

RESUMEN ANALITICO

1. TIPO DE DOCUMENTO. Investigación

2. TITULO.

MODELO DE INTERVENCION EN SALUD INNOVADOR EN ENFERMERÍA PARA EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL ADULTO

3. AUTOR.

INVESTIGADORAS AUXILIARES

- LINA MILENA CULMA PEREZ
- MARÍA EUGENIA DELGADO GÓMEZ

Investigador

JOSÉ ENRIQUE RAMÍREZ DÍAZ.

Medico y Cirujano Universidad Industrial de Santander
Postgrado en diabetes y lípidos, facultad de medicina,
Universidad Nacional de Colombia

Coordinadora Principal y Asesora Metodológica

NELLY ESPERANZA JAIMES CARVAJAL

Enfermera; Coordinadora programa de Enfermería

4. UNIDAD PATROCINANTE

CONADE

5. TEMAS RELACIONADOS

La lógica que se pretende alcanzar para orientar la acción en salud tiene como primer escalón la identificación del problema, definido como la enfermedad (o discapacidad) que se busca controlar y que en el casos específicos como nuestro proyecto tiene que ver con el riesgo cardiovascular; en segundo lugar se busca establecer la causa de dicha enfermedad, asumida como una combinatoria de factores de riesgo asociados a la enfermedad; en tercer lugar se piensa en las intervenciones a efectuar para controlar la enfermedad y por último se diseña la manera de implementar estas acciones. Esta ambivalente situación, en donde se le reconoce un espacio importante a la promoción y la prevención pero al mismo tiempo se les relega a un segundo lugar y se les confunde en su accionar

evidenciándose, de manera clara, a la hora de pensar en la política de salud y en la dinámica del sector.

6. PALABRAS CLAVES.

Diabetes mellitus, dislipidemia, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, Resolución 412/2000, síndrome metabólico

7. DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

Este proyecto bajo la modalidad de investigación fue realizado por dos estudiantes de último semestre del programa de Enfermería en calidad de Investigadoras Auxiliares con el fin de realizar una evaluación narrativa de la situación de salud con respecto a los factores de riesgo cardiovascular que estén presentando los funcionarios de la Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Bucaramanga para clasificar una muestra de 40 funcionarios para realizar educación, tratamiento, seguimiento y adoptar estilos de vida saludables.

8. FUENTES.

Principalmente se utilizó información secundaria referente a los contenidos de la Resolución 412 de 2000 y trabajo de campo con funcionarios de la Universidad Cooperativa de Colombia seccional Bucaramanga, para determinar factores de riesgo cardiovascular en dicha población.

9. CONTENIDOS.

9.1. JUSTIFICACIÓN.

Recientemente se ha enfatizado la necesidad de intensificar las estrategias de detección precoz de los FRCV involucrados en el vertiginoso aumento de las enfermedades cardiovasculares, especialmente en los países en vía de desarrollo, dado que sólo a través del reconocimiento temprano y valoración multidisciplinaria de estilos de vida que sean modificables, se logra su adecuada prevención.

Los cambios en el estilo de vida son difíciles de realizar a menudo y más aún de mantener. No obstante, se debe animar a la población a adoptarlos, especialmente a aquellas personas que tengan múltiples factores de riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares.

El éxito de la prevención y el tratamiento está estrechamente relacionado con la propia voluntad de la persona de eliminar o cambiar hábitos de su estilo de vida queridos pero perjudiciales, razón por la cual el programa de prevención de riesgo cardiovascular debe estar enfocado en la autoatención, acompañado de educación sanitaria, medidas de fomento y asesoramiento por parte de médicos,

enfermeras nutricionistas, familia, y adicionalmente hacer énfasis en dejar el tabaco, reducir el estrés, controlar el peso y en adquirir patrones de alimentación sanos.

9.2. ANTECEDENTES Y FORMULACION DEL PROBLEMA.

El programa de riesgo cardiovascular, ira construyendo una nueva manera de entender la salud que intenta superar la imagen negativa que la asume como lo opuesto a la enfermedad. Para ello, se aprovecha el horizonte de trabajo propiciado por la clásica definición de salud de la OMS y desde allí ha buscado nuevas maneras de abordar la salud como realidad propia, como vivencia de bienestar y como resultante de una compleja interacción de determinantes biológicos y sociales, estableciendo patrones positivos de efectividad en disminución del riesgo y mejoramiento de su calidad de vida mediante la implantación de la Unidad de Apoyo Preventiva –UAP- de la facultad de enfermería, en la Universidad Cooperativa de Colombia.

Esto implica una transformación de la lógica de acción y, por tanto, de la lógica que debe orientar una política en salud. El planteamiento que empieza a cobrar fuerza dentro de la Unidad de Apoyo que exige realizar un desplazamiento fundamental: de plantearse la identificación de un problema en salud, definido como enfermedad, a formular objetivos de satisfacción (o satisfactores) a alcanzar; más que la identificación de factores de riesgo y a identificar las condiciones necesarias para alcanzar estos objetivos (o satisfactores).

En este sentido el accionar en salud se debe preocupar tanto por la identificación y caracterización de los problemas sanitarios (enfermedades, lesiones, discapacidades o factores de riesgo) a enfrentar como de las metas sanitarias y satisfactores a conseguir; e igualmente, debe procurar incidir en los factores causales de los problemas así como en las condiciones de posibilidad del logro de los satisfactores.

La política en salud, por tanto, debe pensar simultáneamente en la frecuencia de prevalencia al colocar su eje en la salud y en la frecuencia de la incidencia trabajando en términos de los factores de riesgo y las condiciones generales que propician los problemas del enfermar de la población.

De esta manera, se podrá avanzar en la construcción de una política integral de salud que, sin desconocer la importancia que tiene enfrentarse a la enfermedad, asuma los retos que le plantea. Por supuesto que una política de salud también tiene que asumir la dimensión de la atención de la enfermedad; sin embargo, como lo que interesa en este texto es darle realce al programa de prevención del riesgo cardiovascular y precisar sus límites, como realidad discursiva y escenario de práctica específica, hasta el despliegue de un efectivo trabajo interdisciplinario

que posibilite la construcción de ambientes y estilos de vida saludables a la vez que acompañe procesos de organización social y lucha política.

Pensada así la política de salud, su formulación exige una gran amplitud de mirada y una sutil combinación de enfoques. Más aún cuando se tiene claro que la política de salud está orientada a conseguir los tres grandes objetivos de la salud; esto es, añadir años a la vida, añadir salud a la vida y añadir bienestar a la vida

La pregunta que surge, a la luz de la actual situación nacional, es ¿cómo se relaciona este esquema conceptual con el modelo de atención que se ha venido construyendo?

El reconocimiento de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular, definitivamente está establecido y aunque existe una clara relación lineal entre hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular y cerebrovascular, no todos los individuos hipertensos tendrán el mismo riesgo. Se ha hecho patente que la mayoría de pacientes hipertensos presentan factores de riesgo adicionales y el riesgo cardiovascular aumenta a medida que se suman los factores de riesgo.

¿Cómo establecer la necesidad de tratamiento y la intensidad del mismo en un individuo hipertenso? ¿Cómo establecer la diferencia en el riesgo cardiovascular entre dos individuos hipertensos aparentemente similares?

La estimación del riesgo cardiovascular global, evalúa todos los factores de riesgo presentes y determina su importancia para el desarrollo de enfermedad cardiovascular y cerebrovascular futura. Aunque en ocasiones el manejo del riesgo cardiovascular se ha hecho a través de la evaluación de los factores de riesgo presentes y luego tratándolos de manera individual, la estimación global del riesgo cardiovascular permite determinar la necesidad de tratamiento del individuo y las metas a las cuales debe llegarse con cada uno; permite priorizar el tratamiento de los factores de riesgo presentes.

La decisión terapéutica no debe basarse en un solo factor de riesgo moderadamente elevado. En el caso de la hipertensión arterial, es de importancia adicional determinar cuáles individuos con cifras «normales» de presión arterial (entre ellos los Prehipertenso), requerirán tratamiento antihipertensivo.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿De qué manera la educación preventiva en población con riesgo cardiovascular inserta en el programa de cuidado y prevención, establece patrones positivos de efectividad en disminución del riesgo y mejoramiento de su calidad de vida

mediante la implantación de la Unidad de Apoyo Preventiva –UAP- de la facultad de enfermería, en la Universidad Cooperativa de Colombia?

9.3. FUNDAMENTOS TEORICOS.

Teóricamente la investigación se baso en varios autores como ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Epidemias mundiales desatendidas: tres amenazas crecientes; LEWINGTON S, CLARKE R, OIZILBASH N, PETO R, COLLINS R. Prospective studies collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies; THOMAS F, RUDNICH A, BACRI AM, BEAN K, GUIZE L, BENETOS A. Cardiovascular mortality in hypertensive men according to presence of associated risk factors; ANDERSON KM, WILSON PW, ODELL PM, KANNEL WB. An updated coronary risk profile; DE BACKER G, AMBROSIONI E, BORCH-JOHNSEN K, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice; ASSMAN G, CULLEN P, SCHULTE H. Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular; WILSON PW, D'AGOSTINO RB, LEVY D, BELANGER AM, SILBERSHATZ H, KANNEL WB; MANCIA G, VOLPE R, BOROS S, ILARDI M, GIANNATTASIO C. Cardiovascular risk profile and blood pressure control in italian hypertensive patients under specialist care; PEARSON TA, MENSAH GA, ALEXANDER RW, et al, for the Centers for Disease Control and Prevention and the American Heart Association; HAYMAN L, WILLIAMS C, DANIELS S, STEINBERGER J, PARIDON S, DENNISON BA et al. Cardiovascular health promotion in the schools; GUIA S DE PROMOCIÓN DE LA SALUD PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDADE EN SALUD PUBLICA; Resolución 412 del 2007 (Guía de Atención de la hipertensión arterial).

9.4. METODOLOGIA.

Para la realización de la investigación sobre MODELO DE INTERVENCIÓN EN SALUD INNOVADOR EN ENFERMERÍA PARA EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL ADULTO se baso en una investigación bibliográfica basada en la Resolución 412 de 2007 en la cual se hace referencia a las enfermedades cardiovasculares.

Se efectuó un estudio de tipo descriptivo que se caracteriza por realizar una evaluación narrativa de la situación de salud con respecto a los factores de riesgo cardiovascular que estén presentando los funcionarios de la Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Bucaramanga para clasificar una muestra de 40 funcionarios para realizar educación, tratamiento, seguimiento y adoptar estilos de vida saludables.

Como población se tomó a los funcionarios de la Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Bucaramanga. El universo comprende 143 Funcionarios de la

Universidad Cooperativa de Colombia Seccional Bucaramanga, en la cual se tomo como criterio de inclusión Edad, Género, Herencia, Tabaquismo, Dislipidemias, Síndrome metabólico. Índice de cintura, diabetes mellitus, hipertensión arterial enfermedad coronaria, índice de masa corporal, tensión.

Ante la evidencia encontrada , se tomaron otras patologías como son : Obesidad, Índice de cintura, HTA, Tabaquismo, Dislipidemias, Diabetes Mellitus e Índice de Masa Corporal, antecedentes familiares de DM o HTA por que consideramos que son de gran utilidad para la detección de factores de riesgo y para completar la muestra requerida por el proyecto CONADI

9.5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Basándonos en los objetivos del proyecto CONADI que tiene como prioridad establecer los estándares nacionales e internacionales de riesgo cardiovascular se realizo una exhaustiva revisión bibliográfica , encontrándose que las mismas no eran acordes con las existentes en la resolución 412 del 05 de febrero del 2000 .

Adicionalmente aparece, la reforma de la resolución 412 de mayo del 2007 y de la cual se extraen las siguientes conclusiones:

Colombia con esta actualización se coloca a la vanguardia con los proyectos de desarrollo de detección, prevención y tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular.

Se toma como guía la reforma de la resolución 412 de mayo del 2007 para el proyecto CONADI.

A pesar de que el propósito era concluir lo anterior, ha sido un ejercicio beneficioso dentro del proyecto investigativo.

Adicionalmente, a pesar del el trabajo de campo, aun así no se logro el objetivo inicialmente planteado, razón por la cual, nos vemos avocados a incluir otro tipo de factores de riesgo, en la búsqueda de prevención y detección oportuna , que nos guié a evitar complicaciones .

Les fue aplicada la ficha de tamizaje en un 95%(143) del total de la población 151, como los criterios de inclusión no se alcanzaron a cumplir se tomaron otras patologías como son : Obesidad, Índice de cintura, HTA, Tabaquismo, Dislipidemias, Diabetes Mellitus e Índice de Masa Corporal, antecedentes familiares de DM o HTA por que consideramos que son de gran utilidad para la detección de factores de riesgo y para completar la muestra requerida por el proyecto CONADI.

Clasificación de los funcionarios según Riesgo Cardiovascular:

- 4 funcionarios con DM.
- 1 funcionario con DM – HTA.
- 9 funcionarios con HTA.
- 24 funcionarios con Sobrepeso – obesidad – antecedentes de DM y HTA.
- 8 funcionarios con Dislipidemias – DM – Fumadores.

RECOMENDACIONES

- Aplicar las guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública según resolución 412 de mayo del 2007.
- Se establece como modelo a seguir para el presente proyecto adoptar las guías de seguimiento de la nueva reforma de la resolución 412 del 2007.
- De acuerdo a lo encontrado en la selección de la muestra luego del tamizaje inicial realizado a los funcionarios continuar las fases del proyecto CONADI como son: Pruebas de laboratorios, periódicas, análisis de datos, establecer un sistema de información estadísticamente confiable y crear cartillas de manejo acerca de cada factor de riesgo cardiovascular.
- Implementar un programa de prevención y promoción que modifique los estilos de vida de los funcionarios de la Universidad cooperativa de Colombia Seccional Bucaramanga, y buscar su difusión en otras áreas de la ciudad y del departamento y lograr ser pioneros a nivel nacional.
- Desearíamos que el programa de enfermería, tuviese una cátedra de riesgo cardiovascular, que aportara lo que nosotras pudimos aprender durante la realización de este proyecto.