

Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT

Destinado a equipos de salud



Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT

Destinado a equipos de salud



Ministerio de
Salud



Presidencia
de la Nación

González, Gabriel

Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT : destinado a equipos de salud / Gabriel González y Sebastián Laspiur ; coordinado por Cintia L´Hopital. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Ministerio de Salud de la Nación. REDES, 2015.

94 p. ; 30x21 cm.

ISBN 978-950-38-0217-5

1. Salud. I. Laspiur, Sebastián II. L´Hopital, Cintia, coord. III. Título

CDD 614

Fecha de catalogación: 24/06/2015

AUTORIDADES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud de la Nación

Dr. Jorge Daniel Lemus

Secretario de Promoción de la Salud,
Prevención y Control de Riesgos

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Coordinadora del Programa Redes

Dra. Sandra Rosa

Compilador

Dr. Gabriel González

Revisión

Dr. Sebastián Laspiur

Coordinación operativa

Dra. Cintia L'Hopital

Aportes

Lic. Claudio Alló

Liliana Blanco

Lic. Horacio Cavallero

Lic. Cintia Cejas

Lic. Marcela Juez

Dra. Cintia L'Hopital

Lic. Adriana Muguruza

Dra. Mónica Padró

Dra. Alejandra Sclauzero

Coordinación editorial

Lic. Marcela Juez

Lic. Ariadna Pou

Coordinación pedagógica y didáctica

Lic. Ariadna Pou

Edición

Lic. Lucía Inés de Barrio

Lic. Carolina María Noel Platero

Diseño gráfico

DG. María Laura Carnelli

Lic. Greta Guastavino

Listado de Abreviaturas

PNA	Primer Nivel de Atención
APS	Atención Primaria de la Salud
DMT	Diabetes Mellitus
DMT II	Diabetes Mellitus tipo 2
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
HTA	Hipertensión Arterial
RCVG	Riesgo Cardiovascular Global
FRCV	Factor de Riesgo Cardiovascular
RISS	Redes Integradas de Servicios de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

El presente módulo fue desarrollado teniendo en cuenta los lineamientos teóricos de la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles y del **Programa Redes**.

09 Introducción

11 1. Las redes

- 12 1.1 Introducción
- 12 1.2 Definición de las redes
- 14 1.3 Niveles de construcción de las redes
 - 15 1.3.1 Cartografía o mapa social
 - 16 1.3.2 ¿Cómo se construye un mapa social?
- 17 1.4 Las redes integradas de servicios de salud
- 19 1.5 Actividad sugerida. Preguntas para reflexionar

21 2. El proceso salud-enfermedad y su determinación

- 22 2.1 Introducción
- 23 2.2 ¿Determinantes sociales de la salud o determinación social de la salud?
- 26 2.3 Actividad sugerida. Un caso para reflexionar

27 3. La importancia de la participación social

- 28 3.1 Introducción
- 29 3.2 ¿Cómo se pueden implementar estrategias de participación comunitaria?
- 30 3.3 Aspectos a tener en cuenta al comenzar dinámicas de participación
- 31 3.4 Actividad sugerida. Tres casos para reflexionar

33 4. Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

- 34 4.1 Presentación del modelo
- 34 4.2 ¿Hacia dónde deberían orientarse los servicios de salud?
- 39 4.3 Los componentes del modelo
 - 39 4.3.1 Organización de la atención de la salud
 - 40 4.3.2 Sistema de provisión de los servicios
 - 40 4.3.3 Sistema de información clínica
 - 41 4.3.4 Apoyo a la toma de decisiones
 - 42 4.3.5 Apoyo al auto-manejo
 - 42 4.3.6 Recursos comunitarios
- 43 4.4 En síntesis

45 5. Riesgo cardiovascular global (RCVG)

- 46 5.1 ¿Qué es el RCVG?
- 47 5.2 ¿Cómo se determina el RCVG?
- 47 5.3 La estimación del RCVG a partir de tablas
 - 47 5.3.1 Tabla sin determinación de colesterol
 - 50 5.3.2 Tabla con determinación de colesterol
- 53 5.4 ¿Cómo es el tratamiento para la enfermedad cardiovascular?
- 54 5.5 La importancia de la actividad física
- 54 5.6 En síntesis

57 6. Diabetes Mellitus (DMT)

- 58 6.1 ¿Qué es la Diabetes Mellitus?
- 58 6.2 Tipos de diabetes
 - 60 6.2.1 ¿Cómo se realiza el diagnóstico?
- 60 6.3 ¿Qué indicios pueden alertarnos?
- 61 6.4 ¿Cuáles son sus principales complicaciones?
- 63 6.5 ¿Cuáles son las bases para el tratamiento?
- 64 6.6 En síntesis

67 7. Hipertensión arterial (HTA)

- 68 7.1 ¿Qué es la hipertensión arterial?
- 69 7.2 ¿Cuáles son sus causas?
- 69 7.3 ¿Cuáles son sus consecuencias?
- 69 7.4 ¿Cómo se hace el diagnóstico?
- 70 7.5 ¿Cuáles son las bases del tratamiento?
 - 70 7.5.1 Medicación
- 71 7.6 ¿Cómo se realiza el seguimiento?
- 72 7.7 En síntesis

73 8. Otros factores predisponentes: Sobrepeso y Obesidad, Tabaquismo, Dislipemia

- 74 8.1 Sobrepeso y Obesidad
 - 75 8.1.1 ¿Qué es la obesidad?
 - 75 8.1.2 ¿Cuáles son sus causas principales?
 - 76 8.1.3 ¿Cómo se determinan el sobrepeso y la obesidad?
 - 77 8.1.4 ¿Cuáles son sus principales complicaciones?
 - 78 8.1.5 ¿Cuáles son las bases para su tratamiento?

78	8.2	Tabaquismo
79	8.2.1	¿Cuáles son las consecuencias de fumar?
79	8.2.2	¿Cuáles son las bases para su tratamiento?
80	8.2.3	Secuencia temporal de la aparición de los efectos beneficiosos de dejar de fumar
82	8.2.4	Beneficios de los ambientes libres de humo
82	8.2.5	Recomendaciones para ayudar a las personas a dejar de fumar
84	8.3	Dislipemia
84	8.3.1	¿Cómo se realiza el diagnóstico?
84	8.3.2	¿Cuáles son las bases para su tratamiento?
85	8.3.3	¿Cuáles son las metas del tratamiento?
86	8.4	En síntesis

89 Actividades integradoras

91 Referencias bibliográficas

INTRODUCCIÓN

El **Programa Redes** en conjunto con la **Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles** promueve un cambio en el modelo de gestión y atención sanitaria con el fin de mejorar la respuesta a las necesidades de las personas, especialmente las de aquellas que sufren afecciones crónicas (González, 2013).

En este sentido, la atención de personas “requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto, que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento longitudinal, favorezca la participación activa de la persona y promueva la adherencia al tratamiento” (Ministerio de Salud de la Nación [MSAL], Programa Redes, 2014). El Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC), descrito por Edward Wagner, e impulsado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), propone un abordaje integral e integrado de dichas personas a través de diversos componentes.

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), representadas principalmente por las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y respiratorias crónicas, constituyen una creciente carga de mortalidad y morbilidad en todo el mundo. Se estima que en los países de bajos y medianos ingresos, el 80% de las muertes y casi la mitad de la carga de enfermedad es producto de las ECNT. Para la región de las Américas, aproximadamente el 77% de las muertes y el 69% de la carga de enfermedad se corresponde con enfermedades no transmisibles.

En la Argentina, las ECNT son responsables de más del 70% de las muertes e impactan notablemente en los sectores de la población más vulnerables. El aumento en las tendencias de los indicadores de morbimortalidad y de la prevalencia de las ECNT está estrechamente relacionado a factores de riesgo como la alimentación inadecuada, la inactividad física y el consumo de tabaco.

Desde la perspectiva de la salud pública, se busca implementar medidas que contribuyan a disminuir la carga de enfermedad de las ECNT. Cabe destacar que las personas con enfermedades crónicas son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema de los servicios de salud. En este contexto, el abordaje de la cronicidad requiere fomentar el trabajo en equipos de salud interdisciplinarios, formados por los diferentes profesionales de los servicios que garanticen la continuidad en los cuidados y promuevan participación de las personas con ECNT y de su entorno.

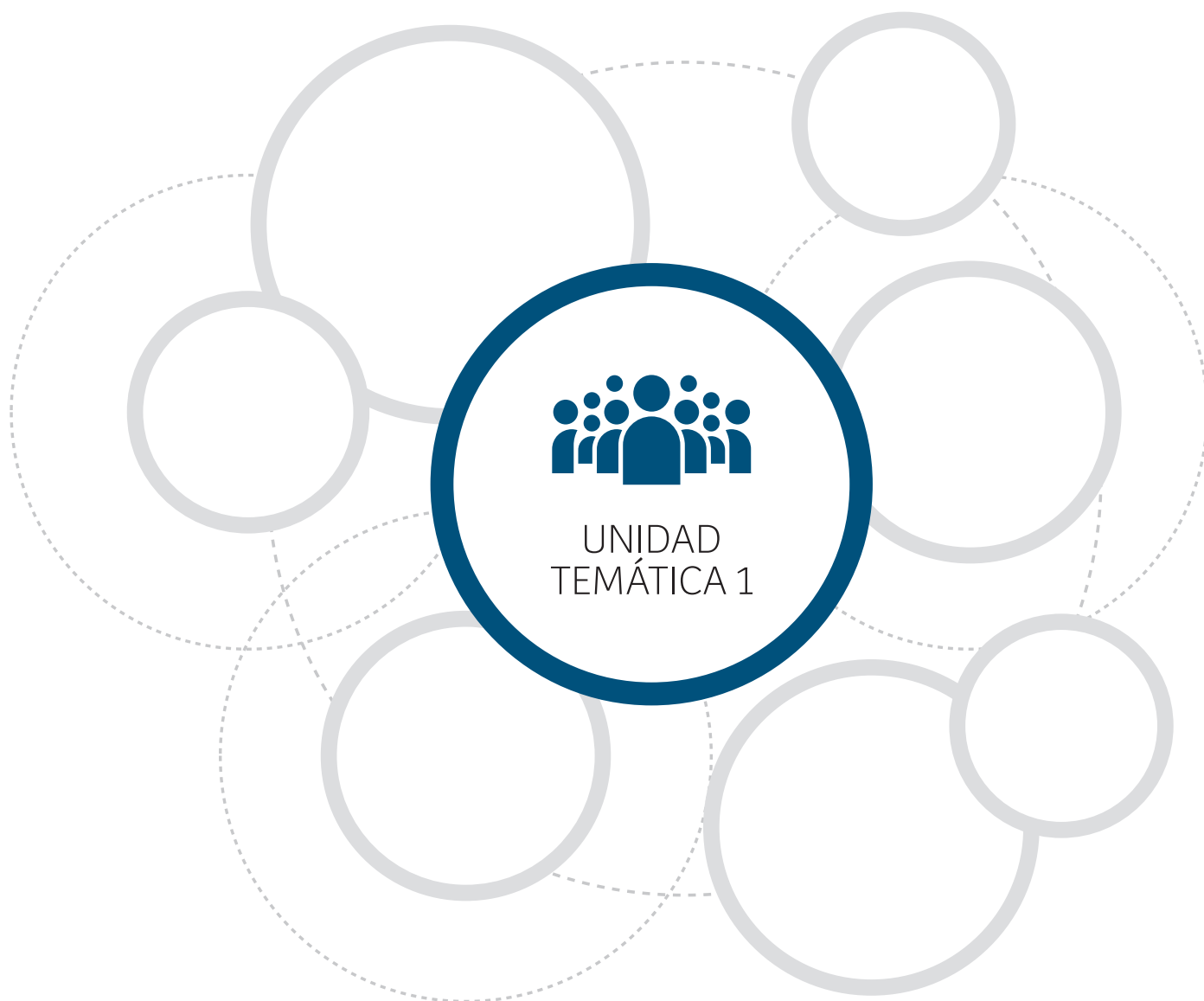
A partir de los objetivos de mejora en los resultados de los programas sanitarios de abordaje de personas con ECNT y de Riesgo Cardiovascular Global (RCVG), se vuelve indispensable un proceso de desarrollo y fortalecimiento de las competencias, de enfermeros, administrativos, promotores de salud y agentes sanitarios. De este modo, se pretende llevar adelante estrategias que fortalezcan la práctica cotidiana de estos miembros de los equipos de salud enfocando las mismas en la reorientación de los servicios brindados a partir del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas.

Este propósito se asienta en la especificidad del rol de los destinatarios de este curso quienes asumen el cuidado y seguimiento de las personas que consultan. Es importante, entonces, desarrollar dispositivos

educativos concretos de intervención socio-sanitaria para mejorar el resultado de los programas de abordaje de personas con RCVG y FRCV mediante la capacitación de dichos integrantes de los equipos de salud.

En este contexto, desde el Ministerio de Salud de la Nación se están desarrollando múltiples iniciativas para orientar la organización del sistema de salud hacia la prevención y la adecuación de los servicios a las nuevas necesidades de atención.

El **Programa Redes**, en consonancia con la estrategia nacional para la Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles, promueve un cambio en el modelo de gestión y atención de la salud. La formulación e implementación de proyectos en cada una de las provincias argentinas tiende a crear o ampliar las redes de salud con el fin de fortalecer la estrategia de Atención Primaria de la Salud, favoreciendo un abordaje del proceso salud-enfermedad- atención-cuidado, de calidad, integral, continuo, y longitudinal dentro del sistema de salud.



Las redes

En esta primera unidad temática se abordará el concepto de redes en el campo de la salud como un enfoque posible desde el cual promover el cambio de modelo de gestión y atención sanitaria de las personas con ECNT.

1.1 Introducción

Los rasgos básicos del derecho a la salud están configurados por **tres equidades**: en la atención, en la distribución de los riesgos y en la distribución del saber y del poder.

- La **equidad en la atención**, supone que las personas tengan la misma posibilidad de acceder a los servicios (que estos sean de calidad semejante) y, además, que ni la accesibilidad ni la calidad discriminen en sentido negativo, que los servicios de salud no estén estratificados y que al mismo tiempo no sean estratificantes de la población.

- La **equidad en la distribución de los riesgos** se refiere a la posibilidad de enfermarse, de discapacitarse o de morir por causas evitables.

- La **equidad en la distribución del saber y del poder en salud** es una categoría más amplia que excede el mismo campo de la salud, pero que se restringe para incluirla dentro del concepto de derecho a la salud. El conocimiento pertinente es necesario para fortalecerla, así como para mejorar las condiciones de vida, para tomar decisiones sobre el cuerpo, sobre la vida y sobre la propia muerte.

Es responsabilidad y compromiso del Estado, a través del Ministerio de Salud de la Nación, garantizar las tres equidades mencionadas, a partir de la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como política pública, integradora del sistema y capaz de asegurar el derecho a la salud de la población.

En este marco, cabe preguntarse: ¿qué importancia adquieren las redes en la estrategia de APS?

El proceso salud-enfermedad está instalado en un escenario socio-institucional que es el lugar donde la gente vive, estudia o trabaja. Las **redes** están constituidas por personas, conforman el lenguaje de sus vínculos. Pueden tener múltiples nodos, con mayor densidad en los lugares de articulación. Las redes son los medios, “el cómo hacer” de la estrategia de APS.

1.2 Definición de las redes

Una red se construye como respuesta a situaciones que de otra forma las personas y/o instituciones individualmente no pueden solucionar. En otras palabras, “una red es una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de los problemas reales” (Rizo García, 2003).

La esencia del trabajo en red la constituye el desarrollo de una tarea en común entre dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la propia identidad.

La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectivo. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y los de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos (Dabas, 1998).

Tradicionalmente, cuando se habla de redes en salud se piensa en la red de establecimientos “como sistemas escalonados de complejidad creciente” o en el hospital como red “expresada en las interacciones de sus estructuras formales”. Sin embargo resulta interesante pensar que la noción de redes tiene aplicación no sólo para las organizaciones que ofrecen servicios de salud sino también para la **demand**a expresada en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen (Dabas, 1999).

Desde una perspectiva amplia, Dabas reconoce en salud distintos niveles de redes que favorecen la interconexión entre los diversos integrantes del equipo de salud, en forma primordial, y con los integrantes de la red social de las personas, de modo articulado y coherente:

- **Red personal:** comprende el conjunto de las relaciones (con la familia, amistades, relaciones escolares, laborales, comunitarias e institucionales) que una persona concibe como significativa. Este tipo de red contribuye sustancialmente al reconocimiento de la persona como sujeto, constituyéndose en un factor clave de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia y protagonismo, incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad y adaptación a una crisis (Sluzki, 1996).

- **Red comunitaria:** en esta red cobra protagonismo la participación activa de los integrantes de una comunidad (barrio, municipio) junto al equipo de salud. Esto posibilita la construcción de mapas que identifiquen a la totalidad de los destinatarios de la atención (Dabas, 1999).

- **Red institucional:** este nivel de abordaje supone observar a las instituciones de salud desde el contexto general en el cual están inmersas y, al mismo tiempo, desde lo singular que cada una asume en su organización y en las interacciones de los actores sociales que en ellas se desempeñan. Para su afianzamiento es fundamental pensar en proyectos institucionales que promuevan activamente la amplia participación de los actores involucrados, hecho que incrementa la reciprocidad entre los mismos, consolidándose como colectivo.

La elaboración de proyectos institucionales debe contemplar el análisis de la demanda de la comunidad para brindar una oferta de atención integral a las personas. En palabras de Dabas, pensar a la persona atendida por la institución y sus equipos de salud en interacción permanente y no por una suma de servicios (Dabas, 1999).

- **Red de establecimientos y servicios:** para la consolidar esta red es necesario reconocer la articulación entre los subsectores público, de la seguridad social y privada con alcance a nivel local, provincial, regional y nacional. Este nivel de articulación de las redes se construye a partir no sólo de la decisión política sino que ésta, principalmente, debe estar inserta en un contexto de relaciones preexistentes que le de sustento y viabilidad.

- **Red intersectorial:** la puesta en marcha de esta red supone necesariamente la articulación e interacción entre los diferentes sectores: Educación, Justicia, Promoción y Acción Social, Saneamiento Ambiental, entre otros para definir lineamientos políticos en salud tendientes a resolver problemas concretos que afectan a la comunidad.

1.3 Niveles de construcción de las redes

En el proceso de construcción de las redes existen diferentes **niveles**, cuyo conocimiento sirve para organizar y monitorear los grados de profundidad de una red. Estos niveles podrían nombrarse como: **reconocimiento, conocimiento, colaboración, cooperación y asociación**; cada uno sirve de apoyo al siguiente (Rovere, 1999).

- **Reconocimiento:** expresa la aceptación del otro. No hay forma de crear redes con otros a los cuales no les reconozco su derecho a existir o a opinar. Expresiones como *“qué puede decir un profesional de un centro de salud de cómo organizar un servicio en un hospital”*, o al revés, *“¿qué puede decir un médico de un hospital sobre cómo organizar la atención, las formas de trabajar en un centro de salud?”* inhabilitan a determinadas voces a opinar sobre ciertos temas. Entonces, hay reconocimiento cuando se comienza a aceptar que el otro existe, cuando el otro se hace presente y se lo toma en cuenta.

- **Conocimiento:** el otro es reconocido como par, como interlocutor válido, y empieza a ser incluida su palabra, pues su saber es identificado como necesario. Esto se expresa en un interés, se quiere saber quién es el otro, y entender cómo se ve el mundo desde su lugar.

- **Colaboración** (co-laborar en el sentido de trabajar con): Es una ayuda espontánea; no se organiza ni se sistematiza.

- **Cooperación** (co-operación: operación conjunta): A partir de un problema común, hay una co-problematización y existe una forma más sistemática y estable de operación conjunta, es decir, hay un compartir constante de actividades.

- **Asociación:** la actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos.

Toda esta construcción podría ser representada en un cuadro que marque un nivel sobre otro, a los cuales hay que sostener. Si a uno no se lo sostiene, los otros caen (Figura 1).

NIVEL	ACCIONES	VALOR
ASOCIARSE	COMPARTIR OBJETIVOS Y PROYECTOS	CONFIANZA
COOPERAR	COMPARTIR ACTIVIDADES Y RECURSOS	SOLIDARIDAD
COLABORAR	PRESTAR AYUDA ESPORÁDICA	RECIPROCIDAD
CONOCER	CONOCIMIENTO DE LO QUE ES O HACE EL OTRO	INTERÉS
RECONOCER	DESTINADAS A RECONOCER QUE EL OTRO EXISTE	ACEPTACIÓN

Figura 1

1.3.1 Cartografía o mapa social

El mapa social es la representación gráfica de los grupos, organizaciones y colectivos de un territorio concreto y de las relaciones que se dan entre ellos (Alberich, 2007). Esta herramienta permite construir colectivamente un conocimiento integral del **territorio**, para identificar los niveles de construcción de las redes.

El territorio es entendido no sólo como un lugar donde viven las personas sino, desde una perspectiva de la complejidad, como un espacio socializado y culturizado que está constituido por múltiples dimensiones interrelacionadas entre sí (ambiental, económica, política, cultural, social e histórica, entre otras).

El mapa social es de gran utilidad para, por una parte, instalar debates y promover el análisis y la reflexión colectiva sobre el rol de cada organización, cada red, en el ámbito local, sus funciones y los vínculos que existen entre ellas. Y, por otra parte, sirve para que a partir de lo discutido, debatido y consensuado, se planifiquen a corto y mediano plazo acciones colectivas entre las diferentes organizaciones y sus actores para introducir cambios concretos (Alberich, 2007).

El mapa social, conocido también como cartografía social, ofrece ver con precisión las relaciones en red, en un entramado complejo y muy cercano a la realidad social, y a través del cual es posible identificar las relaciones jerarquizadas entre las redes.

El mayor aporte de este instrumento es que permite que las personas de la comunidad junto a los diferentes actores sociales de la misma tales como funcionarios públicos, profesionales, académicos, etc., compartan, discutan, consensuen puntos de vista y conocimientos sobre la realidad de un territorio determinado.

Se pueden identificar los siguientes tipos:

- Mapas de población: caracterizan a los habitantes del territorio y sus condiciones de vida.
- Mapas de recursos: ubican los medios materiales (económicos y de infraestructura) o humanos que se encuentran en el territorio.
- Mapas de conflictos: visibilizan los niveles de conflicto entre los pobladores de un territorio, y de estos con las instituciones y los actores económicos.
- Mapas de redes: identifican a los actores sociales e institucionales del territorio, sus relaciones, incidencia y accionar (o no) frente a un conflicto en particular.

1.3.2 ¿Cómo se construye un mapa social?

El mapa social se construye a partir de la identificación de tres niveles o tipos de organización (Alberich, 2007):

- Ámbitos de poder (instituciones públicas, poderes económicos y medios de comunicación) que se representan a través de un triángulo.
- Asociaciones y organizaciones sociales del tercer sector, representadas a través del rectángulo.
- Grupos de población (jóvenes, adultos, mujeres/varones, niños, inmigrantes, minorías, etc.) representados a través de círculos.

El tipo de relaciones (débil, normal, fuerte, conflictiva y sin relación) que existe entre estas organizaciones se representa por medio de diferentes tipos de líneas.

En la Figura 2 se observan algunos de los elementos con los cuáles se construye un mapa social.

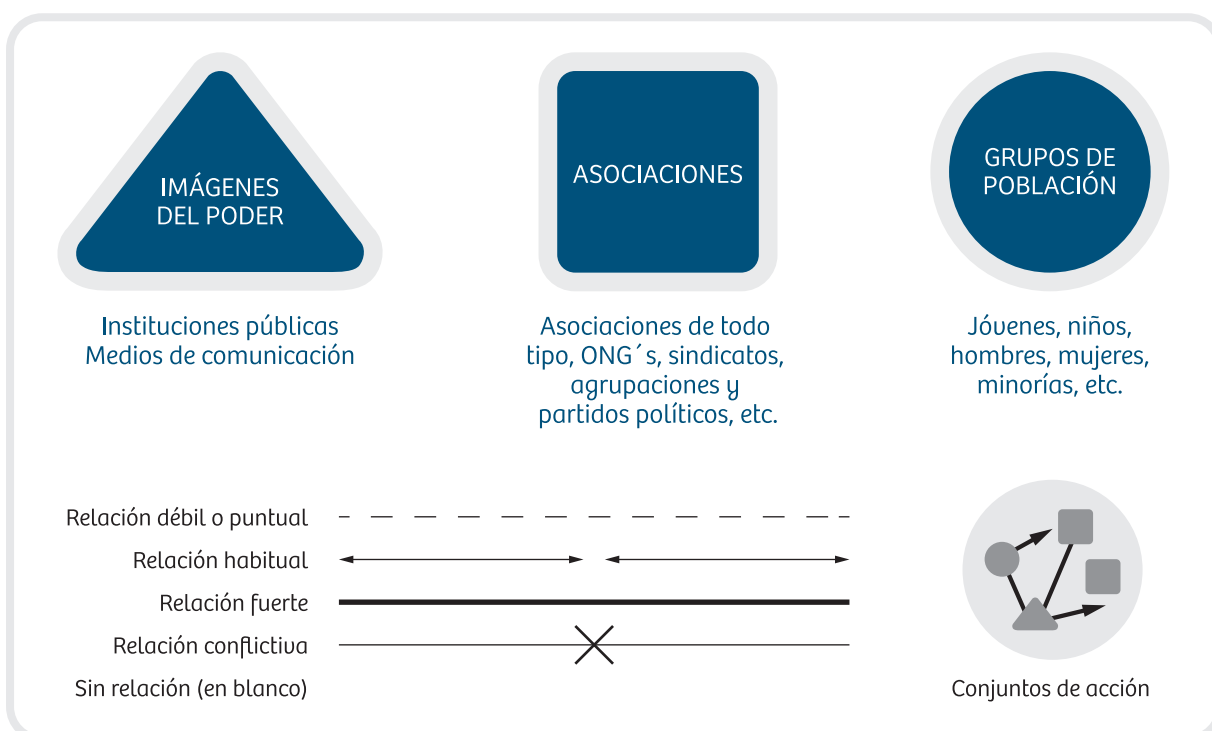


Figura 2

En la siguiente imagen (Figura 3) se observa cómo se construye un mapa de redes de salud.

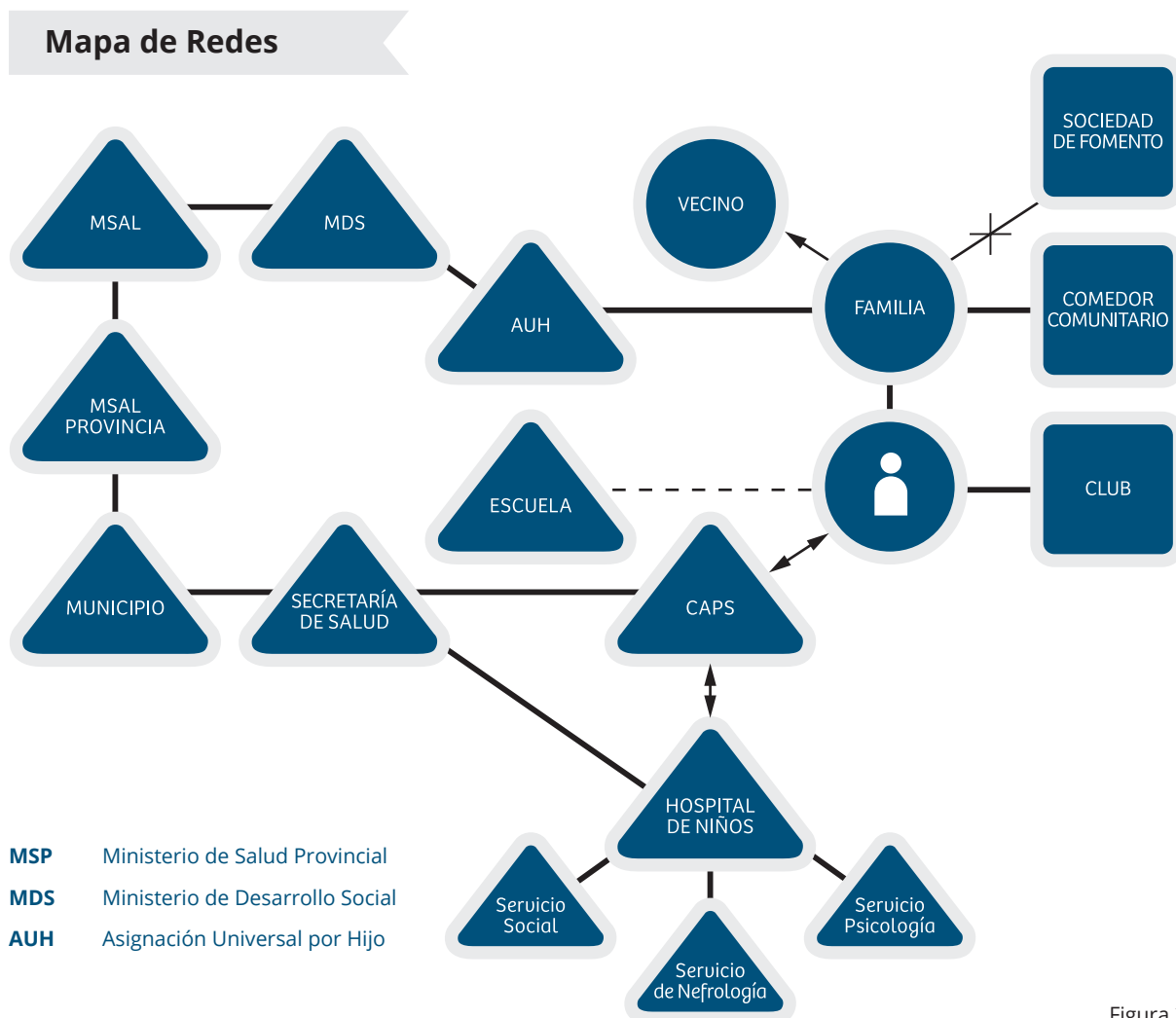


Figura 3

1.4 Las redes integradas de servicios de salud

Una de las definiciones más difundidas por la OPS es la de Shortell (1993) que describe a las redes integradas de servicios de salud como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

Al analizar los componentes de esta definición se considera que “...presta, o hace los arreglos para prestar...” implica que quien gobierna la red no necesariamente debe disponer de la totalidad de los componentes prestacionales de la misma. Se basa en la necesidad de establecer acuerdos de complementariedad entre prestadores, por sobre el desarrollo de capacidades propias por parte de cada financiador en todas las etapas de la atención (integración vertical).

En cuanto a “...servicios de salud equitativos e integrales a una población definida...” significa, por un lado,

que la red debe hacerse aún más fuerte en aquellos medios donde más necesidades existen, y que la población debe encontrarse definida con anterioridad en lo que podría corresponderse con una nominalización. Asimismo, "...que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población..." aborda la capacidad –y la necesidad– de medir, de evaluar y de brindar respuesta por lo realizado, y por lo no realizado. Esta respuesta abarca para la sociedad no solamente los resultados sanitarios, sino también los económicos.

Sobre la base de una serie de consultas con los países de la región para tratar el problema de la fragmentación de los servicios de salud y las estrategias para abordarla, la OPS definió en 2010 una serie de atributos esenciales que deberían caracterizar a las redes:

Modelo asistencial

- 1.** Población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios.
- 2.** Un extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos, y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública.
- 3.** Un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de la salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población.
- 4.** Prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios.
- 5.** Existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud.
- 6.** Atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Gobernanza y estrategia

- 7.** Un sistema de gobernanza único para toda la red.
- 8.** Participación social amplia.
- 9.** Acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Organización y gestión

10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico.
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red.
12. Sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes.
13. Gestión basada en resultados.

Asignación e incentivos

14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

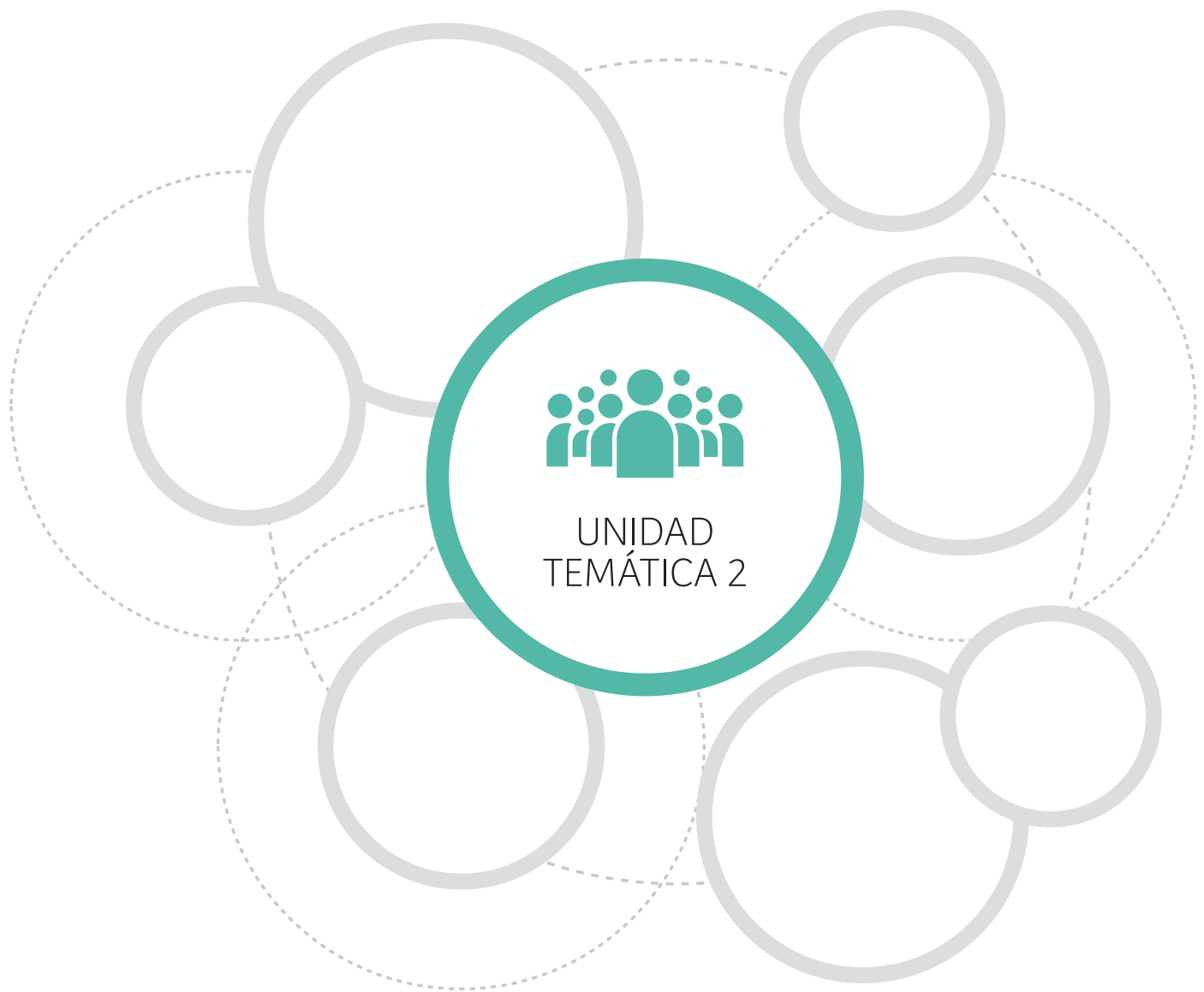
A modo de conclusión, el documento de posición de la OPS (2010) respecto a las RISS, establece que:

- Los procesos de integración exigen cambios sistémicos amplios y no basta con intervenciones puntuales.
- Los procesos de integración requieren del compromiso del personal de salud, los gestores de los servicios y los decisores de política.
- La integración de los servicios no significa que todo tiene que estar integrado en una modalidad única; hay múltiples formas y niveles que pueden coexistir en un mismo sistema.

1.5 Actividad sugerida

» Preguntas para reflexionar

- ¿Qué redes hay en el área programática del efector de salud donde se desempeña?
- ¿Qué nivel de construcción tiene cada una de las redes?
- A partir de las respuestas anteriores, elabore el mapa social de las redes de salud de su territorio.



El proceso salud-enfermedad y su determinación

2.1 Introducción

El concepto de “proceso salud-enfermedad” se inscribe en el marco de las actuales definiciones de salud, donde ésta deja de ser un estado a ser alcanzado para pasar a ser un campo dinámico, en tensión y cambio, tal como lo plantean algunos autores en las siguientes definiciones:

“La salud, individual y colectiva, es el resultado de la relación dinámica entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales y económico-sociales que se dan en una sociedad como producto del accionar del hombre frente a los conflictos que le genera su entorno natural y social” (Castellanos, 1997).

“Lo que es normal o anormal no se deriva de un simple registro pasivo de lo que es ‘normal o anormal’ en los hechos mismos, según una perspectiva química, física o biológica, sino de una propuesta activa de interpretación y de intervención práctica, derivada de los modelos simbólicos del sujeto” (Samaja, 2002).

Además del sistema de salud, intervienen e influyen en el proceso salud-enfermedad: el medio ambiente, la genética, los modos de vida de las sociedades, las condiciones de vida de los grupos y los estilos de vida individuales.

La incorporación de la determinación social de la salud al proceso de atención/cuidado, resulta fundamental a la hora de comprender y abordar la salud de la población a cargo.

Según la Agencia de Salud Pública de Canadá, los determinantes de la salud definidos como factores personales, sociales, económicos y medioambientales que determinan el estado de salud de las personas, pueden reagruparse en función de la siguiente clasificación:

1. Medioambiente económico
2. Medioambiente físico
3. Desarrollo infantil
4. Calidad de vida
5. Capacidad individual y capacidad de adaptación
6. Patrimonio biológico y genético
7. Servicios de salud

Si bien numerosos determinantes que ocasionan disparidades en el estado de salud de las poblaciones se encuentran por fuera del sistema de salud, el análisis de los mismos es un aporte importante, ya que se pueden sugerir soluciones eficaces que reduzcan las inequidades presentes en el campo de la salud.

2.2 ¿Determinantes sociales de la salud o determinación social de la salud?

Los factores que influyen sobre la salud se describen como **determinantes sociales de la salud**, o como **determinación social de la salud** según el contexto en que se analicen. Ambas expresiones tienen un sentido diferente aunque engloban conceptos similares.

Los **determinantes sociales de la salud** son las condiciones económicas y sociales que influyen sobre la salud tanto a nivel individual como colectivo, en el conjunto delimitado por un territorio de pertenencia. Estos determinan en qué medida una persona posee los recursos físicos, sociales y personales para definir y realizar sus objetivos, satisfacer sus necesidades y adaptarse a su medio. Dan cuenta especialmente de cuestiones relativas al desarrollo infantil, la educación, el empleo y el tipo de trabajo; la calidad de los alimentos, los servicios de salud, el ingreso y la distribución del mismo; la exclusión social, la seguridad social, la desocupación y la seguridad del empleo (Dennis, 2004).

A medida que el medio social es cada vez más tenido en cuenta en los análisis sobre la determinación de la situación de salud, la investigación sobre los factores sociales implicados se intensifica. Es importante reconocer la dificultad que conlleva comprender la complejidad de las causas y efectos en los determinantes de la salud: interactúan entre sí y su interacción produce efectos en la salud de las personas, tal como se puede ver en la Figura 4. En el centro se encuentra el individuo y a su alrededor, los factores modificables y no modificables que influyen sobre su salud. Los determinantes tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, la genética, la alimentación y el acceso a los servicios básicos, que a su vez se suman a las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales que definen el modo de vida en un espacio y tiempo determinado.

Los determinantes de la salud



Figura 4: Lalonde (1974).

Si bien la noción de determinantes sociales de la salud constituye un adelanto para visibilizar la complejidad de los factores intervinientes en el proceso salud-enfermedad, sigue sin ofrecer una crítica directa de la organización de la sociedad de mercado y de sus rotundas consecuencias en la salud dado que no analiza el proceso radical de acumulación económica/exclusión social, como eje central de ampliación de las inequidades.

Por ello la visión de **determinación social de la salud** –de acuerdo a la caracterización de Jaime Breilh-, se presenta como una profundización explicativa del modelo de determinantes. Incorpora los siguientes conceptos:

- “Determinación social” como superación del modelo causa-efecto (tanto uni como pluricausal), en lo que se refiere a la producción o génesis de la salud.
- Noción de “reproducción social” (en las tres dimensiones general-particular-singular donde se dirimen las relaciones de poder), como superadora de la visión en una sola dimensión lineal, que no da cuenta de las formas de relación y del ejercicio de ese poder.
- Concepción dialéctica de la vinculación entre lo social, lo natural y lo biológico, en el sentido de poder analizarlo como una espiral de complejidad creciente y no como una meseta con un solo nivel.
- Crítica del uso empirista de las técnicas y prevalencia de un enfoque cuantitativo del método, sosteniendo y reforzando la falsa antinomia cualitativo vs cuantitativo.
- La distribución poblacional de las condiciones de salud por clase y de estas condiciones como resultado a su vez de las relaciones de poder, en lugar de análisis simplificador por estrato social (Breilh, 2012).

Esta nueva mirada está explicitada de manera gráfica en la Figura 5:

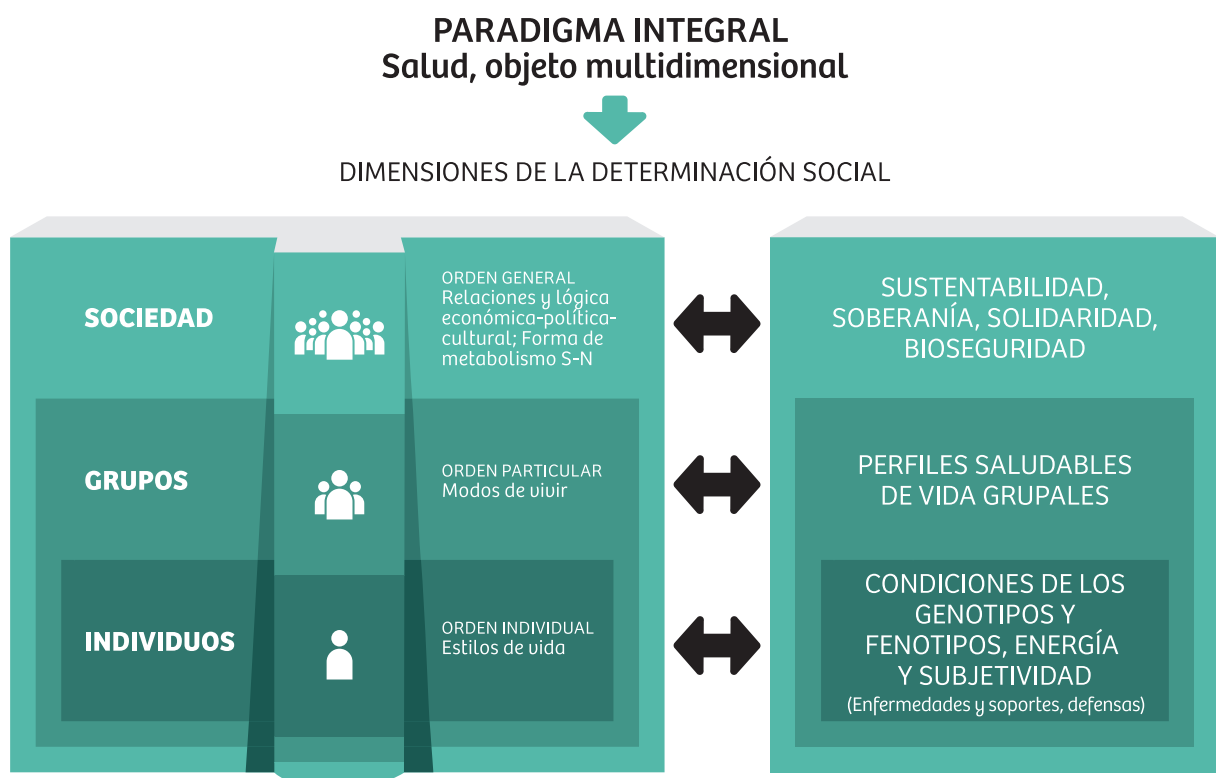


Figura 5

Los esquemas que siguen muestran la complejidad de las relaciones causales y la co-causalidad que implica un enfoque centrado en esta forma de observar el proceso salud-enfermedad. Al mismo tiempo, indican la necesidad urgente de diseñar nuevos modelos de explicación que conlleven a mejores y más abarcativas formas de intervención.

Las personas necesitan un modelo de atención integral, completo, equilibrado, menos disociado por aspectos científico-técnicos y más ligado a la sociedad, sus modos, condiciones y estilos de vida.



Figura 6

El cambio del protagonista central de la escena (individuo por comunidad) en la Figura 6, es el primer paso que conduce al cambio que se observa en la Figura 7 y en la cual se identifica la responsabilidad del Estado en la producción de políticas integradoras. Esto permite poner en funcionamiento esa espiral de complejidad creciente mencionada más arriba, logrando una articulación entre los espacios de poder, una mejora en las relaciones y una ampliación de los derechos ciudadanos. Esto genera un círculo virtuoso que implica una mejora en la calidad de vida, tendiendo a un modelo de igualdad que supera la propuesta de equidad, la cual es, en el fondo, generadora de profundas desigualdades.

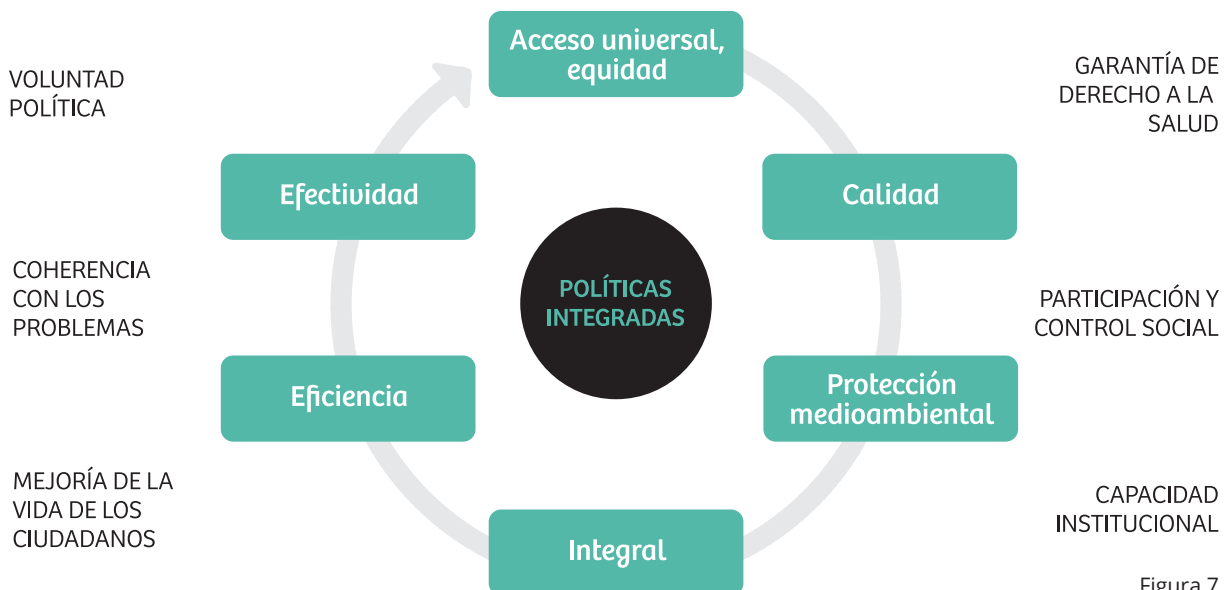


Figura 7

2.3 Actividad sugerida

» Un caso para reflexionar

María, de 40 años, acude al consultorio del médico generalista. Presenta la siguiente sintomatología: angustia, dolor cervical y dorso lumbar, ardor de estómago y cansancio.

Sus antecedentes: trabaja en la zafra junto a 20 compañeras. El colectivo que la lleva a su trabajo la busca a las 4:30 am y la deja de vuelta a las 19 pm. Las extenuantes jornadas son de alta exigencia de pie, se cobra en cuotas por día de producción, realiza 15 horas extras semanales sobre las trabajadas. Y tiene 2 días de descanso al mes.

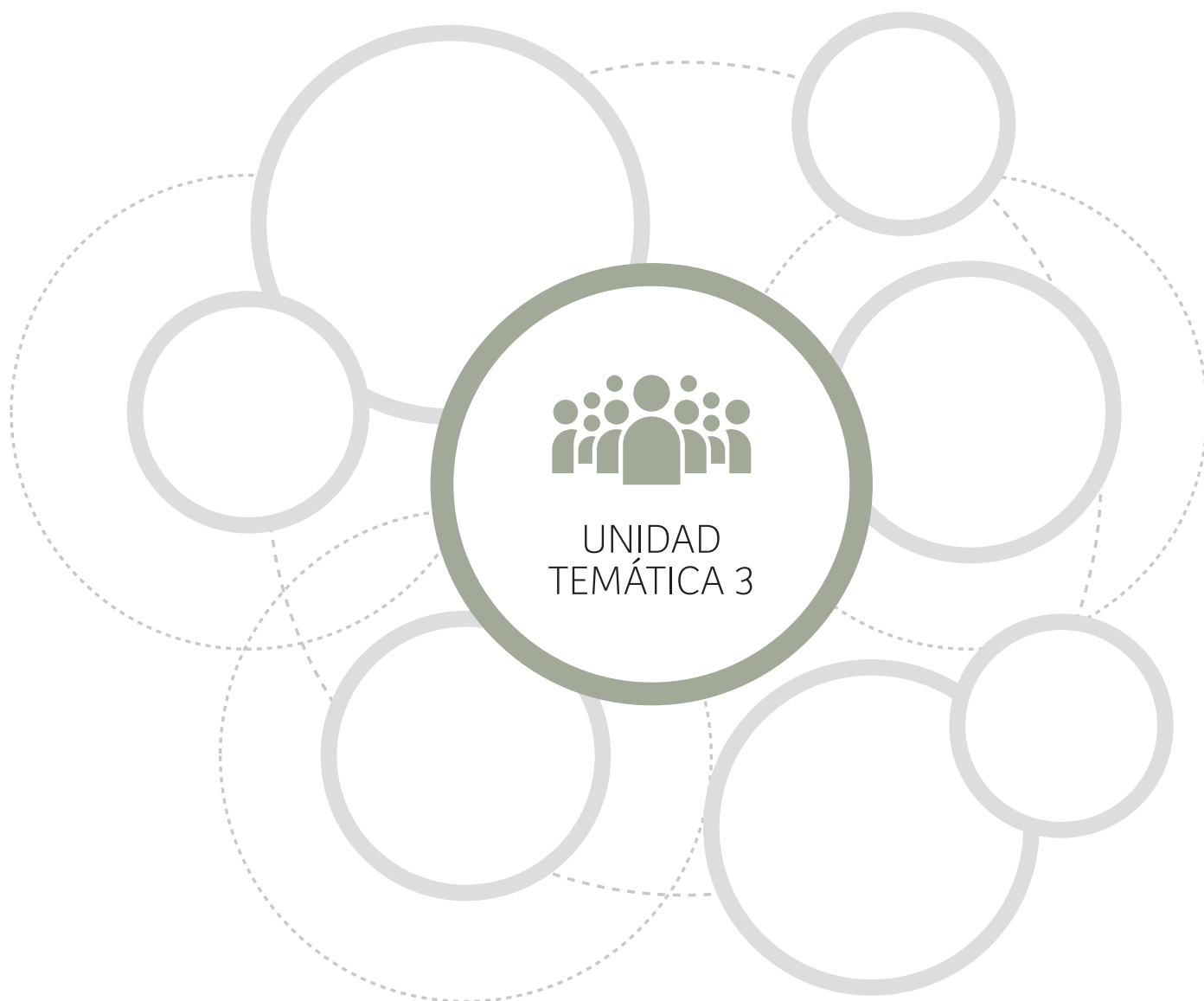
Tiene 3 niños de 15, 7 y 2 años y medio; sufre por tener que dejar los menores al cuidado del hermano mayor. El padre de los niños se fue de la casa con el nacimiento del menor y no responde económicamente por ellos. María tuvo que abandonar sus estudios secundarios con el nacimiento de su último hijo para incorporarse al mercado laboral dado que es el único sostén económico de su familia.

Refiere que le duelen las articulaciones, la cabeza y los brazos al final de cada día. Además de estas molestias, en su grupo de trabajo sus compañeras experimentan condiciones laborales altamente estresantes ya que, como ella, son migrantes de la provincia de Jujuy; desean volver a la brevedad y esto aumenta la necesidad de mejor y mayor productividad.

Preguntas

- Teniendo en cuenta lo expuesto acerca de los determinantes sociales de salud (Figura 4) ¿cuáles serían y en qué espacio los ubicaría? ¿Qué acciones desde su lugar en el sistema de salud podría realizar -y con quién- para mejorar algunas de las condiciones de salud de María, de su familia y de sus compañeros de trabajo?

- ¿Cómo se modificaría la mirada anterior en función del planteo de determinación social de la salud,



La importancia de la participación social

3.1 Introducción

Desde la década del setenta y en especial desde la conferencia de Alma-Ata, la participación social ha sido reconocida como una de las actividades básicas de las políticas de APS (Kroeger y Luna, 1987; Muller 1979; Rifkin y Walt 1988).

Se ha propuesto como un medio por el cual impulsar el desarrollo económico, la educación, y la mejora de la salud de las comunidades, basándose en la noción fundamental de que sólo se pueden lograr esos objetivos haciendo partícipes a los mismos involucrados. Desde el análisis de los propios problemas hasta la implementación participativa de las soluciones centrándose en las comunidades, la participación social se constituye como una forma de profundizar los procesos democráticos y lograr una distribución más igualitaria del poder.

En la declaración de Alma-Ata de 1978 se propuso que *“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”*.

La declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI, incluyó a la participación como elemento indispensable: *“la promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé”*. Allí se sostiene que la población debe estar en el centro de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones. La educación y la información se entienden como procesos fundamentales para fomentar una participación efectiva y generar la movilización de las personas y sus comunidades: *“ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo”*.

En la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, se hace referencia a la promoción de la salud como un medio para proporcionar a los pueblos recursos necesarios para la mejora y control de su salud.

La participación social es un proceso en el que se realiza una alianza entre varios actores: el Estado como garante de la salud, diferentes instituciones, grupos sociales y políticos, y, principalmente, la comunidad. El objetivo es identificar factores que directa o indirectamente tengan injerencia en cuestiones de salud para evaluar posibles soluciones y planificar de manera conjunta estrategias de acción.

La participación implica que el ciudadano intervenga de manera comprometida en los procesos políticos, económicos, culturales, sociales que afectan sus vidas. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos, tal como se menciona en la Carta de Ottawa.

Es importante que las personas estén informadas sobre sus derechos y deberes y los procesos de participación sean estimulados. En ese marco, los profesionales deberían abandonar el modelo

hegemónico-autoritario y comprender la necesidad de establecer una negociación entre todos los actores del sistema, modificando las condiciones y las dinámicas relacionales de un grupo, una sociedad o una comunidad; esto implica un cambio en el modelo de gestión y atención de los equipos de salud.

La participación social supone cuestionar lo dado, oponerse a lo institucionalizado, a la dominación en términos de cohesión y/o de consenso; la inclusión participativa es cuestionar la manipulación y la cooptación. Posibilita el desarrollo de la autonomía a nivel del sujeto y del grupo, y cuestiona la verticalidad de las organizaciones y de la toma de decisiones, o por lo menos de determinadas formas de verticalidad. Se trata de un ejercicio constante de democratización, un mecanismo de transformación social y también del propio sujeto: la actividad participativa convierte al grupo y al individuo en sujeto de la reproducción y no en objeto y/o recurso de la misma.

Para que todos los actores interactúen en participación comunitaria, hace falta comprensión, respeto mutuo, reflexión, análisis crítico, organización, solidaridad y preocupación por la gestión de la vida en comunidad. Para que esto sea posible se requiere acceso a la educación, a la información, a actividades sociales y políticas y, también, a la tecnología (Delgado Gallego et al, 2005).

La participación social no se da en todos los lugares y en todos los momentos con iguales atributos (OPS). Es un proceso dinámico, oscilante, determinado dentro de un contexto político y social también cambiante.

Cuando se interactúa con y en una comunidad es necesario tener en cuenta que en la misma existen o existieron formas de participación a nivel local que en ocasiones prosperaron y en otras no. Muchas veces se actúa como si antes no existieran actividades y experiencias participativas, lo cual conduce a ignorar la existencia, trayectoria y resultados de dichas experiencias así como de los procesos y factores que limitaron o facilitaron la participación social (Menéndez, 2009).

3.2 ¿Cómo se pueden implementar estrategias de participación comunitaria?

- **Participación colectiva:**

- Consejos municipales de salud
- Consejos barriales de salud
- Mesas de gestión
- Representantes de la comunidad en las juntas directivas de hospitales y centros de salud o comités de calidad
- Comisiones mixtas
- Comité de ética

- Grupos de personas con enfermedades crónicas, grupos de autoayuda
- Formación de promotores, agentes sanitarios
- Realización de tareas colectivas de saneamiento y similares
- Construcción de huertos domésticos y/o colectivos para producir plantas medicinales

• **Participación individual (basadas en la lógica del mercado, del consumidor o cliente informado):**

- Sistemas de quejas y sugerencias por buzón
- Línea telefónica de atención a usuarios
- Oficina de atención al usuario
- Negociación de las pautas terapéuticas
- Expresión de su opinión de los servicios de salud

3.3 Aspectos a tener en cuenta al comenzar dinámicas de participación

- No se está solo en el universo comunitario
- El protagonismo debe estar centrado en la comunidad
- Considerar de quién es la iniciativa
- El proceso debe ser continuo, con un principio pero sin fin
- Considerar de qué nivel de participación se parte (cuál es el grado de empoderamiento de la comunidad)

En este proceso, se pueden identificar diferentes fases:

- Primera fase

Trabajo interno en el equipo de salud: debe comenzar por la constitución de un equipo de trabajo y lograr un consenso interno. Por otro lado se debe informar a las instituciones locales, regionales y servicios sociales. También recopilar información local para hacer una primera aproximación al conocimiento de la comunidad, a través de un diagnóstico comunitario. Además, el equipo de salud debe formarse a través de actividades como por ejemplo búsqueda bibliográfica, asistencia a talleres, relatos de experiencias anteriores, búsqueda de asesoramiento. Por último, es importante hacerse de toda la documentación necesaria para llevar registro de todas las actividades.

- Segunda fase

Salida a la comunidad: debe realizarse a partir de una convocatoria amplia para que nadie se sienta excluido y es necesario elegir el lugar, que luego puede ir rotando entre las distintas instituciones formales -o no- para futuras reuniones. Luego debe plantearse la propuesta, iniciativa que deberá estar en relación con las necesidades de la comunidad. Esto implicará un traspaso del protagonismo ésta, y el equipo de salud acompañará el proceso. Es aconsejable la creación de una comisión en la cual participan todos: instituciones, grupos, educación, equipo de salud, etc.

- Tercera fase

Las primeras intervenciones deben ser sencillas y acordes a los recursos y posibilidades de la comunidad. Deberá participar la mayor cantidad de personas posible, y es aconsejable que la presentación de la propuesta de intervención se realice por medio de sus representantes en la comisión, en una invitación abierta a toda la comunidad.

En los procesos de participación, se pueden identificar distintos **momentos** (Ramos et al, 2001):

1. Problematización
2. Proposición
3. Negociación
4. Ejecución
5. Evaluación

Y dos tipos de **condiciones**:

Facilitadores	Obstaculizadores
<ul style="list-style-type: none"> - aval institucional - marco legal - individuo y comunidad informados - equipo de salud comprometido - descentralización 	<ul style="list-style-type: none"> - falta de compromiso del equipo de salud - medicina hegemónica - corrupción - paternalismo - el propio sistema de salud

3.4 Actividad sugerida

» Tres casos para reflexionar

Caso 1

En un paraje rural, la enfermera de un centro de salud, después de realizar un curso de educación en diabetes, decide iniciar charlas mensuales a las personas con esta patología. Prepara muy bien los contenidos y consigue unas diapositivas maravillosas. Convoca a los participantes desde sus consultas de enfermería y a través de carteleras en la sala. Al principio, muchas personas concurren al centro de salud al mediodía, prestando mucha atención y con buena disposición. Con el transcurso de los meses, cada vez se presentan menos asistentes, después de un año la enfermera abandona la actividad, quejándose de la poca participación de la gente.

Caso 2

En un centro de salud, una enfermera y una trabajadora social muy motivadas forman un grupo de personas con diagnóstico de diabetes, convocan a las mujeres de la comunidad que asisten a la sala.

Las reuniones se realizan por la tarde, antes que los niños salgan del colegio. Organizan talleres de nutrición, cocina saludable, charlas con los médicos en temas específicos de salud, actividad física. Luego de un año, la enfermera es advertida por la autoridad sanitaria de que en breve será trasladada a otro centro y, simultáneamente la trabajadora social toma una licencia por enfermedad. Sin embargo, estas profesionales fortalecen vínculos con una sociedad de fomento del barrio y con un grupo de actividad física que promueve la municipalidad. La sociedad de fomento realiza cursos de cocina que pueden orientarse a personas con diabetes y los profesores de educación física municipales realizan actividades en la plaza del barrio. Los profesionales del centro de salud 'tensan' la red barrial para sostener la atención de las personas con diabetes.

Caso 3

En un barrio periurbano se constituye un consejo vecinal que comienza a trabajar en conjunto con una asociación de madres, y ponen en práctica un programa de educación para la salud, con la colaboración del centro de salud, la secretaría de salud y acción social y otras instituciones de la comunidad. Implementan un grupo de autoayuda para personas con diabetes; luego surgen otros temas de salud en relación al medio ambiental, adicciones, violencia. Se crea un grupo de actividad física con la colaboración de un profesor de gimnasia y un grupo de autoayuda de mujeres maltratadas, bajo la supervisión de un psicólogo, se dan talleres de alimentación saludable con colaboración de una nutricionista y la participación esporádica de un técnico del INTA. Al principio los profesionales del centro colaboran dando charlas de temas sugeridos por la comunidad, luego de un tiempo surgen inconvenientes con algunos profesionales que plantean que no pueden colaborar. Las actividades siguen en sus mismos días y horarios hasta que se vuelve a incorporar otro profesional interesado en estas actividades.

Lea los ejemplos propuestos. Analice individualmente sobre ellos y discuta con sus compañeros del equipo de salud los obstáculos y facilitadores que afectan a la participación, propuestos en la tabla anterior. Algunas preguntas orientadoras para el debate:

Caso 1

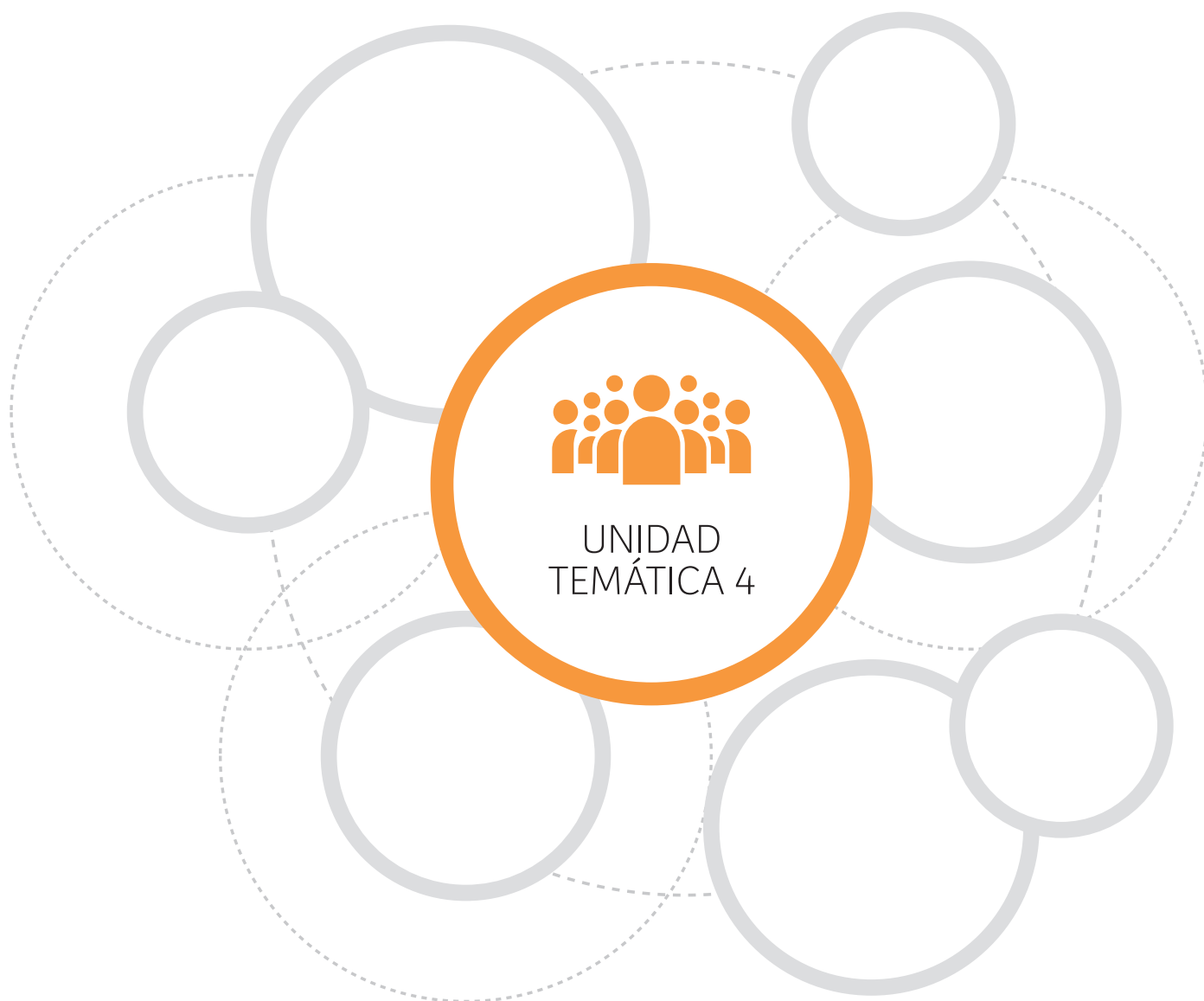
- ¿Qué puede haber fallado en la planificación y/o en el desarrollo de la actividad encarada por la enfermera?
- ¿Cómo pueden afectar al proceso participativo variables como: horario, posibilidades de acceso, carácter rural de la comunidad, el equipo de salud del CAPS, extensión de las actividades, estímulo y motivación de la comunidad?
- ¿Qué soluciones/ facilitadores se pueden proponer para mejorar el proceso participativo?

Caso 2

- ¿Cuál es la relación posible entre red y participación?
- ¿Cuáles son los beneficios de la descentralización de las actividades? ¿Pueden emplearse otros espacios institucionales en el barrio? ¿Tiene ejemplos de su experiencia para compartir?

Caso 3

- ¿Qué estrategias pueden proponerse ante dificultades que puedan surgir con respecto al trabajo del RRHH del efector?



Modelo de atención a personas con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

4.1 Presentación del modelo

En las últimas décadas se ha generado un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), en particular de la enfermedad cardiovascular junto con la diabetes, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica.

Enfermedad crónica: no es curable pero con seguimiento y tratamiento adecuados puede permitirle a una persona prevenir o retrasar complicaciones y mejorar su calidad de vida.

La mayor expectativa de vida y el aumento de ciertos factores de riesgo para estas enfermedades (en especial la **alimentación inadecuada**, el **sedentarismo** que conducen al **sobrepeso** y a la **obesidad**, y el **consumo de tabaco**); explica en gran medida el aumento de las probabilidades de presentar enfermedades crónicas. A esto se suman los profundos cambios en los ambientes físicos y sociales que modifican continuamente nuestro modo de vida, nuestra forma de trabajar, recrearnos, movilizarnos. Más de la mitad de la población mundial vive en ciudades y se espera que en un futuro la mayoría lo haga de ese modo. La forma en que estas ciudades se planifiquen y se construyan tendrá un rol cada vez más importante en la determinación de la salud. A su vez emergen nuevos rasgos en la cultura y cambios profundos en las formas de vínculo con los otros. Dichos cambios socio-culturales estarían dados por una lógica de transformación de la subjetividad signada por la tecnología y la virtualidad como modo predominante de relación entre las personas que fomenta la falta de intercambios sociales así como el sedentarismo (Galende, 1997) lo que impacta directamente en la salud física y emocional.

4.2 ¿Hacia dónde deberían orientarse los servicios de salud?

Los cambios epidemiológicos marcados por el aumento de las ECNT y los factores de riesgo a ellas asociados requieren una reorientación de los servicios de salud. En nuestro país, el sistema de salud se dirige principalmente a la atención de procesos agudos y a los cuidados de la población materno-infantil. En los eventos agudos, los servicios de salud responden en forma reactiva a la demanda: cuando una persona consulta, el sistema brinda respuesta, capta a la persona e interviene; una vez resuelto el problema, queda nuevamente fuera del sistema hasta que lo lleve a la consulta otro episodio agudo.

La atención de personas con enfermedades crónicas requiere pasar de este modo reactivo de respuesta, centrado en la enfermedad, **a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto**. Un modelo que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento a lo largo del tiempo, favorezca la participación activa de la persona con enfermedad crónica y promueva la adherencia al tratamiento.

Características	Modelo de atención de procesos agudos	Modelo de atención de procesos crónicos
Enfoque	Centrado en la enfermedad	Centrado en la persona
Atención	A demanda	Programada y planificada
Equipo de Salud	Reactivo	Proactivo
Persona	Pasiva	Activa, informada e involucrada

Por lo tanto, considerando el contexto epidemiológico y el avance de las ECNT, fue necesario repensar el modelo de atención en pos de abordar esta nueva realidad.

El primer modelo de atención específico para personas con enfermedades crónicas fue desarrollado por Edward Wagner y colaboradores en 1998 con el nombre de "Modelo de Atención a Crónicos". El mismo ha tenido algunas modificaciones a lo largo del tiempo en el que sus componentes fueron tomando distinta relevancia. Por ejemplo, uno de los componentes que más cambios presenta es el componente de la "comunidad" que, en el modelo original, se visibiliza compartiendo un espacio diferenciado al de sistema de salud, tal como se observa en el siguiente cuadro:

Modelo de cuidados de enfermedades crónicas

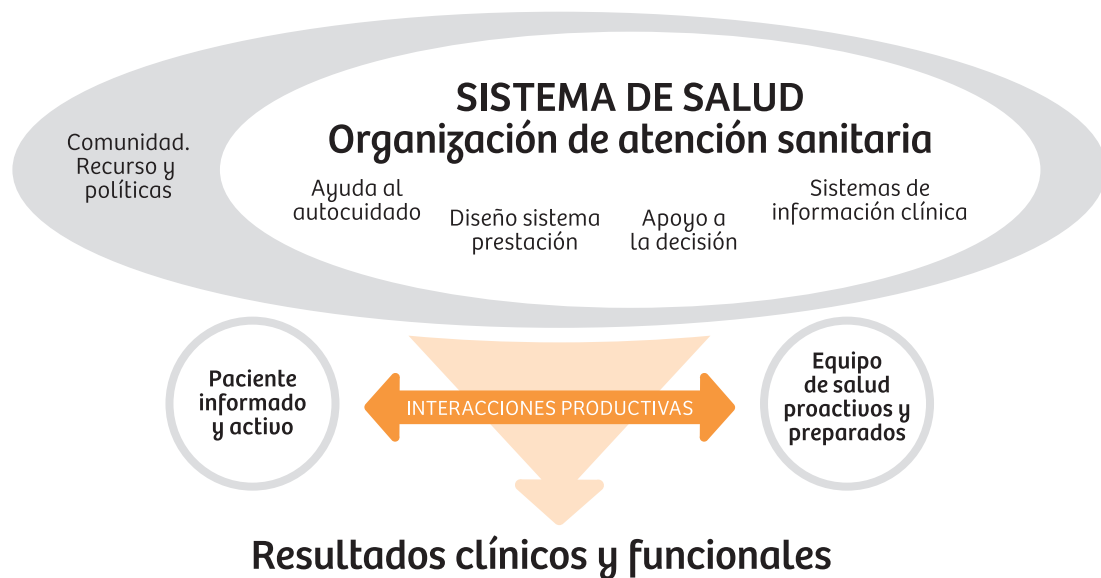


Figura 8: Modelo de Cuidado de Enfermedades Crónicas. (E. Wagner, 1998).

Tiempo después, en Canadá, se realizó una ampliación del modelo para su aplicación en el ámbito comunitario que fortalece las actividades de prevención y promoción de la salud con la propuesta del “Modelo de la Atención a Crónicos Expandido” (Figura 9).

Modelo EXPANDIDO de cuidados de enfermedades crónicas: Integración de la población en la promoción de la salud



Figura 9: Modelo Expandido de cuidados de Enfermedades crónicas (Barr et al, 2003).

Esta nueva configuración trata de integrar el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas con la promoción de la salud de base comunitaria, demostrando una clara asociación entre el sistema de salud y la comunidad. Esta acción está dirigida a ampliar el ámbito de la práctica clínica hacia tres niveles:

- La mejora de los resultados para los individuos,
- las comunidades,
- la población.

A partir de este modelo ampliado, los cuatro círculos centrales ahora comparten la frontera entre el sistema de salud y la comunidad. Ello significa que con este modelo se busca una mayor integración de estos cuatro elementos a nivel interno -sistema de salud- y a nivel externo -la comunidad-.

Toda la ampliación que se incluye a partir de este modelo está íntimamente relacionada con la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, que es la primera promulgación internacional en este campo y fue promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la 1ª Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud realizada en Canadá en 1986.

La carta de Ottawa define que:

“La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por lo tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”

La carta de Ottawa hace referencia a cinco áreas fundamentales de acción:

- Desarrollar las habilidades personales.
- Reorientar el sistema de salud.
- Construir una política pública saludable.
- Crear un entorno propicio.
- Reforzar la acción comunitaria.

Como puede observarse, la carta de Ottawa supera la concepción de la salud como un estado abstracto para pasar a considerarla como una fuente, un recurso cotidiano que posibilita que las personas lleven una vida individual, social y económicamente productiva.

“Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas (...), la promoción de la salud, que forma parte de una nueva concepción de la salud pública, plantea la necesidad de ir más allá del modelo bio-médico y considerar las influencias sociales y ambientales sobre la salud y la conducta vinculada con ella” (Kornblit et al., 2011).

Dentro de las adaptaciones del Modelo de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas, el modelo más popular en el mundo es el propuesto por la OMS en 2002, denominado “Perfil de la Atención Innovadora para las Condiciones Crónicas (AICC)” (Figura 10).

Este modelo añade una perspectiva: las políticas de salud. Un aspecto clave del mismo es su énfasis en optimizar el uso de los recursos de los servicios de salud disponibles en un contexto geográfico-poblacional concreto. Las ideas fuertes del modelo **Perfil de la Atención Innovadora para las condiciones crónicas** (AICC) son:

- La toma de decisiones basada en la evidencia
- Enfoque de salud poblacional
- Foco en la prevención
- Énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica
- Flexibilidad/adaptabilidad
- Integración, como núcleo duro y central del modelo

Perfil de la atención innovadora para las condiciones crónicas

ENTORNO DE POLÍTICAS POSITIVAS

Fortalecimiento de las asociaciones.
Apoyo a marcas legislativas.
Integración de políticas.

Provisión de liderazgo y apoyo.
Promoción de financiación continua.
Desarrollo y asignación de los recursos humanos.



Figura 10: Perfil de la Atención Innovadora para las condiciones crónicas (AICC) propuesto por la OMS, 2002.

Considerando sus distintas adaptaciones, y tomando en cuenta su recorrido histórico, el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas que se propone actualmente para trabajar, es el siguiente:

Modelo de atención de personas con enfermedades crónicas

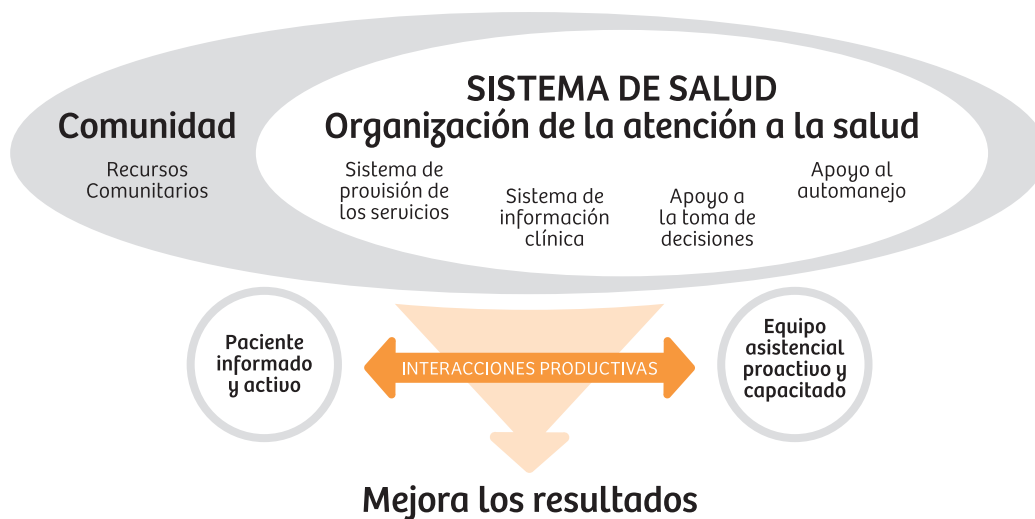


Figura 11: Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas

Desde este enfoque, la organización de salud sigue siendo esencial y la comunidad asume protagonismo. Además, el sistema de salud y la comunidad se visibilizan íntimamente relacionados.

Se entiende, entonces, que todos los mecanismos que se puedan generar desde el sistema de salud para ir conformando una población activa en el cuidado de su salud posibilitará una mejor calidad de vida para las personas con ECNT.

4.3 Los componentes del modelo

La implementación del modelo de atención a personas con enfermedades crónicas permite al equipo de salud generar interacciones con las personas que consultan. Cada integrante del equipo, adecuadamente capacitado, al vincularse de manera proactiva y productiva con las personas con enfermedad crónica, contribuye al involucramiento y a una actitud activa de estos, a partir de contar con información pertinente de los cuidados que requiere la atención de su enfermedad. Este abordaje integral e integrado deviene en mejoras en los resultados de salud.

Este modelo consta de seis componentes:

- Organización de la atención de la salud
- Sistema de provisión de los servicios
- Sistema de información clínica
- Apoyo a la toma de decisiones
- Apoyo al auto-manejo
- Recursos comunitarios

4.3.1 Organización de la atención de la salud

Se estima que la mitad de las personas con problemas crónicos recibe una atención poco adecuada. Esto determina la necesidad de reorientar los servicios de salud para la atención de condiciones crónicas.

La organización de la atención a la salud es el primer y más amplio componente del modelo de atención de personas con enfermedades crónicas y abarca tres aspectos clave:

- **Política** como acciones que prioricen el tema y, por lo tanto, asignen recursos, permitan el diseño de estrategias que reduzcan la fragmentación del sistema, mejoren la accesibilidad y la equidad, e integren las acciones de los distintos efectores y programas. Por eso, es muy importante que los equipos de salud, identifiquen las normativas vigentes (leyes, decretos, ordenanzas) y los programas nacionales, provinciales y/o municipales relacionados con las diferentes enfermedades crónicas, que se implementan en su jurisdicción, y puedan facilitar la atención de este grupo de enfermedades.

- **Liderazgo** en todos los niveles de la organización con referentes que promuevan una atención segura y de alta calidad.

- **Implementación** de un modelo de mejora de la calidad de atención que permita desarrollar, probar y poner en práctica cambios en la forma de llevar a cabo las acciones.

4.3.2 Sistema de provisión de los servicios

Un sistema de salud orientado a la atención de personas con enfermedades crónicas, contribuye a promover y facilitar que el equipo de atención pueda realizar controles periódicos, ajustar el tratamiento, poner en práctica medidas preventivas y fomentar la educación para el auto-manejo.

La atención de personas con enfermedades crónicas requiere un abordaje integral, que haga foco en la adherencia al tratamiento, y que tenga en cuenta el contexto social y cultural de la persona, además de los aspectos clínicos.

Para esto, es necesario contar con un equipo interdisciplinario con funciones y tareas claramente definidas para cada uno de sus miembros a las que se sumen la capacitación y el entrenamiento en la práctica.

Es necesario contar además con: un **sistema de registro (historia clínica)**, una oferta de **turnos programados** que facilite el seguimiento del problema, un programa de **educación para el auto-manejo** y la disponibilidad de **medicamentos esenciales**.

Las visitas periódicas pueden combinarse con consultas grupales o, inclusive, con formas novedosas de contacto que utilicen el apoyo de nuevas tecnologías de la comunicación (envío de mensajes de texto o correos electrónicos).

El modelo de atención de personas con enfermedades crónicas prevé también contar con la estructura para realizar la gestión de aquellos casos con situaciones complejas o complicaciones de la enfermedad, los cuales requieran de cuidados más intensivos por parte de los miembros del equipo de salud.

4.3.3 Sistemas de información clínica

El sistema de información clínica es uno de los pilares de este modelo. Su función es organizar los datos clínicos de los pacientes y de la población de referencia para proveer atención eficiente y efectiva, facilitando la planificación, la identificación de grupos con necesidades especiales y la coordinación de la atención clínica integral.

Los servicios que brindan cuidados crónicos necesitan disponer de **sistemas de información integrados**, que vinculen a todos los miembros de la red; que incluyan información de la planificación así como de herramientas de apoyo para la toma de decisiones clínicas, que permitan agregar datos para orientar la mejora continua de la calidad de atención.

La información oportuna acerca de las personas y las poblaciones con enfermedades crónicas es una característica importante de los programas eficaces.

Los sistemas de información clínica deben contener datos e información demográfica de las personas con ECNT: historial de consultas, medicamentos, intervenciones pendientes, resultados de laboratorio y otras medidas. Los informes pueden centrarse en los proveedores, las personas con ECNT o los resultados clínicos. Los sistemas de registro deben facilitar recordatorios de las distintas intervenciones que necesitan recibir las personas. Estos sistemas pueden ir desde ficheros cronológicos o planillas de monitoreo adjuntas a la historia clínica que indiquen qué personas deben volver a la consulta, hasta historias clínicas electrónicas que generen recordatorios a los profesionales o e-mails para las personas sobre intervenciones que necesitan recibir.

La atención y relación de las personas con enfermedades crónicas con los miembros del equipo de salud es mejor y más coordinada cuando ambos están informados y se comprometen con el plan de cuidados.

4.3.4 Apoyo a la toma de decisiones

La mejora de los resultados en salud es para este modelo el efecto de interacciones productivas entre equipos de salud preparados y personas con enfermedades crónicas informadas, involucradas y activas.

La implementación de **guías de práctica clínica** ofrece a los equipos de salud y a las personas con enfermedad crónica las recomendaciones basadas en evidencia que le permiten tomar las mejores decisiones para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones y preservar la calidad de vida.

Cuando el equipo está preparado ofrece una mejor calidad de atención.

Cuando una persona con una enfermedad crónica sabe a qué atenerse en relación con el tratamiento, se sentirá más involucrado con su auto-manejo y estará más capacitado para tomar decisiones.

El equipo de salud debe promover la participación de las personas con enfermedades crónicas en su tratamiento, brindándoles información y explicándoles las recomendaciones basadas en evidencia, para el control de su enfermedad.

En conjunto con publicaciones de guías de práctica clínica, que por sí solas no son suficientes, es preciso lograr que las recomendaciones contenidas en las mismas se apliquen de forma sistemática. Para ello, es necesario desarrollar una estrategia de implementación que incluya: capacitación de los equipos de atención en la aplicación de las guías de práctica clínica y acceso apropiado y permanente de las personas con enfermedades crónicas a la medicación, los servicios y las intervenciones recomendadas.

4.3.5 Apoyo al auto-manejo

Para que este componente sea eficaz es necesario darle a las personas con enfermedades crónicas las herramientas necesarias que les permitan tomar las mejores decisiones para controlar su enfermedad y preservar su calidad de vida.

Los programas de **apoyo al auto-manejo** se focalizan en las personas y sus familias, de modo tal que el entorno cercano pueda hacer frente a los problemas que genera convivir con personas que sufren afecciones crónicas.

Las personas que padecen enfermedades crónicas pasan la mayor parte del tiempo fuera de las instituciones de salud por lo que sus familiares y ellos mismos son los principales proveedores de cuidados y autocuidado.

La educación sistemática y el empoderamiento permiten a las personas que padecen alguna enfermedad crónica, adquirir la capacidad para manejar por sí mismos su condición y prevenir complicaciones en la medida de lo posible.

A diferencia de las patologías agudas, en las que la persona se entrega a las decisiones del equipo de salud, en el tratamiento de las enfermedades crónicas, es fundamental que la persona participe en la toma de decisiones. Para que esto se logre debe contar con herramientas, conocimientos y educación sobre su propio cuidado.

El equipo de salud debe orientar a la persona que padece una enfermedad crónica, ayudarla en la fijación de metas, en la planificación de acciones y en la resolución de problemas. Ésta debe reconocer su enfermedad, los signos de alarma de posibles complicaciones y el conocimiento necesario para responder a ellas.

El apoyo al auto-manejo brinda a la persona un rol fundamental en el cuidado de su salud. Es posible formar para el cuidado personal de la salud de manera individual en cada consulta, así como en sesiones grupales e incluso a distancia (valiéndose de distintos medios de comunicación: teléfono, correo electrónico, cursos virtuales, redes sociales, entre otros).

La intervención breve o intervención de las cinco "A": **averigüe, aconseje, acuerde, ayude y arregle** que ha mostrado ser efectiva para el abandono del tabaco, puede ser útil para establecer acuerdos y fijar metas, y así mejorar la adherencia a las diferentes pautas de tratamiento de las enfermedades crónicas.

4.3.6 Recursos comunitarios

Las comunidades pueden prestar servicios que complementen y apoyen la atención prestada en las organizaciones de atención de salud. Pueden establecer un nexo entre los servicios de atención clínica

organizada y la vida diaria de las personas que padecen una enfermedad crónica y sus familias.

Los recursos de la comunidad que apoyan la atención de las personas con afecciones crónicas son necesarios para aumentar el alcance de los servicios de atención de salud y acceso a ellos, pero muchas veces estas organizaciones carecen de la preparación necesaria para usar los programas comunitarios existentes o estimular su desarrollo.

Es importante que los sistemas y organizaciones de atención de salud aúnen esfuerzos con las organizaciones comunitarias para brindar apoyo y desarrollar intervenciones que llenen el vacío que pueda existir en servicios necesarios.

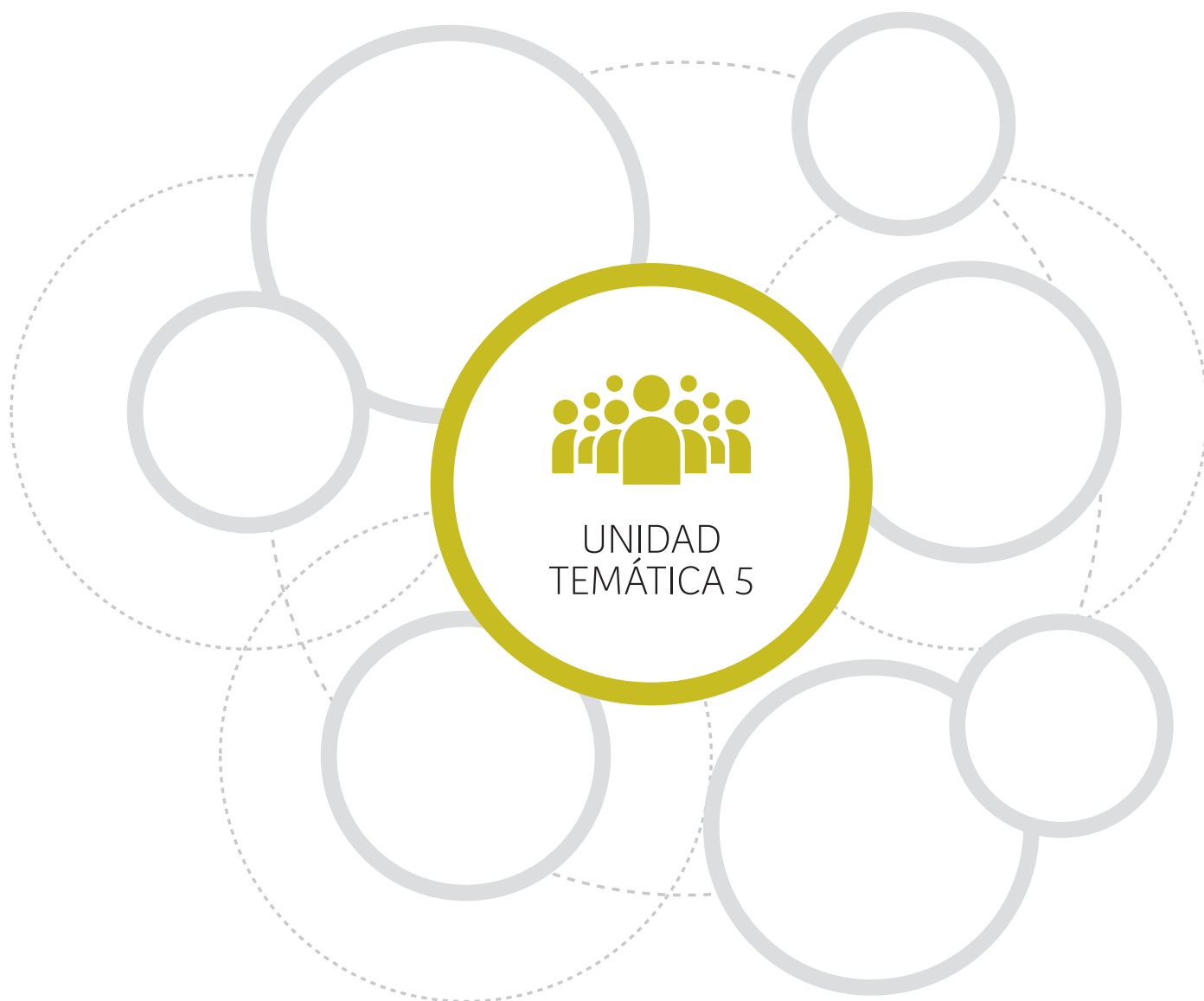
Por lo tanto, es importante que los equipos de salud identifiquen los recursos con los que cuentan en su comunidad que puedan dar apoyo a la atención de personas con enfermedades crónicas.

Las organizaciones comunitarias y las ONG desempeñan un papel importante al abogar en favor de políticas de promoción de la salud, prevenir las enfermedades y mejorar la asistencia de las personas con enfermedades crónicas.

4.4 En síntesis

- » Una enfermedad crónica es aquella que no es curable pero que con un seguimiento y tratamiento adecuado puede permitirle a una persona prevenir complicaciones y llevar una vida normal.
- » En las últimas décadas se ha generado un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), en particular de la enfermedad cardiovascular junto con la diabetes, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica.
- » La mayor expectativa de vida así como el aumento de ciertos factores de riesgo para estas enfermedades, en especial la **alimentación inadecuada**, el **sedentarismo** que conducen al **sobrepeso** y a la **obesidad**, y el **consumo de tabaco**, explican en gran medida el aumento de las probabilidades de presentar enfermedades crónicas.
- » La atención de personas con enfermedades crónicas requiere pasar de este modo reactivo de respuesta, centrado en la enfermedad, **a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto.**
- » Para alcanzar este objetivo se propone trabajar desde el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas que garantice una buena calidad de atención, facilite el seguimiento a lo largo del tiempo, favorezca la participación activa de la persona con enfermedad crónica y promueva la adherencia al tratamiento.

- » Desde este enfoque, la organización de salud sigue siendo esencial y la comunidad asume protagonismo. Además, el sistema de salud y la comunidad se visibilizan íntimamente relacionados.
- » Se entiende, entonces, que todos los mecanismos que se puedan generar desde el sistema de salud para ir conformando una población activa en el cuidado de su salud posibilitará una mejor calidad de vida para las personas con ECNT.



Riesgo cardiovascular global (RCVG)

5.1 ¿Qué es el RCVG?

El riesgo cardiovascular global (RCVG) es la probabilidad que una persona tiene de desarrollar enfermedades cardiovasculares en un período de tiempo definido en 10 años, posteriores a la primera medición realizada.

El paradigma de la evaluación del RCVG se basa en la mirada simultánea de todos los **factores de riesgo** con el objeto de categorizar la probabilidad futura de eventos. Se trata de características biológicas, ciertos hábitos de vida y determinantes de la salud que aumentan la probabilidad de padecer enfermedades cardiovasculares. Las situaciones que determinan ese riesgo se denominan: Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRCV).

El FRCV corresponde a una característica biológica o de comportamiento presente en una persona sana que está relacionada, en forma independiente, con el desarrollo posterior de una enfermedad cardiovascular (ECV). Es decir la presencia de ese factor, aumenta la probabilidad de aparición de la enfermedad.

La ocurrencia de factores de riesgo cardiovascular es cada vez mayor y aparece a edades más tempranas. Los motivos de esta situación podrían rastrearse en las últimas décadas: los efectos del rápido crecimiento de las ciudades, el uso masivo de las nuevas tecnologías y el amplio desarrollo de los medios de comunicación; todos determinaron fuertes cambios en los modos de vida de la población que predisponen al sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo.

Además, en las ciudades las personas están más expuestas a la oferta de alcohol, cigarrillos, drogas y alimentos con alto contenido de grasa, sal y azúcar (consumos fuertemente estimulados por la publicidad).

A pesar del ritmo acelerado de vida, las personas realizan menos actividad física: trabajos sedentarios, traslados que involucran menos movimientos y nuevas formas de recreación mediadas por la tecnología (uso de dispositivos portátiles, internet, videojuegos).

Según los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (MSAL, 2013), el sobrepeso y la obesidad relacionados con la alimentación no saludable y el sedentarismo presentan, respectivamente, el 37,1% y 20,8% de la población de nuestro país.

5.2 ¿Cómo se determina el RCVG?

Lo importante de la valoración del RCV es que permite identificar el nivel de riesgo de una persona. Existen 4 grupos de riesgo:

- **bajo (< 10%)**
- **moderado (entre 10 y 20%)**
- **alto (entre el 20% y el 30%)**
- **muy alto (> 30%)**

Además, conocer el RCV de una persona permite priorizar las actividades de prevención cardiovascular tanto primaria como secundaria y definir la intensidad con la que deben ser tratados los factores de riesgo cardiovascular.

La **prevención primaria** está orientada a las personas sin ECV, con el propósito de evitar la aparición de casos nuevos; mientras que la **prevención secundaria**, se destina a las personas que han sufrido un episodio cardiovascular previo, con el fin de evitar el desarrollo de nuevos episodios de la enfermedad o complicaciones aún mayores.

En este sentido es importante destacar que la suma de varios factores de riesgo de poca magnitud, como por ejemplo: fumar algunos cigarrillos + valores algo elevados de colesterol + cifras algo elevadas de tensión arterial; puede presentar un riesgo igual o mayor que un solo factor de riesgo como la presencia de presión arterial.

5.3 La estimación del RCVG a partir de tablas

Existen tablas que permiten calcular el RCVG, de manera sencilla; como por ejemplo las tablas elaboradas por la Organización Mundial de la Salud que ofrece la Guía de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares del Ministerio de Salud de la Nación.

Es pertinente hacer una diferenciación respecto al uso de las tablas que se presentan a continuación. La **tabla sin determinación de colesterol** (Figura 12) es para el uso de todos los integrantes del equipo y puede utilizarse fuera de los servicios de salud, en eventos comunitarios o en las salidas a la comunidad dado que no requiere de la determinación del nivel de colesterol. A su vez, la **tabla con determinación de colesterol** (Figura 14) es de uso exclusivo del médico (en el consultorio).

5.3.1 Tabla sin determinación de colesterol

Para la determinación de RCVG con base poblacional, se ha diseñado una tabla que la OMS aconseja

para su uso comunitario (y no dentro del consultorio), que puede ser aplicada por el personal del equipo de salud y para la cual no se requiere la determinación de colesterol. Esta tabla permite realizar la detección de personas con RCVG aumentado, en el domicilio de las mismas o en eventos comunitarios, o en actividades de nominalización en las áreas programáticas de los centros de salud.

Clasificación de Riesgo Cardiovascular Global sin medición de colesterol

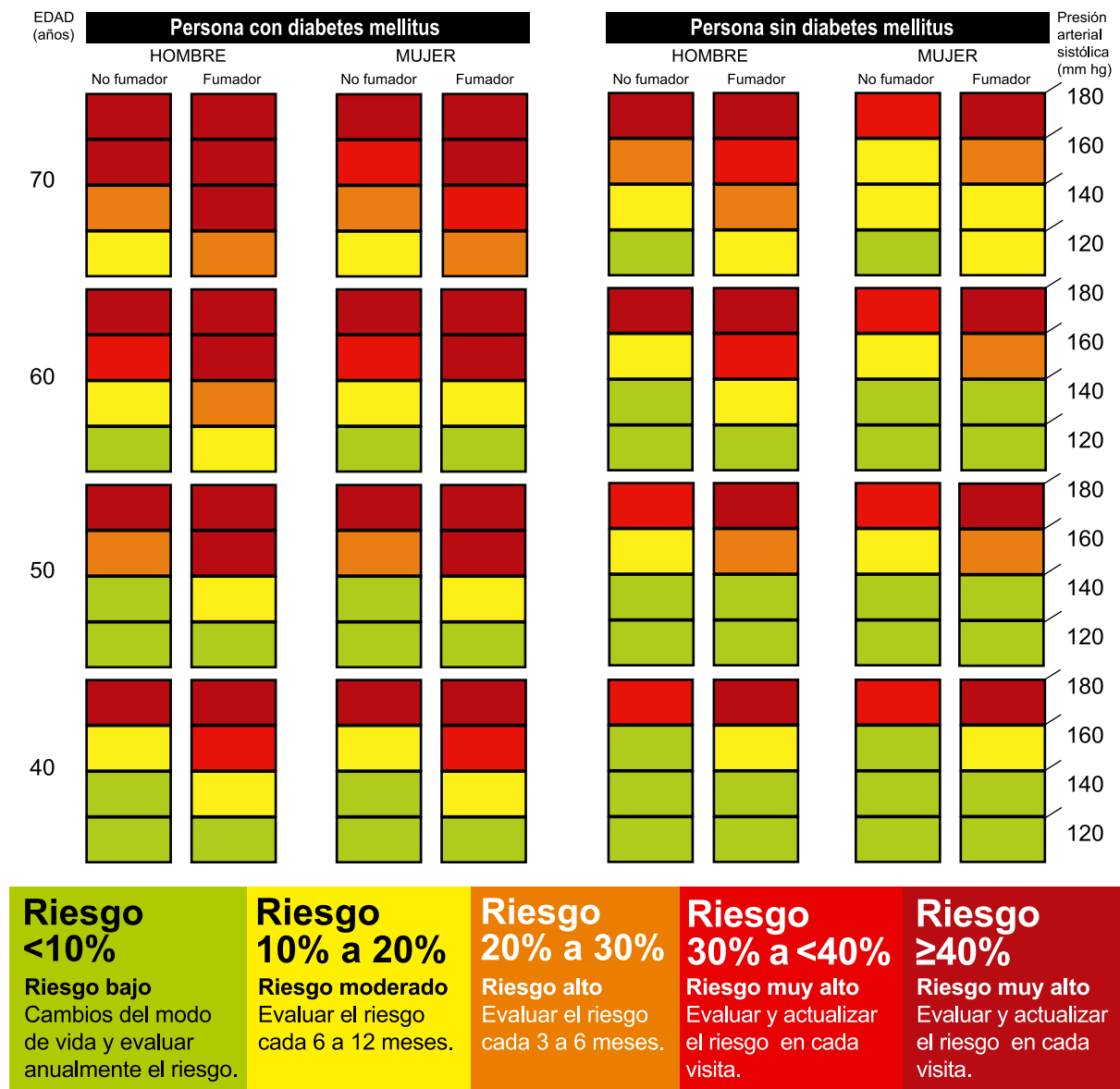


Figura 12: Tabla de Clasificación de RCVG (sin medición de colesterol)

La detección temprana y oportuna permite una derivación de las personas con riesgo > al 10%, para su evaluación y definitiva clasificación a los centros de salud, a partir de la consulta médica y la realización de análisis de laboratorio.

Redes ha incorporado la tabla de medición sin colesterol en su **Formulario de Empadronamiento y Clasificación** (Figura 14) para un completo, adecuado y preciso registro de las personas con RCVG.

El mismo consta de tres partes:

- En la superior se completan los datos de la persona que se empadrona.
- En la que sigue, se indaga mediante una serie de preguntas acerca de la presencia de factores de riesgo que generan la oportuna derivación al CAPS. Cabe destacar la importancia de las preguntas referidas a si la persona entrevistada tuvo infarto, ACV (ataque cerebral) o problema cardíaco. En caso de respuesta afirmativa, NO se aplica la tabla de RCVG, NO se indica el nivel de riesgo en la parte de la tabla destinada a tal fin y se deriva de manera directa al CAPS. En la pregunta donde se consulta sobre si la persona es hipertensa y/o está tomando medicamentos para la HTA, se procede de la misma forma, aunque las cifras tensionales sean normales: se deriva a la persona al CAPS y NO se establece el riesgo en la tabla.
- La última parte del formulario es la tabla de clasificación del RCVG sin medición de colesterol.

Formulario de Empadronamiento y Clasificación

Redes

CAPS DE REFERENCIA CÓD. EFECTOR FECHA EMP. / /

APELLIDO NOMBRE TIPO DE DOC. NRO.

FECHA DE NACIMIENTO / / EDAD-AÑOS SEXO OBRA SOCIAL MUTUAL PREPAGA NINGUNA

PROV. DEPTO. MUNICIPIO LOC.

CALLE-RUTA NRO./KM URBANO RURAL BARRIO

MZ. EDIFICIO PISO CASA-DEPTO CAMINO CAMPO LOTE PARCELA

TEL. E-MAIL

PARTE 1: Datos de empadronamiento

FACTORES DE DERIVACIÓN AL CAPS

¿Ud. tuvo infarto, ACV (ataque cerebral) o problema cardíaco? SI NO NSNC
**Si la respuesta es SI se recomienda no clasificar en esta instancia y asignarle un turno en el CAPS más cercano*

¿Ud. es hipertenso? SI NO NSNC ¿Toma medicación? SI NO

¿Dónde retira la medicación?

¿Tiene algún familiar con diabetes? SI NO NSNC

Medición del perímetro abdominal*: cm * Mujer: mayor o = de 80 cm
Varón: mayor o = de 94 cm

Sólo para mujeres

¿Durante el embarazo le dijeron que tenía la glucemia elevada? SI NO NSNC

¿Tuvo algún hijo que al nacer pesó más de 4 kgs? SI NO NSNC

PARTE 2: Factores de derivación al CAPS

EDAD (años)	PERSONAS CON DIABETES MELLITUS				PERSONAS SIN DIABETES MELLITUS				Presión arterial sistólica (mm hg)
	HOMBRE		MUJER		HOMBRE		MUJER		
	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador	No fumador	Fumador	
70	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	180
	MA	MA	MA	MA	A	MA	M	A	160
	A	MA	A	MA	M	A	M	M	140
	M	A	M	A	B	M	B	M	120
69	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	180
	MA	MA	MA	MA	M	MA	M	A	160
	M	A	M	M	B	M	B	B	140
	B	M	B	B	B	B	B	B	120
60	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	180
	A	MA	A	MA	M	A	M	A	160
	B	M	B	M	B	B	B	B	140
	B	B	B	B	B	B	B	B	120
50	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	180
	M	MA	M	MA	B	M	B	M	160
	B	M	B	M	B	B	B	B	140
	B	B	B	B	B	B	B	B	120
49	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	180
	M	MA	M	MA	B	M	B	M	160
	B	M	B	M	B	B	B	B	140
	B	B	B	B	B	B	B	B	120

Nivel de RCVG: BAJO <10% MODERADO 10% a 20% ALTO 20% a 30% MUY ALTO >30%

Valor TA máx. Valor TA mín. Agente empadronador

Redes Fecha / /

Agente empadronador

Nombre del empadronado/a

Concurrir al CAPS

Nombre del CAPS

Ubicado en

Dirección del CAPS

El día en el horario

PARTE 3: Indicación del Nivel de Riesgo

Figura 13. Formulario de empadronamiento y clasificación del Programa Redes.

5.3.2 Tabla con determinación de colesterol

Para utilizar esta tabla se necesita conocer:

1. La edad de la persona
2. El sexo de la persona
3. La presencia o no de diabetes mellitus
4. Si la persona fuma o no fuma
5. El valor de la presión arterial sistólica
6. La cifra de colesterol total

Clasificación de Riesgo Cardiovascular Global (OMS, 2008)

Nivel de riesgo ■ <10% ■ 10% a <20% ■ 20% a <30% ■ 30% a <40% ■ ≥ 40%

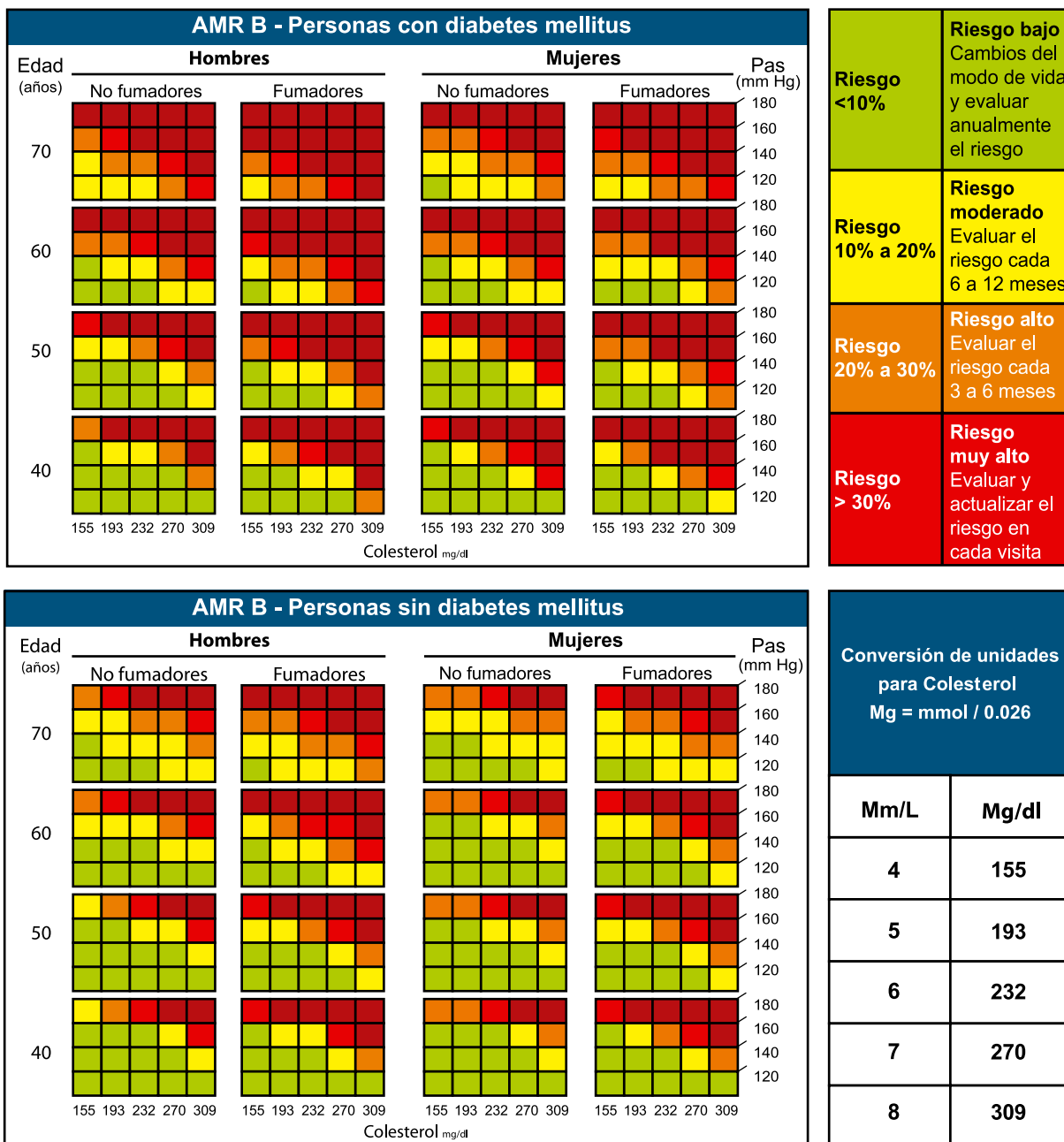


Figura 14. Tabla de Clasificación de RCVG

» Pasos para determinar el RCVG

1. Para estimar el riesgo primero debe tenerse en cuenta la presencia o no de diabetes mellitus.
2. Sexo: Para mujeres se eligen las columnas de la derecha, para los hombres las de la izquierda.
3. Consumo de tabaco: Si la persona NO fuma, se selecciona la primera columna y si Sí fuma, la segunda columna.
4. Luego se selecciona el recuadro correspondiente a la edad. Se elige el de 40 si la persona tiene entre

40 y 49 años, 50 si tiene entre 50 y 59 años y así sucesivamente. En caso de una persona menor de 40 años con presencia de factores de riesgo, su clasificación se hace en los casilleros correspondientes al grupo de 40 años, aclarando en el formulario la edad del entrevistado.

5. Por último se selecciona el casillero entre el cruzamiento de los valores de TA sistólica y edad.

Para un uso más eficiente de este instrumento, desde **Redes** se diseñó un "Paso a Paso" que establece una secuencia de aplicación sencilla y lógica:

Clasificación del Riesgo Cardiovascular Global (RCVG) SIN MEDICION DE COLESTEROL

[Paso a Paso]

Para estimar el RCVG a 10 años es necesario saber sobre la persona:

- Si tiene o no tiene diabetes mellitus
- Cuál es su sexo
- Si fuma o no fuma
- Cuál es su edad
- Tomar su Presión Arterial Sistólica

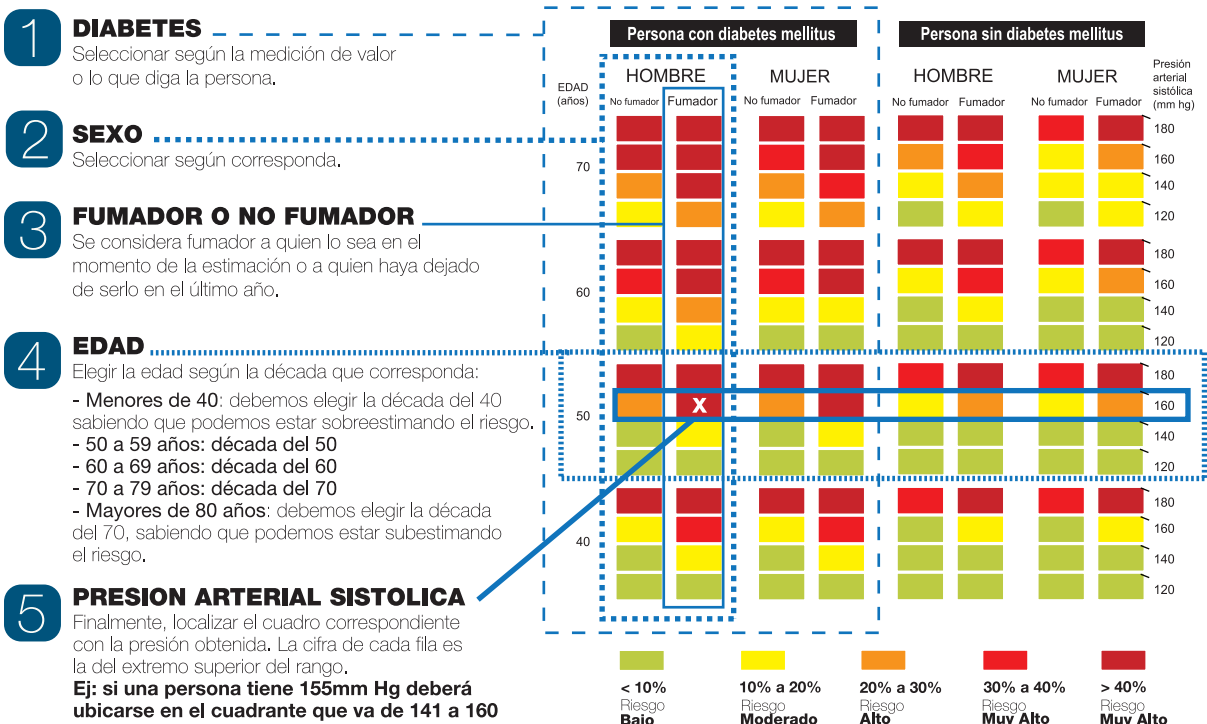
IMPORTANCIA DE LA CLASIFICACION DEL RCVG

Las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en Argentina y en el mundo son **las enfermedades cardiovasculares**.

Clasificar por RCVG permite:

- **Prever** la posibilidad de padecer un episodio cardiovascular en los próximos 10 años.
- **Modificar** los hábitos factores de riesgo .
- **Reducir** los episodios cardiovasculares y la muerte prematura en un futuro.

La Organización Mundial de la Salud **acepta la no determinación del colesterol para la clasificación** de las personas cuando las condiciones sociales, asistenciales o de infraestructura lo permitan.



Ejemplo de la tabla

Hombre de 55 años de edad con antecedentes de diabetes tipo 2 que dejó de fumar hace 2 meses para mejorar su respiración. No realiza controles de salud hace años y se acercó a la carpa saludable en la plaza de su municipio para que le tomen la presión para control. Habla con la enfermera y el agente sanitario y le encuentran una presión arterial de 155/90. Aprovecha la oportunidad para clasificarlo y estimar su riesgo según la tabla de RCVG sin colesterol.

1. Diabetes tipo2
2. Masculino
3. Fumador
4. Década del 50
5. Presión sistólica 155 mm Hg

RCVG según esta tabla
RIESGO MUY ALTO

5.4 ¿Cómo es el tratamiento para la enfermedad cardiovascular?

Trabajar sobre los factores de riesgo no constituye una tarea sencilla dado que la persona que los presenta necesita cambiar sus hábitos, tarea que implica modificar su modo de vida que, además, está íntimamente relacionado con patrones culturales.

Algunos elementos a tener en cuenta para mejorar la performance del equipo de salud en relación a la atención de las personas con riesgo cardiovascular global y contribuir a un mejoramiento de su calidad de vida, son los siguientes:

- Invertir el tiempo necesario para crear una buena relación entre los integrantes del equipo y la persona que acude a la consulta.
- Tener en cuenta su opinión en relación a su afección. Promover la expresión de dudas y preocupaciones respecto de la misma.
- Explicar que cambiar los hábitos es difícil y que es preferible un cambio lento y sostenido a uno rápido pero más inestable.
- Acompañar a aquellas personas que necesitarán ayuda por largos períodos de tiempo.

En el marco del concepto de riesgo, se consideran como factores de riesgo relevantes para el desarrollo de la ECV:

- Hipertensión arterial
- Tabaquismo
- Dislipemia (hipercolesterolemia o hipertrigliceridemia)

La hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y el tabaquismo son los 3 factores de riesgo cardiovascular de mayor relevancia que son **modificables**.

Otras afecciones o factores modificables son:

- Diabetes
- Sedentarismo (inactividad física)
- Obesidad o sobrepeso
- Consumo excesivo de alcohol y otras drogas

En contraposición, la edad y el sexo (hombres >55 y mujeres >de 65 años), y los antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura (hombres < de 55 años y mujeres < de 65 años) se consideran **no modificables**.

El control de la dislipemia, la eliminación del consumo de tabaco, el control de la hipertensión arterial, la diabetes, el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo, se convierten en el objetivo fundamental de los programas de prevención de las enfermedades cardiovasculares.

Para ello, se deben diseñar estrategias de intervención orientadas a la consecución de objetivos terapéuticos concretos, mediante el diseño y el desarrollo de planes de cuidados que incluyan modificaciones en aquellos hábitos de la vida de la persona que no sean saludables así como la utilización de medicamentos, ajustados a las características particulares de cada caso.

5.5 La importancia de la actividad física

El ejercicio físico (tanto en el trabajo como en el tiempo libre) disminuye el riesgo y es un factor fundamental en la prevención de estas enfermedades gracias a su efecto hipotensor.

Las personas con enfermedades cardiovasculares deben realizar actividad física ya que permite prevenir la aparición de síntomas y reduce los efectos cuando éstos aparecen.

El ejercicio físico para la rehabilitación está recomendado ya que:

- Elimina las influencias negativas de la falta de actividad física.
- Mejora la capacidad funcional.
- Mejora la eficacia circulatoria e incrementa la vascularización del corazón.
- Disminuye los factores de riesgo cardiovascular (colesterol, hipertensión, obesidad, estrés).
- Mejora el nivel de bienestar anímico y la calidad de vida.

Se recomienda:

- Realizar ejercicios Aeróbicos: caminatas, paseos en bicicletas, natación (actividades que permiten que llegue abundante oxígeno a los tejidos y al cerebro).
- Realizar actividad física, al menos 30 minutos, la mayor parte de los días de la semana.
- Se deben procurar periodos de calentamiento y de enfriamiento, ejercicios de estiramiento y de flexibilidad, así como ejercicios cardiovasculares de 20-40 minutos de forma continuada o en intervalos (MSAL. Programa Nacional de Lucha contra el sedentarismo).

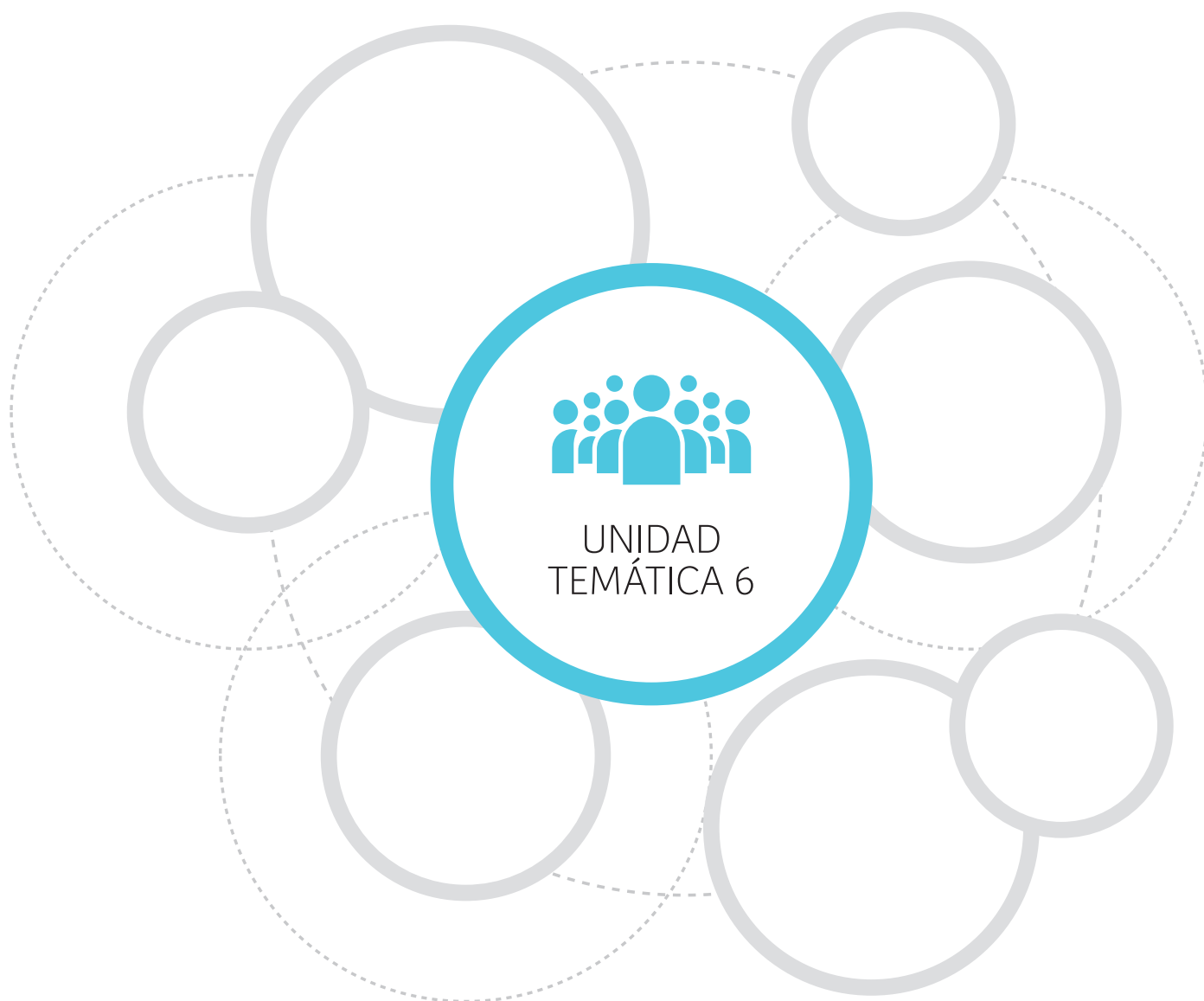
5.6 En síntesis

» El riesgo cardiovascular global (RCVG) es la probabilidad que una persona tiene de desarrollar enfermedades cardiovasculares en un período de tiempo.

» La ocurrencia de factores de riesgo cardiovascular es cada vez mayor y aparece a edades más tempranas. Los motivos de esta situación, podrían atribuirse en parte a los efectos del rápido crecimiento de las ciudades, el uso masivo de las nuevas tecnologías y la influencia de los medios de comunicación, que determinaron fuertes cambios en los modos de vida de la población, que predisponen al sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo.

» La importancia de la valoración del RCVG es que permite identificar el nivel de riesgo de una persona.

- » Conocer el RCVG de una persona permite priorizar las actividades de prevención tanto primaria como secundaria y definir la intensidad con la que deben ser tratados los factores de riesgo cardiovascular.
- » La suma de varios factores de riesgo de poca magnitud como valores algo elevados de colesterol + cifras algo elevadas de tensión arterial, puede presentar un riesgo mayor que un solo factor de riesgo aislado.
- » Trabajar sobre los factores de riesgo no constituye una tarea sencilla dado que la persona que los presenta necesita cambiar en parte sus hábitos, tarea que implica modificar su modo de vida que, además, está íntimamente relacionado con patrones culturales.
- » Se considera necesario establecer círculos de recursos alrededor de la persona con ECV: sistema de apoyo social, cuidadores de la familia dispuestos a ayudar, grupos de apoyo, etc. Las relaciones son de “apoyo” cuando tienen un enfoque positivo con mínimo grado de conflictos y tensiones, aunque pueden presentarse desacuerdos de vez en cuando.



Diabetes Mellitus (DMT)

6.1 ¿Qué es la Diabetes Mellitus?

La diabetes mellitus (DMT) está constituida por un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia resultante de un defecto en la secreción de insulina o en la acción insulínica o en ambas. La OMS la define como una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina (hormona que regula el azúcar en sangre) o cuando el organismo no puede usar de manera efectiva la insulina que produce.

Se trata de una enfermedad prevalente, con complicaciones asociadas a una elevada morbimortalidad, deterioro de la calidad de vida y alto impacto en el costo sanitario (Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. MSAL, 2012).

La diabetes afecta a 10% de la población mayor a 18 años de nuestro país (ENFR, 2013. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, MSAL).

Si bien su incidencia está en aumento, la misma puede ser prevenida modificando los modos de vida de la población.

De acuerdo con los datos de la OMS:

- 347 millones de personas en el mundo tienen diabetes,
- en el año 2004 se estima que 3.4 millones de personas fallecieron como consecuencia de esta enfermedad,
- más del 80% de las muertes por diabetes ocurren en países de bajos y medianos ingresos,
- se calcula que las muertes por diabetes se duplicarán entre 2005 y 2030,
- dieta saludable, actividad física regular, mantener un peso corporal normal y evitar el consumo de tabaco son acciones que pueden prevenir o retrasar la aparición de diabetes tipo 2.

La hiperglucemia es el aumento del azúcar en sangre por encima de los valores normales, (hasta 110mg/Dl). Si esto se produce de manera sostenida y sin tratamiento, puede dar lugar a complicaciones en diferentes órganos, como los ojos, riñones, corazón, arterias y pies, entre otros.

6.2 Tipos de diabetes

En 1997 la OMS propuso una nueva clasificación de la diabetes y nuevos métodos de diagnóstico y rastreo. A partir de entonces ya no se utilizan los términos insulino-dependiente y no-insulino-dependiente y se introducen los términos de diabetes tipo 1 y 2.

» Clasificación de Diabetes Mellitus

En base a la Guía de Práctica Clínica Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diabetes tipo 2, la DMT se clasifica de la siguiente manera:

<p>Diabetes Mellitus tipo 1</p>	<p>Caracterizada por la destrucción de la célula beta, habitualmente lleva al déficit absoluto de insulina. Su etiología puede ser un proceso autoinmune o idiopática.</p>
<p>Diabetes Mellitus tipo 2</p>	<p>Caracterizada por resistencia insulínica, habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina.</p>
<p>Alteraciones del metabolismo de la glucosa</p>	<p>Es un estado metabólico intermedio entre la normalidad y la diabetes. Constituye un factor de riesgo para la diabetes y la enfermedad cardiovascular. Comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Glucemia Alterada en ayunas. b) Tolerancia Alterada a la Glucosa.
<p>Diabetes Gestacional</p>	<p>Es una alteración de la tolerancia a la glucosa de severidad variable que comienza o es reconocida por primera vez durante el embarazo en curso. Esta definición es válida independientemente del tratamiento que requiera, como así también si se trata de una diabetes previa al embarazo que no fue diagnosticada o si la alteración del metabolismo hidrocarbonado persiste al concluir la gestación.</p>
<p>Otros tipos específicos</p>	<p>Diabetes causada por otras etiologías como defectos genéticos en la función de la célula beta, defectos genéticos en la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, endocrinopatías, fármacos y drogas, infecciones, formas raras de diabetes relacionadas con procesos inmunes, otros síndromes genéticos.</p>

- **Para los tipos 1 y 2 de diabetes la OMS detalla:**

Diabetes tipo 1: caracterizada por una deficiencia en la producción de insulina, requiere de administración diaria de la misma por parte de las personas que la padecen. La causa de este tipo de diabetes no se conoce y hasta el momento no se trata de una enfermedad que pueda prevenirse.

Diabetes tipo 2: resulta del uso inadecuado de la insulina por parte del organismo. Este tipo de diabetes afecta al 90% de las personas con diabetes en el mundo y generalmente es el resultado del sobrepeso y el sedentarismo.

La insulinoresistencia es el fenómeno según el cual el organismo produce insulina pero los tejidos no la pueden utilizar en forma adecuada para permitir el paso de la glucosa a la célula.

6.2.1 ¿Cómo se realiza el diagnóstico?

El diagnóstico de diabetes se realiza mediante la determinación del nivel de glucemia en ayunas en sangre venosa.

La determinación en sangre capilar (punción en la yema del dedo) es útil para la supervisión del tratamiento pero no se recomienda como método diagnóstico.

Se considera que una persona tiene **diabetes** cuando presenta:

- Dos glucemias en ayunas con valores mayores o iguales a 126mg/dl realizadas en dos días distintos.
- O síntomas como: **polidipsia, polifagia, poliuria**, más una glucemia plasmática (realizada en cualquier momento del día) con valores iguales o mayores a 200 mg/dl.
- O presenta una glucemia igual o mayor a 200 mg/dl dos horas después de una prueba oral de tolerancia a la glucosa.

Polifagia: caracterizada por un aumento del apetito.

Polidipsia: aumento de la sed.

Poliuria: aumento de la producción de orina.

Cuando la glucemia en ayunas se encuentra entre 110 y 125 mg/dl es necesario realizar una prueba de tolerancia a la glucosa para definir si la persona presenta o no diabetes. Este estudio consiste en medir la glucemia en ayunas y repetir la determinación 2hs después de la toma de un vaso de agua con 75 gr de glucosa.

6.3 ¿Qué indicios pueden alertarnos?

Hay alertas y situaciones que pueden dar cuenta de que una persona tiene diabetes:

- Tendencia a infecciones en la piel.
- Aumento de la sed (polidipsia).
- Pérdida de peso.
- Aumento del apetito (polifagia).
- Aumento de la producción de orina (poliuria).

- Sequedad de boca.
- Visión borrosa.

También existen situaciones que aumentan el riesgo a desarrollar la enfermedad:

- Tener más de 45 años.
- Padres o hermanos con diabetes.
- Obesidad y sobrepeso.
- Hipertensión arterial.
- Enfermedad cardiovascular.
- Colesterol elevado.
- Diabetes durante el embarazo.
- Mujeres con hijos nacidos con peso mayor a 4,5kg.

Es importante educar para la prevención a personas que presenten hipertensión, obesidad, sobrepeso, dislipemia y también a familiares de personas con diabetes. A su vez, transmitir la necesidad de concurrir al centro de salud más cercano para que las personas se realicen un control periódico de salud: muchos de estos síntomas permanecen silenciosos.

6.4 ¿Cuáles son sus principales complicaciones?

Las personas con diabetes pueden presentar complicaciones agudas y complicaciones crónicas.

Las **complicaciones agudas** son aquellas que aparecen súbitamente, de un momento a otro. Las **complicaciones crónicas**, en cambio, son entidades de evolución lenta y curso silencioso, por eso es muy importante que la persona realice controles periódicos que le permitan detectarlas precozmente. Estas complicaciones son más frecuentes en personas con mayor tiempo de evolución de la enfermedad o en aquellos con un control inadecuado de la glucemia y de los factores de riesgo asociados.

Hay dos tipos de complicaciones crónicas:

Complicaciones macro-vasculares:

Las complicaciones macro-vasculares son aquellas que afectan las arterias de gran tamaño. Dentro de ellas se distinguen: las que afectan las arterias del corazón (enfermedad coronaria) y las que afectan las arterias del cerebro (enfermedad cerebrovascular).

El desarrollo de estas complicaciones se relaciona principalmente con la presencia y control inadecuado de los factores de riesgo cardiovascular asociados (tabaquismo, hipertensión, dislipemia).

Complicaciones micro-vasculares:

Las complicaciones micro-vasculares son aquellas que afectan las arterias de pequeño tamaño. Dentro de ellas se distinguen las que afectan el sistema nervioso (neuropatía diabética), el riñón (nefropatía diabética) y los ojos (retinopatía diabética). Su desarrollo depende principalmente del control inapropiado de la glucemia.

La **neuropatía diabética** constituye la complicación crónica más frecuente. Hay distintos tipos de neuropatías:

- Sensitiva: provoca alteraciones de la sensibilidad de las manos y los pies. La persona puede presentar hormigueos, quemazón, dolor, disminución de la sensibilidad al frío, calor o presión que aumenta el riesgo de quemaduras y heridas.
- Motora: es menos frecuente, provoca disminución de la fuerza y falta de desarrollo de los músculos del cuerpo.
- Autonómica: puede presentar taquicardia en reposo, diarreas o sudoración. Los hombres pueden presentar problemas de erección. Una de las consecuencias más importantes es que la persona puede dejar de sentir los síntomas de alarma de la hipoglucemia por lo que en estos casos deben extremarse las medidas de prevención.

La **retinopatía diabética** constituye la principal causa de ceguera en personas menores de 60 años. En esta complicación está comprometido un sector interno del ojo denominado retina.

Existen dos tipos de retinopatía: la proliferativa y la no proliferativa, cada una requiere un tratamiento y seguimiento específico. La detección precoz y el seguimiento se realizan a través del fondo de ojo con dilatación de la pupila.

La Guía de Práctica Clínica Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diabetes tipo 2, recomienda mantener un control adecuado de la glucemia para prevenir el desarrollo de la retinopatía diabética y propone realizar un fondo de ojo anual a partir del diagnóstico de diabetes con el objetivo de detectar precozmente esta complicación.

La **nefropatía diabética** representa la causa más común de insuficiencia renal crónica terminal y tratamiento de diálisis.

Se manifiesta por la eliminación de proteínas a través de la orina que usualmente no deberían detectarse. En las primeras etapas, se eliminan proteínas pequeñas llamadas microalbuminuria. Esta fase es reversible. En estadios más avanzados se pierden proteínas de mayor tamaño y, si progresa el cuadro, puede sobrevenir una falla renal.

La detección precoz se realiza a través de un análisis de orina que permite observar si hay presencia de microalbuminuria.

La Guía de Práctica Clínica Nacional de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la diabetes tipo 2 recomienda realizar una microalbuminuria anual a partir del diagnóstico de diabetes para detectar precozmente esta complicación.

6.5 ¿Cuáles son las bases para el tratamiento?

Principales objetivos a alcanzar con el tratamiento:

- Dejar de fumar.
- Mantener peso adecuado.
- Glucemia en ayunas entre 90 y 130 mg/dl.
- Glucemia 2hs después de las comidas <180mg/dl.
- Hemoglobina glicosilada HbA1C < 7%.
- Tensión Arterial TA< 120/70mmHg en presencia de nefropatía.
- Tensión Arterial< 130/80 mmHg en ausencia de nefropatía.
- Colesterol LDL<100mg/dl.
- Colesterol HDL> 50 en mujeres y >40 en hombres.
- Triglicéridos <150mg/dl.

El control adecuado de la glucemia y los factores de riesgo asociados permiten a las personas con diabetes prevenir complicaciones y preservar su calidad de vida. Para lograrlo el tratamiento debe abarcar:

- Un plan de alimentación saludable.
- Actividad física.
- Educación terapéutica: incorporar conocimientos acerca de la enfermedad y las estrategias para los autocuidados cotidianos.
- Prevención y tratamiento de los factores de riesgo asociados.
- No fumar: incluso pocos cigarrillos por día son dañinos para las arterias, en especial para las personas con diabetes.
- Tratamiento farmacológico: para el tratamiento de la DMT2 se cuenta con antidiabéticos orales y fármacos que se utilizan de manera inyectable (análogos e insulina).

La diabetes tipo 2 suele desencadenarse como consecuencia del sobrepeso, la alimentación poco saludable, la obesidad y el sedentarismo. Por esta razón, gran parte del tratamiento consiste en modificar el estilo de vida: cambiar los hábitos alimentarios, incrementar la actividad física y regularizar el peso corporal.

Pero además, la mayor parte de las personas con diabetes tipo 2 necesitan recibir **antidiabéticos orales**. Se reconocen 4 tipos:

1. Fármacos que mejoran la función de la insulina en algunos tejidos del cuerpo.
2. Fármacos que ayudan a producir y liberar la insulina propia de la persona.
3. Fármacos que inhiben la absorción de azúcares de los alimentos.
4. Fármacos que prolongan la acción de la hormona GLP1.

Dentro de los antidiabéticos orales, la metformina es la droga más usada por ser muy efectiva y segura.

Las Guías de Práctica Clínica de DMT2 y Prevención Cardiovascular recomiendan utilizarla como droga de inicio de tratamiento.

Se indica tomarla con los alimentos o hasta 20 minutos después de ingeridos. Con esta precaución se minimizan los efectos de intolerancia

Éstos fármacos están **contraindicados** en el embarazo y la lactancia, cuando existe un mal funcionamiento del riñón, hígado, corazón o pulmones, en caso de úlceras gastroduodenales activas y en personas con hipersensibilidad a alguno de sus compuestos.

Los **efectos adversos** más comunes son intolerancia gástrica, sabor metálico, náuseas, vómitos y diarrea. Como estos efectos dependen de la dosis, es importante que al comenzar a utilizar la medicación, la dosis se aumente de manera gradual y respetando la tolerancia de cada persona.

Otro efecto muy temido es la acidosis láctica pero su frecuencia de aparición es extremadamente baja.

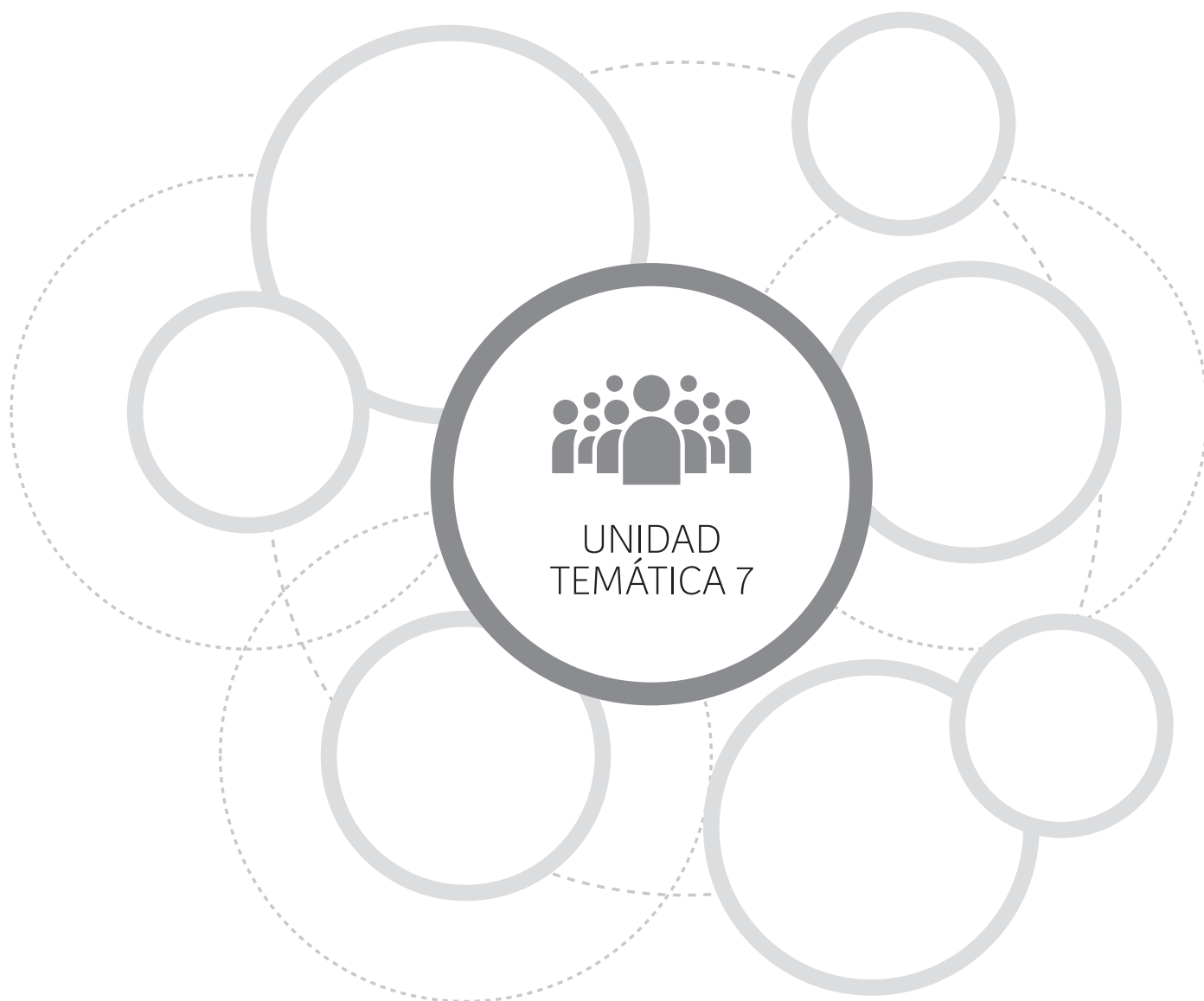
6.6 En síntesis

» Se define a la **diabetes mellitus** como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por la presencia de hiperglucemia resultante de un defecto en la secreción de insulina o en la acción insulínica, o en ambas.

» Si bien su incidencia está en aumento, muchas veces, la misma puede ser prevenida modificando los modos de vida de la población y procurando un peso corporal adecuado.

» La OMS define la diabetes como una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el organismo no puede usar de manera efectiva la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en sangre.

- » La hiperglucemia sostenida y sin tratamiento puede dar lugar a complicaciones en diferentes órganos: ojos, riñones, corazón, arterias y pies, entre otros.
- » En 1997 se propuso una nueva clasificación de la diabetes, utilizando los términos de diabetes tipo 1 y 2 en lugar de insulino-dependiente y no-insulinodependiente.
- » El diagnóstico de diabetes se realiza mediante la determinación del nivel de glucemia en ayunas en sangre venosa.
- » El tratamiento debe ser individualizado, por ello es importante recordar que las recomendaciones son de carácter general y tendrán que ser revaluadas con cada persona.
- » El control adecuado de la glucemia y los factores de riesgo asociados permite a la personas con diabetes prevenir complicaciones y preservar su calidad de vida.
- » La diabetes tipo 2 suele desencadenarse como consecuencia de: sobrepeso, alimentación poco saludable, obesidad, sedentarismo. Por esta razón, gran parte del tratamiento consiste en modificar el estilo de vida: cambiar los hábitos alimentarios, incrementar la actividad física y regularizar el peso corporal.



Hipertensión arterial

7.1 ¿Qué es la hipertensión arterial?

La **hipertensión arterial** es la presencia de valores de presión arterial iguales o mayores a 140/90mmhg en dos o más oportunidades.

La medición de la presión o tensión arterial es uno de los parámetros que se utiliza para evaluar la salud cardiovascular. Se mide utilizando un **tensiómetro**, cuyas cifras arrojan resultados en milímetros de mercurio (mm Hg). Su lectura da dos cifras:

- La primera cifra, de valor más alto, es la tensión arterial sistólica.
- La segunda cifra, de valor más bajo, es la tensión arterial diastólica.

La hipertensión arterial es casi siempre asintomática. Una persona puede desconocer su condición de hipertenso por años si no se le toma la presión arterial. Es habitual que las personas asocien síntomas como cefalea, mareos, debilidad y zumbidos con la hipertensión. Sin embargo, es importante saber que todos estos síntomas también se observan frecuentemente en la población normotensa.

Debido a que la presión elevada es normalmente asintomática y que su tratamiento disminuye el riesgo cardiovascular de la persona, es que se recomienda fuertemente tomar la presión periódicamente a todos los adultos mayores de 18 años.

Si bien no existen estudios poblacionales aleatorios de alcance nacional que hayan investigado la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en Argentina, se puede estimar que, por lo menos, un tercio de la población urbana es hipertensa (MSAL, 2012).

El Estudio CARMELA reportó que el 29% de los adultos habitantes de la ciudad de Buenos Aires eran hipertensos. Este valor fue el más alto de las ciudades latinoamericanas analizadas en dicho estudio, observándose una prevalencia promedio para la región de Latinoamérica del 18%. Por ejemplo, en poblaciones aborígenes se ha encontrado una prevalencia de entre el 25,2% en Tobas (provincia del Chaco) hasta el 28% en Wichis-Chorotes (provincia de Salta). En la franja etaria comprendida entre los 65-74 años en Argentina, la prevalencia es mucho mayor todavía oscilando entre 45,9% y 81,7%. (Hernández, Hernández R. et al, 2010).

De acuerdo con la tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, 9 de cada 10 adultos se controlaron la presión arterial en los últimos 2 años, proporción mayor a la registrada en 2009. Respecto de la segunda Encuesta (2009) la prevalencia entre quienes se controlaron se mantuvo estable (MSAL, 2013).

7.2 ¿Cuáles son sus causas?

Existen dos tipos de hipertensión: **hipertensión primaria e hipertensión secundaria**.

- **Hipertensión primaria:** también denominada “hipertensión esencial” o “idiopática”, es la forma de presentación más frecuente. Sus causas específicas no se conocen. Sin embargo, algunos factores aumentan el riesgo a desarrollarla. Por ejemplo:

- La edad: a mayor edad, mayor riesgo.
- La obesidad o sobrepeso.
- La herencia genética: tener hermanos o padres con presión elevada.
- El consumo excesivo de sal y alcohol.
- El sedentarismo.

- **Hipertensión secundaria:** es muy poco frecuente y, como su nombre lo indica, es secundaria a otras enfermedades o medicamentos. Por ejemplo: mal funcionamiento de los riñones, afectación de algunas glándulas, la toma de medicamentos como los anticonceptivos o descongestivos nasales.

En el ámbito de la atención primaria más del 95 % de las personas diagnosticadas como hipertensas presentan HTA esencial.

7.3 ¿Cuáles son sus consecuencias?

La hipertensión puede dañar las arterias de todo el organismo, especialmente las de corazón, cerebro, riñones, retina. La posibilidad de daño es mayor si la persona fuma y/o tiene: diabetes, colesterol o triglicéridos altos, obesidad, sobrepeso.

A valores más altos de presión arterial o, en presencia de estos factores asociados, mayor será el riesgo cardiovascular global de la persona.

7.4 ¿Cómo se hace el diagnóstico?

La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es mediante revisiones periódicas. Muchas personas tienen la presión arterial elevada durante años sin saberlo. El diagnóstico se puede realizar a través de los antecedentes familiares y personales, una exploración física y otras pruebas complementarias.

- Se consideran normales los valores de presión arterial iguales o por debajo de 120/80 mmHg la mayoría de las veces.

- Se considera hipertensión cuando los valores de presión arterial son iguales o mayores a 140/90 mmHg la mayoría de las veces.
- La presencia de valores de presión arterial entre 120/80 y 140/90 se denomina prehipertensión.
- Controlar la presión de manera habitual permite detectar la hipertensión en forma temprana y prevenir complicaciones.

7.5 ¿Cuáles son las bases del tratamiento?

El objetivo principal del tratamiento es reducir la morbimortalidad cardiovascular asociada con el aumento de los niveles de presión arterial. En la mayor parte de los casos, la hipertensión no puede curarse, pero puede controlarse. En general debe seguirse un tratamiento regular de por vida para bajar la presión y mantenerla estable.

La decisión de tratamiento se debe tomar no sólo según los niveles de presión sino también en relación al riesgo cardiovascular global de cada persona; las metas y la intensidad de las intervenciones dependerán del mismo.

El tratamiento requiere sobre todo que las personas adopten hábitos de vida saludables:

- Mantener un peso adecuado.
- Comer sano evitando el consumo de sal y los alimentos ricos en sodio.
- Moderar el consumo de alcohol (no más de medio vaso de vino por día, para las mujeres, no más de uno en el caso de los hombres).
- Practicar al menos 30 minutos diarios de actividad física.
- No fumar.
- Mantener la presión por debajo de:
 - 140/90 mmhg en personas sin diabetes.
 - 130/80 mmhg en personas con diabetes o riesgo cardiovascular muy alto.
 - 120/70 mmhg en personas con daño renal.

Otra parte del tratamiento de la hipertensión está constituido por los **medicamentos**. Se denominan antihipertensivos y su indicación dependerá de los niveles de presión arterial y del riesgo cardiovascular global que presente la persona.

7.5.1 Medicación

Según el mecanismo por el cual disminuyen la presión, existen distintos tipos de antihipertensivos:

- **Diuréticos:** clortalidona, hidroclorotiazida, indapamida, etc. Disminuyen la presión al aumentar la eliminación del sodio.

- **Enalapril y drogas afines:** actúan a nivel del riñón bloqueando la producción de una sustancia que aumenta la presión. Este grupo tiene el beneficio adicional de proteger las paredes arteriales.
- **Losartan y drogas afines:** actúan por un mecanismo similar al enalapril y suelen utilizarse cuando este último provoca efectos no deseados.
- **Bloqueantes cálcicos:** actúan favoreciendo la vasodilatación como mecanismo para reducir la presión arterial. Dentro de este grupo los fármacos más usados son la amlodipina y nifedipina.
- **Beta bloqueantes:** este grupo de medicamentos se reservan para situaciones específicas, por ejemplo, personas con hipertensión y enfermedad coronaria, personas con hipertensión y presencia de arritmias. Los más utilizados: carvedilol, atenolol, neivolol, etc.

7.6 ¿Cómo se realiza el seguimiento?

Se recomienda que las personas con HTA realicen visitas cada tres meses para:

- Controlar peso.
- Medir circunferencia de cintura.
- Controlar niveles de presión arterial.
- Recibir información sobre dietas, actividad física, motivación para dejar de fumar si fuera necesario.
- Sostener desde el vínculo con el médico la adherencia a las pautas de tratamiento acordadas.

La hipertensión es un problema crónico. Los valores normales no indican que el problema está resuelto sino que el tratamiento es el adecuado.

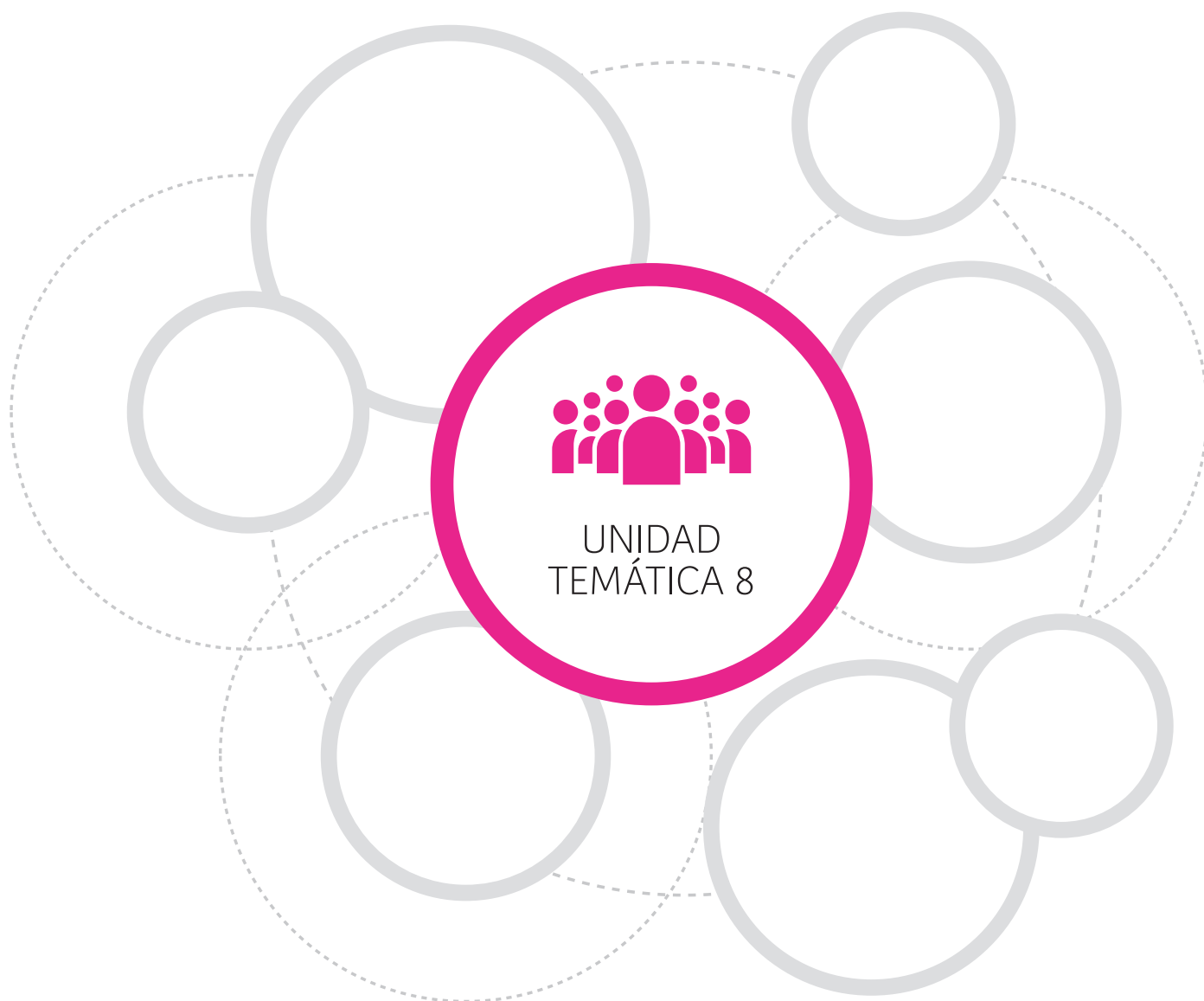
De acuerdo al nivel de hipertensión y a los factores de riesgo vascular asociados, se evaluará qué estudios complementarios requerirá la persona para un abordaje integral específico y descartar complicaciones.

Objetivos de tratamiento

Hipertensión	<140/90 mmHg
Mayores 60 años	<140/90 mmHg
Diabetes	<130/85 mmHg
Insuficiencia Renal	<125/75 mmHg

7.7 En síntesis

- » La medición de la presión o tensión arterial es uno de los parámetros que se utiliza para evaluar la salud cardiovascular.
- » La hipertensión arterial es la presencia de valores de presión arterial iguales o mayores a 140/90mmhg en dos o más oportunidades.
- » La hipertensión arterial es casi siempre asintomática. Una persona puede desconocer su condición de hipertenso por años si no se le toma la presión arterial. Debido a esto, y que su tratamiento disminuye el riesgo cardiovascular de la persona, es que se recomienda fuertemente tomar la presión periódicamente a todos los adultos mayores de 18 años. La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es con revisiones periódicas.
- » La hipertensión puede dañar las arterias de todo el organismo y la posibilidad de daño es mayor si la persona fuma y/o tiene diabetes, colesterol o triglicéridos altos, sobrepeso, obesidad.
- » A valores más altos de presión arterial o, en presencia de estos factores asociados, mayor será el riesgo cardiovascular global de la persona.
- » En la mayor parte de los casos, la hipertensión no puede curarse pero puede controlarse. En general, debe seguirse un tratamiento regular de por vida para bajar la presión y mantenerla estable.
- » Se recomienda que las personas con HTA realicen visitas cada tres meses.
- » La hipertensión es un problema crónico. Los valores normales no indican que el problema está resuelto sino que el tratamiento es el adecuado.



**Otros factores predisponentes:
Sobrepeso y Obesidad,
Tabaquismo, Dislipemia**

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son patologías de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y a los modos de vida actuales.

En las unidades anteriores se trataron algunas de las principales ECNT: las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la hipertensión arterial. Todas se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo:

- » Sobrepeso y Obesidad
- » Tabaquismo
- » Dislipemia

8.1 Sobrepeso y Obesidad

El sobrepeso y la obesidad presentan una prevalencia creciente en todo el mundo y constituyen una amenaza a la salud pública global. Según la OMS, 1.000 millones de adultos tienen sobrepeso, y más de 300 millones son obesos. Cada año mueren, como mínimo, 2,6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso. Aunque anteriormente se consideraba un problema limitado a los países de altos ingresos, en la actualidad la obesidad también es prevalente en los países de ingresos bajos y medianos donde se observa un incremento en los datos de obesidad aún en poblaciones con desnutrición.

En nuestro país, de acuerdo con los primeros resultados de la tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2013) 6 de cada 10 personas registraron exceso de peso y 2 de cada 10, obesidad. De este modo la prevalencia de la obesidad marca un aumento de un 42,5% respecto del 2005 (14,6% a 20,8%), con un incremento menos significativo desde 2009, y resultó mayor entre varones y a menor nivel educativo (MSAL, 2013).

El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran:

- La modificación mundial del plan alimentario, con una tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes.
- La tendencia a la disminución de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchos trabajos, a los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial de gran trascendencia socio-sanitaria y económica que constituye un problema de salud pública. No es sólo un problema estético: aumenta la morbimortalidad y altera la calidad de vida de quien la padece.

8.1.1 ¿Qué es la obesidad?

La obesidad se define como el aumento del tejido graso cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Así la causa fundamental del sobrepeso y de la obesidad sería un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías.

El organismo está compuesto de agua, grasa, proteína, hidratos de carbono, vitaminas y minerales. Se habla de sobrepeso u obesidad cuando el organismo contiene demasiada grasa.

Según la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos para todos los niveles de atención, la obesidad es un problema de salud epidémico, metabólico, crónico, heterogéneo y estigmatizado.

8.1.2 ¿Cuáles son sus causas principales?

En algunas personas, la causa de la obesidad es muy simple: **consumen más calorías de las que queman** en sus tareas cotidianas o realizando ejercicio físico.

Otras causas posibles son :

- **Herencia genética:** la obesidad suele ser hereditaria. Algunos investigadores creen que un gen que se transmite de una generación a la siguiente podría afectar a la manera en que regulamos nuestro peso corporal.
- **Edad:** con el avance de los años, el organismo no puede quemar energía con la misma rapidez y no necesita la misma cantidad de calorías para mantener estable el peso. Por eso una persona que a los 40 años, come de la misma manera y realiza las mismas actividades que a los 20 años de edad, engorda.
- **Sexo:** los hombres queman más energía en reposo que las mujeres, por eso necesitan más calorías para mantener su peso corporal. Las mujeres típicamente aumentan de peso después de la menopausia porque su capacidad de quemar energía disminuye.

- **Medio ambiente y hábitos alimenticios:** el consumo de comidas procesadas (“comida chatarra”) contiene mucha grasa y colesterol. A esto se suma la inactividad física y la tendencia al sedentarismo.

- **Situaciones particulares:** embarazo, ciertas enfermedades o consumo de medicamentos pueden contribuir al incremento del peso corporal. Durante el **embarazo**, algunas mujeres llegan a aumentar 20 kilos o más que luego resultan difíciles de perder. En cuanto a las **enfermedades:** pueden causar obesidad los problemas hormonales como el funcionamiento deficiente de la glándula tiroidea (hipotiroidismo), la depresión y algunas enfermedades cerebrales poco comunes. Los **trastornos alimentarios** como atracones e ingesta nocturna representan del 10 al 20% de la gente que solicita tratamiento para la obesidad. A su vez, ciertos **medicamentos** como los corticoesteroides y algunos antidepresivos pueden ocasionar un aumento del peso corporal.

8.1.3 ¿Cómo se determinan el sobrepeso y la obesidad?

Una manera sencilla y utilizada habitualmente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos es el Índice de Masa Corporal (IMC).

El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la altura de la persona. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2).

Por ejemplo: Adulto con 60 kg de peso y 1,60 m de altura, tiene un $\text{IMC} = 23,4$ ($60/1,60^2 = 60/2,56 = 23,4$).

Según la OMS:

- IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

Según la Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad (OMS, 2002):

- Peso Normal 18,5-24,9
- Sobrepeso 25-29,9
- Obesidad GI 30-34,9
- Obesidad GII 35-39,9
- Obesidad GIII >40

Si bien estos valores indican la obesidad con un $\text{IMC} \geq 30$, no todo depósito de grasa corporal conlleva al mismo riesgo para la persona. Por ello, se torna imprescindible evaluar correctamente el riesgo, sumando la medición de circunferencia de cintura (CC).

La CC es tan buen indicador de la grasa corporal total como el IMC y a su vez es el mejor predictor antropométrico de grasa visceral.

Además del peso que se determina, también importa el lugar donde se acumula la grasa. Se diferencia así, obesidad de tipo ginoide (más frecuente en mujeres y a predominio de grasa femoroglútea, a nivel

de las caderas), androide (más frecuente en varones y a predominio de grasa abdominal) o mixta.

Los depósitos de grasa abdominal (visceral) traen aparejado más riesgo metabólico asociado a la misma dado que la distribución abdominal de la grasa se asocia a aumento de riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes e hipertensión arterial y se evalúa a través de la medición del perímetro de cintura superior a 80 cm en la mujer y 94 cm en el varón.

Ambos métodos combinados permiten otra clasificación, aquella que determina el riesgo según IMC y CC.

Clasificación	IMC Kg/m²	Hombres CC 94-102 cm Mujeres CC 80-88 cm	Hombres CC > 102 cm Mujeres CC >88 cm
Peso normal	18,5 - 24,9		
Sobrepeso	25 - 29,9	Incrementado	Alto
Obesidad GI	30 - 34,9	Alto	Muy alto
Obesidad GII	35 - 39,9	Muy Alto	Muy alto
Obesidad GIII	>40	Extremadamente alto	Extremadamente alto

8.1.4 ¿Cuáles son sus principales complicaciones?

El exceso de grasa corporal aumenta el riesgo de sufrir varios problemas de salud, además del tema específico de este manual en cuanto a su incidencia como factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.

El sobrepeso y la obesidad pueden contribuir a:

- Elevar los niveles de LDL ("colesterol malo") y triglicéridos.
- Reducir los niveles de HDL ("colesterol bueno").
- Producir aumento en las cifras de presión arterial.
- Causar diabetes.
- Incrementar el riesgo de asma del adulto y otros problemas respiratorios.
- Conducir a la presencia de apnea obstructiva del sueño.

Aunque la persona no presente otros factores de riesgo, la obesidad por sí sola aumenta el riesgo cardiovascular. Además de ampliar la posibilidad de dañar el corazón y los vasos sanguíneos, el exceso de peso aumenta el esfuerzo de los huesos, las articulaciones y los músculos. También puede contribuir a la formación de cálculos biliares.

8.1.5 ¿Cuáles son las bases para su tratamiento?

El sobrepeso y la obesidad son tratados tradicionalmente mediante cambios en el estilo de vida, entre ellos los principales que se proponen se refieren a modificaciones en ciertos hábitos, la dieta y la realización de actividad física.

Muchos profesionales de la salud han cambiado la manera de encarar la reducción de peso en las personas que los consultan por este tema.

Los estudios han demostrado que incluso una leve reducción del peso corporal -de un 10 por ciento- puede contribuir a la reversión de algunos riesgos de la obesidad. En lugar de establecer objetivos difíciles de lograr, esta "solución del 10 por ciento" ha pasado a ser el objetivo de la mayoría de los programas de tratamiento.

En algunos casos, los médicos pueden recetar medicamentos para adelgazar junto con un programa de dieta y ejercicio.

La prevención y control de sobrepeso, la obesidad y sus enfermedades asociadas, requiere de información y asesoramiento.

El tratamiento dietético ideal debería ser aquel que logre conseguir una pérdida de peso segura para:

- obtener beneficios sobre los factores de riesgo y enfermedades asociadas al sobrepeso y,
- sostener dicha pérdida a largo plazo.

Las estrategias utilizadas habitualmente en relación a la alimentación son dos: por un lado la disminución del aporte calórico y, por el otro, la manipulación de la proporción de macronutrientes en la fórmula calórica. Resulta importante promover la educación alimentaria para facilitar el empoderamiento de la persona con sobrepeso u obesidad.

8.2 Tabaquismo

El tabaquismo es una enfermedad crónica causada por la adicción a la nicotina y la exposición permanente a más de 7.000 sustancias, muchas de ellas tóxicas y cancerígenas.

Según la OMS es la primera causa de la muerte prevenible en los países desarrollados, y también la causa más importante de años de vida perdidos y/o vividos con discapacidad.

Se calcula que en nuestro país mueren cada año 40.000 personas por esta causa. La Argentina tiene los niveles más elevados en América Latina de exposición al humo de tabaco ajeno (Navaz-Acien A., Peruga A., Breyse P., et al, 2004).

8.2.1 ¿Cuáles son las consecuencias de fumar?

El tabaquismo se halla directamente relacionado con la aparición de muchas enfermedades. Entre ellas, se destacan las siguientes:

- **Enfermedades cardiovasculares:** infartos, ACV, aneurismas.
- **Distintos tipos de cáncer:** pulmón, laringe, faringe, riñón, hígado, vejiga, entre otros.
- **Enfermedades respiratorias:** bronquitis crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), e infecciones respiratorias reiteradas.

Además puede generar graves consecuencias en el sistema reproductor.

8.2.2 ¿Cuáles son las bases para su tratamiento?

Para llevar adelante un abordaje integral respecto al problema del tabaquismo las Guías de Práctica Clínica de Diabetes, de Prevención Cardiovascular y de Tratamiento de la Adicción al Tabaco, recomiendan:

- Aconsejar a toda persona no fumadora no iniciar el consumo.
- Incitar a todos los fumadores a dejar de fumar.

Un escaso número de fumadores logra dejar de fumar por sus propios medios, cuando ha tomado la decisión. Si esto no es posible, la consulta con un profesional de la salud mejora ampliamente la probabilidad de dejar de fumar. Este puede ofrecer terapia cognitivo-conductual con o sin medicación.

Si bien algunas medicaciones se venden sin recetas, NO se recomienda el tratamiento aislado sin el apoyo profesional ya que el mismo normalmente no funciona tan bien como cuando existe un apoyo profesional asociado.

Para más información se puede contactar al Programa Nacional de Control de Tabaco al 0800-999-3040.

Conocer y comprender los beneficios de dejar de fumar es imprescindible para motivar a la persona a abandonar el consumo. Estas ventajas se dirigen especialmente a la salud; se suman también las razones estéticas, económicas, sociales, familiares. Todas ellas pueden resultar en una potente fuerza para el cambio.

Es importante que cada persona encuentre sus propias razones. Los consejos vinculados a la salud, son útiles si se relacionan con la situación actual. Por el contrario, asustar con los riesgos y daños potenciales no necesariamente aumentan los motivos para dejar y esto suele aumentar la resistencia al cambio.

La vida saludable excluye definitivamente al tabaco por lo que es necesario que se logre transmitir:

- **Evitar el consumo de tabaco:** siempre obtiene beneficios quien deja de fumar. La mejoría y la reducción de riesgos se observan a toda edad. El cuerpo puede revertir este daño con mayor facilidad cuanto más joven una persona se convierta en un NO fumador.

- **Vivir en ambiente libre de humo de tabaco:** el tabaquismo es dañino tanto para el que fuma como para el que respira el humo del otro (fumador pasivo). No hay una dosis mínima que sea segura. Por eso los ambientes libres de humo son una necesidad para el desarrollo de una vida saludable.

Los beneficios de dejar de fumar son enormes para todas las personas, pero más aún para aquellas que presentan diabetes u otros factores de RCV. El bienestar y mejora en la salud se puede ver a toda edad.

8.2.3 Secuencia temporal de la aparición de los efectos beneficiosos de dejar de fumar

20 minutos	La presión arterial y la frecuencia cardíaca dejan de estar estimuladas por la nicotina, por lo que tiende a bajar y a ser la propia de cada persona. Se recupera la temperatura de las extremidades.
8 horas	La nicotina en sangre disminuye en más de un 90 %.
12 horas	Aumento de los niveles de oxigenación de la sangre. Normalización de monóxido de carbono (gas tóxico de la combustión).
24 horas	Mejoría de la circulación venosa.
48 horas	Normalización del olfato.
72 horas	Ya no hay más nicotina de la sangre y se eliminaron la mayor parte de sus desechos. Mejora la sensación al respirar.
5-8 días	Las células bronquiales recuperan su vitalidad y mejoran su eficacia como defensa de los pulmones. Algunas personas presentan aumentos transitorios de tos y expectoración por esto.
10 días a 2 semanas	Normalización de la circulación de la sangre en las encías y dientes. Mayor salud bucal.

2 a 4 semanas	Mejoría de la circulación de la sangre, menor tendencia a formar coágulos en la sangre, mejoría del colesterol bueno y disminución del colesterol malo. Disminución del riesgo cardiovascular.
2 semanas a 3 meses	Disminución del riesgo de infarto de miocardio. Mejoría de la función pulmonar.
3 semanas a 3 meses	Mejoría sustancial de la circulación sanguínea. Mayor facilidad para caminar. Desaparición de la tos crónica.
9 meses	Mejoría de los síntomas de congestión nasal, fatiga y falta de aire vinculadas con fumar, y de la función pulmonar con mejor manejo de secreciones y menos infecciones respiratorias. Mejoría de la energía corporal y de la circulación coronaria. Disminución significativa del estrés.
1 año	Disminución del 50 % del riesgo de enfermedad coronaria, infarto agudo del miocardio y accidente cerebrovascular.
5 a 15 años	El riesgo de accidentes cerebrovascular es comparable al de un no fumador.
10 años	Disminución del riesgo de aparición de cáncer de pulmón de entre el 30 % y el 50 % comparado contra quien sigue fumando. El riesgo de muerte por cáncer de pulmón disminuye un 50% comparado con un fumador de 20 cig/día. El riesgo de cáncer de páncreas es igual al de un no-fumador y disminuye el riesgo de cáncer de boca, garganta y esófago.
13 años	El riesgo de perder dientes por fumar ha disminuido haciéndose igual al de un no-fumador.
15 años	El riesgo de enfermedad coronaria es comparable al de una persona que nunca fumó.
20 años	El riesgo aumentado de morir -en mujeres- se equipara al de una persona que nunca fumó (incluye enfermedad pulmonar y cáncer).

En promedio, quien deja de fumar gana diez años de vida respecto a quienes siguen fumando.

8.2.4 Beneficios de los ambientes libres de humo

La exposición pasiva al humo de tabaco aumenta el riesgo global de las personas con diabetes y otros FRCV por lo que se debe alentar a las personas que quieren dejar el hábito a mantener la casa, el auto y el lugar de trabajo como ambientes libres de humo.

Si bien es importante que la persona conozca los riesgos de la exposición al humo de tabaco, no es recomendable que se utilice esta información para culpabilizar sino como parte de los beneficios.

Para motivar a las personas, se pueden utilizar los siguientes mensajes:

- Todos tienen derecho a respirar aire limpio, libre de humo de tabaco.
- El humo de tabaco permanece varias semanas en los ambientes cerrados y puede causar graves enfermedades en las personas expuestas.
- Protege plenamente a los trabajadores y al público de los graves efectos perjudiciales de este humo.
- Tanto fumadores como no fumadores, aceptan y prefieren un ambiente libre de tabaco.
- Ayudan a evitar que las personas, especialmente los jóvenes, comiencen a fumar.
- Incentivan a los fumadores a intentar dejar de fumar o al menos los ayuda a bajar la cantidad.
- Previene el desarrollo de enfermedad cardiovascular.
- Forma parte del tratamiento de la diabetes, hipertensión y dislipemia.
- Protege la propia salud y la de la familia.
- Previene incendio y facilita la limpieza.

8.2.5 Recomendaciones para ayudar a las personas a dejar de fumar

Todos los integrantes del equipo de salud tienen un rol central para intervenir, asesorar y orientar a la persona que decide dejar de fumar, ya sea que presente otros factores de riesgo asociados o no.

» Se recomienda

- Interrogar a toda persona que consulta al sistema de atención de salud sobre su consumo de tabaco y registrarlo sistemáticamente.

- Que todo el equipo de salud evalúe la motivación del fumador para dejar de fumar, en cada oportunidad de contacto.

- Que todos los integrantes del equipo de salud brinden un breve consejo para dejar de fumar, a todos los fumadores, cada vez que estos consulten al sistema de atención de la salud; sea cual sea su condición clínica, edad, sexo y origen étnico.
- Que los enfermeros, promotores y agentes sanitarios brinden un breve consejo para dejar de fumar a todos los fumadores en cada oportunidad de contacto, dado que esta breve intervención incrementa las tasas de cesación.
- Brindar intervenciones motivacionales a los fumadores que aún no están preparados para dejar de fumar, a fin de incrementar su motivación.
- Para los fumadores que están listos para dejar de fumar, se recomienda recibir al menos una intervención breve por parte de cualquier integrante del equipo de salud, particularmente por los que trabajan en atención primaria.
- Para la realización de intervenciones psico-sociales se recomienda utilizar los siguientes componentes terapéuticos de demostrada eficacia:
 1. Desarrollo de habilidades y resolución de problemas.
 2. Apoyo profesional.
 3. Apoyo social.
- Todo fumador que realiza un intento de dejar de fumar debe tener la opción de un seguimiento programado a fin de evitar la recaída y manejar problemas residuales de la cesación.
- Siempre que sea posible, los fumadores deben participar de intervenciones psico-sociales intensivas para dejar de fumar, dado que éstas constituyen la estrategia más efectiva y costo-efectiva para la cesación.
- Promover el desarrollo de todos los formatos de intervenciones intensivas psico-sociales, ya sean presenciales (individuales o grupales) o telefónicos, dado que todos han demostrado ser efectivos.
- Se recomienda por igual el uso de intervenciones intensivas psico-sociales, tanto grupales como individuales, jerarquizando para su elección las preferencias de los usuarios.
- Implementar tratamientos psico-sociales tan intensivos como sea posible, dado que a mayor tiempo de contacto de intervención psico-social, mayor tasa de cesación.
- Las intervenciones intensivas psico-sociales deben incluir como mínimo 4 encuentros, de al menos 10 minutos cada uno y con una frecuencia mínima de 1 encuentro semanal.

Una intervención intensiva psico-social puede ser brindada por cualquier integrante del equipo de salud, adecuadamente capacitado.

8.3 Dislipemia

Es la alteración de los niveles de lípidos en sangre (grasas en sangre) fundamentalmente colesterol y triglicéridos.

El exceso de colesterol en sangre produce acumulación del mismo dentro de las arterias. Este fenómeno que se conoce con el nombre de **placa**.

Esta situación produce que las arterias disminuyan su calibre y se endurezcan; de esta manera queda comprometida la llegada de nutrientes y oxígeno al órgano al cual irrigan -corazón, cerebro, miembros inferiores- con la consecuente afectación del mismo.

Está demostrado que la combinación de niveles elevados de colesterol con otros factores de riesgo cardiovascular (tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes) aumenta notablemente el daño arterial y, por ende, el riesgo cardiovascular global: la posibilidad de sufrir un ataque cardíaco o cerebral.

Como las personas que tienen **colesterol o triglicéridos** altos en sangre no suelen presentar síntomas, es importante la consulta correspondiente para determinar la necesidad de cuantificarlo.

A mayores niveles de colesterol total, mayor probabilidad de desarrollar una enfermedad coronaria.

8.3.1 ¿Cómo se realiza el diagnóstico?

El tercer reporte del panel en Detección, Evaluación, y Tratamiento de la hipercolesterolemia en adultos (ATP III), recomienda realizar rastreo con colesterol total, colesterol LDL, colesterol HDL y triglicéridos en sangre (el ayuno de 12-14 horas es necesario para el dosaje de LDL y triglicéridos), a todos los adultos mayores de 20 años con o sin factores de riesgo cardiovascular.

Si los valores son normales y el riesgo cardiovascular global es menor al 10 %, se recomienda continuar el rastreo cada 5 años.

En personas con antecedentes familiares de enfermedad coronaria temprana o historia familiar de hipercolesterolemia genética, se recomienda solicitar perfil lipídico a partir de los 18 años y repetirse cada 5 años (TRAPS, Unidad 2).

8.3.2 ¿Cuáles son las bases para su tratamiento?

Es de vital importancia que la persona con dislipemia reciba en el centro de salud indicaciones y consejos acerca de esta afección y pueda tener herramientas que le permitan el auto-cuidado.

Entre las sugerencias se destacan:

- Comer sano evitando el consumo de sal y alimentos ricos en sodio.
- Moderar el consumo de alcohol (no más de medio vaso de vino por día para las mujeres; no más de uno para el hombre).
- Practicar al menos 30 minutos diarios de actividad física.
- Tomar los medicamentos recetados por el médico.
- Dejar de fumar.
- Mantener un peso adecuado.

Para mantener un peso adecuado es importante incorporar a la dieta diaria: verduras de hojas verdes (espinaca, acelga, lechuga, rúcula), y verduras crudas (tomate, zanahoria, remolacha).

También consumir de manera moderada: cereales, pastas, pizzas y empanadas, arroz, papa, choclo, batata, galletas de agua o salvado, barras de cereal, queso por salud descremado y huevo entero (no más de dos o tres por semana).

Es recomendable que en el caso de sufrir de dislipemia los siguientes alimentos no formen parte de la dieta habitual de la persona: azúcar y dulces (torta, caramelos y galletas dulces), bebidas azucaradas, miel o mermeladas comunes, chocolates, golosinas, leche condensada, mantecas, carnes con grasa, frituras y lácteos enteros.

8.3.3 ¿Cuáles son las metas del tratamiento?

Es fundamental que la persona concorra al centro de salud con la frecuencia recomendada por el profesional que la atiende, para controlar:

- Los niveles de colesterol, triglicéridos, glucemia.
- La presión arterial.
- El peso corporal.
- La medida de la cintura.
- El funcionamiento de los riñones.
- El nivel de riesgo cardiovascular.

Las metas a lograr son:

- Bajar los triglicéridos si están altos.
- Mantener el HDL por encima de 40 mg/dl en el hombre y 50 en la mujer.
- Mantener el LDL por debajo de: 80 mg/dl si con enfermedad cardiovascular. 100 con diabetes y 114 si hay riesgo cardiovascular alto.

8.4 En síntesis

Las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y la hipertensión arterial se caracterizan por compartir los mismos factores de riesgo.

Obesidad

- » La obesidad se define como el aumento del tejido graso cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo. Así la causa fundamental del sobrepeso y de la obesidad sería un desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías.
- » El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad es atribuible a varios factores, entre los que se encuentran la modificación mundial del plan alimentario (aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos) y la tendencia a la disminución de la actividad física.
- » La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial de gran trascendencia socio-sanitaria y económica que constituye un problema de salud pública. Esta deja de ser un problema meramente estético cuando adquiere un grado tal que aumenta la morbimortalidad y altera la calidad de vida de quien la padece.
- » El exceso de grasa corporal aumenta el riesgo de sufrir varios problemas de salud, además del tema particular de este manual en cuanto a su incidencia como factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares.
- » Aunque la persona no presente otros factores de riesgo, la obesidad por sí sola aumenta el riesgo cardiovascular. Además, amplía la posibilidad de dañar el corazón y los vasos sanguíneos; el exceso de peso aumenta el esfuerzo de los huesos, las articulaciones y los músculos. También puede contribuir a la formación de cálculos biliares.
- » El sobrepeso y la obesidad son tratados tradicionalmente mediante cambios en el estilo de vida; los principales que se proponen son modificaciones en hábitos de vida, dieta y la realización de actividad física.
- » La prevención y control de sobrepeso, la obesidad y sus enfermedades asociadas, requieren de información y asesoramiento.

Tabaquismo

- » El tabaquismo es una enfermedad crónica causada por la adicción a la nicotina y la exposición permanente a más de 7000 sustancias, muchas de ellas tóxicas y cancerígenas.

- » El tabaquismo se halla directamente relacionado con la aparición de muchas enfermedades (cardiovasculares y respiratorias, distintos tipos de cáncer, problemas en el sistema reproductor).
- » Un escaso número de fumadores logra dejar de fumar por sus propios medios, cuando ha tomado la decisión. Si esto no es posible, la consulta con un profesional de la salud mejora ampliamente la probabilidad de dejar de fumar.
- » Conocer y comprender los beneficios de dejar de fumar son imprescindibles para motivar a la persona a abandonar el consumo.
- » La vida saludable excluye definitivamente al tabaco.

Dislipemia

- » La dislipemia es la alteración de los niveles de lípidos en sangre (grasas en sangre) fundamentalmente colesterol y triglicéridos.
- » El exceso de colesterol en sangre; produce acumulación del mismo dentro de las arterias.; fenómeno que se conoce con el nombre de **placa**. Esto produce que las arterias disminuyan su calibre y se endurezcan; de esta manera queda comprometida la llegada de nutrientes y oxígeno al órgano al cual irrigan -corazón, cerebro, miembros inferiores- con la consecuente afectación del mismo.
- » Como las personas que tienen **colesterol o triglicéridos** altos en sangre no suelen presentar síntomas, es importante la consulta para determinar la necesidad de cuantificarlo.
- » Es de vital importancia que la persona con dislipemia reciba en el centro de salud indicaciones y consejos acerca de esta afección, y pueda tener herramientas que le permitan el auto-cuidado.

Actividades integradoras

a. Roles y funciones del equipo de salud en la atención de personas con ECNT.

- Reflexione acerca del rol y la función que ejerce como miembro del equipo de salud en el cuidado y atención del adulto con ECNT. Analice fortalezas y debilidades.

b. Empadronamiento y clasificación

- Se propone completar un formulario de empadronamiento y clasificación con la Tabla de Clasificación de Riesgo Cardiovascular Global sin medición de colesterol.
- Luego, compartir con otros miembros del equipo cómo cotidianamente llevan a cabo esta tarea de registro y cuáles son las dificultades con que se encuentran al completar los formularios y/o al utilizar los instrumentos señalados. Reflexionar y consultar sobre las dificultades en la utilización de los instrumentos correspondientes.

c. Medición de IMC, peso y talla para completar la planilla de seguimiento de la persona con ECNT.

- Estimar el IMC y completar la HC y/o formulario de seguimiento de la persona con ECNT.

d. Diseño de una estrategia que incluya actividades para la promoción de la salud en la comunidad.

- Diseñar y planificar una estrategia que incluya diversas actividades en la comunidad para difundir y promover la prevención de los factores predisponentes obesidad, tabaquismo, dislipemia y sedentarismo.

Referencias bibliográficas

- Agencia de Salud Pública de Canadá. (2000): "Respuesta de Canadá a la Comisión de la OMS sobre los determinantes sociales de la salud".
- Alberich Nistal, T. (2007): "Investigación-Acción Participativa y mapas sociales". 1. Benlloch (Castellón).
- Barr V y col. (2003): "The Expanded Chronic Care Model". Hospital Quarterly. Vol 7. N° 1. Ministerio de Salud de la Nación. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
Disponible en <http://www.msal.gov.ar/ent/images/stories/insitucional/pdf/estrategia-nacional-prevencion-control-ent-as.pdf>
- Breilh, Jaime. (2010): "Las 3 ´S´ en la determinación social de la vida". R. Nogueira editor. Rio de Janeiro, CEBES Coleção Pensando em saúde, p. 87.
- Carta de Ottawa, www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf
- Castellanos, P. (1997): "Evaluación de la situación de salud y sus tendencias en grupos de población". En: Módulo de Programas de salud I y II. Colombia, CES.
- Castellanos, P. (1997): Sobre el concepto de Salud - Enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Memorias segundo congreso de medicina social. En: Módulo de Programas de salud I y II. Colombia, CES.
- Dabas, E.; Perrone, N. (1999): "Redes en Salud". FUNCER.
- Delgado Gallego M.E. (2005): "Participación Social en Salud. Conceptos de Usuarios, Líderes Comunitarios; Gestores y Formuladores de Políticas en Colombia: Una mirada cualitativa"; GEMA; Universidad del Valle, Colombia.
- Dennis, R. (2004): "Social Determinants of Health". Ed. Canadian Perspective.
- Dennis R. (2012): "Tacling Health Inequalities: lessons from international experiences".
- Ferrara F., Acebal E., Paganini S. (1972): "Medicina de la comunidad". Inter Médica Editorial, Buenos Aires.
- Galende, E. (1997): "De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual". Paidós, Buenos Aires.
- González, Gabriel, coord., (2013): "Redes, otra manera de pensar la salud. Primeros logros de los proyectos provinciales". Ministerio de Salud de la Nación, Programa Remediar + Redes, Buenos Aires.
- Hernández, Hernández R. and colls. (2010): "Hypertension in seven Latin American cities: the

Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin American (CARMELA) study". J Hipertens. Citado en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Curso "Detección temprana y seguimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Oncológicas en el PNA". Unidad 2.

Kornblit et. al., (2011).

Kroeger y Luna. (1987): "APS. Principios y Métodos". Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical de la Universidad de Heidelberg, y Sociedad Alemana para la Cooperación Técnica. Editorial PAX; México.

Lalonde M.(1974): A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa, Government of Canada.

Menéndez E.L. (2009): "De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva". Lugar Editorial, Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación (2014): "Abordaje integral de personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles". Ministerio de Salud de la Nación, Programa Redes, Buenos Aires.

Ministerio de Salud de la Nación (2014): "Curso Virtual Prescripción de Actividad Física Focalizada en Enfermedades Crónicas no Transmisibles". Módulo 5, Inédito, Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación (2013): "Curso Virtual de Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC)", Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles, Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación (2013): Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, Resumen Ejecutivo, Argentina. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000544cnt-2014-09_3er-encuesta-nacional-factores-riesgo.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Guía de Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/SRV/Guias/PDF/Guia%20de%20RCV.pdf>

Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Nacional de Lucha contra el sedentarismo. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/programas/programa-de-lucha-contra-el-sedentarismo>

Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). "La Hipertensión arterial en la provincia de Buenos Aires. Una mirada desde el Programa REMEDIAR+REDES" en Revista Epidemiología y Salud - SIIC Sociedad Iberoamericana de Información Científica.

Ministerio de Salud de la Nación (2012) Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Curso: Detección temprana y seguimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Oncológicas en el PNA. Unidad 3. Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, (Argentina).

Ministerio de Salud de la Nación Manual acerca de los Cuidados de Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 y otros factores de Riesgo Cardiovascular. Ministerio de Salud de la Nación. Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles. (Argentina).

Ministerio de Salud de la Nación Terapéutica Racional en atención Primaria de la Salud. Curso "Detección temprana y seguimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular y Enfermedades Oncológicas en el PNA". Unidad 3. Op. Cit. P.7. (Argentina).

Ministerio de Salud de la Nación (2013). Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad en adultos para todos los niveles de atención. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-equipos-de-salud/guias-de-practica-clinica>

Ministerio de Salud de la Nación (2011): Guía de tratamiento de adicción al tabaco. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000072cnt-2013-09-03_guia-tratamiento-adiccion-tabaco-2011.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2011): Programa Médicos Comunitarios. Módulo 9: Salud y Redes. Postgrado en Salud Social y Comunitaria, Argentina.

Ministerio de Salud de la Nación (2011) Programa REMEDIAR+REDES. Servicios de salud en Red y fortalecimiento de la APS en Argentina.

Müller F. (1979): "Participación Popular en Programas de Atención Sanitaria en América latina" Universidad de Antioquía; Facultad Nacional de Salud Pública; Colombia; y Katholieke Universiteit Nijmegen, Alemania.

Navaz-Acien A., Peruga A., Breyse P., y col. Secondhand Tobacco Smoke in Public Places in Latin America, 2002-2003. JAMA. 2004, June 9; Vol. 291(22): 2741-2745.

Organización Panamericana de la Salud (2010): Redes Integradas de los Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación en la Atención Primaria de la Salud en Las Américas Nro.4. Washington DC ISBN: 978-92-75-33116-3.

Ramos, G. (2001): "Participación Social y Comunitaria". Revista Cubana de Salud Pública facultad de Salud Pública; Cuba.

Rifkin S. y Walt G. (1988). "Why health improves: Defining the issues concerning comprehensive primary health care and selective primary health care", en Revista: Social Science and Medicine; V 23.

Rizo García, Marta. "Redes. Una aproximación al concepto, Universidad Autónoma de México", s/f. Disponible en: <http://http://www.cecaargentina.com.ar/documentosinteres/redes.pdf>.

Rovere, M. (1999): *Redes en salud: Un nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión), Rosario.

Samaja, Juan. (2002): *Epistemología de la Salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*.

Shortell, S; Anderson D; Gillies, R; Mitchell, J. Morgan K. (1993): "Building integrated systems. The holographic organization". *Healthcare Forum Journal*. En: Organización Panamericana de la Salud (2010). *Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas*. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, D.C.

