

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



**ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES
NO TRANSMISIBLES EN EL CENTRO DE SALUD
CHILCA. HUANCAYO. 2014-2016**

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

KATTY GEANINA GAVINO SAMANIEGO

CALLAO, 2018

PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Katty Geanina Gavino Samaniego', is located in the bottom right corner of the page.

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: 015

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

Resolución de Decanato N°056-2018-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. GAVINO SAMANIEGO KATTY GEANINA

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVOS.....	5
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	5
II.MARCO TEORICO	7
2.1 ANTECEDENTES	7
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	9
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	57
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	60
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	60
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	61
3.3 PROCESOS REALIZADOS	63
IV. RESULTADOS	64
V.CONCLUSIONES.....	70
VI.RECOMENDACIONES.....	71
VII.REFERENCIALES.....	72
ANEXO	74

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico de tiene por finalidad presentar mi experiencia profesional en la Atención Integral de Enfermedades de daños no Trasmisible en el “Centro de Salud de Chilca” en los años 2014 al 2016.

Así mismo, contribuirá a la implementación de la Estrategia Sanitaria de Daños no transmisibles para brindar una mejor calidad de atención a los usuarios.

Mejorar la coordinación de la estrategia sanitaria de daños no transmisibles en el C.S. Chilca en la prevención, promoción, control de enfermedades de daños no transmisibles, ya que el establecimiento de salud de Chilca es I-4, siendo del primer nivel de atención porque es aquí donde se deben ejecutar las actividades preventivo promocionales, oportunidad que nos permitiría la disminución y detección oportuna de dichas enfermedades no trasmisibles. Se sabe que estos últimos años se viene incrementando los casos de enfermedades de daños no transmisibles como son el sobrepeso la Diabetes Mellitus, la Hipertensión Arterial, y no se contaba con datos estadísticos en nuestro establecimiento de salud que pudieran servir de basal para plantear las estrategias necesarias para el buen manejo de dichas enfermedades y más aún poder prevenirlas. Ya que en el establecimiento de salud de Chilca hace años a tras no se venía dando la debida importancia a la estrategia de Enfermedades de daños no Transmisibles, por ello surge la

necesidad de plantear las estrategias necesarias para realzar el servicio que se brinda en esta estrategia, y mejorar los indicadores de salud en bien de la comunidad.

Se señala que las causas de este veloz incremento de diabéticos en el distrito de Chilca y el país son, el cambio de estilo de vida caracterizada por el consumo excesivo de alimentos con alto contenido calórico como la comida chatarra, la ingesta de alcohol, el tabaquismo, el consumo de bebidas azucaradas (gaseosas) y la poca o nula actividad física que conllevan a altas tasas de sobrepeso y obesidad.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

A nivel mundial, Actualmente las enfermedades de daños no transmisibles son un problema de salud pública en el mundo siendo más prevalente en la población Adulta y Adulta Mayor.

Estos daños están relacionados con la inadecuada conducta y estilos de vida que son factores de riesgo que deben ser intervenidos oportunamente, por ello es importante la información, educación y comunicación (IEC) desde la promoción (el trabajo con poblaciones) y prevención (el trabajo con individuos) destinados a cambios hacia conductas y estilos de vida saludables, actualmente son responsables por el incremento de la carga total de morbilidad y lesiones en América Latina y el Caribe.

A nivel nacional, en el Perú, se vienen haciendo importantes esfuerzos para la prevención y control de los daños no transmisibles. Los aportes más recientes están orientados por la Política de Estado en Salud del Acuerdo Nacional, el Plan Nacional Concertado de Salud, los Lineamientos de Política de Salud 2002-2012, el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños no transmisibles 2004-2012 (Resolución Ministerial N° 721-2005). Continuando estos esfuerzos, y para potenciarlos, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención

y Control de Daños No Transmisibles implementará el presente Plan Estratégico Nacional 2014- 2020, para llegar, próximos al bicentenario de nuestra independencia republicana, con avances significativos en la reducción de las ENT, sus secuelas de discapacidad y muerte y de sus factores de riesgo.

Se sabe que sólo la diabetes ha afectado a la fecha a más peruanos, pero la cifra podría ser mayor pues hay pacientes que desconocen que en forma silenciosa desarrollan la enfermedad.

Se tiene el reporte del instituto nacional de estadística que nos muestra que la presión arterial alta es diagnosticada por un profesional de salud en un establecimiento de salud. Presentándose los mayores porcentajes de la población con hipertensión arterial en Lima Metropolitana, y los porcentajes menores en la Sierra y selva.

1.2 OBJETIVOS

Describir la atención integral de las enfermedades no transmisibles en el centro de salud chilca. Huancayo. 2014-2016

1.3 JUSTIFICACIÓN

Hoy en día el incremento de los casos de personas que sufren de Sobrepeso, Hipertensión arterial y Diabetes mellitus se da en todos los estratos de la sociedad y no respeta ni sexo ni raza ni mucho menos edad, debido a los cambios de los malos hábitos

alimenticios, la presencia de las grandes cadenas de preparación de comidas rápidas que contribuyen al incremento de estas enfermedades en especial la Diabetes.

La obesidad es una carga de salud para la población y se relacionan con varias Enfermedades Crónicas No Transmisibles y hoy en día se presenta en edades más tempranas, lo que permite un mayor tiempo de exposición y que las complicaciones sean más frecuentes y sus costos sean mayores.

La falta de información estadística, no contar con una base de datos sobre los casos presentados en el establecimiento de salud, la falta de personal a cargo de la ESNDNT en años anteriores, la falta de instrumentos para una buena atención integral, hicieron que surja la necesidad de plantear y ejecutar estrategias para mejorar y darle la debida importancia a dicha estrategia, más aun que a partir del año 2015 forma parte de los indicadores cápita de la región Junín.

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES

ACUÑA Y, CASTRO R, SOLÍS C, en Costa Rica, abril – 2012. “**PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE ÁREA DE SALUD DE ESPARZA**”, cuyo objetivo fue promover un estilo de vida saludable en la población adscrita al Área de Salud de Esparza. El presente estudio es una investigación de campo en el Área de Salud de Esparza, de naturaleza transversal y descriptiva. Su conclusión es La salud es algo más que una dimensión biológica y no sólo depende de tener o no tener una enfermedad. Para considerar que un individuo es saludable debe existir un equilibrio entre la dimensión biológica, psicológica y social. (8).

GRISAR MARTÍNEZ, Á, Santiago de Chile 2008, “**ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN EL ADULTO (ECNT) Y PRÁCTICAS EN SALUD: EL PARADIGMA DE VIDA SANA DE LA POBLACIÓN LABORALMENTE ACTIVA**”. Cuyo objetivo fue caracterizar el paradigma de vida sana de la fuerza laboral activa de Santiago de Chile, desde la descripción de las ideas en salud que ésta tiene y de las prácticas cotidianas en salud que se desprenden de ellas. El presente estudio es de carácter exploratorio descriptivo. La metodología de la presente investigación es mixta, con una fase cualitativa y otra cuantitativa, dado que una primera parte del objetivo

general -caracterizar el paradigma de vida sana de los trabajadores chilenos-, exigió una aproximación cualitativa, mientras que la segunda - identificar y caracterizar hábitos de vida de los adultos chilenos, fue operacional izada cuantitativamente(1).

AGUILAR CRUCES Y, Chosica-Lima, julio del 2009 a julio del 201, "PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO – CHOSICA". Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes del servicio de medicina del Hospital José Agurto Tello – Chosica, julio 2009 - julio 2010, el diseño aplicado en dicha investigación fue analítico transversa. La metodología utilizada en este trabajo fue cuantitativa. (9)

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Lima-Perú 2011, "PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN ESCOLARES, UNIVERSITARIOS Y MUJERES DE ORGANIZACIONES SOCIALES DE BASE EN CUATRO DISTRITOS DEL PERÚ". Cuyo objetivo es determinar la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en adolescentes, jóvenes y adultos en instituciones educativas, universidades y organizaciones sociales de base de los distritos de Lima, Callao, Trujillo y Arequipa. La metodología utilizada es de diseño transversal analítico (o de prevalencia), permite identificar las

prevalencias de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles como sobrepeso, hipertensión, hiperglicemia y lípidos elevados, y sus relaciones con los hábitos nocivos de consumo, dieta poco saludable, estilos de vida, conocimientos y percepciones sobre hábitos saludables y factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Este estudio es la evaluación basal, presentado en un contexto de diseño Ex – Post y es netamente cuantitativo (3).

ESTRELLA SINCHE E, SUÁREZ-BUSTAMANTE M., Lima-Perú 2006, “FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN MUJERES ADULTAS DE ORGANIZACIONES DE BASE DE UNA POBLACIÓN URBANO MARGINAL POBRE DE LIMA, PERÚ”, el objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de factores de riesgo para ENT en mujeres adultas de organizaciones de base de una población urbano marginal pobre, el diseño aplicado fue un estudio de corte transversal, descriptivo y de base poblacional(6).

2.2. MARCO CONCEPTUAL

Los daños no transmisibles constituye un problema de salud pública en el mundo, y su mayor prevalencia es en la población adulta, situación en la que están inmersos los países en vías de desarrollo como el Perú; donde el cambio de nuestra pirámide poblacional, los cambios en el estilo de vida de la población consecuencia del modernismo y el avance han influenciado en los hábitos de consumo,

ambientes laborales y psíquicos dando lugar al rápido incremento en la morbilidad por daños no transmisibles como: El sobrepeso, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

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 tiene como objetivo principal fortalecer las acciones de prevención y control de los daños no transmisibles, llevadas en forma interinstitucional e intersectorial, con recursos técnicos posibles que facilite la prevención y atención de la salud de las personas en el País, en el marco de la Atención Integral de Salud.

En la mayoría de los establecimientos de salud es el profesional de enfermería la responsable de la conducción de la estrategia de daños no transmisibles, en donde los indicadores son medidos con el presupuesto por resultados a través de 03 grande productos que a continuación se detallan.

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 y manejo.

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

El tamizaje laboratorial incluye: dosaje de glucemia y perfil lipídico (colesterol y triglicéridos), según corresponda al grupo de edad.

La valoración clínica se realiza en el servicio de triaje o en consultorio, puede ser realizada por profesional de salud capacitado.

El tamizaje laboratorial se realiza en los establecimientos de salud que cuentan con laboratorio con capacidad para realizar el dosaje de glucosa y perfil lipídico (colesterol total y triglicéridos; o colesterol total, HDL, LDL y Triglicéridos), de lo contrario referir para la prueba y contra referir para interpretación de resultados e intervención. Puede ser solicitado por un profesional de la salud capacitado que realiza el tamizaje.

La entrega de resultados de la valoración clínica para personas sin tamizaje laboratorial se realiza por profesional de la salud capacitado y la entrega de resultados de la valoración clínica más resultados del tamizaje laboratorial se realiza en consultorio externo por el médico, empleando máximo 15 minutos.

La valoración clínica y tamizaje laboratorial debe ser realizada cada 3 años, en caso de haberse encontrado valores normales, en menores de 40 años, y en personas de 40 y más años, la valoración clínica y

tamizaje debe ser anual. La frecuencia de éstas puede variar según criterio médico.

La valoración clínica y tamizaje laboratorial se puede realizar en actividades extramurales.

PERSONAS DE 18 A 29 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO

Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas de 18 a 29 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; si no tienen alto riesgo se realiza la consejería y acuerdos para modificar estilos de vida. Se emplea 20 minutos.

En personas con riesgos elevados: sobrepeso, obesidad, antecedentes familiares directo de diabetes (padres y hermanos) y/o hipertensión arterial, solicitar tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultado y se recomendará una reevaluación clínica de sus factores de riesgo anual así como modificación de sus estilos de vida. En el caso tener resultados anormales de glucosa o perfil lipídico o presión arterial alta se aplicará

el producto de tratamiento y control de diabetes o hipertensión. La consulta médica dura 15 minutos.

CLASIFICACION DEGUN IMC (INDICE DE MASA CORPORAL)

PARA LA EDAD: El índice de masa corporal se obtiene de realizar la siguiente operación-peso sobre talla al cuadrado (P/T^2), al obtener el IMC ubicamos en que rango se encuentra el paciente y lo clasificamos:

Delgadez III: < 16

Delgadez II: de 16 a < 17

Delgadez I: de 17 a < 18.5

Normal: de 18.5 a < 25

Sobrepeso: de 25 a < 30

Obesidad: de 30 a < 35

Obesidad I: de 35 a < 40

Obesidad II: ≥ 40

Fuente: Adaptado de la OMS, 1995. El estado físico: Uso e interpretación de la Antropometría. Informe del Comité de Expertos de la OMS, Serie de Informes técnicos 854, Ginebra, Suiza.

CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE ENFERMAR SEGÚN SEXO Y PERÍMETRO ABDOMINAL:

VARÓN:

Riesgo Bajo (RSM): < 94 cm.

Alto (RSA): \geq 94 cm.

Muy Alto (RMA): \geq 102cm.

MUJER:

Riesgo Bajo (RSM): < 80 cm

Alto (RSA): \geq 80 cm

Muy Alto (RMA): \geq 88cm.

Fuente: World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic Report of a WHO Consultation on Obesity 2000. Geneva, World Health Organization.

PERSONAS DE 30 A 39 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO:

Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas de 30 a 39 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; si no tienen alto riesgo se realiza la consejería y acuerdos para modificar estilos de vida. Se emplea 20 minutos. En personas con riesgos elevados: sobrepeso, obesidad, antecedentes familiares directo de diabetes (padres y hermanos) y/o

hipertensión arterial, solicitar tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultado y se recomendará una re-evaluación clínica de sus factores de riesgo anual así como modificación de sus estilos de vida. En el caso tener resultados anormales de glucosa o perfil lipídico o presión arterial alta se aplicará el sub-producto de tratamiento y control de diabetes o hipertensión. La consulta médica dura 15 minutos.

CLASIFICACION DEGUN IMC (INDICE DE MASA CORPORAL) PARA LA EDAD:

Delgadez III: < 16

Delgadez II: de 16 a < 17

Delgadez I: de 17 a < 18.5

Normal: de 18.5 a < 25

Sobrepeso: de 25 a < 30

Obesidad: de 30 a < 35

Obesidad I: de 35 a < 40

Obesidad II: \geq 40

CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE ENFERMAR SEGÚN SEXO Y PERÍMETRO ABDOMINAL:

VARÓN:

Riesgo Bajo (RSM): < 94 cm.

Alto (RSA): ≥94 cm.

Muy Alto (RMA): ≥102cm.

MUJER:

Riesgo Bajo (RSM): < 80 cm

Alto (RSA): ≥ 80 cm

Muy Alto (RMA): ≥88cm.

PERSONAS DE 40 A 59 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL:

Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas de 40 a 59 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; asimismo se solicita tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultados, siempre y cuando tengan hipertensión y diabetes, ya que deben ser derivados para manejo con los demás productos y guías (hipertensión y diabetes). En caso de que no tuvieran hipertensión ni diabetes se realiza la Consejería en estilos de vida (de acuerdo al

riesgo poblacional) según modelo de cambio conductual. La consulta médica dura 20 minutos. Se recomienda realizar la valoración clínica y tamizaje según las definiciones operacionales en este grupo de edad cada año.

CLASIFICACION DEGUN IMC (INDICE DE MASA CORPORAL) PARA LA EDAD:

Delgadez III: < 16

Delgadez II: de 16 a < 17

Delgadez I: de 17 a < 18.5

Normal: de 18.5 a < 25

Sobrepeso: de 25 a < 30

Obesidad: de 30 a < 35

Obesidad I: de 35 a < 40

Obesidad II: ≥ 40

CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE ENFERMAR SEGÚN SEXO Y PERÍMETRO ABDOMINAL:

VARÓN:

Riesgo Bajo (RSM): < 94 cm.

Alto (RSA): ≥ 94 cm.

Muy Alto (RMA): ≥ 102 cm.

MUJER:

Riesgo Bajo (RSM): < 80 cm

Alto (RSA): ≥ 80 cm

Muy Alto (RMA): ≥ 88cm.

PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS CON VALORACIÓN CLÍNICA DE FACTORES DE RIESGO Y TAMIZAJE LABORATORIAL:

Conjunto de actividades para la identificación de factores de riesgo modificables de diabetes e hipertensión, en personas mayores de 60 años. Como valoración clínica corresponde: valoración del índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal, medición de la presión arterial y estilos de vida; asimismo se solicita tamizaje laboratorial de glucosa y perfil lipídico; en estas personas la valoración clínica y tamizaje termina con la consulta médica para la entrega de resultados, siempre y cuando tengan hipertensión y diabetes, ya que deben ser derivados para manejo con los demás productos y guías (hipertensión y diabetes). En caso de que no tuvieran hipertensión ni diabetes, pero si presentara algunos otros factores de riesgo se realiza la Consejería en estilos de vida (de acuerdo al riesgo poblacional) según modelo de cambio conductual. La consulta médica dura 20 minutos. Se recomienda realizar la valoración clínica y tamizaje según las definiciones operacionales en este grupo de edad cada año.

CLASIFICACION DEGUN IMC (INDICE DE MASA CORPORAL)

PARA LA EDAD:

Delgadez: Menor igual a 23

Normal: Mayor a 23 a < 28

Sobrepeso: ≥ 28 a < 32

Obesidad: ≥ 32

CLASIFICACIÓN DE RIESGO DE ENFERMAR SEGÚN SEXO Y PERÍMETRO ABDOMINAL:

VARÓN:

Riesgo Bajo (RSM): < 94 cm.

Alto (RSA): ≥ 94 cm.

Muy Alto (RMA): ≥ 102 cm.

MUJER:

Riesgo Bajo (RSM): < 80 cm

Alto (RSA): ≥ 80 cm

Muy Alto (RMA): ≥ 88 cm.

INTERPRETACIÓN DE LOS VALORES DE PERÍMETRO ABDOMINAL (PAB)/1:

PAB < 94 cm en varones y < 80 cm en mujeres (Normal) Existe bajo riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.

PAB ≥ 94 cm en varones y ≥ 80 cm en mujeres (Elevado) Es considerado factor de alto riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.

PAB ≥ 102 cm en varones y ≥ 88 cm en mujeres (Muy alto) Es considerado factor de muy alto riesgo de comorbilidad, de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares incluida la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, entre otras.(7)

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA

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 (mayor o igual a 18 años de edad), el

punto de corte para la presión arterial sistólica es mayor o igual a 140 mmHg y para la diastólica es mayor o igual a 90 mmHg. El riesgo cardiovascular es inherente al nivel de la presión arterial y observa un incremento de tipo lineal. Sin embargo, se debe establecer el riesgo adicional teniendo en cuenta los factores de riesgo presentes, así como el compromiso clínico o subclínico 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.

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

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 arterial. Entre ellas destacan por su prevalencia:

Enfermedad renal: parenquimal 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 otras. • Miscelánea: tumores, coartación de aorta, enfermedad de Paget, entre otros.

Medicamentos: anticonceptivos hormonales, corticosteroides, agentes vaso constrictores, simpáticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, anfetaminas, antiinflamatorios no esteroideos, ciclosporina, eritropoyetina entre otros

FACTORES DE RIESGO:

Sexo masculino, edad (varones, 155 años; mujeres, 65 años), tabaquismo (al menos un cigarrillo el último mes), dislipidemias: (Colesterol total >200 mg/dl, o cLDL>130 mg/dl, o cHDL: varones, 150 mg/dl), hiperglucemia en ayunas de 100-125 mg/dl, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus, obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²), sobrepeso (IMC 25-29.9 kg/m²), obesidad abdominal (perímetro abdominal: varones, ≥ 102 cm; mujeres, ≥ 138 cm). historia familiar en primer grado de enfermedad coronaria prematura o equivalente (varones mayores de 55 años y mujeres mayores de 65).

SIGNOS Y SÍNTOMAS LA HTA:

Es esencialmente asintomática. Es más común identificar a un paciente con HTA cuando ya presenta complicaciones crónicas como la insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular o disfunción eréctil. Pueden existir síntomas en casos de crisis hipertensiva como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vasculares.

DIAGNÓSTICO:

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Cribado y detección temprana de hipertensión arterial No existe evidencia suficiente para recomendar la periodicidad de control de PA pero sí la necesidad de realizarlo. Se recomienda realizar un control de PA 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 (PAS mayor a 120 mmHg y PAD mayor a 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 PAS son de 120-139 mmHg o PAD 80-89 mmHg, deberá repetirse los controles anualmente.

El diagnóstico de enfermedad hipertensiva y la estratificación de riesgo cardiovascular se realizan en el establecimiento de salud donde fue captado el paciente. Si fue en el primer de atención y en el proceso diagnóstico se sospecha de daño de órgano blanco o 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, evaluación clínica, mediciones repetidas de la presión arterial y exámenes de laboratorio e instrumentales. Estos procedimientos tienen los siguientes objetivos:

Determinar los niveles de presión arterial:

Normal: (sistólica menor a 120 mmHg y diastólica menor a 80 mmHg).

Pre-hipertensión: (sistólica de 120 a 130 mmHg y diastólica de 80 a 89 mmHg)

Hipertensión: (sistólica mayor o igual de 140 mmHg y diastólica mayor o igual de 90 mmHg)

La medición correcta de la PA 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. La metodología de toma de la presión arterial se describe en el Anexo 4 de la presente Guía de Práctica Clínica. Se recomienda para un buen diagnóstico, que la toma de la PA sea realizada por el médico u otro personal de salud capacitado. El registro obtenido es indicador de la PA 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 realizar registros sucesivos y obtener el promedio de estos para tener el cálculo aproximado de la PA del periodo de la evaluación. En cada sesión 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.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: La mayoría de las personas que padecen de presión 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, causas de hipertensión arterial secundaria, y descartar algún daño de órgano blanco. Para ello se recomienda, según la

capacidad resolutive del establecimiento de salud, los realizados en el primer nivel de atención: Hemoglobina y hematocrito, Glucosa en ayunas. Si la glucemia se encontrase entre 100-125 mg/dl, se recomienda realizar 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, cLDL, cHDL y triglicéridos séricos en ayunas. Electrolitos séricos.

MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA: El objetivo de mantener la presión arterial por debajo de ciertos niveles es reducir las complicaciones cardiovasculares futuras,

Las personas diagnosticadas con hipertensión arterial serán manejadas según niveles de complejidad de la siguiente manera: Hipertensos con riesgo cardiovascular bajo o moderado: primer nivel de atención.

Hipertensos con riesgo cardiovascular alto: segundo nivel de atención.

Hipertensos controlados con riesgo cardiovascular alto: primer nivel de atención.

Hipertensos con riesgo cardiovascular muy alto: tercer nivel de atención o, en su defecto, cardiólogo del segundo nivel de atención o, en su defecto, médico internista del segundo nivel de atención.

Hipertensos controlados con riesgo cardiovascular muy alto: tercer o segundo nivel de atención.

Medidas generales y preventivas Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en pacientes no hipertensos, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con hipertensión arterial y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción del número y dosis de medicamentos antihipertensivos²⁵; por lo que, es una indicación de gran importancia en el manejo del paciente con enfermedad hipertensiva.

Restricción de la ingesta de sal, evitar el consumo de alcohol, en su defecto, moderar su consumo, consumo de frutas y verduras, y alimentos bajos en grasa, reducción y control de peso, actividad física regular, evitar 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) y físicos (ruido y altas temperaturas),

MODIFICACIONES EN LOS ESTILOS DE VIDA DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Reducción de peso (Lograr y mantener un peso corporal normal: IMC 18,5 — 24,9 y una circunferencia abdominal menor de 102 cm en varones y 88cm en la mujer), Dieta (Consumo frutas, vegetales frescos, y alimentos bajos en grasas totales y saturadas), Reducción del consumo de sal (Reducir ingesta de sal en la dieta a no más 5 gr al día), Actividad física (Ejercicio físico aeróbico de moderada intensidad de manera regular tal como caminar, trotar, montar bicicleta, nadar al menos 30 min. al día o 150 min semanales), Evitar o limitar el consumo de alcohol (Evitar el consumo de alcohol, en su defecto, no exceder de 20-30 g/día de etanol los varones y 10-20 g/día las mujeres. El consumo semanal de alcohol no debe exceder los 140 g en los varones y 80 g en las mujeres), No al tabaco (Abandono total del hábito de fumar, no exposición al humo de tabaco).

TERAPÉUTICA: Los pacientes hipertensos que iniciarán terapia farmacológica 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 la presión arterial; Hipertensos con niveles de presión arterial sistólica 160 mmHg o presión arterial diastólica 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.

El inicio de monoterapia podrá realizarlo el médico general del primer nivel de atención con uno de los agentes antihipertensivos mencionados, para lo cual se recomienda iniciar con: Enalapril, dos veces al día (10 a 20 mg por día), o losartán, dos veces al día (50 a 100 mg por día), o hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg por día), o amlodipino, una vez al día (5 a 10 mg por día).(5)

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina.

ETIOLOGÍA: La causa de la DM es multifactorial y su origen puede variar según el tipo de diabetes.

CLASIFICACION:

Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1): Se presenta por la destrucción de las células beta (β) del páncreas, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. La etiología de la destrucción de las células beta es

generalmente autoinmune pero existen casos de DM-1 de origen idiopático.

Diabetes mellitus tipo 2: caracterizada por un defecto relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción. Es el tipo más frecuente y supone alrededor de 90% - 95% de los diabéticos. Suele aparecer de forma solapada e insidiosa.

Diabetes mellitus gestacional: se caracteriza por hiperglucemia que aparece durante el embarazo y alcanza valores que, pese a ser superiores a los normales, son inferiores a los establecidos para diagnosticar una diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional corren mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto, y de padecer DM-2 en el futuro³.

Otros tipos específicos de diabetes: Defectos genéticos en la función de la célula beta, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías (acromegalia, síndrome de Cushing), cromosomopatías (síndrome de Down, síndrome de Turner) o relacionado al uso de medicamentos (glucocorticoides, pentamidina, diazóxido) entre otros.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS:

MEDIO AMBIENTE:

Urbanización: Migración de área rural a urbana¹⁴.

Riesgo ocupacional: No existe relación directa entre una condición laboral y el desarrollo de DM-2, sino a través del sedentarismo, alimentación malsana o al estrés que esta pudiera condicionar.

En relación a las horas de la jornada laboral, existiría un incremento del 30% de riesgo de desarrollar diabetes en las personas de un estrato socioeconómico bajo que trabajan de 55 horas a más por semana, en comparación con los que trabajan de 35 a 40 horas por semana.

La exposición a riesgos psicosociales (carga mental, jornada de trabajo, contenido de la tarea, relaciones interpersonales, seguridad contractual, entre otros) en el ambiente de trabajo por periodos prolongados (años) están asociados a síndrome metabólico.

ESTILOS DE VIDA:

Sedentarismo: Existe asociación entre la poca (menor a 150 minutos por semana de intensidad moderada) o nula actividad física con el riesgo a desarrollar DM-2.

Malos hábitos alimentarios: El consumo de alimentos con alto índice glucémico y alto valor calórico aumenta el riesgo de DM2.

Tabaquismo: La exposición al humo de tabaco durante el embarazo aumenta el riesgo de diabetes en ese bebé al llegar a la adultez. Asimismo, el hábito de fumar incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular en las personas con diabetes mellitus.

Alcohol: Existe mayor riesgo de diabetes y el consumo excesivo de alcohol aunque se producen daños bioquímicos en la célula pancreática con consumos menores

FACTORES HEREDITARIOS: Antecedente familiar de diabetes mellitus: Existe mayor riesgo de diabetes en personas con familiares con diabetes, principalmente en aquellos de primer grado de consanguinidad.

RELACIONADOS A LA PERSONA:

Hiperglucemia intermedia: Las personas con hiperglucemia intermedia incluye la presencia de glucemia en ayunas alterada (110-126 mg/dl), de intolerancia oral a la glucosa (140-199 mg/dl a las 2h tras 75 gramos de glucosa oral) o ambas a la vez. Estas condiciones tienen riesgo de padecer diabetes y complicaciones cardiovasculares.

Síndrome metabólico (SM) Está asociado a un incremento de riesgo de padecer DM-2 de 3 a 5 veces.

Sobrepeso y obesidad: El riesgo de desarrollar DM-2 es directamente proporcional al exceso de peso, siendo el índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 25 kg/m² en adultos el factor de riesgo más importante para la DM-2.

Obesidad abdominal: El valor de perímetro abdominal mayor o igual a 88cm. en la mujer y 102cm. en el hombre, según los criterios del III

Panel de Tratamiento del Adulto del Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol de los EE. UU. (NCEP/ ATP III).

Etnia: El riesgo de desarrollar diabetes es mayor en nativos y población mestiza latinoamericana, raza negra, asiáticos y menor en caucásicos que en el resto de etnias.

Edad: Se considera mayor riesgo en las personas mayores de 45 años, la prevalencia de DM-2 es directamente proporcional al incremento de la edad cronológica.

Dislipidemia: Hipertrigliceridemia (> 250 mg/dl en adultos) y de niveles bajos de colesterol HDL (< 35 mg/dl) están asociados a insulino resistencia.

Historia de enfermedad cardiovascular: DM-2 asociado a infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, aterosclerosis entre otras enfermedades. Hipertensión arterial (HTA): Presión arterial $\geq 140/90$ mmHg o estar en terapia para hipertensión como factor de riesgo asociado a DM-2.

SIGNOS Y SÍNTOMAS: Dependerá de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico.

Asintomáticos: Son aquellas personas con DM-2 que no advierten los síntomas clásicos. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años).

Sintomáticos: Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito. Las manifestaciones clínicas pueden variar según las complicaciones que presenta la persona como adormecimientos, calambres, hormigueos (parestesias), dolor tipo quemazón o electricidad en miembros inferiores en caso de neuropatía diabética; dolor en pantorrilla (claudicación intermitente) en caso de enfermedad arterial periférica.

Comorbilidades asociadas: infecciones del tracto urinario a repetición. También la persona puede llegar a desarrollar una crisis hiperglucémica cuyas manifestaciones clínicas pueden ser: deshidratación moderada a severa, compromiso del sensorio, polipnea, náuseas, vómitos, dolor abdominal, respiración acidótica, tipo Kussmaul (rápida y profunda).

DIAGNÓSTICO:

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

CRIBADO Y DETECCIÓN TEMPRANA DE DIABETES MELLITUS

TIPO 2: Se recomienda el cribado de la glucosa plasmática -como una parte más de la evaluación del riesgo cardiovascular- en los adultos entre 40-70 años de edad que fueran obesos o tuvieran sobrepeso; o según lo indicado en las normas de valoración y tamizaje de factores de riesgo. Si los valores son normales, repetir

cada 3 años. Considerar realizarlo a menores de 40 años si tienen historia familiar de diabetes, diabetes gestacional o síndrome de ovario poliquístico u otros según criterio médico. Si tiene un nivel glucémico anormal debemos dar consejos para promover intervenciones intensivas a base aplicar dietas saludables y fomentar el ejercicio físico,

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2:

Cualquiera de los siguientes:

Glucemia en ayunas en plasma venoso igual o mayor a 126 mg/dl, en dos oportunidades. No debe pasar más de 72 horas entre una y otra medición. El ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas. La persona puede estar asintomática.

Síntomas de hiperglucemia o crisis hiperglucémica y una glucemia casual medida en plasma venoso igual o mayor de 200 mg/dl. Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas de la hiperglucemia incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.

Glucemia medida en plasma venoso igual o mayor a 200 mg/dl dos horas después de una carga oral de 75gr. de glucosa anhidra.

No se recomienda el uso de hemoglobina glucosilada para el diagnóstico de DM-2, debido a que en la actualidad es poco accesible en nuestro país, con una variedad de métodos para su determinación

y por no existir aún la estandarización del método más apropiado para su medición en los laboratorios clínicos en el proceso diagnóstico. A medida que se implemente el proceso de control de calidad en los laboratorios para esta prueba, se podría utilizar.

EXÁMENES AUXILIARES: Según el nivel de atención y la capacidad resolutoria del establecimiento de salud, se deberá llevar a cabo una valoración integral inicial (clínica, bioquímica, imágenes y evaluaciones complementarias multidisciplinarias) y posteriormente de manera periódica que nos permita monitorizar el logro de un control metabólico adecuado de la DM-2 así como vigilar el desarrollo o progresión de las complicaciones micro y macro vasculares. Los exámenes auxiliares a ser utilizados son:

Glucosa en ayunas en plasma venoso.

Glucosa postprandial en plasma/suero venoso: Se define como glucosa postprandial a los niveles de glucosa en sangre a las dos horas de la ingesta de un alimento.

Hemoglobina glucosilada (HbA1c): Es una prueba para el control y seguimiento del tratamiento de la diabetes en personas diagnosticadas. Se debe tener en cuenta que la prueba se altera en aquellas condiciones que disminuya la vida media del eritrocito (hemólisis, uremia, embarazo), anemia ferropénica, portadores de

hemoglobinopatías congénitas y aquellos que hayan recibido transfusiones recientes.

Prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG): Consiste en la determinación de la glucemia en plasma venoso a las dos horas de una ingesta de 75 gr de glucosa anhidra en adultos.

Glucosa capilar: Puede ser utilizada para fines de seguimiento y automonitoreo, pero no con fines de diagnóstico. El glucómetro debe estar adecuadamente calibrado, las tiras reactivas deben estar bien conservadas, almacenadas dentro de su periodo de vigencia; además tener el personal de salud y el paciente capacitados en el correcto uso.

Orina completa: Evalúa la presencia de glucosuria, cuerpos cetónicos, albuminuria (proteinuria) y leucocituria.

Hemograma completo: Evalúa el nivel de hemoglobina y la cuenta leucocitaria, entre otros.

Creatinina en sangre: Evalúa la función renal mediante el cálculo de la tasa de filtración glomerular (TFG) usando la fórmula del estudio Modification of Diet in Renal Disease (MDRD)

Perfil lipídico: Evalúa los valores de colesterol total, triglicéridos, colesterol LDL y HDL.

Transaminasas (aminotransferasas): La elevación de las transaminasas TGP (ALT) y TGO (AST) se asocia a daños en el hígado, tales como la esteatosis hepática no alcohólica; así mismo se utiliza para el seguimiento de personas en tratamiento con estatinas y algunos antidiabéticos orales.

Albuminuria: Anteriormente se ha utilizado el término de microalbuminuria para referirse a la detección muy precoz de los niveles de albumina en orina a fin de evaluar la presencia de nefropatía incipiente, mediante métodos sensibles como inmunoensayos, nefelometría, etc. Actualmente se prefiere el término albuminuria, para enfatizar el "continuum" de esta anormalidad. Sus rangos se definen de la siguiente manera: Normal: < 30 µg/mg de creatinina urinaria o < 30 mg/24 horas o < 20 ug/min. Albuminuria persistente: ≥ 30 µg/mg de creatinina urinaria o ≥ 30 mg/24horas o ≥ 20 ug/min. Anteriormente se ha referido como macroalbuminuria (proteinuria) un valor > 300 mg/24 horas y síndrome nefrótico un valor > de 3500 mg/24 horas. Estas dos condiciones se determinan mediante análisis bioquímicos urinarios tradicionales.

Análisis de gases arteriales (AGA) y electrolitos en sangre: Permiten determinar el estado ácido-base y el estado de hidratación de la persona diabética descompensada con crisis hiperglicémica. Podremos encontrar hipernatremia (estado hiperosmolar),

hiperkalemia (enfermedad renal crónica), acidosis metabólica (cetoacidosis diabética, enfermedad renal), entre otros.

MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA:

RECOMENDACIONES SOBRE LA EDUCACIÓN A LA PERSONA

CON DM-2: La educación a la persona diabética está centrada en ella e incluye a su familia y su red de soporte social; asimismo, debe ser estructurada y estar orientada al autocuidado (autocontrol). La intervención educativa es parte integral de la atención de todas las personas con DM-2. Se debe educar: Desde el momento del diagnóstico. De manera continua. A solicitud. La intervención educativa la debe aplicar idealmente un equipo multidisciplinario debidamente capacitado para proporcionar educación a los grupos de personas con diabetes, de no estar disponible este equipo se conformará de acuerdo a la capacidad resolutive, según nivel de atención. La educación debe brindarse a la persona y se debe incluir un miembro de la familia o un miembro de su red de soporte social, la educación debe ser accesible para todas las personas con diabetes, teniendo en cuenta las características culturales, origen étnico, psicosociales, nivel educativo y de discapacidad. Se debe considerar la posibilidad de la educación en la comunidad, centro laboral o en el establecimiento de salud. Se recomienda utilizar técnicas de aprendizaje activo (participación en el proceso de aprendizaje y con

contenidos relacionados con la experiencia personal), adaptados a las elecciones personales de las personas con DM-2. La educación debe incluir sesiones grupales de 5 a 10 personas y debe ser dictado por un profesional de salud, preferiblemente un educador en diabetes certificado.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES: Sobre la alimentación, se ha demostrado que el manejo nutricional es efectivo en personas con diabetes y aquellos con alto riesgo de desarrollar DM-2, cuando se trata de un componente integrado de la educación y la atención médica, por ello todas las personas con factores de riesgo, diagnosticadas con DM-2 deben recibir consulta nutricional por un profesional nutricionista en forma personalizada u orientación nutricional por un personal de salud entrenado, según la categoría del establecimiento de salud. Una dieta adecuada para personas con diabetes es aquella que considera:

Ser fraccionada para mejorar la adherencia a la dieta, reduciendo los picos glucémicos postprandiales y resulta especialmente útil en las personas en insulino terapia⁴³. Los alimentos se distribuirán en cinco comidas o ingestas diarias como máximo, dependiendo del tratamiento médico de la siguiente manera: Desayuno, refrigerio media mañana, almuerzo refrigerio media tarde y cena.

La ingesta diaria de calorías deberá estar de acuerdo al peso de la persona y su actividad física.

En las personas con sobrepeso y obesidad, una reducción entre el 5% al 10% del peso corporal le brinda beneficios significativos en el control metabólico.

La ingesta de grasas debe estar entre el 20% al 35% de la energía diaria consumida.

La ingesta de proteínas debe estar entre el 15% al 20% de la ingesta calórica diaria correspondiendo entre 1 a 1,5 gramos por kilo de peso corporal como en la población general⁴⁴. En personas con nefropatía crónica establecida (proteinuria >3,5 gramos/24 horas) no debe exceder de 0,8 gramos por kilo de peso corporal.

La ingesta de carbohidratos debe ser entre el 45% al 55% del VCT.

Se recomienda la ingesta de fibra entre 25 a 50 gramos por día o 15 a 25 gramos por 1000 kcal consumidas.

No se recomienda el suplemento de antioxidantes (vitamina C, vitamina E y caroteno) porque no son beneficiosos y existe la preocupación de su seguridad a largo plazo. Tampoco se recomienda el suplemento de micronutrientes (magnesio, cromo, vitamina D) por no haber evidencia de su beneficio en el control metabólico.

ACTIVIDAD FÍSICA: La actividad física ha demostrado beneficio en prevenir y tratar la DM-2, asimismo se ha demostrado su beneficio a largo plazo, la actividad física recomendada debe ser progresiva, supervisada y de manera individual, previa evaluación por personal médico calificado, los adultos de 18 a 64 años deben dedicar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada como caminar, bailar, trotar, nadar, etc. La actividad aeróbica se practicará en forma progresiva iniciando con sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo. Dos veces o más por semana se debe realizar actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

TABACO: Se recomienda evitar el hábito de fumar porque incrementa el riesgo de enfermedad cardiovascular.

RIESGOS OCUPACIONALES: En las evaluaciones médicas ocupacionales periódicas según la normatividad vigente se recomienda la identificación de factores de riesgo de enfermedad cardiometabólica y de las personas diabéticas para una pronta referencia de estas personas para su evaluación y tratamiento oportunos.

VACUNACIÓN: Se recomienda vacunación contra virus de influenza (gripe) una vez al año a toda persona con DM-2. Se recomienda vacunación antineumocócica a toda persona con DM-2. Revacunar

después de los 64 años si han pasado al menos 5 años de la primera dosis y si la primera dosis fue puesta antes de los 65 años. Considerar con los médicos especialistas, y según criterio clínico y epidemiológico, vacunación contra el virus de la hepatitis B y refuerzo de difteria, tétanos y pertusis.

TERAPÉUTICA:

Manejo no farmacológico: Las personas con diagnóstico reciente de diabetes, asintomáticos, estables, sin complicaciones, y según criterio médico, deben iniciar solamente con cambios en los estilos de vida previos al inicio de terapia farmacológica por un lapso de 3 – 4 meses; luego de este periodo, si los niveles de glucemia han alcanzado los valores meta, continuará con cambios de estilos de vida y los controles se realizarán cada 3 a 6 meses. De lo contrario iniciará tratamiento farmacológico.

Manejo farmacológico: El tratamiento de la DM-2 en el primer nivel de atención se iniciará con medicamentos orales de primera línea considerados en el PNUME vigente: metformina o glibenclamida. Si no existiera contraindicación, empezar con metformina. Al iniciar el tratamiento, el médico tratante educará a la persona sobre el reconocimiento de signos de alarma y reacciones adversas, para que en caso de presentarlas, acuda a consulta para reevaluación y valoración de cambio de esquema terapéutico. Asimismo, el médico

tratante procederá a reportar los efectos adversos según lo descrito en la sección “efectos adversos o colaterales con el tratamiento” y “signos de alarma”. En caso que alguna persona no responda a la terapéutica antes descrita, referir al médico especialista en endocrinología o internista, el médico tratante procederá a prescribir un medicamento de costo efectivo, para lo cual sustentará su uso según Resolución Ministerial 540-2011/MINSA (Norma Técnica de Salud para la Utilización de Medicamentos no considerados en el PNUME) u otra vigente. A toda persona diagnosticada con DM-2, que se encuentre clínicamente estable sin signos de alarma, se iniciará el tratamiento en el establecimiento de salud de origen. (4)

La teoría de enfermería aplicada en el presente trabajo académico es la de Jean Watson se refiere a la teoría del cuidado humano.

Jean Watson considera el cuidar como un valor fundamental en la enfermería y a la relación ideal de cuidar enfermera-paciente como un encuentro total, Los pacientes requieren unos cuidados holísticos que promuevan el humanismo, la salud y la calidad de vida. El cuidado de los enfermos es un fenómeno social universal que sólo resulta efectivo si se practica en forma interpersonal. El trabajo de Watson contribuye a la sensibilización de los profesionales, hacia aspectos más humanos.

De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu). Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo.

No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

La ocasión del cuidado, en últimas, permite el descubrimiento de sí mismo. Estas influencias y valores son claramente expuestos en sus supuestos

Estas influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y

aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e ínter subjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relatadas en los procesos de cuidado humano.

Cada elemento asistencial describe el proceso de la forma como un paciente alcanza o mantiene la salud o muere en paz, los tres primeros elementos son interdependientes y constituyen el fundamento filosófico de la ciencia de la asistencia.

Watson expone los supuestos principales de la ciencia del cuidado de enfermería:

El cuidado sólo se puede demostrar y practicar eficazmente de forma interpersonal.

El cuidado está constituido por elementos asistenciales que satisfacen determinadas necesidades humanas.

El cuidado efectivo promueve la salud y el desarrollo individual o de la familia.

Las respuestas del cuidado aceptan a las personas no sólo por lo que son sino por lo que pueden llegar a ser.

Un entorno de cuidado posibilita el desarrollo de aptitudes a la vez que permite a la persona elegir la mejor opción para sí misma en un momento dado.

El cuidado genera más salud que curación. El cuidado integra el conocimiento biofísico y el de la conducta humana para producir o pro-mover la salud y para ofrecer ayuda a quienes están enfermos. Por lo tanto, la ciencia del cuidado es complementaria de la ciencia de la curación. (10)

ELABORACIÓN DE LA TEORÍA:

CONCEPTOS:

Interacción enfermera-paciente: define al cuidado como un proceso entre dos personas con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar. Aquí la enfermería elabora un concepto de idea moral como la preservación de la dignidad humana.

Campo fenomenológico: corresponde a la persona en su totalidad de experiencias de vida humana, abarcando sentimientos, sensaciones, pensamientos, creencias, objetivos, percepciones. Es decir, es todo lo que construye la historia de vida del individuo tanto en el pasado, presente y futuro.

Relación transpersonal de cuidado: para comprender dicho proceso debemos tener en claro dos conceptos básicos, estos son:

-Transpersonal: ir más allá del propio ego, lo que permite alcanzar conexiones espirituales más profundas en la promoción de la comodidad y la curación del paciente

-Cuidado transpersonal: intenta conectarse y abrazar el espíritu o el

alma de los demás a través de los procesos de cuidados y de tratamientos y estar en relación auténtica, en el momento.

La relación entre estos dos conceptos se da por la caracterización de una clase especial de cuidado humano que depende de: el compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo y/o más alto yo, más allá de la situación de salud.

Momento de cuidado: es una ocasión en la que la enfermera y otra persona se conectan para el cuidado humano con un punto de contacto en un tiempo y espacio determinado. Tiene la habilidad de expandir la capacidad humana.

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO SEGÚN JEAN WATSON:

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería.

Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de

otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano".

A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.

El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.

El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.

Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.

Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.

El cuidado es más "salud-genético" que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la

conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería.

FACTORES CURATIVOS DE LA CIENCIA DEL CUIDADO:

Formación de un sistema humanístico – altruista de valores: este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud.

Inculcación de la fe-esperanza: Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.

Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás: el reconocimiento de los sentimientos lleva al auto actualización a través del auto aceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza: el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es

crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos: el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones: el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.

Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal: este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado para permitir que los pacientes realicen el

autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.

Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual: las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas: la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

Permisi3n de fuerzas existenciales – fenomenol3gicas: la fenomenología describe a los datos de la situaci3n inmediata que ayudan a la gente a comprender los fen3menos en cuesti3n. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenol3gicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de

cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud.

Los tres primeros factores del cuidado forman la base "filosófica". Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

Premisa 1. "El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes".

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado”.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos meta paradigmáticos de la siguiente manera:

Salud: tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.

Persona: Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.

Entorno: Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)

Enfermería: Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Está centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona.

APLICACIONES DE LA TEORÍA

Utilizada como marco disciplinario en programas de enfermería de algunas universidades de Estados Unidos y a través del mundo. La Facultad de Enfermería y Nutriología, seleccionó esta teoría para adecuar sus planes de estudio a esta realidad, y cumplir con los lineamientos establecidos por la Universidad Autónoma de Chihuahua.

APORTES A DISTINTOS CAMPOS:

Docencia: el objeto de la práctica profesional es la naturaleza de la vida, del ser humano. Incluye teorías filosóficas respecto de la salud, del cuidado y de la curación. Las áreas centrales de contenido son las humanidades, la ciencia socio-biomédica y tanto el fondo como la forma del cuidado a los pacientes. Los cursos deberían utilizar el arte, la música, la literatura, la poesía, el teatro y el movimiento para facilitar el entendimiento de las reacciones ante distintos estados de salud y ante nuevas posibilidades de dispensación de cuidados y de curación que vayan surgiendo.

Práctica: tiene por objetivo ayudar a las personas a alcanzar un mayor grado de armonía con la mente, el cuerpo y el alma, lo que hace que tengan lugar procesos de autoconocimiento, respeto propio, auto-curativos y de atención a uno mismo a la vez que aumenta la diversidad, que es el objetivo de la aplicación de los diez factores.

Investigación: invita a las enfermeras a utilizar enfoques de investigación innovadores. (2)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **DAÑO NO TRANSMISIBLE:** Se refiere a toda enfermedad que no se trasmite o que es considerada no infecciosa, que resulta de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.
- **INTERVENCIÓN:** acción resultado de intervención de prevención y control referente a los daños no transmisibles, ejecutadas por el Ministerio de Salud en forma interinstitucional e intersectorial.
- **PREVENCIÓN:** Es la disposición que se hace en forma anticipada para minimizar un riesgo.
- **CONTROL:** se define como un examen u observación cuidadosa que sirve para hacer una comprobación.
- **TAMIZAJE:** Es hacer pruebas básicas y sencillas a una población específica (niños, por ejemplo) o a una población en general (niños, adultos y ancianos), en busca de enfermedades o datos patológicos.

- **HIPOGLUCÉMIA:** Disminución de la cantidad normal de glucosa en la sangre; produce mareos, temblores y cefalea, entre otros síntomas.
- **HIPERGLECIMIA:** Es el exceso de azúcar (glucosa) en la sangre. El sistema endocrino regula la cantidad de azúcar que se almacena y utiliza para energía, necesaria para el funcionamiento de las células.
- **DISLIPIDEMIAS:** Son una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos.
- **DIABETES MELLITUS: (DM)** Es un conjunto de trastornos metabólicos, cuya característica común principal es la presencia de concentraciones elevadas de glucosa en la sangre de manera persistente o crónica, debido ya sea a un defecto en la producción de insulina, a una resistencia a la acción de ella para utilizar la glucosa, a un aumento en la producción de glucosa o a una combinación de estas causas. También se acompaña de anormalidades en el metabolismo de los lípidos, proteínas, sales minerales y electrolitos.

- **HIPERTENSION ARTERIAL:** Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea por encima de los límites sobre los cuales aumenta el riesgo cardiovascular. De acuerdo con numerosos estudios internacionales, la morbilidad y mortalidad de causa cardiovascular tiene una relación directa con el aumento de las cifras de presión sistólica sostenida por encima de 139 mmHg o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mmHg, tanto para las complicaciones de la enfermedad coronaria como para los accidentes vasculares cerebrales, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad vascular periférica y la insuficiencia renal
- **HIS REPORT:** Hoja De Información Sistematizada
- **DIAGNOSTICO:** El arte de distinguir una enfermedad de otra o de determinar la naturaleza de la enfermedad. Lo habitual es que se lo lleve a cabo mediante la confección de una historia clínica del paciente y de su examen físico.
- **ESNDNT:** Estrategia Sanitaria Nacional de Daños no Transmisibles

EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la información presentada en el presente trabajo académico se ha obtenido cursando distintos oficios y solicitudes a la jefatura del establecimiento a fin de obtener archivos documentarios y estadísticos sobre la estrategia,

En el proceso de recolección de datos se realizó la revisión documentaria para obtener datos como la cantidad de pacientes tamizados, pacientes dx con diabetes mellitus, hipertensión arterial, evidenciada en el HIS REPORT, además de eso se contabilizo las actividades realizadas por el equipo médico a fin de hacer un cruce de información con el reporte epidemiológico y reporte operacional mensual, para realizar el sinceramiento de la información, lo mismo se contabilizo las actividades realizadas por el personal de enfermería.

El procesamiento de datos: con los datos obtenidos fueron insertados en una base de procesamiento de datos en el programa informático Excel mediante el cual se obtuvieron tablas y gráficos que nos permitieron demostrar la falta de información, cuadros comparativos entre los años, la mejora de coberturas, la concordancia con las actividades realizadas por el equipo multidisciplinario y el informe operacional, eficacia en el cambio de nuestras intervenciones.

Los resultados obtenidos fue mejorar la calidad de atención integral en la estrategia, implementar los instrumentos necesarios cumplir con los indicadores cápita, brindar una atención de calidad, darle la debida importancia a la estrategia, contar con una base de datos que son alimentados mensualmente.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

Asumo la coordinación de la Estrategia Nacional de Enfermedades de Daños no Transmisible el año 2014 en el mes de enero, en la estrategia no había personal a su cargo por casi un año, por lo que se hizo el levantamiento de la información con la que se contaba, no había registros, no se contaba con una base de datos, no se conocía la cantidad de pacientes tamizados, pacientes diagnosticados con diabetes mellitus, hipertensión arterial, no existía instrumentos necesarios para brindar una atención integral a los usuarios, no había coordinación con los servicios implicados en la atención del usuario, mucho menos estaba conformado el equipo de salud, para todo ellos realice el FODA para luego plantear estrategias y acciones inmediatas como:

2014: Se realizó el levantamiento de información estadística, se implementó formatos para el registro diario de pacientes atendidos en el servicio, formatos que faciliten la atención del usuario, se creó la base de datos de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial. Se capacito al personal de salud en cuanto al a la atención

integral del usuario, fortaleciendo las capacidades del profesional de salud, se realizó la revisión diaria de los HIS de los médicos, para la detección de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus, hipertensión arterial, se efectuó el cruce de información con el área de epidemiología, se activó la vigilancia epidemiológica de los casos de diabetes mellitus, con la notificación oportuna de los nuevos casos.

2015: Se conformó el equipo de salud con el cual se trabajaría, gracias a la gestión que se realizó con la jefatura del establecimiento, se realizó reuniones técnicas con el equipo comprometido con la atención integral de los usuarios como son el servicio de medicina, laboratorio, promoción de la salud, nutrición, coordinaciones con el servicio de promoción de la salud, para fomentar estilos de vida saludables, lo mismo con el servicio de nutrición para realizar sesiones demostrativas con el lema "Comer saludable nos mantiene sanos", se tuvo reuniones de coordinación con el área de referencia y contra referencia para el fluxograma de atención de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial. Se coordinó con instituciones públicas y privadas para realizar campañas de detección precoz de diabetes mellitus e hipertensión arterial, para el cumplimiento de los indicadores cápita.

2016: Se incrementó en cuanto a la cantidad de usuarios tamizados, se cumplieron con los indicadores cápita. Hay concordancia con las

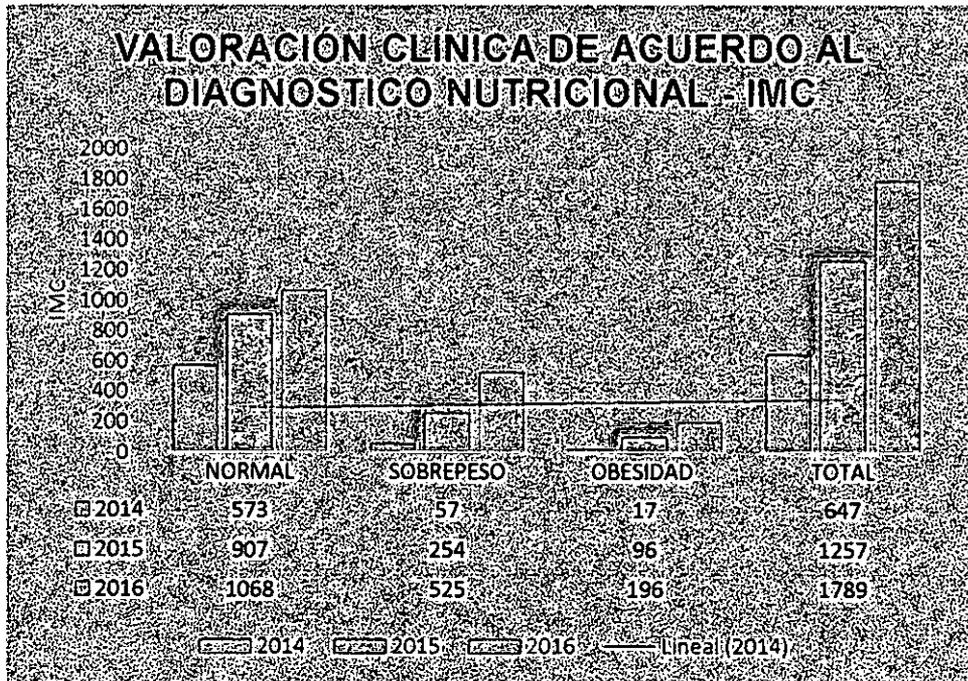
actividades realizadas y el informe operacional y con la información que se presenta en epidemiología.

3.3 PROCESOS REALIZADOS

Los datos obtenidos son del informe HISS REPORT, informe operacional, del registro diario de actividades de la estrategia.

IV. RESULTADOS

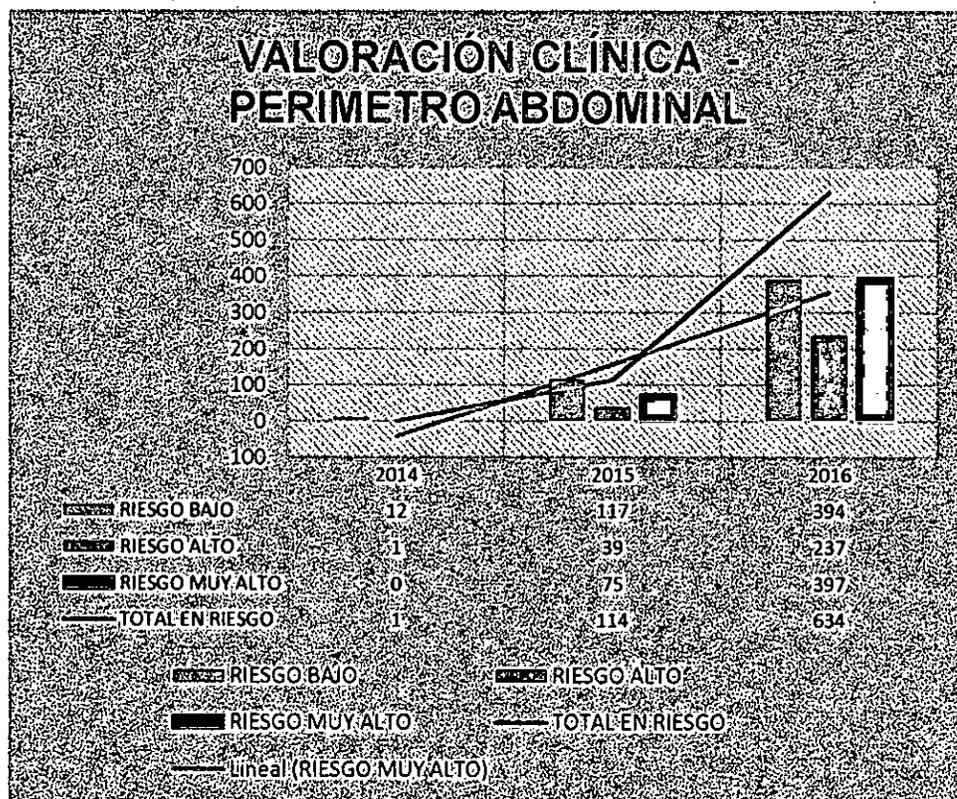
GRAFICO N° 4.1



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA C.S. CHILCA

Como se observa en la gráfica de la valoración clínica de acuerdo al diagnóstico por IMC (índice de masa corporal), de todos los pacientes tamizados los con diagnóstico normal son en mayor cantidad y los que tiene diagnóstico de sobrepeso son en menor cantidad, pero esto no define que el paciente no tenga alguna enfermedad de daños no transmisibles, para ello se realiza todo el paquete completo de valoración clínica y exámenes de laboratorio.

GRAFICO N° 4.2

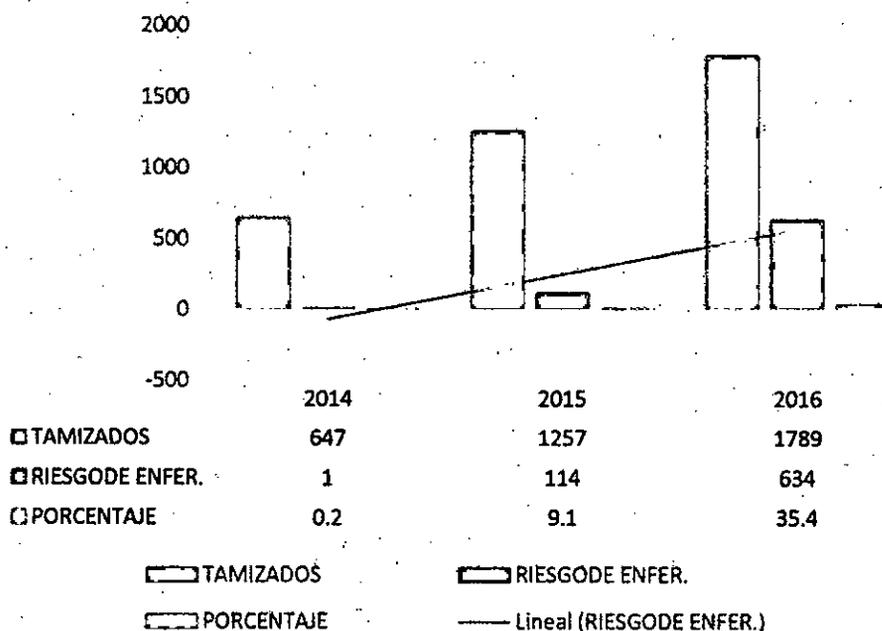


FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA C.S. CHILCA

En el cuadro se observa que de todos los tamizados en el 2014 solo 1 paciente tuvo alto riesgo de enfermar con diabetes millitus, esto porque el personal no estaba capacitado en la forma de registra en el HISS REPOR, datos que no eran verdaderos, esto va en aumento en los dos últimos años siendo en el 2016 personas con riesgo muy alto 397, la detección a tiempo de estos factores de riesgo a enfermar ayudan tomar medidas de no hacer la enfermedad como la diabetes mellitus, el incremento de las cifras se debe a la captación de más pacientes para realizarse el tamizaje y la capacitación al personal de salud que garantiza la obtención de datos más exactos.

GRAFICO N° 4.3

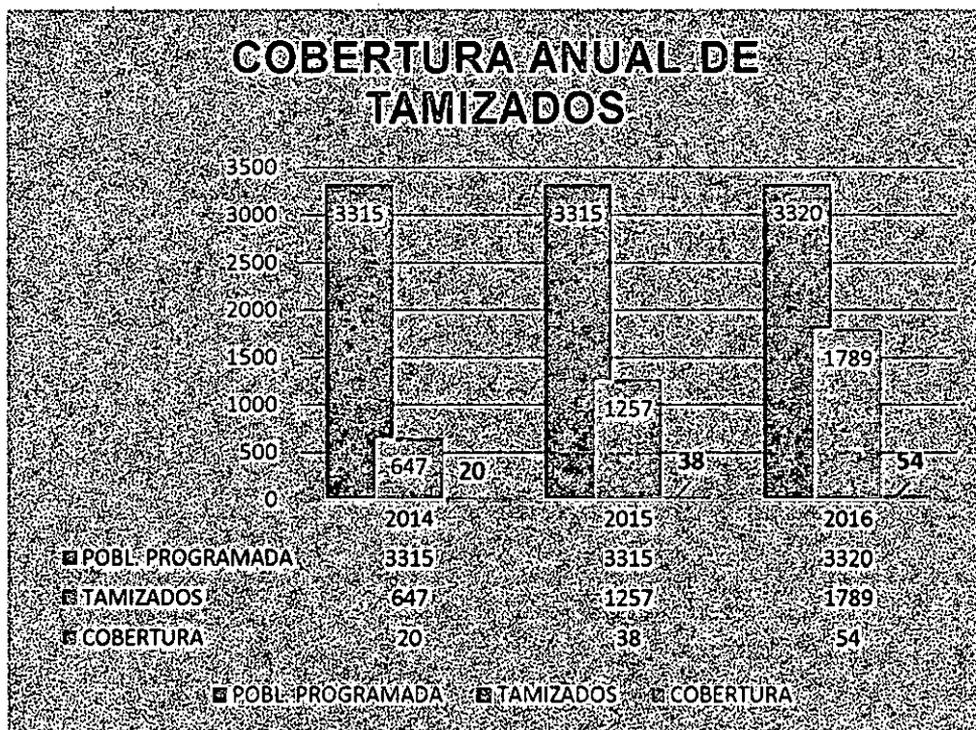
PACIENTES CON RIESGO DE ENFERMAR



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA C.S. CHILCA

En la gráfica se observa que el porcentaje de enfermar va en aumento en estos últimos años, datos reales ya que antes del 2014, no se contaba con datos de este tipo por que no se le daba la importancia debida a la estrategia y gracias al trabajo en equipo en estos últimos años se va logrando tamizar a más pacientes y detectar a tiempo factores de riesgo a enfermar como el sobrepeso, diabetes millitus, hipertensión arterial.

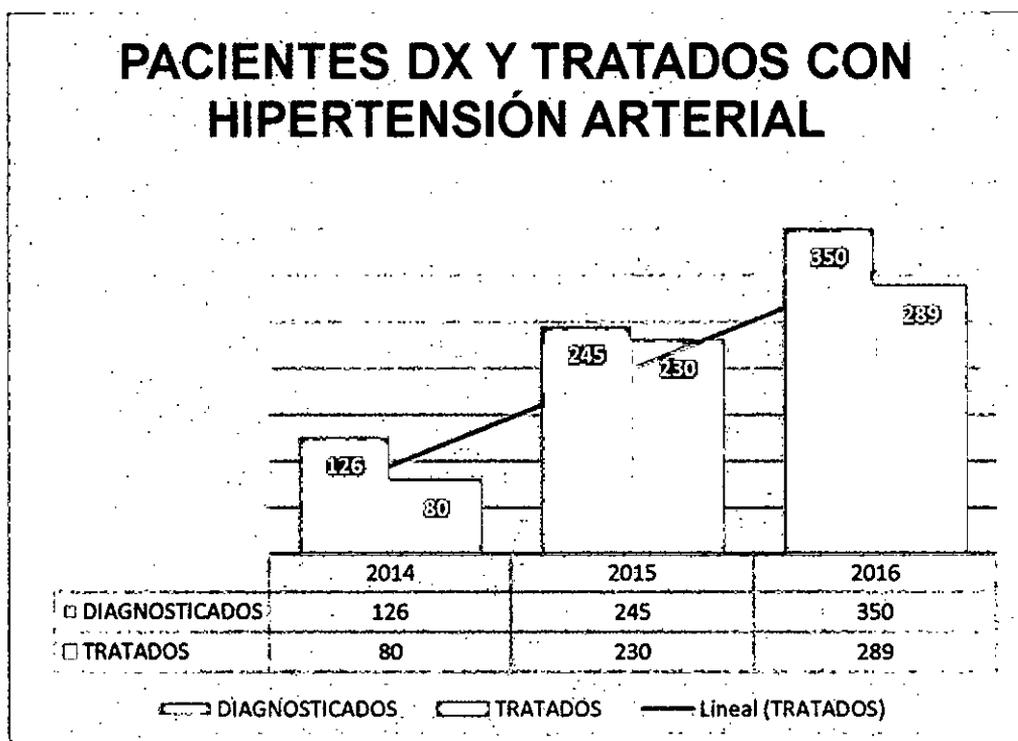
GRAFICO N°4.4



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA C.S. CHILCA

En el siguiente cuadro observamos que la cobertura se va incrementando desde el 2014 de acuerdo a la población programada, el 2016 ya se alcanzó más del 50% del total de la población programada, pero a un no se llega a la meta que es coberturar al 100%, objetivos que se van logrando gracias al trabajo en equipo del Centro de Salud de Chilca, aunque por factores ajenos a nosotros a un no se logra cumplir con las coberturas esperadas.

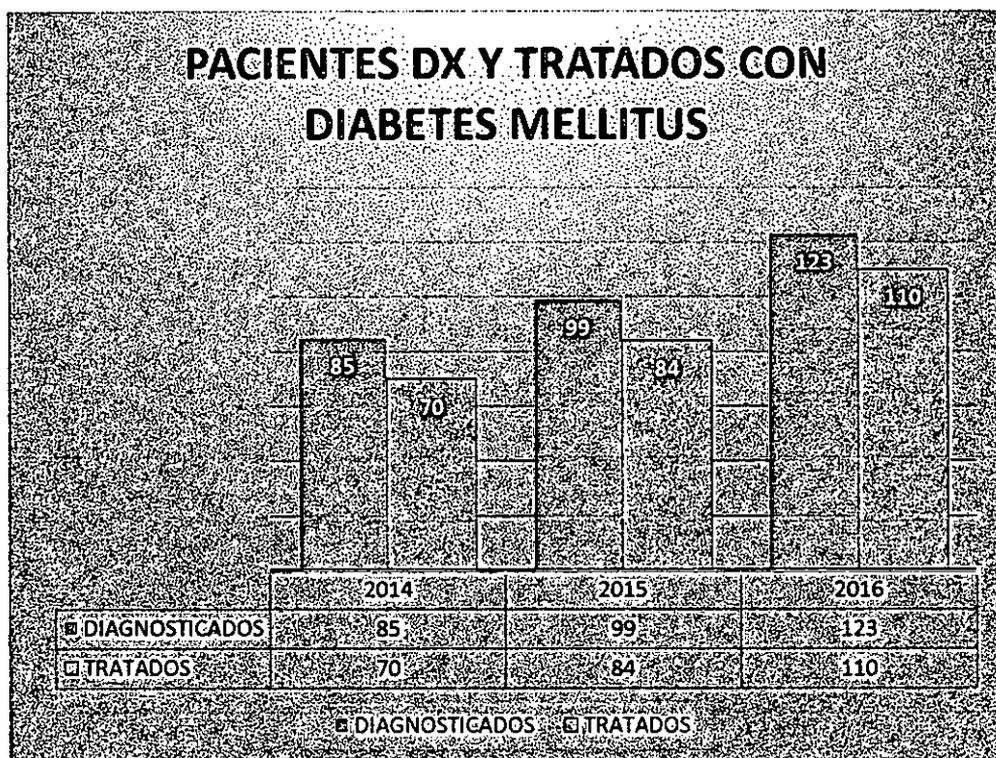
GRAFICO N° 4.5



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA C.S. CHILCA

En el cuadro N°5 sobre pacientes diagnosticados y tratados con hipertensión arterial podemos observar que en el 2014 de los 126 diagnosticados solo 80 son tratados, estas cifras van mejorando en los dos últimos años esto a que se cuenta con un registro diario de pacientes diagnosticados que facilitan realizar el seguimiento de estos pacientes y poder brindarles la atención necesaria, también se observa que el incremento de casos confirmados con hipertensión arterial va en incremento esto se debe a que se a la captación oportuna de pacientes y que se cuenta con un equipo multidisciplinario en la estrategia de daños no transmisibles,

GRAFICO N°4.6



FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA C.S. CHILCA

En el grafico podemos observar que la cantidad de pacientes diagnosticados va en aumento esto se debe a que la población a un no está totalmente sensibilizada en cuanto a los estilos de vida saludable, los datos obtenidos en el 2014 no reflejan en su totalidad datos reales ya que había falencia por parte del personal de salud para rellenar las hojas de registro de actividades, esto va mejorando ya que se realiza capacitaciones continuas al personal, de los pacientes diagnosticados se observa en los tres años que no todos son tratados esto a que estos pacientes no toman conciencia de su enfermedad, por lo que ahora que se cuenta con un registro de pacientes diagnosticados y esto facilita a realizar el seguimiento oportuno.

CONCLUSIONES

- a) Desde que asumimos la coordinación de la estrategia sanitaria nacional de Enfermedades de daños no Transmisibles se ha implementado con los instrumentos necesarios para brindar una atención de calidad.
- b) Se logró gracias a las gestiones necesarias de conformar el comité de salud de la estrategia, personal que se encarga de la atención integral de los pacientes, el comité cuenta con un médico, una Lic. en Enfermería, un tecnólogo médico, una nutricionista.
- c) Cada año se viene realizando capacitaciones para el personal de salud del establecimiento sobre las guías prácticas del manejo de enfermedades como la diabetes mellitus, Hipertensión arterial, también de él buen registro de actividades diarias (HISS REPORT).
- d) No se llega a cumplir con los indicadores de pacientes tamizados, porque durante temporadas no se cuenta con insumos de laboratorio que no permiten completar con el paquete completo de atención para los pacientes.
- e) Ahora se cuenta con datos reales de las actividades realizadas en la estrategia sanitaria de Enfermedades de daños no Transmisibles.
- f) Gracias a que ahora se cuenta con datos reales se ha logrado que se le dé la importancia necesaria a la estrategia.

RECOMENDACIONES

- a) Gestionar con la jefatura del establecimiento para que permita la continuidad de los coordinadores de la estrategia de daños no transmisibles.

- b) Gestionar al Ministerio de Salud a través de nuestra unidad ejecutora Red de Salud Valle del Mantaro y este a su vez al gobierno regional incremente el escaso presupuesto que hoy manejamos.

- c) Continuar con las capacitaciones en las guías de práctica clínica de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 a los profesionales que brindan la atención a estos pacientes, así como el personal de estadística responsable del ingreso de las hojas de atención diaria. Esto Fortalecerá las competencias de los profesionales de la salud para un diagnóstico oportuno de las enfermedades crónicas no transmisibles (DM, HTA, Obesidad, otros daños) en las diferentes etapas de vida.

REFERENCIALES

1. Angela Grisar Martínez. (2008). Enfermedades Crónicas No Transmisibles en el Adulto (ECNT) y prácticas en salud: el paradigma de vida sana de la población laboralmente activa en Santiago de Chile. Santiago, CHILE: UNIVERSIDAD DE CHILE.
2. ANN MARRINER TOMEY – MARTHA RAILE ALLIGOOD. (2012). Modelos y Teorías de enfermería. EE.UU.: Elsevier Mosby, sexta edición.
3. Cleopatra Huapaya, Silvia Esquivel, Myriam Yasuda, Víctor Suarez, Eloisa Núñez. (2011). Prevalencia de factores de riesgo de Enfermedades No Transmisibles en escolares, universitarios y mujeres de organizaciones sociales de base en cuatro distritos del Perú, 2011. Lima,Perú: INS
4. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. (2016). GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN R.M. N° 719-2015/MINSA. Lima - Perú: Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas.
5. Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas... (2015). GUÍA TÉCNICA: GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA. Lima - Perú: Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas.
6. Eva Estrella-Sinche, Miguel A. Suárez-Bustamante. (15 de Febrero de 2012.). Factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres adultas de organizaciones de base de una población urbano marginal pobre de Lima, Perú. MPA e-Journal MF&AP, 2, 81 - 89

- 7. Oficina de Estadística e Informática. (2016). Manual de Registro y Codificación en la Consulta Ambulatoria Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles. Lima - Perú: Sistema de Información de Consulta Externa**
- 8. Yessika Acuña Castro Rebeca Cortes Solís. (2012). PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE ÁREA DE SALUD DE ESPARZA. San José, Costa Rica: INSTITUTO CENTROAMERICANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.**
- 9. Yosilú Visabel Aguilar Cruces. (2011). Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes del servicio de medicina del Hospital José Agurto Tello – Chosica. LIMA – PERÚ: UNIVERSIDAD RICARDO PALMA**
- 10. Watson J. (1985). Reflexiones sobre nuevas metodologías para el estudio del cuidado humano. En M. Leininger, métodos de investigación cuantitativa en enfermería (pp. 343-349). Orlando, Fl: Grune & Stratton.**

ANEXO

ANEXO 02

REGISTRO DIARIO DE ACTIVIDADES DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA

RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO
OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
EDAD	SEXO	PROVENIENCIA	PROCESO DE ENFERMEDAD	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD	TIPO DE ATENCIÓN	FECHA	HORA	UBICACIÓN	PROCESO DE ENFERMEDAD	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD	TIPO DE ATENCIÓN	FECHA	HORA	UBICACIÓN	PROCESO DE ENFERMEDAD	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD	TIPO DE ATENCIÓN
1		2	80		A	M	N	N	1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo	P	P	R	DNT	Z:19			
						C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R	MC					
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R					
2						M	N	N	1. Examen de Presión Sanguínea	P	P	R		Z:19			
						C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R		82947				
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R		80061			
3		2	80		A	M	N	N	1. Consejería Integral / Nutricional	P	P	R					
						C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R						
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R					
4		2	80		A	M	N	N	1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo	P	P	R	DNT	Z:19			
						C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R	MC					
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R		03170			
5						M	N	N	1. Examen de Presión Sanguínea	P	P	R		Z:19			
						C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R		82947				
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R		80061			
6		2	80		A	M	N	N	1. Consejería Integral / Nutricional	P	P	R					
						C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R						
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R					
72	176457	2	80	Troya	43	M	N	N	1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo	P	P	R	DNT	Z:19			
	20779691					C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R	MC					
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R		03170			
						M	N	N	1. Examen de Presión Sanguínea	P	P	R		Z:19			
						C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R		82947				
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R		80061			
	176457	2	80	Troya	73	M	N	N	1. Consejería Integral / Nutricional	P	P	R					
	20779691					C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R						
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R					
	176457	2	80	Casare	42	M	N	N	1. Valoración Clínica de Factores de Riesgo	P	P	R	DNT	Z:19			
	20779691					C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R	MC					
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R		03170			
						M	N	N	1. Examen de Presión Sanguínea	P	P	R		Z:19			
						C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R		82947				
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R		80061			
						M	N	N	1. Consejería Integral / Nutricional	P	P	R					
						C	C	2. Glucosa Cuantitativa en Sangre	P	P	R						
						F	R	R	3. Perfil Lipídico	P	P	R					

ANEXO 03

**INSTRUMENTOS QUE SE IMPLEMENTO EN LA ESTRATEGIA
DE DAÑOS NO TRANSMISIBLES EN EL CENTRO DE SALUD
DE CHILCA**

**FOLDERES CON EL HISS DEL EQUIPO MULTICICLINARIO DE
LA ESTRATEGIA**



ANEXO 04

GUIAS PARA EL BUEN RELLENADO DE LAS FORMATOS UNICOS DE ATENCION DE PACIENTES SIS

904 → >18 años a 65 años

903 → >60 años a +

#

ESTRATEGIA SANITARIA DE DAÑOS NO TRASMISIBLES

PARA EL CUMPLIMIENTO AL INDICADOR (11) DEL CONVENIO CÁPITA 2016 (TAMIZAJE DE PERSONAS MAYORES DE 18 AÑOS CON DIABETES, DISLIPIDEMIAS, HTA, SOBREPESO). SE REQUIERE HACER UN BUEN RELLENADO DE LOS FUAS, Y SOLICITAR LA ORDEN RESPECTIVA PARA LABORATORIO

Que debe ser así: Código prestacional (056 - 903 - 904).

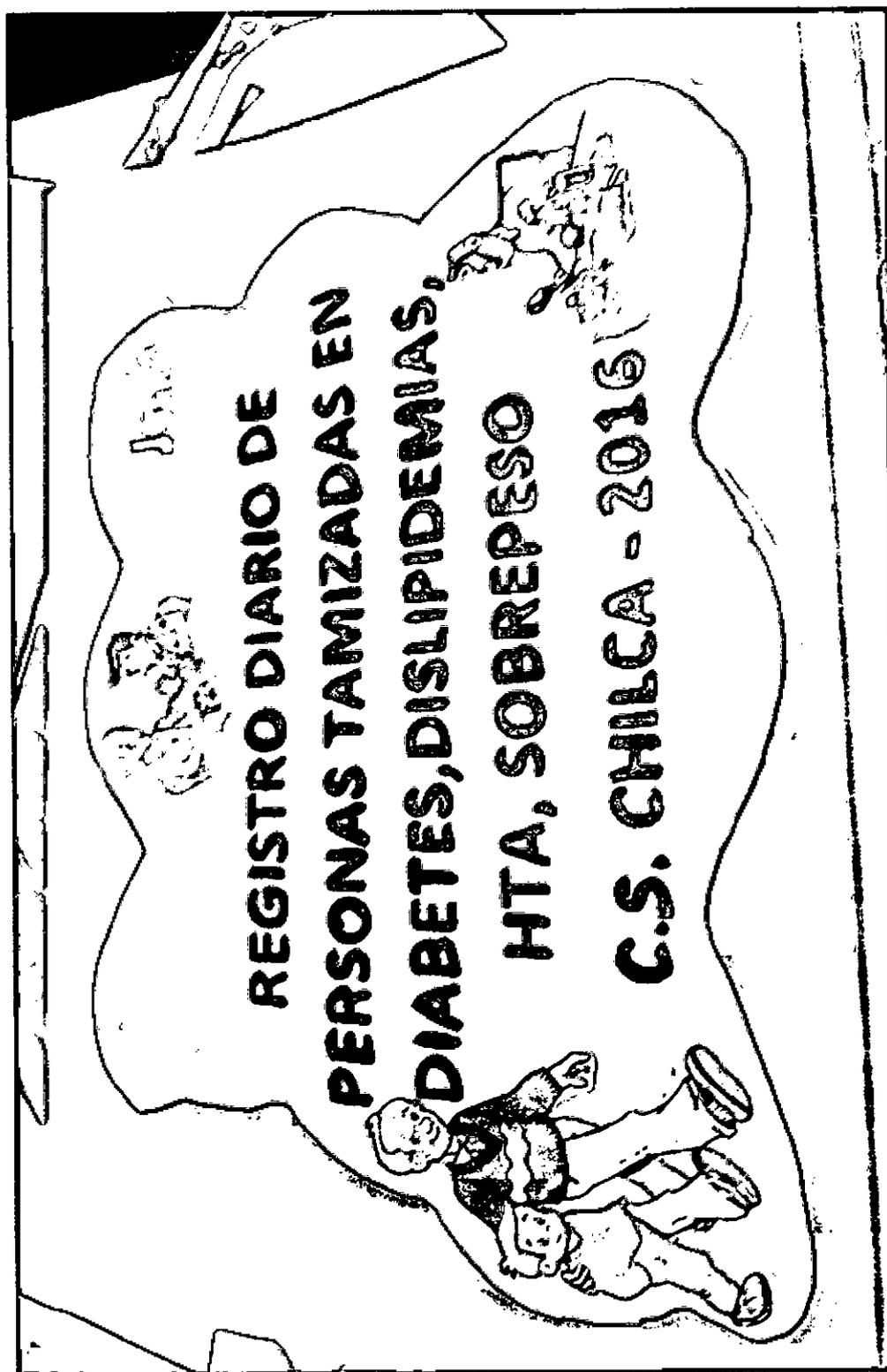
N°	DESCRIPCION	DIAGNOSTICO		INGRESO		EGRESO	
		P	R	P	R	P	R
1	DIAGNOSTICO ENCONTRADO	P	R	P	R	P	R
2	Ex. de Hb	P	R	P	R	P	R
3	Ex. de colesterol	P	R	P	R	P	R

NOTA: NO OLVIDAR QUE CADA MÉDICO EN SU TURNO DEBE MANDAR LA ORDEN DE LABORATORIO A 5 PACIENTES, POR ACUERDO CON JEFATURA DEL SERVICIO DE MEDICINA.

Kathy G... [Signature]

ANEXO 05

REGISTRÓ DIARIO DE PACIENTES TAMIZADOS



1651676224136 X	Santos Briceño Danny	Juvin. 440. Chilco	21	12.2.16	81	178	103	90/60	262	P. 2 T. 42 P. 102 normal
16545974653164 X	Doncanya Yupurqui Luis	Av. 9. Av. 51n.	19	15.2.16	99	117	74	90/60	24	P. 65 T. 160 P. 800 normal
16548443536295 X	Duran Estrada Reynaldo	Integración 10k 2	64	19.2.16	96	105	130	90/60	29	P. 73 T. 120 P. 103 200/200
110679 50112685 X	Jago Santos Catulina	Jr. Santos Chocano 491	24	11-04-16	81	196	75	100/20	277	P. 100 T. 144 P. 100 P. 10 T. 100 P. 100
14161179853511 X	Pariona de Orpa Julia	P. 2. Grau 113	85	24-10-16	62	180	124	120/20	214	P. 47 T. 100 P. 100 P. 10 T. 100 P. 100
1576787252906 X	Yung Chocelohua Rosa	St. Unión 294	19	09-02-16	94	100	82	90/60	217	P. 10 T. 100 P. 100 P. 10 T. 100 P. 100
16947370310006 X	Núñez Meza Medaly	Chocano 583	18	26.2.16	101	152	75	90/60	22	P. 53 T. 100 P. 100 P. 10 T. 100 P. 100
39103 19874745 X	Maucha Meza Ebraim	Av. Progreso 1147	51	3.8.16	102	138	76	100/60	252	P. 62 T. 177 P. 100 Normal. P. 100
14179820080854 X	Allica Sanchez Hayde	Jr. Progreso 449	49	22.8.16		290	119	90/60	338	P. 66 T. 140 P. 100 P. 10 T. 100 P. 100
47912	Orana Hurtado Primitiva	P. 6. Julio 166	83	26.7.16	93	240	180	90/60	199	P. 10 T. 100 P. 100 P. 10 T. 100 P. 100
2012 2016102 X	Núñez Chugillangui, Norma	Jr. Progreso NR 680	37	4/1/16	27	221	118	90/60	333	P. 10 T. 100 P. 100 P. 10 T. 100 P. 100
0983 19289715 X	Cabana		88	2/1/16	97	242	133	100/60	264	Normal, P. 10

ANEXO 06

**REGISTRO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON
DIABETES MELLITUS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA**



14/10/17 14110 19821909 X	Sanlos Figueroa Magno B. de independencia n° 242	62a 23110he 428 41518 495 21177 76
6/1/1986 121299 19852487 X	Espejozo Males Helobria de 28 de julio n° 526	725 4103110
16/4/19 126215 20001606 X	Manojo Antip. Salomón de Anand n° 2038	ca 21/05/15 1.0114 88 51144 80
21/10/19 20 148864 20122813 X	Bellido Acular Locala de Cumbap 242	30 21 3.16 1/4 1/4
01/10/19 21 145213 20054231 X	Francina Mendez de ...	716 24 2
09/10/19 22 131773 15423386 Y	Juan Ramirez Fidenca de 6 Cordona 911	44 213.2 15 19 203 136 5 215 120 122 101
14/10/19 23 157228 19999324 Y	Alfonso Balbin Hurma 28 de julio 874	370 16-1-14 720 153 7/4 153 108 108 124
21/10/19 24 150646 19884952 X	Huomencayo Pineda y ... de 28 de julio 735	36 24 4.16 05 4.0395
25 166804 41193422 X	Laurence Pederni Viera de 14 de mayo 455	36 15.715 15 315 200 1/4 244
26 107065 20105430 X	Perez Taca de ... de 14 de mayo 522	26 6.214 5 14 170 1/4 23
27 148660 46412052 X	Salazar Cordova Beate, de 14 de mayo 476	56 14 7 15 1/4 188 200 151 1/4 125
28 154036 19821802 X	Madara Cantared Pineda de C Diego de 74	678 11/11/15 7 1/4 8 1/4 77 1/4 83
29 116123 1982 8836 X	Machuca Nieves Pineda de San Francisco 325	472 37/10/19 11 1/4 110 7/4 153
35 3347 2330 14 X	Esteban Santos Educacion de ... de 1024	72 6/12/14 9/10 4/4 7/4 122
145107 19871515 X	Vilapunta de ... de ... de 428 65 10/11/19 6/14 5 116 21 1/4 125 1/4 120 1/4 220	
11/10/19 11 1310 19842284 X		

No.	Identificación	Nombre	Dirección	Fecha
01	4241	Santa Cecilia		20/4/11
02	4242			
03	4243			62/12/11
04	4244	Olivero		21/11/11
05	4245	De la Cruz		55/11/11
06	4246			62/11/11
07	4247	Salvador		90/11/11
08	4248	Guigo Corde		10/11/11
09	4249	Cotacachi		11/11/11
10	4250	Luisa Chancha		14/10/11
11	4251	Quispe Godoy		19/11/11
12	4252	ORONCAY		16/11/11
13	4253	Alfaro Alanya		67/28/3/08
14	4254	Plunoz Marin		
15	4255			
16	4256			
17	4257			
18	4258			
19	4259			