

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA CARRERA DE MEDICINA

“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y
ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS A
TRAVÉS DEL PROGRAMA DE MEDICINA
PREVENTIVA EN EL HOSPITAL DEL DIA
CENTRAL IESS-LOJA”

TESIS DE GRADO PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Sara Vanessa Gonzalez Pardo

DIRECTOR DE TESIS:

Dra Lorena Vallejo

LOJA - ECUADOR
2013



CERTIFICACIÓN

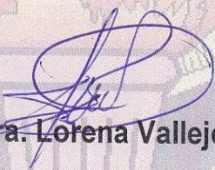
Dra. Lorena Vallejo.

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA.-

Que el trabajo de investigación: **“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA EN EL HOSPITAL DEL DIA CENTRAL IESS-LOJA”**, presentado por Sta. Sara Vanessa González Pardo, previo a optar el grado de Médico General, ha sido elaborado bajo mi dirección y una vez revisado prolijamente su contenido, autorizo su presentación ante el tribunal correspondiente.

Loja, Octubre 2013.



Dra. Lorena Vallejo.

DIRECTORA DE TESIS

1859

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA**

AUTORÍA

Yo, **Sara Vanessa González Pardo**, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio institucional-Biblioteca Virtual.



Sara Vanessa González Pardo

1104862857

1859

CARTA DE AUTORIZACION

Yo Sara Vanessa González Pardo, declaro ser autora de la tesis titulada: **“Identificación de Factores de Riesgo y Enfermedades Crónico Degenerativas a través del Programa de Medicina Preventiva en el Hospital del Día Central IESS- Loja”**, como requisito para optar al grado de Medico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en redes de información del país y extranjero, con las cuales tenga convenio la Universidad.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los treinta días de del mes de octubre del dos mil trece, firma el autor.



Autora: Sara Vanessa González Pardo

Cedula: 1104862857

Dirección: Manuel Zambrano y Abraham Lincoln. **Correo Electrónico:**

sara.vane@hotmail.com

Teléfono: 2546898 Celular: 0985986427

DATOS COMPLEMENTARIOS

Director de Tesis: Dra. Lorena Vallejo

Tribunal de Grado: Dra. Rosemary Guamán

Dra. Angélica Gordillo

Lic. María Yanes

DEDICATORIA

La presente tesis es un trabajo que exigió esfuerzo y algunos sacrificios, la colaboración y comprensión de muchos. Pero al final me llena de satisfacción y alegría.

Por eso dedico esta tesis:

A un ser divino como lo es Dios quien es el creador de todo lo animado y lo inanimado, el ser por el cual estamos en este mundo y quien hizo de mí una persona con vocación en esta carrera.

A mis queridos padres Leonardo González, Emérita Pardo y hermanos, que son mi apoyo y mi compañía siempre ante la adversidad y nunca me han dejado sola.

Y de manera muy especial a mi novio Crhistian, también a mi perrito Hatchi y toda mi familia, amigos, que han creído fielmente en lo que hago y siempre tienen una oración para mí, siendo fieles compañeros en mi largo camino para obtener este logro.

Sara González Pardo.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento:

A Dios, quien me ha permitido alcanzar esta meta y adquirir la fortaleza para este arduo trabajo.

A la Universidad Nacional de Loja, en especial al Área de la salud Humana, Carrera de Medicina, por haberme abierto sus puertas, permitiéndome Adquirir y desarrollar conocimientos técnicos y científicos en su alma mater.

A mi directora de tesis, por haberme brindado su permanente y valiosa colaboración, por sus consejos, comentarios y sugerencias que contribuyeron a enriquecer mi conocimiento y culminar con éxito el presente trabajo investigativo.

A mis padres, hermanos y demás familiares que de una u otra forma colaboraron en la realización de este proyecto, por su apoyo desinteresado e incondicional.

Sara González Rardo.

TITULO:

“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA EN EL HOSPITAL DEL DIA CENTRAL IESS-LOJA”.

1859

RESUMEN

La presente investigación se basa en un estudio de tipo retrospectivo de corte transversal y cuantitativo, que se realizó en el servicio de consulta externa del Programa Medicina Preventiva del “Hospital del Día Central IESS-Loja”, en el periodo de Abril - Septiembre del 2013. Para la obtención de los datos se trabajó con una muestra de 314 historias clínicas del Servicio de Consulta Externa.

Los objetivos del presente trabajo se centraron en Identificar la presencia de enfermedades crónico degenerativas en los afiliados que acuden al chequeo anual del Programa de Medicina Preventiva del Hospital del Día-Loja; Conocer los principales factores de riesgos predisponentes de enfermedades crónico degenerativas identificados en el programa y Determinar la capacidad resolutive del programa de medicina preventiva hacia los problemas identificados.

De los resultados obtenidos se desprende que, las enfermedades Crónico Degenerativas son las más comúnmente diagnosticadas en el programa de Medicina Preventiva, entre estas: Hipertensión Arterial (12.5%), Dislipidemias Mixta (9.8%), Hipertensión Arterial asociada a Dislipidemias (6.3%), Artritis Reumatoidea y Osteoporosis (3.8 %), con menor porcentaje Diabetes Mellitus Tipo 2 y Obesidad, el 94% presentan factores de riesgo como: Sedentarismo (26%), Hipercolesterolemia (15%), Alcohol (12%), Hipertrigliceridemia (11%), a su vez el 68% recibieron atención de primer nivel, por Medicina Familiar, sin embargo en un 30% los remitieron a un segundo nivel de atención, por Especialidad.

SUMMARY

This research is based on a retrospective study and quantitative cross-sectional, conducted in the outpatient service Preventive Medicine Program "Central Day Hospital IESS-Shop" in the period April to September 2013. To obtain data we worked with a sample of 314 medical records of the outpatient clinic.

Los objetivos del presente trabajo se centraron en Identificar la presencia de enfermedades crónico degenerativas en los afiliados que acuden al chequeo anual del Programa de Medicina Preventiva del Hospital del Día-Loja; Conocer los principales factores de riesgos predisponentes de enfermedades crónico degenerativas identificados en el programa y Determinar la capacidad resolutive del programa de medicina preventiva hacia los problemas identificados.

The results obtained suggest that the De-generative Chronic diseases are most commonly diagnosed in Preventive Medicine program, among them: hypertension (12.5%), Mixed Dyslipidemia (9.8%), associated with Dyslipidemia Hypertension (6.3 %), rheumatoid arthritis and osteoporosis (3.8%), with the lowest percentage Type 2 Diabetes Mellitus and Obesity, 94% have risk factors such as: Physical inactivity (26%), hypercholesterolemia (15%), alcohol (12%), hypertriglyceridemia (11%), in turn, 68% received first class care for family medicine, but in a 30% referred to a second level of care, by specialty.

INTRODUCCIÓN

El Modelo de Atención Primaria de Salud (APS), fue adoptado en 1978 por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una estrategia para lograr la meta; “Salud para Todos en el año 2000”, lema que representaba el objetivo de todos los pueblos del mundo al iniciar el siglo XXI, donde contaran con un estado de salud, que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

Las prestaciones de Atención Primaria se enfocan en la prevención y promoción de la salud. En términos operativos, la Atención Primaria de Salud (APS), es considerada en muchos países como el eslabón inicial en la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor complejidad técnica y desde donde se refieren los problemas de mayor complejidad diagnóstica, terapéutica, hacia los niveles sucesivos de la cadena de atención. ¹

Tradicionalmente la medicina ha sido definida como el arte, la ciencia de prevenir y curar las enfermedades. Sin embargo en la actualidad está definida como: Medicina Preventiva, que incluiría el conjunto de actuaciones, Consejos médicos dirigidos específicamente a la prevención de la enfermedad y la medicina curativa, que comprendería el conjunto de actuaciones médicas dirigidas específicamente a la curación de la enfermedad, siendo esta última la que conlleva a que en el mundo exista una transmisión epidemiológica que se caracteriza por un cambio en el perfil de mortalidad; donde las enfermedades crónico-degenerativas, son las más importantes abarcando un perfil netamente curativo mas no preventivo, lo que hace que estas enfermedades sean causantes de múltiples limitaciones físicas y emocionales que interfieren en el desempeño diario de las actividades y principalmente en el ámbito laboral de las personas que las padecen; pudiéndose evitar si se implementa adecuadamente la medicina preventiva. ²

¹ Fuente: Maya Mejía J. M. Servicios de Salud. Lineamientos Metodológicos para Análisis Sectorial en Salud. [artículo en Internet]. 2011 [acceso 20 de julio del 2013]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/13.pdf>.

² Fuente: L. Salleras. Medicina Clínica Preventiva: El futuro de la prevención. Correspondencia. Dirección General de Salud Pública. Rev Med Clin (Barc); [revista en Internet]. 2009 [acceso 06 de mayo del 2013]. 102 Supl1:512 Disponible en:

El término crónico-degenerativas significa que estas enfermedades van avanzando progresivamente hasta que termina con la vida de la persona sin que exista alguna cura para detenerla. Las enfermedades Crónicas Degenerativas más comunes son Cardiovasculares: Hipertensión Arterial; Metabólicas: Diabetes Mellitus, Dislipidemias, Síndrome Metabólico; Cáncer de Mama, Cérvico Uterino, Próstata, Gástrico y de Colon; Enfermedades Oseas: Artritis y Osteoporosis, Otras menos frecuentes como: Accidente Cerebro Vascular (ACV), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfermedades Hepáticas y Enfermedades Renales, etc.

Las cuales son un problema evidentemente creciente conforme avanza la edad de la población ya que se estima que se encuentran registrados aproximadamente 8 millones de personas afectadas a nivel mundial y el Ecuador también se integra a este problema, lo que representa un gran desafío para los servicios de salud y por ende para la sociedad, ya que a nivel nacional aproximadamente el 80,8 por 100.000 habitantes sufren de alguna enfermedad crónico degenerativa, que se constituye dentro de las primeras causas de morbi-mortalidad a nivel mundial.³

Por tal motivo se decidió realizar el siguiente estudio, **INVESTIGAR “LOS FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS A TRAVÉS DEL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA EN EL HOSPITAL DEL DÍA CENTRAL IESS-LOJA”**, Teniendo como objetivo general, Determinar las enfermedades crónico degenerativas o los Factores que predisponen a la aparición de las mismas, en los afiliados que acuden al chequeo médico anual del Programa de Medicina Preventiva en el Hospital del Día Central IESS- Loja”, mientras que los objetivos específicos propuestos son: Identificar la presencia de enfermedades crónico degenerativas en los afiliados que acuden al chequeo anual del Programa de Medicina Preventiva del Hospital del Día-Loja; Conocer

<http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20PSICOLOG%3%8DA%20CL%3%8DNICA/07/Salud%20Preventiva/medicina-preventiva.pdf>.

³ Fuente: Ovalle, L, Rosales, P, Echeverría, G, Palma, S, Salomón X, Haeussler R, Palacios E. Guías para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de las Enfermedades Crónicas. [artículo en Internet]. Guatemala 2011 [acceso 10 de septiembre del 2013]. Disponible en: http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondelaSalud/Enfermedades%20cronicas%20no%20transmisibles/guias_atencion_enfermedades_cronicas_2011.pdf.

los principales factores de riesgos predisponentes de enfermedades crónico degenerativas identificados en el programa y Determinar la capacidad resolutoria del programa de medicina preventiva hacia los problemas identificados.

Es por eso que la problemática planteada amerita investigarse por ser un tema de significado social, ya que los problemas de salud que viven las personas son múltiples entre ellos malas condiciones de vida: por Insalubridad, Hacinamientos, mala Higiene, situación de dependencia, la necesidad de cuidados continuos y tratamientos para toda la vida. Por lo tanto los resultados de la presente investigación apuntarán hacia el desarrollo, fortalecimiento de mejorar la calidad de vida, contribuyendo a la concientización de la importancia de los hábitos saludables para prevenir de manera oportuna los problemas de salud.

El presente estudio investigativo se lo estructuró a base de cuatro capítulos los cuales incluyen: Estructura de la Investigación: (justificación, objetivos, metodología y recursos); Cimientos Teóricos (Problematización y Marco Teórico); Contexto Metodológico; Análisis e Interpretación de los resultados obtenidos.

El trabajo investigativo se realizó en el servicio de consulta externa del Programa de Medicina Preventiva del “Hospital del Día Central IESS- Loja”, en el periodo de Abril - Septiembre del 2013. Para la obtención de los datos se trabajó con una muestra de 314 historias clínicas del Servicio de Consulta Externa. A partir de ello se pudo conocer que las enfermedades Crónico Degenerativas son las más comunes diagnosticadas en el Programa de Medicina Preventiva estas son: Hipertensión Arterial (12.5%), Dislipidemias (9.8%), Hipertensión arterial asociada a Dislipidemias (6.3%), Artritis Reumatoidea y Osteoporosis (3.8 %), con un menor porcentaje pero se hallan presentes la Diabetes Mellitus Tipo 2 y Obesidad; mientras que el 96% de la población estudiada presentan Factores de riesgo, que son: el sedentarismo se presentó con un 26% siendo el principal factor de riesgo, seguido de hipercolesterolemia 15%, alcohol 12%, Hipertriglicéridemia, 11% finalmente en menor porcentaje el tabaco e historia familiar.

Además la mayoría de los afiliados recibieron atención oportuna de primer Nivel es decir por (Medicina familiar), Sin embargo Existieron casos aislados que necesitaron ser remitidos a un segundo y tercer nivel de atención de acuerdo a la patología diagnosticada; de los cuales la mayoría (87%) continuaron asistiendo regularmente a chequeo médicos, mientras que el 13% no están recibiendo ningún tratamiento.

Finalmente con los resultados obtenidos a partir de mi investigación, se puede estimar que aún existen problemas en el sistema de salud, como también conocer las deficiencias del programa de medicina preventiva ya que si bien es cierto en un menor porcentaje el problema sigue latente puesto que los factores de riesgo encontrados establecen una predisposición continua a la aparición de estas enfermedades o a la presencia de complicaciones de cada una de ellas.

REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I

1. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL (MAIS-FCI)

Tiene como desafío consolidar la implementación del modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar, Comunitario e Integral, trabajar con las familias, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social.⁴

A fines del siglo XVIII y en el siglo XIX, ocurrieron una serie de acontecimientos que influyeron para que los estados modernos comprendieran la importancia de los factores de riesgo en la salud de la población, naciendo como resultado de estos acontecimientos, la disciplina científica de la Salud Pública. También en esa época, en Alemania el destacado médico Rudolf Virchow señalaba que los obreros necesitaban mejores condiciones de vida y que esto era responsabilidad de los gobiernos, por lo que concluyó: “Los Médicos son los abogados naturales de los pobres y los problemas sociales caen en su mayor parte bajo su jurisdicción.

En Norteamérica había una reacción en ese sentido, por lo que en Boston, una comisión dirigida por un estadístico y maestro, Lemuel Shattuck en 1850, llamó la atención sobre las pésimas condiciones sanitarias de la ciudad y recomendaba mejores condiciones de vida, saneamiento ambiental, control de las enfermedades infecciosas, mejorar las escuelas de medicina, enfermería, donde se debería hacer énfasis en la enseñanza de la Higiene, Medicina Preventiva y la creación de Juntas locales y estatales de Sanidad.

Como consecuencia de estos informes y recomendaciones, los Gobiernos de los países de Europa y América del Norte, comprendieron la importancia de los fac-

⁴ Fuente: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural MAIS-FCI. MSP. [artículo en Internet]. 2012 [acceso 2 de septiembre del 2013]. Disponible en I Web: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.

tores sociales, económicos, políticos y de salud, para que la población gozara de buenas condiciones de vida y así gozar de buena salud.

Posteriormente Henry Sigerist en 1948 sostuvo que “La salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, descanso” y se llamó “Promoción de la Salud”, para el año 1986 se produjo la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Canadá, firmándose la Carta de Ottawa¹⁰ que definió la promoción de la salud como “El proceso que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.

1.1 SALUD

El modelo de Atención Integral de la Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) asume el concepto de salud dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948, define salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional, social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas Tanto: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales.

La salud entendida en una doble dimensión: como producto de las condiciones sociales, biológicas y a la vez como producto de condiciones que permiten el desarrollo integral a nivel individual y colectivo.⁵

1.2 DETERMINANTES DE LA SALUD

Se denomina al conjunto de procesos que tienen el potencial para generar protección o daño, para la salud individual y colectiva. Se pueden dividir en dos grandes grupos:

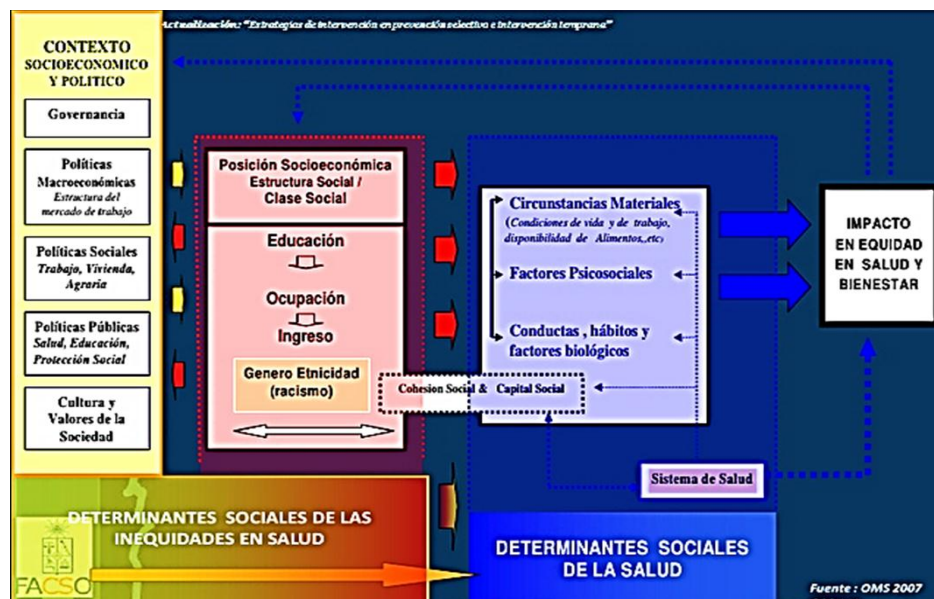
- a) Aquellos de responsabilidad del Estado: Determinantes económicos, sociales y políticos.
- b) Aquellos de responsabilidad del Sector Salud: son

⁵ Fuente: Modelo de Atención integral de la salud. Direcciones Generales de Salud de las Personas y Promoción de la Salud. [artículo en Internet]. 2012 [acceso 12 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS/mais.asp>

- Estilos de vida.
- Factores Ambientales.
- Factores Genéticos y Biológicos
- Atención Sanitaria.⁶

Grafico # 1

MARCO CONCEPTUAL DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD



Fuente: Ministerio de Salud. División de Planificación Sanitaria. Departamento de Epidemiología. 2010.

1.2.1 DETERMINANTE ECONÓMICO Y POLÍTICO

Se refiere a factores estructurales del sistema social que afectan de forma significativa a la estructura social. Se incluyen los siguientes aspectos:

- Gobierno en su aspecto amplio.
- Políticas macroeconómicas como, por ejemplo, las políticas fiscales o las políticas que regulan el mercado de trabajo.
- Políticas sociales que afectan al mercado de trabajo, estado del bienestar y a la distribución de la tierra y la vivienda.
- Otras políticas públicas de educación, atención sanitaria, etc.

⁶Fuente: McQueen. D. Factores Determinantes de la Salud. Acta de Plan Nacional Para La Promoción De La Salud. Cartas de Otawa y Yakarta. [artículo en Internet]. 2011 [acceso 12 de agosto del 2013]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf

e) Valores sociales y culturales.

Estos ejes determinan las oportunidades de tener una buena salud y ponen de manifiesto la existencia de desigualdades en salud debidas a las jerarquías de poder o de acceso a los recursos, en las que resultan más beneficiadas las personas de clases sociales privilegiadas.

1.2.2 DETERMINANTES DESDE EL PUNTO DE VISTA SECTOR SALUD

En 1974 se publicó el Informe Lalonde, donde se expuso un estudio epidemiológico de las causas de muerte y enfermedad de los canadienses, que identificaron cuatro grandes determinantes de la salud, que marcaron un hito importante para la atención de la salud tanto individual como colectiva.

Ecuador se encuentra amenazado por la actividad humana que ha generado: deforestación, Incendios forestales, Derrames de petróleo, Contaminación con sustancias químicas peligrosas, Contaminación del agua superficial y subterránea que en conjunto pueden ocasionar desastres y provocar un impacto importante en la salud directamente o alterando la disponibilidad de alimentos y la calidad sanitaria del agua.

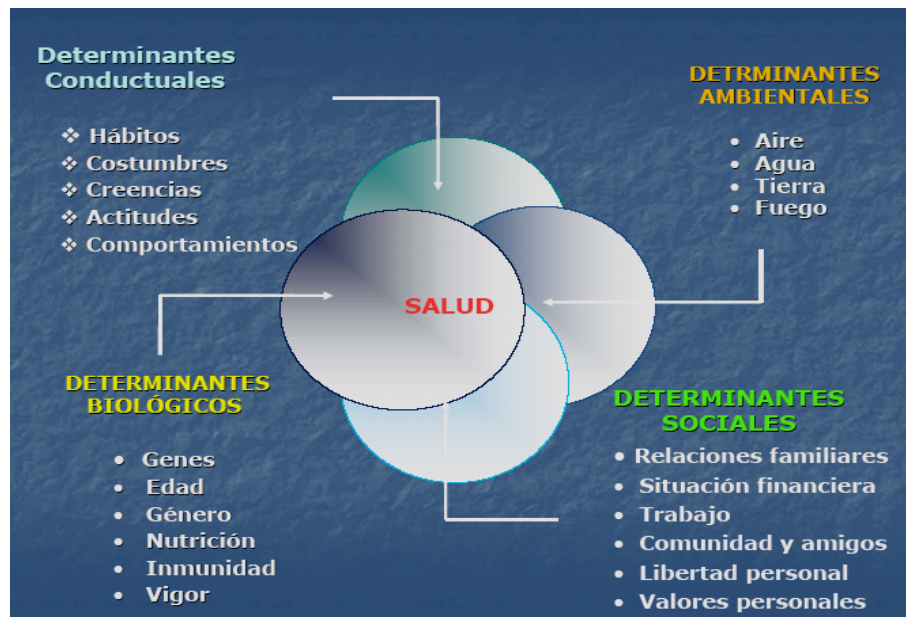
Estos factores pueden ser:

- ❖ Ambientales: Agentes de naturaleza infecciosa
Físicos
Químicos
- ❖ Conductuales: Consumo excesivo de grasas o hidratos de carbono
Tabaquismo,
Consumo excesivo de alcohol.
Uso de drogas ilegales
- ❖ Endógenos : Sexo
Edad
Predisposición familiar.
- ❖ Factores de Origen Mixto: Influyen los factores ambientales y conductuales actuando sobre los Factores Endógenos, estos son:

Obesidad
Hipertensión
Hipercolesterolemia.

Grafico # 2

DETERMINANTES DE LA SALUD



Fuente: Marck Lalonde, 2005. Determinantes de la Salud. 2005. Disponible en la Web: <http://losdds.blogspot.com/>.

1.3 ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD RENOVADA (APS)

Concepto de Atención Primaria de Salud (APS), fue adoptado en 1978 por los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), como una estrategia para lograr la meta de “Salud para Todos en el año 2000”, lema que representaba el objetivo de todos los pueblos del mundo al iniciar el siglo XXI, donde contaran con un estado de salud, tal que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, adoptándose la prevención y la promoción de la salud como acciones primordiales.⁷

⁷ Fuente: McQueen. D. Factores Determinantes de la Salud. Acta de Plan Nacional Para La Promoción De La Salud. Cartas de Ottawa y Yakarta. [artículo en Internet]. 2011 [acceso 12 de agosto del 2013].

Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf

La Atención Primaria de Salud (APS) enfatiza los servicios preventivos, con una infraestructura basada en pequeños centros de atención en la que tienen un papel relevante los agentes comunitarios de salud.

Los servicios básicos propuestos por la estrategia de APS son los siguientes ocho: ⁸

1. Educación sanitaria y Promoción para la salud.
2. Suministro de agua de consumo humano.
3. Nutrición.
4. Atención materno-infantil, incluida la planificación Familiar.
5. Inmunizaciones.
6. Salud Mental.
7. Prevención y Control de enfermedades endémicas locales.
8. Tratamiento de emergencias y traumatismos comunes.

En términos operativos, la APS es considerada en muchos países como el eslabón inicial en la cadena de atención, o la puerta de ingreso a los sistemas de salud, donde se resuelven los problemas de menor complejidad técnica y desde donde se refieren los problemas de mayor complejidad diagnóstica y terapéutica, hacia los niveles sucesivos de la cadena de atención.

1.3.1 PRESTACIONES DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Se enfocan en la prevención y promoción de la salud, actividades con altas externalidades como la vacunación y la atención materna infantil.

⁸ Fuente: Maya Mejía J. M. Servicios de Salud. Lineamientos Metodológicos para Análisis Sectorial en Salud. [artículo en Internet]. 2011 [acceso 20 de julio del 2013]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/13.pdf>.

1.4 PROMOCION DE SALUD

Es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas. Se incluyen las acciones de educación, prevención y fomento de salud, donde la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables. Además utiliza no sólo herramientas pedagógicas o comunicativas, sino también la abogacía y las intervenciones estructurales.⁹

1.4.1 OBJETIVOS DE LA PROMOCIÓN DE SALUD

En la actual situación demográfica y epidemiológica, los problemas de salud asociados a estilos de vida son responsables de gran parte de la morbimortalidad y de los déficits en calidad de vida. Comprendiendo el concepto de salud integral desde un paradigma biopsicosocial-ecológico, surgen dos ejes centrales:

1. El rol de la Comunidad en Salud
2. Promoción de la Salud.

La Promoción de la Salud se considera esencial para alcanzar los objetivos sanitarios nacionales e internacionales y para lograr los Objetivos de desarrollo del Milenio.

1.4.2 SALUD FAMILIAR Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

La reorientación de los servicios de salud se torna cada vez más necesaria, asegurando el promover estilos de vida y ambientes saludables mediante los cuales se potencie una mejor salud y el bienestar. Igualmente, la Salud Familiar acoge en sus principios, la necesidad y responsabilidad de trabajar con la comunidad en el ámbito de la Promoción de la Salud.¹⁰

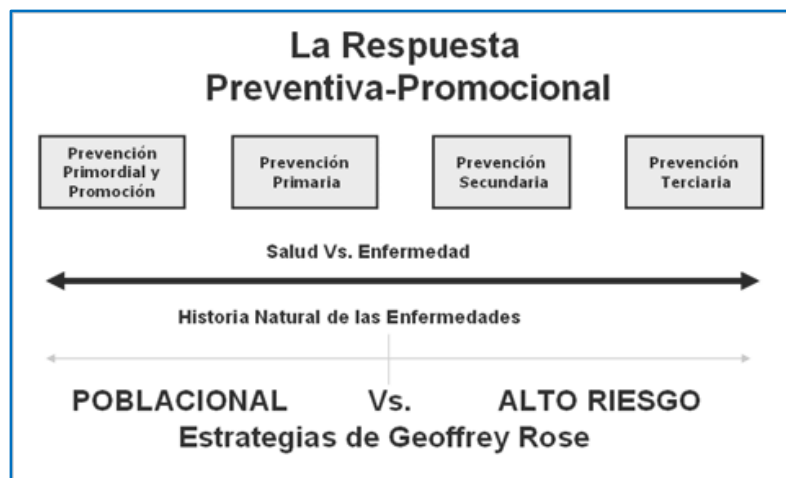
⁹ Fuente: McQueen. D. Factores Determinantes de la Salud. Acta de Plan Nacional Para La Promoción De La Salud. Cartas de Ottawa y Yakarta. [artículo en Internet]. 2011 [acceso 12 de agosto del 2013].

Disponibile en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf

¹⁰ Fuente: Bernardo Leighton. Centro de Salud Familiar. Departamento de Medicina Familiar. [artículo en Internet]. 2009 [acceso 12 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.bestpractices-healthpromotion.com/index.html>.

Grafico # 3

PROMOCIÓN DE LA SALUD



Fuente: Preventive Services Task Force / Epidemiología Básica. OPS, 2009; <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.

1.4.3 PRINCIPIOS BÁSICOS PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

La OMS ha elaborado en diversas cartas sobre promoción de la salud, siendo los principales:

- ❖ Combina métodos o planteamientos, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- ❖ Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la ayuda y animando a las cosas a encontrar su manera de promocionar la salud de sus comunidades.¹¹

1.5 PREVENCIÓN

La Prevención se define como las "Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida. La medicina preventiva se aplica en el nivel asistencial tanto en atención especializada u hospitalaria como atención primaria. Tiene distintas facetas

¹¹Fuente: Tipos de Prevención. Presentado por: Ramón A Soto Torres 2009. Disponible en la web: www.slideshare.net/tipos-de-prevencion.

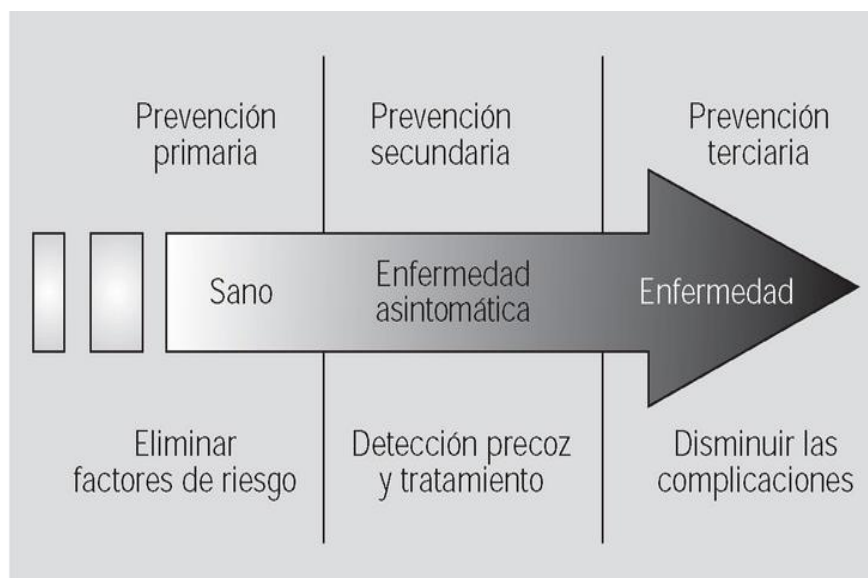
según la evolución de la enfermedad, y se pueden distinguir cuatro tipos de prevención en medicina.¹²

1.5.1 TIPOS DE PREVENCIÓN:

2. Primaria
3. Secundaria
4. Terciaria
5. Cuaternaria.

GRAFICO # 4

TIPOS DE PREVENCIÓN



FUENTE: Prevención primaria, secundaria y terciaria. Artículo de Medicina Clínica 2009.

1.5.1.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Son un conjunto de actividades sanitarias que se realizan tanto por la comunidad o los gobiernos como por el personal sanitario antes de que aparezca una determinada enfermedad. Comprende:

- a. Promoción de la salud, que es el fomento y defensa de la salud de la población mediante acciones que inciden sobre los individuos de una

¹² Fuente: Prevención y Promoción de la Salud. Factores de riesgo para la salud en las distintas etapas de la vida: infancia, adolescencia, adulto y anciano. Arch Med Interna. [artículo en Internet]. 2012. [acceso 20 de agosto del 2013]. Disponible en: http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf.

comunidad, como por ejemplo las campañas antitabaco para prevenir el cáncer de pulmón y otras enfermedades asociadas al tabaco.

b. Protección específica de la salud como por ejemplo la sanidad ambiental y la higiene alimentaria: Educación Sanitaria e Inmunizaciones.

❖ **Educación Sanitaria.-** La educación sanitaria impartida mediante el consejo médico en el ámbito asistencial es el instrumento que presenta un mayor potencial preventivo de la medicina clínica preventiva. En estos países, la promoción de la salud es principalmente una cuestión de comportamientos (conductas en relación con la alimentación, ejercicio físico, sueño, reposo, recreación, relaciones interpersonales). Del mismo modo, la prevención de la enfermedad está también relacionada con el control de los factores conductuales ya que, en la actualidad, los estilos de vida son una de las causas más significativas de las enfermedades crónicas y de problemas de salud.

❖ **Inmunizaciones preventivas.-** Las vacunas han sido en el pasado, lo son en el presente y lo serán aún más en el futuro un instrumento fundamental de la medicina clínica preventiva. Muchas enfermedades infecciosas de interés actual en salud pública (sarampión, rubéola congénita, hepatitis B, poliomielitis) pueden ser prevenidas eficazmente mediante la vacunación.

❖ **Quimioprofilaxis y Quimio prevención,** consiste en la administración de fármacos para prevenir enfermedades como por ejemplo la administración de estrógenos en mujeres menopáusicas para prevenir la osteoporosis. Más reciente es la introducción de la quimio prevención para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles: Ejemplos aspirina para la prevención del infarto

de miocardio en los sujetos varones asintomáticos de más de 40 años de edad con alto riesgo de padecer la enfermedad.¹³

1.5.1.1.1 OBJETIVOS DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA:

- ❖ **Disminución de la incidencia.**-Alrededor de un 75-80% de los cánceres pueden atribuirse a factores externos, que por lo general, se puede modificar y por tanto disminuir el riesgo de desarrollar un cáncer.
- ❖ **Disminución de la mortalidad.**-Se consigue una disminución de la mortalidad si se detecta el cáncer en sus etapas más tempranas y se aplican tratamientos específicos más sencillos y eficaces.

1.5.1.2 PREVENCIÓN SECUNDARIA

La prevención secundaria consiste en detectar y aplicar tratamiento a las enfermedades en estados muy tempranos. La intervención tiene lugar al principio de la enfermedad, siendo el objetivo principal impedir o retrasar el desarrollo de la misma. También se denomina diagnóstico precoz, cribado, o screening. Se basa en:

- ❖ Disminuir la tasa de mortalidad; está asociada a un tratamiento eficaz o curativo.
- ❖ Que la enfermedad tenga una etapa inicial asintomática prolongada, se conozca su historia natural, se disponga de un tratamiento eficaz y sea aceptado por la población en caso de encontrar la enfermedad en estado inicial.
- ❖ Que se disponga de una prueba de cribado rápida, segura, fácil de realizar, con alta sensibilidad, especificidad, alto valor predictivo positivo, aceptada por médicos, pacientes y tenga una buena relación costo-efectividad.¹⁴

¹³ Fuente: Vignolo J, Vacarezza. M, Álvarez. C, Sosa. A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. [Artículo en Internet]. 2011. [acceso 12 de agosto del 2013]. ISSN 0250-3816. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0250-38162011000100003&script=sci_arttext.

¹⁴ Fuente: Ministerio de Sanidad del Ecuador. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención. [artículo en Internet]. 2009. [acceso 20 de agosto del 2013]. Disponible en: www20.gencat.cat/docs/...de.../pdf/gpc_prev_ictus_aatrm-08.pdf.

Un programa epidemiológico de aplicación sistemática o universal, para detectar en una población determinada y asintomática una enfermedad grave en fase inicial o precoz mediante:

a) EDUCACIÓN SANITARIA Y DETECCIÓN SELECTIVA CLÍNICA DE LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

La educación sanitaria de la población en prevención secundaria se refiere en dar a conocer los signos precoces del Cáncer. Hacen referencia al reconocimiento de ciertos signos por los cuales un individuo debería consultar a su médico (bultos, una herida que no cicatriza, un lunar que cambia de forma tamaño o color, pérdida anormal de sangre, problemas persistentes como ronquera o tos, cambios en sus hábitos intestinales, alteraciones urinarias o pérdida anormal de peso).

b) CRIBADO POBLACIONAL, DETECCIÓN SELECTIVA DE LA POBLACIÓN O SCREENING

Puede definirse como el conjunto de actividades aplicadas a grandes poblaciones no seleccionadas que tiene como objetivo detectar la enfermedad antes de que se manifieste clínicamente y así poder iniciar el tratamiento de forma precoz con el fin de mejorar el pronóstico.¹⁵ Para que una enfermedad pueda considerarse objeto de cribado debe cumplir una serie de requisitos:

- ❖ En relación a la enfermedad:
 - Fase presintomática identificable
- ❖ Tratamiento eficaz
 - Problema de salud público
- ❖ En relación a la población
 - Definida y accesible
- ❖ En relación al programa
 - Eficacia probada en ensayos
 - Aleatorios.

¹⁵ Fuente: Atención Primaria, Organización y Práctica Clínica. Rev Med int. [Revista en Internet]. 2009. [acceso 20 de agosto del 2013]. Disponible en: http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf.

Planificación previa.

Acceso a la población garantizado.

Garantizar diagnóstico - Tratamiento.

❖ En relación a la prueba

Eficacia

Sensibilidad

Especificidad

Valor predictivo

Reproducible, sencilla, segura y barata

Aceptada por la población y sanitarios.

1.5.1.3 PREVENCIÓN TERCIARIA

Es el restablecimiento de la salud una vez que ha aparecido la enfermedad, aplicar un tratamiento para intentar curar o paliar una enfermedad o unos síntomas determinados. El restablecimiento de la salud se realiza tanto en atención primaria como en atención hospitalaria.

También se encuentra dentro de Prevención terciaria cuando un individuo en base a las experiencias de haber sufrido anteriormente una enfermedad o contagio, evita las causas iniciales de aquella enfermedad, en otras palabras evita un nuevo contagio basado en las experiencias previamente adquiridas.¹⁶

1.5.1.4 PREVENCIÓN CUATERNARIA

La prevención cuaternaria es el conjunto de actividades sanitarias que atenúan o evitan las consecuencias de las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario. Son las acciones que se toman para identificar a los pacientes en riesgo sobre el tratamiento, para protegerlos de nuevas intervenciones médicas y para sugerirles alternativas éticamente aceptables.

¹⁶ Fuente: Manual CTO Enfermería, 4ª edición. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana; 2007. Disponible en la Web: www.Msc.es.

Las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad tienen por objetivo el fomento, defensa de la salud y la prevención de las enfermedades, mediante actuaciones que inciden sobre las personas. Se trata de incrementar los niveles de salud de los individuos, colectividades y de prevenir las enfermedades específicas cuya historia natural sea conocida y se disponga de instrumentos de prevención primaria o secundaria eficientes (inmunizaciones, quimio-profilaxis y quimioprevención, educación sanitaria, cribados).¹⁸

2.2 ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD Y EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

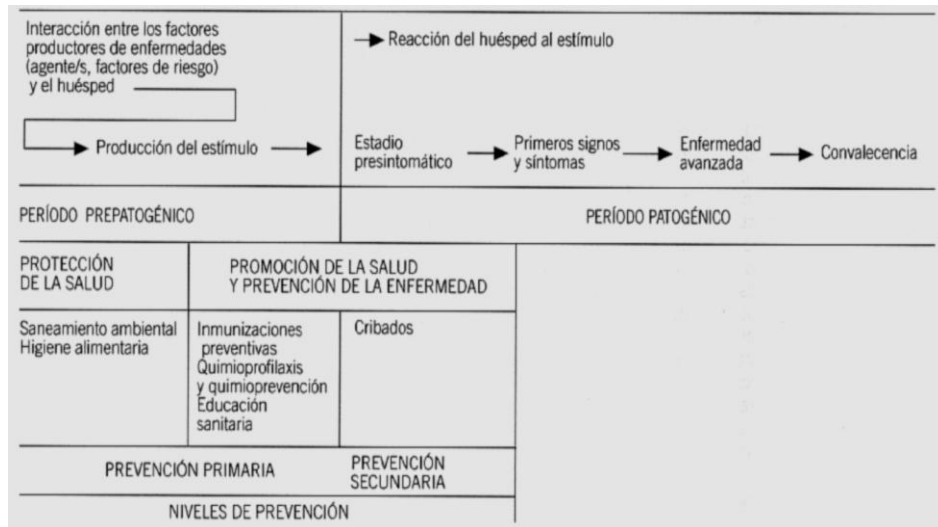
La historia natural o curso que sigue la enfermedad a lo largo del tiempo es muy importante en medicina preventiva se distinguen tres períodos definidos en la historia natural de la enfermedad: prepatogénico, patogénico y de resultados

- ❖ El período prepatogénico o de susceptibilidad se caracteriza porque están presentes los factores que favorecen o determinan el desarrollo de la enfermedad. Algunos de estos factores son necesarios para que se produzca la enfermedad. El ejemplo más claro es el de los agentes productores de enfermedades infecciosas (bacterias, virus).
- ❖ El período patogénico tiene dos estadios: el estadio presintomático y el de enfermedad clínica. Durante el período presintomático no hay signos clínicos de la enfermedad, pero como consecuencia del estímulo causal citado el comienzo biológico ya se ha producido y se han iniciado ya los cambios anatomopatológicos responsables de la enfermedad (arteriosclerosis en las arterias coronarias o alteraciones pre-malignas en los tejidos). En el estadio clínico los cambios en los órganos y tejidos son ya suficientemente importantes como para que aparezcan signos y síntomas de la enfermedad en el paciente.
- ❖ El último período de la historia natural de la enfermedad refleja el resultado del proceso: muerte, incapacidad, estado crónico o recuperación de la salud.

¹⁸ Fuente: Guidotti TL. Health Promotion in Perspective. Can J Public Health 1989;80: 400-405. Doll R. Prospects for prevention. Bull Med J 1983; 286: 445-453. Disponible en la Web: <http://www.sisman.utm.edu.ec/>.

Grafico # 5

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD



Fuente: Niveles de prevención. Preventive Medicine for the doctor in his community. 2.^a ed. Nueva York, Mc Graw Hill, 2000, (modificado).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS DE LA SALUD EN MEDICINA PREVENTIVA

Los padecimientos mórbidos y crónicos en particular se han vuelto cuestión de salud pública y de interés general; en parte porque se ha demostrado la asociación de estos padecimientos con varias alteraciones físicas, desórdenes mentales, enfermedades y déficits de la salud ligados a un modo de vida cambiante y alterado; condiciones y padecimientos que se manifiestan agudamente en la edad adulta, y se vuelven crónicos y degenerativos; resultando en altos costos para las personas, sus familias y para las naciones en general.¹⁹

2.4 PROGRAMAS DE MEDICINA PREVENTIVA INCORPORADOS A TRAVÉS DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

Los programas de medicina preventiva se incorporan a través del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural que es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las nece-

¹⁹ Fuente: Promoción de la Salud y Cambio Social. Madrid 2001 Disponible en la Web. http://www.msc.es/profesionales/la_salud_publica.

sidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, el entorno, permitiendo la integralidad en los niveles de atención en la red de salud.²⁰

Grafico # 6

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD MAIS



Fuente: Norma Modelo de Atención Integral en Salud SEPSS - MSP 2010. Disponible en: [www.instituciones.msp.gob.ec/somos salud/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf](http://www.instituciones.msp.gob.ec/somos%20salud/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf).

2.4.1 COMPONENTE DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

La Autoridad Sanitaria Nacional define el conjunto de prestaciones integrales de salud (considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona, integrando las acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos).

Grupos de población a quienes se entregará la atención:

- ❖ Ciclos de vida individual y familiar
- ❖ Grupos prioritarios establecidos en la constitución de la república: adultos mayores, mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas con discapacidad; personas privadas de la libertad,

²⁰ Fuente: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural MAIS-FCI. MSP. [artículo en Internet]. 2012 [acceso 2 de septiembre del 2013]. Disponible en la Web: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.

personas que adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad; así como las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales y grupos expuestos a condiciones específicas de riesgo laboral, ambiental y social.²¹

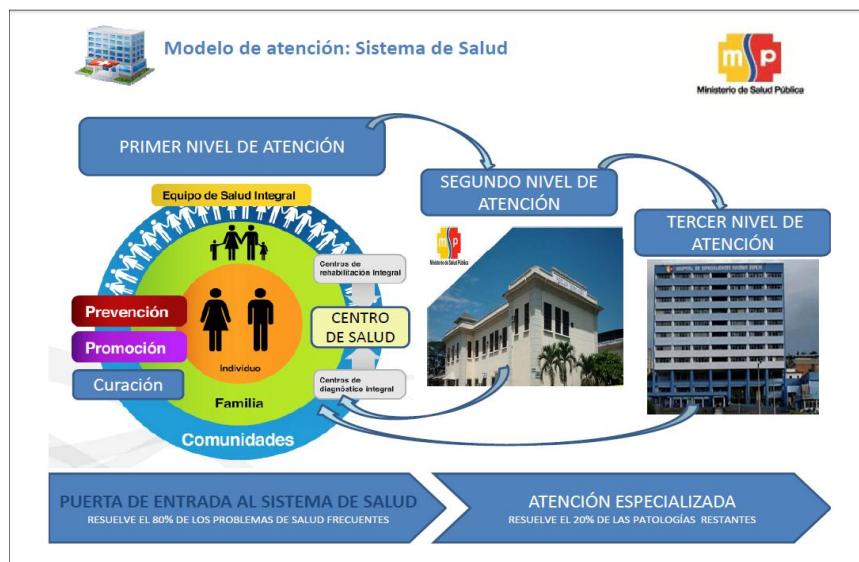
Grafico # 7

ATENCIÓN EN SALUD DE ACUERDO AL CICLO DE VIDA

<i>Ciclo de Vida</i>	<i>Grupos de edad</i>			
Niñez 0 a 9 años	Recién nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años
Adolescencia 10 a 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años	
Adultos/as	20 a 64 años			
Adulto/a mayor	Más de 64 años			

Grafico # 8

Modelo de Atención Integral de la salud-MSP del Ecuador



Fuente: Sistema de salud del Ecuador (MAIS-FCI).2012.

²¹ Fuente: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural MAIS-FCI. MSP. [artículo en Internet]. 2012 [acceso 2 de septiembre del 2013]. Disponible en la Web: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.

2.4.1.1 PRESTACIONES DE ATENCION:

Son dos principales:

1. Actividades a ejecutar por los Equipos Integrales de salud en el Sistema Nacional de Salud, del adulto joven de 20-64 años.
2. Actividades a ejecutar por los Equipos Integrales de salud en el Sistema Nacional de Salud, en el adulto mayor (>65 años).

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
PRESTACIONES DE PROMOCIÓN	
Adulto joven 20 a 64 años:	1. Información Educación
Referirse a:	
Normas del Programa de Salud Preventiva del Adulto 20 a 64 años o Normas PAI o Normas y Procedimientos de Atención en Salud Bucal.	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Salud bucal • Buen trato • Derechos • Salud Sexual y reproductiva • Salud Mental • Culturas urbanas, juveniles • Participación social y exigencia de Derechos • Discapacidad, ayudas técnicas.
	2. Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar
	<u>Riesgo Biológico:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) Malnutrición, por defecto o por exceso. b) Antecedentes patológicos familiares de enfermedades crónicas. c) Alimentación no saludable. d) Relaciones sexuales no seguras. e) Tos más de 14 días, TB. f) Riesgos cardiovascular g) Riesgos metabólicos h) Detección oportuna de cáncer: cérvico uterino, mama. i) Detección oportuna de cáncer de próstata. j) Salud Bucal k) Planificación Familiar
	<u>Riesgos Socio- económico:</u> <ol style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable. b) Pobreza. c) Discapacidad d) Embarazo en adolescente.

	<p>e) Embarazo no deseado f) Deserción escolar g) Madre soltera. h) Baja escolaridad.</p> <p>i) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil j) Consumo de alcohol y otras drogas. k) Hábito de fumar o fumador pasivo. l) Riesgo de accidentes. m) Desempleo. n) Hacinamiento. o) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual. p) Trastornos Psicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia. Trastornos emocionales, afectivos. Deterioro mental y cognitivo. q) Otros que el equipo de salud considere.</p> <p><u>Riesgos Ambiental</u></p> <p>a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. b) Animales dentro de la vivienda. c) Agua insegura d) Contaminación. e) Mal manejo de desechos</p>
PRESTACIONES DE PREVENCIÓN	
<p>Normas del Programa de Salud Preventiva del Adulto 20 a 64 años</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de salud preventiva en adulto: Riesgos cardiovascular, Riesgos metabólicos, Detección oportuna de cáncer: cérvico-uterino, mama, Malnutrición: obesidad, Sicosociales: depresión, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia, Infecciones de transmisión sexual, Tuberculosis (tos por más de 15 días) • Salud Bucal, Prevención de la caries • Planificación Familiar • Diagnóstico de deficiencias y discapacidades • Vacunación: DT embarazadas y MEF en áreas de alto riesgo. • Atención preventiva del adulto en riesgo: • Malnutrición: obesidad • Salud mental: trastornos afectivos, emocionales, cognitivos; consumo de sustancias, tras-

	<p>tornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia, trastornos cognitivos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inactividad Física. Discapacidad • De la deficiencia y/o discapacidad • Evaluar el bienestar del adulto e identificar anomalías congénitas o problemas médicos adquiridos. • Detección de la agudeza visual y ceguera • Detección, prevención y consejería de ITS y VIH/SIDA • Desnutrición.- suplemento de micronutrientes, según metas en grupos de edad • Prevenir riesgos de accidentes en el hogar. • Prevención de discapacidades, uso de ayudas técnicas
PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	
	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de las patologías más frecuente: Diabetes, hipertensión, enfermedad isquémica cardíaca, enfermedad renal, cerebrovascular, neoplasias, Tuberculosis, Infecciones de transmisión sexual, metaxémicas, depresión, ansiedad, problemas cognitivos, discapacidades y cuidados paliativos en la etapa terminal de la vida.
PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	
	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención. • Actividades de psico rehabilitación basadas en la comunidad. • Discapacidades y ayudas técnicas
VISITA DOMICILIARIA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos • Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familia. • Seguimiento de problemas de salud mental, discapacidad grave y cuidados paliativos. • Otros determinados por el equipo de salud.

Fuente: Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI. MSP2011. Disponible en la Web: <http://construyamossalud.grupofaro.org/modelo>.

CICLO DE VIDA	CONJUNTO DE PRESTACIONES INTEGRALES
PRESTACIONES DE PROMOCIÓN	
Adulto mayor > 65 años:	1. Información Educación a miembros de la familia (cuidadores)
Referirse a:	
Normas del Programa de Salud Preventiva del Adulto mayor	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrición • Salud bucal • Buen trato • Derechos • Salud sexual • Salud Mental • Envejecimiento activo. • Participación social y exigencia de Derechos • Discapacidad, ayudas técnicas. • Fomentar espacios saludables, recreativos, con otras instituciones
	2. Determinación de Riesgos utilizando la ficha familiar
	<u>Riesgo Biológico:</u> <ul style="list-style-type: none"> a) Malnutrición, por defecto o por exceso. b) Enfermedades crónicas degenerativas. c) Alimentación no saludable. d) Accidentes propios de la edad. e) Tos más de 14 días, TB. f) Demencia senil
	<u>Riesgos Socio- económico:</u> <ul style="list-style-type: none"> a) Muerte evitable. b) Pobreza. c) Discapacidad d) Desempleo. e) Violencia intrafamiliar, maltrato infantil f) Consumo de alcohol y otras drogas. g) Hábito de fumar o fumador pasivo. h) Riesgo de accidentes. i) Hacinamiento. j) Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual. k) Trastornos Psicosociales: depresión, intento de suicidio, violencia. m) Deterioro mental y cognitivo n) Otros que el equipo de salud considere.
	<u>Riesgos Ambiental</u> <ul style="list-style-type: none"> a) Condiciones ambientales insalubres, marginales y poco seguras. b) Animales dentro de la vivienda. c) Agua insegura

	<p>d) Contaminación. e) Mal manejo de desechos</p>
PRESTACIONES DE PREVENCIÓN	
	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración Geriátrica Integral: • Identificar factores de riesgo, condicionantes de deterioro funcional y cognitivo • Valoración precoz y diagnóstico de la fragilidad. • Dependencia Funcional • Salud Bucal • Violencia, consumo de alcohol, tabaquismo • Vacunación: Neumococo polisacárido e Influenza Estacional solo en campañas anuales. • Prevención, detección y manejo de violencia, maltrato y discapacidad
PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN	
	<p>Atención de las patologías más frecuente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndromes Geriátricos • Prevención y diagnóstico de problemas visuales, auditivos (detección de catarata, retinopatía diabética), motrices, y otras discapacidades. • Depresión, ansiedad. • Cuidados paliativos en etapa terminal de la vida
PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN	
	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de rehabilitación de fracturas o esguinces en el primer nivel de atención. • Actividades de psico-rehabilitación basadas en la comunidad. • Discapacidades y ayudas técnicas
VISITA DOMICILIARIA	
	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico y Seguimiento de pacientes y familias captadas con riesgos • Realizar la búsqueda activa de riesgos con el fin de desarrollar una intervención oportuna, los mismos que pueden ser clasificados de acuerdo a la ficha familiar (CÓDIGO CIAP) • Seguimiento de problemas de salud mental, discapacidad grave y cuidados paliativos. • Atención en casos de postración o discapacidad y cuidados paliativos. • Otros determinados por el equipo de salud

Fuente: Manual del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural MAIS-FCI. MSP2011. Disponible en la Web: <http://construyamossalud.grupofaro.org/modelo>.

CAPITULO III

3. PROGRAMA PREVENTIVO DEL HOSPITAL DEL DÍA CENTRAL DEL IESS- LOJA

3.1 GUÍA DE REORIENTACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA SEGURIDAD SOCIAL CON UN ENFOQUE INDIVI- DUAL, FAMILIAR, COMUNITARIO.

Se basa en Reorientar y fortalecer los servicios de salud del IESS en todos los niveles de atención y complejidad hacia un enfoque integral, individual, y familiar de los problemas de salud basado en la estrategia de Atención Primaria renovada. Establecer el primer nivel de atención como puerta de entrada obligada a los sistemas de servicios de salud y su funcionamiento en red pleural para garantizar el derecho a la salud de los beneficios y sus familias.

3.1.1 OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA DEL IESS:

- ❖ Identificar la situación de salud y riesgos de los derechos de los habitantes y sus familias por zonas geográficas.
- ❖ Establecer y estandarizar el nivel de complejidad y su capacidad resolutoria de todas las unidades médicas, garantizando la calidad.
- ❖ Establecer el primer nivel como la puerta de entrada obligada a la red plural de servicios de salud, encargada de la síntesis de la información y de la distribución del flujo de referencia y Contrareferencia al resto de niveles de atención.
- ❖ Establecer el flujo adecuado de la información integral e integrando de los derechos de los habitantes a través de un sistema de información y la historia clínica en línea.²²

²² Fuente: Reorientación y Fortalecimiento de los Servicios de Salud de la Seguridad Social-IESS. ANEXO 308. [artículo en Internet]. Octubre 2011. [acceso 20 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.iess.gob.ec/documentos/resoluciones/octubre2011/resolucioncd.385.pdf>.

3.2 PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL DEL IESS:

Plantea la existencia de una puerta de entrada obligada en el primer nivel al sistema de servicios de salud, que es capaz de manejar la mayoría de problemas con enfoque bio-psico-social y a la vez distribuya los flujos de pacientes a otros niveles de complejidad cuando se requiera.

El primer nivel también se encarga de estimular la participación social, el autocuidado y la responsabilidad sobre la salud entre el equipo de salud y los usuarios del sistema.

3.3 NORMAR LA CARTERA DE SERVICIOS Y GUÍAS CLÍNICAS DEL IESS:

El IESS garantiza el derecho del asegurado a recibir atención médica integral, continua e integrada por los niveles de complejidad, para cuidar de su salud física y mental, con acciones integrales de promoción y prevención, curativas de rehabilitación y cuidado paliativo a través del sistema de garantía de la prestación, para lo cual se establece un conjunto de prestaciones de salud garantizadas, denominada cartera de servicios.²³

Se compone de los siguientes subprogramas dirigidos por los siguientes grupos de edad en coherencia con las definiciones de la Autoridad Sanitaria Nacional.²⁴

- ❖ Menores de un año que incluye (0 a 7 días, 8 a 28 y de 29 días a 364 días).
- ❖ Preescolares de 1 a 4 años
- ❖ Escolares de 5 a 9 años
- ❖ Adolescente de 10 a 19 años
- ❖ Adulto joven (20 a 39 años) y medio (40 a 64 años)
- ❖ Mujeres en edad fértil (10 a 49 años)
- ❖ Del adulto mayor (de más de 65 años).

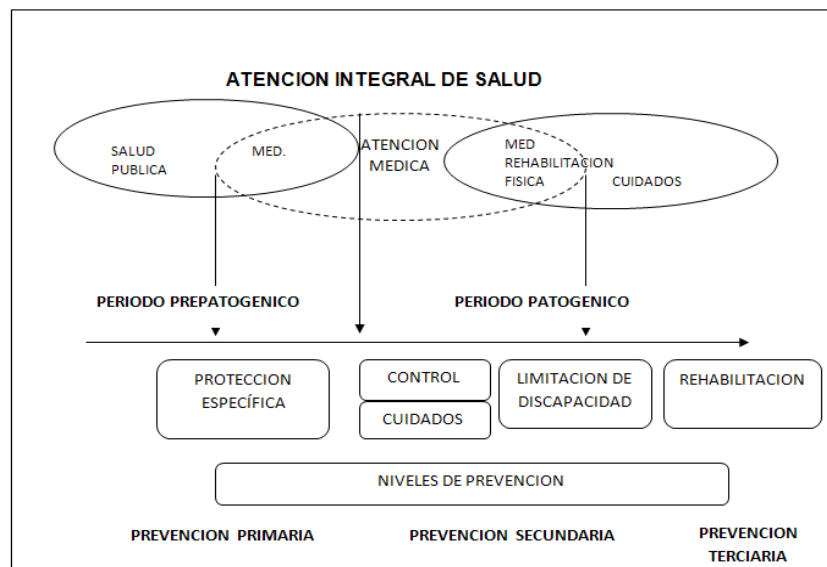
²³ Fuente: Análisis de situación de Salud (ASIS) de la población de la Ciudad de Buenos Aires. Departamento de Epidemiología; dirección general adjunta [artículo en Internet]. 2004. [acceso 20 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.estático.buenosaires.gov.ar/salud/epidemiologia/boletines/asis/2004.pdf>.

²⁴ Fuente: Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. CONASA. ECUADOR. [artículo en Internet]. 2011. [acceso 25 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.iess.gob.ec/documentos/resoluciones/octubre2011/resolucioncd.385.pdf>.

Para el desarrollo de las GPC se debe considerar un enfoque integral de atención, que toma en cuenta los niveles de atención con sus respectivas líneas de acción, en estas se deben identificar las acciones que se desarrollan en todos los niveles y las medidas preventivas y, en caso, manejo ambulatorio de cada paciente.

Grafico # 9

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL HOSPITAL DEL IESS



Fuente: Adaptado de Guías de Prácticas Clínicas/ Instituto Mexicano de Seguridad Social/2007.

3.4 ESTABLECER AL PRIMER NIVEL COMO LA PUERTA DE ENTRADA A LOS SERVICIOS DE SALUD

El primer nivel será encargado de la síntesis de la información y de la distribución de flujo de referencia y Contrareferencia al resto de niveles de atención y en este nivel, el asegurado, cualquiera sea la cuantía de su aportación podrá elegir el prestador de servicios de salud en el primer nivel de atención dentro de las zonas geográficas de la población definida, estableciéndose el sistema de libre elección del prestador; garantizando el derecho del afiliado para elegir de manera libre y voluntaria.²⁵

²⁵ Fuente: Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. CONASA. ECUADOR. [artículo en Internet]. 2011. [acceso 25 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.iess.gob.ec/documentos/resoluciones/octubre2011/resolucioncd.385.pdf>

Estas son:

1. PRESTACIONES INDIVIDUALES:

- A. Chequeo preventivo del adulto de 20 años hasta 49 años.
- B. Chequeo preventivo del adulto de 50 hasta 64 años.
- C. Chequeo preventivo del adulto mayor de 65 años.

1.	PREVENCIÓN INDIVIDUAL	
1.	CHEQUEO PREVENTIVO DEL ADULTO DE 20 AÑOS HASTA 49 AÑOS	NORMA
1.1	Consulta Medica	1 vez al año, tamizaje, detección de riesgos nutricional, cardiovascular, cáncer de próstata, mama, estomago, tamizaje de presión, discapacidades según norma/guía clínica/protocolo.
1.2	Inmunización	Neumococo según riesgo Td cada 10 años Influenza según riesgo
1.3	Suplemento de calcio y vitamina D	Según riesgo
1.4	Tamizaje valoración auditiva	Cada año a partir de los 40 años
1.5	Tamizaje valoración Visual	Cada año
1.6	Detención de síntomas respiratorios	BAAR (2), según normas
1.7	Detención de síntomas febriles.	Según normas
1.8	Detención temprana de enfermedades crónicas y riesgo cardiovascular	Según normas
a.	Hematocrito	Cada año según riesgo
b.	Glicemia curva de tolerancia a la glucosa	Cada año según riesgo
c.	Creatinina	Cada año según riesgo
d.	TSH	Cada año según riesgo
e.	Sangre oculta en heces	Cada año según riesgo
f.	Antígeno prostático específico	Cada año según riesgo
g.	Biopsias	según riesgo
h.	Endoscopias	según riesgo

i.	Citología vaginal	Cada 3 años con VSA; o hasta que se logren 3 tomas negativas sin VSA negativas
f.	Mamografía	Según norma después de los 40 años
1.9	Detección, notificación y referencia de enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VIH	Prueba rápida de VIH, según norma y consentimiento
1.9.1	Vigilancia de la salud mental	1 vez cada cuatro meses (3 veces al año) (<50 años)
1.9.2	Profilaxis dental: inspección bucal, limpieza, protección con flúor	1 vez al año/paciente 15%
1.9.3	Prevención de riesgos físicos relacionados con el trabajo	Ergonomía laboral
1.9.4	Detección temprana de enfermedades en pacientes institucionalizados	Según norma
1.9.5	Detección de riesgos de drogodependencia	Aplicando examen de riesgos
1.10	CHEQUEO PREVENTIVO DEL ADULTO DE 50 HASTA 64 AÑOS	NORMA
1.10.1	Consulta medica	1 vez al año, tamizaje, detección de riesgos nutricional, cardiovascular, cáncer de próstata, mama, estomago, tamizaje depresión, discapacidades según norma
1.10.2	Consejería a las personas y a la familia	En cada consulta
1.10.3	Detección de riesgo nutricional	2 consulta anual
1.10.4	Detección oportuna del cáncer de próstata	1 vez al año según guía clínica
1.10.5	Tamizaje depresión	Cada año
1.10.6	Examen de mamas (clínico)	Cada año
1.10.7	Tamizaje valoración auditiva	Cada año a partir de los 40 años
1.10.8	Tamizaje valoración visual	BAAR(2), según normas
1.10.9	Detección de sintomáticos respiratorios	Según normas de atención (Medición IMC, TCA, etc) seguimiento y referencia
1.10.10	Detección de sintomáticos febriles	Cada año según riesgo
1.10.11	Tamizaje de hipertensión arte-	Cada año según riesgo

	rial, valoración de riesgo cardiovascular y enfermedades crónicas	
a.	Hematocrito	Cada año según riesgo
b.	Glicemia/curva de tolerancia	Cada año según riesgo
c.	Creatinina	Cada año según riesgo
d.	TSH	Cada año según riesgo
e.	Sangre oculta en heces	Cada año según riesgo
f.	Antígeno prostático específico	Cada año según riesgo
g.	Biopsias	Según riesgo
h.	Endoscopia	Según riesgo
i.	Citología	Cada 3 años con VSA; o hasta que se logren 3 tomas negativas sin VSA negativas
j.	Mamografía	Según normas después de 40 años
1.10.12	Detección, notificación y referencia de enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VHI	1 vez cada cuatro meses (3 veces al año) (<50 años)
1.10.13	Vigilancia de la salud mental	1 vez al año/paciente 15%
1.10.14	Profilaxis dental: inspección bucal, limpieza y protección de flúor	Según norma
1.10.15	Detección temprana de enfermedades en pacientes institucionalizados	Según norma
1.10.16	Detección de riesgos de drogodependencia	Según norma
1.11	CHEQUEO PREVENTIVO DEL ADULTO MAYOR DE 65 AÑOS	NORMA
1.11.1	Consulta medica	2 vez al año, detección de riesgos nutricional, cardiovascular, cáncer de próstata, mama, estomago, tamizaje depresión, según norma y riesgo
a.	Tamizaje de hipertensión arterial, seguimiento y referencia según norma para valoración de riesgo cardiovascular y referencia	Medición IMC, TA
b.	Consejería a las personas y a la familia	En cada consulta

c.	Detección de riesgo nutricional	2 consulta anual
d.	Detección oportuna del cáncer de próstata	1 vez año según guía clínica
e.	Tamizaje depresión	Cada año
f.	Examen de mamas (clínico)	Cada año
1.11.2	Inmunización	Neumococo (en función de riesgo) Td cada 10 años influenza estacional
1.11.3	Suplemento de calcio y vitamina D	Según guía clínica
1.11.4	Tamizaje valoración auditiva	Cada año
1.11.5	Tamizaje valoración visual	Cada año
1.11.6	Detección de sintomáticos respiratorios	BAAR(2)
1.11.7	Detección de sintomáticos febriles	Según guía clínica
1.12	Otras Prestaciones Preventivas Para Detección Temprana	
1.12.1	TSH	Según riesgo
1.12.2	Sangre oculta en heces	Según riesgo
1.12.3	Antígeno prostático específico	Según riesgo
1.12.4	Hematocrito cada año	Según riesgo
1.12.5	Glicemia/curva de tolerancia	Según riesgo
1.12.6	Creatinina	Según riesgo
1.12.7	Biopsias PRN	Según riesgo
1.12.8	Citología vaginal	Según riesgo
1.12.9	Mamografía	Según riesgo
1.12.10	Detección, notificación y referencia de enfermedades de transmisión sexual: gonorrea, sífilis y VHI	Prueba rápida de VIH, según norma y consentimiento
1.12.11	Vigilancia de la salud mental	1 vez cada cuatro meses (3 veces al año)
1.12.12	Profilaxis dental: inspección bucal, limpieza y protección de flúor	1 veces al año/paciente 15%
1.12.13	Detección temprana de enfermedades en pacientes institucionalizados en asilos de ancianos	Chequeo preventivo 1 al año

1.13	HOSPITALIZACIÓN CLÍNICA	
1.13.1	MEF	IDEM
1.13.2	20 a 64 años y mayores de 64 años	IDEM
1.14	HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA, INCLUYE HOSPITAL DEL DÍA	Referencia primer nivel, cirugía, consejería, 2 control postoperatorio y Contrareferencia. Incluye paquetes globulares, en Hospitales 2 y 3 más está incluida UTI (terapia intensiva)
1.14.1	<de 1 año. 1-4 años, 5 a 10 años, 10 a 19 años	IDEM
1.14.2	MEF	IDEM
1.14.3	20 a 64 años y mayores de 64 años	IDEM
2	Rehabilitación	
2.1	Física	
2.2	Ocupacional	
2.3	Otras modalidades	

Fuente: Reorientación y Fortalecimiento de los Servicios De Salud de la Seguridad Social/ iess/anexo 308. Octubre 2011. <http://www.iess.gob.ec/documentos/resoluciones/octubre2011/resolucioncd.385.pdf>

2. PRESTACIONES COLECTIVAS:

- a) Promoción: Grupos de Familias de los Afiliados
- b) Prevención colectiva.

PRESTACIONES COLECTIVAS		
1.	PROMOCION : GRUPOS DE FAMILIAS DE LOS AFILIADOS	
1.1	INTERVENCIÓN SOBRE HáBITOS-COMPORTAMIENTOS SALUDABLES:	NORMA
1.1.1	Educación alimentaria y nutricional	Talleres dos veces al año al mismo grupo de afiliados de empresas, instituciones públicas y/o madres de acuerdo a la programación.
1.1.2	Higiene Buco-dental	Talleres dos veces al año al mismo grupo de afiliados de empresas.
1.1.3	Comportamientos favorables para el no uso indebido de drogas , alcohol, etc.	Afiches /periódicos murales, casa abiertas, jornadas de acuerdo a programación.
1.1.	<u>Salud sexual y reproductiva</u>	

4		
a.	Importancia del control prenatal y del parto por personal calificado, fomento de la lactancia materna y promoción del servicio.	Taller trimensual de acuerdo a programación den empresas.
b.	Educación para la vida sexual y reproductiva: embarazo, maternidad y paternidad.	Afiches /periódicos murales, casa abiertas, jornadas de acuerdo a programación. Al menos 1 vez al año.
c.	Adaptación física, sexual afectiva y mental para la adolescencia	Afiches /periódicos murales, casa abiertas, jornadas + socio-drama +club de madres de acuerdo a programación. Al menos 1 vez al año
1.1.5	Salud infantil: importancia del control del crecimiento y desarrollo, cuidados individuales en la infancia.	IDEM
1.1.6	Aceptación e intervención en discapacidades y sus factores de riesgos y estímulo de factores protectores	Formación e intervención de al menos un grupo de discapacitados anual.
1.1.7	Promoción de la actividad física	Ejercicio programado y permanente en adultos mayores a través de los clubes u otros espacios de interacción.
1.1.8	Salud mental como fomentar el autoestima y toma de decisiones	Taller trimestral de acuerdo a programación.
1.1.9	Estilos de vida saludables:	Taller trimestral en empresas de acuerdo a programación
a.	Educación o aprendizaje de buenas prácticas individuales en medios; escolar, trabajo, consumo, recreación y uso de tiempo libre, relaciones con el otro, higiene.	Taller trimestral
b.	Buenas prácticas individuales para una edad adulta saludable.	Taller trimestral
c.	Fomento de talleres de desarrollo personal	Taller trimestral
1.1.10	Medidas de seguridad para prevención del maltrato y violencia.	Según normas establecidas, Taller trimestral
1.2	PARTICIPACION CIUDADANA EN SALUD	
1.2.1	Promoción de la información y desarrollo de coordinación interinstitucional y con la ciudadanía	De acuerdo a territorio y realidad local y/o proceso definido para concretar control y veeduría social.

	/comités/otros de acuerdo a realidad local.	
1.2.2	Identificación de recursos comunitarios disponibles y de grupos familiares en territorios de concentración de derecho de los habitantes.	Al menos dos veces al año para validar plan estratégico, etc.
1.2.3	Identificación de asistentes comunitarios para relación con la familia de los afiliados.	IDEM
1.2.4	Identificación y coordinación de redes de servicios de salud y redes sociales.	A las menos dos veces al año con grupos de ayuda, redes de soporte, grupos afiliados o grupos de pacientes.
2.	PREVENCIÓN COLECTIVA	NORMA
2.1.1	Visitas de salud familiar integral: fomento de casa limpia e identificación de riesgo familiar sobre:	Al menos 1-2 por días con enfoque de riesgo, llenado de ficha familiar, test de morbilidad y calidad de vida, familiograma, test psico-afectivos y sociales.
2.1.1	Diagnóstico y atención de tabaquismo.	En cada visita revisión de instrumentos de ficha.
2.1.2	Diagnóstico y atención del consumo de alcohol	En cada visita
2.1.3	Detención de malos tratos y violencia	En cada visita
2.1.4	Identificación con patrones educativos a sus hijos	En cada visita
2.1.5	Identificación de crisis normativas y para normativas a lo largo del ciclo vital.	En cada visita
2.2	Planes de contingencia y evacuación en desastres naturales y/o emergencias químicas	Difusión y simulacro 1 vez al año
2.3	Asesoramiento preventivo, apoyo técnico, psicológico y social a la familia y a usuarios adultos mayores y población general por ciclo vital en situaciones de crisis.	Según riesgo establecido y de acuerdo a normas.

Fuente: Reorientación y Fortalecimiento de los Servicios De Salud de la Seguridad Social/ iess/anexo 308. Octubre 2011. <http://www.iess.gob.ec/documentos/resoluciones/octubre2011/resolucioncd.385.pdf>.

CAPITULO IV

4. ENFERMEDADES CRÓNICODEGENERATIVAS

4.1 INTRODUCCIÓN

En el pasado, las enfermedades degenerativas tenían nula o escasa incidencia. Sin embargo en las últimas décadas se han extendido ampliamente a todas las sociedades industrializadas, al punto que hoy en día se han convertido en un grave problema a nivel mundial.²⁶

Cuando hablamos de enfermedades degenerativas, nos referimos a aquéllas que van degenerando física o mentalmente a quien la padece, pues provoca un desequilibrio en los mecanismos de regeneración celular.

La degeneración es un proceso en el que un órgano o tejido van perdiendo sus características propias por la disminución de su actividad. Así como las enfermedades degenerativas afectan o modifican a las células, al producirse sustancias inhabituales que alteran su compartimiento.²⁷

Las enfermedades degenerativas pueden ser congénitas o hereditarias. Suelen manifestarse en edades avanzadas, aunque también pueden afectar a personas jóvenes de 20-40 años dependiendo de la enfermedad.

De este grupo cabe resaltar las más importantes y que son un problema de salud pública como Insuficiencia Renal Crónica (IRC), Hipertensión Arterial (HTA), Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Diabetes Mellitus, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). En consecuencia, la evolución natural de las Enfermedades crónicas degenerativas permite la institución de programas preventivos dirigidos a diferentes estratos de la población, con resultados cuantificables a mediano y largo plazo.

²⁶ Fuente: Salud Pública de Cuba. Revista Cubana. Rev On-line ISSN [artículo en Internet]. 2006. [acceso 25 de agosto del 2013]. Ciudad de La Habana abr.-jun. Disponible en: [www. /prevención de la salud/scielo.phpc.html](http://www.prevenzion.de.la.salud/scielo.php?c=html).

²⁷ Fuente: Enfermedades Crónicas Degenerativas/artículo publicado el 23 Sep 2013. Disponible en: <http://http://www.discalpacionline.com/enfermedades-degenerativas-estrategias-prevencion-salud-publica.html>.

4.2 EPIDEMIOLOGIA

El jefe de la División Epidemiológica de la Unidad de Salud Pública del Instituto del Seguro Social (ISS), indicó que en 1976 prevalecían las causas de mortalidad por problemas como diarreas, neumonías e infecciones respiratorias agudas. La diabetes aparecía en el séptimo lugar entre las causas de mortalidad en la época referida, las enfermedades del corazón en el quinto lugar, mientras ahora aparecen en primer lugar diabetes mellitus, las cardiovasculares y el cáncer. Explicó que en el caso de los tumores malignos se agrupan el cáncer de mama, el cérvicouterino, de colon, pulmón, próstata, gástrico, y muchos de éstos tienen también asociación con la obesidad.²⁸

Otras enfermedades importantes de salud pública son las hepáticas, es decir, las del hígado, como la cirrosis y la hepatitis A, B y C. Sobre la transición epidemiológica dijo que las enfermedades infecciosas sí se presentan, pero han sido desplazadas por las degenerativas, y en éstas es donde aparecen desde hace unos 10 años la diabetes mellitus, del corazón y los tumores malignos, insuficiencia renal, cardiovasculares que están muy ligadas con estas tres patologías diabetes, hipertensión y obesidad. Todo esto da el marco general de los problemas de salud en la actualidad.

Entre los tumores malignos destacan cánceres, en la mujer el cérvico-uterino, que ha disminuido, pero es alarmante ahora el de mama, que tiene una mortalidad de 10 fallecimientos por día. En tanto que en los hombres los más regulares son próstata, pulmón y gástrico.

Sobre las enfermedades cardiacas, el problema del corazón está relacionado con una alta prevalencia, es decir, de cada 100 hombres y mujeres de 20 años o más, 30 tienen problemas de hipertensión a nivel nacional. Lo grave es que todos están expuestos, si no se controlan y se cuidan, a que tengan una consecuencia cerebro-vascular como hemorragias cerebrales, embolias y trombosis, entre otras, y de corazón la cardiopatía isquémica e infartos.

²⁸ Fuente: Enfermedades Transmisibles y Crónico Degenerativas. Manual Moderno, 2007. Disponible en la Web: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>.

Estadísticamente se encuentra datos interesantes sobre Obesidad, Diabetes, Colesterol y Presión Alta en la población.

- ❖ El 70% de la población entre los 30 y 60 años presenta problemas de Sobrepeso u Obesidad.
- ❖ Alrededor del 30% de la población mayor de 20 años tiene Obesidad.
- ❖ Más de 7 millones de personas en la población presentan Diabetes Mellitus tipo 2.
- ❖ En 2008, la prevalencia de Colesterol HDL bajo (<40mg/dl) fue de 60.5%
- ❖ El 31.8% de las mujeres y el 45.3% de los hombres tienen hipertensión Arterial.

Las Enfermedades crónicas degenerativas, son una prioridad. En este documento se revisan las dimensiones epidemiológicas del problema y algunas posibles acciones para confrontarlo.²⁹

4.3 CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

Una clasificación de los distintos tipos o formas de enfermedades se puede realizar atendiendo a diversos criterios.³⁰

- ❖ **Agudas:** Se manifiestan rápidamente, pero son de corta duración (por ejemplo la gripe)
- ❖ **Crónicas:** Se desarrollan con lentitud y duran mucho tiempo, en ocasiones toda la vida (por ejemplo la artritis).

4.3.1 POR LA FRECUENCIA

- ❖ **Esporádicas:** Solamente se producen algunos casos en la población (por ejemplo, los Accidente Cerebrovascular)

²⁹Fuente: Guía para la estrategia de Prevención en temas prioritarios de Salud Pública: crónico degenerativas./Sociedad Mexicana de Salud Pública. Disponible en: http://www.smsp.org.mx/documentos/Guia_Cronico_degenerativas.pdf.

³⁰ Fuente: Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Disponible en: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Enciclop/28.pdf>.

- ❖ **Endémicas:** Exclusivas de una región concreta, donde se registran casos de manera habitual (por ejemplo, el Paludismo en las Zonas Tropicales).
- ❖ **Epidémicas:** Atacan a gran números de personas en un período corto de tiempo. Si la epidemia afecta a muchos países, o incluso a todo el planeta, se denomina Pandemia.

4.3.2 POR SU ORIGEN

- ❖ **Infecciosas:** Son causadas por microorganismos patógenos
- ❖ **No infecciosas:** No son provocadas por microorganismos.

4.3.3 POR SU UBICACIÓN

- ❖ **Externas:** Desarrolladas hacia fuera del organismo (heridas, úlceras, pestes).
- ❖ **Internas:** Desarrolladas al interior del cuerpo.

4.4 CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS

- ❖ Hemorragia
- ❖ Coagulo de sangre
- ❖ Desprendimiento de una placa aterosclerótica:
- ❖ Acumulación de placas de grasa dentro de las arterias coronarias.
- ❖ Edad
- ❖ Fumar
- ❖ Alta Presión Arterial
- ❖ Altos niveles de Colesterol Sanguíneo
- ❖ Otros factores de riesgo: Obesidad, Sedentarismo, Estrés.

4.5 FACTORES DE RIESGO DE LAS PRINCIPALES ENFERMEDADES CRÓNICAS DEGENERATIVAS

4.5.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

La hipertensión puede presentarse con o sin factores de riesgo, pero si éstos son muchos, será mayor la probabilidad de desarrollar hipertensión.³¹

1. Hábitos que incrementan la elevación de la presión arterial:

- ❖ Consumo de alcohol Sal en exceso en las comidas
- ❖ Sedentarismo
- ❖ Estrés
- ❖ Factores genéticos.- Si algún miembro de la familia padeció de esta patología puede heredar cualquier miembro de esta.
- ❖ Raza.- La raza negra es más propensa que la mestiza.
- ❖ Sexo.- En los hombres es mayor el riesgo desde temprana edad y en la mujer luego de la menopausia.

2. Enfermedades como factor para desarrollar la hipertensión:

- ❖ Obesidad
- ❖ Diabetes Mellitus.
- ❖ Sobrepeso.

4.5.2 INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA (ICC)

La insuficiencia cardíaca es una afección crónica y prolongada, aunque algunas veces se puede presentar repentinamente. Puede afectar únicamente el lado derecho o el lado izquierdo del corazón. Los factores de riesgo son:

1. FACTORES CONDUCTUALES

³¹ Fuente: Fauci Anthony. Harrison Principios de Medicina Interna. 17a ed. China. Mc Graw Hill. 2009.

- ❖ **Tabaquismo.-** Hace que se presente afecciones vasculares periféricas como uno de los componentes el alquitrán y monóxido de carbono perjudican el corazón y los vasos sanguíneos del mismo.
- ❖ **Sedentarismo.-** Al no quemar calorías, no disminuye las grasa saturadas por lo que provoca el incremento de enfermedades Cardiovasculares. En la semana se debería quemar entre 500 y 3500 calorías.

2. FACTORES BIOLÓGICOS

- ❖ **Sexo.-** Los hombres, y las mujeres luego de la menopausia porque se reduce los niveles de estrógenos.
- ❖ **Genéticos.-** Si algún familiar presenta un problema cardiaco antes de los 55 es mayor el riesgo de presentarse estas patologías en sus familiares.
- ❖ **Edad.-** Las personas mayores de 65 años son más propensas.

4.5.3 COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES

- ❖ **INFARTO DE MIOCARDIO.-** Es la condición que se produce cuando no llega suficiente sangre y oxígeno a una parte del músculo del corazón (miocardio), lo que eventualmente ocasiona muerte (infarto) de la región cardíaca afectada.
- ❖ **TROMBOSIS CORONARIA.-** Es una enfermedad clínica asociada con la oclusión trombótica aguda de una de las principales arterias coronarias.
- ❖ **OCLUSIÓN CORONARIA.-** Es la obstrucción súbita de una arteria coronaria, ya sea como resultado del desarrollo de un trombo, por una hemorragia e inflamación dentro de la pared interna de la arteria o por un embolo que se aloja en esta.
- ❖ **ANGINA DE PECHO.-** Es el Dolor súbito en el pecho producido por una disminución en el suministro sanguíneo y de oxígeno hacia el músculo del

corazón (miocardio) a causa de una enfermedad arteriosclerótica en las arterias del corazón.³²

4.5.4 INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (IRC)

Es una alteración estructural o funcional con o sin descenso del índice de filtrado glomerular, presencia de proteinuria, persistente más de tres meses y no precisa duración extrarenal.

1. FACTORES BIOLÓGICOS:

- ❖ Edad
- ❖ Diabetes mellitus
- ❖ Hipertensión Arterial
- ❖ Enfermedades Autoinmunes
- ❖ Infecciones Sistémicas
- ❖ Infecciones del Tracto Urinario
- ❖ Medicamentos: Aminoglucósidos

2. FACTORES SOCIOCULTURALES.

- ❖ Historia Familiar
- ❖ Religión
- ❖ Costumbres y Creencias
- ❖ Tipo de Alimentación
- ❖ Tabaquismo
- ❖ Rechazo a la Diálisis
- ❖ Automedicación
- ❖ Visita a Curanderos
- ❖ Déficit conocimiento de la enfermedad

³² Fuente: Borstnar Ciril Rozman. Farreras- Rozman Medicina Interna. 17ª ed. España. Elsevier España. 2012.

- ❖ Desconocimiento de las pruebas de Laboratorio.

3. FACTORES AMBIENTALES

- ❖ Condiciones higiénicas de la vivienda.
- ❖ Disposición final de los desechos
- ❖ Uso de plaguicidas, Químicos.

4.5.5 DIABETES MELLITUS

La Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, consecuencia de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. La hiperglicemia crónica se asocia en el largo plazo daño, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos especialmente de los ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

1. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO:

- ❖ **Edad.-** mayores de 45 años ya que existe deficiencia en la producción y utilización de insulina.
- ❖ **Raza.-** los más propensos a adquirir la diabetes son los de raza negra. Indios y aborígenes Australianos.³³
- ❖ **Obesidad**
- ❖ **Tabaco.-** fumar aumenta los niveles de sangre en el cuerpo y disminuye la capacidad de utilizar insulina.
- ❖ **Actividad física.-** si esta es activa, disminuye el riesgo de diabetes por lo contrario si la persona es sedentaria el riesgo aumenta considerablemente.
- ❖ **Dieta.-** el consumo abundante de grasas saturadas y el escaso consumo de fibras provocan disminución de la sensibilidad a la insulina y tolerancia anormal a la glucosa.

³³ Fuente: Fauci Anthony. Harrison Principios de Medicina Interna. 17a ed. China. Mc Graw Hill. 2009.

- ❖ **Estrés.**- el estrés físico o traumático se relaciona con la intolerancia a la glucosa. Medicamentos y hormonas.- diuréticos y anticonceptivos.

2. OTROS FACTORES:

- ❖ Bajo peso al nacer: (< a 2500g); Alto peso al nacer (4500g o más); Antecedentes de Diabetes durante el embarazo e Hipertensión Arterial.

4.5.6 CÁNCER

El Cáncer no es solo una enfermedad sino un gran grupo de enfermedades se caracteriza por un crecimiento y propagación descontrolada de células anormales. Las células anormales causan una masa o bulto, hinchazón, las cuales se conocen como tumores:

- ❖ Los tumores benignos se restringen a un área particular y no experimenta cambio en tamaño y características.
- ❖ Los tumores malignos contienen células cancerosas; éstos comúnmente crecen, invaden tejidos próximos y frecuentemente se diseminan hacia otras partes del cuerpo.

1. EPIDEMIOLOGIA:

- ❖ Las mujeres con obesidad tienen mayor riesgo de sufrir tumores malignos en las mamas y en el útero, mientras que en los hombres la asociación se observa con los tumores del Intestino Grueso y la Vesícula Biliar. Esta asociación puede observarse aún con aumentos moderados en los depósitos de grasa.
- ❖ El cáncer representa la segunda causa de muerte y afecta el 75 % de las familias. El cáncer del pulmón posee la mayor tasa de muerte entre todos los tipos de cáncer. Por primera vez en la historia el cáncer del pulmón llegó al nivel del cáncer en el seno como la primera causa de muerte entre las mujeres.
- ❖ El cáncer rectal se encuentra en aumento, al parecer la falta de fibra en la dieta parece ser un factor importante para su desarrollo.

El tipo de cáncer más común es el cáncer de la piel; la mayoría de los casos con cáncer dermatológico son curables.³⁴

- ❖ Leucemia.- Es un cáncer en los tejidos que constituyen la sangre, afecta tanto a los hombres como a mujeres y a personas de todas las edades, siendo de mayor prevalencia en personas jóvenes.

2. FACTORES DE RIESGO

- GENÉTICA:** La mayor parte de los tipos de cáncer resultan del daño al material hereditario (DNA) de la célula. Los investigadores han descubierto ciertos genes peculiares que inician la formación de cáncer. Estos genes se conocen con el nombre de oncogenes. Los oncogenes representan las versiones mutantes de los genes los cuales ocasionan que las células se descontrolen y se desarrollen en tumores. Los errores genéticos no deben ser confundidos con herencia. Estos errores ocurren dentro de los cuerpos celulares y no son transmitidos a los niños.
- HUÉSPED:** Se refiere al sistema inmunológico del cuerpo, el cual le suministra a una persona la resistencia que necesita para combatir las enfermedades. Algunas personas son resistentes a la formación y crecimiento de células de cáncer; otras no lo son.
- QUÍMICOS:** La única manera para comprobar que un tipo específico de químico sea carcinogénico para la gente es examinado o investigando sus efectos sobre un período de tiempo. Existen más de 14,000 químicos que pueden ser considerados como carcinogénicos.
- RADIACIÓN:** Se ha postulado que la exposición a materiales radioactivos posee efecto Carcinogénicos debido a su habilidad para cambiar o destruir células individuales.

³⁴ Fuente: Aranda E, Benavides M, Fernández A, Felip E, Garrido M, Rifá J. Libro Blanco de la Oncología Médica en España. 1ª ed. España, SEOM.D 2009.

e) **DIETA:** La evidencia científica indica que los hábitos dietéticos pueden contribuir al desarrollo de una proporción significativa de los tipos de cáncer que aún se desconocen.

3. GUÍAS DIETÉTICAS QUE AYUDAN A REDUCIR LAS POSIBILIDADES DE CÁNCER

- ❖ Evitar la obesidad.- Estar con un 40 por ciento de grasa aumenta el riesgo de cáncer.
- ❖ Reducir el consumo de grasas.- El consumo exagerado de grasas aumentan las posibilidades de cáncer en el seno, colon y próstata.
- ❖ Consumir alimentos altos en fibra, tales como frutas, vegetales, y cereales de grano íntegro (salvado). Teóricamente una dieta alta en fibra actúa expandiendo las heces fecales, diluyendo de esta manera los químicos potencialmente peligrosos y se puedan eliminar con mayor rapidez.
- ❖ Incluir alimentos ricos en vitamina A y C y vegetales.
- ❖ Tener moderación en el consumo de bebidas alcohólicas.
- ❖ Consumir con moderación alimentos con sal, ahumados y curados con nitrito.

4.5.7 ENFERMEDADES ÓSEAS

1. **OSTEOPOROSIS.-** Proceso degenerativo caracterizado por la rarefacción anormal del hueso, que sucede con mayor frecuencia en mujeres posmenopáusicas, en personas sedentarias, inmovilizadas y en enfermos en tratamiento con Corticoides.

a) **Causas según el tipo de Osteoporosis:**

- ❖ **Osteoporosis Posmenopáusica:** La Osteoporosis Tipo I, se presenta en mujeres de 55 a 65 años, se encuentra Comprometiendo predominantemente el esqueleto axial.

- ❖ **Osteoporosis Senil:** Es la Osteoporosis Tipo II, se presenta tanto en la mujer y el hombre a partir de los 65 años; hay Compromiso de la Columna y de los Huesos largos.
- ❖ **Osteoporosis Secundarias:** Son secundarias a Inmovilizaciones, hipertiroidismo; hipercorticismos, Córticoterapia prolongada, Enfermedad de Cushing, Hipogonadismo; Gastrectomía y Cirrosis.

2. ENFERMEDADES REUMÁTICAS

La Artritis se refiere a la Inflamación de las Articulaciones, estas son:

- ❖ **OSTEOARTRITIS.-** También conocida como enfermedad articular degenerativa o artritis de uso y desgaste. Representan la mayoría de las formas de artritis. Las articulaciones más afectadas son aquellas que soportan el peso corporal (caderas, rodillas, y espina dorsal). Los cartílagos que protegen los caras articulares (en los extremos de los huesos) se degeneran debido a la debilidad de las estructuras de apoyo, tales como los tendones, ligamentos, y músculos.
- ❖ **GOTA (ARTRITIS DE TIPO GOTA).-** Condición muy dolorosa que comúnmente ataca los hombres de edad media, aunque puede aparecer en las mujeres después de la menopausia. Afecta comúnmente las articulaciones de los pies, especialmente el primer dedo, ocurre cuando una gran cantidad de ácido úrico se encuentra presente.
- ❖ **ESPONDILITIS ANQUILOSÍTICA:** También conocida como espondilitis reumatoide, es una enfermedad inflamatoria de la espina dorsal, afecta particularmente a los varones en su adolescencia tardía joven adulto.

METODOLÒGIA

MATERIALES Y METODOS

LUGAR Y TIEMPO

El presente trabajo investigativo se realizó en el Hospital del Día Central- IESS de la ciudad de Loja. Durante el Periodo de Abril a Septiembre del 2013.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio de tipo retrospectivo, transversal y cuantitativo.

- ❖ **RETROSPECTIVO.**-Es un estudio longitudinal en el tiempo, que se analiza en el presente, pero con datos del pasado. Los estudios retrospectivos se realizan basándose en observaciones clínicas. Si luego de haber realizado un análisis estadístico de los datos, se logra determinar la presencia del factor en estudio, entonces se puede realizar una asociación entre dicho factor y la enfermedad.
- ❖ **TRANSVERSAL.**- Es un tipo de estudio observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.
- ❖ **CUANTITATIVO.**- Esta metodología es aquella que permite examinar los datos de manera científica, o más específicamente en forma numérica.

A través del cual se busca, **“Identificar Factores de Riesgo y Enfermedades Crónico Degenerativas a través del Programa de Medicina en el Hospital del Día Central IESS- Loja”**.

La investigación de campo se realizó mediante la revisión de Historias Clínicas en el Departamento de Estadística a través del sistema electrónico del Hospital antes mencionado, durante el periodo Abril-Septiembre 2013.

AREA DE ESTUDIO

El presente trabajo investigativo tiene como área de estudio el Servicio de Consulta Externa del Programa de Medicina Preventiva del “Hospital del Día Central IESS-Loja”.

UNIVERSO Y MUESTRA

UNIVERSO.- Esta constituida por la planificación anual del Programa de Medicina Preventiva del “Hospital del Día Central IESS-Loja” en las que participaron 5 Instituciones, entre ellas: Personal Administrativo y Educativo del Instituto Superior Tecnológico Daniel Álvarez Burneo, Colegio” Experimental Bernardo Valdivieso, Colegio “Abdón Calderón Muñoz Santiago, Unidad educativa,” Fernando Suarez Palacio” y Funcionarios de la Superintendencia de Compañías. En tal virtud comprendida por un total de 1450 empleados que acudieron al servicio de Consulta Externa del Programa de Medicina Preventiva del “Hospital del Día Central IESS”-Loja. Durante los meses de Abril a Septiembre del 2012.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

A todos los afiliados que acudieron al chequeo Médico del servicio de consulta externa del Programa de Medicina Preventiva del “Hospital del Día Central IESS-Loja”.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

A todos los afiliados que no acudieron al Programa de Medicina Preventiva.

MUESTRA.- Constituida por las 5 Instituciones que participaron del programa, entre ellas, personal Administrativo y Educativo del Instituto Superior Tecnológico Daniel Álvarez Burneo, Colegio Experimental Bernardo Valdivieso, Colegio “Abdón Calderón Muñoz Santiago, Unidad educativa,” Fernando Suarez Palacio” y Funcionarios de la Superintendencia de Compañías.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Constituye el número de sujetos que deben seleccionarse de una población o universo, la misma que se obtuvo mediante la siguiente formula:

$$n = \frac{N}{1 + (e^2 * N)}$$

Dándonos un resultado de 314 afiliados que acuden al chequeo médico anual durante el periodo de Abril-Septiembre del 2012.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos del presente trabajo investigativo se realizó las siguientes actividades:

- ❖ Se obtuvo el permiso respectivo al Director administrativo del Hospital del Día Central - IESS de la ciudad de Loja para la realización del presente trabajo investigativo.
- ❖ Luego se coordinó con la unidad de Talento Humano y Trabajo Social del Hospital del Día Central - IESS para que se facilite la información necesaria acerca de las Listas de todos los Empleados Tanto de las Instituciones Públicas como Privadas que participaron del Programa de Medicina Preventiva mediante la realización de un Chequeo médico.
- ❖ Una vez obtenido las listas de los afiliados que participaron del programa, se procedió a la recolección de los datos mediante la revisión

sión en el sistema electrónico de las Historias Clínicas; en donde se revisó el Primer Control médico, obteniendo datos de acuerdo a variables como: Antecedentes patológicos personales, Familiares, Hábitos, Examen físico y Finalmente los Exámenes Complementarios en base a las Normas de los protocolos del Programa de Medicina Preventiva.

- ❖ Sin embargo se tuvo dificultad para la recolección de los datos debido que en algunas Historias Clínicas no constaban parámetros importantes como los hábitos y en caso de estar presentes, no se detallaba.
- ❖ Luego se procedió a revisar el Segundo Control, donde los afiliados son citados nuevamente para la revisión de los exámenes, dar un diagnóstico y conocer el nivel de atención recibida; ya sea de primer nivel por Medicina Familiar o determinar a quienes los remiten para un nivel de atención más especializada, como un segundo o tercer nivel.

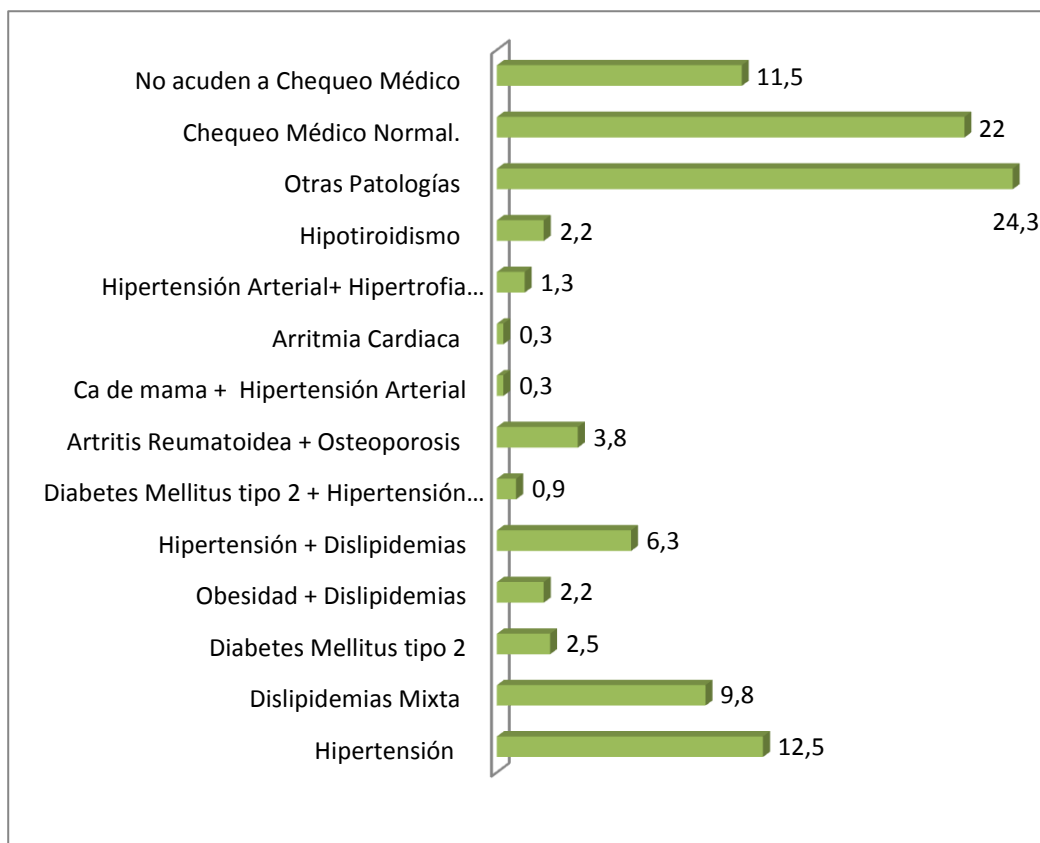
ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

- ❖ Una vez recolectados los datos, se procedió a tabularlos para su análisis pertinente.
- ❖ El resumen y análisis de los resultados del presente trabajo se organizaron teniendo en cuenta los objetivos específicos.
- ❖ Luego los resultados se presentarán gráficamente en barras y pasteles y con ellos se elaboró las conclusiones y recomendaciones respectivas.

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

GRÁFICO Nº 1

DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS EN EL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA DEL HOSPITAL DEL DIA CENTRAL IESS-LOJA. PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2013.



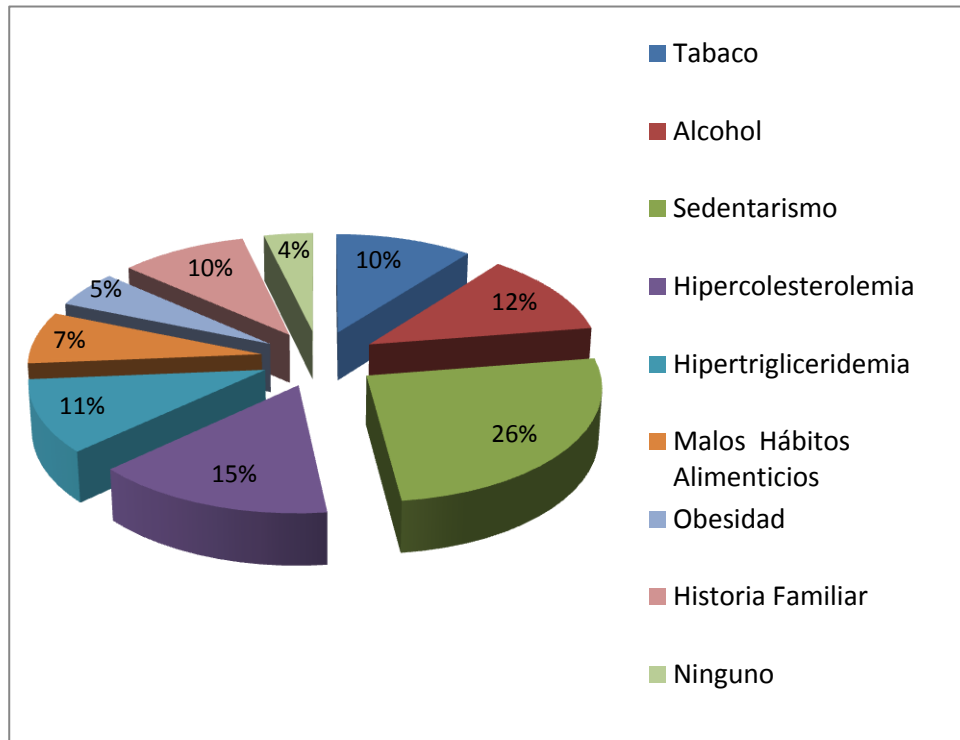
FUENTE: Historias Clínicas del Hospital del Día Central IESS-Loja

ELABORACIÓN: Sara Vanessa González.

En la presente grafica se puede determinar que del total de la muestra que corresponden a 314 Historias clínicas, el 24% fueron diagnosticados de otras patologías, un 22% presentaron un chequeo médico normal, el 11% no acudieron al programa de medicina preventiva; sin embargo con un 44% fueron diagnosticados de enfermedades Crónico Degenerativas siendo la de mayor incidencia la Hipertensión arterial (12.5%), seguido de Dislipidemias Mixta (9.8%), Hipertensión arterial asociada a Dislipidemias (6.3%), Artritis Reumatoidea + Osteoporosis (3.8%), en menor porcentaje Diabetes Mellitus tipo 2 y obesidad, teniendo en cuenta que son pacientes con alto riesgo de presentar complicaciones sobre todo cardiovasculares y metabólicas.

GRAFICO N°2

FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN LOS AFILIADOS DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS DEL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA EN EL HOSPITAL DEL DIA CENTRAL IESS-LOJA. PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2013.



FUENTE: Historias Clínicas del Hospital del Día Central IESS-Loja.

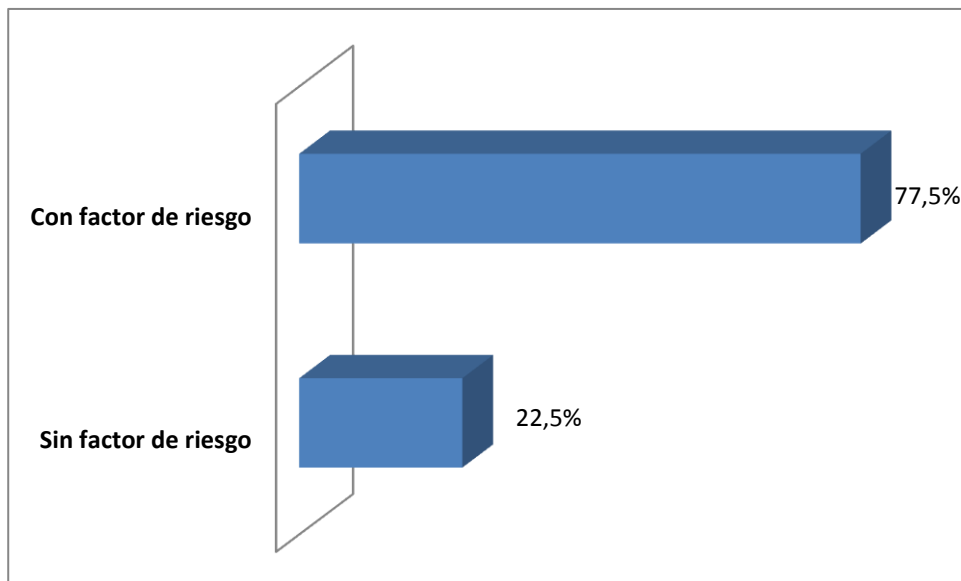
ELABORACIÓN: Sara Vanessa González

INTERPRETACION:

En la siguiente grafica nos permite identificar que los afiliados diagnosticados de enfermedades crónicas degenerativas, el 96 % si presentan factores de riesgo, siendo el principal con un 26% el Sedentarismo, es decir, no realizan ningún tipo ejercicio físico y ninguna actividad adicional, seguido del 15% presentan Hipercolesterolemia, el 12% Alcohol, un 11% Hipertrigliceridemia, mientras que con un 10% Tabaco e Historia Familiar, Finalmente en menor porcentaje, tienen malos Hábitos Alimenticios y presentan Obesidad.

GRAFICO N° 3

AFILIADOS CON ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS ASOCIADOS A FACTORES DE RIESGO DETECTADOS EN EL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA EN EL HOSPITAL DEL DÍA CENTRAL IESS-LOJA. PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2013.



FUENTE: Historias Clínicas del Hospital del Día Central IESS-Loja.

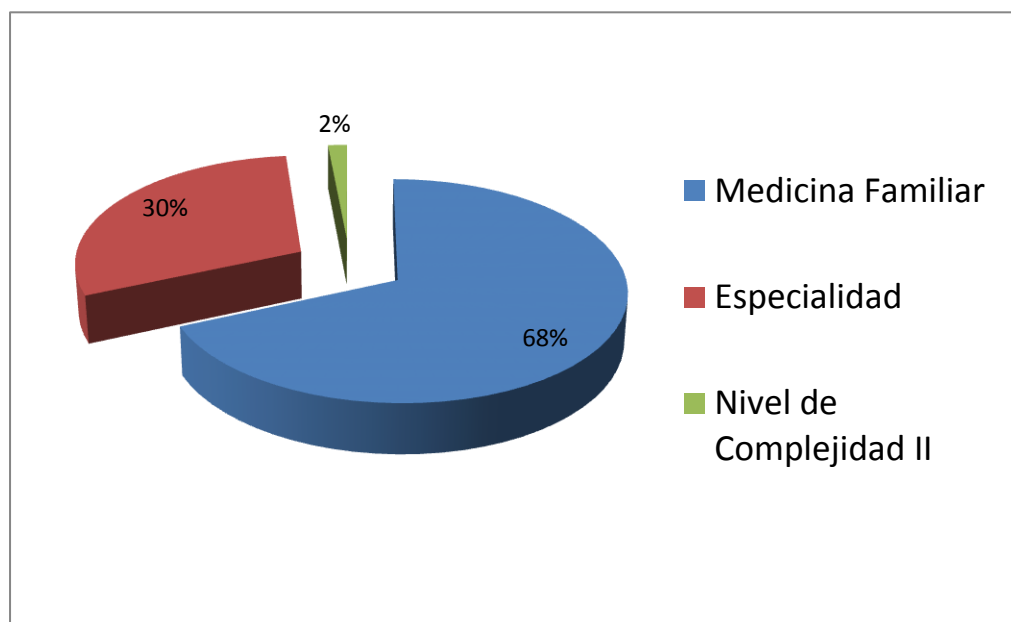
ELABORACIÓN: Sara Vanessa González.

INTERPRETACION:

En el presente cuadro como podemos observar claramente que los afiliados diagnosticados de enfermedades crónico degenerativas a través del programa de Medicina Preventiva, con un porcentaje significativo del 78% si presentaron más de un factor de riesgo, estableciéndose de esta manera una predisposición continua a la aparición de complicaciones sobretodo cardiovasculares y metabólicas y finalmente el 22% de los afiliados no presentaron factores de riesgo.

GRAFICO N° 4

CAPACIDAD DE RESOLUCION DE ACUERDO AL NIVEL DE ATENCIÓN QUE RECIBIERON LOS AFILIADOS DEL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA EN EL HOSPITAL DEL DIA CENTRAL IESS-LOJA. PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2013.



FUENTE: Historias Clínicas del Hospital del Día Central IESS-Loja. 2013.

ELABORACIÓN: Sara Vanessa González.

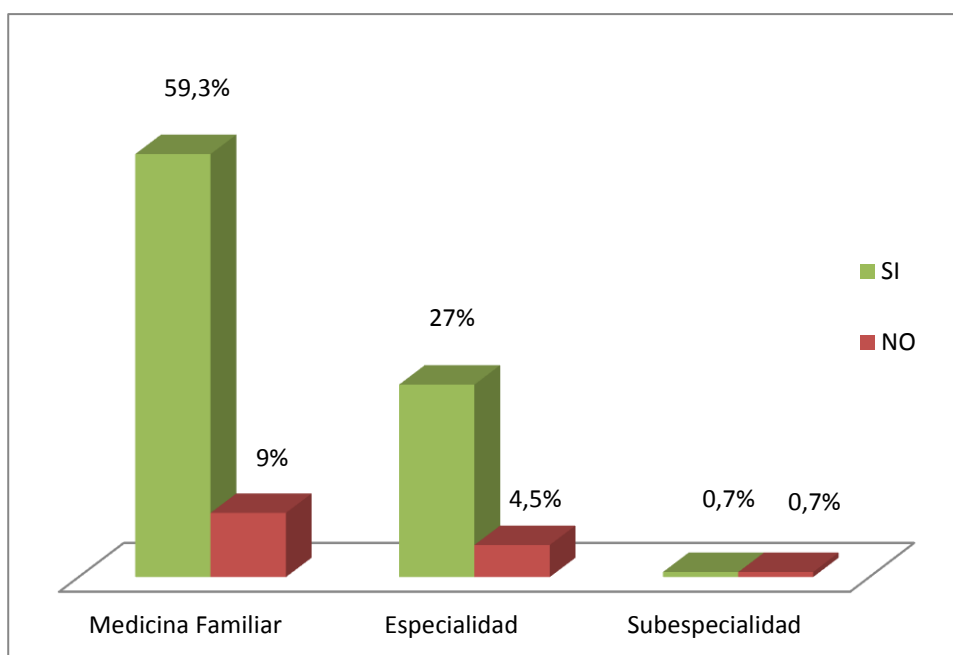
INTERPRETACION:

En la siguiente grafica se puede conocer que la capacidad de resolución del programa de Medicina Preventiva, una vez diagnosticado el problema de salud, la mayoría de los afiliados con un 68% recibieron atención y tratamiento por Medicina Familiar, de primer nivel, mientras que en menor porcentaje del 30% se vieron en la necesidad de remitirlos a los afiliados diagnosticados de enfermedades crónico degenerativas para que reciban tratamiento por un segundo nivel de atención, que es por especialidad de acuerdo a la patología y finalmente con un 2% los remitieron a un nivel de complejidad II.

GRAFICO Nº 5

AFILIADOS DIAGNOSTICADOS DE ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS QUE CONTINUAN EN EL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA EN EL HOSPITAL DEL DIA CENTRAL IESS-LOJA.

PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2013.



FUENTE: Historias Clínicas del Hospital del Día Central IESS-Loja.

ELABORACIÓN: Sara Vanessa González.

INTERPRETACION

Como podemos observar en el siguiente cuadro, los afiliados diagnosticados de enfermedades crónicas degenerativas que continúan en el programa de medicina preventiva son el 86%, de los cuales el 59.3% continúan asistiendo regularmente al primer nivel de atención por Medicina familiar, mientras que el 27% continúan con los controles por especialidad, sin embargo en un 14 % no están asistiendo al programa de medicina preventiva, por lo tanto no están recibiendo ningún control de su enfermedad.

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Las enfermedades crónicas degenerativas son cada vez más frecuentes en nuestra sociedad, a medida que la edad de la población incrementa, se van experimentando estas enfermedades, siendo de mayor prevalencia en las personas mayores, teniendo una enorme relevancia por su elevada morbimortalidad, el grado de discapacidad que originan y su gran repercusión socioeconómica; por lo que la génesis de las enfermedades crónico degenerativas por lo general tienen un componente multifactorial y está asociada a factores de riesgo, las mismas que deberían ser detectadas tempranamente en programas de atención primaria de salud.³⁵

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas degenerativas son responsables directa o indirectamente de la morbilidad, mortalidad, pérdida de calidad de vida y altos costos sanitarios en los adultos de todos los países incluyendo los industrializados y con más desarrollo económico.³⁶

En casi todos los países de América Latina y el Caribe, las transformaciones sociales, económicas, demográficas y epidemiológicas de las últimas décadas han contribuido a la aparición de nuevas prioridades de salud, que incluyen problemas Cardiovasculares, Cánceres, Diabetes, Dislipidemias y padecimientos Renales relacionados con la Hipertensión Arterial, entre otros que se han considerado como Enfermedades Crónico Degenerativas.³⁷

En nuestro país por datos epidemiológicos del Ministerio de salud Pública (MSP), mediante estudios realizados en base a la Medicina preventiva se identificó que existen patologías crónicas como: Hipertensión arterial y Diabetes me-

³⁵ Fuente: Soto V, Vergara E; Neciosup E. Prevalencia y Factores de Riesgo en la Población adulta con Enfermedades crónico degenerativas. Rev. Perú. med. exp. salud pública [revista en Internet] 2009. [acceso 10 de septiembre de 20013] v.22 n.4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342005000400003&script=sci_arttext.

³⁶ Fuente: Organización Mundial de la Salud. Hipertensión prevalencia mundial. www.who.int. Fecha de acceso 15 – 04 – 2011.

³⁷ Escobar MC, Petrásovits A, Peruga A, Silva N, Vives M, Robles S. Prevención y el Control de las enfermedades no transmisibles en América Latina, Salud pública de México / vol.42, no.1, enero-febrero de 2010, <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n1/2401.pdf>.

lilitus que han experimentado un incremento sostenido desde el año 2009 en adelante, por lo que se estima para el año 2015, por cada 10 defunciones atribuidas a una causa infecciosa, habrá 70 fallecimientos por causas de las enfermedades crónico degenerativas.³⁸

La hipertensión arterial, representa por sí misma una enfermedad y también un importante factor de riesgo para el resto de las enfermedades crónicas no transmisibles (Tabaquismo, Obesidad, Diabetes y Dislipidemias) que causan daño vascular en órganos como: Hipertrofia Ventricular Izquierda, Infarto del Miocardio, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Diabetes Mellitus, Enfermedad Cerebrovascular y Enfermedad Renal Crónica, entre otras.

En México se realizó un estudio sobre Prácticas preventivas de los habitantes mayores de 25 años en Monterrey y su zona metropolitana, teniendo como resultado que con 44,5% detectaron Hipertensión Arterial y con un 37% Diabetes Mellitus tipo 2.³⁹ Lo mismo sucede en Cuba, en el año 2010 a través de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo y Actividades Preventivas de Enfermedades Crónico Degenerativas en las personas de 60 años y más, se encontró que casi el 60 % padecen hipertensión arterial, 51 % son sedentarios sin actividad adicional. La hipertensión arterial ocupa el primer lugar con un 83%, seguida de Diabetes Mellitus con un 73% y cardiopatía isquémica 70%, así mismo en otro estudio realizado por el Instituto Cubano de Cardiología se determinó que el mayor número de pacientes son Hipertensos.⁴⁰

En relación con el presente estudio investigativo el cual revela que las principales enfermedades crónico degenerativas encontradas fueron: Hipertensión Arterial con el 12,5%, Dislipidemias Mixta 9,8%, Hipertensión Arterial asociada a Dislipidemias 6,3%, Artritis Reumatoidea + Osteoporosis 3,8% y finalmente la Diabetes mellitus tipo 2 con el 2,5%, de esta forma podemos darnos cuenta que

³⁸ Ministerio de Sanidad del Ecuador. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención. [artículo en Internet]. 2009. [acceso 20 de agosto del 2013]. Disponible en: www20.gencat.cat/docs/...de.../pdf/gpc_prev_ictus_aatrm-08.pdf.

³⁹ Fuente: Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prácticas preventivas de los habitantes mayores de 25 años en Monterrey y su zona metropolitana. 2011. <http://www.scieio.phpcronicodegenerativas.htm>.

⁴⁰ Fuente: Alfonso JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2010. <http://www.iccc.sld.cu/>.

aunque los porcentajes no son tan altos, la hipertensión arterial sigue ocupando el primer lugar dentro de las enfermedades crónico degenerativas.

En un estudio realizado en España en el presente año sobre factores de riesgo cardiovasculares en la población española se determinó, que el tabaquismo se presentó en el 41,1%, un 23% presenta valores hipercolesterolemia, y un 20% tienen obesidad; al comparar con los resultados obtenidos en nuestro estudio los mismos que reflejan que el sedentarismo se presentó con un 26% siendo el principal factor de riesgo, seguido de Hipercolesterolemia 15%, Alcohol 12%, Hipertrigliceridemia 11%, finalmente en menor porcentaje el tabaco e historia familiar podemos darnos que las cifras de estudios a nivel mundial son más altos.⁴¹

Así mismo en el presente estudio se pudo determinar que las enfermedades crónico degenerativas se asocian con alto porcentaje (78%) a factores de riesgo, con una relación de 3:1 como la presencia de Hipertensión Arterial asociada a Dislipidemias, siendo mayor el riesgo cardiovascular; demostrándose al igual que estudios elaborados por la Republica de Perú en donde determinan la asociación entre los distintos Factores de riesgo con enfermedades crónico degenerativas, como es el caso de los hipertensos es significativamente te mayor la prevalencia(82%) presentaron ya sea hipercolesterolemia, Hipertrigliceridemia, que en los no hipertensos.⁴²

Por lo anteriormente manifestando se puede determinar que existe una relación directa entre los factores de riesgo y la enfermedad, por lo tanto es de trascendental importancia realizarse un chequeo médico preventivo ya que con un porcentaje considerable se ha podido identificar algún problema de salud en los afiliados, que si se trata oportuna y adecuadamente se pueda mejorar la calidad de vida de cada una de las personas.

⁴¹Fuente: Factores de riesgo cardiovascular en la población española. Medicina Clínica, Volume 124, Issue 16, Pages 606-612 M. José Medrano, Elena Cerrato, Raquel Boix, Miguel Delgado-Rodríguez. 2013. Disponible en la Web: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775305718315?via=s>.

⁴² Fuente: Asociación de la Hipertensión Arterial e Hipercolesterolemia: evidencia de la existencia de esta asociación e implicaciones terapéuticas. Muñiz J, Juane R, Castro Beiras A. 2010; 1: 31-37.

Además en el presente estudio es importante destacar que la mayoría de los afiliados recibieron atención oportuna de primer Nivel es decir por (Medicina familiar), Sin embargo Existieron casos aislados que necesitaron ser remitidos a un segundo y tercer nivel de atención de acuerdo a la patología diagnosticada; de los cuales la mayoría (87%) continuaron asistiendo regularmente a chequeo médicos en su respectivo nivel de atención para tratar su problema de salud.

Finalmente el programa de medicina preventiva implementado por del Hospital del día central-IESS de la ciudad de Loja, es uno de los programas fundamentales del Ministerio de Salud Pública en cuanto Modelo de atención primaria de la salud, ya que podemos ver que se está logrando cubrir, a la mayoría de la muestra estudiada, al igual que estudios elaborados por el Área Sanitaria de Ceuta del Ministerio de Sanidad de la republica de España mencionan que aproximadamente 60 millones de pacientes son atendidos por estos servicios y de Medicina Familiar, siendo estudios se están convirtiendo en un referente a nivel internacional.⁴³

⁴³ Fuente: Área Sanitaria de Ceuta del Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad de la re-publica de Española 2011. <http://www.areasanitariaceuta.es/el-servicio-medicina-preventiva-salud-publica>.

CONCLUSIONES

Mediante la realización del presente estudio y teniendo en cuenta cada uno de los objetivos planteados se obtienen las siguientes conclusiones:

1. Las enfermedades Crónico Degenerativas más comúnmente diagnosticadas fueron: Hipertensión Arterial (12.5%), Dislipidemias (9.8%), Hipertensión arterial asociada a Dislipidemias (6.3%), Artritis Reumatoidea y Osteoporosis (3.8 %), con un menor porcentaje pero se hallan presentes son la Diabetes Mellitus Tipo 2y Obesidad, formando parte de las 5 principales enfermedades crónico degenerativas más importantes a nivel mundial.
2. Los principales factores de riesgo detectados en el programa de Medicina preventiva que pueden llegar a desencadenar una enfermedad siendo de mayor frecuencia el Sedentarismo (26%), seguido de hipercolesterolemia (15%), Alcohol (12%), Hipertrigliceridemia (11%), Tabaco e Historia Familiar con un 10%, por lo que se pudo determinar que las enfermedades crónico degenerativas se asocian con un alto porcentaje a factores de riesgo, con un relación de 3:1.
3. La capacidad resolutive del programa de Medicina preventiva se determina una vez identificado el problema de salud, la mayoría de los afiliados recibieron atención oportuna de primer Nivel, por Medicina familiar (68%), Sin embargo en algunos casos tuvieron la necesidad de remitirlos a un segundo nivel de atención, por especialidad (30%) de acuerdo a la patología diagnosticada, de los cuales la mayoría (87%) continuaron asistiendo regularmente a los chequeos médicos.

RECOMENDACIONES

Una vez finalizado el presente estudio, y tras llegar a varias conclusiones, se recomienda lo siguiente:

1. Seguir realizando campañas de socialización y promoción de la importancia que tiene realizarse un chequeo médico, continuar con charlas relacionadas a los hábitos saludables para contribuir a mejorar los estilos de vida, conseguir adherencia y seguimiento al tratamiento específico para su patología evitando de esta manera complicaciones, para mejorar la calidad de vida de cada una de las personas.
2. Conviene que el IESS, implemente la utilización de las fichas familiares incorporado por la nueva política de Ministerio de salud Pública del Ecuador en base al Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural, a todos los afiliados que están participando continuamente de los distintos programas del IESS, dentro de ellos el , Programa de Medicina Preventiva , ya que la ficha familiar es un instrumento de registro, diagnóstico y seguimiento; que nos proporciona información básica de las condiciones de salud de las personas, las familias, su ambiente y las acciones realizadas por el personal de salud, para tomar decisiones conjuntas, que permitan mejorar la salud y el desarrollo de la comunidad.
3. El programa de Medicina Preventiva del hospital del Día Central-IESS se recomienda que deben tomar en cuenta todos los parámetros que conforman una Historia Clínica, siendo de trascendental importancia para el personal médico y de esta manera obtener una adecuada valoración con la finalidad de identificar de manera oportuna problemas de salud.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ Fauci Anthony. Harrison Principios de Medicina Interna. 17^a ed. China. Mc Graw Hill. 2009.
- ❖ Borstnar Ciril Rozman. Farreras- Rozman Medicina Interna. 17^a ed. España. Elsevier España. 2012.
- ❖ Aranda E, Benavides M, Fernández A, Felip E, Garrido M, Rifá J. Libro Blanco de la Oncología Médica en España. 1^a ed. España, SEOM.D 2009.
- ❖ Marshall Runge . Netter Medicina Interna. España. 2^a ed. España. Elsevier España. 2013.
- ❖ Maya Mejía J. M. Servicios de Salud. Lineamientos Metodológicos para Análisis Sectorial en Salud. [artículo en Internet]. 2011 [acceso 20 de julio del 2013]. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/planunico/spii/antologia2012/13.pdf>.
- ❖ L. Salleras. Medicina Clínica Preventiva: El futuro de la prevención. Correspondencia. Dirección General de Salud Pública. Rev Med Clin (Barc); [revista en Internet]. 2009 [acceso 06 de mayo del 2013]. 102 Supl1:512. Disponible en: <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20HUMAN%C3%8DSTICAS%20Y%20SOCIALES/CARRERA%20DE%20PSICOLOG%C3%8DA%20CL%C3%8DNICA/07/Salud%20Preventiva/medicina-preventiva.pdf>.
- ❖ Ovalle. L, Rosales. P, Echeverria. G, Palma. S, Salomón X, Haeussler R, Palacios E. Guías para la Prevención, Detección, Evaluación y Trata-

miento de las Enfermedades Crónicas. Ministerio de Salud Pública, [artículo en Internet]. Guatemala 2011 [acceso 10 de septiembre del 2013]. Disponible en: http://www.mspas.gob.gt/files/Descargas/ProtecciondeLaSalud/Enfermedades%20cronicas%20no%20transmisibles/guias_atencion_enfermedades_cronicas_2011.pdf.

- ❖ Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Comunitario e intercultural MAIS-FCI. MSP. [artículo en Internet]. 2012 [acceso 2 de septiembre del 2013]. Disponible en la Web: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
- ❖ Modelo de Atención integral de la salud. Direcciones Generales de Salud de las Personas y Promoción de la Salud. [artículo en Internet]. 2012 [acceso 12 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portal/Servicios/SuSaludEsPrimero/MAIS/mais.asp>.
- ❖ McQueen. D. Factores Determinantes de la Salud. Acta de Plan Nacional Para La Promoción De La Salud. Cartas de Ottawa y Yakarta. [artículo en Internet]. 2011 [acceso 12 de agosto del 2013]. Disponible en: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf.
- ❖ Bernardo Leighton. Centro de Salud Familiar. Departamento de Medicina Familiar. [artículo en Internet]. 2009 [acceso 12 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.bestpractices-healthpromotion.com/index.html>.
- ❖ Vignolo J, Vacarezza. M, Álvarez. C, Sosa. A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. [artículo en Internet]. 2011. [acceso 12 de agosto del 2013]. ISSN 0250-3816. Dis-

ponible en:
http://www.scelo.edu.uy/scielo.php?pid=S025038162011000100003&script=sci_arttext.

- ❖ Prevención y Promoción de la Salud. Factores de riesgo para la salud en las distintas etapas de la vida: infancia, adolescencia, adulto y anciano. Arch Med Interna. [artículo en Internet]. 2012. [acceso 20 de agosto del 2013]. Disponible en:
http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf.
- ❖ Ministerio de Sanidad del Ecuador. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención. [artículo en Internet]. 2009. [acceso 20 de agosto del 2013]. Disponible en:
www20.gencat.cat/docs/...de.../pdf/gpc_prev_ictus_aatrm-08.pdf.
- ❖ Atención Primaria, Organización y Práctica Clínica. Rev Med int. [Revista en Internet]. 2009. [acceso 20 de agosto del 2013]. Disponible en:
http://www.grupocto.es/web/editorial/pdf/cap_muestra/af_012_ope_bal.pdf.
- ❖ Reorientación y Fortalecimiento de los Servicios de Salud de la Seguridad Social-IESS. ANEXO 308. [artículo en Internet]. Octubre 2011. [acceso 20 de agosto del 2013]. Disponible en:
<http://www.iess.gob.ec/documentos/resoluciones/octubre2011/resolucioncd.385.pdf>.
- ❖ Análisis de situación de Salud (ASIS) de la población de la Ciudad de Buenos Aires. Departamento de Epidemiología; dirección general adjunta [artículo en Internet]. 2004. [acceso 20 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.estatico.buensaies.gov.ar/salud/epidemiologia/boletines/asis/2004.pdf>.

- ❖ Conjunto de prestaciones del Sistema Nacional de Salud. CONASA. ECUADOR. [artículo en Internet]. 2011. [acceso 25 de agosto del 2013]. Disponible en: <http://www.iess.gob.ec/documentos/resoluciones/octubre2011/resolucioncd.385.pdf>.
- ❖ Salud Pública de Cuba. Revista Cubana. Rev On-line ISSN [artículo en Internet]. 2006. [acceso 25 de agosto del 2013]. Ciudad de La Habana abr.-jun. Disponible en la web: [www. /prevención de la salud/scielo.phpc.htm](http://www.scielo.phpc.htm).
- ❖ Enfermedades Crónico Degenerativas/artículo publicado el 23 Sep 2013. <http://http://www.discapacidadonline.com/enfermedades-degenerativas-estrategias-prevencion-salud-publica.html>.
- ❖ Enfermedades Transmisibles y Crónico Degenerativas. Manual Moderno, 2007/ Disponible en la Web: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>.
- ❖ Fuente: Guía para la estrategia de Prevención en temas prioritarios de Salud Pública: crónico degenerativas. Sociedad Mexicana de Salud Pública: Disponible en la Web: http://www.smsp.org.mx/documentos/Guia_Cronico_degenerativas.pdf.
- ❖ Clasificación estadística Internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Disponible en la web: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Enciclop/28.pdf>.
- ❖ Fuente: Soto V, Vergara E; Neciosup E. Prevalencia y Factores de Riesgo en la Población adulta con Enfermedades crónico degenerativas. Rev. Perú. med. exp. salud publica [revista en Internet] 2009. [acceso 10 de septiembre de 2013] v.22 n.4. Disponible

en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172646342005000400003&script=sci_arttext.

- ❖ Escobar MC, Petrásovits A, Peruga A, Silva N, Vives M, Robles S. Prevención y el Control de las enfermedades no transmisibles en América Latina, Salud pública de México / vol.42, no.1, enero-febrero de 2010, <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v42n1/2401.pdf>.
- ❖ Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de salud. Instituto Mexicano del Seguro Social. Prácticas preventivas de los habitantes mayores de 25 años en monterrey y su zona metropolitana. 2011. <http://www.scielo.phpcronicodegenerativas.htm>.
- ❖ Alfonzo JP. Hipertensión arterial en la atención primaria de salud. La Habana: Ed. Ciencias Médicas; 2010. <http://www.iccc.sld.cu/>.
- ❖ Factores de riesgo cardiovascular en la población española. Medicina Clínica, Volume 124, Issue 16, Pages 606-612 M. José Medrano, Elena Cerrato, Raquel Boix, Miguel Delgado-Rodríguez. 2013. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775305718315?via=s>.
- ❖ Fuente: Asociación de la Hipertensión Arterial e Hipercolesterolemia: evidencia de la existencia de esta asociación e implicaciones terapéuticas. Muñiz J, Juane R, Castro Beiras A. 2010; 1: 31-37.
- ❖ Área Sanitaria de Ceuta del Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad de la re-publica de Española 2011. <http://www.areasanitariaceuta.es/el-servicio-medicina-preventiva-salud-publica>.

Anejos

ANEXO 1.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
AREA DE LA SALUD HUMANA
MEDICINA**

“IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y ENFERMEDADES CRÒNICO DEGENERATIVAS A TRAVÈS DEL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA EN EL HOSPITAL DEL DIA CENTRAL IESS-LOJA”. DURANTE EL PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE DEL 2013.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS A TRAVES DE LAS HISTORIAS CLINICAS DE LOS AFILIADOS QUE ACUDEN AL PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA

A. PRIMEL CONTROL

ACUDE: SI NO

1. DATOS GENERALES

Nº de H.CL: _____

GENERO: F M EDAD FECHA

2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES:

Problemas cardiovasculares: SI NO

HTA
Malformaciones
ACV

Problemas metabólicos: SI NO

- DM2
- Obesidad
- Dislipidemias

Problemas Neoplásicos: SI NO

- Ca de útero
- Ca de pulmón
- Ca gástrico
- Ca de colon
- Ca de mama

Problemas reumatológicos: SI NO

- Artritis Reumatoide
- Osteoporosis

Otras patologías: SI NO

3. ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

Problemas cardiovasculares: SI NO

- HTA
- Malformaciones
- ACV

Problemas metabolicos: : SI NO

- DM2
- Obesidad
- Dislipidemias

Problemas Neoplasicos: SI NO

- Ca de utero
- Ca de pulmon
- Ca gastrico
- Ca de colon
- Ca de mama

Problemas reumatológicos: SI NO

- Artritis reumatoidea

- Osteoporosis

Otras patologías: SI NO

4. HABITOS:

Consta en la historia clínica:

SI NO

Alimentación: Equilibrada Consumo de carbohidratos
 Consumo de grasas Consumo de comida rápida.
 Consume frutas Consumo de verduras

Ejercicio Físico: SI NO
 2 veces por semana 1 vez a la semana Cada mes Ocasional

Tabaco: SI NO

Cuantos cigarrillos se fuma al día.....

Alcohol: SI NO

2 veces por semana 1 vez a la semana Cada mes Ocasional

5. EXAMEN FISICO

CSV: TA: FC: FR: PESO: TALLA: IMC:

6. EXAMENES DE LABORATORIO

SI NO

GB:	Creatinina:	TGO:
LF:	Ácido úrico:	EMO:
Neutrófilos:	CT:	Coproparasitario:
GR:	HDL:	Papanicolaou:
HTO	LDL:	Exámenes de Imagen:
HB:	TSH:	
Plaquetas:	T3:	
Urea:	T4:	

B. SEGUNDO CONTROL

ASISTE: SI NO

DIAGNOSTICO: _____

TRATAMIENTO: SI NO

CONTROLES EN:

1 MES 6 MESES 1 AÑO 2 AÑOS.

C. TERCER CONTROL

POR ESPECIALIDAD:

ASISTE SI NO

CONTROL SUBSECUENTES:

1 MES 2 MESES 6 MESES 1 AÑO

INDICE

CARATULA.....	I
CERTIFICACIÓN	II
AUTORÍA.....	III
CARTA DE AUTORIZACION	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTO.....	VI
TITULO:	1
RESUMEN: SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	4
REVISIÓN DE LITERATURA	8
CAPITULO I	8
1. Modelo de Atención Integral de la Salud familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS).....	8
1.1 Salud.....	9
1.2 Determinantes de la salud.....	9
1.2.1 Determinante económico y político.....	10
1.2.2 Determinantes desde el punto de vista sector salud	11
1.3 Atención Primaria de la Salud Renovada (APS).....	12
1.3.1 Prestaciones de la Atención Primaria.....	13
1.4 Promocion de Salud	14
1.4.1 Objetivos de la promoción de salud.....	14
1.4.2 Salud familiar y promoción de la salud	14
1.4.3 Principios básicos para la promoción de la salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	15

1.5 Prevención	15
1.5.1 Tipos de Prevención	16
CAPITULO II.....	21
2. Medicina Preventiva	21
2.1.1 Concepto actual de Medicina Clínica preventiva	21
2.2 Atención Integral de la Salud y el Proceso Salud Enfermedad	22
2.3 Políticas Públicas de la Salud en Medicina Preventiva	23
2.4 Programas de Medicina Preventiva incorporados a través del Ministerio de Salud Pública del Ecuador	23
2.4.1 Componente de provisión de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud	24
CAPITULO III.....	31
3 Programa Preventivo del Hospital del Día Central del IESS-Loja	31
3.1 Guía de reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud de la seguridad social con un enfoque individual, familiar, comunitario.	31
3.1.1 Objetivos del programa de medicina preventiva del IESS:	31
3.2 Programa de Medicina Preventiva del Hospital del IESS:.....	32
3.3 Normar la cartera de servicios y guías clínicas del IESS:.....	32
3.4 Establecer al primer nivel como la puerta de entrada a los Servicios de Salud	33
CAPITULO IV	41
4. Enfermedades Crónico Degenerativas	41
4.1 Introducción.....	41
4.2 Epidemiología.....	42
4.3 Clasificación de las Enfermedades Degenerativas	43
4.3.1 Por la frecuencia	43
4.3.2 Por su origen.....	44
4.3.3 Por su ubicación.....	44
4.4 Causas de las Enfermedades Crónico Degenerativas.....	44

4.5 Factores de Riesgo de las principales Enfermedades Crónico degenerativas	45
4.5.1 Hipertensión Arterial (HTA)	45
4.5.2 Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC)	45
4.5.3 Complicaciones cardiovasculares	46
4.5.4 Insuficiencia Renal Crónica (IRC)	47
4.5.5 Diabetes Mellitus	48
4.5.6 Cáncer	49
4.5.7 Enfermedades óseas	51
MATERIALES Y METODOS	53
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	57
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	62
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	73
ÍNDICE	78