

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

SISTEMAS DE SALUD PARA EL SIGLO XXI

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
MASTER EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN GERENCIA  
HOSPITALARIA

TÍTULO DEL TEMA:

**CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS  
TIPO II E HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE  
ATENCIÓN AMBULATORIA (CAA) IESS TENA DURANTE EL  
AÑO 2011**

DRA. ARAUJO LUGO MARTHA VIVIANA

DIRECTOR DE TESIS: DR. HUGO PEREIRA  
TUTOR METODOLÓGICO: DR. JOSÉ SOLA

QUITO, 15 DE JUNIO DEL 2012

# PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **ARAUJO LUGO MARTHA VIVIANA**, con **Cédula de Ciudadanía N°1500671605**, autor del trabajo de graduación titulado **“CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO II E HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA (CAA) IESS TENA DURANTE EL AÑO 2011”**, previa a la obtención del grado académico de **MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN GERENCIA HOSPITALARIA** en el Instituto de Salud Pública de la Facultad de Medicina.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Quito, 15 de junio de 2012

Dra. Martha Viviana Araujo Lugo  
C.C.1500671605

## **AGRADECIMIENTO**

Hago llegar un profundo agradecimiento a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador por darme la oportunidad de ingresar a sus aulas y adentrarme en el maravilloso mundo de la Salud Pública, a cada uno de los docentes que me brindaron sus conocimientos, guía y dirección permanente.

A mis padres por su apoyo incondicional y compañeros firmes durante el proceso.

Hago llegar mi afectuoso agradecimiento al maravilloso equipo de salud, compañeros que sin ustedes no podría haber sido una realidad lo expuesto. Así como a Directivos del Centro de Atención Ambulatoria IESS Tena que me brindaron las facilidades y dieron su autorización para que el proyecto se ponga en marcha dentro de la Institución.

Muchas Gracias.

# ÍNDICE DE CONTENIDOS Y GRÁFICOS

## Contenido

1. RESUMEN .....	9
Executive Summary .....	11
2. PRESENTACIÓN .....	13
2.1. CONTEXTO .....	13
2.1.1. Descripción Geográfica .....	13
2.1.2. Demografía .....	14
2.2. DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA (CAA)IESS TENA .....	15
2.2.1. Población de responsabilidad .....	16
2.2.2. Perfil Epidemiológico .....	16
2.2.3. Proceso de atención realizado en el CAA .....	18
2.2.4. Paquete de actividades .....	18
3.- ANÁLISIS SITUACIONAL .....	19
3.1. Calidad de la atención y del servicio .....	19
3.2. Continuidad de la atención en el CAA .....	19
4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA .....	24
5. MARCO CONCEPTUAL .....	26
5.1. MARCO TEÓRICO .....	26
5.1.1. ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD .....	26
5.1.1.1. Organización de los servicios de salud en el IESS .....	26
5.1.2. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN .....	28
5.1.2.1. Funciones del primer nivel de atención .....	28
5.1.3. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD .....	28
5.1.3.1. Calidad de la atención .....	29
5.1.3.1.1. Continuidad, integralidad e integración .....	29
5.1.3.1.1.1. Continuidad de la atención .....	29
5.1.3.1.1.2. Modelo de atención que garantice la continuidad de la atención .....	31
5.1.4. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES .....	31
5.1.4.1. Calidad de atención a los enfermos crónicos .....	32
5.1.4.2. Modelo de atención para enfermos crónicos .....	36
6. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIAS PREVIAS .....	39
7. MODELO DE REFERENCIA .....	42
8. HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES .....	43

8.1. ALTERNATIVAS DE CAMBIO .....	43
8.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	44
8.3. HIPÓTESIS .....	44
9. PROPÓSITOS Y OBJETIVOS .....	46
9.1. OBJETIVOS .....	46
9.1.1. General .....	46
9.1.2. Específicos.....	46
10. INSTRUCCIONES OPERATIVAS.....	47
11. METODOLOGÍA .....	48
11.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN Y EQUIPO INVESTIGATIVO .....	48
11.2. FORMAS, MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	49
11.2.1. Encuestas .....	49
11.2.2. Revisión documental .....	50
11.3. VARIABLES E INDICADORES DEL PROCESO .....	51
11.4. VARIABLES E INDICADORES DE RESULTADOS .....	55
11.5. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN .....	59
11.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	59
12. RESULTADOS .....	59
12.1. DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA O RESULTADOS DEL PROCESO ..	59
12.1.2. Socialización del plan investigativo hacia el personal de salud y administrativo del CAA .....	59
12.1.3. Acuerdo entre personal especializado y de atención primaria, para programar una cita subsecuente hacia enfermos crónicos .....	60
12.1.4. Acuerdo con personal de enfermería para impartir hábitos de vida saludables, concientizar la continuidad de controles hacia enfermos crónicos e instaurar la postconsulta .....	60
12.1.5. Ficha de seguimiento y tarjetas de citas .....	61
12.1.6. Identificación de afiliados portadores de hipertensión arterial y diabetes .....	61
12.1.7. Resultados pacientes portadores de diabetes mellitus tipo II .....	61
12.1.8. Resultados pacientes portadores de hipertensión arterial .....	63
12.2. DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA .....	64
12.2.1. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN ENFERMOS CRÓNICOS ....	64
12.2.1.1. Continuidad de la relación vínculo paciente médico y transferencia de la información .....	64
12.2.1.2. Continuidad de la gestión: subsecuencia, programación de citas y adherencia al tratamiento .....	64
13. DISCUSIÓN .....	65

14. CONCLUSIONES .....	68
15. RECOMENDACIONES .....	68
16. BIBLIOGRAFÍA .....	69
17. ANEXOS: .....	71
ANEXO 1. INSTRUCCIONES OPERATIVAS .....	72
ANEXO 2. FICHA DE SEGUIMIENTO .....	80
ANEXO 3. TARJETA DE CITAS .....	81
ANEXO 4. ENCUESTA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN .....	82
ANEXO 5. ENCUESTA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO .....	83

## LISTADO DE TABLAS

### Contenido

Tabla 1: Población de responsabilidad del CAA IESS Tena. ....	16
Tabla 2: Perfil epidemiológico del CAA, desde mayo a julio del 2010.....	17
Tabla 3: Continuidad de la atención percibida por afiliados usuarios de servicios especializados. ....	22
Tabla 4: Continuidad de la atención percibida por afiliados usuarios de servicios de atención primaria. ....	23
Tabla 5: Guías de práctica clínica en pacientes crónicos.....	32
Tabla 6: Modelo de atención a crónicos. ....	38
Tabla 7: Listado de alternativas. ....	43
Tabla 8: Matriz de priorización de intervenciones. ....	44
Tabla 9: Variables e indicadores del proceso. ....	51
Tabla 10: Variables e indicadores de resultado ....	55
Tabla 11: Instrucciones Operativas. ....	72

## LISTADO DE GRÁFICOS

### Contenido

Gráfico 1: Provincia de Napo. ....	13
Gráfico 2: Pirámide poblacional de la provincia del Napo 2010. ....	14
Gráfico 3: Sistema de salud IESS Tena. ....	21
Gráfico 4: Situación actual de la continuidad de atención hacia enfermos crónicos... ..	25
Gráfico 5: Modelo de atención a crónicos. ....	37
Gráfico 6: Modelo descriptivo. ....	42
Gráfico 7: Modelo hipótesis propuesta. ....	45
Gráfico 8: Mapeo de actores.....	49

## LISTA DE ACRÓNIMOS/ABREVIATURAS

<b>ADO</b>	Antidiabéticos orales.
<b>AP</b>	Atención Primaria.
<b>ARA II</b>	Antagonistas de los receptores de angiotensina II.
<b>CAA</b>	Centro de atención ambulatoria.
<b>CA</b>	Continuidad asistencial.
<b>CCM</b>	Chronic Care Model.
<b>Chdl</b>	Lipoproteína de baja densidad.
<b>CNS</b>	Control del niño sano.
<b>CPN</b>	Control pre natal.
<b>cLDL</b>	Lipoproteína de alta densidad.
<b>DMII</b>	Diabetes mellitus II.
<b>ECV</b>	Enfermedad cerebro vascular.
<b>EEUU</b>	Estados Unidos de América.
<b>HbA1c</b>	Hemoglobina glicosilada.
<b>HDL</b>	Lipoproteína de alta densidad.
<b>HTA</b>	Hipertensión arterial.
<b>IESS</b>	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
<b>IECA</b>	Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.
<b>IMC</b>	Índice de masa corporal.
<b>IMSS</b>	Instituto mexicano de seguridad social.
<b>INEC</b>	Instituto Nacional de Estadística y Censos.
<b>IRCG</b>	Insuficiencia renal crónica grado.
<b>LDL</b>	Lipoproteína de baja densidad.
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública.
<b>ORL</b>	Otorrinolaringología.
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud.
<b>PA</b>	Presión arterial.
<b>PAD</b>	Presión arterial diastólica.
<b>PAS</b>	Presión arterial sistólica.
<b>RRHH</b>	Recursos Humanos.
<b>SSC</b>	Seguro Social Campesino.
<b>SSG</b>	Seguro de Salud General.

## 1.- RESUMEN

El presente trabajo fue desarrollado en el Centro de Atención Ambulatoria (CAA) IESS Tena y contó con la participación del personal de salud que labora en la institución.

**Objetivo:** Mejorar la continuidad de la atención de enfermos crónicos con Diabetes tipo II e HTA, utilizando estrategias que permitan identificar y disminuir el riesgo de complicaciones.

**Metodología:** Se realizó una investigación acción en donde incluyó un análisis de situación del CAA, valoración de la calidad de la atención e implementación de estrategias encaminadas a mejorar la continuidad de la atención hacia afiliados portadores de diabetes tipo II e hipertensión del Cantón Tena. Las estrategias implementadas son: la coordinación interna para dar una atención integral, implementación de un cuaderno de seguimiento, instrumentos de valoración cardiovascular y pie diabético.

**Resultados:** A partir del análisis de los datos disponibles en el registro del sistema informático, como de la revisión de las historias clínicas de los afiliados del Cantón Tena, se identificaron 400 pacientes con Hipertensión y 160 Diabéticos que comparados con los datos nacionales, la incidencia de estas patologías son altas, sumado a esto el problema de falta de seguimiento y dificultad de acceso para la atención subsecuente, situación que nos motivó a encaminar acciones para facilitar la continuidad de atención, de esta forma se procedió a realizar una valoración integral en una muestra inicial de 130 pacientes en quienes aplicadas las estrategias seleccionadas, se pudo encontrar que el 2% de hipertensos eran portadores de complicaciones así como el 23% de diabéticos tipo II. Frente a la propuesta de mejorar su seguimiento e identificar oportunamente el riesgo de complicaciones, los pacientes y sus familiares mostraron gran apertura y satisfacción por el servicio brindado. La aplicación de las acciones y herramientas capaces de garantizar un seguimiento y accesibilidad permitió que el 100% de los pacientes del grupo piloto confíen en la capacidad y conocimiento que posee su médico de cabecera, que el 93% de los pacientes afirmaran que se sienten más seguros cuando su médico les informa sobre su enfermedad y el 79% perciben que su médico de base conoce sobre su enfermedad todo lo cual permitió que el vínculo paciente médico incrementara y por lo tanto una mayor adherencia hacia su tratamiento y un mayor cumplimiento en medidas alimenticias y de actividad física. La programación de citas subsecuentes permitió que el 84% de los pacientes afiliados regresen hacia su consulta planificada por lo tanto incrementó la continuidad de la atención y mayor adherencia al tratamiento.

**Conclusiones:** La aplicación de un sistema de vigilancia permitió valorar la continuidad de la atención y la aplicación de herramientas para una valoración integral, logró optimizar la información, un control estrecho del proceso patológico y tomar acciones encaminadas a mejorar la continuidad de la atención y evitar complicaciones. El cambio de un enfoque curativo hacia un proceso de atención integral mejoró el seguimiento y satisfacción de los usuarios.

## EXECUTIVE SUMMARY

This paper was developed in the Ambulatory Care Center (CAA) of the Ecuadorian Social Security Institute (IESS) with the collaboration of the health care staff that work there.

**Objective:** To improve the continuity of health care for Chronical Diabetes type II and Arterial Hypertension (HTN) patients through the use of strategies that identify and reduce the risk of potential complications.

**Methodology:** The study carried out included a situation analysis, quantitative measurement of health care quality levels, and the implementation of strategies for improving the continuity of health care for Chronical Diabetes type II and Arterial Hypertension (HTN) social security patients of the Tena county. The specific strategies used were: internal coordination in order to provide a complete service, implementation of a follow-up book, instruments for cardiovascular patient evaluation and diabetic foot.

**Results:** 400 HTN and 160 Diabetes type II patients were identified through the analysis of the available data in the IT system, and by reviewing medical records of the social security patients of the Tena county. In comparison with national averages, the occurrence of these pathologies in Tena is high. Given the lack of follow-up and access to the required health care service, we were motivated to develop actions to provide the continuity of the health care service and thus, we began to carry out an assessment of our initial sample of 130 patients in whom we had already implemented our selected strategies and we were able to find that 2% of HTN patients had complications as well as 23% of all Diabetes type II patients.

When these patients were given the option of improving their follow-up and timely identifying the potential risk of complications, the patients and their relatives showed a great deal of interest and satisfaction from the service they had received.

These actions and tools which guaranteed an adequate follow-up and access to the required health care service allowed for 100% of all patients of the pilot group to express their trust in the ability and knowledge of their physician. 93% of the patients even mentioned that they felt safer when their doctor informed them about their medical condition and 79% perceived that their general physician knows a great deal about their condition which in turn allowed for the link physician – patient to grow and in consequence, the patients followed their doctor's dietary suggestions, physical activity and recommended treatment.

The scheduling of further appointments meant that 84% of all patients came back to their appointment which in turn meant that the continuity of the provided health care service had incremented as well as adherence to recommended treatment.

**Conclusion:** The use of a follow-up system that helped to measure the continuity of the health care service and the implementation of tools for a complete assessment, allowed to optimize the information, provide control of the pathological process and to take actions geared towards improving the continuity of the health care service and thus, to avoid complications. The shift from a curing approach to a complete assessment improved the follow-up and client satisfaction.

## 2.-PRESENTACIÓN

### 2.1.- CONTEXTO:

#### 2.1.1.- DESCRIPCIÓN GEOGRÁFICA:

La Provincia de Napo cuenta con 5 cantones: Tena, Archidona, Quijos, El Chaco y Carlos Julio Arosemena Tola. Los principales ríos son: Quijos, Jondachi, Hollin, Napo, Misahuallí, Jatunyacu. Tiene un clima cálido, con una temperatura de 6 a 26 grados.

Gráfico 1 .- PROVINCIA DEL NAPO



**Fuente:** Diagnóstico Situacional del CAA 2009

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

El Cantón Tena, escenario donde se desarrolló el presente trabajo de investigación, tiene una superficie de 5101Km<sup>2</sup>. Posee un clima cálido húmedo, con una temperatura de 25 grados. Sus límites son:

Norte: Cantón Archidona y Provincia de Orellana

Sur: Provincia de Tungurahua, Pastaza y Cantón Arosemena Tola

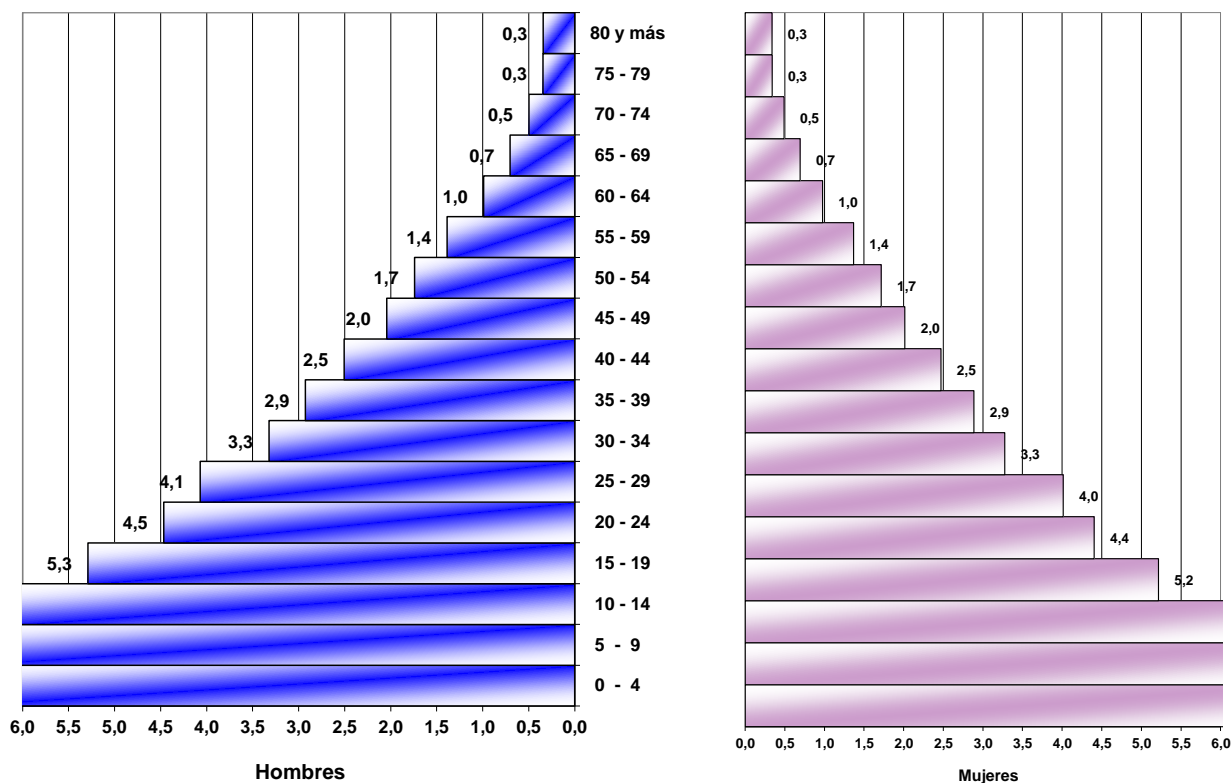
Este: Provincia de Orellana

Oeste: Provincia de Cotopaxi y Tungurahua

## 2.1.2.- DEMOGRAFÍA

El Cantón Tena cuenta con 60880 habitantes, de los cuales el 49% son mujeres y el 51% son hombres de acuerdo al último Censo INEC 2010.

**Gráfico 2 .PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA PROVINCIA DEL NAPO 2010**



**Fuente:** INEC, proyecciones 2010

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

La edad media de la población es de 23 años, se caracteriza por ser una población joven. El 22,6% de la población se encuentran asegurados al IESS. El 81,4% posee cédula de ciudadanía. El 4,9% poseen un seguro de salud privado.

El 40% de las viviendas tienen servicios básicos públicos, el 44,5% de hogares son viviendas propias y totalmente pagadas, el 57% de hogares tratan el agua antes de beberla.

La cobertura del sistema de educación pública es del 88,4%. El promedio de años aprobados por la población es de 9,2 con el 4,8% de analfabetismo. El porcentaje de hogares con niños que no asisten a un establecimiento educativo es del 4,3%.

El 8,9% de adultos mayores son jubilados. El 9,3% de discapacitados asisten a un establecimiento de educación especial. El 0,1% de niños menores de cinco años se encuentran en programas de gobierno. El 0,7% de discapacitados trabajan en el sector público.

## **2.2.- DESCRIPCIÓN DEL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA IESS TENA**

El Instituto Ecuatoriano Seguridad Social, inaugura el primer Dispensario Médico en la Ciudad de Tena, en octubre del 1980 en un inmueble rentado, disponían de un Médico que a su vez cumplía las funciones de Director, un Auxiliar de Enfermería, un Auxiliar de Farmacia, una Secretaria y un Conserje, posteriormente se incrementa los servicios de Odontología, Laboratorio Rayos X y Estadística. En el año 1992 se provee de una ambulancia, en el año de 1999 se traslada a la planta baja del área administrativa del IESS.

En el año 2001, se cambia de dominación y pasa a llamarse Unidad de Atención Ambulatoria. En Abril del 2011 la Unidad de Atención Ambulatorio del Tena incrementa su complejidad a Centro de Atención Ambulatoria (CAA), formando parte de la red de servicios del primer nivel. El Centro de Atención Ambulatoria (CAA) IESS Tena es una unidad de primer nivel ubicada en el área urbana de la ciudad de Tena, cuenta con dispensarios anexos ubicados en el Gobierno Provincial del Napo y en el Gobierno Municipal del Tena, brinda atención médica a los afiliados que laboran en su institución. Mediante convenio existente desde el año 1981, el hospital de referencia de segundo nivel hacia el cual transferimos pacientes afiliados, es el Hospital Privado de la Misión Josefina Standlert Richert, ubicado en el Cantón Archidona a 20 minutos de la ciudad de Tena. Este hospital cuenta con los servicios de Hospitalización, Emergencia, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología, Traumatología, Pediatría, Laboratorio, Rayos X, Ecosonografía, además existe un convenio con el Centro de Diálisis Con Tigo ubicado en la ciudad de Tena. El CAA tiene convenios con prestadores externos, a nivel provincial con el hospital Corazón Inmaculado de María de Chaco, que brinda atención médica a los afiliados de los cantones Chaco y Quijos.

Desde el 2011, el CAA traslada el servicio de salud a una estructura nueva de propiedad del IESS, presta sus servicios las 12 horas del día desde las 07h00 hasta las 19h00. Además el CAA actualmente cuenta con los servicios de Medicina Familiar, Medicina General, Medicina Interna, Traumatología, Dermatología, Cirugía General, Ginecología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Emergencias, Trabajo Social, Enfermería, Laboratorio, Rayos X, Ultrasonografía y Rehabilitación. El personal administrativo se compone de

Director Técnico, Oficinista encargada de RRHH, Informático, Estadística, Bodeguero, Secretaria y Contadora.

## **2.2. 1.- POBLACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

El Cantón Tena se encuentra conformado por la ciudad de Tena y 5 Parroquias las mismas que son Ahuano, Chonta Punta, Pano, Puerto Misahualli y Puerto Napo. La población afiliada del Cantón Tena es de 15559, está distribuida de acuerdo a la tipología de aseguramiento, así tenemos en el Seguro de Salud General (SSG) 5613 afiliados, Seguro Social Campesino (SSC) 9658 afiliados, Jubilados 287, distribuidos de la siguiente manera:

**Tabla 1.- Población de Responsabilidad del CAA IESS Tena**

<b>PARROQUIAS</b>	<b>POBLACIÓN</b>	<b>SSG</b>	<b>SSC</b>	<b>JUBILADOS</b>	<b>TOTAL</b>
TENA	17,376	4,076	3,397	213	7,687
AHUANO	4,976	342	1,317	9	1,669
CHONTAPUNTA	6,565	334	1,408	0	1,742
PANO	952	77	629	12	718
PUERTO MISAHUALLI	4,554	230	1,040	25	1,295
PUERTO NAPO	4,575	396	549	25	970
TALAG	2,398	158	1,317	3	1,478
<b>TOTAL</b>	<b>47,960</b>	<b>5,613</b>	<b>9,658</b>	<b>287</b>	<b>15,559</b>

**Fuente:** Departamento Estadística CAA IESS Tena.

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

El Seguro Social Campesino posee sus puestos de salud, por lo tanto la población de responsabilidad del CAA es de 5900 afiliados que corresponden afiliados del SSG y jubilados.

## **2.2.2.- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO:**

De acuerdo a las atenciones realizadas en los meses de Mayo hasta Julio del 2010 se registra el siguiente Perfil Epidemiológico:

**Tabla 2.- PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CAA TENA DESDE MAYO A JULIO AÑO 2010**

<b>ENFERMEDADES</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
INFECCIONES RESPIRATORIAS	283	15,78
I.V.U	272	15,17
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	183	10,20
PARASITOSIS	161	8,97
GASTRITIS	159	8,86
ENFERMEDADES DE LA COLUMNA VERTEBRAL ( Dorsalgias, lumbalgias, cervicalgias, lumbociatalgias, espondilosis, hernia discal, escoliosis).	145	8,08
DISLIPIDEMIAS	80	4,46
DIABETES	75	4,18
INFECCIONES VAGINALES ( Vaginitis, Vaginosis)	71	3,95
ANEMIA	67	3,73
MICOSIS	65	3,62
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA	54	3,01
GASTROENTERITIS	51	2,84
ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS ( Artritis Reumatoidea, Artrosis)	33	1,84
DENGUE	33	1,84
NEURALGIA + NEURITIS	25	1,39
HÍGADO GRASO	19	1,05
HIPERURICEMIA	17	0,94
<b>TOTAL</b>	<b>1793</b>	<b>100,00</b>

**Fuente:** Partes Diarios del Personal Médico en el CAA Tena.

**Elaborado por :** Investigadora V.Araujo.

Si sumamos los resultados la Diabetes y la HTA, representan casi el 15% del total de atenciones que realizó el CCA entre mayo y julio del 2010.

### **2.2.3.- PROCESO DE ATENCIÓN REALIZADO EN EL CAA**

El proceso de atención con cada uno de los pacientes afiliados, jubilados, afiliados voluntarios, montepío y niños menores de 18 años se realiza de la siguiente manera:

1.- El paciente debe tomar un turno vía telefónica llamando a Call Center número 140 o 1800100000 donde dan una cita con el profesional del Centro de Atención Ambulatoria del IESS Tena.

2.- A partir de la entrevista, realización de la historia clínica correspondiente y examen físico, si amerita realizar exámenes complementarios básicos, se los realiza en el CAA o a su vez si necesita un examen en particular que no se encuentra disponible, como por ejemplo antígeno prostático, proteinuria, aclaramiento de creatinina, se envía a realizar en el Hospital Standlert Richert. En cuanto a exámenes imagenológicos si el paciente amerita realizarse un Eco Abdominopelvico o Rx lo realizamos en el CAA.

3.- Otra posibilidad es que luego de realizar la historia clínica y examen físico correspondiente si el paciente necesita hospitalización emergente o postquirúrgica de observación, se transfiere hacia el Hospital Standlert Richert.

4.- Si el paciente amerita atención profesional o exámenes complementarios especializados, que no se oferta a nivel local, se procede a remitir hacia instituciones del IESS del segundo y tercer nivel ubicados en la Provincia de Pichincha, Pastaza, Tungurahua, Chimborazo, Cotopaxi.

### **2.2.4.- PAQUETE DE ACTIVIDADES**

- Visitas Domiciliarias.
- Diagnóstico, identificación, captación y seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas.
- Visitas a instituciones públicas.
- Llenado de ficha familiar.
- Identificación de funcionalidad y riesgo familiar.
- Atención a mujeres embarazadas.
- Atención a niños menores de 18 años.
- Realización de Papanicolaou.
- Tamizaje para cáncer de próstata.
- Control Odontológico.
- Actividades promocionales y preventivas.
- Atención de Medicina General, Familiar, Interna, Pediatría, Dermatología, Cirugía, Ginecología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Traumatología.
- Laboratorio, Rx.

- Cirugías menores realizadas por Ginecología, Cirugía General, Oftalmología y Traumatología.

### **3. ANÁLISIS SITUACIONAL**

#### **3.1.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y DEL SERVICIO**

De acuerdo a los datos reportados en el 2009 se analizó que la continuidad intraepisodio e interniveles se encuentra afectada por ejemplo algunas actividades preventivas como la tasa de concentración del control pre natal (CPN) reportada fue de 3, el estándar aceptado por el MSP es de 5 controles anuales, además la tasa de concentración del control del niño sano (CNS) reportado fue de 1, el estándar aceptado por el MSP es de 6 en menores de 1 año y de 2 en niños de 1-4 años. Es importante resaltar la importancia del cumplimiento del CPN y CNS ya que permite identificar factores de riesgo, que al controlarlos permitirá evitar el desarrollo de complicaciones durante el embarazo y desarrollo infantil.

En cuanto a la tasa de referencia el valor aceptable internacionalmente es de 5% y la registrada por la Unidad fue de 12% con un valor de contrarreferencia de 6,9% cuando lo aceptable es del 70%. Además no se contó con registros de controles de atenciones odontológicas a mujeres embarazadas y niños.

El bajo porcentaje (4,3%) de citologías cervico-vaginal (papanicolaou) reportado demuestra una insuficiente integración durante las consultas realizadas en la unidad.

#### **3.2.- CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL CAA**

El análisis de situación realizado en el 2010 permitió identificar las principales problemáticas dentro de la institución. Es así que se detectó que la continuidad de la atención en actividades curativas se encontraba afectada. La tasa de subsecuencia calculada es de 1:38, lo que indica que solo el 38% de los pacientes acudieron dos veces para resolución y seguimiento de sus problemas de salud.

Se realizó el cálculo de la tasa de subsecuencia en pacientes hipertensos y diabéticos atendidos de abril a junio durante el 2011, se detectó que para hipertensos fue de 1:24 lo que nos indica que solo el 24% de pacientes hipertensos acudieron dos veces para control y seguimiento de su enfermedad en tres meses, la tasa de subsecuencia de pacientes diabéticos fue de 1:14 lo que nos indica que solo el 14% de los pacientes diabéticos acudieron dos veces para control y seguimiento de su enfermedad en tres meses, además se realizó una revisión de 130 historias clínicas de pacientes afiliados

portadores de diabetes tipo II e HTA atendidos durante el 2011, se logró encontrar que en promedio un paciente hipertenso acudió a su control por tres ocasiones y un paciente diabético acudió en promedio por 4 ocasiones en un año. Hay que tomar en cuenta que el sistema computarizado AS-400 se encontraba programado durante ese año para la entrega de medicina solo para 30 días, por lo que podemos deducir que un paciente diabético solo tuvo medicina por su enfermedad de base para 4 meses y un paciente hipertenso solo para tres meses, los meses posteriores no acudieron para un control y retiro de su medicina: lo cual evidencia que la continuidad de atención se encuentra afectada.

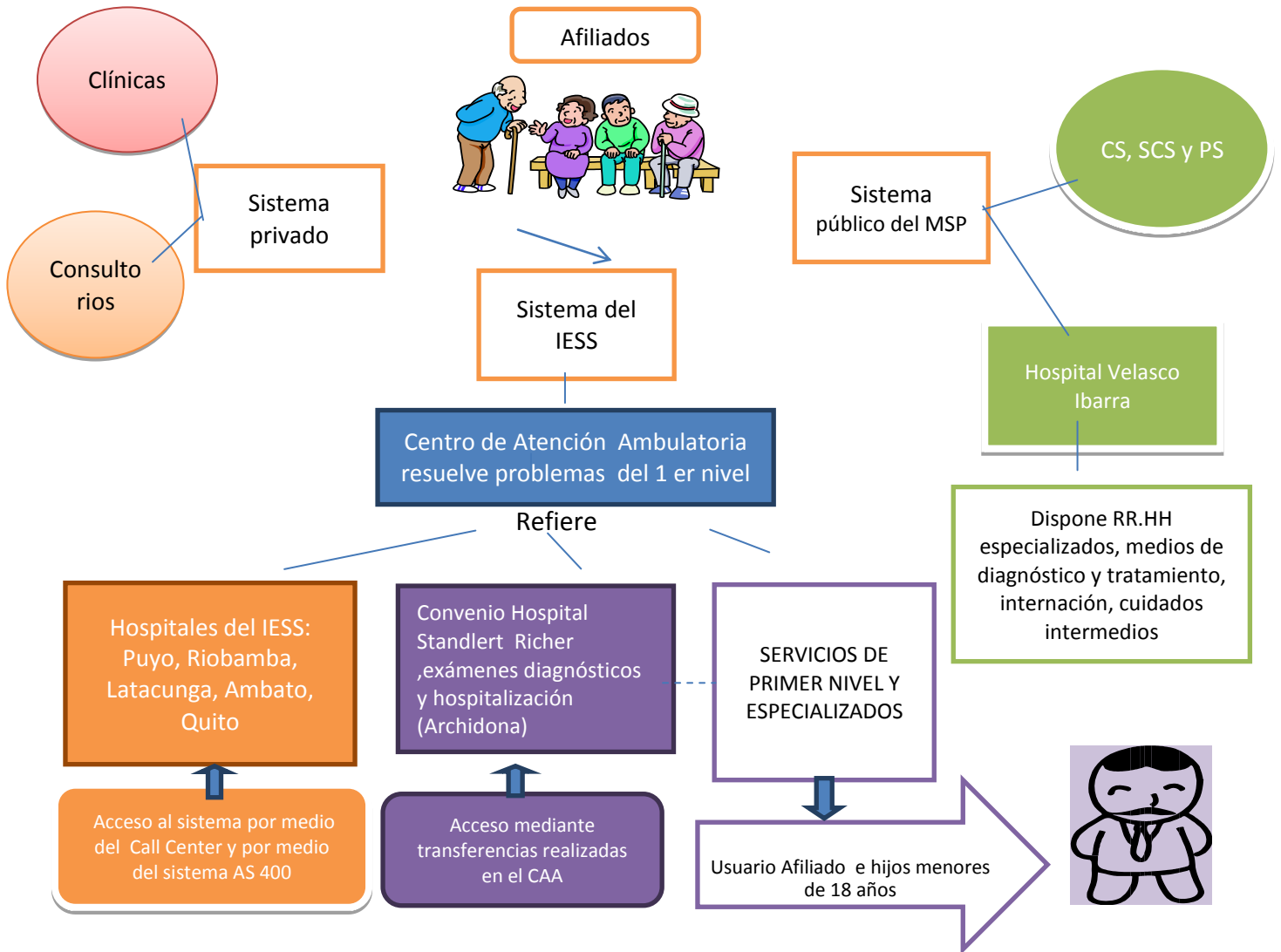
Se realizaron 90 encuestas a los afiliados con la finalidad de conocer, desde su perspectiva, las causas que afectan la continuidad de la atención. Entre los hallazgos más representativos están:

- Los profesionales desconocen sobre sus enfermedades de base.
- Existe una duplicación de exámenes entre especialidades.
- El 62% de afiliados manifestaron que después de la atención con medicina especializada no fueron enviados para seguimiento con su médico de base. Es decir, el especialista no programa una cita para seguimiento de su enfermedad de base con su médico de cabecera (Familiar o General), por lo que deben llamar al Call Center para obtener una cita con su médico, y esto representa un largo tiempo de espera, pues las agendas médicas, por lo general se encuentran saturadas.
- Un 42% de los afiliados manifestaron que no se programó una cita con su médico de cabecera.
- El 68% de afiliados manifestó que se ven obligados a realizar trámites como llamar al Call Center.
- El 42% manifestó que debió esperar mucho tiempo para obtener una cita ya que las agendas médicas se encuentran saturadas.

Esto demuestra que existen largos tiempos de espera para conseguir una nueva cita. Se cuenta con un sistema de historias clínicas computarizadas, pero lamentablemente no se da utilidad a la información que este sistema genera. Por ejemplo, los datos de laboratorio e información previa consignados en esta aplicación informática, no son considerados en el proceso de atención; esto sin duda tiene una afectación directa en la continuidad de la atención. Por otro lado, los médicos que atienden en este servicio de salud, no gestionan citas subsecuentes y contrarreferencias internas, a pesar que el sistema informático permite realizar esta acción. Este proceso da como resultado insatisfacción y una deficiente continuidad asistencial.

### Gráfico 3. Sistema de Salud IESS Tena

#### SISTEMA DE SALUD IESS TENA



**Fuente:** Diagnóstico Situacional IESS Tena 2009

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

**Tabla 3. Continuidad de la Atención percibida por afiliados usuarios de servicios especializados.**

	Si%	No%
Confío en los conocimientos y capacidad de los especialistas del IESS.	91,11	8,89
Creo que los especialistas del IESS se interesan por mí.	93,33	6,67
Me siento cómodo preguntando mis dudas a los especialistas del IESS.	95,56	4,44
Los especialistas del IESS entienden lo que les digo sobre mi salud.	97,78	2,22
La información que me dan los especialistas del IESS se entiende con facilidad.	91,11	8,89
La explicación que me dan los especialistas del IESS es suficiente.	91,11	8,89
Recomendaría los especialistas del IESS a mis amigos o familiares.	95,56	4,44
Creo que los profesionales que me atienden conocen mis enfermedades.	68,89	31,11
Mi médico de cabecera y mi especialista se comunican entre ellos.	86,67	13,33
El médico especialista suele estar de acuerdo con las indicaciones del médico de cabecera del IESS.	75,56	24,44
El especialista repite los exámenes de laboratorio, ya generados anteriormente por mi médico de cabecera.	22,22	77,78
El especialista luego de finalizar su valoración médica me envía una cita con mi médico de cabecera para continuar el tratamiento y seguimiento de mi enfermedad.	37,78	62,22
Creo que la atención que recibo por parte del médico y el especialista está coordinada.	75,56	24,44
Mi médico especialista programa una cita con mi médico de cabecera.	57,78	42,22
Cuando el médico especialista me envía al médico de cabecera, no tengo que hacer trámites para conseguir la cita.	31,11	68,89
Cuando el médico especialista del IESS me envía al médico de cabecera, tengo que esperar poco tiempo para coger la cita.	57,78	42,22

**Fuente:** Datos obtenidos en la aplicación de la encuesta en Tena, Noviembre 2011.

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

**Tabla 4. Continuidad de la atención percibida por afiliados usuarios de servicios de Atención Primaria**

	Si%	No%
Cuando usted acude al IESS logra tomar una cita con su médico de cabecera.	77,78	22,2
Confía en la capacidad y conocimiento que tiene su médico del IESS.	97,78	2,2
Me siento cómodo preguntando a mi médico de cabecera sobre mis dudas o mis problemas de salud.	95,56	4,4
La información sobre mi enfermedad que me da mi médico de cabecera del IESS se entiende fácilmente.	97,78	2,2
Mi médico de cabecera del IESS entiende lo que le digo sobre mi salud.	100	0
La información sobre mi enfermedad, que me da mi médico de cabecera del IESS es suficiente.	91	8,89
Recomendaría a mi médico de cabecera del IESS a mis amigos y familiares.	100	0
Creo que los profesionales que me atienden en el IESS conocen mis enfermedades anteriores.	75,56	24,4
Después de ir al especialista en el IESS, mi médico de cabecera del IESS comenta conmigo la visita.	80	20
Cuando consulto a mi médico de cabecera del IESS no necesito contarle las indicaciones que los especialistas me han dado.	55,56	44,4
Mi médico de cabecera del IESS suele estar de acuerdo con las indicaciones que da el especialista.	86,67	13,3
Mi médico de cabecera del IESS y mi especialista del IESS se comunican entre ellos.	84,44	15,5
Creo que la atención que recibo por parte del médico de cabecera del IESS y el especialista del IESS está coordinada.	82,22	17,7
Mi médico de cabecera del IESS me programa una cita con el especialista del IESS.	80	20
Desde que mi médico de cabecera del IESS me envía al especialista, espero poco tiempo para tomar una cita.	75,56	24,4

**Fuente:** datos obtenidos en la aplicación de la encuesta en Tena, Noviembre 2011.

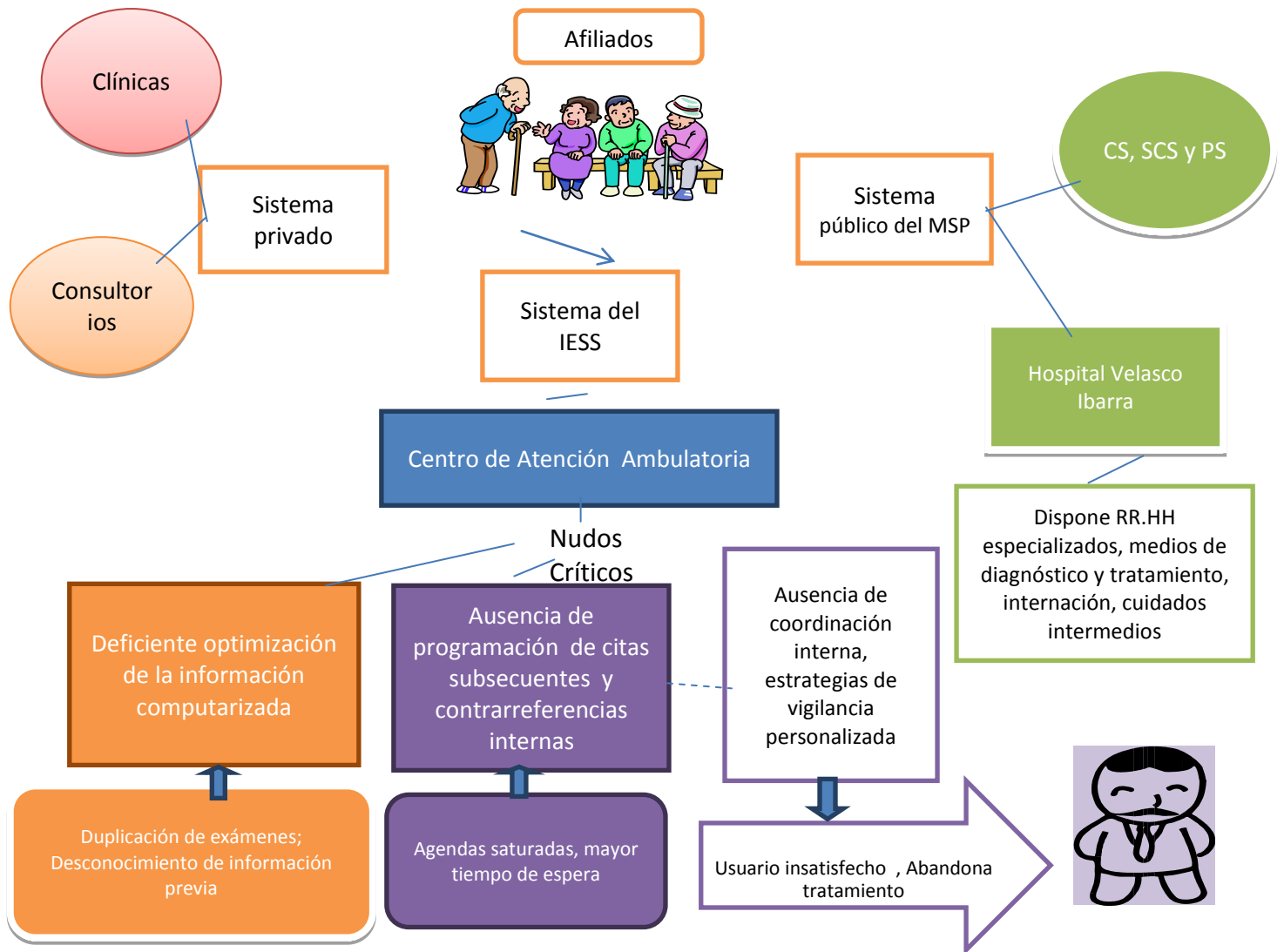
**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

#### **4.- JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA**

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en el 2010 reorienta y fortalece los servicios de salud del seguro general, abarcando todos los niveles de atención y complejidad con un enfoque integral, para atender los problemas de salud basados en la atención primaria renovada, esto implica atención no solo en el primer nivel sino la concepción integral de salud de primero, segundo y tercer nivel, dejando de lado el modelo hospital céntrico de especialidad curativo, costoso y con una subutilización de recursos, es por ello que se integran hacia la institución médicos familiares y generalistas con enfoque integral con los cuales se realiza la caracterización de la población beneficiaria por zona geográfica, se identifica la situación de salud y los riesgos de la familia y la comunidad. Durante este proceso en el 2011 se logró identificar un total de 400 afiliados con HTA y 160 afiliados con Diabetes, es así que por cada 1000 afiliados hay 27 pacientes con diabetes y 68 con HTA. La alta prevalencia de enfermos crónicos identificados, junto con una baja tasa de subsecuencia registrada en enfermos crónicos y una deficiente optimización de los datos registrados en la historia clínica computarizada, así como una deficiente programación de citas subsecuentes y contrarreferencias internas mediante el sistema computarizado as-400, lleva a una interrupción en la continuidad de la atención de enfermos crónicos, lo cual pone en riesgo para que se produzca una eficiente adherencia al tratamiento e incrementa la posibilidad de que se presenten complicaciones. Con la finalidad de lograr un modelo de atención que brinde mayor continuidad especialmente a pacientes crónicos, que son los principales usuarios del servicio se implementa estrategias para mejorar la continuidad, mayor optimización de la información computarizada, monitorización de los casos identificados así como un diagnóstico temprano de complicaciones, que permitirá un seguimiento estrecho, el impulso de medidas preventivas, mayor involucramiento del paciente, su familia y por lo tanto una responsabilidad institucional frente a una comunidad que amerita de nuestra mayor atención y cuidado.

**Gráfico 4. Situación actual de la continuidad de atención hacia enfermos crónicos**

MODELO: SITUACIÓN ACTUAL DE LA CONTINUIDAD DE ATENCIÓN HACIA ENFERMOS CRÓNICOS



**Fuente:** Módulo de Campo, 2011

**Elaborado por:** Investigadora V.Araujo.

## 5.- MARCO CONCEPTUAL

### 5.1. MARCO TEÓRICO:

#### 5.1.1.- ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

Dentro del sector público, de acuerdo al MSP los servicios de salud están organizados según sus niveles de complejidad.

En el **Nivel I** (*complejidad baja*) se encuentran los puestos de salud, sub-centros y centros de salud que ofrecen atención ambulatoria y otros servicios básicos. Los sub-centros ofrecen también atención del parto, emergencias y atención odontológica.

En el **Nivel II** (*complejidad intermedia*) hay hospitales básicos y hospitales generales que, además de la atención del Nivel I, ofrecen internación corta. Entre los servicios de los hospitales básicos están la atención ambulatoria y hospitalaria de medicina general, ginecología-obstetricia, pediatría y cirugía de emergencia. Los hospitales generales ofrecen además atención especializada de acuerdo al perfil epidemiológico en el que están especializados.

Finalmente, en el **Nivel III** (*complejidad alta*) hay hospitales especializados y de referencia para la atención de la población local, regional y nacional; igualmente realizan docencia e investigación en salud

#### 5.1.1.1.- ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL IESS

De acuerdo a lo estipulado en el Registro Oficial<sup>1</sup> número 58, expidió el Reglamento General de las Unidades Médicas del IESS. Las Unidades Médicas del IESS se rigen bajo este reglamento, son prestadoras del servicio de salud y se clasifican según su nivel de complejidad en:

1. Hospitales de Nivel III;
2. Hospitales de Nivel II;
3. Hospitales de Nivel I;
4. Centros de Atención Ambulatoria (Dispensario Tipo A y Tipo B); y,
5. Unidades de Atención Ambulatoria (Dispensarios Tipo C).

**Hospital de Nivel III.-** En poblaciones de afiliados de más de 600.000. El Hospital de Nivel III es la unidad médica de mayor complejidad, de referencia zonal, que presta atención médica de hospitalización y ambulatoria

---

<sup>1</sup>Órgano del Gobierno del Ecuador de fecha viernes 14 de abril del año 2000 en su número 58.

de tercer nivel, en cirugía, clínica y cuidado materno infantil, medicina crítica y auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

**Hospital de Nivel II.**-En poblaciones de afiliados de menos de 100.000. El Hospital de Nivel II es la unidad médica, de referencia subregional o provincial, que presta atención médica en cirugía, clínica, cuidado materno infantil; medicina crítica y auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

**Hospital de Nivel I.**- El Hospital de Nivel I es la unidad médica, de referencia cantonal, responsable de la prevención y atención de enfermedades mediante cirugía clínica, cuidado materno infantil, urgencias y auxiliares de diagnóstico.

**Centro de Atención Ambulatoria.**- En poblaciones de afiliados de más de 20000. El Centro de Atención Ambulatoria (Dispensario Tipo A o Tipo B) es la unidad médica de referencia local, responsable de la prevención y atención de enfermedades mediante cirugía clínica, cuidado materno infantil, urgencias y auxiliares de diagnóstico.

**Dispensario Anexo.**- El Dispensario Anexo es la unidad periférica de atención ambulatoria, organizada y financiada por un empleador privado o público, que brinda atención primaria de consulta externa a sus trabajadores o servidores y se obliga a cumplir las responsabilidades señaladas en el “Convenio de Establecimiento, Funcionamiento y Control”, aprobado por el Consejo Superior del IESS. El Dispensario Anexo se encuentra adscrito al Centro de Atención Ambulatoria que determine la Dirección Nacional Médico Social del IESS.

**Unidad de Atención Ambulatoria.**-En poblaciones de afiliados de 5000 a 20000.La Unidad de Atención Ambulatoria (Dispensario Tipo C) es la unidad médica de menor nivel de complejidad, responsable de la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante atención primaria de consulta externa.

**Subsistema Zonal de Atención Médica Integrada.**- Es una circunscripción territorial dictaminada por la Dirección Nacional Médico Social y aprobada por el Consejo Directivo, hacia el cual se integran varias unidades médicas del IESS de distinto nivel de complejidad, desde la Unidad de Atención Ambulatoria hasta el Hospital de Nivel III, con la finalidad de mejorar el acceso, la calidad, la eficiencia, la equidad y la sustentabilidad financiera de la prestación de salud a los asegurados(Jurado, 2008, p.35).

## **5.1.2. PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:**

### **5.1.2.1.- FUNCIONES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

El primer nivel de salud es la puerta de entrada al sistema de salud. La OMS lo define como el primer nivel de servicios, que constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud (Mercenier, 1997, p.61).

Dentro de sus funciones se encuentra:

- Contacto con la población: durante un episodio de la enfermedad, durante el censo de la población o a través de participación comunitaria.
- Síntesis de la Información: conduce a la toma de decisiones por el paciente o la población y en acuerdo con ella. Si se tiene que referir a un paciente, la información necesaria debe ser transferida al nivel de referencia donde debe ser completada y retornada al primer nivel. La síntesis de la información debe permanecer en el primer nivel y no en el nivel de referencia.
- Responsabilidad de la salud de los individuos: para el control de la regularidad de la atención en poblaciones de riesgo y del medio ambiente. Si un problema excede el alcance del primer nivel puede ser complementado con servicios especializados.

Un primer nivel es adecuado cuando cumple con las funciones descritas y cuando se encuentra lo más cerca de la población (descentralizado). Debe responsabilizarse en proveer atención a todos los individuos de la comunidad en aspectos tanto curativos, preventivos y promocionales, así como asegurar que la atención sea continua, integrada, global y eficiente (Mercenier, 1997, p.61).

### **5.1.3. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD**

Diferentes autores han definido la calidad según sus características, la OMS establece algunas variables que deben poseer los servicios de salud (Mejía, 2009, p.4):

- Un alto nivel de excelencia profesional
- Uso eficiente de los recursos
- Un mínimo de riesgo para el paciente
- Un alto grado de satisfacción por el paciente
- Un impacto final en la salud

Calidad en los servicios de salud es un atributo de la atención médica que puede darse en grados diversos; se define como el logro de los mayores beneficios posibles, con los menores riesgos para el paciente. Esto se define a su vez en función de lo alcanzable de acuerdo a los recursos y a los valores

sociales imperantes con que se cuenta para proporcionar la atención. Se entiende por calidad en la prestación de servicios de salud, las características con las que se oferta dichos servicios, lo cual está determinado por la estructura y los procesos de atención que deben buscar optimizar los beneficios y minimizar los riesgos para la salud del usuario. Calidad técnica en los servicios de salud, consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médica de forma que maximice sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

### **5.1.3.1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

El proceso de atención entendiéndose como tal al encuentro entre el paciente y el personal de salud debe estar basado en un marco de calidad, como tal debe cumplir con criterios de calidad que permitirán una mayor satisfacción del usuario. Una atención de calidad debe observar tres características: continuidad, integralidad e integración.

#### **5.1.3.1.1. CONTINUIDAD, INTEGRALIDAD E INTEGRACIÓN**

La integralidad es la atención amplia de la salud considerar al paciente como un ser biopsicosocial es decir como un todo, considerando los diferentes aspectos del problema del paciente: las soluciones técnicas propuestas deben ser negociadas de acuerdo a las prioridades del paciente. La Integración permite brindar una combinación óptima de atención: curación, prevención, promoción y rehabilitación.

Continuidad se cataloga como una secuencia lógica permanente y sin interrupciones de todas las acciones necesarias para brindar atención a un usuario con problemas o necesidad de salud, bajo el cuidado de un profesional o de un equipo de profesionales. Se considera “equipo de profesionales” a todos aquellos que participan en la atención sin importar el nivel de complejidad.

##### **5.1.3.1.1.1. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

Cuando los sistemas de atención se estructuran por niveles, según complejidad creciente, es difícil conservar la continuidad, por tanto se pretende establecer procesos que aseguren una atención de calidad en los diferentes niveles y que a pesar de cambiar de profesionales se garantice una prestación de servicio secuencial.

El nivel de referencia o segundo escalón complementa al primer nivel de atención. Su rol es asegurar la continuidad de la atención curativa del enfermo que no puede ser tratado ambulatoriamente o que requiere técnicas que no están disponibles en el primer nivel (Mercenier, 1997, p.62).

Es así que lo que no se hace en el primer nivel debe ser hecho en el hospital de referencia y viceversa; el hospital cumple la función de apoyo técnico. El primer nivel y el segundo nivel deben fortalecerse para mejorar su calidad y reconquistar la confianza perdida de los usuarios (Ministerio de Salud Pública, 2002, p.8).

La coordinación asistencial es la capacidad de los servicios sanitarios para ofertar sincronizadamente un objetivo asistencial común, sin que se produzcan desencuentros que perjudiquen al paciente. La continuidad asistencial es la percepción que tiene el usuario sobre la coherencia de esta asistencia coordinada, que recibe a lo largo del tiempo y esta percepción le permite identificar al responsable asistencial que le brinda un seguimiento adecuado y una información efectiva (Fernández, 2010, p.350).

La continuidad asistencial (CA) es el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo. Se distinguen tres tipos de CA interrelacionados entre sí: a) de relación: es la percepción del paciente sobre la dependencia que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores; b) de información: es la percepción del usuario sobre la disponibilidad, utilización e interpretación de la información sobre acontecimientos anteriores para proporcionar una atención apropiada a sus circunstancias actuales, y c) de gestión: es la percepción del usuario de que recibe los diferentes servicios de manera coordinada, complementaria y sin duplicaciones. Cada tipo de CA se describe mediante una serie de dimensiones y atributos y puede ser analizado a partir de un episodio clínico concreto o partir de las percepciones generales de los usuarios (Aller, 2010, p.373).

La continuidad asistencial (CA) se asocia a una mayor satisfacción de los usuarios mejor calidad de vida percibida, mayor utilización de los servicios preventivos, mayor tasa de adherencia a los tratamientos y disminución del índice de hospitalizaciones; sin embargo, los rápidos avances tecnológicos, los cambios en la organización de los servicios de salud, el aumento de las enfermedades crónicas complejas y del número de pacientes pluripatológicos hace que los usuarios sean atendidos por un elevado número de proveedores en organizaciones y servicios distintos: hecho que dificulta la coordinación de la atención y amenaza la continuidad asistencial.(Aller, 2010, p.373)

#### **5.1.3.1.1.2. MODELO DE ATENCIÓN QUE GARANTICE LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

El modelo de atención de salud de la población es la forma como la sociedad, ante los determinantes sociales y biológicos de la salud organiza sus recursos humanos tecnológicos y materiales para afrontar integralmente los riesgos de la salud y proporcionar los servicios de fomento, prevención y atención médica. El Modelo de Atención debe organizar la prestación de servicio desde la persona, su familia y su entorno comunitario. Como el modelo se fundamenta en los problemas de salud y en las necesidades de las personas, no debe sustentarse para organizar la prestación en niveles rígidos y segmentados de atención sino en redes. Modificar el modelo de atención de salud es complejo, lograr cambios en la atención de salud, en la distribución de los recursos de inversión, en las competencias designadas, en las normas que rigen el funcionamiento del sector y en las relaciones entre los distintos componentes del sistema no es tarea fácil pero no imposible. (Organización Panamericana de la Salud, 2001, p.54).

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) en el 2010 reorienta y fortalece los servicios de salud del seguro general en todos los niveles de atención y complejidad con la finalidad de impulsar un enfoque integral, para atender los problemas de salud basados en la atención primaria renovada, esto implica atención no solo en el primer nivel sino la concepción integral de salud de primer, segundo y tercer nivel, dejando de lado el modelo hospital céntrico de especialidad curativo, costoso y con una subutilización de los recursos del centro de salud.

En la seguridad social la relación entre médicos especialistas y de atención primaria es de doce médicos especialistas por cada médico general, de acuerdo a la norma debe haber tres médicos generalistas por cada médico especialista. El sistema informático no satisface las necesidades ni de las unidades, ni de los usuarios, el funcionamiento no es en red, por lo tanto se fortalece la segmentación y fragmentación del sistema. La estrategia es mirar a lo ambulatorio y fortalecer el sistema con un modelo primer nivel centrista y no hospital centrista (Gallegos, 2009, p.34).

#### **5.1.4.- ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a las enfermedades no transmisibles como la principal causa de mortalidad y discapacidad mundial. En la actualidad las enfermedades crónicas no transmisibles, constituyen uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud debido a varios factores: gran número de casos afectados, creciente contribución a la mortalidad general, es la causa más frecuente de incapacidad prematura y por la complejidad y costo elevado de su tratamiento.

En Ecuador las enfermedades cardiovasculares, la isquemia del corazón, la neoplasia del estómago junto con la diabetes forman parte de las diez causas de muerte en el país. En Ecuador<sup>2</sup> las enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial han experimentado un incremento sostenido en el periodo 1994-2009, ascenso notablemente más pronunciado en los tres últimos años. Para el 2009, los casos notificados fueron de 68,635 y 151,821 para diabetes mellitus e hipertensión arterial respectivamente. En el periodo 1994 a 2009 la prevalencia de diabetes mellitus se incrementó de 142 por 100000 habitantes a 1084, mientras que la hipertensión arterial pasó de 63 a 488 por 100000 habitantes en el mismo periodo. Su incidencia es mayor en la mujer. Para ambas enfermedades, las tasas son marcadamente más elevadas en las provincias de la costa que en el resto del país aunque la zona insular le sigue en importancia (MSP, 2011,p.3)

#### **5.1.4.1.- CALIDAD DE ATENCIÓN A LOS ENFERMOS CRÓNICOS**

El reto sanitario que representa hoy la atención a estas enfermedades supone la necesidad de realizar cambios en el sistema para afrontar los problemas derivados de la cronicidad, ya que si no se da respuesta a estas necesidades podría estar en juego la sostenibilidad de nuestro sistema actual de salud.

Estos cambios deberían promover un sistema de atención basado en la integralidad, la continuidad de la atención y la intersectorialidad, lo que permite tener un paciente informado y comprometido. La continuidad y seguimiento de las enfermedades crónicas no transmisibles, deben hacerse tomando en cuenta el tiempo de evolución y el grado de control de la enfermedad, los cambios en el tratamiento, la presencia de complicaciones y las necesidades de un programa educativo. En un paciente estable y con un buen control las guías de práctica clínica canadienses recomiendan de 3 a 4 visitas anuales, con las siguientes recomendaciones.

**Tabla 5. Guías de práctica clínica en pacientes crónicos**

<b>Exploración</b>	<b>Visita Inicial</b>	<b>3-4 meses</b>	<b>6 meses</b>	<b>Anual</b>
Peso/IMC	X	X	X	X
Perímetro Abdominal	X			X
PA/Frecuencia Cardíaca	X	X	X	X

<sup>2</sup>De acuerdo a los datos provenientes de la notificación mensual de la oficina de epidemiología del MSP.

<b>Pruebas Analíticas</b>				
HbA1c	X		X	X
Perfil Lipídico	X			X
Cociente albúmina/creatinina, filtración glomerular, creatinina	X			X
<b>Revisiones Periódicas</b>				
Exploración ocular fondo de ojo, retinografía	X			X
Exploración bucodental	X			X
Exploración de los pulsos periféricos	X			X
Exploración de los pies y educación	X			X
Cribado con monofilamento y sensibilidad exploratoria	X			X
Electrocardiograma	X			X
Cálculo del riesgo coronario	X			X
<b>Actividades Educativas y de Prevención</b>				
Cumplimiento de dieta, ejercicio, tratamiento farmacológico	X	X	X	X
Revisión de las medidas de autocontrol(libreta de autoanálisis, peso, pies, PA)	X	X	X	X

Investigación sobre hipoglucemias	X	X	X	X
Investigación de complicaciones crónicas	X			X
Intervenciones educativas	X	X	X	X
Consejo para dejar el tabaco y alcohol	X			X
Vacuna antigripal	X			X

**Fuente:** Guías Clínicas Canadienses

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

La evolución natural de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares puede modificarse con acciones que cambien el curso clínico de las condiciones que determinan su incidencia. Es preciso llevar a cabo la evaluación integral, la educación del paciente sobre el padecimiento, el diseño del seguimiento a largo plazo, la prescripción eficaz y personalizada de programas de alimentación y actividad física, la identificación de barreras para alcanzar el cumplimiento de las recomendaciones y la selección del tratamiento farmacológico mediante protocolos estandarizados y manuales de procedimientos (Córdova, 2008, p.421).

Aspectos como la educación del paciente respecto a su enfermedad, la importancia de un seguimiento adecuado, o la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales, son centrales en los nuevos modelos propuestos (Monteagudo, 2004, p.573).

Una educación continuada del paciente que le permita adaptarse a los cambios y posibles complicaciones que puedan manifestarse en el transcurso de la enfermedad, junto con una asistencia médica adecuada, asociada a los cuidados de un equipo multiprofesional y una educación e información individualizada al paciente, familiares, entorno social, junto con un control metabólico riguroso, son capaces de prevenir o retardar la aparición de las complicaciones crónicas (Selli, 2005, p.1367).

*Adherencia* al tratamiento es la acción de involucrarse activa y voluntariamente en el manejo de la enfermedad, mediante el desarrollo de un proceso de responsabilidad compartida entre el paciente y los profesionales de la entidad prestadora de servicios en salud. En los países en desarrollo el promedio de la adherencia a los tratamientos a largo plazo alcanza sólo el 50 %, siendo incluso menor en los países en vías de desarrollo. En promedio, sólo uno de cada tres pacientes sigue de manera correcta las indicaciones de su médico, con adherencias diferentes para cada componente, mayores para la toma de

medicamentos, aun en casos de polifarmacia y menores para ejercicio y dieta. (Alayón, 2008, p.779).

El fracaso de la terapia es común y se relaciona sobre todo con la falta de apego al tratamiento, por lo que es prioritario desarrollar estrategias para determinar cuáles son los factores relacionados con ésta. En este contexto, el paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar se modifique para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego (Marín, 2001, p.337).

El riesgo cardiovascular absoluto, entendido como la probabilidad de sufrir un evento agudo en un tiempo determinado, se incluye la probabilidad de padecer las enfermedades arterioscleróticas más importantes: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebro vascular y arteriopatía periférica. El cálculo del riesgo por el método de Framingham<sup>3</sup> determina el riesgo de morbimortalidad coronaria. La evolución en el tiempo del riesgo cardiovascular estimado puede servir para valorar la efectividad de las diferentes intervenciones terapéuticas que se realizan en personas con seguimiento habitual en las consultas de atención primaria. Las variables medidas de acuerdo a este método son la edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), lípidos (HDL y LDL-Colesterol), tabaquismo, diabetes. Se considera bajo riesgo de enfermedad coronaria cuando el individuo no es diabético ni fumador, la presión arterial sistólica se encuentre por debajo de 120 mmHg y la diastólica de 80 mmHg, que el colesterol total este entre 160 y 199 mg/dl o el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL) entre 100 y 129 mg/dl y el de alta densidad (cHDL) superior a 45 mg/dl en varones y 55 mg/dl en mujeres (Ortiz, 2007, p.366).

Instaurar un sistema de vigilancia que permita valorar la continuidad de la atención y herramientas para realizar una evaluación integral, permite lograr optimizar la información, un control estrecho del proceso patológico y tomar acciones encaminadas a mejorar la continuidad de la atención y evitar complicaciones. El cambio de un enfoque curativo hacia un proceso de

---

<sup>3</sup>Las tablas de riesgo cardiovascular (RCV) más utilizadas están basadas en la ecuación de riesgo del estudio de Framingham. Las tablas de riesgo de Framingham, utilizan un método de puntuación sobre la base de las siguientes variables: edad (35-74 años), sexo, HDL-colesterol, colesterol total, presión arterial sistólica, tabaquismo (sí/no), diabetes (sí/no) e hipertrofia ventricular izquierda (sí/no), con ello podemos calcular el riesgo coronario a los 10 años que incluye: angina estable, infarto de miocardio (IAM) y muerte coronaria. La Tabla de Framingham simplificada, está dividida según el género y según la presencia de diabetes. Realiza una valoración del RCV en colores, de tal forma que un riesgo muy elevado se representa en color rojo y un RCV bajo en color verde, variando el color desde el verde hasta el rojo en relación al grado de riesgo que se tiene. Una valoración del riesgo CV superior al 20 % es considerado un riesgo alto.

atención integral mejorará el seguimiento y satisfacción de los usuarios afiliados portadores de enfermedades crónicas como la Diabetes e Hipertensión arterial.

#### **5.1.4.2.- MODELO DE ATENCIÓN PARA ENFERMOS CRÓNICOS**

En 2002, la 26° Conferencia Sanitaria Panamericana reconoció que las enfermedades crónicas no transmisibles son la causa principal de muerte prematura y morbilidad en América Latina y el Caribe por lo que aprueba la Resolución CSP26.R15, en la que se aboga por que la OPS intensifique y coordine la cooperación técnica en esta materia.

En respuesta a esta resolución la OPS elabora una Estrategia y Plan de Acción Regional. Se han fijado cuatro líneas de acción, que consisten en dar prioridad a las enfermedades crónicas en los programas políticos y de salud pública; considerar la vigilancia como un componente clave; aceptar la necesidad de reorientar los sistemas de salud a fin de que respondan a las necesidades de las personas que sufren afecciones crónicas; y tomar nota de la función esencial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades (OPS, 2001, p.54).

El modelo CCM (Chronic Care Model)<sup>4</sup> es el resultado de diversos esfuerzos para la mejora de la gestión de enfermedades crónicas, no es un recetario de soluciones, sino que está estructurado como un marco multidimensional para enfocar iniciativas de mejora frente a un problema complejo (MSP, 2011, P.3).

Las dimensiones del Modelo de atención para Crónicos son:

1. Organización del Sistema Sanitario.
2. Relaciones con la comunidad.
3. Rediseño del sistema asistencial.
4. Apoyo al autocuidado.
5. Apoyo para la toma de decisiones.
6. Sistemas de información clínica

---

<sup>4</sup>Chronic Care Model desarrollado por Wagner y colaboradores del Mec Coll Institute for Health care Innovation, en New York 1999.

**Gráfico N5. Modelo de Atención a Crónicos (CCM)**



**Fuente:** .- Barr, V. (2003). El Modelo Ampliado de cuidados de enfermedades crónicas: una integración de conceptos y estrategias de promoción de salud de la población y el modelo de atención crónica.

**Elaborado por:** The MecColl Institute

La atención a crónicos discurre en tres planos que se superponen:

- 1) El conjunto de la comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados.
- 2) El sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento; y
- 3) El nivel de la práctica clínica.

La visión y fin último del modelo es que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados junto con un equipo de profesionales proactivos y con las competencias necesarias, para lograr una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados.

En el CCM, la mejora de los resultados funcionales y clínicos para el tratamiento de la enfermedad son el resultado de las interacciones productivas entre los pacientes informados, a las movilizaciones y el equipo preparado, la práctica activa de los médicos y los profesionales de la salud. La Figura 5 ilustra estas dos esferas del modelo que interactúan e influyen en el cambio sistémico para la gestión de enfermedades crónicas. Los componentes de este

esfuerzo integrado se ilustran en la mitad superior del gráfico. Con este modelo se debe centrar los esfuerzos e intervenciones en las cuatro áreas que figuran en el sistema de salud ovalada: el apoyo de auto-gestión, diseño de sistemas de entrega, apoyo a las decisiones y los sistemas de información clínica. La Tabla 6 proporciona una visión general y ejemplos de intervenciones de los componentes del modelo clave. (Baar, 2003, p.74).

<b>Tabla 6 Modelo de atención a crónicos</b>		
<b>COMPONENTES DEL MODELO</b>		<b>EJEMPLOS</b>
Sistema de Salud - Organización de la Salud	Programa de planificación que incluya objetivos cuantificables para una mejor atención de las enfermedades crónicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El apoyo visible de las mejoras previstas por la dirección superior.</li> <li>• Los incentivos para los proveedores de atención</li> </ul>
Auto-Apoyo a la Gestión	El énfasis en la importancia del papel central que tienen los pacientes en el manejo de su propio cuidado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Los recursos educativos, la formación profesional y apoyo psicosocial proporcionada a los pacientes para ayudarles en el manejo de su cuidado</li> </ul>
Apoyo a las Decisiones	La integración de directrices basadas en la evidencia a la práctica clínica diaria	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amplia difusión de las guías de práctica.</li> <li>• Especialista en apoyo a equipos de atención médica.</li> </ul>
Diseño del sistema de entrega	Centrarse en el trabajo en equipo y una ampliación del ámbito de la práctica de los miembros del equipo para apoyar la atención crónica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las visitas planificadas y el seguimiento sostenido.</li> <li>• Definir claramente los roles de equipo de atención médica.</li> </ul>
Sistemas de información clínica	El desarrollo de sistemas de información basados en poblaciones de pacientes para obtener datos relevantes de los	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema de vigilancia que proporciona alertas, recordar y seguimiento de la información.</li> </ul>

	clientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La identificación de subgrupos de pacientes que requieren cuidados pertinentes.</li> </ul>
Recursos de la comunidad y políticas	Desarrollo de asociaciones con organizaciones comunitarias que apoyan y satisfacen las necesidades de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar los programas eficaces y fomentar la participación adecuada.</li> <li>• Referencia a los correspondientes servicios en la comunidad.</li> </ul>

**Fuente:** Barr, 2003, p.74

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

## 6. CONOCIMIENTOS O EXPERIENCIAS PREVIAS

Para garantizar la calidad en un sistema de salud según Donabedian<sup>5</sup>, se debe contar con dos elementos inseparables, a saber: el diseño del sistema y la monitorización del desempeño. Un sistema de vigilancia epidemiológica permite integrar estos dos elementos de tal forma que se pueda obtener información oportuna que facilite tomar decisiones o hacer recomendaciones a corto, mediano o largo plazo, sobre bases objetivas y científicas, con el propósito de prevenir o controlar un problema de salud, como la diabetes mellitus tipo II (DMII) e HTA reconocido por su alta prevalencia y su consecuente repercusión en la utilización de servicios de salud.

Durante el 1 de enero de 1998 al 30 de junio de 1999, en la Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en Hermosillo, Sonora. Fue diseñado un formato único de reporte compuesto por diferentes elementos que integran el sistema para la atención del paciente diabético en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS. Se desarrolló un instrumento que permita llevar a cabo la vigilancia

<sup>5</sup>Avedis Donabedian nació en Beirut, Líbano, el día 7 de Junio de 1919 en el seno de una familia armenia y vivió en un pueblo árabe al norte de Jerusalén. Estudió Medicina en la Universidad Americana de Beirut y en 1953 se trasladó a los Estados Unidos para estudiar Salud Pública en Harvard. En 1961 se convirtió en Profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, en donde desarrolló la parte medular de su trabajo. Es conocido fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad. Falleció el 9 de Noviembre del año 2000.

epidemiológica y evaluar la calidad de la atención a la diabetes mellitus en el primer nivel de atención. Para ello se implementó un paquete de computación (software) que permite la captura de los datos de dicho formato y la generación de reportes, de tipo individual y grupal, sobre el cumplimiento de citas, antecedentes personales patológicos y no patológicos, evolución de signos y síntomas, exámenes de laboratorio y el manejo terapéutico. La sistematización de datos en forma electrónica, favoreció la obtención de información confiable y permanente para la vigilancia de los procesos en la atención integral del paciente diabético (OPS, 2007, p.1).

Un programa de Salud –Epidemiología Comunitaria en la Parroquia de Borbón – Provincia de Esmeraldas desde 1995 hasta 2001, realizó actividades de intervención comunitaria con la finalidad de aplicar un tamizaje de presión a todos los mayores de 18 años. La muestra piloto involucró a 4284 personas de las 129 comunidades, lo que permitió conocer la distribución de la hipertensión en los grupos étnicos presentes en el área entre los dos sexos y en los diferentes grupos étnicos, la aplicación de estrategias apropiadas para detectar, monitorear, controlar los riesgos asociados a la hipertensión, seguimiento de los casos con particular atención a los de mayor riesgo. Las herramientas para recolectar la información era una ficha con nombres y apellidos, fecha de nacimiento/ edad, sexo, raza, tabaquismo, familiaridad, complicaciones ya presentadas, patologías asociadas ( especialmente diabetes ) y eventual tratamiento recetado, también diseñaron un cuaderno epidemiológico donde promotores de salud y auxiliares de enfermería registraban el control periódico de la presión, la toma del tratamiento y el cálculo del riesgo cardiovascular y daban más seguimiento a los hipertensos con riesgo cardiovascular alto y muy alto, la visita domiciliaria era imprescindible e inmediata si no acudían al subcentro para su control. Cuando promotores o auxiliares de enfermería captaban nuevos hipertensos remitían al médico para la apertura de la ficha de seguimiento y de ser necesario la prescripción del tratamiento. Para ello, toda la investigación fue apoyada por expertos del Instituto Mario Negri de Milán (Tognoni, 2010, p.203).Es importante resaltar que la experiencia expuesta utilizó estrategias y herramientas prácticas adaptadas a una realidad comunitaria, que permitieron la identificación temprana de pacientes en riesgo y un seguimiento a largo plazo para evitar complicaciones.

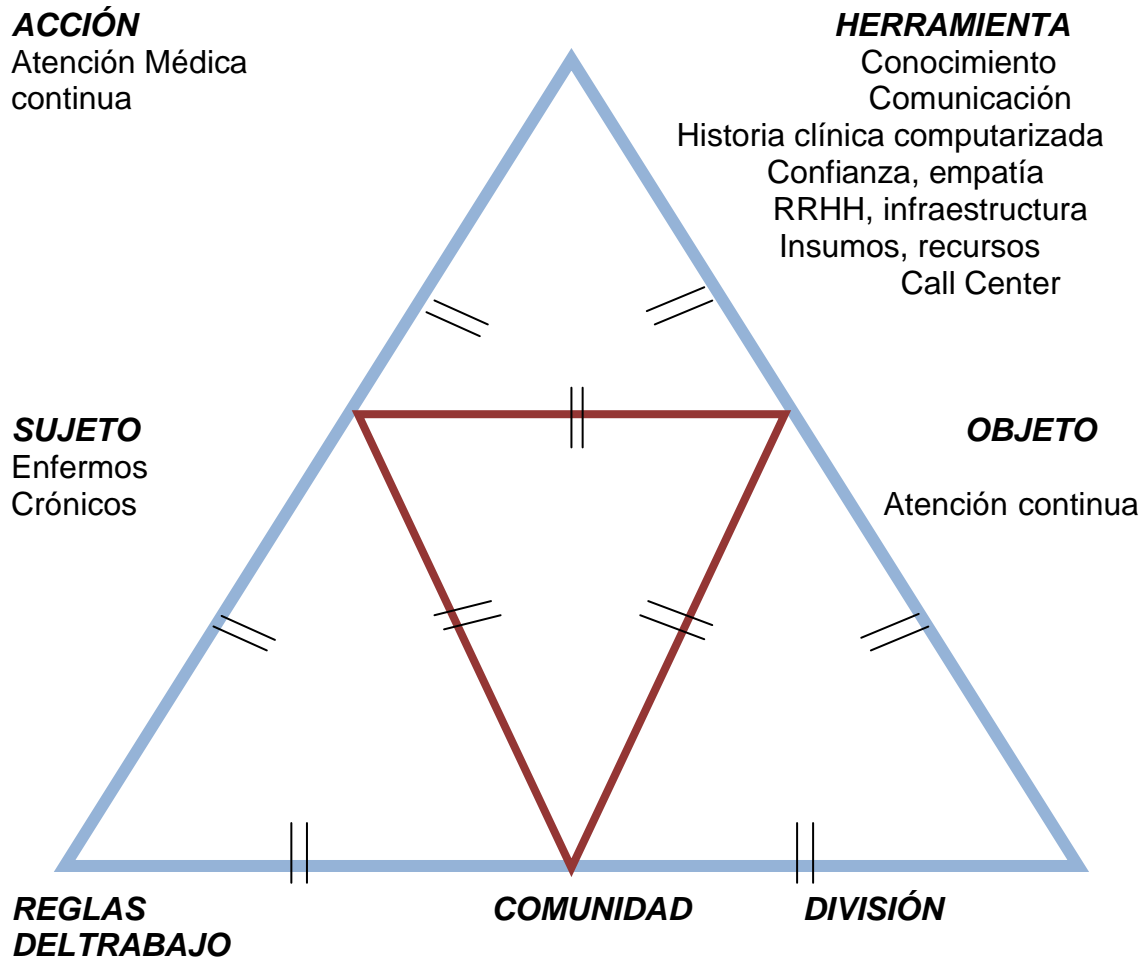
En el IESS se ha impulsado la creación en el Dispensario Central IESS Quito de la Clínica de Crónicos Metabólicos, en los primeros meses de este año se carnetizó a los pacientes crónicos metabólicos a fin de evitar que hagan las molestosas colas para coger un turno lo cual constituye una de las quejas de los afiliados. Al momento este programa es prioritario y existe el compromiso de ejecutarlo, además de Pichincha en las provincias de Esmeraldas y en Sto.

Domingo de los Tsáchilas. Actualmente no se conocen los resultados del programa piloto en práctica.

## 7. MODELO DE REFERENCIA

### .GRÁFICO 6. MODELO DESCRIPTIVO

**ACTIVIDAD: CONTINUIDAD EN PACIENTES CRÓNICOS CON DIABETES MELLITUS II E HTA ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIA IESS TENA**



15 minutos por atención  
Primer Nivel Puerta de entrada  
Segundo nivel complemento

Afiliados, montepío jubilados con DMII e HTA  
Personal de AP y Especializada  
Administrativos  
Gestión: Directora Técnica

Atención Primaria: Medicina Familiar General  
Atención Especializada: Traumat/Cirugía/Oftalmol  
Medicina Interna/ ORL  
Ginecología/ Emergencia  
Dermatología

**Fuente:** Activity System

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

## 8. HIPÓTESIS DE CAMBIO Y ESTRATEGIAS ELEGIBLES

### 8.1. ALTERNATIVAS DE CAMBIO

**TABLA 7. LISTADO DE ALTERNATIVAS**

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Coordinación entre personal de atención primaria y especializada para facilitar la continuidad asistencial en el CAA	Promover actividades de coordinación y comunicación entre personal de atención primaria y especializada.
	Establecer acuerdos y compromisos entre médicos de atención primaria y médicos especializados para facilitar y programar citas subsecuentes con su médico de cabecera y viceversa.
	Realizar actividades integrales intramurales y extramurales con personal de enfermería, auxiliares de enfermería y trabajadora social para promover la continuidad y control permanente de patologías crónicas con su médico de cabecera, así como promover estilos de vida saludable.
	Coordinar entre profesionales de atención primaria para la aplicación de un cuaderno de síntesis, ficha de citas y herramientas como valoración de pie diabético, valoración de adherencia al tratamiento y cálculo de riesgo cardiovascular lo que permitirá una valoración integral hacia pacientes con diabetes tipo II e HTA.

<b>ESTRATEGIA</b>	<b>ACTIVIDADES</b>
Gestión de recursos humanos	Incremento de personal con enfoque en atención primaria, familiar y comunitario.
	Gestionar capacitación a personal de salud en atención primaria con enfoque integral, familiar y comunitario.

**Fuente:** Módulo de campo, 2011.

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

## 8.2. CRITERIOS DE SELECCIÓN

**TABLA 8. MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE INTERVENCIONES**

ESTRATEGIA	RELEVANCIA	PERTINENCIA	FACTIBILIDAD			EFECTIVIDAD	TOTAL
			P	E	S		
Coordinación entre personal de atención primaria y especializados para facilitar la continuidad de atención en pacientes con diabetes mellitus II e HTA	+	+	+	+	-	+	5
Gestión de Recursos Humanos	+	-	+	-	-	+	3

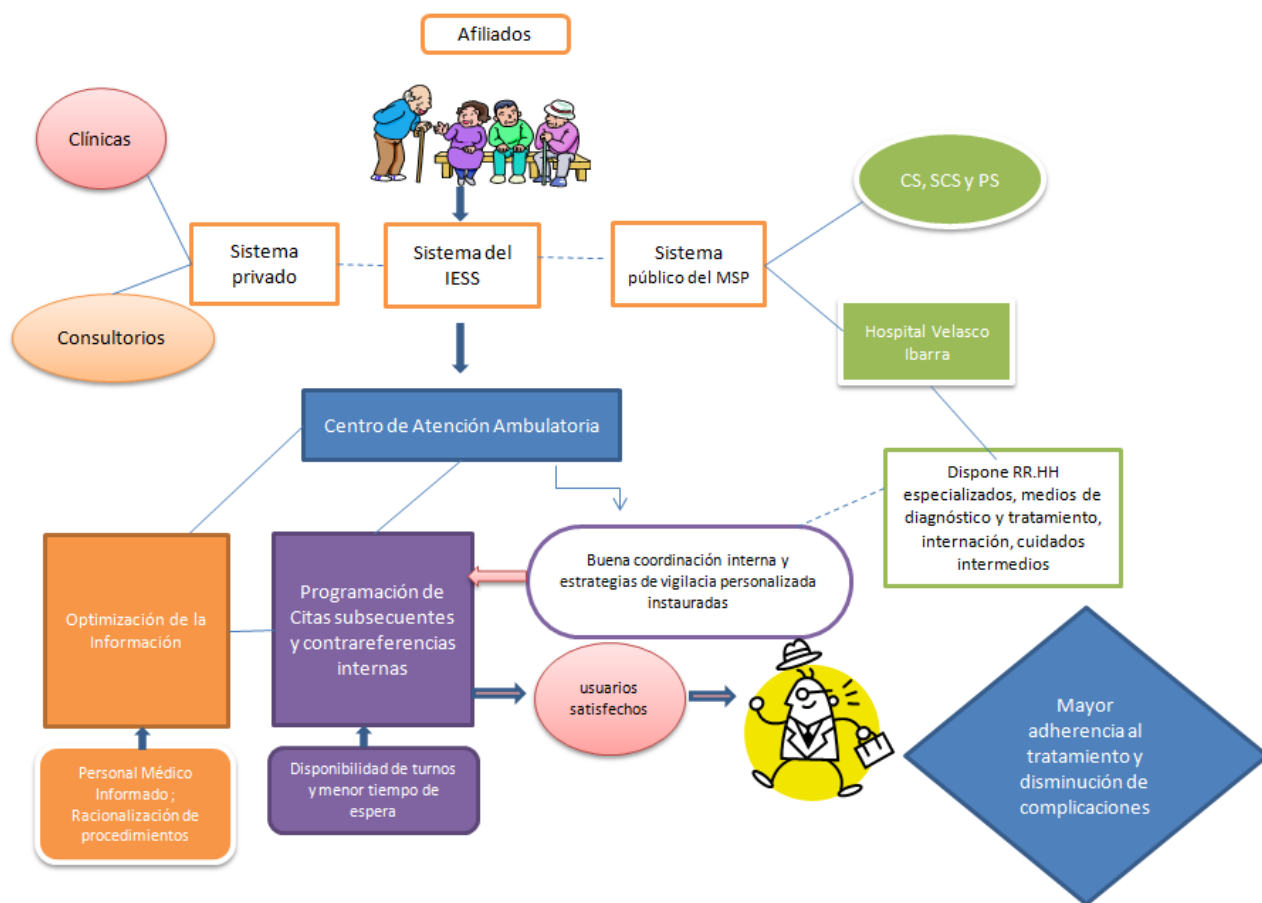
**Fuente:** Reunión entre Personal de Salud y Afiliados, Tena Noviembre 2011.

**Elaborado:** Personal de Salud, Afiliados e Investigadora V. Araujo.

### 8.3.- HIPÓTESIS:

La aplicación de estrategias como: coordinación interna, instrumentos de valoración cardiovascular y pie diabético, implementación de un sistema de registro ficha de seguimiento, tarjeta de citas, mejora la continuidad de la atención de los pacientes crónicos con diabetes e hipertensión, permite de esta manera un mejor cumplimiento regular de su tratamiento, una valoración integral e identificación temprana del riesgo de presentar complicaciones.

**Gráfico 7. MODELO HIPÓTESIS PROPUESTA**



**Fuente:** Módulo de Campo, Noviembre 2011.  
**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

## 9. PROPÓSITO Y OBJETIVOS

### 9.1. OBJETIVOS:

#### 9.1.1. GENERAL

Mejorar la continuidad de la atención de enfermos crónicos con Diabetes e HTA, así como identificar y disminuir el riesgo de complicaciones

#### 9.1.2. ESPECÍFICOS

- Implementar actividades de coordinación interna entre el equipo del CAA, lo que permitirá mejorar la continuidad de la atención hacia enfermos crónicos con HTA y Diabetes.
- Aplicar un sistema de registro como ficha de síntesis y tarjeta de citas para enfermos crónicos con diabetes e HTA, lo que permitirá una identificación personalizada, optimización de la información y continuidad de la atención con monitoreo permanente.
- Coordinar acuerdos entre el personal médico para mejorar el acceso de la atención hacia enfermos crónicos, mediante la programación informática de citas subsecuentes y contrarreferencias internas con médicos de cabecera (General y Familiar).
- Promover mecanismos de registro así como educacionales, en la pre y pos consulta con lo cual se promoverá mayor adherencia al tratamiento y medidas preventivas para disminuir complicaciones.
- Crear una base de datos donde se realiza el ingreso de pacientes con diabetes e hipertensión arterial lo que permitirá optimizar la información y contribuir a la gestión clínica institucional, mediante el registro del afiliado por edad, género, nacionalidad, categoría (seguro general, voluntario, jubilado, montepío), médico de cabecera a cargo, número de controles, riesgo cardiovascular y tratamiento.
- Desarrollar herramientas para el cálculo de riesgo cardiovascular por método de FRAMINGHAN, valoración de adherencia al tratamiento, valoración temprana del pie diabético permitirá realizar una valoración integral así como una identificación temprana del riesgo de padecer complicaciones.

## 10. INSTRUCCIONES OPERATIVAS

Para introducir los cambios se ejecutaron las siguientes instrucciones operativas:

1.- Coordinación interna: para ello se coordinó con personal de Salud con el fin de:

A.- Acordar con personal médico del CAA para la realización de contra referencias internas de pacientes crónicos y programación de citas subsecuentes con el médico de base.

B.- Valoración integral : para ello fue programado veinte pacientes diarios con un tiempo de atención de 30 minutos cada uno, a los cuales se les realizó la evaluación de adherencia al tratamiento, riesgo cardiovascular mediante el método de FRAMINGHAN y valoración temprana de pie diabético mediante la aplicación del método PATON- PATONA<sup>6</sup>.

2.- Optimización de la Información: se diseñó una ficha de seguimiento la cual se estructuró para el ingreso y valoración de los parámetros concerniente a datos de filiación del paciente, fecha de atención, tratamiento, medida de tensión arterial, perfil lipídico, función renal, hemoglobina glicosilada, talla, peso, índice de masa corporal, perímetro abdominal, procesos de enseñanza aprendizaje como generalidades de su enfermedad, dieta, adherencia al tratamiento. Igualmente se diseñaron fichas de citas, donde se resumió los principales datos como caracterización de afiliación, fecha de atención, fecha de próxima cita, índice de masa corporal, tensión arterial, glucosa y tratamiento que nos permitiría un monitoreo permanente del afiliado portador de la patología. Se planificó llenarla durante la consulta médica, para posteriormente en citas subsecuentes tener una síntesis de la información que nos permitiría una valoración integral a pacientes portadores de enfermedades crónicas.<sup>7</sup>

3.- Fichero Cronológico: Se planificó la creación de un fichero que nos permitiría monitorizar mes a mes a los pacientes citados y tomar acciones con pacientes que no hayan sido atendidos o que no hayan acudido a su valoración. Diariamente se revisó el fichero para identificar a los pacientes que correspondía evaluar, el personal de enfermería procedía a realizar una llamada vía telefónica de recordatorio para que asistan.

4.- Implementación de la post consulta: ya que no se realizaba en el proceso de atención por lo que se propuso a directivos, personal de enfermería y

---

<sup>6</sup>Valoración pie Diabético: se basa en la clasificación clínica de integridad del pie y su riesgo. Valora la neuropatía crónica, la insuficiencia vascular y la presencia de infección. Los de riesgo verde ( Bajo Riesgo) valorarlos por lo menos una vez al año y los de riesgo amarillo (Riesgo Moderado) o rojo (Alto Riesgo), cada vez que se les valore clínicamente.

<sup>7</sup>Observar anexo 2 y 3: Ficha de seguimiento y tarjeta de citas.

auxiliares de enfermería la instauración de la pos consulta dentro del proceso de atención de enfermos crónicos realizado en el CAA, en ella se instauró la difusión de estilos de vida saludables.

5.- Implementación de estrategias educacionales: se planificó impartir durante la pre consulta, consulta y post consulta, estilos de vida saludables e identificación temprana de complicaciones.

6.- Realización de una Base de datos en la cual consta los siguientes parámetros: número de cédula, historia clínica, edad, sexo, dirección, teléfono, número de controles anuales, medicación, riesgo cardiovascular, complicaciones, antecedentes familiares, índice de masa corporal (IMC), perfil lipídico, riesgo de pie diabético, la misma que fue desarrollada semanalmente por la investigadora mediante el llenado de datos en una tabla de programa Excel.<sup>8</sup>

## **11.METODOLOGÍA**

### **11.1.- TIPO DE INVESTIGACIÓN Y EQUIPO INVESTIGATIVO**

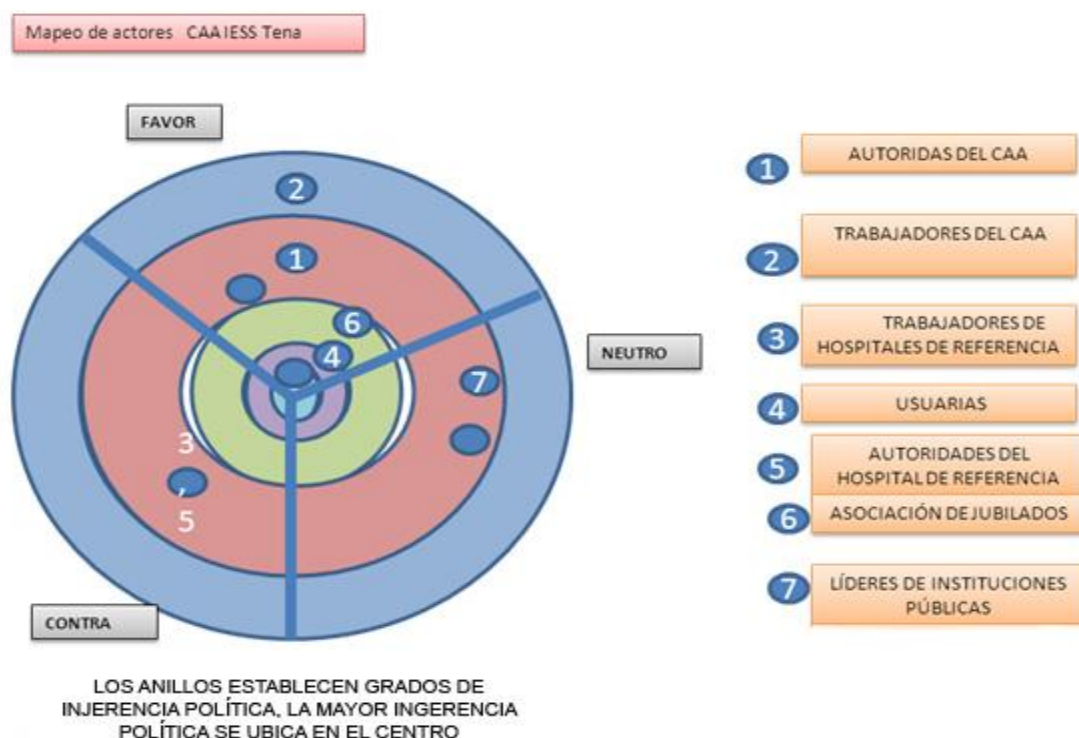
El proceso investigativo se desarrolló dentro del enfoque de investigación acción, para ello en primera instancia se procedió a realizar un análisis completo del contexto en el cual se desarrollaba el centro de atención ambulatoria, identificando los problemas prevalentes y prioritarios, dicho proceso fue participativo tanto de la comunidad como de los actores locales identificados. El equipo investigativo se conformó con una licenciada de enfermería, licencia de laboratorio y una médica general (investigadora).

A continuación representamos de manera gráfica los actores, su interés sobre el problema y el grado de poder o influencia que poseen para generar un cambio positivo.

---

<sup>8</sup> Observar anexo 1.Instrucciones operativas.

**Gráfico 8. Mapeo de Actores**



**Fuente:** comunidad, afiliados y personal de salud

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

Es importante resaltar la gran apertura por parte de los usuarios, asociación de jubilados ya que por primera ocasión era escuchada sus opiniones y percepciones como usuarios permanentes del servicio, así también resaltamos la apertura del personal de salud involucrado en todo el proceso con acciones tanto operativas como administrativas para su desarrollo.

## 11.2.- FORMAS, MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Las técnicas e instrumentos para la recolección de información fueron las siguientes:

**11.2.1.- ENCUESTAS:** En un inicio, el proceso fue dirigido hacia toda la comunidad afiliada del cantón Tena con la finalidad de realizar el análisis del servicio de salud brindado hacia los afiliados, se aplicaron 79 encuestas (Octubre 2010) con preguntas abiertas y cerradas para valorar la calidad de atención percibida por los usuarios.

Al identificar el principal problema percibido por los usuarios, continuidad de la atención se aplicaron 90 encuestas con preguntas cerradas con la finalidad de conocer la continuidad percibida por los usuarios, en primera instancia se diseñó una encuesta con preguntas cerradas en el correspondiente módulo de campo. La encuesta fue realizada por pacientes afiliados que habían hecho uso de los servicios médicos tanto especializados como de atención primaria. Se diseñó dos modelos de encuestas destinados hacia el objetivo valorar la continuidad percibida por los afiliados usuarios del servicio de atención primaria y especializado. Para la aplicación de las encuestas y con el objetivo de que no existan sesgos en el momento de las respuestas, participaron dos estudiantes, los cuales realizaban la captación de los pacientes luego de cada consulta. Fueron desarrolladas 45 encuestas por afiliados atendidos en la consulta externa de servicios especializados y 45 encuestas por afiliados atendidos en la consulta externa de atención primaria (Medicina General y Familiar), la encuesta fue anónima y sirvió para identificar las causas de la escasa continuidad en la atención (los resultados se muestran en las tablas 3 y 4).

Para valorar la continuidad y adherencia del tratamiento en enfermos crónicos con DMII e HTA, posterior a la ejecución de las estrategias, se procedió a rediseñar dos tipos de encuestas donde se pueda valorar la continuidad de la atención y la adherencia al tratamiento. En marzo del 2012 se aplicaron 90 encuestas, 45 diseñadas para valorar la continuidad y 45 diseñadas para valorar la adherencia al tratamiento, esta actividad se realizó luego de haber implementado las estrategias planificadas y diseñadas para mejorar la continuidad de la atención.

**11.2.2.- REVISIÓN DOCUMENTAL.-** se realizó una revisión documental de las principales estadísticas registradas en el centro de atención. Dentro de las diez primeras causas de morbilidad se encontraba la diabetes e hipertensión arterial, por la complejidad y complicaciones que presentan, centramos el estudio en los pacientes del seguro general, montepío, voluntarios y jubilados portadores de estas patologías. El centro de atención no tenía identificado a ciencia cierta cuantos afiliados hipertensos y diabéticos son parte de la población de responsabilidad de la Institución; por ello se procedió a consolidar los datos de atenciones realizadas durante el 2011 por Medicina Familiar, así como una revisión documental de estadísticas de atenciones realizadas hacia pacientes hipertensos y diabéticos por parte de especialistas del CAA, para lo cual se procedió al diseño de una base de datos que nos permitiría el ingreso de los pacientes así como identificar las principales variables del estudio como son, afiliados diabéticos e hipertensos con su dependencia, número de cédula, historia clínica, edad, sexo, dirección, teléfono, número de controles anuales, medicación, riesgo cardiovascular, complicaciones, antecedentes familiares. Este registro permitió una identificación personalizada, así como tomar

acciones y estrategias para impulsar un modelo de atención integral hacia pacientes crónicos diabéticos e hipertensos afiliados del cantón Tena.

**11.3.-VARIABLES E INDICADORES DEL PROCESO** (que valoran el cumplimiento de las instrucciones operativas):

**Tabla 9. Variables e Indicadores del Proceso**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>MONITOREO</b>
Recolectar información y aplicar encuestas que valoren la continuidad asistencial en el CAA IESS Tena	Equipo Investigativo	Recolección de información.  Número de encuestas aplicadas/total de encuestas planificadas.	Semanal
Reunión entre personal de atención primaria y departamentos especializados para la socialización del plan investigativo	Equipo investigativo	Número de personal asistente	Mensual
Establecer un acuerdo entre personal de atención primaria (Medicina Familiar y General) y departamentos de especialidad para realizar la programación con prioridad de una cita subsecuente de enfermos crónicos con su médico de base.	Equipo Investigativo	Acuerdo entre personal de atención primaria y especializada establecido.	Diario
Establecer acuerdos entre personal de enfermería para que promuevan a pacientes con enfermedades crónicas el control continuo de su patología con su médico de cabecera y promuevan estilos de vida saludables.	Equipo investigativo, enfermeras y trabajadora social	Acuerdo con personal de enfermería establecido.  % de actividades promocionales y preventivas en enfermos crónicos /	Semanal

		Número total de actividades diarias.	
Establecer un acuerdo para que los departamentos especializados programen citas subsecuentes mediante el sistema AS- 400 para seguimiento y control de patologías de base con médicos de cabecera de atención primaria y viceversa.	Equipo investigativo	Acuerdo con personal especializado establecido.	semanal
Establecer un sistema de registro como ficha de seguimiento y tarjeta de citas para enfermos crónicos con diabetes e HTA.	Equipo Investigativo	Número total de ficha de seguimiento y de tarjetas de citas creadas/ Número total de enfermos crónicos.	Semanal
Identificación del número total de afiliados portadores de HTA y Diabetes Tipo II	Equipo Investigativo	Número total de pacientes con Diabetes Tipo II e HTA / Número total de pacientes afiliados.	Semanal
Identificación de afiliados con complicaciones portadores de HTA y Diabetes.	Equipo Investigativo	Número total de afiliados con complicaciones portadores de Diabetes e HTA/ Número total de pacientes con Diabetes e HTA	Semanal
Identificación de pacientes afiliados portadores de Diabetes tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales (ADO) e Insulinoterapia.	Equipo Investigativo	Número total de pacientes portadores de Diabetes tipo II/ Número total de Diabéticos	Mensual

Identificación de pacientes afiliados con Diabetes e HTA por género, grupo etareo, nacionalidad y dependencia, ya sea jubilado, del seguro general, montepío o seguro voluntario	Equipo Investigativo	Número de pacientes afiliados con Diabetes e HTA por género, grupo etareo, nacionalidad y dependencia, ya sea jubilado, del seguro general, montepío o seguro voluntario/ Número total de pacientes portadores de HTA y Diabetes	Mensual
Identificación del Riesgo Cardiovascular en pacientes afiliados Diabéticos e Hipertensos	Equipo Investigativo	Cálculo del riesgo cardiovascular a cada paciente.	Semanal
Identificación de pacientes Diabéticos e Hipertensos controlados por Medicina Familiar y General.	Equipo investigativo	Número de pacientes afiliados Diabéticos e Hipertensos controlados por médicos de cabecera/ Número total de pacientes Diabéticos e Hipertensos.	Semanal
Identificación de pacientes Diabéticos que consumen como tratamiento sulfonilureas (glibenclamida), biguanidas (metformina), combinados (metformina+glibenclamida), Insulina (Rápida, Glardina, Isofánica).	Equipo Investigativo	Número de pacientes que consumen como tratamiento sulfonilureas (glibenclamida), biguanidas (metformina), combinados (metformina+glibenclamida),	Semanal

		Insulina (Rápida, Glargina, Isofánica)	
Identificación de pacientes Hipertensos que consumen como tratamiento IECA (Enalapril), Calcioantagonistas (Amlodipino), ARA II (Losartan), Beta Bloqueantes (Atenolol, carvedilol)	Equipo Investigativo	Número de pacientes que consumen como tratamiento IECA (Enalapril), Calcio antagonistas (Amlodipino), ARA II (Losartan), Beta Bloqueantes ( Atenolol, carvedilol)	Semanal

**Fuente:** Pacientes atendidos en el CAA y personal de salud operativo.

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

#### 11.4.- VARIABLES E INDICADORES DE RESULTADOS

Tabla 10. Variables e Indicadores de Resultados

TEMA	CARACTERÍSTICA	DIMENSIÓN	ESTRUCTURA DEL INDICADOR	EXPRESIÓN DEL INDICADOR	FUENTE	TÉCNICA
Continuidad asistencial	Continuidad de la relación	Vínculo Paciente Médico	Comunicación médico-paciente	<p>Porcentaje de pacientes que manifiesten que su médico se preocupa e interesa por sus problemas de salud/ Número total de pacientes atendidos</p> <p>Porcentaje de pacientes que manifestaron que su médico resolvió o contestó sus dudas con</p>	Pacientes	Entrevista/ Encuesta

				<p>respecto a su problema de salud/  Número total de pacientes atendidos</p> <p>Porcentaje de pacientes que manifiestan que la información que manifiesta su médico y personal de enfermería es suficiente o fácilmente entendible/  Total de pacientes atendidos</p>		
	Continuidad de la relación	Transferencia de la Información Clínica	Conocimiento previo de información clínica	Porcentaje de pacientes que manifestaron que el médico q le	Pacientes	Entrevista/Encuesta

				atiende conocía sobre su historial previo / Total de pacientes atendidos		
	Continuidad de la Gestión	Gestión Clínica	Subsecuencia y Programación personalizada de citas	Número de pacientes a los cuales se les ha planificado citas subsecuentes / Número total de pacientes portadores de Diabetes e HTA  Número de pacientes que cumplan citas subsecuentes / Número total de pacientes	Personal Médico, Fichero Cronológico	Revisión documental

				crónicos		
			Adherencia al tratamiento	Número de pacientes que tienen una alta adherencia al tratamiento posterior a la aplicación de estrategias / Número total de pacientes crónicos	Personal Investigativo/ Encuestas realizadas	Revisión documental

**Fuente:** Pacientes atendidos en el CAA.

**Elaborado por:** Investigadora V. Araujo.

## **11.5.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Para el análisis y consolidación de la información de datos cuantitativos se diseñó una base de datos en el programa informático Excel donde se ingresó cada variable como nombre del afiliado, número de cedula de identidad, sexo, edad, raza, nacionalidad, dirección, estado civil, lugar de trabajo, antecedentes familiares, diagnóstico, riesgo cardiovascular, complicaciones, medicina, médico que le controla, fecha de último control, médico que le controla, historia clínica, categoría de afiliación, teléfono, controles al año, diagnóstico acompañante, medicina que ingiere, perfil lipídico, riesgo de pie diabético, índice de masa corporal. Para su consolidación se utilizaron medidas descriptivas tales como porcentajes y tasas, así como medidas de tendencia central y de dispersión. La presentación de estos datos se hizo mediante tablas y gráficos. En cuanto a la consolidación de encuestas se procedió a obtener los porcentajes de las correspondientes categorizaciones de cada pregunta diseñada. De acuerdo a lo programado en el protocolo investigativo previamente planteado se procedió al análisis y descripción de cada hecho y resultado obtenido.

## **11.6.-CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Es importante resaltar que para la aplicación de las encuestas, participó personal que no formaba parte del equipo de salud. En primera instancia fue solicitada la correspondiente autorización a la Institución, así como a cada uno de los afiliados participantes. Además se explicó que la encuesta u opiniones eran anónimas y que se resguardaría su confidencialidad. Resaltamos la valiosa colaboración de los afiliados y del personal administrativo de la institución.

## **12.RESULTADOS**

### **12.1.- DE LA EVALUACIÓN OPERATIVA O RESULTADOS DEL PROCESO**

#### **CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PREVISTAS**

##### **12.1.2.- SOCIALIZACIÓN DEL PLAN INVESTIGATIVO HACIA EL PERSONAL DE SALUD Y ADMINISTRATIVO DEL CAA.-**

Previamente se realizó la solicitud a las correspondientes autoridades, para que el personal de salud pueda asistir a la socialización propuesta, se convocó tanto a personal operativo como administrativo para lograr una concientización, llegar acuerdos y que todo el personal se involucre en la propuesta. Asistieron en total 18 personas entre ellos médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, personal

de farmacia, personal de estadística, personal de laboratorio, personal de informática, trabajadora social y personal administrativo.

### **12.1.3.- ACUERDO ENTRE PERSONAL ESPECIALIZADO Y ATENCIÓN PRIMARIA PARA PROGRAMAR UNA CITA SUBSECUENTE HACIA ENFERMOS CRÓNICOS.-**

Es importante recalcar que en un inicio el personal especializado no se encontró muy predispuesto a realizar contrarreferencias por medio del sistema AS 400 aseverando que cada afiliado debería tomar una cita por el Call Center, sin embargo luego de los correspondientes argumentos técnicos para dar una buena calidad de la atención y las funciones del primer nivel, accedieron y se llegó al acuerdo en primera instancia para realizar contrarreferencias internas. El personal de enfermería se encontró muy predispuesto para colaborar en el proceso al igual que personal administrativo y de apoyo para que el proceso inicie y permanezca. Con el pasar de los días no se recibió ninguna contrarreferencia, por parte del personal especializado, por lo que se buscó otra estrategia para poder lograr los objetivos propuestos. Por lo que se procedió a revisar las historias clínicas de los pacientes identificados, para obtener los datos de dirección y teléfono. Con la ayuda del personal de enfermería se procedió a llamar a los pacientes identificados. Es así que se programó 20 pacientes diarios, a los cuales se citaban telefónicamente para una valoración inicial y para aplicar todos los instrumentos y realizar una valoración integral. Se destinaron treinta minutos para cada paciente. Se logró evaluar integralmente a 130 pacientes, a partir de una cita programada por el departamento de Medicina Familiar, de acuerdo a la severidad del caso.

### **12.1.4. ACUERDO CON PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA IMPARTIR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, CONCIENTIZAR LA CONTINUIDAD DE CONTROLES HACIA ENFERMOS CRÓNICOS E INSTAURAR LA POSTCONSULTA**

Personal de Enfermería y Auxiliares de Enfermería participaron activamente en el proceso; se llegó al acuerdo para impartir en la post consulta medidas educacionales para mejorar estilos de vida e impulsar estrategias nutricionales, deporte, así como concientizar la continuidad de su atención, controles permanentes e identificar tempranamente complicaciones. Se logró dicho objetivo en los 130 pacientes crónicos evaluados.

### **12.1.5. FICHA DE SEGUIMIENTO Y TARJETA DE CITAS.-**

Durante la consulta, la Médica Familiar desarrolló por cada paciente una ficha de seguimiento y tarjeta de citas. Se realizaron 130 fichas de seguimiento y tarjetas de citas, también se programó citas subsecuentes para cada paciente afiliado, portador de enfermedades crónicas. Las tarjetas de citas llenas fueron ubicadas en un fichero cronológico de acuerdo a la fecha de su próxima cita y en orden alfabético. Para cada grupo de paciente se seleccionó un color específico, es así que para pacientes hipertensos se seleccionó el color amarillo, para pacientes diabéticos se seleccionó el color rosado y para pacientes portadores de las dos patologías se seleccionó el color verde. Además con la colaboración de la casa farmacéutica de Sanofi Aventis se logró adquirir cuadernos de seguimiento que fueron entregados durante la consulta, en ellos se ingresaban los datos de tensión arterial, valores de perfil lipídico, glicemia, peso e IMC, así como la fecha de la próxima cita. El cuaderno además contenía una explicación sobre las patologías como diabetes e HTA y permitió que los afiliados se encuentren informados sobre el proceso de su enfermedad. Junto con lo expuesto conjuntamente se llevó un cuaderno en el cual se realizaba el ingreso de cada paciente por fecha programada con número de teléfono e historia clínica, lo cual permitía que el personal de enfermería realice diariamente llamadas telefónicas para recordar a cada afiliado su cita. Al finalizar el mes se realizó la revisión del fichero, cuantificando los pacientes que no acudieron, a los que se contactaba telefónicamente para reprogramar una cita de control, con ello se logró evaluar periódicamente a todos los pacientes.

### **12.1.6. IDENTIFICACIÓN DE AFILIADOS PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES.**

Mediante la revisión informatizada de atenciones realizadas por medicina familiar, general y servicios especializados, se logró identificar un total de 400 Hipertensos y 160 Diabéticos. A partir del segundo módulo de campo donde se instauró el protocolo investigativo hasta el mes de febrero se ha logrado aplicar lo planificado a 81 diabéticos y 49 hipertensos, en total 130 valoraciones integrales hacia enfermos crónicos.

### **12.1.7. RESULTADOS PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS TIPO II.**

Se evaluó un total de 81 pacientes con Diabetes tipo II, de los cuales el 45% corresponden al sexo femenino y el 55% al sexo masculino. El 43% corresponde a afiliados comprendidos entre los rangos desde los 30 a 60 años que corresponde

adulthood media y el 57% afiliados que corresponden a la edad entre 61 hasta 80 años de edad que corresponde a la adulthood tardía.

El 59% tenían una categoría de afiliación general, el 30% son jubilados, el 6% montepío, el 1% son particulares, el 2% seguro voluntario, 2% otros tipos de categoría.

El 66% manifestaron que en su familia no había antecedentes en progenitores de enfermedades crónicas, el 6% manifestó que su madre y padre presentaron diabetes o hipertensión arterial, el 22% manifestó que su madre presentó la enfermedad y el 6% manifestó que solo su padre era portador de diabetes o hipertensión arterial.

El 77% de los afiliados evaluados no presentaban complicaciones desarrolladas por su enfermedad de base diabetes mellitus tipo II, el 18 % presentó IRCGIII por Nefropatía diabética, el 2% presentó neuropatía diabética, el 3% Retinopatía. Es importante resaltar que las complicaciones fueron diagnosticadas en el proceso de valoración. El promedio de riesgo cardiovascular fue de 17 y la moda 2.

Se detectó que el 14% de los pacientes diabéticos tipo II son insulino dependientes y el 86% de pacientes diabéticos tipo II ingieren antidiabéticos orales , además el 58% de pacientes afiliados evaluados eran tratados con una combinación de sulfonilureas (glibenclamida) + biguanidas (metformina), el 2% con sulfonilureas (glibenclamida), el 19% con biguanidas (metformina), el 10% son tratados con una combinación de insulina ya sea isofánica, glardina o cristalina con metformina, el 2% una combinación de insulina de acción rápida (cristalina) con insulina isofánica, el 4% con insulina glardina, el 2% con insulina isofánica con glardina, el 3% con insulina isofánica sola.

Además se detectó que previo a la valoración los pacientes en un 49% eran atendidos por Medicina Familiar, el 49 % eran evaluados por Medicina Interna y el 1% por Medicina General y el 1% por Cirugía General.

De los 81 pacientes evaluados se detectó que el 49% eran portadores de DMII + HTA .En cuanto al riesgo de presentar pie diabético se detectó que el 100% se encontraba en un riesgo bajo. Luego de la realización de exámenes se encontró que el 41 % mantenía niveles normales de triglicéridos y colesterol, el 31% presenta una dislipidemia mixta, el 7% presenta hipercolesterolemia y el 21% hipertrigliceridemia.

Además se reportó que el 4% mantenían un IMC de acuerdo a la talla y peso, el 57% se encontraba en sobrepeso y el 23% en obesidad GI, el 6% se encontró en obesidad GII y el 10% se encontró en obesidad mórbida.

#### **12.1.8.- RESULTADOS PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

Se evaluaron 49 pacientes con HTA, el 32 % correspondieron al sexo femenino y el 67% al sexo masculino. El 51% de afiliados comprendidos entre los rangos desde los 30 a 60 años corresponden a la adultez media y el 49% afiliados entre 69 hasta 80 años de edad a la adultez tardía.

El 71% tenían una categoría de afiliación general, el 27% son jubilados, el 1% seguro voluntario, 1% otros tipos de categoría.

El 64% manifestaron que en su familia no había antecedentes de enfermedades crónicas, el 8% reportó que su madre y padre presentaron diabetes o hipertensión arterial, el 18% que su madre presentó la enfermedad y el 10% que solo su padre era portador de diabetes o hipertensión arterial.

El 98% de los afiliados evaluados no presentaban complicaciones desarrolladas por su enfermedad de base hipertensión arterial, el 2 % ECV Isquémico. El promedio de riesgo cardiovascular fue de 9 y la moda fue de 10.

Se detectó además que el 58% ingerían como tratamiento IECA, 22% usa ARA II (losartan, lbesartan), el 4% ingiere bloqueadores beta adrenérgicos (atenolol), el 8% ARA II + Diuréticos Tiazídicos (hidroclorotiazida + clortalidona), 4% ARA II + Bloqueadores beta adrenérgicos (atenolol), 2% Bloqueadores beta adrenérgicos (carvedilol) + Bloqueadores de calcio (Amlodipino), el 2% ARA II (losartan) + Bloqueadores de calcio (Amlodipino).

Además se reportó que previo a la valoración los pacientes en un 82% eran atendidos por Medicina Familiar, el 18 % eran evaluados por Medicina Interna.

Luego de la realización de exámenes se encontró que el 33 % mantenía niveles normales de triglicéridos y colesterol, el 27% presenta una dislipidemia mixta, el 20% presenta hipercolesterolemia y el 18% hipertrigliceridemia.

Además el 12% de afiliados mantenían un IMC de acuerdo a la talla y peso, el 35% se encontraba en Sobrepeso y el 47% en Obesidad GI, el 2% se encontró en Obesidad GII y el 4% se encontró en Obesidad Mórbida.

## **12.2. DE LA EVALUACIÓN ANALÍTICA**

### **12.2.1.- CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN EN ENFERMOS CRÓNICOS:**

Con la finalidad de valorar el impacto del proyecto investigativo, se diseñaron 2 modelos de encuestas destinadas a valorar la continuidad de la atención y la adherencia al tratamiento. Para ello se aplicaron 45 encuestas destinadas a valorar la continuidad de la relación en cuanto al vínculo paciente médico y transferencia de la información, además se realizaron 45 encuestas para valorar la adherencia del tratamiento en pacientes crónicos.

#### **12.2.1.1.- CONTINUIDAD DE LA RELACIÓN VÍNCULO PACIENTE MÉDICO Y TRANSFERENCIA DE LA INFORMACIÓN:**

El 100% de afiliados encuestados confía en la capacidad y conocimiento que tiene su médico del IESS, además el 98% manifiesta que la información que le proporciona su médico de cabecera es fácilmente entendible, además el 79% de los pacientes manifiestan que los profesionales del IESS que los atienden conocen sus enfermedades de base. Al haber logrado un fuerte vínculo paciente – médico, el 98% de pacientes crónicos manifestaron que recomendarían su médico de cabecera hacia familiares y amigos.

#### **12.2.1.2.- CONTINUIDAD DE LA GESTIÓN: SUBSECUENCIA, PROGRAMACIÓN DE CITAS Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO**

El 100% de los enfermos crónicos manifestaron que su médico de cabecera programa una cita para el control de su enfermedad.

El 95% de pacientes crónicos manifestaron que ingieren sus medicamentos todos los días. En cuanto a dieta y ejercicio que recomendó personal de enfermería y personal médico, el 49% de pacientes manifestaron que siguen una dieta rigurosa, el 41% lo realiza algunas veces y el 10% nunca. En cuanto a ejercicio y actividad física el 32% de pacientes lo ejecutan todos los días, el 41% tres veces a la semana y el 27% nunca.

El 93% de los pacientes manifestaron que cuando su médico de cabecera les informa sobre sus resultados de exámenes y análisis clínico, se sienten más seguro de lo que tienen y por lo tanto se apegan más a su tratamiento. En cuanto a su tratamiento manifiestan que cuando lo terminan el 84% de afiliados con enfermedades crónicas siempre regresan a su consulta planificada para verificar su estado de salud, el 14% regresa algunas veces y el 2 % nunca lo realiza.

### 13.- DISCUSIÓN

Durante el proceso de la investigación se logró identificar que en el CAA se registra una alta prevalencia de enfermos crónicos con HTA y Diabetes Mellitus II, así tenemos que por cada 1000 afiliados 27 son diabéticos y 68 son hipertensos. Además de acuerdo a las atenciones realizadas a pacientes afiliados con DMII e HTA, en los meses de abril a junio se registró tasas de subsecuencias bajas respectivamente y una deficiente continuidad en la atención. Patologías que por su repercusión hacia el ser humano como incapacidad prematura, mayor porcentaje de mortalidad y una gran inversión por cada sistema de salud para tratar sus complicaciones, corresponde una de las mayores preocupaciones en salud pública. Dar prioridad a las enfermedades crónicas en los programas políticos y de salud pública; considerar la vigilancia como un componente clave; aceptar la necesidad de reorientar los sistemas de salud a fin de que respondan a las necesidades de las personas que sufren afecciones crónicas; y tomar nota de la función esencial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades es uno de los objetivos actuales impartidos por la OPS (OPS, 2007, p.7).

En este contexto, reorientar un modelo de atención hacia crónicos que nos permita mejorar la gestión de enfermedades crónica es el ideal propuesto por Wagner y colaboradores. En cuanto al rediseño del sistema asistencial y organización del sistema sanitario, en el 2010 el IESS reorienta su modelo de atención hacia un modelo integral con el ingreso de médicos familiares y fortalecimiento de las unidades del primer nivel, sin embargo su sistema actual no se enfoca hacia esta tan numerosa población identificada, ejemplos muchos: el sistema informático no se ajusta hacia una valoración integral de enfermos crónicos, ni hacia la aplicación de herramientas que facilitan una identificación temprana de complicaciones, ni permite una accesibilidad adecuada al paciente crónico ya que el sistema de reserva de citas médicas se encuentra saturada.

La aplicación de herramientas capaces de identificar complicaciones durante el transcurso de la enfermedad y la aplicación de acciones para frenarlas como medidas preventivas para la identificación de nuevos casos, podrían contribuir a un mayor control del pronóstico y letalidad que causan estas patologías. Garantizar un control permanente así como la oferta sin interrupción de su tratamiento disminuiría en gran medida sus complicaciones. Durante el proceso investigativo al grupo piloto se aplicaron herramientas como 130 ficha de síntesis, tarjetas de citas, valoración del riesgo del pie diabético y valoración del riesgo cardiovascular, todo lo cual permitió caracterizar a cada paciente afiliado por riesgo y tipo de tratamiento, priorizando y optimizando la información contenida a nivel informático. Lo que en un futuro permitirá hacia directivos y personal

operativo orientar actividades encaminadas a disminuir los factores de riesgo, mayor empoderamiento del afiliado por su enfermedad, caracterización e identificación de cada uno de los afiliados portadores de enfermedades crónicas, gestión de medicamentos enfocados hacia una realidad local y por lo tanto modificar un modelo de atención hacia uno más accesible que garantice una continuidad de la atención en enfermos crónicos.

En cuanto al sistema de información clínica, el uso de sistemas de información es clave en el apoyo a los procesos de cambio. En promoción de la salud de la población, como en otras áreas del sistema de salud, la información sobre la demografía, la salud de la población y las tendencias culturales, sociales y económicas se combinan con las necesidades y las evaluaciones de los puntos fuertes que son dirigidos por grupos de la comunidad. Ambos tipos de información se consideran importantes en la planificación de programas, políticas y otras iniciativas que trabajan para anticiparse a los problemas de salud antes de que tengan la oportunidad de que se produzca. Este curso de acción consiste en trabajar con grupos comunitarios para establecer prioridades y lograr las metas que mejoren la salud de la población (Barr, 2003).

En las enfermedades crónicas no transmisibles se requiere una modificación de comportamientos y de estilos de vida cotidianos, es necesario enfatizar la función y la responsabilidad central del paciente en la atención de su salud. Actualmente, se tiende a relegar al paciente a la función de adjudicatario pasivo de la atención, perdiendo la oportunidad para ejercer un efecto multiplicador de lo que él puede hacer para promover la salud personal. La atención para las condiciones crónicas debe reorientarse alrededor del paciente y su entorno familiar (Barr, 2003). Durante el proceso de la investigación se logró introducir durante la pre consulta, consulta y post consulta medidas educacionales impartidas hacia afiliados portadores de enfermedades crónicas, lo que permitió un mayor empoderamiento de su enfermedad y mayor adherencia hacia su tratamiento.

El antiguo sistema de salud curativo no permitía dar una atención hacia esta comunidad de afiliados; actualmente con un enfoque integral y con la adaptación de herramientas capaces de identificar riesgos para evitar el desarrollo de complicaciones así como empoderar al paciente, logra mayor satisfacción del afiliado así como un diagnóstico temprano de complicaciones. En el grupo piloto de 130 enfermos crónicos se identificó complicaciones relacionadas con su patología de base ya sea hipertensión o diabetes. Es así que se encontró que el 2% de hipertensos eran portadores de complicaciones así como el 23% de diabéticos tipo II.

Además como institución de salud deseamos adaptar nuestro sistema para asegurar una continuidad de la atención personalizada y priorizar la atención para afiliados portadores de diabetes e hipertensión. Al priorizar y brindar una mayor accesibilidad para el control de sus patologías junto con acciones que incluyeron la detección de los casos afectados o en riesgo de complicaciones, su evaluación integral, la aplicación de las acciones y herramientas capaces de garantizar un seguimiento y accesibilidad permitió que el 100% de los pacientes del grupo piloto confíen en la capacidad y conocimiento que posee su médico de cabecera, logrando que el 93% de los pacientes afirmaran que se sienten más seguros cuando su médico les informa sobre su enfermedad y el 79% perciben que su médico de base conoce sobre su enfermedad, todo lo cual permitió que el vínculo paciente médico incrementara y por lo tanto una mayor adherencia hacia su tratamiento y cumplimiento de medidas alimenticias y de actividad física. Una intervención estructurada tiene mejores resultados que el tratamiento provisto en una unidad médica de primer contacto; permite optimizar los resultados y mejorar la adherencia al tratamiento. La programación de citas subsecuentes permitió que el 84% de los pacientes afiliados regresen hacia su consulta planificada por lo tanto se incrementó la continuidad de la atención y con esta acción se logró el cumplimiento de la hipótesis planteada.

La capacitación de los participantes, su motivación, un seguimiento y continuidad permanente permitirá la identificación temprana de complicaciones con ello se garantizará al paciente un nivel de vida adecuado y evitará una incapacidad temprana. Para garantizarlo en el sistema de salud del IESS son necesarios ajustes a las unidades del sector salud, lo cual tomará tiempo y recursos económicos. Se necesitan equipos multidisciplinarios motivados e interesados en el tema con entrenamiento que garantice su desempeño, también es preciso llevar a cabo una evaluación integral que incluya la educación del paciente sobre el padecimiento mediante sesiones interactivas incluyendo a sus familiares y usando materiales educativos estandarizados. El diseño del seguimiento a largo plazo, garantizando una prescripción eficaz permanente así como medidas educativas personalizadas de alimentación, actividad física y la identificación de barreras para alcanzar el cumplimiento de las recomendaciones permitirá al CAA responsabilizarse ante la problemática actual en pro del beneficio social con solidaridad y equidad característica inherente de los sistemas de seguridad social.

## **14.- CONCLUSIONES:**

- Instaurar un sistema de vigilancia mediante un cuaderno de seguimiento, fichero cronológico y tarjeta de citas permitió identificar a pacientes que abandonaron el tratamiento así como optimizar la información sobre datos de atenciones previas y de laboratorio en beneficio del paciente con la finalidad de evitar complicaciones. También permitió un control estrecho del proceso patológico y tomar acciones encaminadas a mejorar la continuidad de la atención.
- La aplicación de herramientas como cálculo de riesgo cardiovascular por el método de FRAMINGHAN, evaluación temprana del pie diabético, técnicas educacionales y preventivas, valoración de adherencia al tratamiento permitió una evaluación integral, identificación de complicaciones e instaurar decisiones estratégicas que mejoren la continuidad y adherencia al tratamiento.
- El cambio de enfoque Institucional del curativo hacia un proceso de atención integral con seguimiento personalizado permite y apoya un constante proceso de mejora en la calidad de atención y satisfacción de los usuarios.

## **15.- RECOMENDACIONES**

- Deseo que las diferentes herramientas y estrategias que han permitido una valoración integral, mayor adherencia al tratamiento y continuidad en la atención, se mantenga permanentemente y que todo el personal médico y de enfermería de atención primaria, replique esta experiencia, que ha permitido mejorar la calidad de la atención, identificación temprana de complicaciones, mayor involucramiento del paciente con su patología, mayor involucramiento del personal de salud y mayor satisfacción del afiliado portador de diabetes e HTA.
- Anhele que el modelo de atención en el IESS sea adaptado para la atención hacia enfermos crónicos, mediante la creación y aplicación de políticas públicas que permitan su sostenibilidad en el tiempo.

## 16.- BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- ALAYÓN, A. (2008). Adherencia al tratamiento basado en comportamientos en pacientes diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. *Revista de Salud Pública de Colombia*, 10 (5), 777-787.
- 2.- ALLER, M. (2010). La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 84 (4), 371-387.
- 3.- BARR, V. (2003). El Modelo Ampliado de cuidados de enfermedades crónicas: una integración de conceptos y estrategias de Promoción de Salud de la Población y el modelo de atención crónica. Recuperado el 6 de abril del 2012, de <http://translate.google.com.ec/translate?hl=es&sl=en&u=http://www.longwoods.com/content/16763&ei=VeKBT4f7JqnX0QHOUeSZCA&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=4&sqi=2&ved=0CEoQ7gEwAw&prev=/search%3Fq%3Dchronic%2Bcare%2Bmodel%2Bwagner%26hl%3Des%26biw%3D1366%26bih%3D646%26prmd%3Dimvns>
- 4.- CÓRDOVA, J. (2008). Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 50 (5), 419-427.
- 5.- FERNANDEZ, A. (2010). Percepción de la continuidad asistencial. Conocer para actuar. *Revista Española de Salud Pública*, 84 (4), 349-351.
- 6.- GALLEGOS, D. (2009). Estrategia Territorial Nacional en el marco de la reorientación y fortalecimiento de los servicios de salud del IESS con enfoque individual, familiar, comunitario y en red plural. *Diálogo académico*, pp. 32-38.
- 7.- JURADO, A. (2008). Plan piloto de autogestión para cubrir el déficit del hospital IESS de Durán: concesión de servicios médicos al público en general. Tesis de Grado Escuela Superior Politécnica del Litoral, pp. 35-36.
- 8.- MARIN, F. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Revista de Salud Pública de México*, 43 (4), 336-339.
- 9.- MERCENIER, P. (1997). Bases de Organización de los Servicios de Salud. Cochabamba, Bolivia: Instituto de Medicina Tropical.

- 10.- MEJÍA, B. (2009). AUDITORÍA MÉDICA. Colombia, Bogotá: Editorial Ecoe.
- 11.- MONTEAGUDO, J. (2004). Metodología de introducción de servicios de salud para el seguimiento y control de pacientes crónicos. *Revista Española de Salud Pública*, 78 (5), 571-581.
- 12.- MSP. (2002). Manual para la referencia y contra referencia de pacientes, Quito, pp. 8-9.
- 13.- MSP. (2011). Protocolos Clínicos y Terapéuticos para la Atención de las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles, Quito, pp.3.
- 14.- NUÑO, R. (2009). Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*, 1(3), 2.
- 15.- ORTIZ, L. (2007). Riesgo cardiovascular del paciente hipertenso con seguimiento prolongado en atención primaria el efecto del envejecimiento (ciclo risk study). *Revista Española de Salud Pública*, 81(4), 365-373.
- 16.- OPS, (2001). La Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, pp. 54.
- 17.- OPS, (2007). Un Enfoque Integrado sobre la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas. Washington, pp. 1.
- 18.- RASCÓN, R. (2000). Sistema de vigilancia epidemiológica para el paciente diabético; el uso de tecnología computacional en la calidad de la atención médica. *Revista de Salud Pública de México*, 42(4), 324-332.
- 19.- SELLI, L. (2005). Técnicas educacionales en el tratamiento de la diabetes. *Revista de Salud Pública de Brasil*. 21(5), 1366-1372.
- 20.- TOGNONI, G. (2010). Hipertensión: un clásico escenario médico se transforma en un exitoso experimento de Epidemiología Comunitaria. Esmeraldas, pp. 199- 217.

# ANEXO

**ANEXO 1.**

**Tabla 11. INSTRUCCIONES OPERATIVAS**

ACTIVIDAD	TAREA	RECURSOS (humanos, económicos)	FRECUENCIA	RESPONSABLES	CRONOGRAMA						
					Mes de Septiembre – Febrero						
					1	2	3	4	5	6	
Recolectar información y aplicar encuestas que valoren la continuidad asistencial en el CAA IESS Tena	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pedir la correspondiente autorización hacia directivos de la institución.</li> <li>• Revisión de la información aportada por el departamento de estadística</li> <li>• Preparar la correspondiente encuesta para valorar la continuidad asistencial</li> <li>• Contratar estudiantes quienes serían los</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insumos papel y escritorio</li> <li>• Auditorio</li> <li>• Refrigerio</li> <li>• Cuota económica para cancelar a estudiantes encargados de realizar las encuestas</li> </ul>	1 semanal	Equipo Investigativo	X						

	<p>encargados de la aplicación de las encuestas en el CAA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocatoria a estudiantes seleccionados para capacitarlos en cuanto a cómo aplicar la encuesta.</li> <li>• Planificar los días que serán aplicados las encuestas.</li> <li>• Tabulación de datos</li> <li>• Informe final de tabulación</li> </ul>									
Reunión entre personal de atención primaria y departamentos especializados para la socialización del plan investigativo	Convocatoria a la reunión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorio.</li> <li>• Material audiovisual</li> </ul>	1 mensual	Directora del CAA.	<b>X</b>					

<p>Establecer un acuerdo entre personal de atención primaria( Medicina Familiar y General) y departamentos de especialidad para realizar la programación con prioridad de citas subsecuente de enfermos crónicos con su médico de base</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocar a personal de salud y administrativo del CAA</li> <li>• Preparar material audiovisual</li> <li>• Socializar sobre la problemática encontrada y promover criterios de calidad de atención enfatizando en la continuidad asistencial</li> <li>• Comprometer a profesionales médicos para que programen citas subsecuentes a enfermos crónicos con su Médico de base ya sea Familiar y</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorio</li> <li>• Material audiovisual</li> <li>• Refrigerio</li> </ul>	<p>1 mensual</p>	<p>Equipo investigativo.</p>							

**X**

	General									
Establecer acuerdos entre personal de enfermería para que promuevan a pacientes con enfermedades crónicas el control continuo de su patología con su médico de cabecera y estilos de vida saludables.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convocar a personal de salud y administrativo del CAA</li> <li>• Preparar material audiovisual</li> <li>• Socializar sobre la problemática encontrada y promover criterios de calidad de atención enfatizando en la continuidad asistencial</li> <li>• Plantear y analizar estrategias que permitirían mejorar la continuidad asistencial y promover estilos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auditorio</li> <li>• Material audiovisual</li> <li>• Refrigerio</li> </ul>	1 anual	Equipo Investigativo		X				

	de vida saludables									
Establecer un sistema de registro como ficha de síntesis y tarjeta de citas para enfermos crónicos con diabetes e HTA.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración y diseño de ficha de síntesis y tarjeta de citas</li> <li>• Validación con personal de Medicina Familiar y General</li> <li>• Valoración y aplicación de ficha y tarjeta a cada paciente crónico registrado</li> </ul>	Insumos de papel y escritorios	Semanal	Personal de Medicina Familiar y General			X	X	X	X
Aplicar Herramientas para una valoración Integral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseño de herramientas que valoren adherencia al tratamiento, apoyo familiar,</li> <li>• Aplicación de métodos ya experimentados que valoren</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo Computarizado</li> <li>• Material de escritorio y papel.</li> </ul>	Diario	Personal de Medicina Familiar y General			X	X	X	X

	<p>riesgo cardiovascular como valoración de pie diabético</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración a pacientes afiliados con diabetes e hipertensión arterial</li> <li>• Consolidación de datos</li> </ul>									
<p>Establecer una base de datos donde se realiza el ingreso de pacientes con diabetes e hipertensión arterial lo que permitirá optimizar la información y contribuir a la gestión clínica institucional, mediante el registro del afiliado por</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diseñar una base de datos sobre la información que se va a requerir</li> <li>• Ingresar en base de datos a pacientes diabéticos e hipertensos registrados en el libro de registro y en la ficha de síntesis</li> <li>• Tabulación de</li> </ul>	<p>Equipo computarizado</p>	<p>Semanal</p>	<p>Personal Investigativo</p>			X	X	X	X

<p>edad, género, nacionalidad, categoría ( seguro general, voluntario, jubilado, montepío ), médico de cabecera a cargo, número de controles, riesgo cardiovascular y tratamiento</p>	<p>los datos y conocer el número total de pacientes Diabéticos e Hipertensos, Identificar cuantos pacientes son portadores de DMI Y DMII, cuantificar cuantos pacientes son portadores de complicaciones, número de pacientes controlados por medicina familiar y general, identificación de riesgo cardiovascular individualizado, número de controles ,</p>								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--



## ANEXO 2 FICHA DE SEGUIMIENTO

CUADERNO DE SEGUIMIENTO PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS (DIABETES I, II, HIPERTENSIÓN ARTERIAL)  
DATOS DEL PACIENTE

**NOMBRE Y APELLIDO:** ..... **TALLA:** .....

**DIRECCIÓN:** ..... **ANTECEDENTES FAMILIARES:** .....

**EDAD:** ..... **TRATAMIENTO ACTUAL:** .....

**SEXO:** ..... **C.I.:** .....

**INSTRUCCIÓN:** ..... **TELF.:** .....

**HISTORIA CLÍNICA:** ..... **DIAGNÓSTICO:** .....

(1) FECHA	(2) PRESIÓN ARTERIAL	(3) EXÁMENES DE LABORATORIO							(13) MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS			(17) PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE					(25) OBSERVACIONES				
		(4) PERFIL LIPÍDICO				(9) UREA	(10) CREATININA	(11) G LUCOSA A.	HBA1C	(14) PESO	(15) IMC	(16) P. ABDOM	(18) GENERALIDADES HTA, DMI II	(19) DIETA	(20) REDUCCIÓN DE SAL Y GLUCOSA	(21) ACTIVIDAD FÍSICA		(22) CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO	(23) ADHERENCIA TTO	(24) OTROS	
		(5) COLESTEROL TOTAL	(6) C.LDL	(7) C. HDL	(8) TRIG LICE.																

Responsable: .....

**ANEXO 3.**

**TARJETA DE CITAS**

INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS TENA  
HOSPITAL DEL DÍA IESS TENA

NOMBRES:

CÉDULA:

HCL:

DIAGNÓSTICO:

FECHA	GLUCOSA	IMC	TA	RIESGO C/V	MEDICINA



## ANEXO 5

### ENCUESTA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Por favor conteste muy sinceramente las siguientes preguntas. Muchas gracias por su colaboración

1.- Ingiere mis medicamentos:

1.- Todos los días    2.- Pasando dos días    2.- Pasando tres días    3.- Nunca ingiero

2.- Si tengo que seguir una dieta rigurosa que el médico me la recomienda, la cumpla:

1.- Todos los días    2.- Algunas veces    3.- Nunca

3.- Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo lo hago:

1.- Todos los días    2.- Tres veces a la semana    3.- Nunca hago ejercicio

4.- Cuando termino el tratamiento, regreso a la consulta para verificar mi estado de salud.

1.- Siempre    2.- Algunas veces    3.- Nunca

5.- Cuando me dan los resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apegó más al tratamiento

1.- Si    2.-No    3.- No sabe/no responde