

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



**TEMA: “ESTUDIO DE CASO: ABORDAJE INTEGRAL Y ESTRATEGIAS DE
MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN UNA
PACIENTE ADULTA MAYOR CON RIESGO PSICOSOCIAL DEL CENTRO
DE SALUD N° 1 IBARRA DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR
COVID 19 EN EL PERIODO 2020-2021**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORES:

INES CRISTINA NAVISOY REVELO

LORENA ELIZABETH LIMA ARMAS

DIRECTOR:

DRA. GABRIELA MEZA

QUITO, NOVIEMBRE 2021

ÍNDICE

DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
ABREVIATURAS.....	7
Resumen.....	8
Introducción	10
Justificación.....	15
Problema de investigación	16
OBJETIVOS	16
Objetivo General	16
Objetivos específicos	16
Hipótesis.....	17
Metodología	17
Tipo de estudio.....	17
Procedimiento de recolección de información.....	18
Procedimiento de diagnóstico e intervención	19
Operacionalización de variables de estudio	20
Definición operacional	20
Principios de desarrollo de sistemas en telemedicina; Error! Marcador no definido.	
Terapia Ocupacional en el Adulto Mayor.....; Error! Marcador no definido.	
Tipos de terapia	Error! Marcador no definido.
Actividades básicas	Error! Marcador no definido.

Estimulación cognitiva.....	;	Error! Marcador no definido.
Actividades de psicomotricidad.....	;	Error! Marcador no definido.
Actividades de ocio y tiempo libre.....	;	Error! Marcador no definido.
Protocolos de emergencia sanitaria por COVID-19;	Error! Marcador no definido.	
Muestra.....	;	Error! Marcador no definido.
Plan de análisis de datos.....	;	Error! Marcador no definido.
Aspectos Bioéticos.....	;	Error! Marcador no definido.
DESCRIPCIÓN DEL CASO.....	;	Error! Marcador no definido.
CONCLUSIONES.....	;	Error! Marcador no definido.
RECOMENDACIONES.....	;	Error! Marcador no definido.
ANEXOS.....		73
Anexo 1 Consentimiento informado.....		73
Anexo 2. Informe Electrocardiograma.....		76
Anexo 3. Gestión de referencia oftalmología no concluida.....		77
Anexo 4. Infografía utilizada para promover la vacunación en este grupo.		78
Anexo 5 Infografía utilizada para preparación en caso de COVID.....		79
Anexo 6. Gestión de redes de apoyo con el uso de video llamada, guías anticipatorias a hija del exterior.....		80
Anexo 7. Terapia ocupacional.....		81
Anexo 6. Educación para adherencia al tratamiento y trabajo con el esposo.		81
Anexo 7. Gestión de turnos de especialidad.....		82
Anexo 8. Visitas domiciliarias y otros anexos.....		82

DEDICATORIA

A nuestros hijos Samuel y Mateo quienes, con su infinito amor, inocencia, y luz nos han impulsado a luchar por un sueño, gratitud eterna por acompañarnos en cada instante de soledad en cada noche donde abatían nuestros corazones, son motor de nuestras vidas porque jamás dejaron que nos rindiéramos a pesar de las adversidades y porque a su corta edad han madurado intensamente y hoy saben el valor del amor entre madre e hijo.

A nuestros padres y hermanos por el apoyo sin condiciones durante toda esta etapa, por sus oraciones, consejos y palabras de aliento para alcanzar esta meta.

A mi Ángel del cielo porque hoy puedo decir deber cumplido, perdón por haberte dicho hace 3 meses que este sueño se había logrado, solo quería que fueras al cielo con la inmensa alegría de saber que lo había conseguido.

A nosotras mismas por nuestro valor inagotable para alcanzar este logro, por haber demostrado que aun en medio las cenizas se puede resurgir con más ganas y que los sueños están hechos para ser cumplidos.

AGRADECIMIENTO

Tu fuerza dependerá en que mantengas la calma y demuestres confianza
(Isaías 30:15)

Nuestra gratitud a Dios, quien con su compañía ha guiado cada uno de nuestros pasos, ha bendecido nuestras vidas y ha sido la fortaleza en cada instante.

A las autoridades y profesores del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por confiar en nosotros, por impartirnos sus conocimientos y hacer de nuestra formación un aprendizaje de vida en el que día a día en donde el manejo integral hacia nuestros pacientes será nuestra mayor fortaleza.

Nuestro sincero agradecimiento a la Dra. Gabriela Meza, por ser nuestra guía en todo este proceso, quien con su asesoría y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo de tesis.

Finalmente, a nuestra querida paciente por abrirnos las puertas de su hogar y sobre todo las puertas de su vida y su corazón, por la confianza brindada, el cariño entregado y por cada abrazo brindado con el que nos hacía sentir parte de su familia.

TÍTULO

“Estudio de caso: abordaje integral y estrategias de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en una paciente adulta mayor con riesgo psicosocial del centro de salud n° 1 Ibarra durante la emergencia sanitaria por COVID 19 en el período 2020-2021”

LUGAR

Centro de Salud No. 1, Cantón Ibarra, provincia Imbabura, Ecuador.

AUTOR

Lima Armas Lorena Elizabeth, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina¹

Navisoy Revelo Inés Cristina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Medicina²

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Investigación de Sistemas y Servicios de Salud (ISSS) (Pontificia Universidad Católica del Ecuador, 2018).

¹ loreliz_24@hotmail.com. Lorena Elizabeth Lima Armas

² mderis_nr@hotmail.com. Ines Cristina Navisoy Revelo

ABREVIATURAS

CAE: Conducto auditivo externo

CMR: Ciclos menstruales regulares

DM₂: Diabetes Mellitus tipo 2

ECNT: Enfermedad crónica no transmisible

G_xP_xC_xA_xHV: Gestas/Partos/Cesáreas/Abortos/Hijos vivos (Termino usado en la elaboración de la historia gineco-obstétrica)

HTA: Hipertensión arterial

HbA1C: Hemoglobina glicosilada

IVS: Inicio de la vida sexual

IMC: Índice de masa corporal

ITS: Infección de transmisión sexual

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

NPH: (protamina neutra de Hagedorn) es una insulina humana de acción intermedia.

OMS: Organización Mundial de la Salud

OD: Oído derecho

OI: Oído izquierdo

QQDD: Quehaceres domésticos

PPL: Persona privada de la libertad

RHA: Ruidos hidroaéreos

RIG: Región inguino genital

UI: Unidades internacionales

RESUMEN

La investigación que se propone versa sobre el abordaje integral y estrategias de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud No. 1 Ibarra durante la emergencia sanitaria por COVID 19 en el período 2020-2021, para lo que se desarrollan los sustentos teóricos que describen cada una de las categorías de estudio. En este orden de ideas, se presentan los procedimientos y estrategias inherentes a la paciente adulta mayor con enfermedades crónicas no transmisibles y riesgo psicosocial, Su desarrollo se fundamenta en un estudio de caso, en el cual se utilizará como técnica de recolección de la información la entrevista médica de la cual se extraen las categorías apriorísticas que conducen a la obtención de los resultados pertinentes, además del análisis de los documentos oportunos, específicamente de los reportes clínicos llevados por la institución que constituye la unidad de análisis y protocolos de actuación específicos para las enfermedades crónicas no transmisibles. El caso de estudio corresponde a una adulta mayor con enfermedad crónica no transmisible y riesgo psicosocial del Centro de Salud No. 1 Ibarra. Posterior a un año de seguimiento un abordaje integral y multidisciplinario se ha logrado mejorar el estado de salud de nuestra paciente de estudio, evidenciando además que el sistema de salud de nuestro país ha sido incapaz de suplir de forma adecuada los requerimientos de los pacientes con enfermedades crónicas especialmente en lo inherente a dotación de medicamentos, lo que representa un problema grave de salud para los pacientes que presentan riesgo socio económico, siendo un predisponente para aumentar los índices de morbimortalidad de los mismos. Estrategias como la telemedicina constituyen una alternativa de seguimiento en época de pandemia. El médico familiar constituye una herramienta clave en la atención de primer nivel debido a su capacidad integral de manejo. Es fundamental la reorganización de los servicios de salud para dar una respuesta adecuada en caso de contingencia.

PALABRAS CLAVE

Pandemia, enfermedad crónica, medicina familiar, adulto mayor.

ABSTRACT

The proposed research is about the comprehensive approach and management strategies of chronic non-communicable diseases of the Health Center No. 1 Ibarra during the health emergency due to COVID 19 in the period 2020-2021, for which the theoretical supports are developed that describe each of the study categories. In this order of ideas, the procedures and strategies inherent to the elderly patient with chronic non-communicable diseases and psychosocial risk are presented. Its development is based on a case study, in which the medical interview from which the a priori categories that lead to obtaining the relevant results will be used as the information gathering technique, in addition to the analysis of the relevant documents, specifically the clinical reports carried out by the institution which constitutes the unit of analysis and specific action protocols for chronic non-communicable diseases. The case study corresponds to an older adult with chronic non-communicable disease and psychosocial risk from the Health Center No. 1 Ibarra. After one year of follow-up, a comprehensive and multidisciplinary approach has managed to improve the health status of our study patient, also evidencing that the health system of our country has been unable to adequately meet the requirements of patients with chronic diseases, especially with regard to the provision of medicines, which represents a serious health problem for patients who present socio-economic risk. economic being a predisposing agent to increase their morbidity and mortality rates. Strategies such as telemedicine constitute an alternative to follow-up in times of pandemic. The family doctor is a key tool in first-level care due to its comprehensive management capacity. The reorganization of health services is essential to provide an adequate response in case of contingency. which represents a serious health problem for patients who present socio-economic risk, being a predisposing factor to increase their morbidity and mortality rates. Strategies such as telemedicine constitute an alternative to follow-up in times of pandemic. The family doctor is a key tool in first-level care due to its comprehensive management capacity. The reorganization of health services is essential to provide an adequate response in case of contingency. which represents a serious health problem for patients who present socio-economic risk, being a predisposing factor to increase their morbidity and mortality rates. Strategies such as telemedicine constitute an alternative to follow-up in times of pandemic. The family doctor is a key tool in first-level care due to its comprehensive management capacity. The reorganization of health services is essential to provide an adequate response in case of contingency. The family doctor is a key tool in first-level care due to its comprehensive management capacity. The reorganization of health services is essential to provide an adequate response in case of contingency. The family doctor is a key tool in first-level care due to its comprehensive management capacity. The reorganization of health services is essential to provide an adequate response in case of contingency.

KEY WORDS

Pandemic, chronic diseases, family practice, aged

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del presente trabajo de investigación se fundamenta en la determinación del procedimiento apropiado para el manejo integral utilizado en las enfermedades crónicas no transmisibles, así como las estrategias de manejo adecuado y las mismas para su atención, conforme a los parámetros establecidos por el sistema de salud nacional, y que se desarrollan con estricta observancia de las prerrogativas de la organización Mundial de la Salud.

Desde esta perspectiva, se contempla la definición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) realizado por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador, que indica que son aquellas que no pueden ser transmitidas de individuo a individuo y pueden tener un origen congénito hereditario, generalmente autoinmunes o de causas desconocidas, producto de factores de riesgo modificables que son determinantes en el proceso de la vida de la población, como los trastornos de la alimentación, sedentarismo, estrés, tabaquismo, alcoholismo, encontrándose entre ellas las enfermedades cardiovasculares, cerebro vasculares, cáncer, diabetes, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, problemas articulares como la artrosis o artritis, entre otras (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Consideraciones como las expuestas por el Ministerio de Salud de Chile, indican que con ocasión de la inminente diseminación Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS-Cov-2), que genera la enfermedad conocida como COVID-19, determinando como grupos de alto riesgo de morbimortalidad a adultos mayores y que presenten condiciones médicas crónicas severas como lo son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas, hipertensión arterial y cáncer (Ministerio de Salud de Chile, 2020).

Se consideran las enfermedades crónicas no transmisibles en el desarrollo de la investigación, puesto que no existen factores de transmisión directa o indirectas que puedan desencadenar contagios desmesurados de las patologías referidas, no obstante, es importante destacar que por la supresión del sistema inmune que suele acompañar las ECNT y hacerlos más propensos al padecimiento de otras enfermedades transmisibles.

La situación de pandemia ha generado grandes cambios en el sistema de salud, incluyendo del abordaje integral y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, que a criterio de la Organización Panamericana de la Salud, lejos de cesar la atención a estos pacientes, debe ser incluida en la lucha contra la pandemia, ya que estas patologías resultan de alto riesgo de infección y de resultados negativos, por lo que la implementación de políticas de salud públicas probadas debería intensificarse para la protección de las personas con

enfermedades como diabetes, respiratorias y cardiovasculares del coronavirus. No obstante, lo observado en los centros de atención ha dado lugar a una disminución de visitas electivas a los centros de salud para recibir atención en casos de diálisis renal, atención oncológica, así como los retrasos en tratamientos de alta prioridad por temor a contagios (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Es de considerar la percepción que tienen los organismos internacionales de la salud, y como es lógico la suspensión parcial de servicios a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles lejos de representar una solución, podría ser un agravante en la condición médica, si hablamos de que la atención necesaria para este tipo de patologías no puede abordarse de forma integral a distancia, ya que requieren la intervención, administración y evaluación del paciente, por lo que su asistencia a los centros de salud puede representar un elevado riesgo de contagio de COVID-19 ante su situación de vulnerabilidad.

La Organización Mundial de la Salud, por su parte, ha dispuesto en informe público la observancia de planes de acción inherentes a las instituciones de salud, para prevenir y mitigar los contagios por COVID-19, como parte del plan para darle continuidad al desarrollo de las actividades, haciendo necesaria la evaluación de riesgos y de la situación epidemiológica existente (Organización Mundial de la Salud, 2020).

En consideración a lo expuesto, la continuidad del abordaje integral y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles durante la emergencia sanitaria en el centro de salud No. 1 Ibarra se encuentra supeditada a la evaluación de los riesgos latentes en la institución y a la cantidad de casos positivos por COVID-19 que se presenten, de tal manera que se preserve la seguridad y condición médica de los pacientes que deben acudir a cumplir los diferentes tratamientos prescritos.

En este respecto, resulta pertinente traer a colación la investigación realizada por Tello (2020), en la que realiza un sondeo del nivel de satisfacción en la implementación de estrategias de tele monitoreo y tele orientación domiciliaria adecuados para la atención de pacientes crónicos que son atendidos en el Hospital Cayetano Heredia durante el auge del COVID-19 en Lima Perú. El estudio analizado fue de tipo observacional descriptivo, empleando como instrumento de recopilación de información la encuesta telefónica, a una muestra compuesta por pacientes con enfermedades crónicas atendidos con este sistema no presencial, seleccionados de forma aleatoria, a través de un instrumento diseñado de 15 preguntas con

alternativas de respuesta escala Likert el cual dio origen a un tratamiento estadístico para la sistematización de la información.

Los principales resultados aluden a una nueva forma de presentar resultados, hacer seguimiento, renovación y entrega de recetas a los pacientes crónicos atendidos de forma no presencial, quedando registros telefónicos e historiales clínicos electrónicos, sin que deje de ser satisfactorio para el paciente. El principal aporte que genera el referido análisis radica en la posibilidad de modificar los protocolos de atención, con una efectiva y oportuna respuesta sanitaria, lo que permite atención sanitaria sin poner en riesgo la salud del paciente y exponerlos al contagio del COVID-19.

Otra investigación analizada es la presentada por Martínez (2020), desarrollada con el fin de abordar las enfermedades crónicas en el sistema público de salud, las modalidades y maneras de atención desde la perspectiva del paciente, respecto de las ECNT, cuya morbilidad ha aumentado considerablemente, haciendo necesario el cuestionamiento sobre la planificación de los sistemas de salud que permitan optimizar la atención de los usuarios del sistema. Para la obtención de resultados se llevó a cabo una investigación de tipo cualitativa y descriptiva, focalizada en el sistema público de la ciudad de Buenos Aires, empleando como técnica de recopilación de datos la entrevista semiestructurada a pacientes con las patologías asociadas a enfermedades crónicas no transmisibles, extrayendo de ellas las categorías de análisis pertinentes.

Las principales conclusiones apuntan a la determinación de la participación del Estado a través del diseño e implementación de políticas públicas que deben ser abordadas con la manifestación de la sintomatología, así como la puesta en marcha de estrategias de prevención. En consecuencia, la atención y abordaje de enfermedades crónicas amerita la implementación de un modelo de gestión que permita el automanejo de las patologías facilitando la adherencia a los tratamientos.

El manejo integrado de las enfermedades crónicas no transmisibles es un tópico abordado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, con la propuesta de un modelo de atención, indicando que amerita un manejo que involucre varias esferas y una reestructuración del sistema de atención de salud, por lo que es menester el mejoramiento de la accesibilidad de los servicios y medicamentos esenciales, con la integración de un equipo multidisciplinario con las aptitudes de vocación de servicio adecuados, integrando los niveles de atención primarios, secundarios y terciarios en el manejo

de estas enfermedades, partiendo de la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, autocuidado, rehabilitación y finalmente los cuidados paliativos (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Las principales áreas que funcionan como metas para el mejoramiento de los resultados en el manejo de enfermedades crónicas se fundamentan en un método coherente de la optimización del sistema, establecer la adhesión a las directrices, el apoyo del autocuidado de los individuos que padecen estas enfermedades crónicas, el mejoramiento de los sistemas clínicos de información y finalmente la combinación apropiada entre aptitud y fortalecimiento de competencias técnicas por parte del personal de salud, incluidas la sensibilidad. (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Desde esta perspectiva, se percibe una preocupación de los organismos internacionales de la salud, por unificar los criterios de manejo de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, lo cual involucra el establecimiento de políticas de salud adecuadas por parte de los Estados, en cada uno de los estadios de evolución, así como los cuidados paliativos y autocuidado, y por otra parte la determinación de las competencias del personal de salud que debe integrarse al cuidado y prevención de las patologías asociadas.

El abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles se centra en el compromiso del cumplimiento del tratamiento terapéutico, lo que constituye la clave de la recuperación o mantenimiento de la calidad de vida del paciente, por consiguiente, el incumplimiento del tratamiento pertinente o el cumplimiento parcial del mismo puede tener consecuencias negativas y elevar la tasa de mortalidad a consecuencia de la falla en su abordaje, al tiempo que aumenta los costos de atención general en el sistema de salud (Grau, 2016).

En este sentido, el abordaje integral de las ECNT depende en gran parte del cumplimiento efectivo del tratamiento prescrito por el profesional de salud, no obstante, es necesario acotar, que el Estado a través de sus políticas de salud públicas puede realizar los esfuerzos pertinentes para administración eficiente y eficaz del tratamiento pertinente, pero que sin el compromiso y voluntad del paciente de cumplir su administración no generaría los resultados esperados.

Cabe destacar, que la adherencia a los tratamientos se encuentra condicionada a un sinnúmero de factores en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles. En este orden de ideas se aborda desde una perspectiva de interacción con el profesional de salud, que involucra el agrado del paciente, así como las características de comunicación, lo que significa

el desarrollo de una interacción profesional que ofrece mayor confianza entre el médico y paciente propiciando el cumplimiento del tratamiento de forma efectiva (Grau, 2016).

Este primer factor asociado al abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles resulta un elemento interpersonal que permite crear sinergia entre médico y paciente, lo que estrecha el vínculo de confianza motivando al cumplimiento efectivo del tratamiento prescrito, a fin de minimizar los efectos negativos que podrían generarse.

Otro grupo de factores se encuentran asociados a las características del régimen terapéutico, involucrando en este orden de ideas la complejidad del tratamiento que implican cambios de hábitos que provocan un cumplimiento deficiente. Por otro lado, es de considerar la relación costo-beneficio del régimen de tratamiento, que puede referirse a costos económicos, sociales, familiares, emocionales que se encuentran asociados al sacrificio que implica su implementación, mientras que los beneficios se refieren a la convicción de que estas enfermedades pueden ser tratadas y curadas. Otro factor referido es la presencia de efectos secundarios que puede afectar los índices de adherencia, dado que en ocasiones pueden presentar índices más perturbadores que la misma enfermedad, desmotivando al paciente en el cumplimiento de la medicación (Grau, 2016).

La referencia de un tercer grupo de factores intervinientes en la adherencia a los tratamientos terapéuticos se refiere a la naturaleza de la enfermedad, en consecuencia, las enfermedades que generan sintomatologías más dolorosas desencadenan mayor índice de cumplimiento que las asintomáticas (Grau, 2016). En este sentido, el grado de malestar que la enfermedad provoca en el paciente será determinante para la adhesión al cumplimiento del tratamiento prescrito.

Finalmente, se asocia un factor en el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles lo conforma un amplio grupo de factores psicosociales como las creencias relacionadas con la percepción de gravedad de la enfermedad o vulnerabilidad que percibe el paciente, además de la percepción de auto ejecución de la respuesta necesaria, y autoeficacia para cumplir los regímenes médicos también suele ser determinante (Grau, 2016).

Consecuentemente, el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles depende de diferentes factores que en gran medida redundan en el ánimo y percepción que el propio paciente tiene sobre la intervención médica, influyendo en la administración efectiva de tratamientos prescritos de acuerdo con la patología o gravedad de esta y es éste quien en definitiva tiene la potestad de lograr la eficiencia y eficacia de cada tratamiento.

En estricta relación con la atención integral, se describe entre las unidades de diagnóstico a los niveles de atención, adscritos al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, quien define el primer nivel de atención como el más cercano a la población, que facilita y coordina la afluencia de pacientes que acuden al sistema, de tal manera que permita garantizar una referencia y contra referencia apropiada, asegurando la continuidad de la atención. Éstas se encargan de promover las acciones de salud públicas conforme a las normas que emite la autoridad sanitaria nivel nacional. Su característica principal deriva de su esencia ambulatoria por lo que son resueltos problemas de salud de corta estancia, dando entrada al paciente al Sistema nacional de Salud (Ministerio de Salud Pública, 2012).

Por consiguiente, dado el carácter transitorio que involucra el marco de actuación del centro de salud No. 1 Ibarra, se hace referencia a que en el mismo son atendidos los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, quienes dada su condición presentan deficiencias inmunes que los hacen propensos a padecer de enfermedades de transmisión viral o bacteriana, por lo que es necesario analizar los protocolos de actuación en los casos señalados bajo las circunstancias de pandemia por el COVID-19.

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de la presente investigación se encuentra direccionada a determinar cómo se lleva a cabo el procedimiento de abordaje integral y las estrategias de manejo de los pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles en el centro de salud No. 1 Ibarra, tomando como referencia una paciente adulta mayor con riesgo psicosocial, en la provincia Imbabura, una vez que la situación de pandemia mundial por el COVID-19 ha generado modificaciones en los protocolos de actuación, para impedir los contagios masivos, considerando la extrema vulnerabilidad en la que se encuentran las patologías señaladas como ECNT que se atienden en el referido centro sanitario. Tomando como base las guías de práctica clínica del Ministerio de Salud Pública y las directrices de la Organización Mundial de la salud en época de pandemia por COVID-19.

Para la consecución de los objetivos de investigación, se desarrollan todos los argumentos teóricos que describen el abordaje integral y el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que proporciona una perspectiva clara de cuáles son los protocolos que se llevan a cabo en el referido centro de salud de primer nivel, de tal manera que los mismos

puedan ser contrastados con otros estándares de actuación y manejo de este tipo de pacientes, permitiendo como resultado final la formación de un criterio propio que direcciona el accionar del profesional de salud.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En virtud de lo planteado, se hace necesario el desarrollo de la investigación que proporciona un criterio cierto de la forma de realizar el abordaje integral y el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Centro de salud No. 1 Ibarra, provincia Imbabura, durante la emergencia sanitaria por el COVID-19, ya que la adopción de normas de bioseguridad modifica los protocolos establecidos para su desarrollo en atención de los pacientes con las diferentes patologías asociadas, haciendo pertinentes las siguientes interrogantes:

¿Cómo se realiza el abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles?

¿Qué aspectos involucra el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles?

OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer las estrategias de abordaje integral y de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en una paciente adulta mayor con riesgo psicosocial del centro de salud n° 1 Ibarra durante la emergencia sanitaria por COVID 19 en el periodo 2020-2021

Objetivos específicos

Analizar el procedimiento de abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles del Centro de Salud No. 1, Ibarra.

Describir el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, desarrolladas durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el período 2020-2021, en el centro de salud No. 1, Ibarra.

Proponer estrategias efectivas para la aplicación de protocolos de atención en los pacientes de enfermedades crónicas no transmisibles durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el Centro de Salud No. 1, Ibarra.

Hipótesis

Tras varias revisiones incluido el comité de bioética de la PUCE se nos indicó formular hipótesis por lo que solicitamos un consenso de los lectores para reformular este acápite.

En virtud del problema formulado y los objetivos planteados se describen las siguientes hipótesis:

El centro de salud No. 1, Ibarra, provincia Imbabura cumple con el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles conforme a las disposiciones del Ministerio de Salud Pública que permite la optimización del sistema, adhesión, mejoramiento del sistema clínico de información y de competencias técnicas durante el periodo de pandemia del SARS-COVID19.

El desarrollo del abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles en el centro de salud No. 1, Ibarra permite la interacción del paciente con el personal sanitario y la comunicación eficaz, además de la pertinencia y asimilación del régimen terapéutico por parte del paciente que permitan el cumplimiento efectivo de las prescripciones inherentes a cada patología.

El diagnóstico de la aplicación de las normas de bioseguridad en el abordaje integral y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en el centro de salud No. 1, Ibarra que permita el control de contagios a pacientes de alto riesgo de infección de COVID-19, deriva en la propuesta de intervención adecuada para lograr la atención pertinente a este grupo de alto riesgo.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Se trata de una investigación de tipo mixto cuyo enfoque es cuantitativo y cualitativo y es aplicable a estudio caso.

Definido por Hernández, Fernández y Baptista (2008) como aquella en la cual la recolección de datos se lleva a cabo sin medición numérica prevista para descubrir el proceso de interpretación con base a los hechos investigados. En este sentido, la investigación propuesta es cualitativa, ya que la medición de resultados se fundamenta en la interpretación de la información y no en métodos numéricos.

Se trata de una investigación de tipo mixto, que consiste en la caracterización de los hechos de un individuo o grupo para establecer su comportamiento (Arias, 2012); desde esta perspectiva, se caracteriza el abordaje integral y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en el centro de salud No. 1, Ibarra, con el fin de determinar cómo se han ejecutado los protocolos con ocasión de la emergencia sanitaria por COVID-19, durante el período 2020-2021.

Se pone de manifiesto:

Credibilidad: criterio de verdad, aceptabilidad de los resultados de la investigación.

Transferibilidad: se obtiene información y resultados relevantes, para el contexto en el que se lleva a cabo.

Confirmabilidad: los resultados e información obtenidos son independientes del evaluador, son confirmados por otras vías o personas.

Se contempla la utilización del **método inductivo**, refiere el movimiento del pensamiento que deriva de hechos particulares para generar afirmaciones de carácter general, derivando los resultados que se obtienen de a partir del caso específico que constituye el punto de partida, buscando una comprensión más profunda (Ruiz, 2007). Desde esta perspectiva, la presente investigación parte del abordaje integral y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en el centro de salud No. 1 Ibarra, y su desarrollo durante la emergencia sanitaria por el COVID-19.

Del mismo modo, se fundamenta en la **investigación documental bibliográfica**, que se refiere aquella que toma como fuente documentos secundarios comprobados, que permiten la generación de conocimiento de hechos pasados respecto del tema de estudio (Sabino, 1992). En consecuencia, para realizar el abordaje integral y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en el centro de salud No. 1 Ibarra, es necesario analizar la documentación emanada del Ministerio de Salud Pública, bajo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud, que rige los protocolos de acción ante la emergencia sanitaria por COVID-19.

Procedimiento de recolección de información

En este apartado, se hace referencia a las técnicas apropiadas para la obtención de los datos asociados al fenómeno estudiado, por lo que se describen las actividades que se llevarán

a cabo para el cumplimiento de los objetivos de investigación y dar respuestas a las preguntas de estudio. Esta recolección de datos se verifica en ambiente natural de la unidad de análisis (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2008).

De esta forma, se realiza la recolección de datos a partir de los registros en la historia clínica de los profesionales de la salud que son los encargados de ejecutar el abordaje y manejo de pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles en el centro de salud No. 1 Ibarra, y a la par recopilando la información en su ambiente natural con la programación de visitas domiciliarias. El papel del investigador en el proceso de la investigación cualitativa es el de construir el conocimiento a partir de la visión de los participantes, respetando y valorando cada una de las perspectivas sobre el tema.

Para la obtención de resultados se fundamentó en los datos de la entrevista clínica y sus registros, la cual consiste en una reunión para intercambiar información médico-paciente, puede ser estructurada o semi estructurada, apropiadas para las investigaciones cualitativas (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2008). En el presente caso, el instrumento diseñado consiste en una entrevista clínica semiestructurada para extraer de ella las categorías de análisis, cuya interpretación permite la obtención de resultados pertinentes en respuesta a los objetivos previstos.

Procedimiento de diagnóstico e intervención

En lo que respecta al procedimiento, se hace referencia a las directrices de actuación propios del centro de salud No. 1 Ibarra, regidos en las guías de práctica clínica y protocolos de actuación del Ministerio de Salud Pública que permiten hacer seguimiento a cada una de las especialidades que atienden, además de la valoración de exámenes médicos, cuidados y tratamientos farmacológicos pertinentes.

La intervención producto de la investigación permitirá establecer procedimientos especiales que accedan abordar de forma integral y el manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles, y llevar a cabo la atención de los pacientes diagnosticados con estas patologías, sin necesidad de exponer a estos pacientes catalogados de alto riesgo por la emergencia sanitaria derivada del COVID-19, con el objetivo de atender de forma oportuna y eficiente las necesidades inherentes.

Cabe destacar que, al no abordar una patología, causas, consecuencias y evolución, no es menester la identificación de medicamentos, componentes, vías de administración o dosis

pertinentes, ya que la propuesta de intervención se encuentra dirigida a diagnosticar la situación actual, y de ser preciso, diseñar alternativas de abordaje integral y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, para no desatender las necesidades de estos pacientes durante la emergencia sanitaria.

Operacionalización de variables de estudio

Tabla 1. Operacionalización de las variables

Variables	Indicadores	Dimensiones
Abordaje integral de enfermedades crónicas no transmisibles	Adherencia	Integración con el personal sanitario. Características del régimen terapéutico. Naturaleza de la enfermedad. Factores psicosociales.
Manejo de enfermedades crónicas no transmisibles	Optimización del sistema sanitario	Políticas del Ministerio de Salud Pública
	Mejoramiento de los sistemas clínicos de información	Diseño de protocolos de atención Implementación de protocolos
Protocolos por emergencia sanitaria COVID-19	Mejoramiento de competencias técnicas	Actualizaciones médicas
	Vulnerabilidad de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles	Hipertensión arterial Diabetes Enfermedades crónico-respiratorias
	Protocolos de actuación	Monitoreo a distancia Implementación de normas de bioseguridad

Fuente: Elaboración de las investigadoras.

Definición operacional

Abordaje integral de enfermedades crónicas no transmisibles

Se considera abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles la integración de la determinación social de la salud, la cual aborda diversos componentes como lo son la promoción de la salud, los factores asociados a la protección y autocuidado, la

prevención de enfermedades, así como el diagnóstico oportuno, tratamiento y rehabilitación, que permitan mejorar la calidad de vida de los individuos (Ministerio de Salud, 2019).

El abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles en el centro de salud No. 1 Ibarra refieren los protocolos de atención que incluyen los factores determinantes de adherencia que permiten la atención integral en aras del mejoramiento de la calidad de vida del paciente en el cumplimiento del tratamiento efectivo pertinente para cada patología.

Manejo de enfermedades crónicas no transmisibles

La Organización Mundial de la Salud ha definido como enfermedades crónicas amenazantes para la salud humana las cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades crónicas respiratorias, los cuales son abordados por el sistema de salud con acciones estratégicas concretas a través del desarrollo de políticas y planes específicos asociados a los factores de riesgo y en los servicios de salud (Organización Mundial de la Salud, 2014).

El manejo de enfermedades crónicas no transmisibles es el resultado de las interacciones productivas entre el paciente informado y activo y el equipo asistencial proactivo y responsable que interactúan en función de las pautas dispuestas por el Ministerio de Salud pública implementadas en el centro de salud No. 1 Ibarra que permite la implementación de servicios y la adecuación del sistema de información para proveer a la comunidad de un eficiente servicio sanitario en beneficio de las necesidades existentes.

Terapia conductual

En la terapia de conducta, adquiere un papel relevante el proceso de evaluación conductual previo al proceso de intervención, a través del cual se pretende obtener y recoger información necesaria para posteriormente diseñar un plan de intervención específico dirigido a conseguir un cambio de comportamiento. Diseñado el plan de intervención, se evalúan los resultados de dicha intervención. Se trata, por lo tanto, de un proceso de retroalimentación continua, y tanto la evaluación como el tratamiento se tienen que adaptar a cada tipo de problema, a las características únicas de cada caso y al contexto concreto en el que se aplican.

Para llevar a cabo el proceso de evaluación-intervención, se utilizan una serie de instrumentos y técnicas que son los que facilitan los cambios conductuales prefijados, así como la adquisición de habilidades y el mantenimiento de estas.

Técnicas específicas de la terapia cognitivo-conductual

Las técnicas cognitivas delimitan y ponen a prueba las cogniciones erróneas a través de experiencias de aprendizaje muy específicas que van dirigidas a enseñar al paciente a:

- Reconocer las interacciones entre pensamientos, emociones.
- Identificar pensamientos negativos.
- Modificar pensamientos negativos por pensamientos reales.

Las técnicas conductuales, por su parte, no se utilizan como un fin en sí mismas, sino para conseguir cambios a nivel cognitivo.

Las técnicas cognitivo-conductuales más utilizadas para conseguir estos cambios son:

- Reestructuración cognitiva.
- Experimentos conductuales.
- Activación conductual.
- Diálogo socrático.
- Exageración y humor.
- Técnicas paradójicas.
- Entrenamiento en asertividad.
- Técnicas de resolución de problemas.
- Técnicas de exposición.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Mindfulness.
- Técnicas para el manejo de la ansiedad.
- Técnicas de autocontrol.
- Técnicas de la información y la comunicación (TIC).

Telemedicina:

Es definida por la Organización Mundial de la Salud como “prestación de servicios de salud (en los que la distancia es un factor determinante) por parte de profesionales sanitarios a través de la utilización de tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención de enfermedades, la investigación y la evaluación y para la formación continuada de profesionales sanitarios, todo ello con el objetivo final de mejorar la salud de la población y de las comunidades”.

El incremento tecnológico de la información aplicadas a la salud ha sido fundamental ya que permite un acceso a la telemedicina es decir se proyecta como un instrumento para generar salud sostenible y mejorar costos al igual que mayor eficiencia a nivel asistencial en los lugares menos accesibles.

Alternativas de la telemedicina

Evita colapso de los centros de salud, brindando comodidad al paciente y ahorro para el sistema de salud.

Disponibilidad de médicos especialistas en áreas inaccesibles, rurales, ayuda en servicios de urgencia y turnos de guardias hospitalarias donde se genera mayor calidad de su diagnóstico, tratamiento y el tiempo de respuesta.

Optimización asistencial: Mejoras de tiempos de respuesta, reducción de listas de espera y mejor asistencia a los pacientes.

Optimiza y reduce costos, mejora de la productividad de recursos.

Genera solución a declives de la salud actual como envejecimiento, enfermedades crónicas, demanda creciente de los usuarios, déficit de especialistas en diferentes áreas rurales.

Desarrollo de los sistemas en telemedicina

A continuación, se detallan los siete 7 principios centrales:

1. Las aplicaciones en telemedicina deben desarrollarse pragmáticamente, buscando las necesidades de los profesionales en salud y de la población de un área geográfica.

Para ello, se debe identificar al personal médico interesado en crear, generar y desarrollar los servicios en salud a través de la telemedicina. Se debe evaluar los beneficios o argumentos reales que deben brindar los sistemas de telemedicina.

2. Los sistemas en telemedicina deben ser manejados por el personal de salud capacitado.

Es importante para el desarrollo de la telemedicina la valoración del personal médico, estos

sistemas deben ser adquiridos manejados y controlados por ellos, buscando mejorar la calidad en salud.

3. La utilización y demanda de la telemedicina no debe contar ni regirse en intensos controles burocráticos por parte de los centros hospitalarios en donde presta su servicio.

4. La tecnología debe llegar a todos mostrándose como una herramienta amigable en donde se integre a los ambientes de trabajo, no ser divisiones de éste. El futuro en el desarrollo de sistemas en telemedicina está enfocado al uso del Internet y tecnologías en información.

5. Las personas que utilicen los sistemas de telemedicina deben estar capacitados y soportados, técnica y profesionalmente, por ello es necesario la adecuada presentación y capacitación. Cuando el personal médico ve a la telemedicina como una herramienta de su ambiente de laboral, la utilización de ésta se volverá necesaria.

6. Los sistemas de telemedicina deben ser evaluados económicamente en base al costo beneficio. Se debe evaluar todos los resultados tanto económicos como clínicos provenientes del sistema.

7. La información sobre el desarrollo de sistemas de salud en telemedicina debe ser difundida, compartida así han impulsado la creación de páginas en internet, organizaciones e instituciones enfocados en el desarrollo de programas complejos en telemedicina.

La terapia ocupacional en el adulto mayor

Los adultos mayores presentan cambios en su envejecimiento los mismos que pueden generar deterioro en su salud, en el desarrollo de las diferentes funciones de su desarrollo, en las barreras que encuentran para realizar sus actividades de la vida diaria como vestirse, ingerir alimentos, trasladarse, compartir, socializar y tomar decisiones esto lo convertirá en un adulto mayor dependiente que por el contrario al poner en práctica la terapia ocupacional se sentirá útil, motivado y sano.

¿A que llamamos terapia ocupacional en el adulto mayor?

Es un instrumento o guía terapéutico en donde se ejecutan actividades y ejercicios encaminados a valorar las actividades frecuentes, cotidianas para estimular el autocuidado, rehabilitar lesiones físicas y prevenir deterioros funcionales psicosociales que son los limitantes para su independencia.

Objetivos de la terapia ocupacional:

- Brindar una calidad de vida adecuada para los adultos mayores proporcionando un envejecimiento saludable, independiente y con calidad de vida mediante un correcto desarrollo de las actividades diarias en forma autónoma.
- Fortalecer el sistema cognitivo mediante el buen desarrollo de la memoria, atención, lenguaje, percepción, funciones corporales, destrezas motrices, funciones sociales y psicoafectivas.
- Aumentar la confianza y autoestima para mejorar su desarrollo social.

Tipos de terapia

El tipo de terapia debe ser individualizada, acorde al entorno del paciente, sus necesidades, patologías preexistentes y dificultades para así poder cumplir en base a las siguientes esferas geriátricas:

Actividades básicas

Comprende las actividades de la vida diaria como por ejemplo alimentarse, vestirse, realizar su aseo personal, desplazarse dentro su entorno por ejemplo habitación, patio junto con el uso de ayudas técnicas personales, la capacidad de usar el retrete, actividades donde pueda participar, socializar y compartir de manera activa dentro de su familia y entorno.

Estimulación cognitiva

Actividades para mejorar la memoria, atención, cálculo, comunicación, senso percepción y ejecución de problemas.

Actividades de psicomotricidad

Mantener activa la motricidad gruesa y fina mediante los movimientos articulares, el tono muscular, equilibrio y la coordinación.

Actividades de ocio y tiempo libre

Actividades donde se desarrolla la creatividad, mejora la atención, entrenamiento, disminuyen el estrés y generan diversión.

La terapia ocupacional facilita y mejora el desempeño de las personas en sus actividades diarias, sean estas actividades de autocuidado, trabajo, estudio, deportes, juego o de tiempo libre generando independencia total.

La terapia ocupacional se puede dividir en 3 áreas:

La terapia ocupacional de auto mantenimiento se basa en las actividades de la vida diaria.

La terapia ocupacional permite que el adulto mayor se sienta útil desempeñando un rol productivo en la sociedad, con su familia, con su pareja y sobre todo si el paciente ya está jubilado, sea o no remunerado.

La terapia ocupacional en el área de ocio o de tiempo libre, es decir los momentos que nos permitimos realizar lo que nos gusta.

La terapia ocupacional óptima permite mantener un equilibrio en las tres áreas, en donde el paciente se ocupe de su aspecto personal, sea útil a la sociedad y se dedique a realizar lo que le agrada.

El objetivo es buscar que el adulto mayor sea lo más independiente posible, mejorando la calidad de vida y su autoestima. La terapia ocupacional detiene o minimiza el deterioro cognitivo, ayuda a prevenir lesiones físicas, ayuda a manejar instrumentos como muletas, aparatos auxiliares para desplazarse y fomenta las relaciones intergeneracionales, y la convivencia familiar.

Ejemplos de terapias integrales

- Realizar ejercicios de memoria, calculo, números, lenguaje, escritura, lectura y resolución de problemas.

- Poner en práctica acciones de higiene y cuidado personal.
- Entrenamientos en ayudas técnicas como andaderas, bastones y tecnología.
- Actividades para desarrollo de motricidad como manualidades, pintura, escultura, tallado, bordados.
- Terapias físicas, yoga, danza, actividades de movilidad y mantenimiento del equilibrio.
- Práctica de ludoterapia o terapias de juego.
- Hidroterapia, ejercicios, masajes con agua, aromaterapia.
- Musicoterapia, risoterapia.

Protocolos de emergencia sanitaria por COVID-19

Constituyen las medidas de prevención previstas como acciones específicas destinadas a la prevención en grupos de atención prioritarias, con el objeto de brindar la protección de sus derechos ante la situación de emergencia y minimizar los riesgos por ser individuos vulnerables, de modo que se garantice su acceso a la información y los servicios de salud pública, así como la protección social (Secretaría Técnica Plan Toda una vida, 2020)

Operacionalmente esta variable define las medidas preventivas que son integradas por el sistema nacional de Salud Pública; en la preservación del derecho a la salud, a fin de evitar los contagios del COVID-19, especialmente a los grupos de alto riesgo, como lo constituyen los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles y como se desarrolla su abordaje integral, y el manejo en el Centro de Salud No. 1 Ibarra, durante el período 2020-2021.

Muestra

La población de estudio se encuentra definida por una paciente adulta mayor con enfermedad crónica y riesgo psicosocial adscrita al centro de salud No. 1, Ibarra, de la provincia Imbabura, durante el período 2020 – 2021, quien constituye la unidad de estudio determinante en la obtención de resultados pertinentes en el desarrollo de la presente investigación.

El tipo de muestreo se determina como no probabilístico por conveniencia, que permite la selección de sujetos característicos que pertenecen a una población y acepten ser incluidos por factores como la accesibilidad y la proximidad (Otzen & Manterola, 2017). En la presente investigación, la población conformada por 1 paciente con enfermedades crónicas no transmisibles, que asume la disposición para intervenir en la presente investigación y asiste

regularmente al centro de salud, quien da las respuestas a las interrogantes conllevando al abordaje de los objetivos y a las conclusiones pertinentes.

Se determina necesaria la muestra de expertos, como aquella en la cual se hace pertinente la opinión de individuos competentes en el tema de estudio (Hernández, Fernandez, & Baptista, 2008) En la presente investigación, la muestra se constituye por los profesionales de atención médica que se encuentran adscritos al centro de salud No. 1, Ibarra y que pueden aportar información respecto de la situación sobre el abordaje integral y manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, a consecuencia de la emergencia sanitaria producto de la pandemia COVID-19.

Plan de análisis de datos

Una vez recolectada y analizada la información pertinente en la documentación propia del Centro de Salud No. 1 Ibarra, sobre la implementación integral y el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles, y analizada la entrevista médica pertinente de la paciente por parte del personal de sanitario involucrado, se han extraído las categorías apriorísticas inherentes, a través del método hermenéutico, permitiendo establecer el comportamiento de cada una identificando de ellas las convergencias y divergencias de criterios, de tal manera que se han obtenido las respuestas de los objetivos de investigación propuestos.

Aspectos Bioéticos

Dada la naturaleza administrativa de la presente investigación, sustentada bajo la línea de investigación de Sistemas y Servicios de Salud, se estimó que se encuentra involucrados recursos humanos que son expuestos a riesgos conocidos, por lo que amerita consentimiento informado para su participación. El paciente sujeto de investigación firmo y otorgo consentimiento informado. En lo que respecta a la confidencialidad, la información a la cual se accedió respecto de los protocolos de actuación llevados a cabo por el centro de salud No. 1 Ibarra, la misma fue manejada con estricta reserva únicamente con fines educativos. No había conflictos de intereses de las autoras, ni de la directora de tesis.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

DATOS DE FILIACIÓN

Paciente femenina, anciana mayor de 78 años, mestiza, nacida en Cuenca y residente en Ibarra desde hace 75 años, casada, instrucción primaria incompleta, QQDD, lateralidad diestra, grupo sanguíneo O Rh positivo, religión católica.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

CLÍNICOS:

- HTA: desde hace dos años, en tratamiento con amlodipino de 10 mg toma dos veces al día, a las 8: 00 am y 20: 00 pm
- DM2: desde hace 20 años en tratamiento con insulina 42 UI día y 20 UI noche
- Hipotiroidismo: desde hace 3 años en tratamiento con levotiroxina 100 ug una vez al día.
- Catarata bilateral: Hace 4 años
- Gonartrosis de rodilla izquierda hace 5 años.
- COVID 19: abril de 2021

QUIRÚRGICOS

- Colecistectomía hace 35 años.

ALERGIAS

- No refiere

ANTECEDENTES GINECO OBSTÉTRICOS

- Menarquia 12 años, ciclos menstruales regulares 4 días cada 30 días
- Dismenorrea: no refiere, inicio de vida sexual activa: 16 años, parejas sexuales: 1
- ITS: no refiere.
- Menopausia a los 45 años
- Mamografía hace 1 año 6 meses resultado negativo
- PAP TEST: 1 año 6 meses resultado negativo
- G7 P6 C0 A1 HV6

HÁBITOS TÓXICOS

- Medicamentos: amlodipino, insulina, levotiroxina
- Alcohol: no refiere
- Tabaco: no refiere
- Drogas: no refiere

HÁBITOS NO TÓXICOS

- Defecatorio: 1 vez al día
- Miccional: 7 veces al día
- Alimentario: 3 veces al día dieta equilibrada
- Ejercicio físico: no realiza
- Sueño: 3 horas
- Actividad sexual: no responde

ANTECEDENTES GERIÁTRICOS

- Alteraciones del comportamiento: No
- Astenia: No
- Dismovilidad: Si, 1 B de Dinamarca
- Pérdida de peso: No refiere
- Caída: No
- Desorientación: No refiere

ANTECEDENTES DE VACUNAS

- COVID 19 CoronaVac SINOVAC 2 Dosis Ultima 04-07-2021
- Influenza estacional: Pendiente.
- Neumococo: No disponible en la unidad
- DT: Esquema completo según carnet de vacunación de adultos.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES:

Desconoce

CONDICIÓN SOCIO ECONÓMICA

Vive en casa arrendada, con su esposo, cuenta con un cuarto, una cocina, sala, comedor, baño, no cuenta con mascotas, en su domicilio tiene todos los servicios básicos, casa con muy escasa iluminación natural y humedad, comparte varias áreas comunes con otros arrendatarios las cuales presentan abundantes heces de mascotas y usualmente existe un ambiente ruidoso que le resulta molesto. Ingreso mensual por parte del esposo de ocupación jubilado aproximadamente 200 dólares. Durante el confinamiento la relación de pareja ha empeorado, pelean constantemente, se sienten encerrados y angustiados, en varias ocasiones su pareja le ha insultado, lo que le genera tristeza. Cinco de sus 6 hijos viven en España, de los mismos únicamente su hija menor apoya para su manutención, gastos médicos y su cuidadora.

Uno de sus hijos se encuentra privado de su libertad hace 6 años en el centro carcelario de Latacunga, la comunicación con el mismo resulta difícil, y la solicitud de dinero para poder mejorar las condiciones dentro del centro de reclusión es uno de los temas de discusión frecuente con su pareja y el hecho de tener a su hijo recluido le genera problemas para dormir, llanto inconsolable y gran ansiedad por volver a verlo libre.

No tiene buena relación con su familia biológica, ni adoptiva, ocasionalmente conversa con dos amigas. No acude a ninguna iglesia. Es miembro del Club para personas con diabetes “Glucositos” del centro de Salud N1 de la ciudad de Ibarra, el mismo que ha visto interrumpidas sus actividades habituales por la situación de la pandemia y el requerimiento de distanciamiento social.

La paciente no cuenta con un empleo, es dependiente económicamente de su esposo e hija, por lo que le causa ansiedad el no contar con el dinero necesario para adquirir sus medicamentos y generar más gastos a su núcleo familiar, como es de conocimiento durante la época de pandemia la crisis de desabastecimiento de medicamentos en las unidades de salud empeoró llegando incluso a tornarse crítica en los establecimientos de primer nivel, la paciente ha estado adquiriendo sus medicamentos de forma particular convirtiéndose un problema económico para la familia.

Desde mayo del 2021 cuenta con el apoyo de una cuidadora durante el día de lunes a viernes, su papel principal es el apoyo a los dos adultos mayores en las labores domésticas y acompañarla a los controles médicos.

PRIMER ENCUENTRO MOTIVO DE CONSULTA

Retiro de medicación

ENFERMEDAD ACTUAL

Adulta mayor que vive con su esposo, acude sola, para control de enfermedades crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus e hipotiroidismo) y retiro de medicación, último control hace 6 meses, no ha estado tomado sus medicamentos de forma regular debido a dificultad para adquirirlos producto del confinamiento, no cuenta con recursos económicos para comprarlos y hay desabastecimiento en las unidades de salud. Presenta temor de contagiarse de COVID, porque su esposo depende de ella para las labores domésticas y su cuidado. Le inquieta que durante la etapa de confinamiento su alimentación es a predominio hidrocarbonada y no ha podido salir a realizar actividad física.

REVISIÓN DE APARATOS Y SISTEMAS

Urinario: Nicturia 4-5 veces

Osteomuscular: Marcha apoyada con bastón por dolor crónico izquierdo de rodilla.

Dolor en pantorrillas que aparece con el movimiento y alivia con el reposo, de 3 años de evolución.

EXAMEN FÍSICO

Peso: 79.6 Kg

Talla: 1.41 m

IMC: 40.04 Kg/m²

Tensión arterial: 130/85 mmHg

Tensión arterial acostada: 140/85mmHg

Frecuencia cardíaca: 78 x minuto

Frecuencia respiratoria: 18 x minuto

Saturación de oxígeno: 94 %

Temperatura: 36.5 C⁰

Perímetro de pantorrilla: 34 cm bilateral

Perímetro abdominal: 109cm

Consciente, orientada, hidratada, afebril.

Cabeza normocéfala, cabello de implantación normal, ojos pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación, agudeza visual OD 20/100, OI 20/70, conjuntivas rosadas, escleras anictéricas, mucosas orales húmedas. Nariz fosas nasales permeables, oídos CAE permeable, Orofaringe no congestiva, no eritematosa, amígdalas eutróficas. Cuello no adenopatías, tiroides 0A. Cardiopulmonar: tórax simétrico, buena expansibilidad, corazón ruidos cardiacos rítmicos no soplos, pulmones murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos. Abdomen: suave, depresible, no dolorosos, RHA presentes. Región inguinogenital: resequedad de la mucosa vulvar, extremidades no edemas, pulsos distales presentes y sincrónicos, índice tobillo brazo izquierdo 1, derecho 0.9, presencia de telangiectasias y dilataciones varicosas, Hoffman: negativo, Phertes Negativo, Wagner 0, test de monofilamento percepción 10/10 bilateral.

ESCALAS GERIÁTRICAS

Tabla 2. Resultado de evaluación geriátrica integral

ESCALA	RESULTADO
TAMIZAJE RÁPIDO	6
LAWTON	7
YESAVAGE	8
BARTHEL	85
MINI MENTAL TEST DE FOLSTEIN	27
RECURSO SOCIAL ESCALA DE GJON	11
FRAGILIDAD DE FRAIL	2
MINI NUTRITIONAL ASSESMENT	21.5

DOWTOWN	3
DISMOVILIDAD DE DINAMARCA	1B
RIESGO DE UPP NORTON	13

PROBLEMAS BIOLÓGICOS

- Diabetes mellitus tipo 2 descompensada
- Hipertensión arterial esencial controlada
- Obesidad no especificada
- Gonartrosis izquierda
- Hipotiroidismo no especificado
- Catarata senil
- Claudicación intermitente

PROBLEMAS GERIÁTRICOS

- Depresión leve
- Dependencia Leve
- Existe riesgo social
- Prefrágil acorde clasificación de FRAIL
- Riesgo de malnutrición
- Riesgo alto de caídas
- Dismovilidad 1B
- Riesgo moderado de úlceras por presión

PROBLEMAS PSICOSOCIALES

- Escasas redes de apoyo
- Pobreza quintil 2
- Violencia Intrafamiliar
- Malas condiciones de la vivienda
- Mala adherencia al tratamiento
- Baja escolaridad

PLAN DE MANEJO

PLAN DIAGNOSTICO

- Glucemia en ayunas
- Hemoglobina glicosilada
- Elemental y microscópico de orina
- Biometría hemática
- Perfil lipídico (colesterol total, triglicéridos, HDL y LDL)
- Creatinina plasmática y cálculo de aclaramiento de creatinina
- Tirotropina (TSH)
- TGO y TGP
- Electrocardiograma
- Valoración geriátrica integral
- Fondo de ojo
- Valoración oftalmológica
- Valoración cardiológica
- Valoración por psicología
- Interconsulta a nutrición

PLAN TERAPÉUTICO

NO FARMACOLÓGICO

- Dieta repartida en 5 comidas diarias baja en hidratos de carbono, con bajo índice glucémico (evitar bebidas azucaradas, alimentos procesados ricos en azúcar), aumentar la ingesta de fibra.
- Restringir la ingesta de sodio a 5g/ día (una cucharadita rasa/día).
- Consumir al menos 3 porciones diarias de frutas y verduras.
- Ejercicio físico: realizar caminata 30 minutos diarios con intensidad moderada, 5 veces en semana, combinar con ejercicio de reforzamiento muscular como levantamiento de pesas.

FARMACOLÓGICO

- Amlodipino sólido oral 10 mg vía oral cada día (18:00 pm)
- Insulina NPH aplicar 42 UI día y 20 UI noche vía subcutánea.
- Levotiroxina sólido oral 100 ug a las 7 de la mañana en ayunas.
- Paracetamol sólido oral 1g, vía oral cada 8 horas por 10 días.

PLAN EDUCACIONAL

- Educación en diabetes: indicar a la paciente obtener información sobre cuidados básicos en diabetes cada tres meses.
- Medidas preventivas sobre cuidados del pie en donde realizara:
 - Lavado, secado e inspección diaria de los pies incluyendo espacios interdigitales.
 - No mantener los pies mojados más de 10 minutos y secar adecuadamente.
 - Limar la presencia de callos en los pies y aplicar crema hidratante en toda la superficie del pie, excepto en los espacios interdigitales.
 - Las uñas se deben cortar en forma recta y es recomendable que éstas sean limadas.

-Las medias deberán ser sin la presencia de costuras, sin elásticos, evitar tejidos sintéticos, es importante revisar el zapato antes de usar sobre todo la parte interna por si existieran cuerpos extraños, los zapatos serán tacón bajo, de horma ancha.

PLAN DE SEGUIMIENTO

- Control odontológico cada 6 meses
- Control por telemedicina en un mes, control en centro de salud acorde resultados de exámenes.
- Planificación de visita domiciliaria

INTERVENCIONES

SEGUNDO ENCUENTRO ATENCIÓN MÉDICA

Se evidencia mal control glucémico en exámenes de laboratorio por lo que se dialoga con la paciente acerca de educación diabetológica y la importancia de cumplir con el tratamiento, no se realiza modificaciones en terapia de antidiabética hasta valorar evolución con mejoría de la adherencia al tratamiento.

ASESORÍA NUTRICIONAL

Apetito variable en ocasiones disminuye, digestión regular, no refiere intolerancias alimentarias. Se realiza anamnesis alimentaria y recordatorio de 24 horas, en la dieta habitual el consumo de hidratos de carbono por lo general es limitado, progresivamente ha disminuido las porciones, frutas y verduras come a diario cumpliendo con el consumo ideal. Sal limita en sus preparaciones. Control nutricional dentro de 3 meses.

TERCER ENCUENTRO VISITA DOMICILIARIA

Se realiza visita domiciliaria, donde evidenciamos malas condiciones de la vivienda, presencia humedad, mala iluminación, heces de animales en los pasillos en forma abundante, no han podido buscar otra vivienda debido a las limitaciones económicas, es una pareja sola, en nido vacío. Se apertura ficha familiar y se refuerzan planes educativos para buen control de

enfermedades crónicas, así como prevención de caídas y deterioro neurocognitivo. Paciente ha mejorado la adherencia al tratamiento. Glicemia capilar 205mg/dL, sin síntomas típicos de hiperglicemia.

CUARTO ENCUENTRO TELEMEDICINA

Durante seguimiento por telemedicina la paciente manifiesta que se encuentra preocupada porque su enfermedad genera gastos elevados a la familia puesto que las unidades de salud del ministerio de salud se encuentra desabastecidas de medicamentos y tiene que comprarlas, ha estado siguiendo las recomendaciones nutricionales dentro de lo posible, puesto que por la situación de la pandemia, no se consigue con facilidad los alimentos y tiene temor de que su esposo se contagie, al salir a adquirirlos. No está realizando actividad física por el confinamiento. Se refuerzan medidas preventivas anti-SARS CoV-2, se mantiene igual tratamiento, con énfasis en cambios en el estilo de vida.

QUINTO ENCUENTRO ATENCIÓN MÉDICA

Se evalúa a paciente en consulta con resultados de exámenes los mismos que muestran una reducción de 1 punto en la hemoglobina glicosilada, pero mantiene glicemia capilar al azar de 300mg/dL y EMO con glucosuria, por lo que se decide intensificar medidas no farmacológicas en lo referente a dieta y ejercicio, además de insulino terapia se incrementa dosis de insulina 4UI. Paciente añade que continúa recibiendo agresión verbal por parte de su pareja, aún no ha tramitado turno para valoración por psicología, se realiza escucha activa y acompañamiento, así como educación sobre violencia intrafamiliar.

ASESORÍA DE NUTRICIÓN

Ha disminuido 2.35 Kg de peso, se realiza anamnesis alimentaria y recordatorio de 24 horas, está cumpliendo el plan nutricional prescrito anteriormente, cumple con las porciones y frecuencia alimentaria dada. Se recomienda continuar con las indicaciones sugeridas. Está realizando actividad física a diario. Control nutricional dentro de un mes.

SEXTO ENCUENTRO TELEMEDICINA

Se realiza seguimiento de paciente por Telemedicina, refiere asintomática, no síntomas respiratorios, ni de hiperglicemia típicos, mantiene mala relación con su pareja, se siente

angustiada por la situación económica de su familia y por su hijo que se encuentra privado de la libertad.

SÉPTIMO ENCUENTRO ATENCIÓN MÉDICA

Paciente de 77 años acude a control, con glucosa capilar de 120mg/dl, paciente refiere que no está aplicando insulina en las noches por ahorrar insulina, ya que no cuenta con dinero para comprar, al momento estable, no síntomas típicos de hiperglicemia, mejoría en la adherencia nutricional y de actividad física, se refuerza educación diabetológica e importancia del cumplimiento de tratamiento, se solicita interconsulta a medicina familiar para trámite de referencia a Hospital de segundo nivel, donde cuentan con stock de medicamentos más amplio y evitar que la paciente tenga que comprar medicación. El centro de salud N° 1 se mantiene con desabastecimiento.

En examen físico se evidencia lesiones papulos y eritematosas en manos pruriginosas las mismas que eran seguidas con anterioridad por alergología del Hospital San Vicente de Paul se tramita referencia para valoración por especialidad, se aconseja uso de guantes durante la manipulación de productos químicos de limpieza.

VALORACIÓN POR ALERGOLOGÍA

Paciente es valorada en Hospital San Vicente de Paul, médico especialista diagnóstica Urticaria alérgica e indica tratamiento con Loratadina 10mg vía oral cada día, además apoya generando receta médica de insulina NPH lo que le proporciona cierta tranquilidad a la paciente.

OCTAVO ENCUENTRO VISITA DOMICILIARIA

Se realiza visita domiciliaria, paciente se ha mantenido asintomática, no signos de hiperglicemia típicos, no síntomas respiratorios, se aplican herramientas de medicina familiar como Ecomapa y Apgar Familiar, en los que se encuentra escasas redes de apoyo y disfuncionalidad moderada de la familia. Realizamos valoración del estado de salud del esposo de la paciente el mismo que es un adulto mayor pluripatológico, al ser jubilado es atendido en las dependencias del IESS, al momento su condición de salud es estable, sin embargo, se siente estresado por la situación de la pandemia, la economía familiar, el problema de su hijo privado

de la libertad, niega conflictos con su esposa, casi no realizan ninguna actividad recreacional lo que intensifica la tensión familiar. Se realiza georreferenciación para ingreso estrategia médico del barrio.

NOVENO ENCUENTRO

ATENCIÓN MEDICA

Paciente con mal control metabólico en relación con adherencia al tratamiento y situación familiar, por lo que se genera interconsulta a psicología. Además, refiere dolor lumbar de tipo crónico de aparente etiología inflamatoria, se da antiinflamatorios y se genera interconsulta a rehabilitación. Se plantea la posibilidad de que se cambie de domicilio para mejorar las condiciones de sanitarias, disminuir el riesgo de accidentes y caídas.

INTERCONSULTA A PSICOLOGÍA

Paciente lábil emocionalmente refiere malos tratos de su esposo, quien le exige tener intimidad, situación que es displacentera para la paciente y le genera miedo. Se brinda escucha activa y se permite catarsis.

Refiere que sus hijos discuten y se siente triste y preocupada, se realiza escucha activa.

Manifiesta preocupación porque su hijo privado de la libertad le pide dinero y no cuenta con el mismo, tampoco existe el apoyo de su esposo con relación a este problema, teme a su reacción y evita pedirle a su hija por prudencia. Se realiza escucha activa y acompañamiento emocional.

ASESORÍA NUTRICIONAL

Se realiza anamnesis alimentaria y recordatorio de 24 horas a la paciente, el año pasado hasta el mes de septiembre estuvo en controles de nutrición, al momento en su dieta está cumpliendo la mayoría de las indicaciones dadas anteriormente, limita las porciones de carbohidratos en todos los tiempos de comida y evita las grasas. Se pide incrementar en su desayuno alimentos hiperproteicos y frutas. Estaba realizando actividad física, pero por

calambres en miembros inferiores ha disminuido lo cual dificulta el bajar de peso. Control nutricional dentro de un mes.

DECIMO ENCUENTRO

REHABILITACIÓN FÍSICA

Paciente es valorada por el servicio de rehabilitación física por cuadro de dolor lumbar crónico y gonartrosis bilateral, por lo que se remite a terapias de rehabilitación cada 15 días para mejorar funcionalidad.

SEGUIMIENTO PSICOLOGÍA

Paciente que refiere presentar tristeza por la situación de su hijo privado de la libertad, además de la situación de violencia psicológica generada por su esposo, le genera gran angustia la falta de recursos económicos para poder pagar sus tratamientos médicos. Se realiza escucha activa, terapia cognitivo conductual y se permite catarsis.

ATENCIÓN MÉDICA

Paciente presenta sintomatología urinaria, acude con EMO infeccioso, glicemia capilar 200mg/dL, se instaura tratamiento con antibioticoterapia y se mantiene tratamiento habitual para enfermedades crónicas. Manifiesta que con el apoyo de su hija que vive en España van a poder cambiarse de domicilio a un lugar más iluminado y con menos contaminación ambiental.

DECIMO PRIMER ENCUENTRO

REHABILITACIÓN

Paciente que ha presentado mejoría del dolor con tratamiento combinado de terapia de rehabilitación física y analgésico/antiinflamatorio prescrito.

SEGUIMIENTO PSICOLOGÍA

Paciente refiere preocupación por discusiones entre sus hijos por asuntos relacionados con el dinero, le genera angustia no poder apoyar económicamente a su hijo privado de la libertad y que su hija no comprenda esta situación. Se realiza escucha activa, se permite catarsis y se da terapia cognitiva conductual.

En consulta de seguimiento manifiesta que soporta los malos tratos de su esposo porque no tiene otra persona que le ayude con la administración de la insulina y le acompañe a los controles médicos cuando él no está.

ATENCIÓN MEDICA

Paciente al momento estable con buen control metabólico, refiere sentirse más tranquila en su nuevo domicilio, se evidencia en examen físico disminución de la agudeza visual progresiva que constituye alto riesgo de caídas para la paciente así como también genera mayor dependencia, por lo que se tramita referencia a Oftalmología, consulta que en este momento se encuentra suspendida y limitada para pacientes con patologías agudas, por lo que se intentara posteriormente cuando se den nuevas directrices en época de pandemia.

DECIMO SEGUNDO ENCUESTRO

SEGUIMIENTO PSICOLOGÍA

Paciente manifiesta una mejoría en la relación de pareja porque ha logrado establecer ciertos límites, le preocupa mucho la situación económica y desearía no tener que depender de su hija porque se siente avergonzada.

REHABILITACIÓN

Paciente con mejoría del dolor, se recomienda mantener terapias físicas.

SEGUIMIENTO DE PACIENTE COVID

Paciente confirmado de COVID-19 con atención domiciliaria, no presentó durante su evolución disfunción respiratoria que requiera tratamiento hospitalario, se encuentra únicamente con su esposo el mismo que también se encuentra enfermo de COVID y si requirió de ingreso hospitalario para su tratamiento. Paciente recibió una dosis de vacuna SINOVAC.

Se da alta epidemiológica sin complicaciones.

DECIMO TERCER ENCUESTRO

TELEMEDICINA

Paciente que se encuentra en proceso de recuperación de la infección por COVID 19, al momento asintomática, se sugiere que hable con sus hijos para tratar de apoyarse con una cuidadora ya que durante el período de enfermedad pasaron solos y sin apoyo, al momento en la unidad de salud existe desabastecimiento de medicamentos para patologías crónicas, generando en la paciente gran angustia por la situación económica de la paciente.

VALORACIÓN POR MEDICINA INTERNA

Paciente es valorada por el servicio de medicina interna para mejorar control metabólico, sin embargo, valoración es dirigida a chequeo prequirúrgico pendiente por Oftalmología para cirugía de catarata, el mismo que no se realiza por encontrarnos en época de pandemia y mantenerse suspendidos los quirófanos.

VISITA DOMICILIARIA

Se reevalúa las condiciones de la vivienda actual, donde se evidencia un ambiente con mejores condiciones generales, mejor iluminación, limpieza, no existe humedad, no hay presencia de mascotas, se logra identificar que el acceso a la vivienda es a través de gradas por lo que podría representar un riesgo de caída para la paciente por su discapacidad visual y dismovilidad por gonartrosis, por lo que se da charlas para prevención de caídas. Se georreferencia nuevo domicilio.

DECIMO CUARTO

ATENCIÓN MEDICA

Paciente presenta valores glucémicos elevados por lo que se decide agregar al tratamiento metformina 850mg vía oral una vez al día, reforzar las medidas no farmacológicas del tratamiento. Paciente ha mantenido cifras tensionales normales por lo que no se realiza cambios en este aspecto.

En este encuentro se envió exámenes de control de hipotiroidismo T4 y TSH para su control posterior. Además, se evaluó resultado de electrocardiograma el mismo que no presenta alteraciones.

SEGUIMIENTO PSICOLOGÍA

Paciente refiere que su hija vino a visitarla desde España, al mirar la situación de la convivencia le ha propuesto que se vaya a vivir a España por lo que acepta y está decidida a irse, ya se encuentra su hija realizando los papeles para que paciente pueda ir y quedarse allá.

Paciente refiere sentir alivio y tranquilidad ya en su casa en presencia de su esposo tiene sensación que no ha sentido hace tiempo, refiere por otra parte la preocupación ya que su hijo privado de la libertad se encuentra realizando los papeles para la prelibertad y necesitaba notarizar documentos y como no contaba con dinero pidió prestado su nieta y su hija se enteran

y discuten por esta situación ya que el tema de su hijo siempre genera malestar en la casa y termina en discusión. Se trabaja en establecer límites en la comunicación.

DECIMO QUINTO ENCUENTRO

VALORACIÓN PSICOLOGÍA

Paciente refiere encontrarse motivada, tranquila con mejor estado de ánimo tras la visita de su hija desde España, refiere que empiezan a organizar papeles para solicitar visa para poder vivir en España ya que es una propuesta que les realizo su hija.

VISITA DOMICILIARIA

En la visita domiciliaria se evidencia valores glucémicos bajos, paciente refiere que su última comida es a las 5 de la tarde, se trabaja en asesoría nutricional con manejo de comidas cinco veces al día. Se suspende metformina de 850mg

Por presencia de dilataciones varicosas en miembros inferiores se envía referencia para cirugía vascular.

Paciente refiere que posterior al contagio de COVID de su esposo y al permanecer hospitalizado al retornar a su domicilio le pide perdón por el trato que le ha brindado y pone de manifiesto su compromiso de cambio por el bienestar integral individual y de pareja.

DECIMO SEXTO ENCUENTRO VISITA DOMICILIARIA

Se realiza visita domiciliaria, paciente refiere sentir alivio y tranquilidad ya en su casa su esposo ha cambiado de carácter, es más atento, cariñoso, han disminuido los conflictos, está feliz por realizar los papeles de prelibertad de su hijo.

CLUB GLUCOSITOS

Al retirarse varias restricciones del COE nacional, el club Glucositos del centro de salud número 1 reinicia sus actividades presenciales, en las que se realiza actividades de educación para la salud y mejor control de sus enfermedades crónicas, así como valoración nutricional, glucémica y de cifras tensionales.

Se planifica una actividad recreacional con los miembros del Club a la que la paciente inicialmente no iba a asistir por falta de recursos económicos pero posterior a conversar con su hija si va a participar.

DECIMO SÉPTIMO ENCUENTRO

SEGUIMIENTO DE PSICOLOGÍA

Paciente refiere estar cansada de los malos tratos de su esposo se educa en ciclos de violencia y autocuidado.

VISITA DOMICILIARIA

Se realiza visita domiciliaria cuyo objetivo principal es valorar posibles intervenciones a realizar en la familia, en virtud de que dentro de las principales preocupaciones de la paciente se encuentra la situación económica, por lo tanto, se plantea que se organice una reunión vía telefónica, o video llamada con sus hijos en España para mediar en una posible alternativa para que se redistribuyan los aportes económicos de sus hijos que al momento únicamente recaen sobre su hija menor. Además, la paciente menciona que persisten los conflictos con su pareja, nuevamente se comporta agresivo y le ocasiona daño psicológico.

En esta visita realizamos un acercamiento al esposo de la paciente inicialmente abordando su parte biológica, se le da indicaciones sobre sus enfermedades crónicas, se le enseña el uso de medicamentos y se le plantea la posibilidad de asistir a terapia psicológica como parte del abordaje integral a la paciente a la cual accede.

Otro de los motivos por los que la paciente se encuentra con un estado de ánimo deprimido es que no ha visto a su hijo hace 3 años por lo que se brinda las facilidades para que pueda reencontrarse con el mismo.

DECIMO OCTAVO ENCUENTRO

TERAPIA DE PAREJA

Se visita en domicilio a paciente adulta mayor como parte de actividades programadas para intervención familiar, paciente refiere que se siente mucho mejor posterior a visita a su hijo en la cárcel, ha mejorado su calidad de sueño y su estado de ánimo, además menciona que la relación con su esposo empieza a tener mejor comunicación, como parte de este proceso se realiza terapia de pareja utilizando meditación guiada y terapia cognitiva conductual, se educa en ciclos de violencia y se interviene para que el conyugue acepte acudir a psicoterapia. Se les indica medidas de fortalecimiento de la relación de pareja y se les facilita catarsis y reconciliación, estableciendo compromisos de basar su relación en el respeto, el apoyo y el cuidado mutuo.

HERRAMIENTAS DE SALUD FAMILIAR

FAMILIOGRAMA FAMILIA: NN

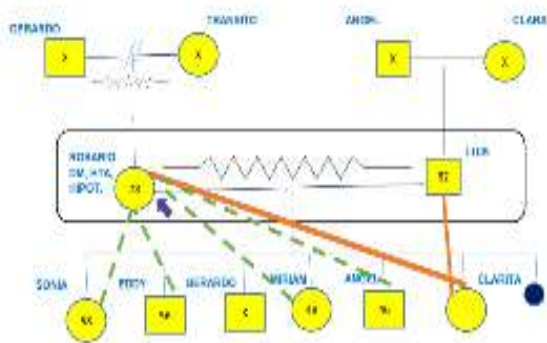


Figura 1: Familiograma estructural y funcional

TIPOLOGÍA FAMILIAR

Familia mononuclear, del tipo pareja sola, biparental, urbana, semiintegrada, tradicional, disfuncional, obrera, con redes de apoyo escasas, sin parientes cercanos.



Figura 2: ECOMAPA

REDES DE APOYO

La familia cuenta con escasas redes de apoyo durante las crisis, cuatro de sus hijos se encuentran fuera del país, de los cuales únicamente su hija menor les apoya para sus gastos familiares como pago de una cuidadora y arriendo.

La paciente de estudio asiste al Club de pacientes con Diabetes del centro de salud N 1 de la ciudad de Ibarra, el mismo que durante la pandemia dejó de funcionar, por la necesidad de distanciamiento social y la posibilidad de contagio en un grupo vulnerable, dejando de ser un pilar fuerte de educación diabetológica, además de recreativo.

Cuenta con dos amigas, que le visitan ocasionalmente y son un apoyo moral para la paciente, en una de esas visitas su amiga portadora de COVID le contagió a ella y su esposo.

Su cuidadora es un apoyo importante de lunes a viernes con las tareas domésticas y el traslado a los centros de asistencia médica, puesto que la paciente por su discapacidad visual y dismovilidad no puede trasladarse por sí misma.

La paciente no tiene conexión con su familia biológica pese a que es extensa y de posibilidades económicas no tiene buena relación, su padre a los 3 años la separó de su núcleo familiar, dos años después fallece y la deja bajo el cuidado de dos extraños que la emplearon

para trabajo infantil y en su adolescencia, no acudió a la escuela únicamente hasta primer año de educación básica, tampoco tiene buena relación con la familia de “acogida”.

Tiene una nieta, hija de su hijo privado de la libertad que ocasionalmente la visita.

APGAR FAMILIAR

Tabla 3. Apgar familiar aplicado a la paciente (Elaborado en el octavo encuentro)

FUNCIÓN	Nunca (0 puntos)	Casi nunca (1 punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.			X		
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.			X		
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.			X		
Me satisface como mi familia expresa efectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor... etc.			X		
Me satisface como compartimos en mi familia: a. El tiempo para estar juntos. b. Los espacios de la casa. c. El dinero			X		

(Díaz y Armas, 2007)

Resultado: la interpretación del puntaje obtenido fue de 10

- Función familiar normal: valor de 17-20 puntos.

- Disfunción leve: valor de 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: valor de 12-10 puntos.
- Disfunción severa: valor de 9 puntos o menos.

Tabla 4. Aplicación de Apgar familiar a esposo de la paciente

FUNCIÓN	Nunca (0puntos)	Casi nunca (1punto)	Algunas veces (2 puntos)	Casi siempre (3 puntos)	Siempre (4 puntos)
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.				X	
Me satisface la participación que mi familia me brinda y me permite.				X	
Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.				X	
Me satisface como mi familia expresa efectos y responde a mis emociones, como rabia, tristeza, amor... etc.				X	
Me satisface como compartimos en mi familia: d. El tiempo para estar juntos. e. Los espacios de la casa. f. El dinero				X	

(Díaz y Armas, 2007)

Resultado: la interpretación del puntaje obtenido es de 15

- Función familiar normal: valor de 17-20 puntos.

- Disfunción leve: valor de 16-13 puntos.
- Disfunción moderada: valor de 12-10 puntos.
- Disfunción severa: valor de 9 puntos o menos.

Tabla 5. Crisis familiares identificadas

NORMATIVAS	NO NORMATIVAS
Jubilación	Migración de los hijos a España
Cambios propios del envejecimiento	Hijo privado de la libertad
Problemas relacionados con la sexualidad de la pareja.	Perdida de la salud por enfermedades crónicas no controladas
	Violencia intrafamiliar

Comentado [fj1]: Numerar y titular las tablas

Tabla 6. Propiedades del sistema

Equifinalidad	Parcial	Retroalimentación	Parcial/ mala comunicación
Limites	rígidos	Adaptación	Parcial
Homeostasis	Ausente	Totalidad	Presente
Entropía	Reglas y roles no se cumplen a cabalidad		

En esta familia se evidenció que presenta dentro de las propiedades del sistema debido a la falta de comunicación de sus integrantes y límites rígidos, no hay una equifinalidad de sus integrantes en la mayoría de sus objetivos por lo que consideramos que esta es parcial, además los límites establecidos en esta pareja son rígidos, la mayoría de decisiones son tomadas por el esposo y al ser dependiente económicamente se restringe para opinar, no hay homeostasis porque esta familia no ha logrado conseguir un equilibrio en medio de las crisis y adaptarse. Los dos integrantes de la familia tienen una mala comunicación que mejoró posterior a la intervención realizada. Durante las crisis hay totalidad en la afectación de sus integrantes. Cabe recalcar que al haber roles de género inflexibles y no adaptados a la condición de salud de la paciente, sino basados más bien en un régimen patriarcal no hay entropía.

Tabla 7. Funciones de la familia

REPRODUCTORA	Cumplida
AFECTIVA	Con conflictos
SOCIALIZADORA	Satisfactoria
PROTECTORA	Parcial

Tabla 8. Subsistemas familiares

HOLON PARENTAL	Conflictivo, mala relación padres e hijos, un hijo privado de la libertad.
HOLON CONYUGAL	Mala comunicación, violencia intrafamiliar, ausencia de límites claros.
HOLON FRATERNAL	Mala relación entre hermanos no existe totalidad entre ellos.
HOLON INDIVIDUAL	No existe plenitud en el cumplimiento de los roles individuales, sensación de frustración.
ALIANZAS/ COALICIONES	Alianza madre-hija (paciente/hija menor), coalición entre hermanos contra sus padres.

Tabla 9. Roles

ROL DE ESPOSOS	Mala comunicación, peleas, violencia intrafamiliar
ROL PARENTAL	El padre exige tener la jerarquía absoluta en cuanto a los hijos, existe distanciamiento con los hijos producto de la migración, tener un hijo privado de la libertad genera conflicto entre los padres, angustia y depresión en la madre.
ROL DE HERMANOS	No hay una buena relación entre hermanos, prima la individualidad y no la totalidad.

Tabla 10. Límites

SEMIPERMEABLES	X	RÍGIDOS	X	DIFUSOS	
----------------	---	---------	---	---------	--

En esta familia se pudo evidenciar que generalmente las decisiones son tomadas por el esposo de la paciente, no existe flexibilidad, ni acuerdos por lo que se consideran rígidos.

NORMAS

La familia tiene escasas normas establecidas por falta de comunicación de sus integrantes, la paciente es dependiente de su esposo económicamente por lo cual se siente presionada a obedecer lo que su esposo le indica, generándole insatisfacción.

Tabla 11. Ciclo de vida de la pareja

ETAPA	CARACTERÍSTICAS	OBSERVACIONES
Lucha por el poder (si él o ella cambiase todo saldría mejor)	Alguien deja de cumplir roles, hay reclamos, peleas, se culpabiliza al otro	Pese a que la pareja debería encontrarse en una etapa de generatividad, se han quedado suspendidos en esta etapa por los conflictos entre ellos, la violencia intrafamiliar de tipo psicológica y económica de parte del esposo.

Adaptado de: Libro Entre voces y silencios, las familias por dentro. (Diaz y Armas, 2007)

Tabla 12. Ciclo de vida individual y etapa del desarrollo individual de Erickson

EDAD CRONOLÓGICA			ETAPA	VIRTUD LOGRADA	RELACIONES SIGNIFICATIVAS	OBSERVACIONES	INTEGRANTES
ADULTO MAYOR 65+	ANCIANO MAYOR (76-85)	Soy lo que me sobre vive”	INTEGRIDAD VS DESESPERACIÓN	Sabiduría	Humanidad	Aceptación de autobiografía, sabiduría dada por los años, no temer a la muerte	Los dos integrantes de la familia se encuentran en esta etapa.

Adaptado del Libro Entre voces y silencios, las familias por dentro. (Diaz y Armas, 2007)

Tabla13. Dispensarización

INTEGRANTE	CONDICIÓN DE SALUD	GRUPO DE DISPENSARIZACION	FRECUENCIA DE EVALUACIÓN
Anciana mayor femenina	Obesa, diabetes mellitus descompensada, HTA, discapacidad visual, claudicación intermitente, riesgo social, depresión	IV Con secuelas o discapacidad	4 visitas al año
Anciano mayor masculino	Cardiopatía isquémica, discapacidad auditiva, cáncer de vejiga en remisión, EPOC	IV Con secuelas o discapacidad	4 visitas al año

Adaptado de: Manual del Modelo de Atención Integral de Salud 2018

EXÁMENES

EXAMEN	SEGUNDO ENCUENTRO	RESULTADOS
Glucosa en ayunas		354 mg/dL
Glucosa postprandial		282 mg/dL
Creatinina		0.99 mg/dL
Hemoglobina Glicosilada		9.7 %
EMO		Ph 7, leucocitos (-), nitritos (-), proteínas (-), glucosa (+), c. Cetonicos (-), urobilinogeno (-), bilirrubina (-), sangre (-), hemoglobina (-). Bacterias: (+) mixta, piocitos: 2-3 x campo. Cristales fosfatos amorfos (++)

EXAMEN	QUINTO ENCUENTRO	RESULTADOS
Glucosa capilar		300mg/dL
Hemoglobina glicosilada		8.4 %

EMO	Glucosa (+)
EXAMEN	RESULTADOS
Glucosa en ayunas	174 mg/dL
Glucosa postprandial	240 mg/dL
Creatinina	0.79 mg/dL
Urea	26
Hemoglobina Glicosilada	9 %
EMO	Ph 7 leucocitos (++) , nitritos (+), proteinas (-), glucosa (-), c. Cetonicos (-), urobilinogeno (-), bilirrubina (-), sangre (-) , hemoglobina (-). Bacterias: (++) mixta, piocitos: 30-40 x campo. Cristales fosfatos amorfos (++) .

EXAMEN	DECIMO ENCUENTRO	RESULTADOS
Glucosa en ayunas		120 mg/dL
Glucosa postprandial		172 mg/dL
Creatinina		0.8 mg/dL
Urea		48
Hemoglobina Glicosilada		7.63 %
HDL		42.44 mg/dL
LDL		152 mg/dL
Triglicéridos		224 mg/dL
TSH		4.2 μ Ui/ml

T4	8.52 ug/dL
----	------------

EXAMEN	DECIMO SEPTIMO	RESULTADOS
Glucosa en ayunas		80 mg/dL
Glucosa postprandial		177 mg/dL
Creatinina		0.8 mg/dL
Urea		48
Hemoglobina Glicosilada		8.4%
Colesterol		201
LDL		100
Triglicéridos		166
EMO		Ph 7.1 leucocitos (-), nitritos (-), proteínas (-), glucosa (-), c. Cetonicos (-), urobilinogeno (-), bilirrubina (-), sangre (-), hemoglobina (-). Bacterias: (-) mixta, picocitos: 1-2 x campo.

EXAMEN	DECIMO ENCUENTRO	RESULTADOS
ELECTROCARDIOGRAMA		FC 75xmin, ritmo sinusal, Eje 90 ⁰ , Onda p 0.08seg, PR 0.16, QRS 0.08, QT 0.36, Lesión (-), Isquemia T aplanada en plano frontal, Infarto (-), Crecimientos (-)

Diagnósticos: Alteración en la repolarización ventricular. Normalidad.

CURVAS DE CONTROL GLUCÉMICO

Comentado [fj2]: Colocar el título y numeración de los gráficos

Gráfico 1. Curva de control de glicemia en ayunas

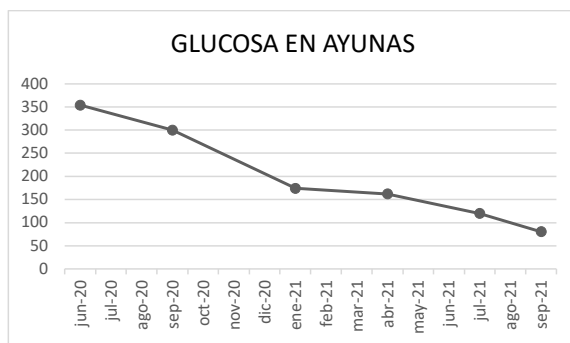


Gráfico 2. Curva de control de hemoglobina glicosilada

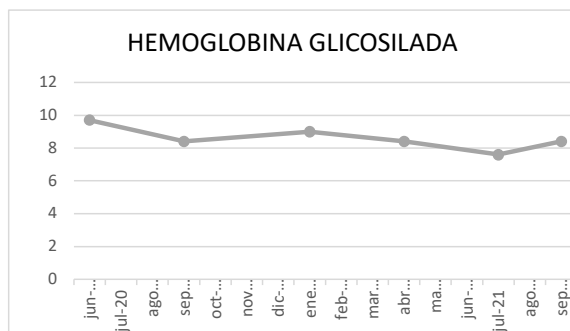


Gráfico 3. Curva de control de glucosa posprandial

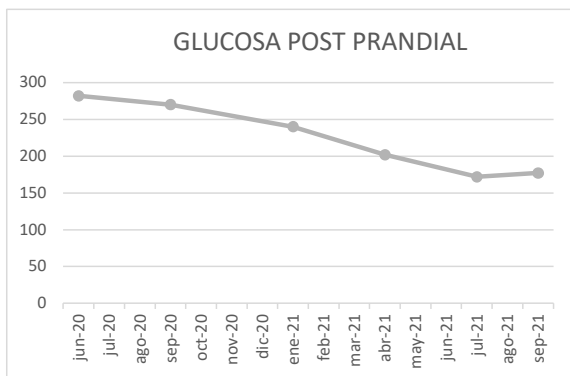


Tabla 14. Problemas de salud actuales, estado e intervención realizada

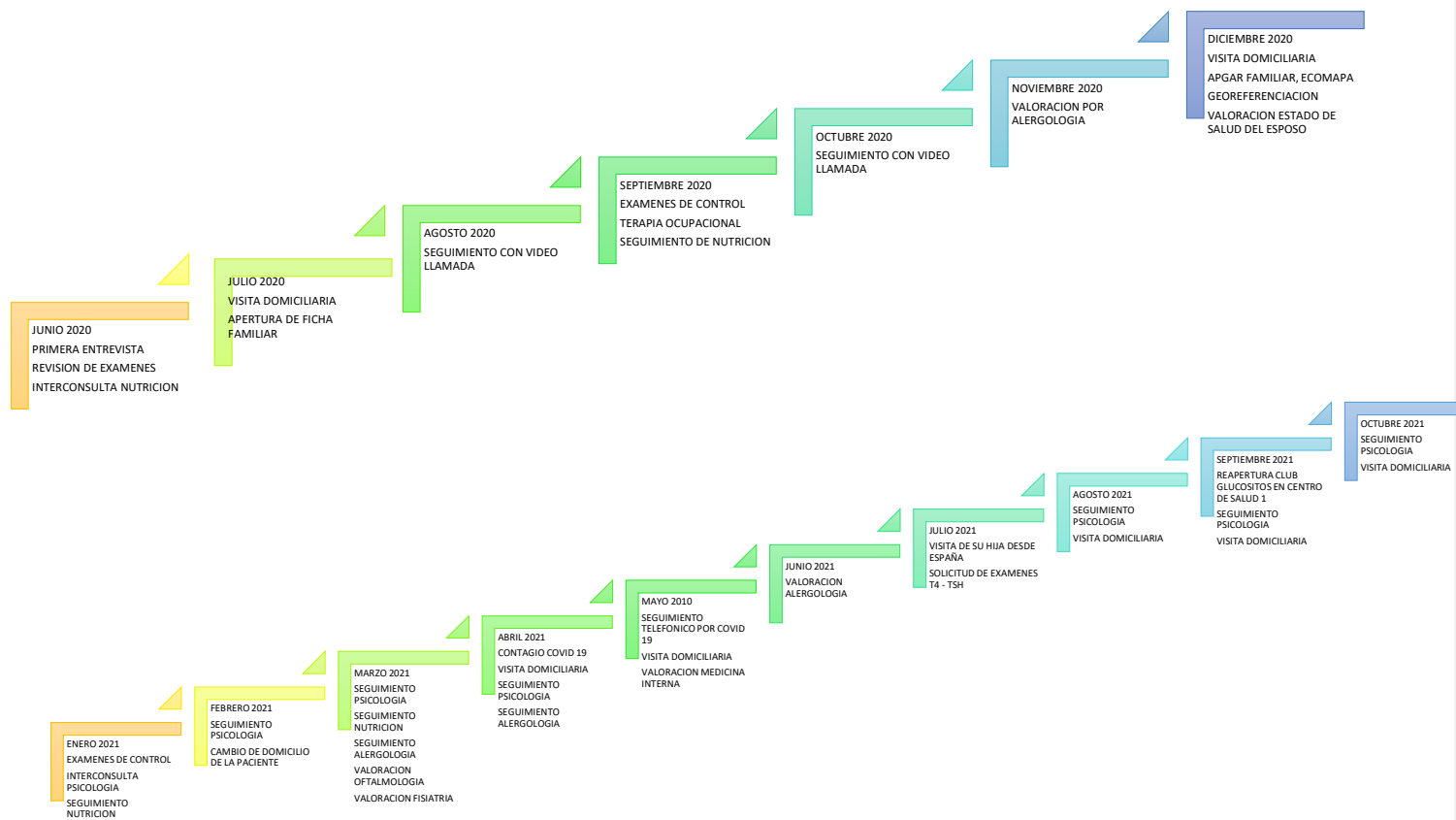
PROBLEMA	ESTADO	INTERVENCIÓN
BIOLÓGICOS		
Diabetes mellitus tipo 2 descompensada	Resuelto	Control integral del paciente con diabetes, apoyo de equipo multidisciplinario, inclusión en Club de personas con diabetes "Glucositos"
Hipertensión arterial esencial controlada	Estable	-Control integral del paciente con hipertensión -Intervención nutricional, educación sobre su enfermedad sus complicaciones y evolución, Importancia de adherencia al tratamiento
Obesidad no especificada	En proceso de resolución.	-Se indicó plan de actividad física que no se logró realizar por gonartrosis, se realizó trabajo multidisciplinario con psicología y nutrición para control de la ansiedad y asesoría nutricional.
Gonartrosis izquierda	No resuelto	Se refirió a servicio de traumatología para valoración de tratamiento quirúrgico el mismo que no está disponible por situación de la pandemia.
Hipotiroidismo no especificado controlado	Estable	Se mantiene en tratamiento con Levotiroxina con controles de TSH adecuados.

Catarata senil	No resuelto	Se realizó tramite de referencia a especialidad de Oftalmología la mismo que no llegó a ser concretada por falta de disponibilidad de turnos en dicha especialidad en consulta externa, además de limitada capacidad resolutive en el hospital de segundo nivel de la ciudad.
Claudicación intermitente	En proceso de valoración	Se refirió a paciente a segundo nivel a la especialidad de cirugía vascular, la misma que indica continuar con control metabólico y tratamiento con pregabalina por diagnóstico de neuropatía diabética, no se puede indicar rehabilitación vascular hasta mejorar condiciones de dolor.
GERIATRICOS		
Depresión leve	En proceso de resolución	Paciente que está recibiendo psicoterapia mensual más apoyo de medicina familiar con escucha activa e intervención familiar y de pareja.
Existe riesgo social	En proceso de resolución	Paciente con múltiples condiciones y riesgos que la predisponen a sufrir daño o vulnerabilidad, se intervino en la red de apoyo familiar para mejorar las condiciones ambientales y de infraestructura del domicilio. Se ha logrado disminuir los episodios de violencia intrafamiliar y fortalecer la relación de pareja, se indicaron guías anticipatorias para manejo de recursos económicos y distribución de estos. A través de la intervención familiar y sus redes de apoyo se logró que se implemente una cuidadora que los acompaña a sus controles médicos.
Prefrágil	En proceso de resolución	Con el abordaje integral de la paciente se ha disminuido el riesgo de fragilidad, aumentando la velocidad de la marcha, instruyendo al paciente la ejecución de actividad física.
Riesgo de malnutrición	En proceso de resolución.	Se ha realizado educación nutricional a la paciente para mejorar su índice de masa

		corporal, reducir el perímetro abdominal, evitar pérdida de masa muscular.
Dismovilidad 1B	En proceso de resolución	A través del manejo del dolor y rehabilitación físico ha mejorado su movilidad, sin embargo, aún se mantiene en esta clasificación ya que la resolución definitiva es de tratamiento quirúrgico.
Riesgo alto de caídas	Resolución parcial	Al mejorar el dolor crónico ha mejorado la movilidad de la paciente, sin embargo, persiste en la toma de medicamentos, su deambulacion aun no es segura.
Riesgo moderado de úlceras por presión	En proceso de resolución	La paciente ha mejorado su movilidad, pero aún deben intervenir otros factores para que el riesgo UPP desaparezca
PROBLEMAS PSICOSOCIALES		
Pobreza quintil 2	No resuelto	No ha sido posible articular la intervención con el MIES, a través de la intervención en la familia se ha logrado que haya un aporte externo principalmente de su hija de España para facilitar la satisfacción de sus necesidades básicas.
Escasas redes de apoyo	resolución parcial	Pese a la intervención realizada como médicos familiares, la paciente no cuenta con parientes próximos cercanos, la relación con su familia biológica de origen es nula, 4 de sus hijos viven en España y uno esta privado de la libertad. Se ha logrado que continúe insertada en el club de pacientes con Diabetes lo que facilita la atención médica al ser un grupo priorizado.
Violencia Intrafamiliar	En proceso de resolución	Mediante apoyo multidisciplinario se ha logrado disminuir en un 75%, la tensión de pareja y los eventos de violencia psicológica.
Malas condiciones de la vivienda	Resuelto	A través de la intervención familiar se logró que su hija les costee una nueva vivienda que cuenta buenas condiciones estructurales e higiénicas.
Mala adherencia al tratamiento	Resuelto	Al brindar a la paciente capacitación sobre su enfermedad

		y resolver parcialmente el problema para adquirir los medicamentos se ha mejorado su adherencia al tratamiento. Sin embargo, persisten las dificultades económicas para adquirir sus medicamentos en caso de requerirlo.
Baja escolaridad	No resuelto	Es un problema que no se ha logrado modificar, pero se han adecuado las intervenciones acordes a su escolaridad cuidando de usar un lenguaje apropiado para cada recomendación.

Gráfico 4. Línea del tiempo



ANÁLISIS

Las personas con enfermedades crónicas no transmisibles durante la pandemia presentaron repercusiones en su estado de salud, esto generó problemas en el aspecto físico, psicológico, social ya que nuestro país no estaba preparado para asumir este tipo de eventos y la prioridad fue el manejo de pacientes que presentaban COVID 19, dejando a un lado a pacientes con otro tipo de patologías. La pandemia trajo consigo problemas en el estado emocional, provocó incertidumbre por saber el tiempo y cura para esta enfermedad, provocó alteraciones en la administración de medicamentos, medidas terapéuticas, entorno social, relaciones interfamiliares, los pacientes no tenían acceso a la educación de su patología por parte del personal de salud y la relación médico paciente se fue afectando al no existir el contacto físico.

Más allá del riesgo de contagio los pacientes adquirieron complicaciones en patologías que presentaban con anterioridad y adquirieron nuevas patologías sobre todo de índole psicoafectivas donde prevalecía el miedo, angustia, ansiedad, depresión; en los primeros meses de pandemia no existió acceso adecuado a centros de salud, hospitales y esto generó complicaciones en sus enfermedades por falta de adherencia a su tratamiento, además de cambios en su estado de ánimo en donde predominaba el estrés; de aquí la importancia de poder compartir con familiares cercanos teniendo nuestro caso de estudio como agravante la migración de sus hijos.

En nuestro primer encuentro con la paciente se identificó un inadecuado control de la glucosa mediante la anamnesis, examen físico y exámenes complementarios, esto debido a la falta de medicación que presentaba la paciente por no poder salir de su domicilio, por falta de medicamentos que no podían ser dotados por parte del centro de salud y por falta de adherencia de desarrollo de actividades cotidianas secundarias al aislamiento por la pandemia en donde se inicia con valoración en conjunto por parte de nutrición y seguimiento en forma mensual y luego trimestralmente.

Al realizar la primera visita domiciliaria se evidencia una vivienda en malas condiciones de estructura y salubridad con exposición a factores de riesgo como humedad, mala iluminación, heces de animales en los pasillos, esto es debido a que por falta de recursos económicos no pueden buscar otra vivienda, ya que lo poco que tienen sirve para alimentación y en época de pandemia el dinero es destinado para adquirir medicación para la paciente quien en ocasiones

por ahorrar este recurso económico no se administra dosis completas de insulina, por tal motivo se dialoga con la hija que vive en España quien indica desconocer la realidad de las condiciones en donde se desarrollaban sus padres y decide viajar a nuestro país con el compromiso de brindar apoyo a su familia, aquí se establecen redes de apoyo; por otra parte existe el trabajo de la paciente con mayor desarrollo de actividades físicas, alimentación saludable y buena adherencia al tratamiento con lo que mejoran niveles glucémicos.

Las aperturas de ficha familiar nos permiten identificar violencia intrafamiliar, alteraciones afectivas por parte de la paciente y estrés en la pareja por lo que se decide el apoyo del área de psicología incluso porque paciente indica que tiene un hijo privado de libertad y eso genera mayor inestabilidad en la familia.

Las herramientas de medicina familiar como Ecomapa y Apgar Familiar nos permitieron identificar escasas redes de apoyo con las que cuenta esta familia y la disfuncionalidad de tipo moderada, así se decide poner en práctica psicoterapia y el apoyo integral de su hija de España.

La valoración permanente del área de psicología permitió generar catarsis permanentes por parte de la paciente, escucha activa, acompañamiento emocional y terapia conductual que permitieron generar autocuidado, elevación de autoestima y empoderamiento por parte de la paciente.

A pesar de las normas emitidas en cada encuentro sobre COVID 19 existió el contagio por parte de la pareja de COVID 19 sin presentar complicaciones, posterior a la valoración como casos positivos se idéntico un mayor apego por parte del esposo ya que temía por la vida de su pareja, su propia vida y porque aprendió a valorar a la persona que tenía a su lado, al ser una pareja en nido vacío y debido a migración de los hijos tuvieron que pasar la pandemia solos y fue esto que motivo a su hija a visitarlos para convertirse en su red de apoyo permanente junto con una cuidadora y el cambio de domicilio lo que genero motivación a la pareja, al entrar en contacto con un miembro de la familia se pudo establecer cambios dietéticos, terapia ocupacional, psicoterapia ya que al darse cuenta de las necesidades de sus padres se ha comprometido a brindar el apoyo incondicional hasta conseguir que ellos fueran a vivir a España para poder tenerlos cerca, cuidarlos y brindarles mejores condiciones de vida.

El impacto del confinamiento generó alteraciones biopsicosociales con secuelas que están presentes hasta la actualidad, ya que existió alteraciones en la alimentación por abandono de dietas al no poder dotarse de alimentos saludables o falta de dinero, la paciente ya no realizaba actividad física ya que no encontraban motivación al realizarla dentro de casa, por

otra parte, la falta de dinero al no poder comprar medicamentos genero falta de adherencia en su tratamiento ya que no había dotación de medicamentos en el sistema de salud hasta que se estableció estrategias de contacto entre médicos y pacientes a través de la telemedicina en donde se abre la posibilidad de un control con pacientes crónicos, acorta tiempo de atenciones, abarata costos de traslado, reduce las molestias derivadas de la presencialidad al no tener contacto con otras personas y permite salvaguardar la seguridad y la confidencialidad junto con empatía y confianza a través de las video llamadas.

CONCLUSIONES

1. El sistema de salud ecuatoriano no estaba preparado en infraestructura física, equipamientos y personal para afrontar este tipo de pandemias que en cualquier momento puede aparecer a nivel mundial y la falta de recursos económicos en el país para salud genero deficiencias para el manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en este tipo de situaciones, donde se dio prioridad al manejo del COVID 19.
2. El aislamiento social para evitar y controlar los contagios por COVID 19 produjo enfermedades principalmente a nivel psicosocial y físico por tal motivo es de vital importancia trabajar en el fortalecimiento e identificación de redes a apoyo del entorno familiar y social de cada individuo.
3. Los problemas sociales generados por la migración por falta de recursos económicos en nuestro país que se suscitaron hace años se reflejan hoy al encontrar hogares y familias disfuncionales, desestructurados generando mayores problemas en la salud de las personas.
4. El área médica tuvo la oportunidad de innovar y buscar nuevas alternativas para poder atender y asistir a los pacientes mediante la telemedicina que ayudó a brindar apoyo a los pacientes con enfermedades crónicas no trasmisibles, además de poner en práctica la terapia ocupacional a nivel domiciliario que contribuyo al control del deterioro cognitivo, físico y conductual de los pacientes permitiendo generar mayores lazos de unión en familia.

RECOMENDACIONES

1. Se debe implementar protocolos de manejo frente a pandemias catástrofes en donde se establezca el abordaje integral que deben tener los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el centro de salud No. 1, Ibarra en donde existe la cobertura física, entrega de medicamentos e insumos, el personal médico capacitado y la comunicación asertiva mediante la empatía a los usuarios.
2. El estado debe preocuparse más en asignar los recursos necesarios para poder afrontar este tipo de pandemias en forma eficiente, mejorando el sistema de atención de salud con el uso adecuado de insumos y medicamentos, a través de telemedicina, visitas domiciliarias siendo de vital importancia el trabajo en la prevención, educación y motivación para este tipo de emergencias sanitarias.
3. Se debe concientizar a las personas en un cuidado permanente frente a la pandemia sin descuidar los protocolos de bioseguridad para evitar posibles contagios creando una buena relación médico paciente, aportando para que exista un buen ambiente familiar funcional y estructurado que es uno de los pilares para estabilizar la salud de los pacientes es por eso que el médico de familia debe continuar siendo un eje importante en el primer nivel de salud.
4. El personal sanitario debe ser más valorado en este tipo de eventos, se debe de dotar del equipo de protección personal adecuado y permanente que garantice su integridad física, psicológica, y de su ambiente familiar para que pueda tener contacto con los pacientes en cualquier lugar y circunstancia en donde se pueda establecer un adecuado diagnóstico integral y el manejo de enfermedades crónicas no trasmisibles.

Comentado [fj3]: En base a sus observaciones, también sería importante mencionar la importancia de las redes de apoyo tales como familiares o conocidos de las personas ECNT; así como la importancia de la gestión adecuada y oportuna de los recursos asignados en las crisis sanitarias, además que impacto puede tener la participación de actores sociales, etc.

CITAS BIBLIOGRAFICAS

- Secretaría Técnica Plan Toda una vida. (2020). *Emergencia Sanitaria por COVID-19 incorpora medidas de prevención para grupos de atención prioritaria*. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de <https://www.todaunavida.gob.ec/emergencia-sanitaria-por-covid-19-incorpora-medidas-de-prevencion-para-grupos-de-atencion-prioritaria/>
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación* (Sexta edición ed.). Caracas: Editorial Episteme C.A. Recuperado el 31 de agosto de 2020, de https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/07/fidias_g-_arias-_el_proyecto_de_investigacic3a3c2b3n_6ta-_edicic3a3c2b3n1.pdf

Grau, J. (Agosto de 2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, 7(2), 138-166. Recuperado el 19 de octubre de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf>

Hernández, R., Fernandez, c., & Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México: Mc Graw Hill. Recuperado el 21 de octubre de 2020, de <http://www.pucesi.edu.ec/webs/wp-content/uploads/2018/03/Hern%C3%A1ndez-Sampieri-R.-Fern%C3%A1ndez-Collado-C.-y-Baptista-Lucio-P.-2003.-Metodolog%C3%ADa-de-la-investigaci%C3%B3n.-M%C3%A9xico-McGraw-Hill-PDF.-Descarga-en-l%C3%ADnea.pdf>

Laspiur, S. (2014). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles* (Primera ed.). Ministerio de Salud de la nación. Recuperado el 19 de octubre de 2020, de <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento147.pdf>

Martínez, V. (2020). *“Abordaje de las enfermedades crónicas en el sistema público de salud: los modos y formas de atención en el tratamiento de enfermedades crónicas desde la perspectiva del paciente.* Titulación de Magister, FLACSO Argentina, Relaciones Internacionales, Buenos Aires. Recuperado el 18 de octubre de 2020, de <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/16374/T-FLACSO-2020VMG.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Ministerio de Salud. (26 de febrero de 2019). Política nacional para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles. *Primera edición*, 36. San Salvador: Ministerio de Salud. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/300054/download>

Ministerio de Salud de Chile. (2020). *Plan de acción Coronavirus COVID-19*. Plan de acción, Ministerio de Salud, Chile. Recuperado el 18 de octubre de 2020, de <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/653/Orientaci%C3%B3n%20de%20manejo%20y%20seguimiento%20de%20pacientes%20con%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20en%20contingencia%20COVID-19%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed>

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan estratégico nacional para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT*. Plan estratégico, Dirección

General de Salud, Quito. Recuperado el 18 de octubre de 2020, de https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ECU_B3_plan_estragico_nacional_msp_final..pdf

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Homologación de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema nacional de Salud*. Tipología de homologación, Gobierno del Ecuador, Quito. Recuperado el 19 de octubre de 2020, de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Acuerdo%20Tipolog%C3%ADa1203.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estrategia nacional. Abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021*. San José: Ministerio de Salud Costa Rica. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CRI_B3_COR_Libro_Estrategia_ECNT.pdf

Organización Mundial de la Salud. (10 de mayo de 2020). *Consideraciones relativas a las medidas de salud pública y sociales en el lugar de trabajo en el contexto de la COVID-19*. Recuperado el 21 de octubre de 2020, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332084/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-Workplaces-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo*. Recuperado el 19 de octubre de 2020, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1543:2012-integrated-disease-management&Itemid=1353&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (26 de mayo de 2020). *Directora de la OPS dice que la lucha contra la pandemia COVID-19 debe incluir atención de enfermedades crónicas*. Recuperado el 21 de octubre de 2020, de <https://www.paho.org/es/noticias/26-5-2020-directora-ops-dice-que-lucha-contrapandemia-covid-19-debe-incluir-atencion>

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (30 de enero de 2018). *Dominios Académicos y Líneas de*. (D. G. Académica, Editor) Recuperado el 16 de octubre de 2020, de

<https://www.puce.edu.ec/intranet/documentos/Reglamentos/PUCE-SG-Dominios-Academicos-y-Lineas-de-Investigacion.pdf>

Ruiz, R. (2007). *El Método Científico y sus Etapas*. México: Editorial Trillas. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0256.pdf>

Sabino, C. (1992). *Proceso de investigación*. Caracas: Panapo. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/el-proceso-de-investigacion_carlos-sabino.pdf

Tello, S. (2020). *Evaluación de satisfacción de la implementación de estrategias de telemonitoreo y teleorientación domiciliaria para la atención de pacientes crónicos en el Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia COVID 19 en el período Abril a Septiembre de 2020* Lim. Trabajo académico para optar al título de especialista en administración de salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina, Lima. Recuperado el 18 de octubre de 2020, de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/8380/Evaluacion_TellodelMar_Solania.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Díaz Muñoz, L., & Armas Guerra, N. (2007). *Entre voces y silencios, las familias por dentro*. Cámara ecuatoriana del libro- núcleo pichincha.

BIBLIOGRAFÍA

Secretaría Técnica Plan Toda una vida. (2020). *Emergencia Sanitaria por COVID-19 incorpora medidas de prevención para grupos de atención prioritaria*. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de <https://www.todaunavida.gob.ec/emergencia-sanitaria-por-covid-19-incorpora-medidas-de-prevencion-para-grupos-de-atencion-prioritaria/>

Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación* (Sexta edición ed.). Caracas: Editorial Episteme C.A. Recuperado el 31 de agosto de 2020, de https://trabajosocialudocpno.files.wordpress.com/2017/07/fidias_g_arias_-_el_proyecto_de_investigacion3a3c2b3n_6ta_edicion3a3c2b3n1.pdf

Castelazo, C. (2014). TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ADULTO MAYOR. *Homewatch Caregivers*.

Grau, J. (Agosto de 2016). Enfermedades crónicas no transmisibles: Un abordaje desde los factores psicosociales. *Salud & Sociedad*, 7(2), 138-166. Recuperado el 19 de octubre de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439747576002.pdf>

Hernández, R., Fernández, c., & Baptista, P. (2008). *Metodología de la investigación* (Quinta ed.). México: Mc Graw Hill. Recuperado el 21 de octubre de 2020, de <http://www.pucesi.edu.ec/webs/wp-content/uploads/2018/03/Hern%C3%A1ndez-Sampieri-R.-Fern%C3%A1ndez-Collado-C.-y-Baptista-Lucio-P.-2003.-Metodolog%C3%ADa-de-la-investigaci%C3%B3n.-M%C3%A9xico-McGraw-Hill-PDF.-Descarga-en-l%C3%ADnea.pdf>

Laspiur, S. (2014). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles* (Primera ed.). Ministerio de Salud de la nación. Recuperado el 19 de octubre de 2020, de <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento147.pdf>

Martínez, V. (2020). *“Abordaje de las enfermedades crónicas en el sistema público de salud: los modos y formas de atención en el tratamiento de enfermedades crónicas desde la perspectiva del paciente.* Titulación de Magister, FLACSO Argentina, Relaciones Internacionales, Buenos Aires. Recuperado el 18 de octubre de 2020, de <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/10469/16374/T-FLACSO-2020VMG.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Ministerio de Salud. (26 de febrero de 2019). Política nacional para el abordaje integral de las enfermedades no transmisibles. *Primera edición*, 36. San Salvador: Ministerio de Salud. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de <https://www.transparencia.gob.sv/institutions/minsal/documents/300054/download>

Ministerio de Salud de Chile. (2020). *Plan de acción Coronavirus COVID-19*. Plan de acción, Ministerio de Salud, Chile. Recuperado el 18 de octubre de 2020, de <http://bibliodigital.saludpublica.uchile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/653/Orientaci%C3%B3n%20de%20manejo%20y%20seguimiento%20de%20pacientes%20con%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20en%20contingencia%20COVID-19%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed>

Ministerio de Salud Pública. (2011). *Plan estratégico nacional para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles - ECNT*. Plan estratégico, Dirección

General de Salud, Quito. Recuperado el 18 de octubre de 2020, de https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/ECU_B3_plan_estragico_nacional_msp_final..pdf

Ministerio de Salud Pública. (2012). *Homologación de los establecimientos de salud por niveles de atención del Sistema nacional de Salud*. Tipología de homologación, Gobierno del Ecuador, Quito. Recuperado el 19 de octubre de 2020, de <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Acuerdo%20Tipolog%C3%ADa1203.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Estrategia nacional. Abordaje integral de las enfermedades crónicas no transmisibles y obesidad 2013-2021*. San José: Ministerio de Salud Costa Rica. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/CRI_B3_COR_Libro_Estrategia_ECNT.pdf

Organización Mundial de la Salud. (10 de mayo de 2020). *Consideraciones relativas a las medidas de salud pública y sociales en el lugar de trabajo en el contexto de la COVID-19*. Recuperado el 21 de octubre de 2020, de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332084/WHO-2019-nCoV-Adjusting_PH_measures-Workplaces-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Panamericana de la Salud. (2012). *Manejo integrado de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo*. Recuperado el 19 de octubre de 2020, de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1543:2012-integrated-disease-management&Itemid=1353&lang=es

Organización Panamericana de la Salud. (26 de mayo de 2020). *Directora de la OPS dice que la lucha contra la pandemia COVID-19 debe incluir atención de enfermedades crónicas*. Recuperado el 21 de octubre de 2020, de <https://www.paho.org/es/noticias/26-5-2020-directora-ops-dice-que-lucha-contrapandemia-covid-19-debe-incluir-atencion>

Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Pontificia Universidad Católica del Ecuador. (30 de enero de 2018). *Dominios Académicos y Líneas de*. (D. G. Académica, Editor) Recuperado el 16 de octubre de 2020, de

<https://www.puce.edu.ec/intranet/documentos/Reglamentos/PUCE-SG-Dominios-Academicos-y-Lineas-de-Investigacion.pdf>

Ruiz, R. (2007). *El Método Científico y sus Etapas*. México: Editorial Trillas. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0256.pdf>

Sabino, C. (1992). *Proceso de investigación*. Caracas: Panapo. Recuperado el 20 de octubre de 2020, de https://metodoinvestigacion.files.wordpress.com/2008/02/el-proceso-de-investigacion_carlos-sabino.pdf

Tello, S. (2020). *Evaluación de satisfacción de la implementación de estrategias de telemonitoreo y teleorientación domiciliaria para la atención de pacientes crónicos en el Hospital Cayetano Heredia durante la pandemia COVID 19 en el período Abril a Septiembre de 2020* Lim. Trabajo académico para optar al título de especialista en administración de salud, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Medicina, Lima. Recuperado el 18 de octubre de 2020, de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/8380/Evaluacion_TellodelMar_Solania.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Díaz Muñoz, L. y Armas Guerra, N. (2007). *Entre voces y silencios, las familias por dentro*. Quito, Ecuador: Cámara Ecuatoriana del Libro - Núcleo de Pichincha.

Castelazo, C. (2014). TERAPIA OCUPACIONAL EN EL ADULTO MAYOR. *Homewatch Caregivers*.<http://mexicodf.hwcglat.com/2018/06/14/terapia-ocupacional-en-el-adulto-mayor/>

Díaz Muñoz, L., & Armas Guerra, N. (2007). *Entre voces y silencios, las familias por dentro*. Cámara ecuatoriana del libro- núcleo pichincha.

ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

"ESTUDIO DE CASO: ABORDAJE INTEGRAL Y ESTRATEGIAS DE MANEJO DE ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN UNA PACIENTE ADULTA MAYOR CON RIESGO PSICOSOCIAL DEL CENTRO DE SALUD NO. 1 IBERIA DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID-19 EN EL PERIODO 2020-2021"

Investigadores

- Inés Cristina Navarroy Revelo Posgradista Medicina Familiar y Comunitaria PUCB
- Lorena Elizabeth Lima Armas Posgradista Medicina Familiar y Comunitaria PUCB
- Paola Gabriela Maza Brito Docente Pontificia Universidad Católica del Ecuador-PUCB

Organización

- Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Introducción

La Pontificia Universidad Católica del Ecuador le invita a participar en el presente estudio de caso, el cual tiene como objetivo establecer las estrategias de abordaje integral y las estrategias de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en una adulta mayor del Centro de Salud No. 1 Iberia, durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el período 2020-2021.; para ello se realizará para ello se realizará la revisión del caso con el uso de la historia clínica N° 1000466803

Objetivo

El objetivo de la encuesta es establecer las estrategias de abordaje integral y las estrategias de manejo de enfermedades crónicas no transmisibles en una paciente adulta mayor del Centro de Salud No. 1 Iberia, durante la emergencia sanitaria por COVID-19 en el período 2020-2021.
Con este fin solicitamos su participación.

Procedimientos

Si usted acepta participar, se tomarán los datos de su historia clínica y de ser necesario se aplicarán test o encuestas sobre datos relevantes para el caso.

Confidencialidad

La información que proporcione es estrictamente confidencial y anónima; ya que la investigación es con fines académicos.

Riesgos potenciales

La aplicación de test o la revisión de la historia clínica que se usarán para el desarrollo de la investigación no representan ningún riesgo potencial, sin embargo, si alguna de ellas le causa incomodidad, tiene derecho a no responderla.

Tiempo de Participación

Hemos calculado que su participación en este estudio durará 6 meses aproximadamente. Su participación en este estudio será consecutiva se le pedirá regresar por otros procedimientos y se le realizará seguimiento acorde normativa y evolución. O en caso de ser necesario

Participación voluntaria/Ratino

Su participación en el estudio es estrictamente voluntaria. Usted está en plena libertad de suspender su participación si así lo desea.

Los Resultados

Los resultados del estudio se entregarán a la institución en la cual se desarrolla el proyecto de investigación del estudio de caso, y serán presentados ante el tribunal de la Pontificia Universidad

Católica del Ecuador.

Costos, incentivos y beneficios

Su participación en este estudio no tiene ningún costo y no recibirá ningún incentivo económico por participar en este estudio. Usted no recibirá pago alguno por su participación en esta investigación. Sin embargo, su colaboración contribuirá a la elaboración de intervenciones para mejorar la práctica profesional en los servicios de salud.

Contactos

Si tiene alguna pregunta, observación o preocupación con respecto al cuestionario, le damos la información del responsable del estudio.

Dra. Inés Cristina Navisoy Revelo
CC: 0401450887
Teléfono: 0987841899
Mail:

Dra. Lorena Elizabeth Lima Amas
CC 0401444427
Teléfono: 0939972430
Mail:

Dra. Gabriela Meza
Pontificia Universidad Católica del Ecuador
12 de octubre y Roca
0985520892

Si tiene dudas sobre asuntos éticos en relación a esta investigación, puede ponerse en contacto con el SubComité de Ética de Investigación en Seres Humanos (SCEISH) de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, que ha aprobado esta investigación.

Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Subcomité de Ética de Investigación en Seres Humanos (SCEISH)

Teléfonos: (593) 02 2991 700 ext. 1130
Apartado postal: 17 01 21 84
Av. 12 de Octubre 1076 y Roca
Quito, Ecuador.

¡Muchas gracias por su participación!

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

He sido invitado/a a participar en la investigación sobre "ESTUDIO DE CASO: ABORDAJE INTEGRAL Y ESTRATEGIAS DE MANEJO DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN UNA PACIENTE

ADULTA MAYOR CON RIESGO PSICOSOCIAL DEL CENTRO DE SALUD N° 1 IBARRA DURANTE LA EMERGENCIA SANITARIA POR COVID 19 EN EL PERIODO 2020-2021*

Entiendo que participaré en el proyecto de investigación ya que se considerará mi información médica para el desarrollo del proyecto. Estoy informado/a de que mi participación no tendrá ningún costo para mí o mi familia. Este estudio contribuirá a fortalecer conocimientos de los posgraduados de Medicina Familiar y Comunitaria, así como, mejorar la práctica profesional en casos similares al mío. Entiendo que este estudio no me dará ningún incentivo económico por mi participación.

Conozco los números de teléfono y los correos electrónicos de los Investigadores quienes pueden solventar todas mis preguntas o inquietudes relacionadas con la investigación.

He leído (o me han leído) la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado en forma sencilla y satisfactoria las preguntas que he tenido.

Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme si así fuese mi deseo, sabiendo que esto no repercutirá en el ámbito de mi atención de salud.

Firmo, Acepto libre y voluntariamente participar en esta investigación.

Firma (o huella dactilar): [Firma manuscrita]
Fecha: 13 Abril 2021
Número del teléfono celular: 097234967
Cese: Vía Telemedicina
Número de cédula: 60016136

Anexo 2. Informe Electrocardiograma

1 ESTUDIO DE IMAGINOLOGIA REALIZADO

ECG

2 INFORME DE IMAGINOLOGIA

ECG: ritmo sinusual, F.R. 90
 P-R-QRS: 72 QRS a 100%
 QRS: QRS a 100%
 LESIONES:
 (Sin QRS) T: elevadas en I, aVL, V4, V5, V6
 UPR: -
 CAZ: -

3 DATOS DE ECOGRAFIA OBSTETRICA				
EMBAZADA	SEM	DI	ANCHO	INDICACION

4 DIAGNOSTICOS DE IMAGINOLOGIA	
1	Alteración en
2	regulación
3	ventriculo iz
4	normalidad
5	
6	

5 RECOMENDACIONES

Anexo 3. Gestión de referencia oftalmología no concluida

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
FORMULARIO DE REFERENCIA OBTAMOLOGICA

1. DATOS DEL PACIENTE

2. REFERENCIA

3. HISTORIA CLINICA

4. EXAMENES

5. CONTRAREFERENCIA

6. OBSERVACIONES

7. FIRMAS

Anexo 4. Infografía utilizada para promover la vacunación en este grupo.

NO ESPERES MÁS, VACÚNATE YA CONTRA LA COVID-19

LAS VACUNAS SALVAN VIDAS

¿Por qué deberías vacunarte?

- Los adultos mayores de 60 años con y sin enfermedades de base tienen un mayor riesgo de ser hospitalizados y hasta morir por la COVID-19 si no son vacunados
- Esta vacunación ayuda a reducir las formas graves de la COVID-19 y disminuye las probabilidades de hospitalización o muerte
- 14 de cada 100 adultos mayores de 60 años o más que no están vacunados y se infectan de la COVID-19 en Honduras, fallecen
- La vacuna contra la COVID-19 es gratis y segura



Más que nunca debes cuidar con los resultados de bienestar:






¡Vacúnate ya!

Acude al establecimiento de salud o punto de vacunación más cercano, o llama al 113 en Honduras, si se trata de una emergencia. ¡Vacúnate a tiempo!








Anexo 5 Infografía utilizada para preparación en caso de COVID

CÓMO PREPARARSE EN CASO DE QUE ALGUIEN EN SU CASA SE INFECTE


La vida tiene que seguir. No hay nada que se pueda propagar la COVID-19. No sepa cómo prepararse en caso de que alguien en su casa se infecte.


PREPARE SU ESPACIO DOMICILIARIO



 Ver la información y tener lista la lista de números de emergencia y el número de emergencia.



 Tener un medio de contacto: un teléfono, un correo electrónico, un número de emergencia.


QUE ESTE PREPARADO


 Asegúrese de tener una reserva de suministros: alimentos, medicamentos y suministros.


 Prepare una habitación adecuada o un espacio adecuado para mantener a alguien que se infecte.


 Establezca un plan de apoyo para los miembros de su familia y los miembros de su comunidad.


MINISTERIO DEL PODER EJECUTIVO
COMANDO EN JEFE FUERZAS ARMADAS Y FUERZAS POLICIALES


OPS

Anexo 6. Gestión de redes de apoyo con el uso de video llamada, guías anticipatorias a hija del exterior.



Anexo 7. Terapia ocupacional



Anexo 6. Educación para adherencia al tratamiento y trabajo con el esposo.



Anexo 7. Gestión de turnos de especialidad



Anexo 8. Visitas domiciliarias



Anexo 9. Psicoterapia



Anexo 10. Entrega de medicación



Anexo 11. Acercamiento con hijo PPL

