

II. MARCO REFERENCIAL

Antecedentes.

En los últimos 50 años se produjo en México un descenso muy importante de la mortalidad en todos los grupos de edad. Este descenso se ha acompañado de un cambio igualmente significativo en las principales causas de muerte y discapacidad. Hoy en nuestro país predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición, que en el siglo XX fueron las principales causas de defunción; esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas, la vialidad insegura y las prácticas sexuales de alto riesgo (Plan Nacional de Salud, PNS, 2007-2012, p.23).

Actualmente el ámbito de los cuidados sanitarios está cambiando, con una transición gradual de los cuidados agudos prestados en entornos hospitalarios a los cuidados comunitarios (Ayers, Bruno y Langfod, 1999; citado por Potter y Perry, 2003).

En 1974, la Organización Panamericana de la Salud define la Enfermería en Salud Comunitaria como "la síntesis y aplicación de un amplio espectro de conocimientos y técnicas científicas a la promoción, restauración y conservación de la salud comunitaria. La Enfermería de Salud Comunitaria tiene como sujeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio integra los conceptos y métodos de las

ciencias de la Salud Pública con los de la Enfermería para promover, mantener y restaurar la salud de la comunidad. Utiliza los de la epidemiología para diagnosticar las necesidades de atención de los habitantes urbanos o rurales, vigilando las tendencias en la salud de las poblaciones e identifica por medio del diagnóstico, grupos y conjuntos de grupos de individuos que compartan las mismas necesidades de salud. Asimismo planifica y ejecuta acciones de prevención en sus tres niveles, incluyendo la atención primaria directa y moviliza los recursos individuales y colectivos de la comunidad para ayudar a ésta a alcanzar mejores niveles de salud. Por último determina el impacto de sus acciones sobre el sujeto de atención".

Es por ello que enfermería en atención a la comunidad, enfoca su actuar en las necesidades de cuidado de salud de la población, ya que posee los conocimientos científicos, habilidades técnicas y actitud apropiada para proveerlos a individuos aislados, en familia o en otros colectivos, donde viven , trabajan y socializan, así como en los centros de salud cuando fuera preciso, desde una concepción de enfermería como miembro de un equipo profesional e interprofesional, que trabaja en coordinación con otras instituciones y abierta a la participación comunitaria (M.V. Antón, 1989).

La visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para conocer el medio en el que vive la familia, y que influye en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es en el domicilio, el lugar donde el hombre se alimenta, descansa, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.

De acuerdo a Roca y Beda citado en Sánchez M., V. Aparicio R.C., Lerma Bez, L. Mazanasa Alverar, A. Sánchez G. (2000) "la visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los

problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas”.

Desde la perspectiva de costo-efectividad, la atención domiciliaria se ha incorporado de forma progresiva como una tecnología útil en diferentes entornos incluido el manejo de enfermedades crónicas (Talero A. y Murillo M, 2006).

Una de las ventajas más relevantes de la realización de actividades preventivas en el hogar es la mayor información sobre el entorno familiar y sobre recursos de apoyo social, aspectos fundamentales en la valoración integral del individuo y en la elaboración del perfil de riesgo biopsico- social. Estas variables no son fácilmente evaluables en otros escenarios de la asistencia sanitaria por los cortos tiempos de consulta y por la rápida solución que requieren los problemas médicos que demandan atención con mayor frecuencia. En cuidado primario, los tiempos de atención llegan a reducirse hasta 10 minutos y hasta 82% de los motivos de consulta pueden relacionarse con patologías (agudas y crónicas) que requieren una acción curativa puntual y oportuna. A pesar de que hay mayor satisfacción de los pacientes con promedios de consulta superiores a 15 minutos, este estándar es cada vez más difícil de sostener en las condiciones actuales de los servicios de salud.

El encuentro con el paciente y su familia en el domicilio, permite obtener, de forma relativamente sencilla (observación directa y preguntas simples), información suficiente para caracterizar el grupo acerca de las interrelaciones y el soporte que distintos integrantes se proporcionan entre sí, así como sobre la presencia de otros recursos. Esta información posibilita identificar la vulnerabilidad individual y

familiar frente a condiciones específicas, la capacidad de adaptación a la enfermedad, la respuesta aguda a procesos determinados, el grado de adherencia a los tratamientos y el uso de soporte social concreto para el manejo de condiciones bien definidas y favorece por tanto una prescripción más precisa y mejor orientada para la promoción de la salud y la reducción de riesgos.

Por otra parte, el encuentro domiciliario, por darse en un ambiente más íntimo, favorece el acercamiento al paciente y a la familia como grupo de apoyo social, permitiendo fortalecer o mejorar la relación y la comunicación del profesional de la salud-usuario; lo que a su vez facilita que uno y otro expresen más libremente sentimientos, creencias, pensamientos e incluso temores frente a la enfermedad y sus factores de riesgo, o frente a los tratamientos y recomendaciones médicas (Talero A y Murillo M, 2006).

Según la OMS (1981), existen algunos criterios mínimos acerca de las situaciones que requieren de forma prioritaria atención domiciliaria con el objeto de proporcionar información, educación y apoyo al individuo (sano o enfermo) y a su familia. Entre éstos criterios se encuentran:

1. Familias con adultos mayores.
2. Personas que viven solas o sin familias.
3. Personas que no pueden desplazarse al centro de salud.
4. Familias con enfermos graves o inválidos.
5. Personas con alta hospitalaria reciente.
6. Personas con medicación vital.

Generalidades sobre Hipertensión arterial.

La hipertensión se define como una presión sanguínea sistólica mayor de 140 mm.Hg de forma constante, o una presión sanguínea diastólica de 90 mm constante. Hg. Existen dos tipos de hipertensión arterial: primaria y secundaria. La primera supone del 90% al 95% de todos los tipos de hipertensión. Aunque no se sabe ciertamente la causa, se han sugerido diversas teorías, que incluyen cambios arteriolares, influencias hormonales y factores genéticos. La hipertensión secundaria se desarrolla como consecuencia de una enfermedad adyacente (Long B, Phips W, Cassemeyer V, 1997).

Síntomas.

La hipertensión es esencialmente una enfermedad asintomática y cuando se producen síntomas, indican una hipertensión avanzada. Los síntomas incluyen: dolores de cabeza por la mañana, visión borrosa y epistaxis.

Prevención.

El objeto de la prevención primaria es reducir los factores de riesgo asociados a la hipertensión: obesidad, dieta rica en grasas y sal, tabaquismo, alcohol y estrés. La prevención secundaria consiste en identificar y controlar los factores de alto riesgo asociados para la hipertensión.

Epidemiología.

La prevalencia de HTA en la población mayor de 20 años en nuestro país es de 30.8%. A partir de los 60 años de edad, más de 50% de los hombres y más de 60% de las mujeres presentan hipertensión arterial. Se calcula que en México produce alrededor de 40 mil muertes anuales (PNS, Op. Cit. p. 30).

Complicaciones.

Cuando la hipertensión es prolongada, el tejido elástico de las arteriolas es reemplazado por tejido colágeno fibroso. La pared engrosada de la arteriola, se distiende menos, creando una resistencia aun mayor en el flujo sanguíneo. Este proceso conduce a una disminución de la perfusión tisular, especialmente en los órganos involucrados: corazón, riñones y cerebro. (Long B., Phips W., Cassemeyer V., 1997; Op. Cit. p. 747).

Generalidades sobre Diabetes Mellitus tipo 2.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas (Secretaría de Salud, 1999).

Tipos de diabetes.

Hay diferentes tipos de Diabetes que difieren en su causa, curso clínico y tratamiento. Las principales clasificaciones son las siguientes: Diabetes insulino dependiente (Tipo I), Diabetes no insulino dependiente (Tipo II) y Diabetes gestacional. Del 90 al 95% de los diabéticos presentan el tipo II, que se debe a una disminución de la sensibilidad celular a la insulina y a una reducción de la producción de insulina (Brunner y Suddarth, 2002).

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2006), los factores de riesgo para el desarrollo de la Diabetes Mellitus tipo 2 son: Antecedentes familiares de DM, Obesidad, Edad superior a 45 años, Diabetes durante el embarazo

o un recién nacido de más de 4,5 Kg, Presión arterial >140/90 en adultos, Inactividad física habitual.

Período patogénico

La alteración fisiopatológica inicial en el desarrollo de la DM2 es la resistencia insulínica. En un principio el páncreas contrarresta esta situación, aumentando la secreción de insulina para conservar la glucemia. Conforme pasa el tiempo la célula beta va fracasando en su función, observándose primero una hipoinsulinemia relativa en relación a los niveles glucémicos, para finalmente concluir en una evidente insulinopenia.

Horizonte clínico

Manifestaciones clínicas: Caracterizadas por la presencia de poliuria, polidipsia, polifagia (a veces anorexia), pérdida de peso, astenia.

Criterios diagnósticos.

El diagnóstico de DM se realiza en cualquiera de las siguientes situaciones:

- Síntomas clásicos de diabetes y una glicemia en cualquier momento del día y sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida mayor o igual a 200 mg/dl.
- Glicemia en ayunas mayor o igual a 126 mg/dl. (Ayuno se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos ocho horas).
- Glicemia mayor o igual a 200 mg/dl dos horas después de una carga de 75 g de glucosa durante una Prueba de Tolerancia de Glucosa Oral.

El diagnóstico de DM debe confirmarse con un segundo examen alterado en un día diferente (Aylwin C, Carrasco E, García de los Ríos M, Soto E, 2006).

Tratamiento

El tratamiento de la diabetes mellitus abarca los siguientes aspectos: a) información y educación al paciente; b) prescripción de un régimen dietético individualizado; c) recomendación de la práctica de ejercicio físico; y d) administración de medicamentos.

Educación.

Se requiere que la educación al personal de salud, enfermos y su familia incluya los siguientes temas: generalidades sobre la enfermedad, nutrición, ejercicio, hipoglucemiantes orales, insulina y procedimientos de evaluación cotidiana.

Debe contarse con miembros del grupo especialmente interesados y adiestrados en la educación del paciente diabético, idealmente contar con una enfermera especializada que participe en el proceso educativo y en la atención de la enfermedad.

Propugnarse por la organización de grupos integrales, al menos en el tercer nivel de atención, en los que se impartan cursos y se desarrollen materiales de utilidad en la población general de diabéticos.

Dieta.

La alimentación balanceada, junto a la actividad física, son la base del tratamiento no farmacológico de la diabetes mellitus, sin ellos, es difícil obtener un control metabólico adecuado. Los requerimientos nutricionales de las personas con diabetes son iguales a los de la población general y su alimentación no debe ser diferente a la del grupo familiar. Una dieta saludable debe incluir alimentos de todos los grupos, en las cantidades apropiadas a las necesidades individuales. (Aylwin C, Carrasco E, García de los Ríos M, Soto E, Op.Cit, 2006).

Es necesario que los principios generales de nutrición sean los mismos para la población general:

- Mejorar los niveles de glucemia y lípidos sanguíneos.

- Promover la regularidad en el horario y el equilibrio en el contenido de nutrientes.
- Coordinar el ejercicio y el horario de acción de la insulina con la absorción y el metabolismo de los alimentos en la diabetes mellitus dependiente de insulina.
- Adaptar la cantidad de energía (Kcal) al nivel de actividad, edad, estado fisiológico, sexo y costumbres.
- Determinar la composición de las comidas y la proporción de nutrimentos (carbohidratos, proteínas, grasas, contenido de sodio y otros elementos), de acuerdo con las necesidades y enfermedades asociadas.

Ejercicio Físico.

Establecer programas de ejercicio progresivo de acuerdo con cada paciente. El ejercicio deberá ser regular, el paciente debe de estar consciente de los riesgos de aumentar el ejercicio en forma no usual. En algunos pacientes conviene llevar a cabo una prueba de esfuerzo antes de iniciar el programa de ejercicio.

Medicamentos.

Los principales elementos a considerar para establecer un esquema adecuado de tratamiento incluyen:

Factores generales: Tipo de diabetes, edad y sexo, tiempo de evolución, control metabólico, tratamiento previo, complicaciones y enfermedades concomitantes, actitud del paciente ante la enfermedad, capacidad económica, aspectos socioculturales de trabajo, situación familiar.

El tratamiento con medicamentos debe indicarse sólo en pacientes que no se han controlado con dieta y ejercicio.

Complicaciones crónicas microvasculares

Pueden desarrollarse con la evolución del trastorno metabólico manifestaciones de complicación específicas tales como nefropatía, retinopatía y neuropatía.

Complicaciones crónicas macrovasculares

La aterosclerosis, en su localización miocárdica, cerebral, vascular periférica o renal es la complicación más frecuente en el diabético tipo 2, y la causa principal de mortalidad.

La cardiopatía isquémica (CI) es la responsable del 75% de las muertes en pacientes con DM2. La arteriopatía periférica (AP) afecta a más del 20% de los diabéticos tipo 2. La prevalencia de accidente cerebro vascular (ACV) es más elevada entre los pacientes diabéticos (García De La Torre G., Moreno A. L., Pantoja M. C., 2006).

Prevención de la diabetes tipo 2

Prevención Primaria.

Es esencial que los programas encaminados a la prevención primaria, se dirijan a lograr cambios en el estilo de vida. Serán de aplicación a la comunidad en general, debiendo poner énfasis especial en individuos con alto riesgo y en grupos escolares.

Prevención Secundaria.

Detección temprana y tratamiento oportuno de la diabetes.

Realizar tamizaje a toda persona mayor de 25 años que acuda a consulta a las unidades de salud del sector público y privado.

En los individuos con alto riesgo debe hacerse estudio de la glucemia y, en caso de duda, darse una carga de glucosa para investigar más en detalle el diagnóstico. El estudio de la glucemia después de una comida no es apropiado.

En cuanto a la población de riesgo a examinar, es conveniente seguir las recomendaciones de la ADA (1997), y efectuarla en:

- Todas las personas mayores de 45 años (con resultado normal se repetirá el examen cada 3 años)
- Se realizará a edades tempranas o más frecuentemente en: personas obesas (índice masa corporal $> 27 \text{ Kg/m}^2$), familiares diabéticos de primer grado, etnias de riesgo (afroamericanos, hispanos, americanos nativos), mujeres con historia previa de diabetes gestacional, personas con hipertensión arterial (tensión arterial $> 140/90 \text{ mg./dl.}$), personas con niveles plasmáticos de HDL-colesterol $< 35 \text{ mg./dl.}$ ó de triglicéridos $> 250 \text{ mg./dl.}$, glucemia basal alterada o intolerancia glucídica previa.

El tratamiento oportuno y las medidas encaminadas a evitar la progresión del deterioro de la tolerancia a través de dieta, ejercicio, reducción de peso y el uso de hipoglucemiantes orales y/o insulina han sido favorables para disminuir la velocidad del proceso patogénico en algunos casos.

Prevención Terciaria.

Deben prevenirse y/o retrasarse las complicaciones de la diabetes. Mejorar el control glucémico, promoviendo al autocontrol con una mejor instrucción a los pacientes y la comunicación oportuna con el médico. (García De La Torre G, Moreno A. L, Pantoja M. C, Op. Cit, 2006).

Generalidades sobre Obesidad.

La obesidad, se define como la acumulación excesiva de tejido adiposo y como un factor que contribuye a enfermedades asociadas. La explicación inicial del desarrollo de la obesidad es que se origina de un balance positivo de energía derivado del incremento en la ingestión, decremento en el gasto energético, entre otros (González, 2004).

Es una enfermedad crónica que predispone a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica principalmente y relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos (Secretaría de Salud, 1998).

Clasificación de la OMS de sobrepeso y Obesidad (1998).

Clasificación	IMC	Riesgo asociado a la salud
Bajo peso	Menor de 18.5	Bajo
Peso normal	18.5-24.9	Normal
Sobrepeso	25 o más	
Preobeso	25-29.9	Incrementado
Obesidad clase I	30-34.9	Moderadamente incrementado
Obesidad clase II	35-39.9	Gravemente incrementado
Obesidad clase III	40 o más	Muy gravemente incrementado

El sobrepeso y la obesidad son dos de los principales factores de riesgo a los que se enfrenta la población mexicana y el sistema de salud. Su prevalencia en

adultos se incrementó de 34.5% en 1988 a 69.3% en 2006. El sobrepeso y la obesidad se asocian con varias de las principales causas de muerte en el país, como la diabetes, las enfermedades cardio y cerebro-vasculares, y el cáncer de mama, entre otras. Se calcula que estos factores de riesgo son responsables de alrededor de 50 mil muertes directas al año. (PNS, Op. Cit. p. 43).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANut 2006), 39% de la población adulta sufre de sobrepeso y otro 30% de obesidad. La prevalencia de sobrepeso es más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%), mientras que la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres (34.5%) que en los hombres (24.2%). Si se suman, estas prevalencias arrojan cifras de 71.9% de sobrepeso y obesidad en mujeres mayores de 20 años (24.9 millones de mujeres) y de 66.7% en hombres mayores de 20 años (16.2 millones de hombres) Estas cifras hablan de una epidemia que afecta a todos los grupos de edad y todas las clases sociales que requiere de acciones inmediatas, dentro de las que se incluyen la promoción de la actividad física y el control en el consumo de alimentos de baja calidad nutricional.

Grupos de Ayuda Mutua.

Una de las estrategias más efectivas para enfrentar las enfermedades antes mencionadas es la promoción para crear Grupos de Ayuda Mutua en personas con sobrepeso, obesidad, Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus (PNS, Op. Cit., p. 69).

La Secretaría de Salud, (1998) define a los Grupos de Ayuda Mutua (GAM); como “una organización de personas, que bajo la supervisión del equipo de salud,

sirven de escenario para la capacitación necesaria para el control de la enfermedad. El club estimula la participación activa e informada del usuario como un elemento indispensable para el autocuidado. Sirve para facilitar la educación y la adopción de estilos de vida saludables, como actividad física, alimentación idónea, control del consumo de sal, alcohol, tabaco, y cumplimiento de las metas de tratamiento”.

También se promueve la participación de los familiares dentro de estos grupos, a fin de facilitar el manejo no farmacológico. El GAM permite el intercambio de experiencias entre las personas; esta retroalimentación facilita la adopción de los cambios conductuales requeridos para el control de la enfermedad. La principal función del GAM es garantizar a cada uno de sus integrantes un buen control metabólico.