

TITULO: MEJORA DE LA ATENCIÓN A LOS USUARIOS HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS EN LA UBS FUNASA I, MANACAPURU, AMAZONAS, BRASIL

2014-2015.

Dra. Gutiérrez Fuentes Zenaida
Dra. Domínguez León Silvia Isabel
Dra. Delgado Pérez Lenia Gladys

¹ Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología/ Salud Ambiental, Matanzas, Cuba, zenaidafuentes.mtz@infomed.sld.cu

² Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología/, Salud Ambiental, Matanzas, Cuba, sambiental.mtz

³ Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología/, Salud Ambiental, Matanzas, Cuba, sambiental.mtz

Resumen:

A pesar de los avances logrados en el desarrollo de los nuevos medicamentos para tratar la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, su prevalencia mundial junto a sus complicaciones sigue en ascenso y se prevé un aumento aún más dramático en el futuro próximo, lo que evidencia la necesidad de poner en práctica estrategias más simples, disponibles y económicas, que contribuyan a mejorar la prevención y el tratamiento de estas enfermedades. La atención y cuidado a los hipertensos y / o diabéticos tienen un papel preponderante en estas estrategias, enfocada en la mejora de los registros y calificación de la atención. A partir de este importante tema para trabajar con la población Hipertensa y / o Diabética con el objetivo de mejorar la atención de los pacientes. Se inició con 220 (43%) hipertensos y 78 (53%) diabéticos. Entre las acciones realizadas están el control de hipertensos y / o diabéticos, estratificación de riesgo cardiovascular, examen clínico, complementarios, y prescripción de medicamentos / salud bucal, tabaquismo, hábitos alimentarios y realización actividad física. Al final de la intervención fueron controlados 115 (52,3%) hipertensos y 47 (60,3%) diabéticos, de estos 38 (80,9%) diabéticos y 91 (79,1%) hipertensos estaban con exámenes complementarios al día, 115 (100%) hipertensos y 47 (100%) diabéticos tuvieron la prescripción de medicamentos /, 110 (95,7%) hipertensos y 46 (97,9%) diabéticos recibieron orientación de alimentación sana, 99 (86,1%) hipertensos y 43 (91,5%) diabéticos recibieron orientación sobre la práctica de actividad física y, 99 hipertensos y 43 diabéticos recibieron orientación de higiene bucal.

Palabras clave: Palabras claves: Salud de la Familia; Atención Primaria a la Salud; Enfermedad crónica; Diabetes Mellitus; hipertensión

INTRODUCCION

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es una condición clínica multifactorial caracterizada por niveles elevados y sostenidos de presión arterial - PA ($PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$). Se asocia frecuentemente a las alteraciones funcionales y / o estructurales de los órganos objetivo (corazón, encéfalo, riñones y vasos sanguíneos) y a las alteraciones metabólicas, con aumento del riesgo de eventos cardiovasculares fatales y no fatales. La HAS es un grave problema de salud pública en el mundo y en Brasil. Su prevalencia en Brasil varía entre 22% y 44% para adultos (32% en promedio), llegando a más del 50% para individuos con 60 a 69 años y 75% en individuos con más de 70 años. En la mayoría de los casos, las personas que sufren de aterosclerosis y trombosis, que se manifiestan predominantemente por enfermedad isquémica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica y renal ^{(1) (2) (3)}. A pesar de los avances logrados en el desarrollo de los nuevos medicamentos para tratar la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, su prevalencia mundial junto a sus complicaciones sigue en ascenso y se prevé un aumento aún más dramático en el futuro próximo, lo que evidencia la necesidad de poner en práctica estrategias más simples, disponibles y económicas, que contribuyan a mejorar la prevención y el tratamiento de estas enfermedades ⁽⁴⁾. El municipio de Manacapuru, estado de Amazonas, se encuentra a una distancia de 84 km de Manaus, capital del estado, su población es de 88528 habitantes, de las cuales 2886 integran mi equipo de las cuales, el 44% de ellas son hipertensos y un 54% de diabéticos con más de 20 años diagnosticados. Pero se necesita mucho trabajo en equipo para conseguir esa investigación activa y el control adecuado de los estilos de vida de cada persona. Siendo estas enfermedades responsables de las primeras causas de mortalidad y de hospitalizaciones en el Sistema Único de Salud y representan un porcentaje elevado de las personas con insuficiencia renal crónica sometidas a la diálisis, causando una alta mortalidad, acarreando altos costos para los sistemas de salud y afectando considerablemente la calidad de vida de sus portadores.

Problema Científico:

En el municipio de Manacapuru, así como en el resto de Brasil, las estadísticas oficiales sobre el registro de hipertensión arterial y diabetes mellitus expresan un subregistro importante, existiendo un elevado número de pacientes que cursan con estas enfermedades asintomáticas, impidiendo de este modo la ejecución de acciones tempranas con vistas preservar la salud. Siendo escasos los estudios poblacionales realizados

Justificación del estudio:

Luego de analizar las complicaciones que tienen los hipertensos y diabéticos y el no diagnóstico de esta enfermedad, es necesario que se reconozca por la sociedad, importante recordar, que son pacientes que necesitan muy frecuentemente los servicios de salud en todas las formas, servicio de atención especial, clínicas, nutricionistas, fisioterapeutas, oftalmólogo, cirujano vascular y actividad física que trae diversos beneficios a la salud. Por lo que nos propusimos una intervención llevando a cabo una pesquisa activa en el área de atención de la unidad básica de salud dado el subregistro existente.

Hipótesis:

La prevalencia de hipertensos y diabéticos es mayor que la que se registra en el municipio.

OBJETIVO GENERAL: Mejorar de la atención de los usuarios hipertensos y diabéticos en la UBS

Funasa I, Manacapuru.

Objetivos específicos: Ampliar la cobertura a hipertensos y / o diabéticos, Mejorar la calidad de la atención a hipertensos y / o diabéticos, mejorar la adhesión de hipertensos y / o diabéticos al programa, mejorar el registro de las informaciones, hipertensos y / o diabéticos de riesgo para enfermedad cardiovascular, promover la salud de los hipertensos y / o los diabéticos.

Las metas Ampliar la cobertura de atención a hipertensos y diabéticos en el área de atención, realizar el número de exámenes clínicos a usuarios hipertensos y / o diabéticos de acuerdo con el protocolo, Priorizar la prescripción de medicamentos de la Farmacia Popular al 100% de los hipertensos y diabéticos, Realizar evaluación de la necesidad de atención odontológica al 100% de los usuarios hipertensos y diabéticos, Buscar 100% de los hipertensos y / o diabéticos ausentes a las consultas programadas, Mantener el registro específico del 100% de las personas hipertensas y / o diabéticas, Realizar estratificación del riesgo cardiovascular en el 100% de ambos pacientes registrados en la unidad, Garantizar orientación nutricional sobre alimentación sana al 100% de los hipertensos y diabéticos, Garantizar orientación para la práctica regular de actividad física al 100% de los hipertensos y / o diabéticos, orientar a los usuarios hipertensos y diabéticos sobre riesgo de tabaquismo.

I. MÉTODO

Se realizó una intervención, con objetivos, metas y acciones propuestas en los cuatro ejes: calificación de la práctica clínica, organización y gestión del servicio, monitoreo y evaluación y compromiso público, realizados en el período de inicio de julio a principios de noviembre de 2014. Que contó con el apoyo del equipo de salud para el logro de las metas propuestas, a la atención de hipertensos y / o diabéticos. Para realizar la conversación en el programa la logística fue:

Adoptar el Manual Técnico de Hipertensión y Diabetes del Ministerio de Salud, 2006. Se utilizó la historia clínica para búsqueda de usuarios ya que no contábamos en el Municipio con una ficha específica para los usuarios diabéticos e hipertensos.

El registro inicial del equipo fue de 220 (43%) de hipertensos y 78 (53%) de diabéticos, que eran acompañados en la UBS.

Las acciones realizadas fueron:

- Capacitación de los profesionales de salud de la UBS sobre el protocolo de hipertensos y diabéticos, estableciendo el papel de cada profesional en la acción programática.
- Registro de todos los hipertensos y diabéticos del área administrada por el programa.
- Contacto con líderes comunitarios para hablar sobre la importancia de acciones programática de hipertensos e diabéticos solicitando apoyo para la captación de usuarios con HIPERDIA.
- Capacitación de los ACS para realización de búsqueda activa de hipertensos y diabéticos faltos.

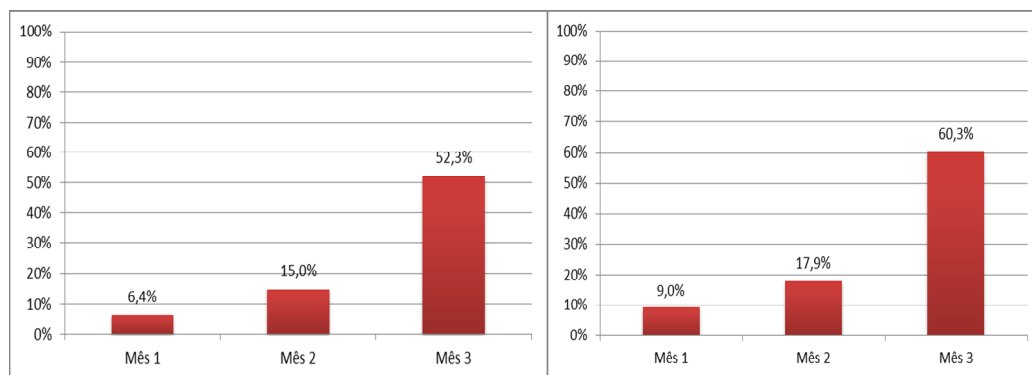
Otras acciones realizadas el registro adecuado en la historia clínica de hipertensos y diabéticos, la estratificación de riesgo cardiovascular, el examen clínico adecuado, la realización de exámenes complementarios, la prescripción de medicamentos, la salud bucal, el tabaquismo, los hábitos alimentarios y la realidad de la actividad física.

Universo y Muestra:

Universo: Quedó constituido por todos los hipertensos y diabéticos del área de atención de la UBS los cuales representaron un total de 220 hipertensos 78 diabéticos.

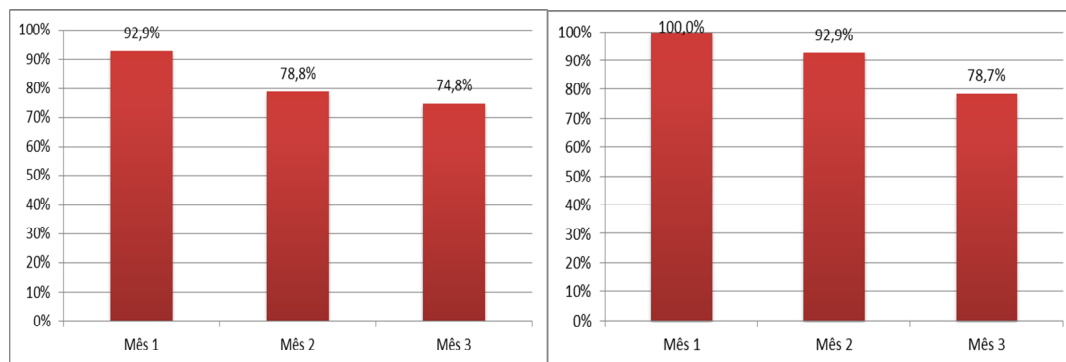
II. RESULTADOS

- Objetivo 1. Ampliar de la cobertura del programa de HAS y DM
- Metas: Ampliar la cobertura de atención a hipertensos y diabéticos en el área de cobertura de UBS al 80%, la UBS no cuenta con ese registro.



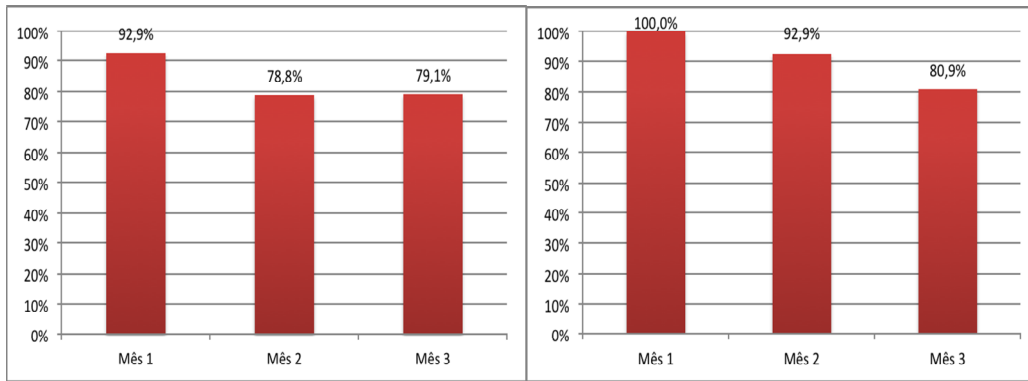
Como se puede ver la cobertura era muy baja y conseguimos aumentar bastante en ese período, sin embargo, algunos usuarios tenían dificultades para ir a la unidad, incluso siendo advertidos y incentivados por los agentes comunitarios de salud.

- Objetivo 2. Mejorar la calidad de atención a los hipertensos y diabéticos en la UBS.
- Metas 2.1 e 2.2: Realizar el número de exámenes clínicos a usuarios hipertensos y diabéticos.



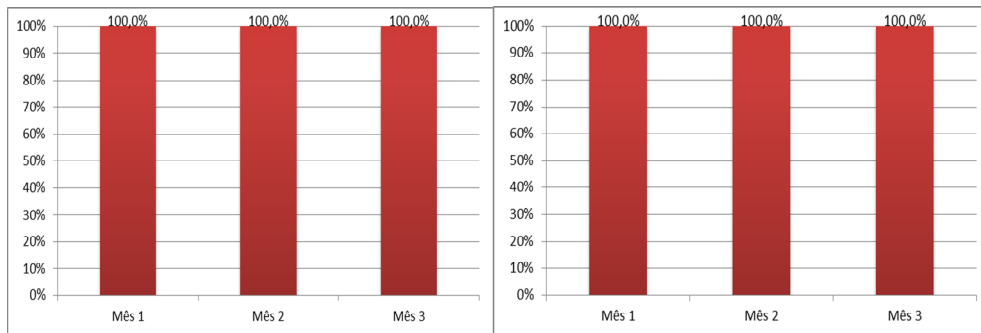
Hubo una caída de ese indicador a lo largo de los meses, por problemas que tuvimos con el laboratorio que realiza los exámenes.

- Meta 2.3 e 2.4: Garantizar al 100% de los Hipertensos y / o Diabéticos la realización de exámenes complementarios al día de acuerdo con el protocolo.



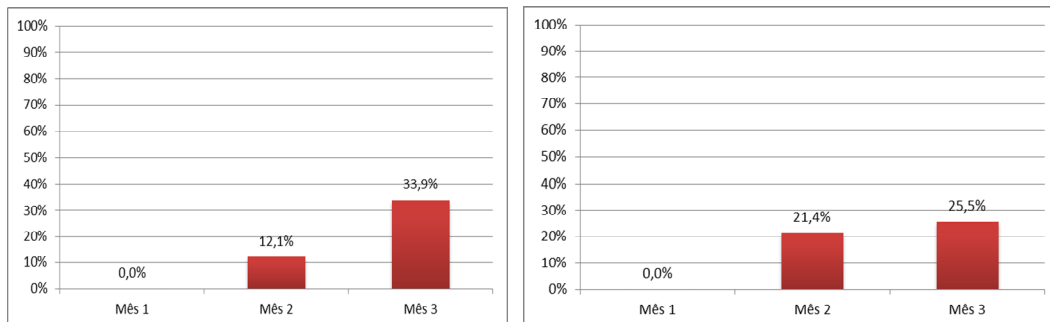
De la misma forma tuvimos caída en ese indicador, pues tuvimos problemas con el laboratorio responsable en el municipio, siendo que ese problema no conseguimos resolver a lo largo de nuestra intervención.

- Metas 2.5 e 2.6: Priorizar la prescripción de medicamentos de la Farmacia Popular al 100% de los hipertensos y diabéticos.



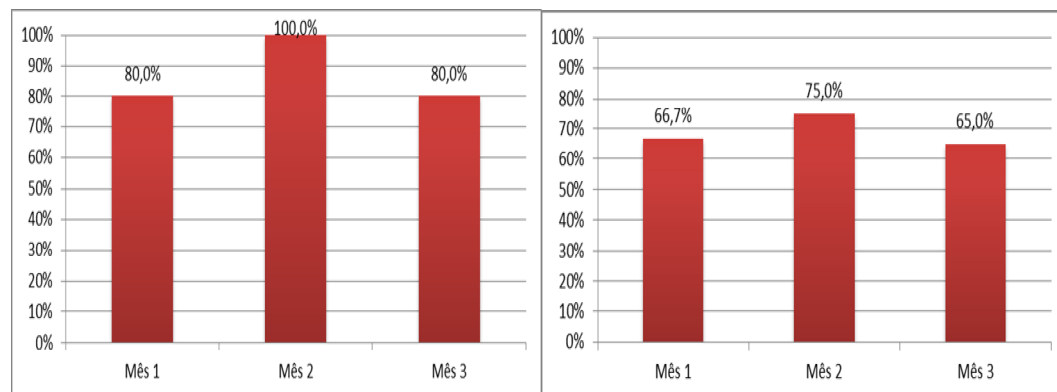
Logramos alcanzar y mantener ese indicador del 100% a lo largo de la intervención porque siempre al prescribir reforzamos la necesidad de hacer uso continuo de la medicación y otro factor que ayudó fue no tener la falta de esas medicaciones.

- Metas 2.7 e 2.8: Realizar evaluación de la necesidad de atención odontológica para el 100% de los usuarios hipertensos y diabéticos.



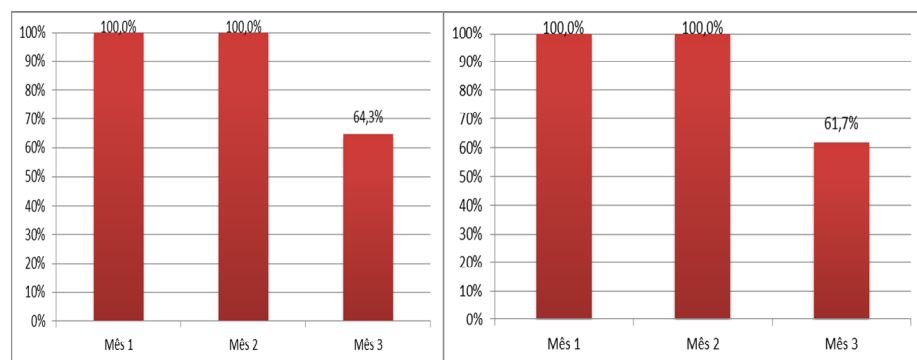
Este indicador no fue cumplido ya que el equipo de odontología no cuenta con el registro de usuarios diabéticos e hipertensos ni queda registrado su atención en su prontuario. Además de contar con sólo una Odontóloga para los dos equipos.

- Objetivo 3. Mejorar la adhesión de los usuarios Hipertensos y / o Diabéticos al Programa.
- Metas 3.1 e 3.2: Buscar 100% de los hipertensos y / o diabéticos faltos a las consultas programadas.



A pesar de que no alcanzamos el 100% para ese indicador, tuvimos un gran avance pues movilizamos al equipo para ello y creo que la búsqueda quedó implementada en la rutina de trabajo, siendo que eso sólo fue posible con la ayuda de los ACS y líderes comunitarios.

- Objetivo 4. Mejorar el registro de la información.
- Metas 4.1 e 4.2: Mantener registro específico del 100% de las personas hipertensas y / o diabéticas.

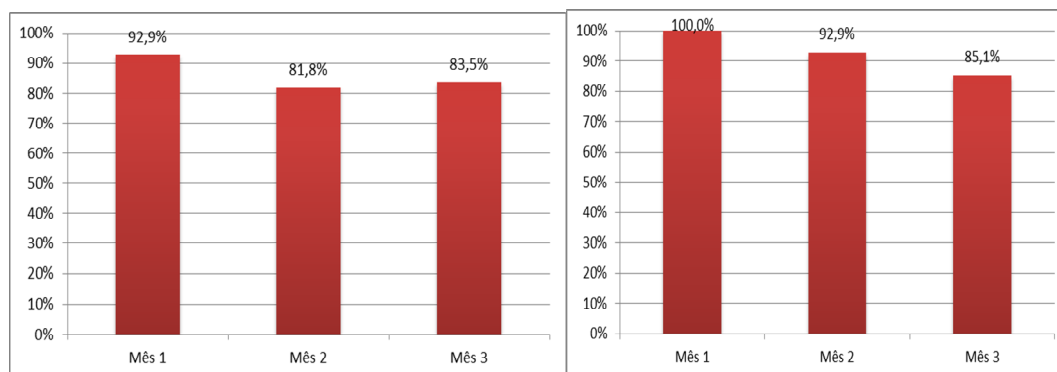


Además de no tener apoyo de los gestores de salud del municipio para garantizar los materiales como las fichas espejo tan importante para nuestro proyecto, utilizamos el libro del registro y una ficha antigua para realizar el trabajo.

No contamos con la totalidad de fichas antiguas para todos los usuarios

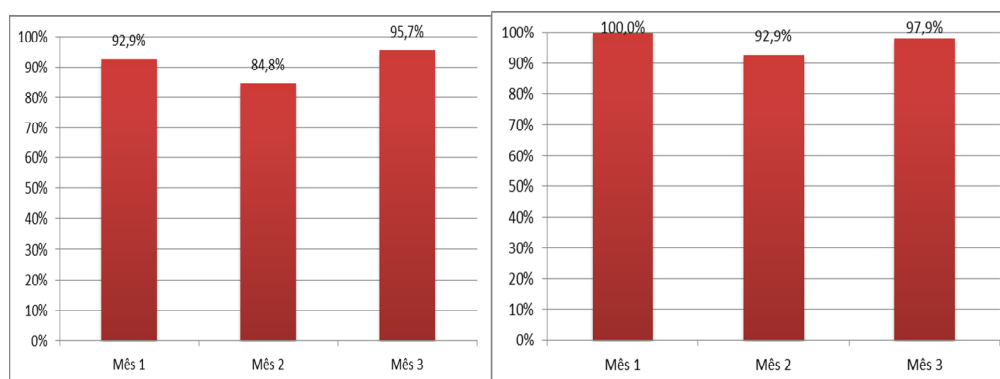
- .Objetivo 5. Mejorar la calidad de la atención a los hipertensos y diabéticos en la Unidad de Salud.

- Metas 5.1 e 5.2: Realizar la estratificación del riesgo cardiovascular en el 100% hipertensos y / o diabéticos registrados en la unidad



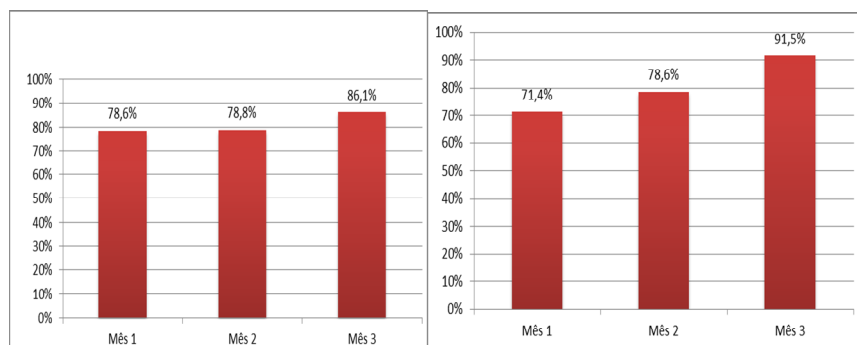
Se realizaron durante toda la intervención los exámenes clínicos con la estratificación de riesgo a los usuarios atendidos, vemos el ligero descenso tanto para hipertensos como para diabéticos porque teníamos usuarios que ya habían realizado los exámenes y aún no correspondía por el tiempo.

- Objetivo 6. Promover la salud de los hipertensos y diabéticos.
- Metas 6.1 e 6.2: Garantizar orientación nutricional sobre alimentación sana al 100% de los hipertensos y diabéticos.



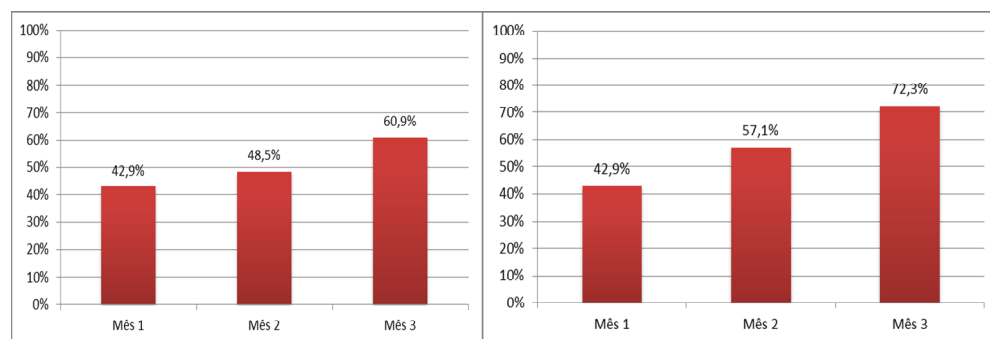
Hemos logrado orientar a todos los usuarios que asistieron a las consultas de educación sobre alimentación sana de acuerdo con los "Diez pasos para la alimentación sana", también a los que quedaban en su casa y no podían venir a la UBS a través de charlas sobre alimentación sana, junto al equipo de salud, el equipo de NAFS con la nutricionista y el médico.

- Metas 6.3 e 6.4: Garantizar orientación para la práctica regular de actividad física al 100% de los hipertensos y / o diabéticos



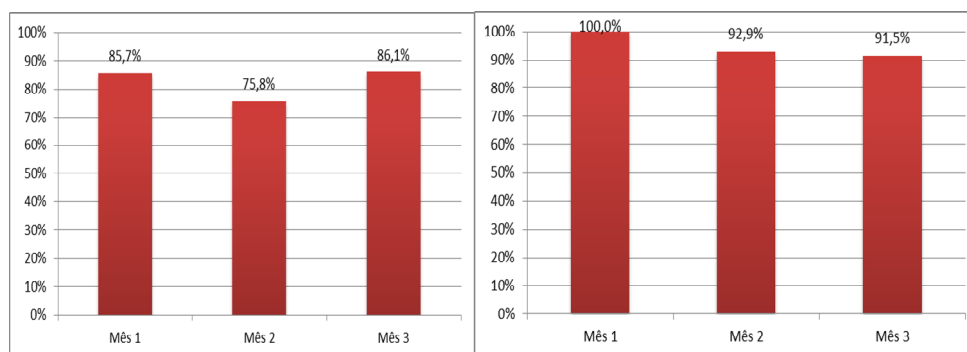
La acción que ayudó al cumplimiento de ese indicador son las conferencias hechas por agentes de salud, por el equipo del NAFS, y por la educadora física que participa con ellos en la realización de las actividades. Las conferencias se hacen en la UBS, escuelas iglesias entre otras.

- Metas 6.5 e 6.6: Garantizar orientaciones a usuarios hipertensos y diabéticos sobre riesgo de tabaquismo.



En el transcurso de la intervención tuvimos un incremento en las orientaciones que ofrecemos a los usuarios diabéticos e hipertensos por el riesgo elevado de complicaciones que tienen esos usuarios cuando son fumadores y tiene algunas de esas enfermedades, garantizamos un aumento de esos usuarios en consulta, también hicimos charlas sobre el tema en UBS, visitas domiciliarias.

- Metas 6.7 e 6.8: Garantizar orientaciones sobre higiene bucal (incluyendo higiene de prótesis dentales) al 100% de los usuarios hipertensos y diabéticos.



Contamos con el apoyo de todo el equipo, también con líderes comunitarios, y el equipo de NAFS para garantizar ese objetivo. Las conferencias fueron hechas por agentes de salud, la dentista de nuestro equipo que apoyaba nuestro trabajo, en consulta y en conferencias realizadas en área de espera de consulta en la UBS.

III. CONCLUSIONES

La intervención propició ampliación de la cobertura de la atención a los hipertensos y diabéticos, la mejora de los registros y la calificación de la atención con la ampliación del examen de los pies de los diabéticos y para la clasificación de riesgo de ambos grupos, ampliación de los exámenes de laboratorio, el mayor número de usuarios que no tenían tratamiento fueron orientados y acompañados, por fin, conseguimos concientizar más hipertensos y / o diabéticos. La intervención para el equipo y para el servicio tuvo mucha importancia porque las atribuciones del equipo fueron organizadas y sistematizadas viabilizando la atención a un mayor número de personas con esas enfermedades.

REFERENCIAS

Bibliografía

1. TELLES, F.P.C.P, Mendes, M.M.R. Insuf.Card.en Ancianos: estudio docaso.Nursing, v.2, n.16, p.21-25, sept.1999.
 2. Simonetti, JP et al. Hábitos de salud y factores de riesgo en usuarios hipertensos. Revista Latinoamericana de Enfermería, Porto Alegre (RS) 2002, mayo / jun .; 10 (3): 415-422.
 3. ROQUAYROL, M, 2. Almeida, N.D.F. Epidemiología y salud-5 ed. En el caso de las mujeres. 305.
 4. BRASIL. De acuerdo con la normativa vigente. Departamento de Atención Básica. Serie Normas y manuales. Técnicas. De la Universidad de Chile. Brasilia, D.F., 2006.
- 04.