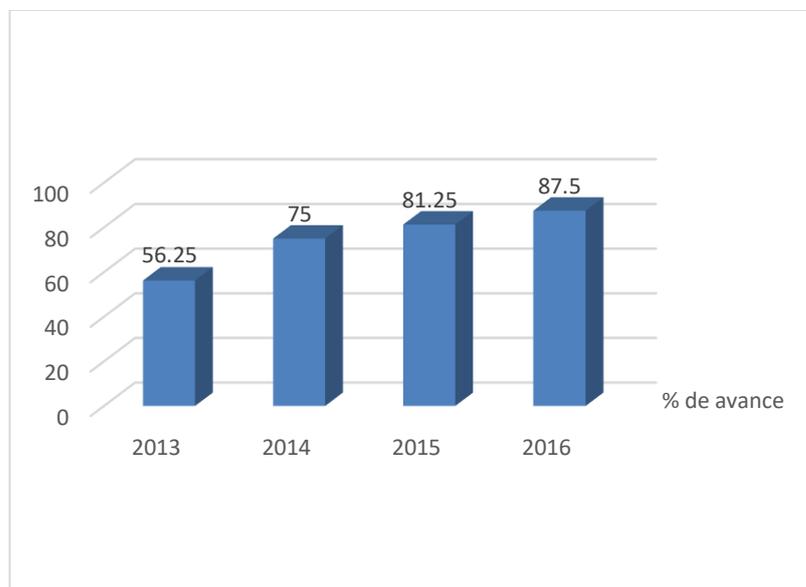
la enfermera a pesar de ser convocada; porque le da más importancia al articulado niño.

CUADRO N° 4.2 PORCENTAJE DE MEDICOS CAPACITADOS EN MANEJO DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL DE LA RED DE SALUD JAUJA 2013-2016

Años	Meta	Ejecutado	% de avance
2013	32	18	56.25
2014	32	24	75
2015	32	26	81.25
2016	32	28	87.5

Fuente: Unidad de Capacitación (2017)

GRAFICO N° 4.2 PORCENTAJE DE MEDICOS CAPACITADOS EN MANEJO DE PERSONAS CON HIPERTENSION ARTERIAL DE LA RED DE SALUD JAUJA 2013-2016



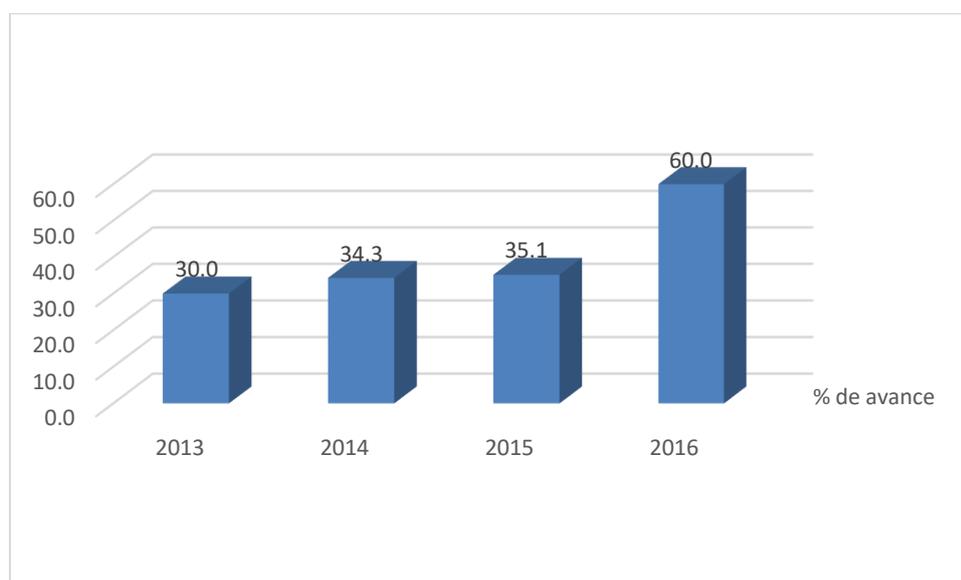
Se Observa en el cuadro N°4.2 el incremento de médicos que son capacitados; pero no se logra la meta debido a que el médico de cuatro Establecimientos del nivel I-4 y I-4; no asistieron a las capacitaciones porque tener recarga de funciones que no les permitió su participación; o priorizaron realizar otras actividades.

**CUADRO N° 4.3 PORCENTAJE DE PERSONAL CAPACITADOS
EN VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE DE FACTORES DE
RIESGO DE LA RED DE SALUD JAUJA 2013-2016**

Años	Meta	Ejecutado	% de avance
2013	60	18	30.0
2014	70	24	34.3
2015	74	26	35.1
2016	90	54	60.0

Fuente: Unidad de capacitación (2017)

**GRAFICO N° 4.3 PORCENTAJE DE PERSONAL CAPACITADOS
EN VALORACION CLINICA Y TAMIZAJE DE FACTORES DE
RIESGO DE LA RED DE SALUD JAUJA 2013-2016**



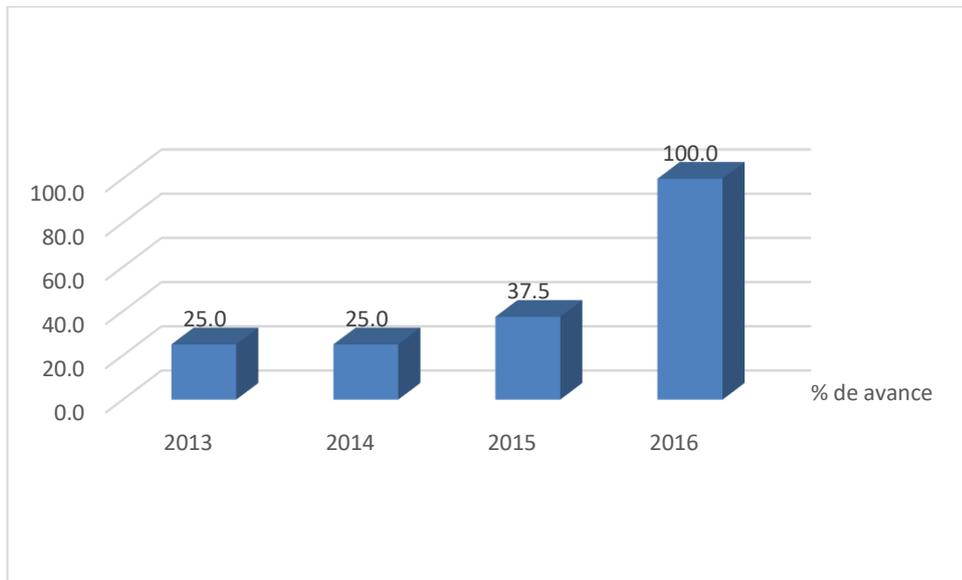
En el cuadro N°4.3 Porcentaje de personal capacitados en valoración clínica y tamizaje de factores de riesgo se observa que esta se ha incrementado de 35% a 60%; esto debido a que se está involucrando a responsables de todas las etapas de vida empoderando la importancia de esta actividad preventiva para la oportuna captación de casos y evitar complicaciones.

**CUADRO N° 4.4 PORCENTAJE DE LABORATORIOS DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCION IMPLEMENTADOS RED DE
SALUD JAUJA 2013 – 2016**

Años	Meta	Ejecutado	% de avance
2013	8	2	25.0
2014	8	2	25.0
2015	8	3	37.5
2016	8	8	100.0

Fuente: Unidad de Logística (2017)

**GRAFICO N° 4.4 PORCENTAJE DE LABORATORIOS DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCION IMPLEMENTADOS RED DE
SALUD JAUJA 2013 – 2016**



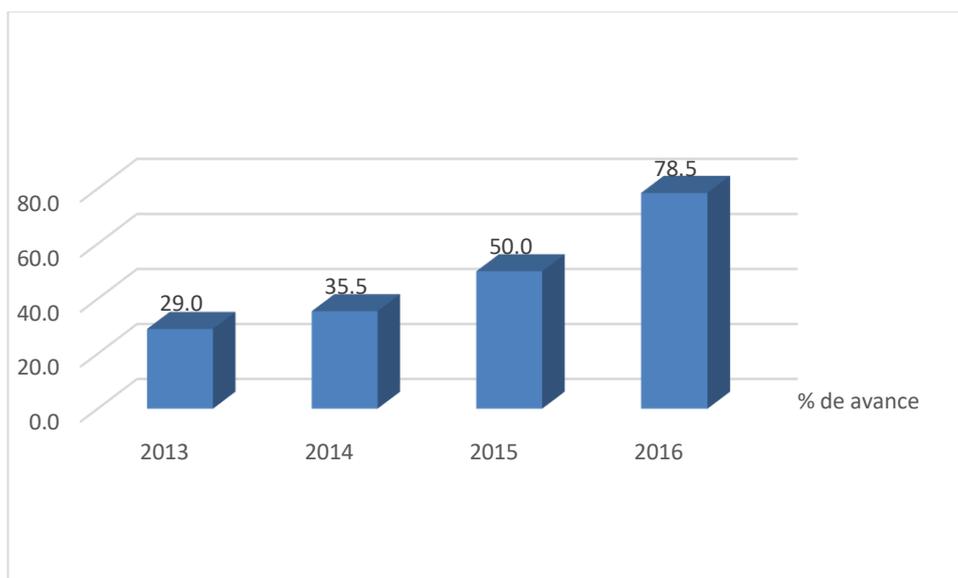
En el cuadro N°4.4 se observa que la implementación de los laboratorios se ha ido incrementando hasta llegar a un 100%; puesto que es importante garantizar el acceso a los servicios a la población del primer nivel de atención y dar una atención de calidad al paciente con hipertensión arterial, que requiere durante su tratamiento.

CUADRO N° 4.5 PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS ORGANIZADOS E IMPLEMENTADOS DE LA RED DE SALUD JAUJA 2013-2016

Años	Meta	Ejecutado	% de avance
2013	62	18	29.0
2014	62	22	35.5
2015	62	31	50.0
2016	65	51	78.5

Fuente: Registros de la Estrategia Daños No transmisibles (2017)

GRAFICO N° 4.5 PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS ORGANIZADOS E IMPLEMENTADOS DE LA RED DE SALUD JAUJA 2013-2016



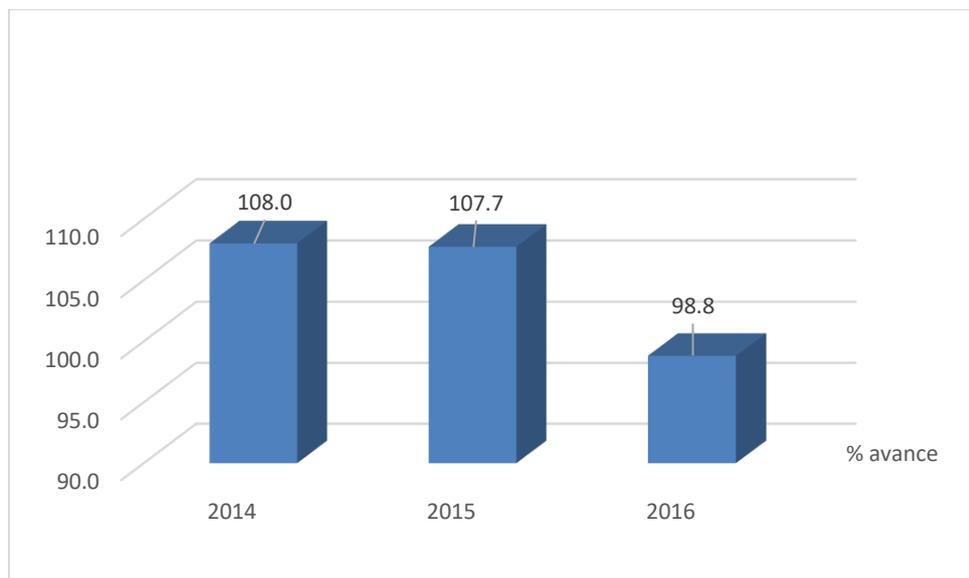
En el cuadro 4.5 se observa que se han ido incrementando el porcentaje de establecimientos de Salud del Primer Nivel de atención implementada ósea que cuentan con el equipo básico para el tamizaje de factores de riesgo (balanza, tallímetro, tensiómetro, cinta métrica, y estetoscopio, accesibilidad para el tamizaje laboratorial y disponibilidad de medicamentos, registros y formatos, etc). No se alcanza al 100% debido a que a nivel Regional y a nivel Nacional no se prioriza presupuesto para su implementación o renovación de equipos, lo que pone afecta la calidad de atención al paciente con Hipertensión arterial.

CUADRO N° 4.6 PORCENTAJE DE EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES RED DE SALUD JAUJA 2014-2016

Año	Meta	Ejecutado	% avance
2014	4502	4856	108.0
2015	6848	7377	107.7
2016	8925	8819	98.8

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

GRAFICO N° 4.6 PORCENTAJE DE EVALUACION CLINICA Y TAMIZAJE LABORATORIAL DE PERSONAS CON RIESGO DE PADECER ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES RED DE SALUD JAUJA 2014-2016



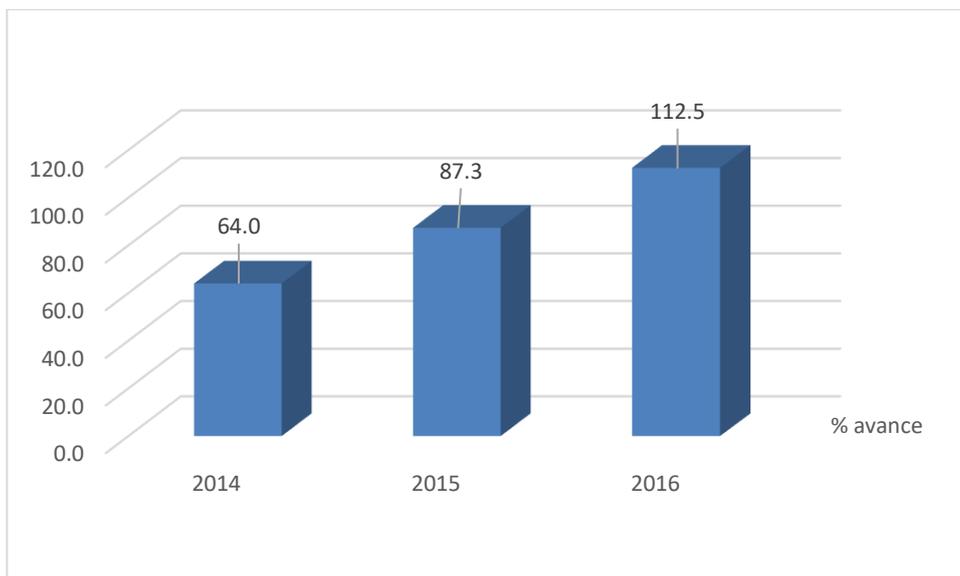
En el cuadro N°4.6 se observa que la meta programada para la valoración clínica y tamizaje laboratorial a personas con factores de riesgo se incrementa de año a año aproximadamente 2000 personas; y el año 2014 se alcanza a un 108% y el 2016 a un 98.8%; con lo que se demuestra la tendencia es de incrementarse con los años.

CUADRO N° 4.7 PORCENTAJE DE BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL RED DE SALUD JAUJA 2014-2016

Año	Meta	Ejecutado	% avance
2014	1066	680	64.0
2015	735	642	87.3
2016	550	619	112.5

Fuente: Oficina de Estadística (2017)

GRAFICO N° 4.7 PORCENTAJE DE BRINDAR TRATAMIENTO A PERSONAS CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL RED DE SALUD JAUJA 2014-2016



En el cuadro N°4.7 del porcentaje de brindar tratamiento a personas con Diagnostico de hipertensión arterial se observa que la meta es parecida durante los últimos tres años, y que el año 2016 se llegó a al 112.5 % mientras qu el año 2013 solo se llegó al 64% delos programado.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar y realizar gestiones para un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente con Hipertensión arterial.
- b) La disciplina de Enfermería tiene que complementar sus conocimientos de otras áreas para lograr conducir a sus subordinados a cambiar a ser comprometidos con el trabajo de manera estratégica para alcanzar metas de la institución.
- c) No se cuenta con suficiente presupuesto para la implementación y capacidad de respuesta frente a los casos de Hipertensión arterial lo que no permite lograr el 100% de establecimientos implementados, ni tampoco el 100% de personal debidamente capacitado; por lo que aún no se logra tener un adecuada vigilancia epidemiológica de los casos.
- d) El responsable de la Estrategia de Daños No transmisibles, tienen sobre carga de trabajo con otras Estrategia más. Además cuando desarrolla sus actividades tiene limitaciones que derivan de las reuniones las campañas o intervenciones de las Estrategias Sanitarias del Articulado Niño la de materno y salud reproductiva a quienes siempre se les da la prioridad.
- e) Luego de la Gestión de la política pública de acciones de prevención y control de la hipertensión arterial se ha logrado mejorar la respuesta de los establecimientos de salud frente a esta enfermedad con la implementación de los laboratorios para el adecuado diagnóstico; y con personal capacitado para el manejo adecuado de las Guías Prácticas Clínicas así como también en la implementación de equipos.
- f) La gestión ha permitido mejorar el ordenamiento de los registros de captación; tratamiento y seguimiento de la Hipertensión arterial con la elaboración de los formatos correspondiente

VI. RECOMENDACIONES

- a) El profesional de enfermería debe tener claro la diferencia y la importancia de gerencia y administración y como utilizarlos en el desenvolvimiento de sus actividades; y como va ser parte de su desarrollo personal profesional y de la institución.
- b) Actualización permanente en el conocimiento y tener en cuenta que la gestión de enfermería requiere ser reconocida como parte de las teorías propias de la profesión en salud pública y atención primaria de salud; puesto que en su desenvolvimiento conduce a sus subordinados a cambiar a ser comprometidos con el trabajo de manera estratégica para alcanzar metas de la institución.
- c) El Ministerio de Salud; el Ministerio de Economía y Finanzas; y el Gobierno Regional deben asumir el costo en un 100% de la implementación y sostenimiento de la Estrategia del Programa Presupuestal de Daños No transmisibles: Hipertensión Arterial; así como sucede con la del Articulado Niño y Salud Materna; de acuerdo a los compromisos adoptados en el plan Nacional de acciones de control de Enfermedades No transmisibles y en el Plan Estratégico Institucional Regional
- d) Brindar las facilidades para el desarrollo de actividades en forma equitativa frente a las Estrategias del programa Estratégico dela articulado Niño y el Materno perinatal y Salud reproductiva.
- e) Establecer estrategias sostenibles para la gestión de las acciones de prevención y control de la Hipertensión arterial; logre un 100% de Establecimientos

VII. REFERENCIALES

1. INEI. [Online].; 2017 [cited 2017 julio 15. Available from: <https://www.inei.gob.pe>.
2. SOLIS ROSAS C. Situacion de Enfermedades Cronicas no Trasmisibles en el Peru. Ponencia. Lima: Ministerio de Salud, Estrategia Sanitaria del Programa Daños No trasmisibles; 2011.
3. MINISTERIO DE SALUD. Lineamiento de Politicas y Estrategias para la prevención y control de Enfermedades No trasmisibles (ENT)2016-2020. Documento Tecnico. Lima: Ministerio de Salud, Direccion de Salud de las personas; 2016.
4. a) PÉREZ QUINTERO CGRCBPE. Evaluación de un Programa de atencion de la Hipertensión Arterial segun Normatividad vigente en Colombia. Tesis doctoral. Santa Maria: Universidad de Magdalena, Facultad de Ciencias de la Salud; 2014.
5. MADRAZO PÉREZ M. La cultura organizacional enfermera de la atención primaria de salud en Cantabria: dinámicas de integración. Tesis Doctoral. Madrid: Universidad Complutense, Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología; 2015.
6. BARRERA CHUQUIARQUE DE. Universidad Nacional de San Marcos. [Online]. Lima; 2015 [cited 2017 Julio 29. Available from: <http://cibertesis.unmas.edu.pe>.
7. CACERES PLASCENCIA JM. Universidad Nacional de San Marcos. [Online].; 2014 [cited 2017 Julio 29. Available from: <http://cybertesis.unms.edu.pe>.
8. OSORIO SALDARRIAGA E. Modelos de Gestion Publica y Plan de Salud Publica de Intervenciones colectivas. Ponencia. Caracas: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Promoción y Prevencion; 2013.
9. MINISTERIO DE SALUD. MODELO LOGICO ESTRATEGIA SANITARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES. ponencia. Lima: MINISTERIO DE SALUD, SALUD DE LAS PERSONAS; 2012.
10. GOMEZ ARIAS RD. Gestion de Politicas Publicas :aspectos operativos. Vol.30 Num.2. Antioquia: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Publica; 2012.
11. HERNANDEZ ORTIZ J, GOMEZ TORRES D. Una aproximacion al concepto de Gerencia y Administracion aplicado a la disciplina de Enfermeria. Estudio Investigacion. Janeiro: Universidad Autonoma del Estado de Mexico, Facultad de Enfermeria y Obstetricia; 2010.
12. MINISTERIO DE ALUD. ESTRATEGIAS SANTARIA DAÑOS NO TRANSMISIBLES. PONENCIA. LIMA: MINISTERIO DE SALUD, ATENCION DE SALUD DE LAS PERSONAS; 2013.
13. SALUD MD. Definiciones Operacionales y de medición de avances de los programas presupuestales. Documento Tecnico. Lima: Ministerio de Salud, Direccion de atencion de salud de las Personas; 2016.

14. SALUD MD. Definición operativa y medición de avances de los Programas Presupuestales. Documento Técnico. Lima: Ministerio de Salud, Dirección de Atención de Salud de las Personas; 2016.
15. SALUD MD. DEFINICIONES OPERACIONALES. Documento Técnico. Lima: Ministerio de Salud, Atención de Salud de las Personas; 2016.
16. SALUD MD. Definiciones Operacionales y de Medición de Avances de los Programas Presupuestales. DOCUMENTO TÉCNICO. LIMA: MINISTERIO DE SALUD, Dirección de Atención de las Personas; 2016.
17. MINISTERIO DE SALUD. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. Primera edición. Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisibles, editor. Lima - Perú: Servicios y derivados VR S.A.C.; 2015.
18. SALUD MD. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento, y control de la Enfermedad Hipertensiva. Guía Técnica. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2015.

ANEXOS

Tabla a1. Pérdidas económicas debido a muerte temprana o discapacidad en el Perú. Estimaciones para el 2012.

	Ingreso nacional per cápita, GNI per cápita en USD (2012)	Años de vida perdidos ajustados a discapacidad, AVISA (2004)	En dólares americanos (USD)**	En Nuevos Soles al cambio (1 USD= 2.7 Nuevos Soles)
6 primeras causas de enfermedad (ENT)*	\$ 10,240.00	3061274	\$ 31,347,445,760.00	S/. 84,638,103,552.00
Neuropsiquiátricas	\$ 10,240.00	826253	\$ 8,460,830,720.00	S/. 22,844,242,944.00
Abuso/dependencia alcohol	\$ 10,240.00	231820	\$ 2,373,836,800.00	S/. 6,409,359,360.00
Adicción	\$ 10,240.00	45130	\$ 462,131,200.00	S/. 1,247,754,240.00
Depresión	\$ 10,240.00	193931	\$ 1,985,853,440.00	S/. 5,361,804,288.00
Cardiovasculares	\$ 10,240.00	390121	\$ 3,994,839,040.00	S/. 10,786,065,408.00
Diabetes	\$ 10,240.00	152589	\$ 1,562,511,360.00	S/. 4,218,780,672.00
Enfermedad CV Hipertensiva	\$ 10,240.00	105000	\$ 1,075,200,000.00	S/. 2,903,040,000.00
Enfermedades orales	\$ 10,240.00	84600	\$ 866,304,000.00	S/. 2,339,020,800.00
Enfermedades oculares (Cataratas)	\$ 10,240.00	11353	\$ 116,254,720.00	S/. 313,887,744.00

Tabla elaborada por Fabián Fiestas

* Enfermedades neuropsiquiátricas, lesiones no intencionales, condiciones perinatales, enfermedades cardiovasculares, tumores malignos, enfermedades osteoarticulares

**Calculado tomando en cuenta que el ingreso bruto nacional per cápita (GNI per cápita) en el 2012 publicado por el Banco Mundial: 10,240.00 dólares americanos. Los años de vida perdidos ajustados a discapacidad (DALYs, disabilityadjustedlifelyears) son los estimados para cada patología para el Perú por Velásquez (2009) (6)

Daños No Transmisibles

Tabla 3 - Cuantificación de problemas de hipertensión, diabetes y factores de riesgo

Valor	Unidad de Medida
1,131,370	< 1 año
1,714,475	De 2 a 4 años
2,909,263	De 5 a 9 años
2,913,285	De 10 a 14 años
4,076,264	De 5 a 11 años
3,482,162	De 12 a 17 años
6,676,249	De 18 a 29 años
11,289,493	De 30 a 59 años
3,118,612	Mayores de 60 años

Fuente: Proyecciones poblacionales- INEI 2016. ESNPCDNT

(La cuantificación de personas potenciales de sufrir con cada uno de los problemas de salud establecidos pueden ser calculados a partir de las prevalencias poblacionales, tomando en cuenta las cifras de la proyección poblacional al 2013 realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú. De hecho,

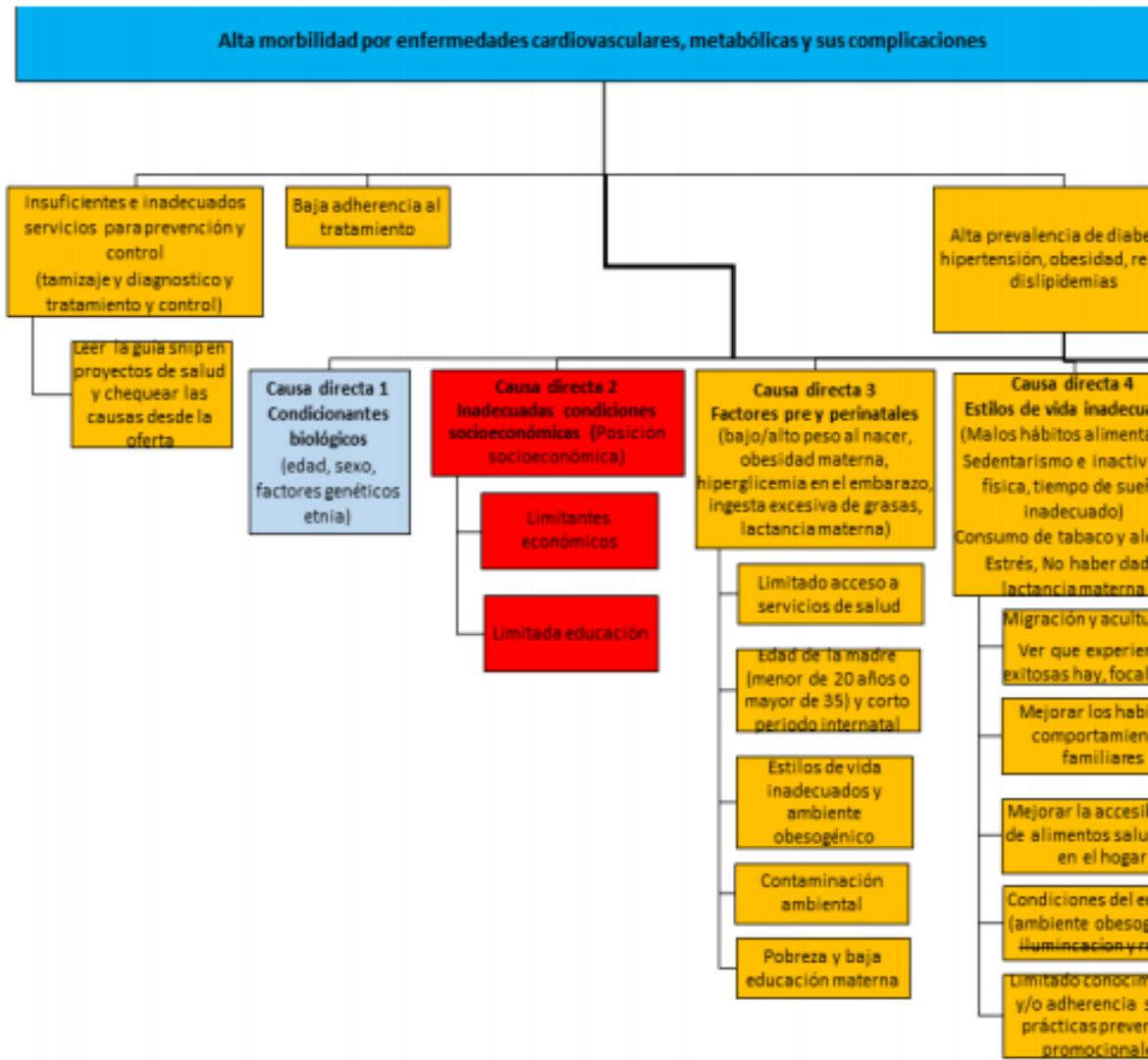
esta cuantificación señala cuantas personas en la población se estima pueden enfermar o están enfermas de estas patologías o eventos adversos de salud.)

Diagnóstico: Modelo Conceptual Adoptado



DAÑOS NO TRANSMISIBLES

Modelo Conceptual Adaptado:



La Presión arterial alta, en personas mayores de 15 años según departamento muestra que la prevalencia es mayor en Piura (18.2%) seguido por la Provincia Constitucional del Callao (16%) y de la Lima Región (15.1%) incluye las 9 provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochiri, Huaura, Oyon y Yauyos.

Departamento	2015				Total de casos sin ponderar
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	
		Inferior	Superior		
Amazonas	13,4	11,2	15,6	8,4	1 299
Áncash	11,9	10,2	13,7	7,5	1 184
Apurímac	12,3	9,9	14,8	10,1	1 076
Arequipa	10,6	8,0	13,2	12,5	1 164
Ayacucho	9,8	7,7	12,0	11,1	1 435
Cajamarca	12,6	10,3	14,9	9,3	1 121
Prov. Const. del Callao	16,0	13,4	18,6	8,3	1 234
Cusco	9,9	7,7	12,1	11,3	1 129
Huancavelica	8,8	6,6	11,0	12,9	1 147
Huánuco	10,4	8,3	12,6	10,5	1 384
Ica	14,8	12,2	17,3	8,7	1 260
Junín	9,3	7,5	11,2	10,3	1 204
La Libertad	12,3	10,0	14,7	9,8	1 191
Lambayeque	9,4	7,3	11,5	11,2	1 299
Lima	14,2	12,7	15,7	5,4	3 648
Provincia de Lima 1	14,0	12,4	15,7	6,1	2 430
Lima Provincias 2/	15,1	11,9	18,3	10,8	1 218
Loreto	10,0	8,0	11,9	9,9	1 197
Madre de Dios	7,4	5,5	9,3	12,8	1 159
Moquegua	11,0	8,4	13,6	12,0	1 143
Pasco	8,9	6,7	11,0	12,3	1 170
Piura	18,2	15,4	21,1	7,9	1 253
Puno	7,8	5,8	9,8	13,0	1 121
San Martín	11,9	10,0	13,7	8,0	1 289
Tacna	14,4	11,7	17,1	9,6	1 159
Tumbes	10,6	8,7	12,6	9,4	1 241
Ucayali	5,6	4,1	7,1	13,7	1 190

Fuente: ENDES 2015

Presión arterial alta por nivel educativo y quintiles de bienestar > 15 años

Se observa la gradiente social producto de la posición socioeconómica en la población con presión arterial alta, los quintiles cuartos y quintil superior tienen mayores prevalencias de presión arterial alta. Lo mismo se observa según nivel educativo la población con educación primaria tiene un 18,8% de prevalencia de presión arterial alta.

Característica seleccionada	2015				Total de casos sin ponderar
	Valor estimado	Intervalo de confianza al 95%		Coeficiente de variación	
		Inferior	Superior		
Nivel de educación					
Hasta primaria	18,8	17,6	20,0	3,3	10 201
Secundaria	9,1	8,3	9,9	4,5	14 418
Superior	9,6	8,6	10,6	5,4	8 073
Quintil de bienestar					
Quintil inferior	11,2	10,3	12,2	4,2	9 116
Segundo quintil	10,8	9,7	11,9	5,1	8 189
Quintil intermedio	11,5	10,3	12,7	5,4	6 339
Cuarto quintil	14,2	12,6	15,7	5,5	5 038
Quintil superior	14,7	13,1	16,3	5,4	4 015

Fuente: ENDES 2015

Perfil de la Atención Innovadora para las C



Fuente: Ponencia Dra. Cecilia Solís – Rosas- MINSA PERU

Programa Presupuestal Enfermedades No



FACTORES DE RIESGO CARDIOMETABOLICO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

N°	FACTORES DE RIESGO		
1	Peso al nacer	<2500 gr	>4000 gr
		Presente	Ausente
2	IMC	Sobrepeso	Obesidad
		>85	>95
		Marcar	
		SI	NO
3	Acantosis nigricans		
4	Consumo frecuente de frutas y verduras		
5	Tabaquismo		
6	Obesidad Familiar		
7	Sedentarismo		
8	Dislipidemia		
9	Antecedente familiar de hipertensión arterial, ECV y/o DM		
10	Prediabetes		
*GLICEMIA BASAL 100 - 125 mg/dl o glicemia post sobrecarga >140 <200 mg/dl			

"Conéctate, toma el control de la diabetes, come y vive sano"

CUESTIONARIO

IDENTIFICACION DE FACTORES DE RIESGO PARA PREVENIR LA DIABETES

Nombres: Fecha:

¿SABE USTED QUE RIESGO TIENE DE DESARROLLAR DIABETES TIPO 2?

Descúbralo (Test IFARIPDB modificado)

1. Año de nacimiento:

2. Índice de masa corporal:

Para que calculemos su IMC facilítenos los siguientes datos:

Peso: 55 Kg

Altura: 1.5 metros

3. Circunferencia de cintura:

Paso1: La persona debe estar de pie y con ropa ligera. Ubicar el punto intermedio entre la última costilla y la cresta iliaca

Paso 2: Colocar el centímetro en el punto intermedio, alrededor de la cintura y medir al final de una espiración con el abdomen relajado.

Hombres	Mujeres
◦ < de 94 cm.	◦ < 80 cm.
◦ 94 - 102 cm.	◦ 80 - 88 cm.
◦ > 102 cm.	◦ > 88 cm.

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

Si no

5. ¿Come frutas todos los días?:

Si NO

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

1er Control P:A. y fecha	<input style="width: 100px;" type="text"/>	2do Control P:A. y fecha	<input style="width: 100px;" type="text"/>
	No	SI	
Referencia a consulta medica	Si	No	

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

NO SI

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

NO SI

9. ¿Tiene usted algún pariente de primer grado (padres, hermanos, hijos) que padezca de Diabetes tipo 2?:

TARJETA DE CONTROL Y SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON HIPERTENSION, DIABETES Y DISLIPIDEMIAS		
Apellidos y Nombres:		EDAD:.....
H CL		DNI:.....
DIRECCION		CODIGO SIS:.....
Ocupación	
DX:		
		FECHA DX:
I.- CONSULTA MEDICA		
	FECHA	OBSERVACIONES
	45 dias	
	90 dias	
	180 dias	
	270 dias	
II.- CONSULTA NUTRICIONAL		
	FECHA	OBSERVACIONES
	135 DIAS	
	225 DIAS	
	315 DIAS	

III.- EXAMENES DE LABORATORIO							
BATERIA DE LIPIDOS		BATERIA DE FUNCION HEPATICA		CONTROL DE PRESION ARTERIAL			
FECHA		FECHA		FECHA	RESULTADO		
					MAÑANA	NOCHE	RESP
IV.-ESQUEMA DE TRATAMIENTO							
FECHA	MEDICAMENTOS *						
V.-VISITAS DOMICILIARIAS							
FECHA	INFORME**	RESPONSABLE					

* TRES PRIMERAS SIGLAS MEDIC. O TIPO DE DIETA HIPOSODICA; HIPOCALEMICA,RESTRICCION LIQUIDOS,HIPOGLICEMICA,HIPOGRASA,HIPOCALORICA
 ** VISITA EFECTIVA = VE CITA = C- INDICAR LA FECHA ACORDADA VISITA INEFECTIVA = VI I=INDICACIONES

**ESTRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES
REGISTRO NOMINAL DE USUARIOS CON FACTORES DE RIESGO**

DIRESA/GERESA/DISA :	PROVINCIA:	
RED DE SALUD/U.E	DISTRITO :	
MICRORRED:		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	AÑO:	
Código RENAES		MES:	

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	Establecimiento	Servicio	DNI	H.C	Edad	Sexo	Distrito de Procedencia(DIRECCION)	Tipo de										
									Pagante	SIS	ESSALUD	ADIPOSIDAD LOCALIZADA (Perímetro Abdominal) M >= 92 cm F >= 88 cm	PRESIÓN ARTERIAL > 140/90 mmHg (hipertensión esencial)	ALIMENTACIÓN SALUDA (Problemas relacionados con la dieta y alimentarios inapropiados)	SOBRE PESO IMC < 0 = 25 Kg/ m²	OBESIDAD IM > 0 = 30 Kg/ m²			
																	1	2	3
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
	TOTAL																		

TARJETA DE SEGUIMIENTO DE PACIENTES DIABETICOS, HIPERTENSOS Y D										
	FECHA									
P.A										
PESO										
TALLA										
IMC										
P.ABD										
GLUCOSA										
H.GLICOSILADA										
UREA										
CREATININA										
COLESTEROL										
TRIGLICERIDOS										
HDL										
LDL										
P. HEPATICO										
OFTALMOLOGIA										
UROLOGIA										
CARDIOLOGIA										
MED. INTERNA										
MEDICINA										
NUTRICION										
PSICOLOGIA										
TRATAMIENTO										
V.DOMICILIARIA										



DERRAME CEREBRAL

Primera causa de discapacidad en el mundo



INFARTO CARDIACO

Primera causa de muerte en el mundo



DAÑO OCULAR

Lleva a la ceguera



INSUFICIENCIA RENAL

Lleva a la hemodiálisis

COMPLICACION DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS

PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS:



PERÚ Ministerio de Salud

**ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
RED DE SALUD JAUJA**



APELLIDOS Y NOMBRES:

EDAD: _____ **HCL:**



DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:



Reunión de problematización de la situación en la supervisión al Centro de Salud Sincos Micro red Margen Derecha(2017)



**Reunión multisectorial en la oficina de Atención de Salud de las
Personas –Hospital Domingo Olavegoya-Red de salud Jauja (2017)**



**Reuniones de capacitación al personal del primer Nivel de Atención.
Auditorio Hospital Domingo Olavegoya (2016)**



Campañas de difusión y atención integral contra la Hipertensión arterial Munte Vera Feria de Jauja (2016)