

Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
INVESTIGACION

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“INNOVACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN  
PACIENTES HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS EN UNA INSTITUCIÓN  
PRIVADA DE LIMA, 2019”**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:  
DOCTORA EN SALUD PÚBLICA

AUTOR

**MG. CARMEN RAQUEL GUZMAN DAMIAN**

ASESOR

**DR. GLENN LOZANO ZANELLY**

JURADO:

**DR. EDGAR JESUS MIRAVAL ROJAS  
DRA. GLORIA ESPERANZA CRUZ GONZALES  
DRA. ABIGAIL TEMOCHE HUERTAS**

LIMA-PERÚ

2020

### ***Dedicatoria***

*A mi familia por su motivación constante que me ha permitido terminar con éxito el doctorado.*

*A mi asesor por su ayuda, esfuerzo, paciencia y entendimiento para poder hacer este trabajo.*

### ***Agradecimiento***

*Expreso mi eterna gratitud a todos mis compañeros de trabajo del Hospital Regional de Moquegua, por el apoyo que me han dado, sus valiosas sugerencias, críticas y material desinteresado para la elaboración de este trabajo de investigación.*

## INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
Carátula .....	I
Dedicatoria .....	II
Agradecimiento.....	III
Resumen .....	IV
Abstract .....	V
Resumé.....	VI
Índice.....	VII
I. Introducción .....	01
1.1. Planteamiento del Problema .....	04
1.2. Descripción del problema.....	06
1.3. Formulación del problema.....	08
-Problema general.....	08
-Problemas específicos.....	08
1.4. Antecedentes.....	09
1.5. Justificación de la investigación.....	16
1.6. Limitaciones de la investigación.....	17
1.7. Objetivos.....	17
-Objetivo general.....	17
-Objetivos específicos.....	17
1.8. Hipótesis.....	18
II. Marco Teórico.....	19
2.1. Marco conceptual.....	19
2.2. Marco filosófico.....	31

2.3. Definición de términos.....	34
III. Método.....	36
3.1. Tipo de Investigación.....	36
3.2. Población y muestra .....	37
3.3. Operacionalización de variables.....	39
3.4. Instrumentos.....	40
3.5. Procedimientos.....	41
3.6. Análisis de datos.....	41
3.7. Consideraciones éticas.....	42
IV. Resultados.....	43
V. Discusión de resultados.....	66
VI. Conclusiones.....	70
VII. Recomendaciones.....	72
VIII. Referencias.....	73
IX. Anexos.....	76

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste.....	38
Tabla 2	Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste.....	45
Tabla 3	Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste.....	46
Tabla 4	Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste.....	47
Tabla 5	Sexo de pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima, 2019.....	48
Tabla 6	Distribución de pacientes hipertensos y diabéticos según edad y sexo en una Institución Privada de Lima, 2019.....	49
Tabla 7	Impacto de la innovación de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	50
Tabla 8	Proceso de control de daños de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	51
Tabla 9	Proceso de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	52
Tabla 10	Costo de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	53
Tabla 11	Complicaciones en la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	54
Tabla 12	Impacto de la innovación de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	55
Tabla 13	Proceso de control de daños de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	56
Tabla 14	Proceso de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	57

Tabla 15	Costo de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	58
Tabla 16	Complicaciones en la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	59
Tabla 17	Impacto de la innovación de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	60
Tabla 18	Proceso de control de daños de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	61
Tabla 19	Proceso de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	62
Tabla 20	Costo de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	63
Tabla 21	Complicaciones en la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	64
Tabla 22	Resultados de valores de la HC, según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	65

### ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Sexo de pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima, 2019.....	48
Figura 2	Distribución de pacientes hipertensos y diabéticos según edad y sexo en una Institución Privada de Lima, 2019.....	49
Figura 3	Impacto de la innovación de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	50
Figura 4	Proceso de control de daños de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	51
Figura 5	Proceso de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos	52

	y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	
Figura 6	Costo de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	53
Figura 7	Complicaciones en la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	54
Figura 8	Impacto de la innovación de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	55
Figura 9	Proceso de control de daños de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	56
Figura 10	Proceso de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	57
Figura 11	Costo de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	58
Figura 12	Complicaciones en la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	59
Figura 13	Impacto de la innovación de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	60
Figura 14	Proceso de control de daños de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	61
Figura 15	Proceso de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	62
Figura 16	Costo de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	63
Figura 17	Complicaciones en la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019.....	64

**ÍNDICE DE ANEXOS**

Anexo 1	Matriz de consistencia	77
Anexo 2	Instrumento de Recolección de datos	78
Anexo 3	Ficha de recolección de datos	80
Anexo 4	Validación por juicio de expertos	82
Anexo 5	Resultados de la validez y confiabilidad del instrumento	83
Anexo 6	Programa de autocuidado	85

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal evaluar la efectividad de la innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima en el 2019

La investigación fue de tipo aplicada de nivel descriptivo, correlacional, prospectivo y diseño cuasi experimental. Se trabajó con una muestra de 130 pacientes entre hipertensos y diabéticos que fueron atendidas en una Institución Privada de Lima.

Se utilizó como instrumentos de investigación una guía de observación estructurada de datos validados y confiables, se planteó como hipótesis que la innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos tiene una alta efectividad.

Se concluyó que la innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos tiene una alta efectividad observándose en los resultados del post test que el control del daño fue favorable, así como el proceso de atención, el costo de la atención fue de mayor el beneficio y la no presencia de complicaciones aumentó considerablemente; siendo los resultados de análisis clínicos y de laboratorio favorables.

Se recomienda realizar la innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos por su alta efectividad

**Palabras claves:** modelo de atención integral, control del daño, proceso de atención, costo de atención, diabetes, hipertensión.

## ABSTRACT

The main objective of this research work was to evaluate the effectiveness of the innovation of the integral care model in hypertensive and diabetic patients in a Private Institution of Lima in 2019

The research was applied at a descriptive, correlational, prospective and quasi-experimental level. We worked with a sample of 130 patients between hypertensive and diabetic patients who were treated in a Private Institution of Lima.

A structured observation guide of validated and reliable data was used as research instruments, it was hypothesized that the innovation of the integral care model in hypertensive and diabetic patients has a high effectiveness.

It was concluded that the innovation of the integral care model in hypertensive and diabetic patients has a high effectiveness, observing in the results of the post test that the control of the damage was favorable, as well as the care process, the cost of care was greater than benefit and the absence of complications increased considerably; the results of favorable clinical and laboratory analysis being.

It is recommended to carry out the innovation of the integral care model in hypertensive and diabetic patients due to its high effectiveness

**Keywords:** comprehensive care model, damage control, care process, cost of care, diabetes, hypertension.

## RÉSUMÉ

O objetivo principal deste trabalho de pesquisa foi avaliar a efetividade da inovação do modelo de atenção integral em hipertensos e diabéticos em uma Instituição Particular de Lima em 2019.

A pesquisa foi aplicada em um nível descritivo, correlacional, prospectivo e quase experimental. Trabalhamos com uma amostra de 130 pacientes entre hipertensos e diabéticos atendidos em uma Instituição Particular de Lima.

Utilizou-se como instrumento de pesquisa um roteiro estruturado de observação de dados validados e confiáveis, tendo como hipótese que a inovação do modelo de atenção integral em hipertensos e diabéticos tem alta efetividade.

Concluiu-se que a inovação do modelo de atenção integral em hipertensos e diabéticos tem alta efetividade, observando nos resultados do pós-teste que o controle do dano foi favorável, bem como o processo de cuidado, o custo do atendimento foi maior. benefício e a ausência de complicações aumentou consideravelmente; os resultados de análises clínicas e laboratoriais favoráveis.

Recomenda-se realizar a inovação do modelo de atenção integral em hipertensos e diabéticos, devido à sua alta efetividade

**Palavras-chave:** modelo de atenção integral, controle de danos, processo de cuidado, custo dos cuidados, diabetes, hipertensão.

## I. Introducción

En Perú, la atención de la salud ha evolucionado radicalmente en los últimos 30 años. Los entes gubernamentales han ido tomando más conciencia de que la salud de las personas no depende sólo de las indulgencias de los servicios de salud y que las intervenciones preventivas a cada persona no son suficientes para mejorar el nivel de salud de la población, a menos que se influya sobre los factores que la condicionan. En lo que a servicios de salud se refiere, el Ministerio de Salud (2011), sostiene que los modelos de atención actuales procuran que en el primer nivel de atención, más allá que tratar los motivos de las consultas médicas, se implementen intervenciones que cubran de manera cada vez más inclusiva otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad. En función de ese propósito, el Ministerio de Salud, ha actualizado los fundamentos y alcances de la atención integral de salud, promoviendo un modelo de gestión con enfoque territorial, especial atención a los recursos humanos, la organización de los servicios en redes de salud y la prestación de atenciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; teniendo como eje de intervención la familia y la comunidad.

Como puede observarse el modelo de atención integral en salud surge como una manera de dar una respuesta favorable a las necesidades de salud de la población, por lo que se constituye en la organización del sistema de salud para abordar los problemas de salud incluyendo el proceso de gestión eficaz y la prevención de enfermedades crónicas. A su vez, se centra en la atención de las familias, en la promoción y prevención en salud, involucrando a las familias y comunidades en la planificación y gestión de servicios con el fin de brindar herramientas para su autocuidado.

Se considera a la hipertensión arterial como un importante factor de riesgo asociado a enfermedades cardiovasculares tales como el infarto de miocardio, la insuficiencia cardiaca o la enfermedad vascular periférica, así como al declive cognitivo y a patologías de la esfera renal. Culturalmente, se ha dado mayor importancia a la tensión arterial diastólica que a la sistólica en el intento de predecir la morbilidad cardiovascular y los eventos fatales. Sin embargo, un importante número de estudios observacionales han demostrado que tanto la tensión sistólica como la diastólica muestran una relación independiente y gradual con la morbilidad y la mortalidad. De acuerdo con la mencionada guía, Continúa Saiz (o.cit), la hipertensión no tratada se asociaría con una progresiva elevación de la tensión arterial, culminando con mucha probabilidad en un estado de resistencia al tratamiento debido al daño vascular y renal asociado.

Gamero (2017), cita la definición de la diabetes de la American Diabetes Association, la cual sostiene que es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, la acción de la insulina, o ambos. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con daño a largo plazo, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos, especialmente los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos.

Las enfermedades DM y la HTA generan altos costos en América Latina. En el caso de Perú, la tasa de estas enfermedades adquiere un crecimiento constantemente. Esta situación conlleva a la necesidad de aumentar la asignación de recursos financieros a los servicios de salud progresivamente. Al respecto, Pérez y otros (2009), afirman que distintos estudios de investigación han destacado problemas importantes en el manejo de los pacientes con estas enfermedades, por ejemplo, alta proporción de diagnósticos tardíos, hasta 70% de pacientes descompensados, utilización inapropiada de

medicamentos y errores al proporcionar recomendaciones acerca de la dieta y el ejercicio.

Para efectos de esta investigación los costos serán abordados desde el punto de vista costo beneficio que involucra la concentración de atención por el aumento en el número de citas cuando el paciente presenta complicaciones en su salud, la deserción de pacientes que no asisten a la cita por los gastos e bolsillo que involucra. Los costos por complicaciones, por ejemplo, cardiopatía, neuropatía, nefropatía y maculopatía. Por último, los costos que implican la cultura del peruano en cuanto al significado de la promoción de la salud, importancia de la prevención de enfermedades y la consideración del centro de atención primaria como un determinante de la salud en la prevención o para curar la enfermedad.

En la investigación se ha trabajado los siguientes aspectos:

Capítulo I: Planteamiento del Problema, se presentan los antecedentes del problema, la descripción de la realidad problemática, lo que permite formular la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación.

Capítulo II: Marco teórico, se presentan los antecedentes teóricos, el marco filosófico, se describen las teorías generales y especializadas; así como el marco conceptual, lo que permite dar sustento al trabajo de investigación y las hipótesis de investigación.

Capítulo III: Método, se selecciona el tipo, nivel y diseño de investigación, la determinación de la población y la muestra, la validez del instrumento y las técnicas para el procesamiento y análisis de resultados.

Capítulo IV: Presentación de los resultados, se presenta a manera de tablas y gráficos los resultados de la aplicación de instrumentos de investigación, con su respectivo análisis e interpretación; así como la contrastación de la hipótesis.

Capítulo V: Discusión, se realiza la discusión de los resultados comparándolos con otros investigadores, se formula las conclusiones y recomendaciones las cuales se han desprendido de los objetivos de la investigación.

### **1.1. Planteamiento del Problema**

Las enfermedades no transmisibles - o crónicas - son de larga permanencia con una progresión generalmente lenta. Entre estas dolencias se incluyen la hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus (DM). De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013), estas enfermedades representan con diferencia la causa de defunción más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales, por lo que matan a más de 36 millones de personas cada año. En relación con la hipertensión arterial (HTA), es considerada la enfermedad crónica más frecuente en el mundo; y la diabetes mellitus como una pandemia, observándose frecuentemente una asociación entre ambas.

Al referirse al tema Revilla et al (2014), afirman que se ha estimado que para 2030 existirán en el mundo entre 350 y 366 millones de personas enfermas de diabetes mellitus (DM). En el caso de hipertensión, las proyecciones indican que para 2025 existirán 1 500 millones de personas que padezcan esta enfermedad. Las complicaciones asociadas con estos dos padecimientos son variadas, frecuentes y costosas. Por un lado, se estima que entre 16 y 21% de diabéticos de reciente diagnóstico padecen retinopatía, entre 12 y 23% nefropatía y entre 25 y 40% neuropatía; mientras que, por otro lado, algunas estimaciones indican que el costo estimado de los servicios de hospitalización por HAS y DM fue más alto en

comparación con los servicios hospitalarios y ambulatorios de la mayor parte de las enfermedades infecciosas<sup>4</sup>.

La asociación de estas enfermedades aumenta el riesgo cardiovascular, como infarto de miocardio, eventos vasculares cerebrales y enfermedad vascular periférica; además de aumentar el riesgo de complicaciones microvasculares tales como, retinopatía y nefropatía.

En el Perú, la importancia de las enfermedades no transmisibles comenzó a evidenciarse en la década de los 80. En 1986, la enfermedad cerebro vascular aparecía en el quinto lugar, la enfermedad isquémica del corazón en el séptimo, y el tumor maligno del estómago en décimo segundo lugar como causas de muerte y para el año 2007, estas mismas condiciones subieron al segundo, quinto y séptimo lugares respectivamente, con tasas de mortalidad de 32,5; 24,2 y 21,6 cada 100 mil habitantes, respectivamente. Esto evidencia el rápido ascenso en la importancia de estas enfermedades.

Según el Ministerio de Salud de Perú MINSA (2012), representan el 58.5% de las enfermedades con mayor incidencia, al mismo tiempo son las que producen mayor discapacidad. Esta situación es corroborada por Serrano (2015), cuando afirma que la situación en este país es crítica, debido a que hay un crecimiento de enfermedades crónicas, principalmente hipertensión, diabetes y cáncer, que son las enfermedades que más están matando a los peruanos, por lo que esta es una de las principales preocupaciones.

## **1.2. Descripción del Problema**

Los factores relacionados con el aumento de estas enfermedades son el envejecimiento de la población y el cambio de estilos de vida de los peruanos debido al proceso de urbanización de la población que ha traído como consecuencia la disminución de la actividad física acompañada de dietas pocos saludables. El tratamiento de ambas enfermedades se basa en cambios de estilo de vida, tratamiento farmacológico y control del resto de factores de riesgo cardiovascular. La detección y control de estos enfermos debe ser responsabilidad del primer nivel de atención, cuyas funciones incluyen introducirlos al sistema de salud, iniciar el tratamiento temprano, evitar complicaciones y tener capacidad de referencia oportuna hacia otros niveles de atención.

Resulta evidente que, para lograr tal propósito, estas unidades deben contar con personal de salud capacitado, equipamiento e insumos suficientes y adecuados, así como un sistema de información funcional y actualizado. La atención de pacientes con Hipertensión arterial (HTA) y Diabetes mellitus (DBM) consiste en una atención médica mensual, con el apoyo de otros profesionales de la salud (enfermera, nutricionistas, servicio social y odontólogos) para suplementar la atención. No obstante, este respaldo es limitado, sobre todo por las citas que los pacientes no pueden tener oportunamente. Por lo que el paciente recibe los servicios en forma desordenada e irregular. Estudios han señalado importantes problemas en el manejo de pacientes con HTA y DBM, tales como una alta tasa de pacientes descompensados, incumplimiento de la medicación, y errores al proporcionar recomendaciones acerca de la dieta y el ejercicio. Al respecto Pérez et al (2009), advierten que el modelo de servicios actual no satisface la demanda y sufre deficiencias organizacionales y de calidad que limitan la provisión de un manejo integral de estas enfermedades.

Esto ha generado la necesidad de que las instituciones de salud innoven para responder a las condiciones cambiantes con oportunidad y efectividad, a costos hospitalarios y sociales aceptables, y con un enfoque centrado en el paciente, con el objetivo de evaluar alternativas que contribuyan a mejorar la salud de la población con HTA y DBM y que a la vez permitan modernizar y reorganizar las Instituciones de salud. La problemática descrita se ha observado en una institución privada en la ciudad de Lima, donde existen pacientes con HTA y DM cuyo incremento es alarmante por las complicaciones que implica y que degeneran la salud y calidad de vida del paciente.

Algunas de las causas que generan esta realidad es la ausencia de una cultura de salud, de una insensibilización y el descuido ante estos padecimientos motivado al desconocimiento de las consecuencias de estas enfermedades crónicas degenerativas. Lo anterior se observa en las reiteradas inasistencias a las citas, a la no adherencia a los medicamentos, los malos estilos de vida y a los factores sociales, culturales y ambientales que rodean a las personas, familias y comunidades. A ello se suma la poca oferta de profesionales de la salud como médicos, enfermeras, y mucho más de nutricionistas, psicólogos y servidores sociales para complementar la atención. Consecuentemente, el respaldo es limitado por lo que el paciente recibe los servicios en forma desorganizada e irregular ya que requieren de un programa que le controle su adherencia al tratamiento, control terapéutico, nutricional, emocional, entre otros.

Otro factor que contribuye al no control o complicaciones de estas enfermedades crónicas son los procesos que están enmarcados dentro del modelo de atención integral; así como de los indicadores de rendimiento, cobertura y concentración. En este escenario, surge la inquietud de la investigadora de poder encontrar una estrategia de solución con los recursos disponibles y dentro del marco de modelo de atención, con la finalidad de generar un cambio de actitud en los pacientes, sus familias para afrontar el

control de la cronicidad de sus enfermedades y evitar las complicaciones que generan gastos de bolsillo a la familia, altos costos a la institución y al sistema de salud en general debido a que hay que invertir gran cantidad de recursos en consulta médica, controles, análisis de laboratorio, rayos x y tratamiento farmacológico.

### 1.3. Formulación del Problema

#### -Problema general

¿Cuál es la efectividad de la innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima en el 2019?

#### -Problemas específicos

- ¿Cómo es el modelo de atención integral en relación con control del daño en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima?
- ¿Cómo es el modelo de atención integral en relación con el proceso de atención en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima?
- ¿Cómo es el modelo de atención integral en relación con el costo de la atención en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima?
- ¿Cuáles son los resultados del cuidado del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima?

### 1.4. Antecedentes

#### 1.4.1. Antecedentes internacionales

**Gamero** (2017), realizó una tesis doctoral en la Universidad de Málaga, titulada *“Diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular en pacientes ancianos que acuden*

*a urgencias*”. Determinar las características de la población diabética mayor de 65 años que acude a urgencias en nuestro medio y los principales factores de riesgo cardiovasculares de esta población en relación con su diabetes. Estudio descriptivo observacional, retrospectivo, transversal y cuasiexperimental de los pacientes  $\geq 65$  años, de ambos géneros y diabéticos que acudieron a urgencias del Hospital Universitario Virgen de la Victoria en el último año, con consentimiento informado para uso de los datos de la historia, que tomen tratamiento hipoglucemiante, con HbA1c  $>$  de 6,5 % durante el año previo, sin comorbilidades y/o complicaciones graves y que estuvieran recogidos en la historia al menos el 60 % de los datos requeridos. Se concluyó que, en todos los casos, los tratamientos fueron pertinentes con las patologías presentadas por los pacientes, pero no hemos podido establecer un patrón de prescripción específico para los pacientes en función de su edad o de su sexo y, de tener que aventurar que circunstancia prima en la elección del tratamiento, parece que el sexo tiene más peso específico que la edad de los pacientes. La prevalencia de reacciones adversas a medicamentos fue el doble en las mujeres que en los hombres y mayor en los pacientes menores de 80 años respecto a los pacientes más ancianos y no se pudieron relacionar con la incidencia de éxito de los pacientes.

**Roig** (2017), presentó su tesis doctoral ante la Universidad Miguel Hernández en España, titulada “*Factores predictores de riesgo cardiovascular en población mediterránea hipertensa mayor de 65 años*”. El objetivo principal consistió en identificar variables predictoras de mortalidad en población hipertensa mayor de 65 años de una zona mediterránea. Es un Estudio epidemiológico, observacional, longitudinal prospectivo y multicéntrico, de ámbito asistencial, realizado en la Comunidad Valenciana con población hipertensa mayor de 65 años que acudía al Centro de Salud o a una Unidad Hospitalaria de HTA. Entre las conclusiones destaca

que el ejercicio físico previene la mortalidad (global y CV) y los ingresos por ictus, de lo que se deduce la importancia del mismo aún en hipertensos mayores de 65 años. Además, la edad representa uno de los FR no modificables más importantes para la mortalidad (global y CV) y para el ingreso por IC en nuestra población hipertensa. El sexo femenino se asocia a una menor mortalidad global. El antecedente de enfermedad coronaria predispone al aumento de ingresos por nuevos episodios de coronariopatía y de IC, así como a una mayor mortalidad global y CV y el uso de betabloqueantes en pacientes hipertensos mayores de 65 años no se asocia a un mayor riesgo de ECV.

**Hormigo** (2016), elaboró una tesis doctoral que lleva por título “*Modificación del riesgo cardiovascular en pacientes de alto riesgo (Diabéticos tipo 2 e Hipertensos)*”, tras medidas correctoras en el control de la tensión arterial y cumplimiento del tratamiento médico ambulatorio, la cual presentó ante la Universidad de Málaga. Tuvo como objetivo principal valorar la influencia que la medida de presión arterial ambulatoria (AMPA) tiene sobre la mejora del control de las cifras de tensión arterial, parámetros bioquímicos y demás factores de riesgo en pacientes hipertensos y diabéticos tipo 2. Metodológicamente corresponde a un estudio cuasi experimental (con grupo control equivalente), prospectivo y multicéntrico. Concluyó que la utilización de método AMPA (medida ambulatoria de la presión arterial) ayudan a alcanzar mejores controles tensionales respecto a los pacientes no AMPA. Aunque no hubo significación estadística, probablemente la mayor responsabilización del paciente en ambos grupos puede ayudar a una mayor conciencia de la enfermedad y mejor control de la misma. Existieron diferencias significativas en la cumplimentación terapéutica entre el grupo AMPA y NO AMPA (test de Batalla), porque la exigencia de autocontroles ayuda a recordar la toma de fármacos (test de Morisky-Green).

**Saiz** (2016), presentó una tesis doctoral ante la Universidad Pública de Navarra en Pamplona, titulada “*Objetivos de tensión arterial en el tratamiento de pacientes con hipertensión y enfermedad cardiovascular*”. Tuvo como objetivo general determinar si un objetivo de tensión arterial ‘Intensivo’ ( $\leq 135/85$  mmHg) se asocia con reducción en mortalidad, morbilidad y eventos adversos graves en comparación al objetivo de tensión arterial ‘Estándar’ ( $\leq 140-160/90-100$  mmHg) en pacientes hipertensos adultos con enfermedad cardiovascular establecida. El método consistió en la revisión sistemática utilizando la metodología de la Colaboración Cochrane. Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y controlados con más de 50 participantes adultos por grupo, diagnosticados de hipertensión y con historia previa de infarto de miocardio, ictus, enfermedad vascular periférica o angina. Se concluye que no se ha encontrado un beneficio adicional, en términos de mortalidad global y mortalidad cardiovascular, al comparar el establecimiento de un objetivo ‘Intensivo’ de tensión arterial frente a la estrategia ‘Estándar’. Tampoco ha sido posible acreditar un beneficio clínico neto suficiente como para justificar el uso de objetivos de tensión arterial más estrictos ( $\leq 135/85$  mmHg) a los tradicionalmente establecidos ( $\leq 140-160/90-100$  mmHg) en el caso de pacientes hipertensos con enfermedad cardiovascular establecida.

**Navarro** (2015), realizó una tesis doctoral en la Universidad Autónoma de Madrid que lleva por título “*Logro de objetivos cardiometabólicos en sujetos hipertensos y diabéticos en España*”. Tuvo como objetivo evaluar el logro de los objetivos cardiometabólicos en sujetos hipertensos y diabéticos en España. Los datos de estos trabajos proceden principalmente de una encuesta nacional de base poblacional sobre nutrición y riesgo cardiovascular. Este estudio se realizó entre 2008 y 2010 sobre una muestra representativa de la población general española, con un tamaño de 12.948 personas de 18 y más años de edad. Los sujetos de estudio fueron seleccionados

mediante muestreo aleatorio a través de conglomerados basados en datos censales. La información fue recogida por observadores específicamente entrenados, a través de entrevista personal utilizando cuestionarios estructurados (sobre estilos de vida, y condiciones sociodemográficas, morbilidad y de tratamiento) seguidos de examen físico (con mediciones antropométricas y de presión arterial), y recogida de muestras de sangre en ayunas y orina en el domicilio de los sujetos. Se concluyó que las variables que tuvieron mayor influencia en el control de la presión arterial entre los sujetos hipertensos fueron: un mayor nivel de conocimiento de la hipertensión y un aumento en el número de medicamentos antihipertensivos utilizados en cada paciente, que explican el 7 y el 36,2%, respectivamente, de la mejora en el control. A su vez, la prevalencia de Diabetes Mellitus en España es del 6,9%. Uno de cada cinco diabéticos españoles desconoce su estatus de enfermedad. El control glucémico en España fue razonablemente alto, en concreto el 71% de los diabéticos conocidos. El logro de varios de los principales objetivos cardiometabólicos recomendados a los individuos diabéticos en España, en particular, estilos de vida saludables, es escaso: sólo tres de cada cinco diabéticos conocidos reunieron al menos tres de los objetivos estudiados.

#### **1.4.2 Antecedentes nacionales**

**Castillo et al.** (2017) en su estudio *“Metodología para la estimación de costos directos de la atención integral para enfermedades no transmisibles”*. El propósito de este artículo es describir los aspectos metodológicos de la estimación de los costos directos y los requerimientos financieros para la atención integral de cuatro problemas prioritarios por el Programa Presupuestal 0018 ENT, que se define como una unidad de programación de las acciones de la entidad pública, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos para lograr un resultado específico en la población y así contribuir al logro de un resultado final asociado a un objetivo de política pública

relacionado a las ENT para el Perú. Se diseñó un proceso metodológico que consta de tres momentos: primer momento: definición de grupos diagnósticos y prevalencias de las ENT priorizadas. Segundo momento: elaboración del microcosteo y tercero financiamiento. Estos autores concluyen que calculando los costos directos de la atención integral de la DM y la HTA se procede a la estimación de los requerimientos financieros para el abordaje integral de la enfermedad, para estimar este requerimiento se tomaron en cuenta cuatro variables: el crecimiento económico, el gasto en salud, el crecimiento poblacional y las tendencias de prevalencia que dependerán de las tres anteriores variables.

**Reyes** (2017) realizó una tesis doctoral titulada "*Factores y automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud de la red Lima ciudad*". Tuvo por objetivo determinar los factores relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centros de Salud de la Red Lima Ciudad, fue de tipo prospectivo y transversal con diseño no experimental, correlacional-causal de enfoque cuantitativo en una muestra de 164 personas con diagnóstico de diabetes mellitus y 190 personas con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en los 4 centros de salud seleccionados. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos fueron 4 cuestionarios., resultados mostraron, baja calidad de vida y falta de apoyo familiar. Se concluyó que el nivel educativo se relaciona positivamente con el automanejo de pacientes hipertensos, pero no en el automanejo de diabéticos; la baja calidad de vida y las visitas al médico los últimos 6 meses se relacionan positivamente con el automanejo de pacientes hipertensos y diabéticos; el haber tenido problemas para dormir, el sentirse mal consigo mismo y el tener dificultad para concentrarse se relacionan positivamente con el automanejo de los pacientes hipertensos, mientras que en pacientes diabéticos ningún

factor emocional se relaciona con el automanejo; de los factores de apoyo social, el tener el apoyo familiar disfuncional se relaciona positivamente con el automanejo de hipertensos y diabéticos.<sup>15</sup>

**Herrera et al.** (2017), publicaron un artículo arbitrado titulado “*Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa*”. Se realizó mediante una revisión bibliográfica no sistemática hasta diciembre del 2016. Los resultados se dividieron en tres áreas temáticas: autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control. Se encontraron 197 artículos, pero solo 15 se utilizaron para el análisis. Los resultados sugieren que el nivel de autoconocimiento de la HTA es deficiente, aunque ha mejorado en los últimos años. Esto es mejor en las poblaciones urbanas y en general, peor que en otras ciudades latinoamericanas. De igual forma, aunque el control de la HTA ha mejorado, es insuficiente y por debajo de otros países latinoamericanos. Finalmente, es posible que la adherencia al tratamiento sea peor en provincias

**Hurtado et al.** (2016), publicaron un artículo titulado “*Diferencia elevada de presión arterial interbraquial: Frecuencia y factores clínicos y demográficos*”. El objetivo consistió en conocer la frecuencia de DEPAI y describir factores clínicos y demográficos relacionados. Estudio descriptivo transversal. Muestra aleatoria de 211 pacientes de un hospital público de Lima. Se tomó la presión arterial tres veces, de forma simultánea en ambos brazos, con dos tensiómetros automáticos OMROM HEM-705CP propiamente calibrados, estando el paciente en posición sentada, con un reposo previo de cinco minutos. Se recolectaron datos demográficos y clínicos. Se estableció la DEPAI sistólica ( $\geq 10$  mm Hg y  $\geq 20$  mm Hg) y diastólica ( $\geq 10$  mm Hg). Se consideró las tres tomas y sólo las dos últimas. Se empleó las pruebas de Chi Cuadrado o Exacta

de Fisher y el coeficiente de correlación puntual biserial para variables cualitativas y cuantitativas, respectivamente. Los resultados muestran que la edad promedio fue  $48,92 \pm 16,75$  años. El 67,3% fue de sexo femenino. 23,08% de los participantes fueron obesos; 19,23%, hipertensos y 13,42%, fumadores. Según los puntos de corte y cantidad de medidas consideradas, las frecuencias de DEPAI sistólica fueron 40,38%, 30,29%, 15,88% y 12,98%; y las de DEPAI diastólica 13% y 10,1%. Hubo correlación entre DEPAI y HTA e IMC ( $p < 0,05$ ). Se concluyó que la frecuencia de DEPAI en un hospital de Lima es similar a la encontrada en otros medios. Este estudio encontró una asociación estadística de DEPAI con el IMC y HTA, pero se necesitan más estudios con poblaciones más grandes para conocer la relación de esta variable con predictores conocidos de morbilidad y mortalidad.

**Salazar et al.** (2016), publicaron un artículo arbitrado titulado "*Hipertensión en el adulto mayor*", cuyo objetivo consistió en realizar un análisis de esta enfermedad en el adulto mayor debido a que constituye la primera causa de consulta ambulatoria en el MINSA y ESSALUD y es la enfermedad crónica más frecuente en este grupo etario. Entre las conclusiones resalta el hecho de que la terapia con drogas antihipertensivas debe considerarse ahora en todos los pacientes hipertensos sin importar la edad. Evidencia reciente sugiere que drogas antihipertensivas de la mayoría de clases pueden ser usadas para el control de la PA, sin embargo algunas autoridades en la materia no recomiendan bloqueadores alfa o beta, como agentes de primera línea en ausencia de indicaciones específicas para su uso. Asimismo, destaca que en la mayoría de circunstancias el objetivo de tratamiento es una PA menor de 140/90 mm Hg, sin embargo menos de 150/80 mm Hg se sugiere para pacientes hipertensos después de la octava década en ausencia de enfermedades mayores concomitantes y

aproximadamente 130/80 mm Hg para pacientes hipertensos con diabetes mellitus o enfermedad renal crónica o historia previa de enfermedad cardiovascular.

### **1.5. Justificación de la investigación**

Se plantean los siguientes motivos que justificó este estudio:

#### **- Teórica**

Servirá como un nuevo aporte al modelo de atención integral actual, produciendo una innovación en el área de la Salud Pública al adoptar enfoques concretos respecto a la concepción de salud, enfermedad, el control de daños, el proceso de atención a través de principios y teorías encargados de explicar la complejidad subyacente en el desarrollo del modelo de atención integral

#### **- Social**

Reducirá el gasto de bolsillo de los pacientes, produciendo una mejora social y económica al paciente y a la Sociedad.

#### **- Práctica**

La innovación del Modelo de Atención Integral que se propone en el presente estudio, agilizará los procesos de atención reduciendo el tiempo de espera de citas, a través del mejor entendimiento por parte del paciente de las complicaciones de las enfermedades que padece.

La alta tasa de morbilidad de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus es debido al estilo de vida, incumplimiento del tratamiento y falta de educación del paciente acerca de su enfermedad. Todo ello, trae consigo el aumento del costo de las Entidades de Salud en el manejo de estas enfermedades, además de un alto gasto de bolsillo que repercute en la familia y en la Sociedad. Por lo que, los resultados del presente estudio podrán reducir las morbilidades que padecen estos pacientes; y por ende un beneficio

para las Entidades de Salud y, sobre todo, para las familias al favorecer el control de los efectos de estas enfermedades.

### **1.6. Limitaciones de la investigación**

Las limitaciones de la investigación estuvieron determinadas por:

- La autofinanciación del estudio, ajustándose al presupuesto de la investigadora
- Que sólo la investigadora participa en el estudio, sin requerir de otro personal de salud que también aplique el modelo de atención integral.
- El tamaño de la muestra, que puede ser insuficiente, debido a la autofinanciación del estudio.

### **1.7. Objetivos de la investigación**

#### **-Objetivo general**

Evaluar la efectividad de la innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima en el 2019

#### **-Objetivos específicos**

- Evaluar el modelo de atención integral en relación con control del daño en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima
- Conocer el modelo de atención integral en relación con el proceso de atención en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima
- Evaluar el modelo de atención integral en relación con el costo de la atención en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima
- Identificar los resultados del cuidado del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima.

## 1.8. Hipótesis

### **-Hipótesis General**

La innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos tiene una alta efectividad en una Institución Privada de Lima en el 2019

### **-Hipótesis Específicas**

- El modelo de atención integral en relación con control del daño es efectivo en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima
- El modelo de atención integral en relación con el proceso de atención es efectivo en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima
- El modelo de atención integral en relación con al costo es menor y el beneficio es mayor en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima
- Los resultados del cuidado del modelo de atención integral evita complicaciones en pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima

## **II. Marco teórico**

### **2.1. Marco conceptual**

#### **2.1.1. Modelo de atención integral**

En las décadas de los años 80 y 90 aconteció una gran depresión de los sistemas de salud en un alto número de países como consecuencia de factores como programas de ajuste estructural de la economía, reducción del tamaño del Estado y el cambio de su rol. Esta época estuvo caracterizada por privatizaciones que afectaron estructuralmente el sector salud donde prevaleció la visión neoliberal que define la salud como un bien de adquirir en el mercado constituidos en sus propias reglas. En este escenario, los países que buscaron financiamiento fueron forzados a privatizar sus sistemas de salud (exigiendo el pago por la atención a los pacientes), por parte de los principales organismos financiadores internacionales.

Lo descrito, tal como lo señalan Naranjo et al. (2014), trajo consigo que la atención primaria de salud se redujera a una medicina básica para personas pobres, estableciéndose una relación perjudicial entre dicha atención y pobreza o baja calidad o bajo costo que fue permeando en el imaginario de los referentes sanitarios. Además, se redujo el primer nivel de atención, sin promover la integración del sistema, de esta manera, los servicios de salud eran insuficientes, de mala calidad y con accesibilidad limitada.

En Perú, la atención de la salud ha evolucionado radicalmente en los últimos 30 años. Los entes gubernamentales han ido tomando más conciencia de que la salud de las personas no depende sólo de las indulgencias de los servicios de salud y que las intervenciones preventivas a cada persona no son suficientes para mejorar el nivel de

salud de la población, a menos que se influya sobre los factores que la condicionan. En lo que a servicios de salud se refiere, el Ministerio de Salud (2011), sostiene que los modelos de atención actuales procuran que en el primer nivel de atención, más allá que tratar los motivos de las consultas médicas, se implementen intervenciones que cubran de manera cada vez más inclusiva otras necesidades de salud en el espacio de la familia y la comunidad. En función de ese propósito, el Ministerio de Salud, ha actualizado los fundamentos y alcances de la atención integral de salud, promoviendo un modelo de gestión con enfoque territorial, especial atención a los recursos humanos, la organización de los servicios en redes de salud y la prestación de atenciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad; teniendo como eje de intervención la familia y la comunidad.

Lo anterior surge con la finalidad de reducir la desnutrición crónica infantil, la disminución de la mortalidad materna y perinatal, el control de enfermedades transmisibles y el control de enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas. Polo (2018), define este modelo como un conjunto de estrategias, procedimientos y herramientas que, al complementarse, organizan el Sistema de Salud con el fin de responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad, permitiendo la integralidad en los niveles de atención de salud.

Como puede observarse el modelo de atención integral en salud surge como una manera de dar una respuesta favorable a las necesidades de salud de la población, por lo que se constituye en la organización del sistema de salud para abordar los problemas de salud incluyendo el proceso de gestión eficaz y la prevención de enfermedades crónicas. A su vez, se centra en la atención de las familias, en la promoción y

prevención en salud, involucrando a las familias y comunidades en la planificación y gestión de servicios con el fin de brindar herramientas para su autocuidado.

Tal como se puede percibir, la atención integral significa, sin dejar la rigurosidad científica, trascender el fundamentalismo biomédico que lleva a ver a las personas como un conjunto de órganos y sistemas y entenderlos como individuos, personas, pero también entender que ellos son una parte funcional en un conjunto más amplio llamado familia, que a su vez conforma también una parte activa de un sistema más amplio llamado comunidad.

De allí que, el modelo recupera el enfoque holístico, que en esencia hace referencia a que existe una correspondencia entre la unidad y el todo, de forma tal que lo que le sucede a la comunidad es importante para el individuo y viceversa. Por lo tanto, pretende que la población esté protegida de riesgos sanitarios en el entorno en el que vive, que participe activamente en el cuidado de su salud y se beneficie de acciones de prevención de enfermedad para que disminuya su gasto de bolsillo en salud. Para ello, el modelo consta con los siguientes componentes: planificación, organización, dirección y control.

En este sentido, mediante este trabajo de investigación se pretende innovar en el modelo al aportar un taller de abordaje terapéutico para que las personas conozcan bien la enfermedad, sus cuidados, pues no se puede dar ninguna indicación si no se informa al paciente su importancia en el protagonismo de su enfermedad. El objetivo es lograr que las personas estén y vivan lo mejor posible. En otras palabras, con el taller se busca formar pacientes con autocuidado, automanejo y autocontrol, para contribuir en la disminución de pacientes con daño complicados en emergencia, disminución de pacientes con factores de riesgo prevalentes con daño y mantener una atención de calidad optimizando costos y recursos.

Como se observa, este modelo integral considera a la persona como unidad formada por cuerpo, espíritu, relaciones con la familia, la sociedad, el medio ambiente y su propia cosmovisión. El Estado peruano ha identificado como objetivos prioritarios de salud la reducción de la desnutrición crónica infantil, la disminución de la mortalidad materna y perinatal, el control de enfermedades transmisibles y el control de enfermedades crónicas y degenerativas.

El Ministerio de Salud (MINSA) ha propuesto tres estrategias para alcanzar estos objetivos: el Aseguramiento Universal en Salud (AUS), la Descentralización en Salud, y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Estas estrategias giran en torno a dos ejes: El fortalecimiento de la rectoría del sector y el cambio del modelo de atención.

El fortalecimiento del Primer Nivel de Atención se basa en el reconocimiento de que entre el 70 y 80 % de las necesidades básicas más frecuentes en salud podrían resolverse en los establecimientos del Primer Nivel de Atención. Actualmente se cuenta con 7469 establecimientos de salud, el 98,5% son centros o puestos de salud que configuran el Primer Nivel de Atención, cuyo fortalecimiento se inicia en 2010 en las regiones piloto del AUS.

La mejora de este Primer Nivel implica el acceso y cobertura universal, la atención integral e integrada, la promoción de la salud, la prevención de riesgos en salud, y la orientación familiar y comunitaria. Dar sostenibilidad a lo anterior supone contar con la participación de la población, políticas y programas adecuados, marco legal e institucional compatible, organización y gestión óptimas, recursos humanos apropiados y competentes, recursos financieros suficientes y adecuados, y acciones intersectoriales e interculturales transversales.

En el 2003, el MINSA presentó el documento técnico la Salud Integral Compromiso de Todos: El Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). En él se presenta el MAIS como “Marco conceptual de referencia para definir el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad para satisfacer sus necesidades, percibidas o no” (MINSA: 2003). El modelo orienta los términos bajo los cuales se organizan y desarrollan actividades y servicios, la forma como otros sectores se complementan con el Sector Salud y la manera como los recursos del Estado son orientados para mejorar la salud de la población.

### **2.1.2. Enfermedades no transmisibles**

Para Venegas (2012), las enfermedades no transmisibles son las no originadas primariamente por agentes biológicos y que se padecen durante muchos años, antes de producir la muerte; que requieren un control y tratamiento periódicos; además de estar estrechamente asociadas a determinados factores de riesgo. Entre ellas se encuentra la hipertensión arterial y la diabetes mellitus

#### ***2.1.2.1. Hipertensión arterial***

Para Saiz (2016), según la guía clínica de hipertensión NICE, se considera a la hipertensión arterial como un importante factor de riesgo asociado a enfermedades cardiovasculares tales como el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca o la enfermedad vascular periférica, así como al declive cognitivo y a patologías de la esfera renal. Culturalmente, se ha dado mayor importancia a la tensión arterial diastólica que a la sistólica en el intento de predecir la morbilidad cardiovascular y los eventos fatales. Sin embargo, un importante número de estudios observacionales han demostrado que tanto la tensión sistólica como la diastólica muestran una relación independiente y

gradual con la morbilidad y la mortalidad. De acuerdo con la mencionada guía, Continúa Saiz (o.cit), la hipertensión no tratada se asociaría con una progresiva elevación de la tensión arterial, culminando con mucha probabilidad en un estado de resistencia al tratamiento debido al daño vascular y renal asociado.

#### ***2.1.2.1.1. Tratamiento farmacológico***

El esquema clásico-escalonado del tratamiento de la HTA se ha visto superado por la evidencia científica. De esta manera, parece claro que el objetivo principal debe ser la reducción de las cifras de PA, independientemente del fármaco con el que se consiga<sup>18</sup>. La elección de uno u otro fármaco debe basarse en las comorbilidades del paciente, su coste económico y la comodidad para el paciente. Es precisamente por este último motivo por lo que se han desarrollado múltiples combinaciones fijas de antihipertensivos que se han demostrado como más eficaces que el uso de dosis máximas de un único antihipertensivo en el control de la HTA. Navarro B. (2015)

#### ***2.1.2.1.2. Tratamiento no farmacológico***

La realización de ejercicio físico moderado durante 30-60 minutos diarios se ha demostrado como saludable desde el punto de vista cardiovascular. Tanto es así que la práctica de ejercicio físico regular puede conseguir una disminución de la PA de entre 4 y 9 mmHg<sup>20</sup>. Dentro del ejercicio físico, se recomienda la práctica regular de ejercicio moderado 3-4 días a la semana, adaptado a las características del paciente. Hormigo A. (2016). El ejercicio físico más sencillo es caminar durante 30-60 minutos diarios, a paso ligero (aproximadamente a 5 km/h, velocidad que permite mantener una conversación con la persona que se lleva al lado) y por terreno llano. Simplemente la realización de este ejercicio físico ayuda a controlar la PA, el peso y el resto de factores de riesgo. En algunos hipertensos se puede recomendar además otro tipo de ejercicio, como montar en bicicleta (estática o no), nadar a ritmo suave, hacer carrera continua

tipo footing, etc. Este ejercicio puede completarse con otras actividades como pilates, gimnasia de mantenimiento, yoga, etc. o incluso baile u otro tipo de prácticas similares. La dieta del paciente hipertenso es un elemento esencial, tanto en lo que se refiere a las características generales de la dieta como a la clásica restricción en la ingesta de sal, y la influencia que esta puede tener en el peso del paciente. La evidencia científica demuestra que la reducción de la ingesta de sal por sí misma supone un descenso de la PA de entre 2 y 8 mmHg. A pesar de que solo el 50% de los pacientes hipertensos son sensibles a la restricción de sal, las recomendaciones actuales establecen que se debe realizar una restricción de sal en todos los hipertensos.

Dicha restricción puede ser ligera (< 6 gr/día) o en casos más refractarios moderada (< 3 gr/día) o incluso severa (< 2g/día). Por otro lado, se ha demostrado que la dieta mediterránea o dieta DASH, basada en el consumo de frutas, verduras, legumbres y aceite de oliva, consigue reducciones adicionales de las cifras de PA en los hipertensos de entre 8 y 14 mmHg este descenso en las cifras de PA hay que añadir un descenso adicional de hasta 4 mmHg si se restringe el consumo de alcohol a un máximo de 1-2 unidades al día, siendo preferible de entre las bebidas alcohólicas el vino y la cerveza. Por último, hay que ser estricto en el control del peso, ya que el control del mismo puede reducir las cifras de PA entre 5 y 20 mmHg<sup>20</sup>. De hecho, no es necesario alcanzar un peso ideal, sino que una reducción de un tercio del exceso de peso podría ser suficiente para mejorar el control de las cifras de PA.

#### **2.1.2.2. Diabetes mellitus**

Gambero (2017), cita la definición de la diabetes de la American Diabetes Association, la cual sostiene que es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, la

acción de la insulina, o ambos. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con daño a largo plazo, disfunción e insuficiencia de diferentes órganos, especialmente los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos. Los objetivos en el tratamiento de la DM 2 son:

- Mantener al paciente libre de síntomas y signos relacionados con la hiperglicemia e impedir las complicaciones agudas.
- Disminuir o evitar las complicaciones crónicas.
- Que el paciente pueda realizar normalmente sus actividades física, mental, laboral y social, con la mejor calidad de vida posible.

#### ***2.1.2.2.1. Tratamiento de la diabetes tipo 2***

- Tratamiento no farmacológico: el tratamiento no farmacológico (modificación del estilo de vida y en especial la reducción del peso corporal en el paciente sobrepeso) es el único tratamiento integral capaz de controlar simultáneamente la mayoría de los problemas metabólicos de las personas con diabetes, incluyendo la hiperglicemia, la resistencia a la insulina, la dislipoproteinemia y la hipertensión arterial. Además, comprende el plan de educación terapéutica, alimentación, ejercicios físicos y hábitos saludables.

Educación terapéutica continuada. La educación es la piedra angular del tratamiento y está presente en todos los servicios como elemento esencial en la atención integral al paciente diabético.

Persigue como objetivos principales proporcionar información y conocimientos sobre la diabetes; entrenar y adiestrar en la adquisición de habilidades y hábitos; pretende crear en el enfermo una real conciencia de su problema, que le permite lograr cambios en su estilo de vida, para una mejor atención en su estado de salud. Debe ser progresiva,

continua y ajustada a las condiciones clínicas del enfermo. Dirigido a lograr la incorporación activa del paciente y sus familiares al tratamiento<sup>24</sup>. La educación debe mantenerse invariablemente, identificando deficiencias, ampliar los conocimientos para influir en los cambios de conducta, lograr un estilo de vida propio de la condición diabética, es fundamental para controlar la enfermedad y disminuir las complicaciones.

Nutrición adecuada. Está dirigida a contribuir a la normalización de los valores de la glicemia durante las 24 horas, y a favorecer la normalización de los valores lipídicos. Estos objetivos se deben lograr sin afectar la calidad de vida de los enfermos y deben contribuir a evitar la hipoglucemia. Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la eficacia. Las dietas con alto contenido en fibra y una proporción adecuada de hidratos de carbono, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia. El consumo de alcohol debe ser en cantidades limitadas.

Los paneles de recomendación de las diferentes guías mantienen, para las personas diabéticas: 50%-60% de aporte de las necesidades energéticas en forma de hidratos de carbono, 15% en forma de proteínas y menos del 30% en forma de grasas. Al paciente se le deben indicar el número de calorías por kg de peso que requiere de acuerdo con su nivel de actividad física. Si tiene sobrepeso (recordar fórmula: IMC: peso kg/talla m<sup>2</sup>) se le impone un déficit de 400-600 cal/día. El cálculo del valor calórico total (VCT) dependerá del estado nutricional de la persona y de su actividad física y es igual al peso ideal de la persona por el gasto calórico por trabajo.

Por otra parte, los carbohidratos, cuando representan el 50%-60% de una alimentación energéticamente adecuada, tienen un efecto neutro sobre la glucemia. Deben ser fundamentalmente polisacáridos (granos, arroz, papa). Las grasas son los

nutrientes con mayor densidad calórica y menor poder de saciedad. Se reconocen tres tipos de ellas: Saturadas: elevan notoriamente el colesterol de LDL (cLDL), incrementan el riesgo cardiovascular a largo plazo, se encuentran primordialmente en alimentos de origen animal como: carne de res, cerdo y productos lácteos. Monoinsaturadas: reducen el cLDL y los triglicéridos (TG) e incrementan levemente el colesterol de HDL (cHDL); reducen el riesgo cardiovascular a largo plazo, se encuentran en aceite de oliva, aguacate, maní.

Poliinsaturadas: Omega 6: tienen un efecto discreto de reducción del cLDL y un efecto neutro sobre los demás lípidos; se encuentran en aceite de maíz, soya y algodón. Omega 3: tienen un efecto importante de reducción de TG (consumos grandes) y un efecto positivo sobre el cHDL; disminuyen el riesgo cardiovascular a largo plazo y se encuentran especialmente en la grasa de pescados como el atún, bonito, jurel, sierra, salmón y aceites como el de canola. Ácidos grasos trans: son ácidos grasos mono o poliinsaturados, que han cambiado la configuración espacial de sus dobles enlaces como consecuencia del calentamiento o la hidrogenación, elevan el cLDL, hacen descender el cHDL, e incrementan el riesgo cardiovascular a largo plazo, se encuentran en margarinas vegetales de mesa y cocina

La proliferación de las comidas rápidas aumenta el consumo de grasas trans. Colesterol: el consumo de colesterol no es el principal determinante del colesterol plasmático, pero influye en él. La alimentación debe aportar menos de 200 mg de colesterol por día. Los pacientes con DM2 deben ingerir 15%-20% del VCT en forma de proteínas. La ingesta de proteínas no tiene ningún efecto sobre la glucemia y en cambio sí incrementa de manera aguda la secreción de insulina, las proteínas son potenciadores de esta secreción. No existe evidencia que indique que los pacientes con diabetes deben restringir el consumo de proteínas, a menos que tengan nefropatía. La

fibra puede clasificarse en soluble (gomas, pectinas) e insoluble (celulosa, hemicelulosas). Ambas reducen la absorción del colesterol, pero sólo se evidencia una asociación negativa con el riesgo cardiovascular para la fibra soluble. Los pacientes con DM 2 deben ingerir al menos 30 g de fibra soluble por día. Esa recomendación se alcanza con 5 a 6 porciones de fruta y verdura al día (incluyendo las de las comidas).

Actividad física. Las ventajas fisiológicas inmediatas de la actividad física son mejoría de la acción sistémica de la insulina de 2 a 72 h, mejoría de la presión sistólica más que la diastólica y aumento de la captación de glucosa por el músculo y el hígado. Además, a mayor intensidad de la actividad física, se utilizan más los carbohidratos. La actividad física de resistencia disminuye la glucosa en las primeras 24 h<sup>27</sup>. A largo plazo, la actividad física mantiene la acción de la insulina, el control de la glucosa, la oxidación de las grasas y disminuye el colesterol LDL. Si se acompaña de pérdida de peso, es más efectiva para mejorar la dislipidemia, sin embargo, estudios recientes revelan que aunque no provoque pérdida de peso, mejora significativamente el control glucémico, reduce el tejido adiposo visceral, los triglicéridos plasmáticos, mejora los niveles de óxido nítrico, la disfunción endotelial y la depresión.

- Tratamiento farmacológico: debe considerarse su empleo en el paciente cuando con la dieta y el ejercicio físico no se consiga un adecuado control de la diabetes Mellitus, tras un período razonable (4-12 semanas) después del diagnóstico.

#### ***2.1.2.2.2. Costos por diabetes mellitus e hipertensión arterial***

Las enfermedades DM y la HTA generan altos costos en América Latina. En el caso de Perú, la tasa de estas enfermedades adquiere un crecimiento constantemente. Esta situación conlleva a la necesidad de aumentar la asignación de recursos financieros a los servicios de salud progresivamente. Al respecto, Pérez y otros (2009), afirman que

distintos estudios de investigación han destacado problemas importantes en el manejo de los pacientes con estas enfermedades, por ejemplo, alta proporción de diagnósticos tardíos, hasta 70% de pacientes descompensados, utilización inapropiada de medicamentos y errores al proporcionar recomendaciones acerca de la dieta y el ejercicio.

Estas circunstancias traen como consecuencia mayores costos al sistema de salud peruano, al paciente y su familia. Al referirse al tema Castillo y otros (2017), mencionan que la estimación de los costos de estas enfermedades no transmisibles, se establece tomando en cuenta tres aspectos: a) Los costos directos, son los gastos en atención médica desde la perspectiva de las instituciones de salud. b) Los costos indirectos, son los gastos expresados en pérdida de ingresos, productividad por muerte prematura y discapacidades en la perspectiva de los hogares, de la seguridad social y de los empleadores c) Los costos intangibles, son el resultado de costos que no fueron previstos y se calcula en cuanto se advierte un patrón de pérdida.

Para efectos de esta investigación los costos serán abordados desde el punto de vista costo beneficio que involucra la concentración de atención por el aumento en el número de citas cuando el paciente presenta complicaciones en su salud, la deserción de pacientes que no asisten a la cita por los gastos e bolsillo que involucra. Los costos por complicaciones, por ejemplo, cardiopatía, neuropatía, nefropatía y maculopatía. Por último, los costos que implican la cultura del peruano en cuanto al significado de la promoción de la salud, importancia de la prevención de enfermedades y la consideración del centro de atención primaria como un determinante de la salud en la prevención o para curar la enfermedad.

## 2.2. Marco Filosófico

La salud pública se ocupa de la protección de la salud de la poblacional. En este contexto, su finalidad es mejorar las condiciones de salud de las personas. Por tanto, entre los aspectos, que según León (2018), enmarca la investigación en Salud Pública se encuentran tres:

- Epistemología de la Salud Pública, la cual permite estudiar su fundamentación filosófica. Para ello se vale de la antropología (para vincular sus principios con la naturaleza humana.), metafísica (condiciones teóricas que explican su presencia como entidad real) y la gnoseología (como fundamento teórico que posibilita la construcción de conocimientos en esta especialidad)

- Epistemología de la Salud Pública, para abordar sus características y científicidad. Es decir, trata de estudiar y precisar de manera apropiada cada uno de sus contenidos teóricos, enfocando el quehacer investigativo en cuatro áreas de análisis: (a) taxonomía, que clasifica y ordena el contenido teórico de la Salud Pública como disciplina o identificando sus partes o funciones más representativas. (b) sincrónica, está referida al reconocimiento analítico de los componentes estructurales de la Salud Pública, desde los más básicos hasta los de mayor complejidad diacrónica y teórica. (c) La diacrónica, relaciona la Salud Pública con el proceso de desarrollo histórico. La teórica, enfatiza la relevancia del lenguaje porque sin éste es imposible abstraer, construir y comunicar cualquier conocimiento.

-Ética de la Salud Pública: está vinculada a la bioética y en el plano práctico, a la deontología: lo que debería ser y hacer la Salud Pública. En cuanto a la deontología, debe respetar criterios reguladores del desempeño del personal de salud (médicos, enfermeras, psicólogos, etc.), investigadores y salubristas. En este sentido, la deontología trata de humanizar las intervenciones en favor del bienestar de los

colectivos. Para efectivizar las acciones saludables, amerita disponer de información veraz y proponer soluciones pragmáticas enmarcadas en la ética y la deontología porque precisan de intenciones, voluntad de trabajo, actitudes proactivas y otras formas de la conducta humana.

En este escenario, las reflexiones epistemológicas sobre salud, son parte fundamental en la construcción histórica de esta disciplina, pues según Barros y Delizoicov (2008), al asumirse la permeabilización multidisciplinar en el área de ciencias de la salud caracterizada por el mantenimiento y reproducción de una tradición discursiva y práctica que se pretende y legitima como la aplicación de conocimiento científico en el manejo de la enfermedad. Tales argumentos son ratificados por León (2018), en su recorrido por el devenir de los nexos de relación entre los primeros pensadores y la filosofía para la salud pública que, para este autor, la filosofía y el saber filosófico inician en el momento en que los mitos y las explicaciones mágicas o fantásticas son reemplazadas y cuestionadas por razonamientos empíricos o tomando como referencia juicios racionales. Así para Aristóteles, la filosofía comprendía dos áreas: metafísica o ciencia primigenia y la filosofía de las ciencias, que explica el origen, validez y límites del conocimiento científico.

A su vez, para Kant, la razón humana más que un instrumento para analizar la realidad sirve para explicar y fundamentar los conceptos, es decir, es una forma de aproximación a la realidad para hallar su propia validez. En este escenario, las ciencias de la salud han ido las distintas formas de producción de conocimientos tomando en cuenta las ideologías imperantes en el momento histórico. No obstante, desde su creación como ciencia el positivismo ha dominado la generación del saber. Sin embargo, a partir de 1930 se constituyen una diversidad de corrientes epistemológicas no positivistas de crítica de la concepción empirista- inductivista conformada por

filósofos e historiadores como Bachelard, Popper, Koyré, Kuhn, Feyerabend, Lakatos y Chalmers, Fleck, entre otros, enfocadas en el conocimiento de la práctica médica, en la atención de la salud, sus propósitos, métodos, concepciones. En este contexto, Barros da Silva <sup>32</sup> reseña las implicaciones para la caracterización de la racionalidad de la medicina científica de Canguilhem, Foucault y Kuhn.

La delimitación del concepto de enfermedad, constructo fundamental por tratarse del objeto de conocimiento de la medicina, es abordado en el análisis de Canguilhem para la formación teórica de los conceptos de lo normal y lo patológico, y en la interpretación foucaultiana que identifica el desplazamiento epistemológico que da origen al método clínico como modelo de práctica subyacente a los procesos de intervención en salud. La perspectiva socioconstructivista de L. Fleck es representada como posibilidad de abordaje epistemológico para explicar la dinámica de transformación, instauración y extensión de los hechos científicos, atribuyendo importancia a los elementos históricos y sociales como posibilidad de interpretar la complejidad en el área de la salud.

En la actualidad, ante los desafíos que la humanidad debe enfrentar en este siglo, según Barros y Delizoicov (2008), hay evidencias que apuntan a la fragilidad de la supuesta neutralidad científica; el enfoque histórico y sociológico del conocimiento y de los procedimientos utilizados por las prácticas médicas posibilita al menos el reconocimiento de la complejidad en el área de la salud. Además, en esta época, la filosofía de las ciencias, es concebida como una disciplina encargada de indagar los aspectos filosóficos que están en relación con las ciencias; es el caso de la filosofía de la medicina, definida como la reflexión crítica sobre los contenidos, procedimientos, métodos, conceptos, presupuestos y postulados particulares de la medicina: Es decir, involucra la técnica, el arte, comunicación, la ética y también la deontología.

En este sentido, el modelo atención integral presenta una visión que aporta un sentido de interacción entre los factores sociales, económicos, culturales y políticos con aquellos, por así decir, internos de análisis de la racionalidad científica. Además, se presenta desde una perspectiva epistemológica socio constructivista, holística al considerar a la persona como una unidad formada por cuerpo, espíritu, relaciones con la familia, la sociedad, el medio ambiente y su propia cosmovisión. Está orientado a la inclusión de los grupos poblacionales tradicionalmente excluidos de las decisiones sobre su propia salud, tales como los de bajo ingreso, los grupos originarios y la población rural.

Esta postura filosófica concibe la atención a las personas, a través del diálogo y el análisis reflexivo, respetuoso y en condición de igualdad. Admite la horizontalización para una atención individual, familiar y comunitaria a través de equipos multidisciplinarios, que permita lograr que la población quiera ser atendida oportunamente, con respeto, calidad y calidez. Y el personal de salud quiere dedicarse más a atender adecuadamente a la población y menos a procesar información

### **2.3. Definición de términos**

**Modelo de atención integral:** es el conjunto de estrategias, normas, procedimientos, herramientas y recursos que al complementarse, organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de los pacientes hipertensos y diabéticos

**Control del daño:** abordaje novedoso para el tratamiento de los pacientes. Consiste en la realización de una terapia adecuada para el control de complicaciones en pacientes diabéticos e hipertensos.

**Proceso de atención:** es un método sistemático que brindar cuidados humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de la salud.

**Costo de atención:** también llamado coste, es el gasto económico ocasionado por la producción de algún bien o la oferta de algún servicio. Este concepto incluye la compra de insumos, el pago de la mano de trabajo, los gastos en las producción y administrativos, entre otras actividades.

**Factor de riesgo:** son eventos o fenómenos de cualquier naturaleza a los cuales se expone el individuo en su ambiente cuya consecuencia puede ser la producción de una enfermedad o efecto. (Colimon, 2008)

**Adherencia:** Es el grado de consumo del suplemento ya sea preventivo, terapéutico prescrito. Buena disposición para cumplir con el tratamiento en cuanto a que se refiere al horario, dosis y tiempo. Es adecuada cuando se consume el 75% a más de la dosis indicada. (MINSA, 2017)

### **III. Método**

#### **3.1. Tipo de Investigación**

El tipo de investigación fue aplicada conforme a que Flames define este tipo de estudios como la que se aplica en situaciones concretas las teorías, ecuaciones, inventos, etc. para transformar la realidad. En este sentido, se pretende controlar la hipertensión arterial y la diabetes a través de la efectividad de la innovación en el Modelo de Atención Integral en una institución privada de Lima, 2019.

##### **3.1.1. Diseño de investigación**

En cuanto al diseño de la investigación correspondió a un estudio cuasi-experimental y prospectivo, que según León y Montero (2004), el término cuasi significa casi, por lo que un diseño cuasi-experimental casi alcanza el nivel de experimental, el criterio que le falta para llegar a este nivel es que no existe ningún tipo de aleatorización, es decir, no hay manera de asegurar la equivalencia inicial de los grupos: el experimental o de estudio (a quien se le desarrollará la innovación) y control (No recibirán la innovación). Se tomaron grupos que ya estuvieron integrados por lo que las unidades de análisis no se asignan al azar ni por pareamiento aleatorio.

En tal sentido, este tipo de diseño permitió determinar la efectividad de la innovación del Modelo de Atención Integral para evitar complicaciones en pacientes hipertensos y

diabéticos en una Institución Privada de Lima. A su vez, los estudios prospectivos permiten recoger los datos en dos momentos a ambos grupos. Por lo tanto, en esta investigación la variable dependiente se medirá en dos momentos, antes y después del desarrollo de la innovación, para medir su efectividad a fin de evitar complicaciones en estos pacientes.

## 3.2. Población y muestra

### 3.2.1. Población

La población objeto de estudio fueron los pacientes 1,728 hipertensos y diabéticos que acudieron a consulta en una Institución Privada de Lima en el año 2019.

Para efectos de esta investigación, la muestra se seleccionó por muestreo no probabilístico, debido a que, tal como lo expresa Kinneer y Taylor (citados en Roig 2017), la selección de los elementos de la población que van a formar parte de la muestra se basó hasta cierto punto en el criterio del investigador.

### 3.2.2. Muestra.

En tal sentido, se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, definido por Otzen y Manterola, (2017), como el que permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador.

Para determinar el tamaño de la muestra se hará uso de la fórmula para población conocida el cual se precisa a continuación:

Dónde:

$$n = \frac{Z^2 p N}{e^2 (N + 1)}$$

$Z^2$  = intervalo de confianza (0.95) o 95% Valor tabular:  $(1.96)^2 = 3.8416$

P = proporción de aciertos (0.50)

Q = proporción de desaciertos (1 - p)

N = población total (1728)

e<sup>2</sup> = margen de error calculado (0.035) o (3.5%)<sup>2</sup> = 0.001225

m = muestra

Reemplazando en la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 p Q N}{e^2 N + Z^2}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.5 \times 0.5 \times 480}{0,0012 \times 1,727 + 0.5 \times 0.5 \times 3.84}$$

$$n = \frac{460.80}{2.07 + 0,96} = \frac{460.80}{3.03} = \boxed{152.0}$$

Muestra final: 152 pacientes

#### **Criterios de inclusión:**

- Ambos sexos
- Mayores de 40 años
- Que deseen participar en la investigación

#### **Criterios de exclusión**

- Que presenten otra enfermedad crónica (insuficiencia renal, hepática o cardiaca).
- Menores de 40 años
- Que no deseen participar en la investigación

Aplicando los criterios de inclusión y exclusión, de la muestra obtenida según fórmula correspondiente a 152 pacientes, se ha seleccionado como muestra final un total de **130 pacientes** entre hipertensos y diabéticos (65 hipertensos y 65 diabéticos)

### **3.3. Operacionalización de variables**

<b>Variables</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Sub indicadores</b>	<b>Índices</b>	<b>Escala de medición</b>
Modelo de atención integral en salud	Control del daño	Conocimiento	-Tipo de enfermedad -Adherencia al tratamiento -Alimentación saludable -Actividad física -Estado emocional -El sueño -Atención integral	Nominal (SI-NO)
	Proceso de atención	Gestión	-Asistencia a cita -Asistencia a enfermería -Asistencia a tamizaje de salud renal -Asistencia a control de odontología -Tarjeta de control -Recibe Información, educación y comunicación -Clima favorable -Interrelación con el profesional -Resultados esperados	
	Costo de la atención	Concentración de atención	- Número de citas	
		Deserción de pacientes	- Asistencia a citas	
		Complicaciones	-Cardiopatía -Neuropatía -Nefropatía -Maculopatía	
		Cultura de la salud	-Significado de la promoción de la salud -Importancia de la prevención de enfermedades -Consideración de los centros de atención primaria	
Pacientes hipertensos y diabéticos	Resultados del cuidado	Resultados de laboratorio	-Hemograma -HbA1c -Perfil lipídico -Examen de orina	Intervalo
		Resultado de tamizaje renal	-Estadio de enfermedad renal	
		Resultado del control de enfermería	- IMC -Glucotest -Presión arterial -Adherencia al tratamiento -Alimentación Saludable -Actividad Física -Sueño - Equilibrio Emocional	

### 3.4. Instrumentos

Los instrumentos fueron aprobados por 3 expertos (metodólogo, estadístico y especialista) de acuerdo a las variables del estudio. El instrumento dirigido a recolectar información sobre la variable modelo de atención integral consiste en un cuestionario dicotómico constituido por 26 preguntas o ítems diferenciados de la siguiente manera: nueve (9) para el indicador control del daño, 10 para el proceso de atención y siete (7) para el indicador costo beneficio.

Para los pacientes hipertensos y diabéticos, se utilizará una ficha de recolección de datos relacionados con el indicador resultado del cuidado y los subindicadores resultados de laboratorio, resultado de tamizaje renal y resultados del control de enfermería.

#### 3.4.1. Validez y confiabilidad

**Validez del instrumento**, se realizó a través de una ficha de validación el cual fue proporcionado a los expertos constituidos por enfermeras con grados académicos de doctoras en salud pública (**Ver Anexo**).

**Confiabilidad del instrumento**, fue sometida a prueba de Alpha Cronbach.

El estadístico de fiabilidad empleado, Alfa de Cronbach, reveló que los instrumentos empleados son fiables y hacen mediciones estables y consistentes.

#### Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,81	26
0,61	14
0,71	12

#### Estadísticos de validez

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.	0,824
--	-------

Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	142,032
	Gl	26
	Sig.	0,000

El estadístico de fiabilidad y validez empleado, Kaiser-Meyer-Olkin, revela que los instrumentos empleados son válidos ( $KMO > 0,5$ ).

### 3.5. Procedimiento

Para realizar la implementación de la innovación en el Modelo de Atención Integral, se entregó los consentimientos informados a la muestra seleccionada, luego se aplicaron los dos instrumentos como pretest a los grupos (de estudio y control), luego se ejecutó la innovación para posteriormente aplicar el post test a ambos grupos para evaluar el impacto de la efectividad en la innovación al Modelo de Atención Integral para evitar complicaciones en hipertensos y diabéticos en una institución privada de Lima, 2019

### 3.6. Análisis de datos

Se realizó un análisis cuantitativo de los datos arrojados por los dos instrumentos, empleando estadística descriptiva para ello. El efecto de la innovación se midió mediante análisis comparativo, determinando las diferencias porcentuales entre los dos momentos de aplicación pre test y pos test por medio de la prueba de chi cuadrado con intervalo de confianza al 95%. La información se recolectó en el software Excel y se analizará en el paquete estadístico SPSS versión 21.

### 3.7. Consideraciones éticas

En esta investigación se tuvo en cuenta el consentimiento informado oral y escrito voluntario de cada paciente para el estudio. De igual manera, con la firme intencionalidad de salvaguardar la confidencialidad de éstos, no se señaló el nombre en los instrumentos de investigación, sino que fueron codificados de acuerdo a las iniciales de sus nombres y apellidos. A su vez, la información obtenida sobre los pacientes fue utilizada solo para los objetivos del estudio.

A los participantes se les otorgó el derecho a retirarse del estudio sin perjuicio para ellos. Aunado a ello, acataron los principios éticos de Belmont respeto a la dignidad humana, de beneficencia, y el principio de justicia (Selección justa no discriminatoria). De igual manera se rigió por la Declaración de Helsinki cuyo principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación.

Asimismo, en relación con las políticas del medio ambiente, los residuos que se desarrollan (papeles, residuos biológicos, algodón, lancetas, elementos punzocortantes), fueron almacenados de acuerdo con las normas de seguridad pertinentes al caso y luego fueron retirados por una empresa contratada para ello.

## **IV. Resultados**

### **4.1. Contrastación de la hipótesis**

#### **4.1.1. Contrastación de hipótesis general**

H<sub>1</sub>: La innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos tiene una alta efectividad en una Institución Privada de Lima en el 2019.

H<sub>0</sub>: La innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos no tiene una alta efectividad en una Institución Privada de Lima en el 2019.

#### **Comprobación de hipótesis**

Para la contrastación de la hipótesis general se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para determinar la efectividad del modelo de atención y comprobar que los puntajes del post test son mayores a los del pre test.

#### **Tabla 1**

*Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste*

<b>Estadísticos de contraste<sup>b</sup></b>	
	Post - Pre
Z	-3,230 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0,001

a. Basado en los rangos negativos.

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Decisión:

Como  $p=0.001 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que la innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos tiene una alta efectividad en una Institución Privada de Lima en el 2019.

### **Hipótesis específica 1**

$H_1$ : El modelo de atención integral en relación con control del daño es efectivo en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima.

$H_0$ : El modelo de atención integral en relación con control del daño no es efectivo en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima.

### **Comprobación de hipótesis**

Para la contratación de la hipótesis general se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para determinar la efectividad del modelo de atención y comprobar que los puntajes del post test son mayores a los del pre test.

### **Tabla 2**

*Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste*

<b>Estadísticos de contraste<sup>b</sup></b>	
	Post - Pre
Z	-2,675 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0,007

a. Basado en los rangos negativos.

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Decisión:

Como  $p=0.007 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que el modelo de atención integral en relación con control del daño es efectivo en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima.

### **Hipótesis específica 2**

$H_1$ : El modelo de atención integral en relación con el proceso de atención es efectivo en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima.

$H_0$ : El modelo de atención integral en relación con el proceso de atención no es efectivo en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima.

### **Comprobación de hipótesis**

Para la contratación de la hipótesis general se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para determinar la efectividad del modelo de atención y comprobar que los puntajes del post test son mayores a los del pre test.

### **Tabla 3**

*Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste*

<b>Estadísticos de contraste<sup>b</sup></b>	
	Post - Pre
Z	-2,666 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0,008

a. Basado en los rangos negativos.

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Decisión:

Como  $p=0.008 < 0.05$ , se rechaza  $H_0$ , es decir que el modelo de atención integral en relación con el proceso de atención es efectivo en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima.

### **Hipótesis específica 3**

$H_1$ : El modelo de atención integral en relación al costo es menor y el beneficio es mayor en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima.

$H_0$ : El modelo de atención integral en relación con al costo no es menor y el beneficio no es mayor en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima.

### **Comprobación de hipótesis**

Para la contratación de la hipótesis general se aplicó la prueba estadística de Wilcoxon para determinar la efectividad del modelo de atención y comprobar que los puntajes del post test son mayores a los del pre test.

### **Tabla 4**

*Prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas según estadísticos de contraste*

<b>Estadísticos de contraste<sup>b</sup></b>	
	Post - Pre
Z	-,314 <sup>a</sup>
Sig. asintót. (bilateral)	0,753

a. Basado en los rangos negativos.

b. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Decisión:

Como  $p=0.753 > 0.05$ , no se rechaza  $H_0$ , es decir que el modelo de atención integral en relación con al costo no es menor y el beneficio no es mayor en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima

## 4.2. Análisis e interpretación de resultados

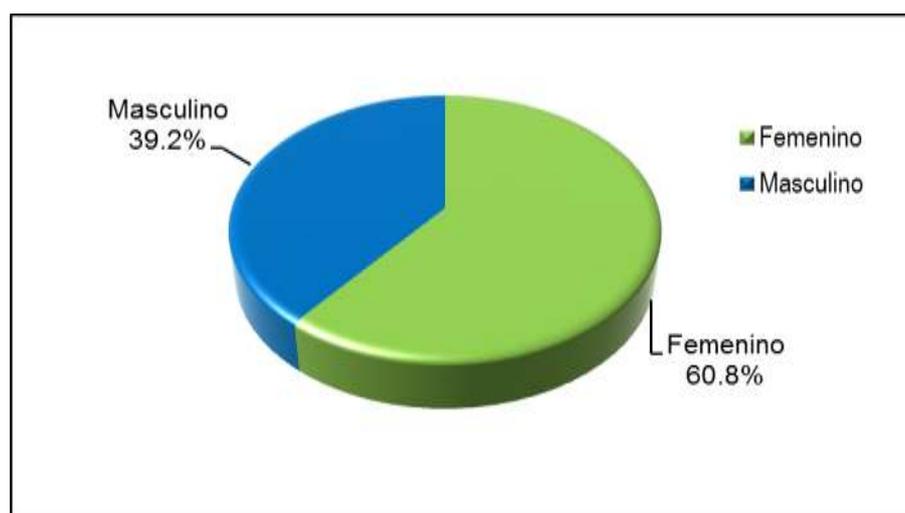
### 4.2.1. Características sociodemográficas

**Tabla 5**

*Sexo de pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	79	60.8
Masculino	51	39.2
Total	130	100.0

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 1. Sexo de pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima, 2019*

Interpretación:

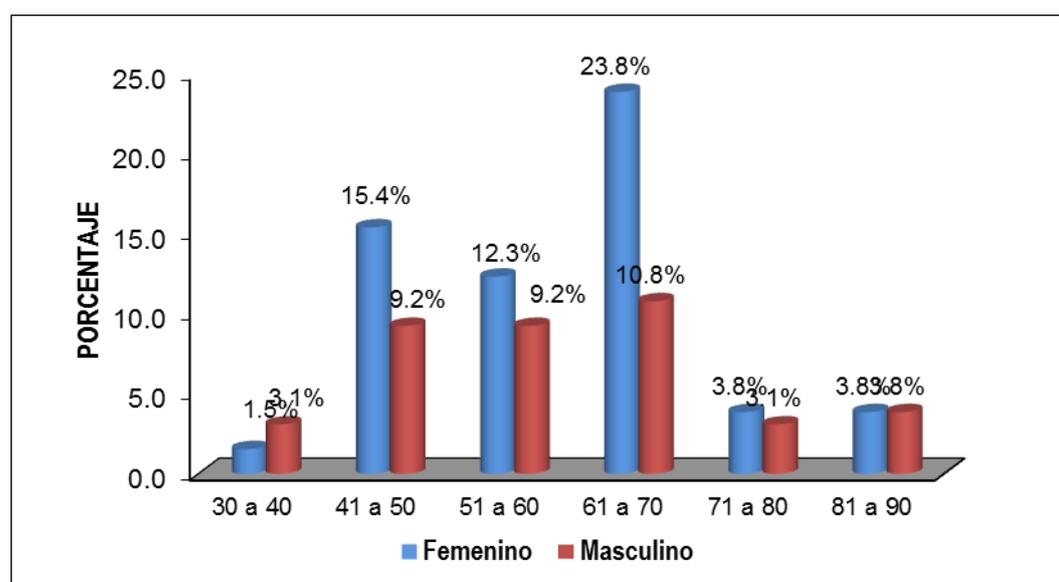
Se observa en la tabla 5 y figura 1, que del total de pacientes encuestados, el 60.8% fueron de sexo femenino y 39.2% de sexo masculino.

**Tabla 6**

*Distribución de pacientes hipertensos y diabéticos según edad y sexo en una Institución Privada de Lima, 2019*

Grupo etario	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N°	%	N°	%	N°	%
30 a 40	2	1.5	4	3.1	6	4.6
41 a 50	20	15.4	12	9.2	32	24.6
51 a 60	16	12.3	12	9.2	28	21.5
61 a 70	31	23.8	14	10.8	45	34.6
71 a 80	5	3.8	4	3.1	9	6.9
81 a 90	5	3.8	5	3.8	10	7.7
Total	79	60.8	51	39.2	130	100

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 2.* Distribución de pacientes hipertensos y diabéticos según edad y sexo en una Institución Privada de Lima, 2019

Interpretación:

Se observa en la tabla 6 y figura 2, que del total de adolescentes encuestados, la mayoría (34.6%) tienen de 61 a 70 años de edad con 23.8% de sexo femenino y 10.8% masculino; seguido de los que tienen de 41 a 50 años, con 15.4% de sexo femenino y 9.2% masculino.

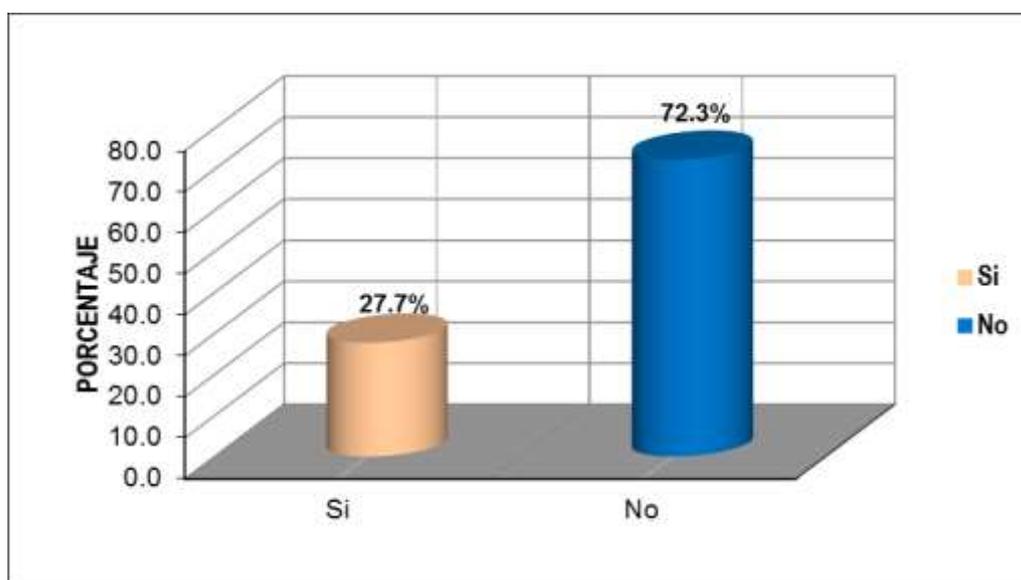
#### 4.2.2. Evaluación del pre test

**Tabla 7**

*Impacto de la innovación de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Si	36	27.7
No	94	72.3
Total	130	100.0

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 3.* Impacto de la innovación de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019

Interpretación:

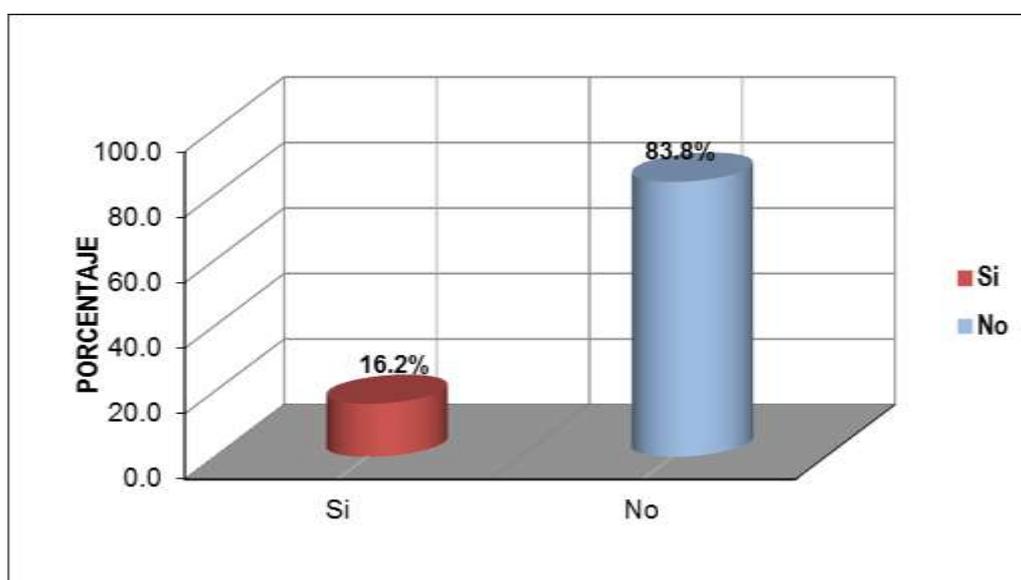
En la tabla 7 y figura 3 se tiene que, según el pre test, los pacientes encuestados si tiene percepción favorable sobre la atención integral con 27.7% y no perciben favorablemente el 72.3%.

**Tabla 8**

*Proceso de control de daños de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	16.2
No	109	83.8
Total	130	100.0

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 4. Proceso de control de daños de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

#### Interpretación:

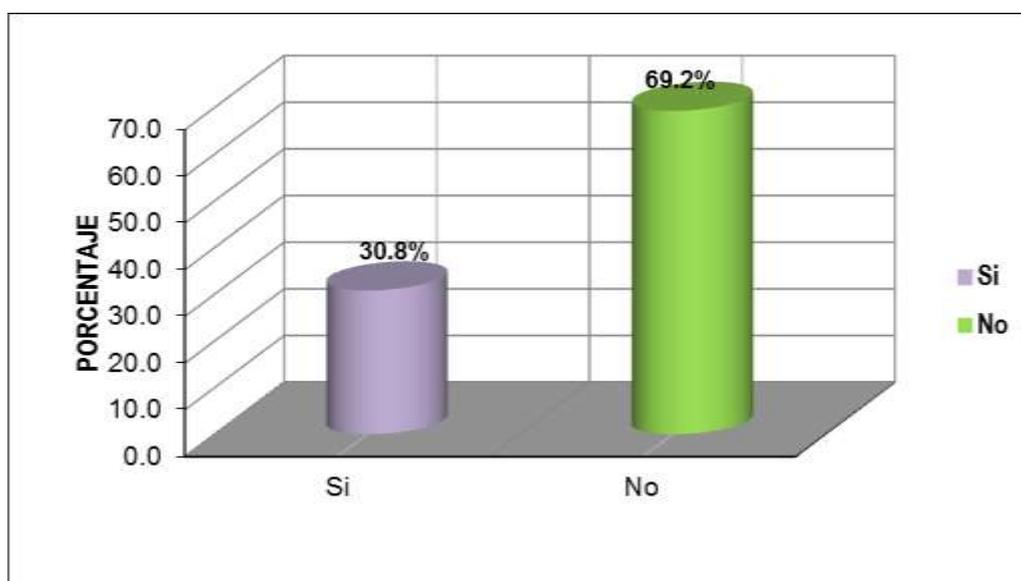
En la tabla 8 y figura 4 se tiene que, según el pre test, los pacientes encuestados si tiene percepción favorable sobre el proceso de control de daños con 16.2% y no perciben favorablemente el 83.8%.

**Tabla 9**

*Proceso de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Si	40	30.8
No	90	69.2
Total	130	100.0

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 5. Proceso de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Interpretación:

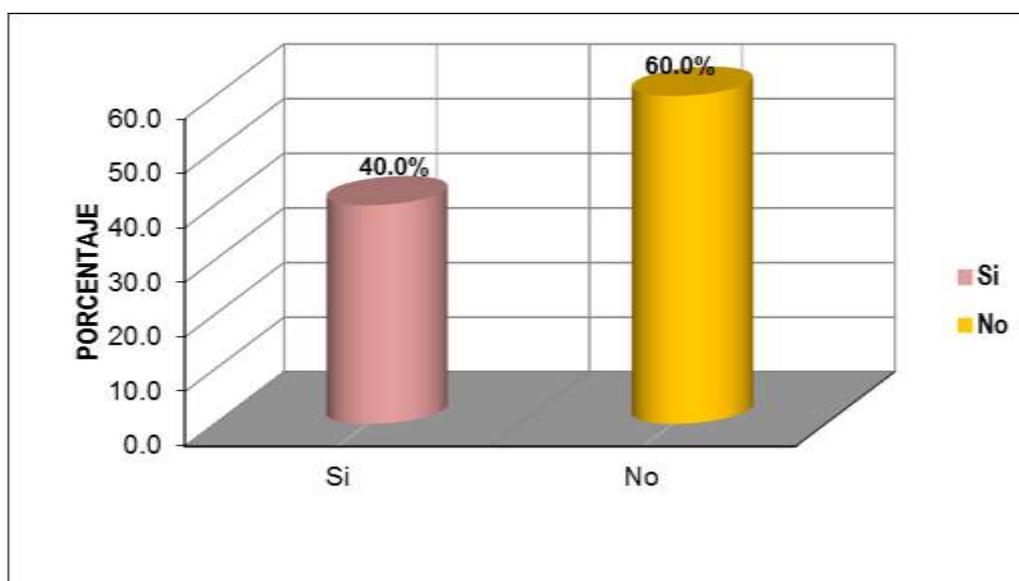
En la tabla 9 y figura 5 se tiene que, según el pre test, los pacientes encuestados si tiene percepción favorable sobre el proceso de la atención integral con 30.8% y no perciben favorablemente el 69.2%.

**Tabla 10**

*Costo de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Si	52	40.0
No	78	60.0
Total	130	100.0

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 6. Costo de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Interpretación:

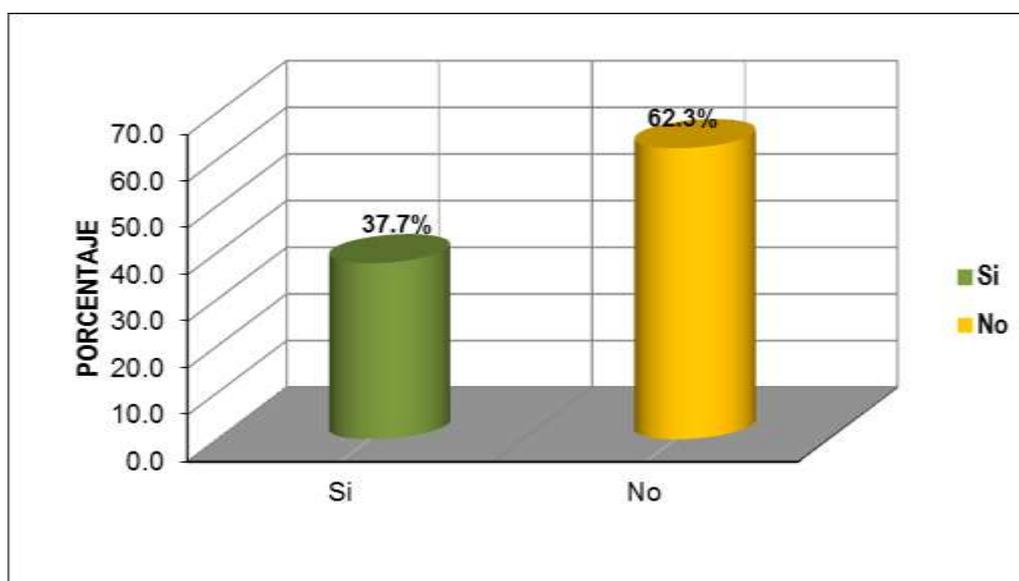
En la tabla 10 y figura 6 se tiene que, según el pre test, los pacientes encuestados si tiene percepción favorable sobre el costo de la atención integral con 40% y no perciben favorablemente el 60%.

**Tabla 11**

*Complicaciones en la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Si	49	37.7
No	81	62.3
Total	130	100.0

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 7. Complicaciones en la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Interpretación:

En la tabla 11 y figura 7 se tiene que, según el pre test, los pacientes encuestados si tiene percepción favorable sobre complicaciones de la atención integral con 37.7% y no perciben favorablemente el 62.3%.

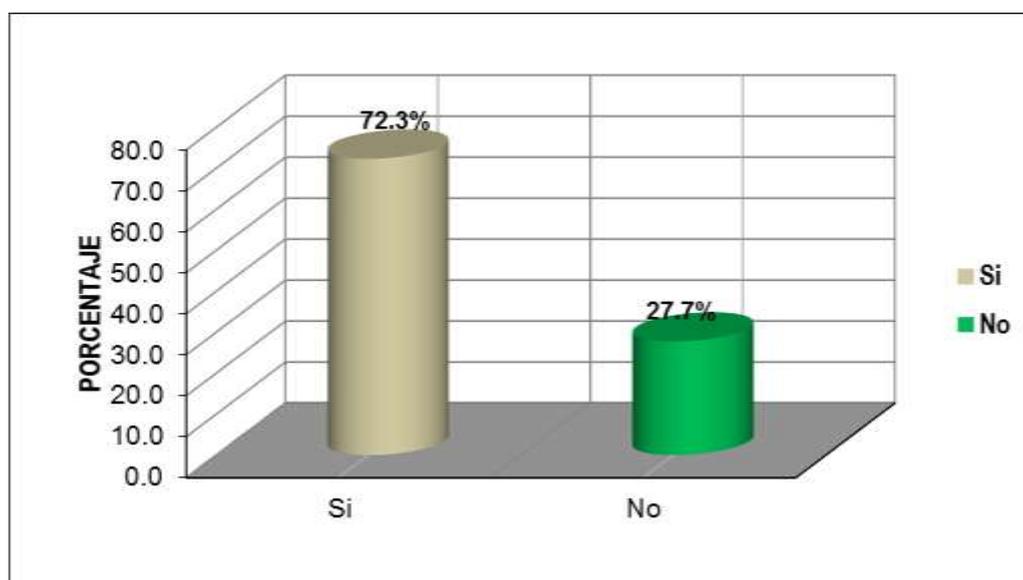
### 4.2.3. Evaluación del post test

**Tabla 12**

*Impacto de la innovación de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Si	94	72.3
No	36	27.7
Total	130	100.0

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 8.* Impacto de la innovación de la atención integral según pos test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019

Interpretación:

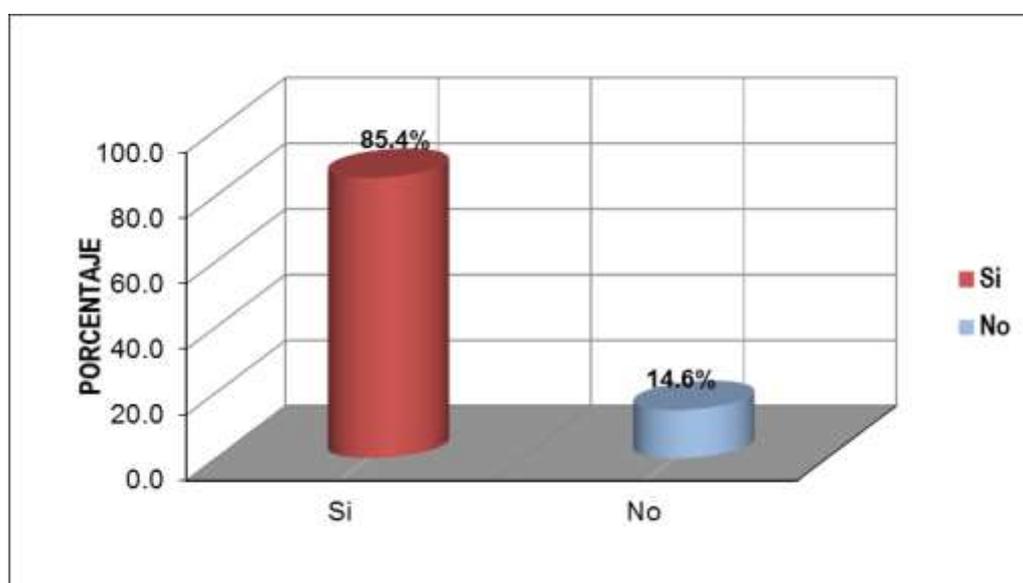
En la tabla 12 y figura 8 se tiene que, según el post test, los pacientes encuestados si tiene percepción favorable sobre la atención integral con 72.3% y no perciben favorablemente el 27.7%.

**Tabla 13**

*Proceso de control de daños de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Si	111	85.4
No	19	14.6
Total	130	100.0

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 9.* Proceso de control de daños de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019

Interpretación:

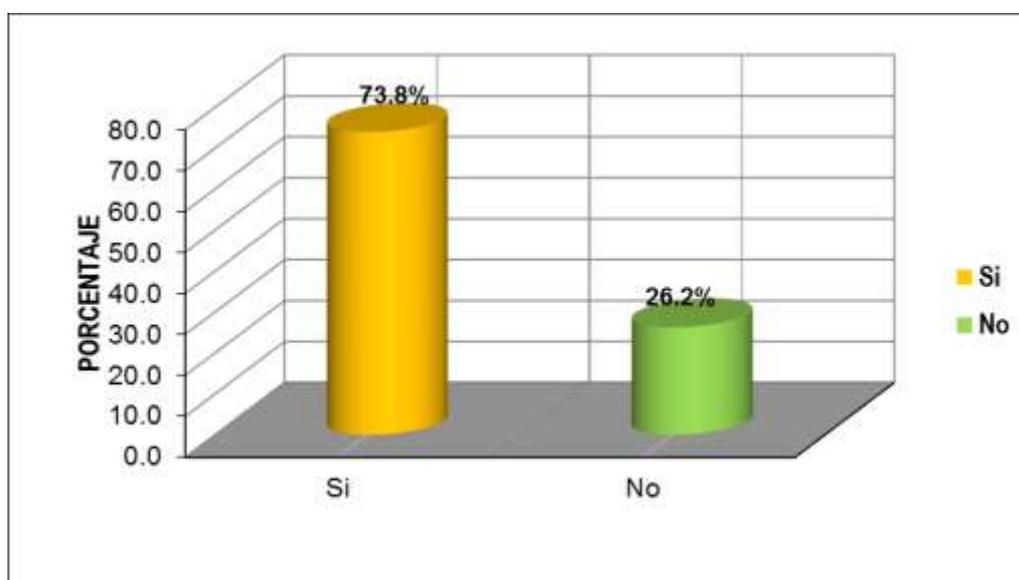
En la tabla 13 y figura 9 se tiene que, según el post test, los pacientes encuestados si tiene percepción favorable sobre el proceso de control de daños con 85.4% y no perciben favorablemente el 14.6%.

**Tabla 14**

*Proceso de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Si	96	73.8
No	34	26.2
Total	130	100.0

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 10.* Proceso de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019

Interpretación:

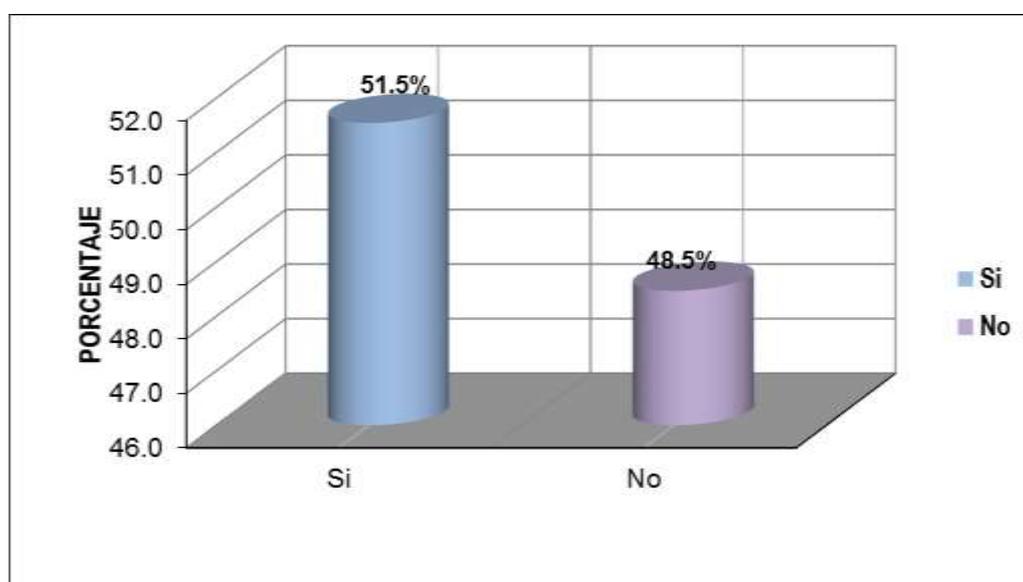
En la tabla 14 y figura 10 se tiene que, según el post test, los pacientes encuestados si tiene percepción favorable sobre el proceso de la atención integral con 73.8% y no perciben favorablemente el 26.2%.

**Tabla 15**

*Costo de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	51.5
No	63	48.5
Total	130	100.0

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 11. Costo de la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Interpretación:

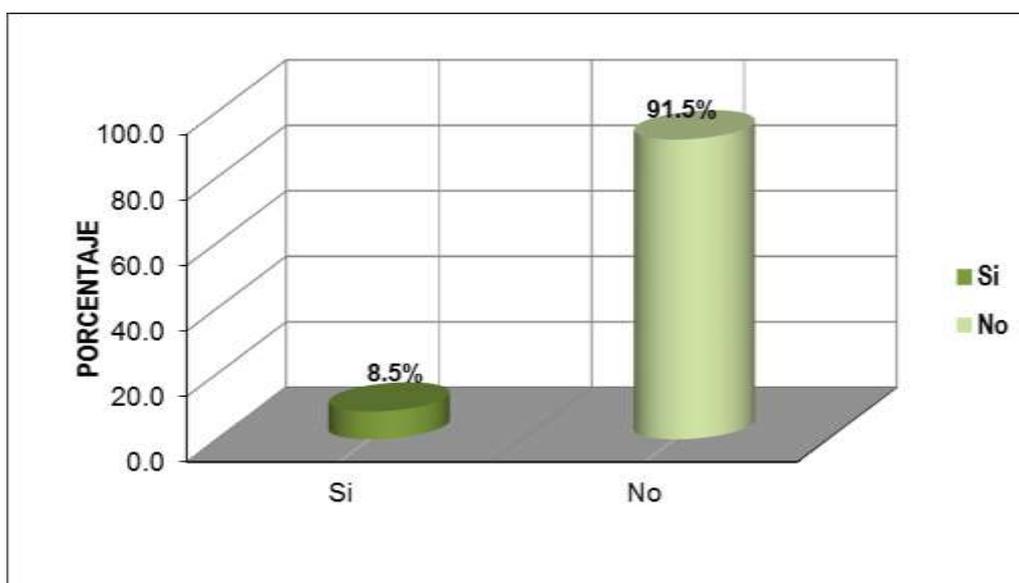
En la tabla 15 y figura 11 se tiene que, según el post test, los pacientes encuestados si tiene percepción favorable sobre el costo de la atención integral con 51.5% y no perciben favorablemente el 48.5%.

**Tabla 16**

*Complicaciones en la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
No	11	8.5
Si	119	91.5
Total	130	100.0

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 12.* Complicaciones en la atención integral según post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019

Interpretación:

En la tabla 16 y figura 12 se tiene que, según el post test, los pacientes encuestados si tiene percepción favorable sobre complicaciones de la atención integral con 8.5% y no perciben favorablemente el 91.5%.

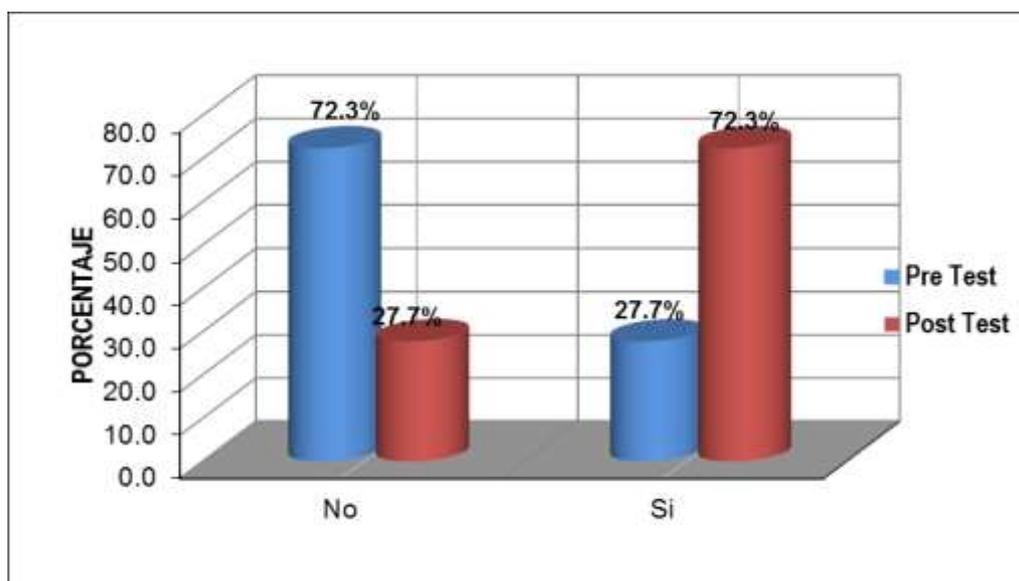
#### 4.2.4. Evaluación del pre test y post test

**Tabla 17**

*Impacto de la innovación de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Pre Test		Post Test	
	N°	%	N°	%
No	94	72.3	36	27.7
Si	36	27.7	94	72.3
Total	130	100	130	100

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 13.* Impacto de la innovación de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019

Interpretación:

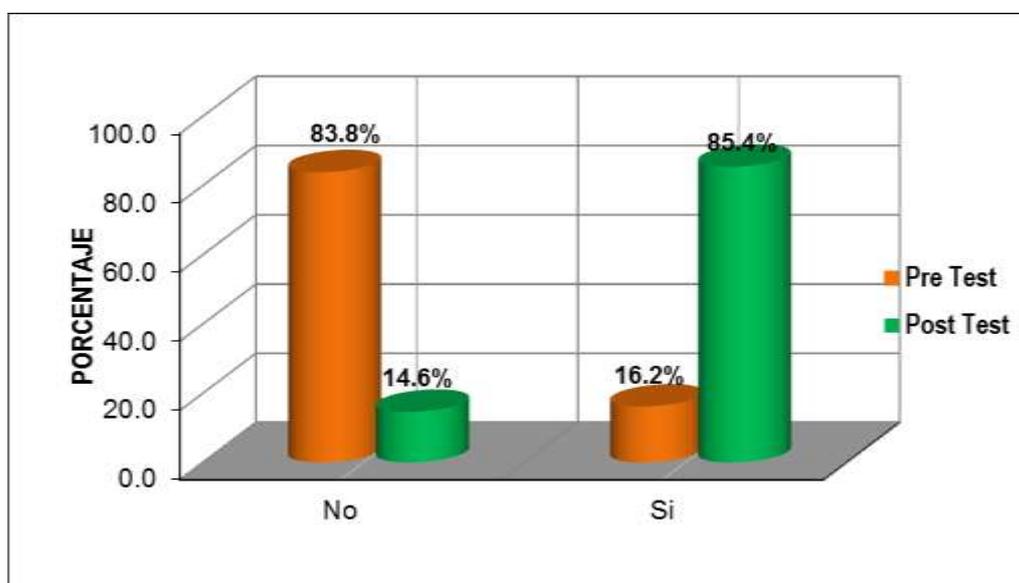
Según tabla 17 y figura 13, antes de la aplicación del modelo, la percepción de la mayoría de pacientes sobre atención integral no fue favorable con 72.3%, pero después de la aplicación del modelo la percepción si fue favorable con 72.3%. Lo cual indica que la aplicación del modelo fue efectiva.

**Tabla 18**

*Proceso de control de daños de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Pre Test		Post Test	
	N°	%	N°	%
No	109	83.8	19	14.6
Si	21	16.2	111	85.4
Total	130	100	130	100

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 14.* Proceso de control de daños de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019

Interpretación:

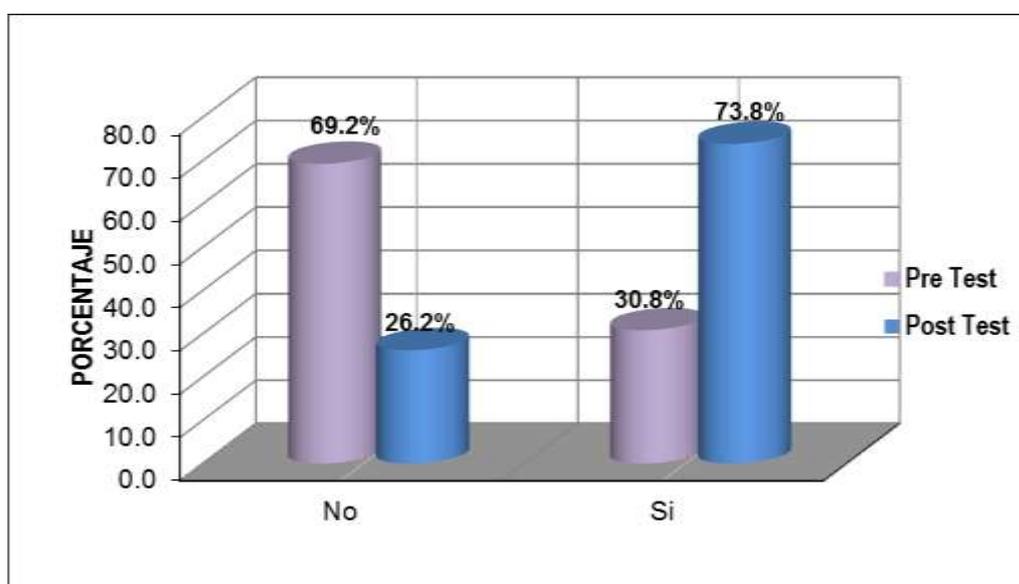
Según la tabla 18 y figura 14, antes de la aplicación del modelo, la percepción de la mayoría de pacientes sobre proceso de control de daños no fue favorable con 83.8%, pero después de la aplicación del modelo la percepción si fue favorable con 85.4%. Lo cual indica que la aplicación del modelo fue efectiva.

**Tabla 19**

*Proceso de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Pre Test		Post Test	
	N°	%	N°	%
No	90	69.2	34	26.2
Si	40	30.8	96	73.8
Total	130	100	130	100

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 15. Proceso de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Interpretación:

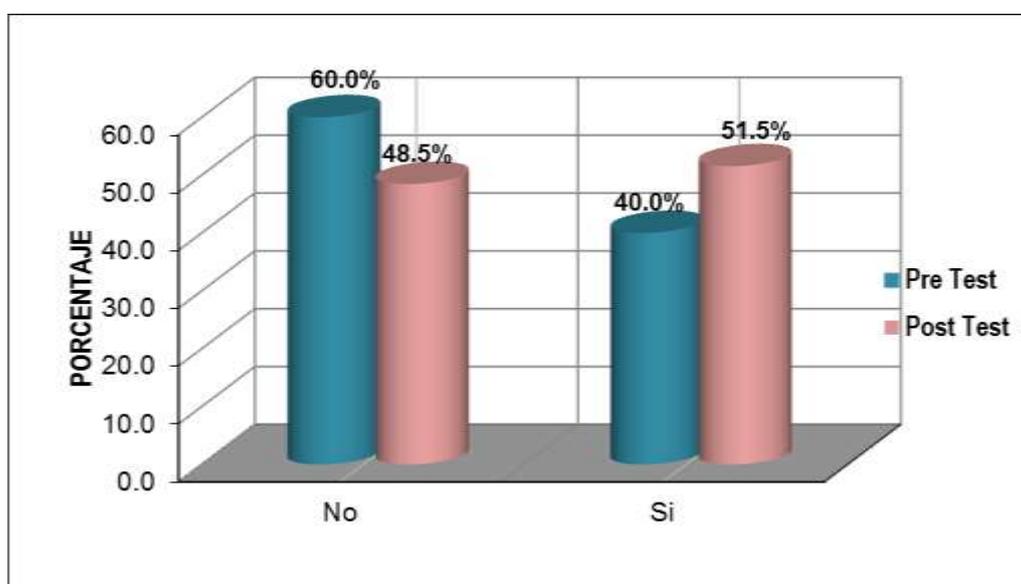
Según la tabla 19 y figura 15 se tiene que, antes de la aplicación del modelo, la percepción de la mayoría de pacientes sobre proceso de la atención no fue favorable con 69.2%, pero después de la aplicación del modelo la percepción si fue favorable con 73.8%. Lo cual indica que la aplicación del modelo fue efectivo

**Tabla 20**

*Costo de la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Pre Test		Post Test	
	N°	%	N°	%
No	78	60.0	63.0	48.5
Si	52	40.0	67	51.5
Total	130	100	130	100

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 16. Costo de la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Interpretación:

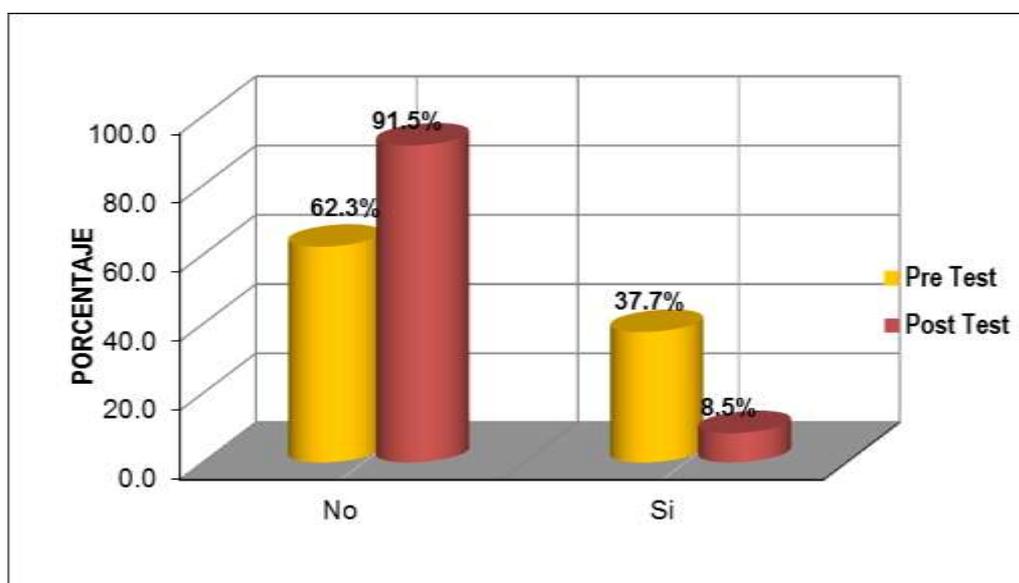
Según la tabla 20 y figura 16 se tiene que, antes de la aplicación del modelo, la percepción de la mayoría de pacientes sobre costo de la atención no fue favorable con 60%, pero después de la aplicación del modelo la percepción si fue favorable con 51.5%. Lo cual indica que la aplicación del modelo fue efectivo.

**Tabla 21**

*Complicaciones en la atención integral según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Niveles	Pre Test		Post Test	
	Nº	%	Nº	%
No	81	62.3	119.0	91.5
Si	49	37.7	11	8.5
Total	130	100	130	100

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019



Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

*Figura 17. Complicaciones en la atención integral según pre test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

#### Interpretación:

Según la tabla 21 y figura 17 se tiene que, antes de la aplicación del modelo, la mayoría de pacientes no presentaron complicaciones en la atención con 62.3%, pero después de la aplicación del modelo la no presencia de complicaciones aumento a 91.5%. Lo cual indica que la aplicación del modelo ayuda a evitar las complicaciones.

#### 4.2.5. Evaluación de historia clínica del pre test y post test

**Tabla 22**

*Resultados de valores de la HC, según pre test y post test en pacientes hipertensos y diabéticos de una Institución Privada de Lima, 2019*

Resultados HC	Pre Test		Post Test	
<b>Laboratorio</b>				
Hb glucosada	N°	%	N°	%
< de 7.0	94	72.3	30	23.0
> de 7.0	36	27.7	100	77.0
<b>Perfil lipídico</b>				
Alterado	80	61.5	55	42.3
Normal	50	38.5	75	57.7
<b>IMC</b>				
de 20 a < 25	41	31.5	91	70.0
de 30 a < 35	89	68.5	39	30.0
<b>Glucosa basal</b>				
de 190 a 220 mg/dl	85	65.4	50	38.5
de 140 a 180 mg/dl	45	34.6	80	61.5
<b>Presión arterial</b>				
de 150/80 a 170/90	88	67.7	48	36.9
de 130/70 a 140/80	42	32.3	82	63.0
Total	130	100	130	100

Fuente: Institución Privada de Lima, 2019

En los resultados de la HC de los pacientes se puede apreciar que los valores de laboratorio en pre test fue diferente al post test, como la que se observó en relación a la HB glucosada en el post test > de 7.0 en un 77%, el perfil normal fue 57.7%, el IMC fue de 20 a < 25 en un 70%, la glucosa basal bajo a 140 a 180 mg/dl en un 61.5%, la presión arterial de 130/70 a 140/80 mmHg fue de 63%. Por tanto se concluye objetivamente que la innovación del modelo de atención integral para pacientes hipertensos y diabéticos fue efectivo.

## V. Discusión de resultados

Los resultados de este trabajo de investigación revelaron que la innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos tiene una alta efectividad ( $p=0.001 < 0.05$ ) en una Institución Privada de Lima, observándose en los resultados del post test; así en relación con control del daño fue favorable con 85.4%, en relación con el proceso de atención fue favorable con 73.8%, en relación con al costo de la atención fue favorable con 51.5%, siendo mayor el beneficio, en relación a complicaciones, la no presencia de complicaciones aumento a 91.5%. Los resultados de los análisis y exámenes registrados en las historias clínicas en el post test mejoraron sus valores en pacientes diabéticos e hipertensos. En el trabajo de **Gambero** (2017), titulado “Diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular en pacientes ancianos que acuden a urgencias”. Se concluyó que, en todos los casos, los tratamientos fueron pertinentes con las patologías presentadas por los pacientes, pero no hemos podido establecer un patrón de prescripción específico para los pacientes en función de su edad o de su sexo y, de tener que aventurar que circunstancia prima en la elección del tratamiento, parece que el sexo tiene más peso específico que la edad de los pacientes.

La prevalencia de reacciones adversas a medicamentos fue el doble en las mujeres que en los hombres y mayor en los pacientes menores de 80 años respecto a los pacientes más ancianos y no se pudieron relacionar con la incidencia de éxito de los pacientes. En la investigación realizada por **Roig** (2017), titulada “Factores predictores de riesgo cardiovascular en población mediterránea hipertensa mayor de 65 años”. Entre las conclusiones destaca que el ejercicio físico previene la mortalidad (global y CV) y los ingresos por ictus, de lo que se deduce la importancia del mismo aún en hipertensos mayores de 65 años. Además, la edad representa uno de los FR no modificables más importantes para la mortalidad (global y CV) y para el ingreso por IC en nuestra población hipertensa. En el trabajo de **Hormigo** (2016), bajo el título “Modificación del riesgo cardiovascular en pacientes de alto riesgo (Diabéticos tipo 2 e Hipertensos)”, concluyó que la utilización de método AMPA (medida ambulatoria de la presión arterial) ayudan a alcanzar mejores controles tensionales respecto a los pacientes no AMPA. Aunque no hubo significación estadística, probablemente la mayor responsabilización del paciente en ambos grupos puede ayudar a una mayor conciencia de la enfermedad y mejor control de la misma. En la investigación efectuada por **Saiz** (2016), sobre “Objetivos de tensión arterial en el tratamiento de pacientes con hipertensión y enfermedad cardiovascular”, concluye que no se ha encontrado un beneficio adicional, en términos de mortalidad global y mortalidad cardiovascular, al comparar el establecimiento de un objetivo ‘Intensivo’ de tensión arterial frente a la estrategia ‘Estándar’, tampoco ha sido posible acreditar un beneficio clínico neto suficiente como para justificar el uso de objetivos de tensión arterial más estrictos ( $\leq 135/85$  mmHg) a los tradicionalmente establecidos ( $\leq 140-160/90-100$  mmHg) en el caso de pacientes hipertensos con enfermedad cardiovascular establecida. En el trabajo de **Navarro** (2015), sobre “Logro de objetivos cardiometabólicos en sujetos hipertensos

y diabéticos en España”, concluyó que las variables que tuvieron mayor influencia en el control de la presión arterial entre los sujetos hipertensos fueron: un mayor nivel de conocimiento de la hipertensión y un aumento en el número de medicamentos antihipertensivos utilizados en cada paciente, que explican el 7 y el 36,2%, respectivamente, de la mejora en el control. A su vez, la prevalencia de Diabetes Mellitus en España es del 6,9%. Uno de cada cinco diabéticos españoles desconoce su estatus de enfermedad. El control glucémico en España fue razonablemente alto, en concreto el 71% de los diabéticos conocidos. En el trabajo de **Castillo et al.** (2017) sobre “Metodología para la estimación de costos directos de la atención integral para enfermedades no transmisibles”. Estos autores concluyeron que calculando los costos directos de la atención integral de la DM y la HTA se procede a la estimación de los requerimientos financieros para el abordaje integral de la enfermedad, para estimar este requerimiento se tomaron en cuenta cuatro variables: el crecimiento económico, el gasto en salud, el crecimiento poblacional y las tendencias de prevalencia que dependerán de las tres anteriores variables. En la investigación realizada por **Reyes** (2017) titulada “Factores y automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud de la red Lima ciudad”, se concluyó que el nivel educativo se relaciona positivamente con el automanejo de pacientes hipertensos, pero no en el automanejo de diabéticos; la baja calidad de vida y las visitas al médico los últimos 6 meses se relacionan positivamente con el automanejo de pacientes hipertensos y diabéticos. En el trabajo de **Herrera et al.** (2017), titulado “Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa”, los resultados sugirieron que el nivel de autoconocimiento de la HTA es deficiente, aunque ha mejorado en los últimos años. Esto es mejor en las poblaciones urbanas y en general, peor que en otras ciudades latinoamericanas. De igual forma,

aunque el control de la HTA ha mejorado, es insuficiente y por debajo de otros países latinoamericanos. Finalmente, es posible que la adherencia al tratamiento sea peor en provincias. En la investigación realizada por **Hurtado et al.** (2016), titulado “Diferencia elevada de presión arterial interbraquial: Frecuencia y factores clínicos y demográficos”, se concluyó que la frecuencia de DEPAI en un hospital de Lima es similar a la encontrada en otros medios. Este estudio encontró una asociación estadística de DEPAI con el IMC y HTA, pero se necesitan más estudios con poblaciones más grandes para conocer la relación de esta variable con predictores conocidos de morbilidad y mortalidad. En el trabajo realizado por **Salazar et al.** (2016), titulado “Hipertensión en el adulto mayor”, resalta el hecho de que la terapia con drogas antihipertensivas debe considerarse ahora en todos los pacientes hipertensos sin importar la edad, destaca que en la mayoría de circunstancias el objetivo de tratamiento es una PA menor de 140/90 mm Hg, sin embargo menos de 150/80 mm Hg se sugiere para pacientes hipertensos después de la octava década en ausencia de enfermedades mayores concomitantes y aproximadamente 130/80 mm Hg para pacientes hipertensos con diabetes mellitus o enfermedad renal crónica o historia previa de enfermedad cardiovascular.

## VI. Conclusiones

1. La innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos tiene una alta efectividad ( $p=0.001 < 0.05$ ) en una Institución Privada de Lima en el 2019
2. El modelo de atención integral en relación con control del daño según el pre test, los pacientes encuestados su percepción no fue favorable con 83.8%, pero después de la aplicación del modelo la percepción si fue favorable con 85.4%, lo cual indica que la aplicación del modelo fue efectiva en el control del daño en pacientes hipertensos y diabéticos.
3. El modelo de atención integral en relación con el proceso de atención según el pre test la percepción de la mayoría de pacientes no fue favorable con 69.2%, pero después de la aplicación del modelo la percepción si fue favorable con 73.8%, lo cual indica que la aplicación del modelo fue efectivo en el proceso de atención en pacientes hipertensos y diabéticos.
4. El modelo de atención integral en relación con al costo de la atención, según el pre test la percepción de la mayoría de pacientes no fue favorable con 60%, siendo menor el beneficio, pero después de la aplicación del modelo la percepción si fue favorable con

51.5%, siendo mayor el beneficio. Lo cual indica que la aplicación del modelo fue efectivo en el costo de la atención en pacientes hipertensos y diabéticos.

5. Los resultados del cuidado del modelo de atención integral evita complicaciones en pacientes hipertensos y diabéticos, antes de la aplicación del modelo, la mayoría de pacientes no presentaron complicaciones en la atención con 62.3%, pero después de la aplicación del modelo la no presencia de complicaciones aumento a 91.5%. Lo cual indica que la aplicación del modelo ayuda a evitar las complicaciones en pacientes hipertensos y diabéticos. Además los resultados de análisis y exámenes observados en la historia clínica de pacientes diabéticos e hipertensos mejoran sus valores sustancialmente.

## **VII. Recomendaciones**

1. Realizar la innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos por su alta efectividad comprobada en una Institución Privada de Lima.
2. Aplicar el modelo de atención integral por su efectividad en el control del daño en pacientes hipertensos y diabéticos.
3. Utilizar el modelo de atención integral por su efectividad en el proceso de atención de pacientes hipertensos y diabéticos.
4. Aplicar el modelo de atención integral por su efectividad con al costo de la atención, siendo mayor el beneficio en la atención de pacientes hipertensos y diabéticos.
5. Poner en práctica el modelo de atención integral ya que evita las complicaciones en pacientes hipertensos y diabéticos y realizar el control periódico de los análisis clínicos y laboratoriales.

### VIII. Referencias

- Barros da Silva,W. y Delizoicov, D. (2008). Reflexiones epistemológicas en las Ciencias de la salud. *Rev Hum Med*, ,8 (2-3 Ciudad de Camaguey Mayo-dic. 2008
- Castillo N. et al. (2017). Metodología para la estimación de costos directos de la atención integral para enfermedades no transmisibles. *Rev. Perú. med. exp. Salud pública*.
- Gambero L. (2017). Diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular en pacientes ancianos que acuden a urgencias Tesis doctoral. Universidad de Málaga.
- Herrera P. et al. (2017). Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 34(3):497-504.doi: 10.17843/rpmesp.2017.343.2622
- Hormigo A. (2016). Modificación del Riesgo Cardiovascular en pacientes de alto riesgo (Diabéticos tipo 2 e Hipertensos), tras medidas correctoras en el control de la Tensión Arterial y cumplimiento del tratamiento médico ambulatorio. Tesis doctoral. Universidad de Málaga
- Hurtado D. et al. (2016). Diferencia elevada de presión arterial interbraquial: Frecuencia y factores clínicos y demográficos. *Rev Med Hered.*; 26:10-16.

- Hurtado J. (2012). Metodología de la investigación. Guía para la comprensión holística de la ciencia. Ediciones Quirón-Ciea Sypal, Bogotá-Caracas.
- León ML (2018). Impacto del proyecto hatun ñan en la promoción de la igualdad de oportunidades: acceso, permanencia y titulación de estudiantes quechuas y amazónicos de la facultad de obstetricia de la Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga 2006- 2013. Tesis doctoral. Universidad Nacional Federico Villareal.
- Medicus Mundi Navarra y Salud Sin Límites Perú (2012). Aportes para la operativización del modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad en el primer nivel. Proyecto Multipaís Bolivia, Guatemala y Perú DCI - NSA / 2011 / 240 - 166
- Ministerio de Salud (2011). Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. Documento técnico/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Secretaría Técnica Comisión de Renovación del MAIS-BFC
- Ministerio de Salud (2012). Situación de las enfermedades no transmisibles en el Perú. Dirección General de Salud de la Persona.
- Naranjo J. et al. (2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. Revista Cubana de Medicina General Integral, 30(3) Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252014000300011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300011&lng=es&tlng=es) &lng=es&tlng=es. [Consulta 21 de marzo 2019]
- Navarro B. (2015). Logro de objetivos cardiometabólicos en sujetos hipertensos y diabéticos en España. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles. Disponible en [https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/es/](https://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/) [Consulta 24 de marzo de 2019]
- Otzen T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int. J. Morphol., 35(1):227-232, 2017.

- Pérez R. et al. (2009). Atención integral de pacientes diabéticos e hipertensos con participación de enfermeras en medicina familiar. *Rev Panam Salud Pública*. 26(6):511–7
- Polo O. (2018). Experiencia en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad desde la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2018;64(3)
- Revilla L. et al. (2014). Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2014; 31(3):437-44.
- Reyes G. (2017). Factores y automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud de la red Lima ciudad”. Tesis doctoral. Universidad Norbert Wiener
- Roig B. (2017). Factores predictores de riesgo cardiovascular en población mediterránea hipertensa mayor de 65 años. Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández. España
- Saiz L. (2016). Objetivos de tensión arterial en el tratamiento de pacientes con hipertensión y enfermedad cardiovascular. Tesis doctoral. Universidad Pública de Navarra. Pamplona.
- Salazar P. et al. (2016). Hipertensión en el adulto mayor. *Rev Med Hered*. 2016; 27:60-66.
- Serrano M. (2015). Piura tiene una de las mayores incidencias de diabetes e hipertensión. Disponible en [https://www.paho.org/per/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2843:piura-tiene-una-de-las-mayores-incidencias-de-diabetes-e-hipertension&Itemid=900](https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2843:piura-tiene-una-de-las-mayores-incidencias-de-diabetes-e-hipertension&Itemid=900) [Consulta 15 de marzo de 2019]
- Venegas D. (2012). Situación de las enfermedades crónicas no transmisibles. Ministerio de Salud, Perú

## **IX. Anexos**

### Anexo 01: Matriz de consistencia

OBJETIVOS	HIPÓTESIS	JUSTIFICACION	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGIA
<p><b>Objetivo general</b>            Evaluar la efectividad de la innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima en el 2019</p> <p><b>Objetivos específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Evaluar el modelo de atención integral en relación con control del daño en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima</li> <li>-Conocer el modelo de atención integral en relación con el proceso de atención en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima</li> <li>-Evaluar el modelo de atención integral en relación con el costo de la atención en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima</li> <li>-Identificar los resultados del cuidado del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima.</li> </ul>	<p><b>Hipótesis general</b>            La innovación del modelo de atención integral en pacientes hipertensos y diabéticos tiene una alta efectividad en una Institución Privada de Lima en el 2019</p> <p><b>Hipótesis Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El modelo de atención integral en relación con control del daño es efectivo en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima</li> <li>- El modelo de atención integral en relación con el proceso de atención es efectivo en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima</li> <li>- El modelo de atención integral en relación con al costo es menor y el beneficio es mayor en pacientes hipertensos y diabéticos que se desarrolla en una Institución Privada de Lima</li> <li>- Los resultados del cuidado del modelo de atención integral evita complicaciones en pacientes hipertensos y diabéticos en una Institución Privada de Lima</li> </ul>	<p><b>- Teórica</b>            Servirá como un nuevo aporte al modelo de atención integral tradicional, produciendo una innovación en el área de la Salud Pública.</p> <p><b>- Social</b>            Reducirá el gasto de bolsillo de los pacientes, produciendo una mejora social y económica al paciente y a la Sociedad.</p> <p><b>- Práctica</b>            Agilizará los procesos de atención reduciendo el tiempo de espera de citas, a través del mejor entendimiento por parte del paciente de las complicaciones de las enfermedades que padece</p>	<p><b>VI</b>  <b>Impacto de la innovación de la atención integral</b></p> <p>Proceso de control de daños</p> <p>Proceso de la atención</p> <p>Costo de la atención</p> <p><b>VD</b>  <b>Hipertensión arterial</b></p> <p>Compensado            Descompensado</p> <p><b>VD</b>  <b>Diabetes mellitus</b></p> <p>Compensado            Descompensado</p>	<p><b>Tipo de investigación</b></p> <p>El tipo de investigación es aplicada.            En cuanto al diseño de la investigación es cuasiexperimental prospectivo,</p> <p><b>Población y muestra</b></p> <p>50 Pacientes hipertensos y diabéticos atendidos en la Institución privada que reúnen los siguientes criterios:</p> <p><b>Inclusión:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Ambos sexos</li> <li>-Mayores de 40 años</li> </ul> <p><b>Exclusión</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Que presenten otra enfermedad crónica (insuficiencia renal, hepática o cardiaca).</li> </ul>

## Anexo 02: Instrumento de recolección de datos

### Cuestionario

Estimado paciente, el instrumento está dirigido a recolectar información sobre la variable modelo de atención integral de la investigación titulada impacto de la efectividad en la innovación al modelo de atención integral para evitar complicaciones en hipertensos y diabéticos en una institución privada de lima, 2019. Se le informa que esto no es ninguna clase de examen, por lo que se pide la mayor sinceridad posible y la vez se le recuerda que su participación será anónima

#### Datos generales

Nombre (coloque solo sus iniciales): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### Indicador Control del daño.

N°	Ítem	Si	No
	<b>Subindicador conocimiento</b>		
1	Sabe si la enfermedad que padece es transmisible o no transmisible		
2	Reconoce si su enfermedad es crónica o aguda		
3	Usted se siente capaz de dar una definición de hipertensión/ diabetes mellitus		
4	Reconoce la importancia de la adherencia al tratamiento		
5	Sabe de qué se trata la dieta terapia		
6	Entiende las razones (el porqué) de practicar la actividad física		
7	Comprende cada una de las emociones que puede desencadenar la alteración de la hipertensión y la diabetes		
8	Sabe por qué es importante el sueño en los pacientes hipertensos y diabéticos		
9	Reconoce cada una de las complicaciones para su salud si no asiste a la atención integral		

#### Indicador proceso de atención

N°	Ítem	Si	No
	<b>Subindicador gestión</b>		
10	Asiste al control de odontología por lo menos una vez al año		
11	Asiste al control del técnico de enfermería por lo menos ocho veces al año		
12	Asiste al control del profesional de enfermería por lo menos ocho veces al año		
13	Asiste al control de tamizaje de salud renal		
14	Ha recibido tarjeta de control		
15	Recibe información, educación y comunicación sobre su enfermedad		
16	Las actividades en la institución se realizan a un clima favorable		
17	Considera que la interrelación personal con el profesional es buena		
18	Piensa que la atención del profesional de enfermería es buena		

19	Aprécia la atención del técnico de enfermería como buena		
----	--	--	--

### Indicador Costo beneficio

N°	Ítem	Si	No
<b>Subindicador concentración de atención</b>			
20	Considera que el número de citas para la atención de su enfermedad ha sido alto		
<b>Subindicador deserción de pacientes</b>			
21	Ha dejado de asistir a algunas citas por el gasto de bolsillo		
<b>Subindicador complicaciones</b>			
22	Ha tenido complicaciones como cardiopatía, neuropatía, nefropatía o maculopatía		
<b>Subindicador cultura de la salud</b>			
24	Ha reflexionado sobre el significado de la promoción de la salud		
25	Ha razonado sobre la importancia de la prevención de enfermedades		
26	Considera que el centro de atención primaria es un determinante de la salud en la prevención o para curar la enfermedad		

### Anexo 03: Ficha de recolección de datos

La presente ficha recoge los datos sobre la dimensión resultados del cuidado correspondiente a la variable pacientes hipertensos y diabéticos de la investigación titulada Impacto de la efectividad en la innovación al modelo de atención integral para evitar complicaciones en hipertensos y diabéticos en una institución privada de LIMA, 2019.

Es importante indicar que la fuente se considerará como anónima y los datos serán utilizados solo para fines académicos:

Nombre del paciente (solo las iniciales): \_\_\_\_\_ SEXO: F( ) M( )

EDAD: .....

#### Subindicador resultados de laboratorio

Hemograma	
Normal	Alterado

Hemoglobina glicosolada	
< DE 7.0	> DE 7.0

Perfil lípido	Normal	Alterado
Colesterol		
Triglicéridos		
Transaminasas		

Examen de orina	
Positivo	Negativo

#### Subindicador resultados de tamizaje renal

ERC	Estadio						
	0	1	2	3A	3B	4	5

#### Subindicador resultados de control de enfermería

Índice de masa corporal	
DE 20 A < 25	
DE 25 a < 30	
DE 30 - < 35	
DE 35 A MAS	

CONTROL DE HGT		
Medición	En ayunas	Post prandial
DE 80 A 120		
DE 130 A 120		
DE 160 A 180		
DE 190 A 220		
DE 220 A 350		

CONTROL DE GLUCOSA BASAL	
DE 80 A 120	
DE 120 A 140	
DE 140 A 180	
DE 190 A 220	
DE 220 A 350	

PRESION ARTERIAL	
DE 100/60 -120/ 70	
DE 130/70 A 140/80	
DE 150/80 A 170/90	
= Ó > 180/90	

<b>Adherencia al tratamiento</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Cumple con la terapia médica		
Tuvo reacción con el medicamento		
En caso de ser afirmativa la respuesta anterior acudió al profesional o suspendió el tratamiento		
Cumple con la dosis indicada por el médico		
Se olvida del fármaco frecuentemente		
Tiene temor de hacerse dependiente del fármaco		
Tiene problemas al deglutir el medicamento		

<b>Alimentación saludable</b>
Número de raciones al día _____
Consumo azúcar: SI _____ No _____
Consumo algún tipo de edulcorante: SI _____ NO _____
Consumo alimentos proteicos: Pollo _____ Pescado _____ Pavita _____ Otros _____
Número de panes que consume al día _____
Frecuencia de consumo de frituras, embutidos, vísceras: Rara vez _____ Una vez por semana _____ dos veces por semana _____ tres veces por semana _____ Más de tres veces a la semana _____

<b>Alimentación saludable</b>
Número de frutas que consume semanalmente 1 a 2 _____ 3 a 4 _____ 5 a 6 _____ 7 o más _____
Cuántas veces a la semana consume verduras: Nunca _____ 1-2 _____ 3 a 4 _____ 5 a 6 todos los días _____
Cantidad de tazas de café que consume diariamente: _____
Cantidad de agua que toma diariamente 1 litro _____ 1,5 litros _____ 1,8 litros _____ Mas de 1,8 litros _____
Frecuencia por semanal de consumo de cereales 0 -1 _____ 2-3 _____ 4-5 _____ 6-7 _____
Frecuencia por semana de consumo de frituras, embutidos, vísceras: 0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 o más _____

<b>Realiza actividad física</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
---------------------------------	-----------	-----------

<b>Cuántas horas duerme</b>	De 4 a 5 _____	De 5 a 6 _____	De 7 a 8 _____
-----------------------------	----------------	----------------	----------------

<b>Cuál es su estado emocional</b>	Estable	Alterado
------------------------------------	---------	----------

## Anexo 04

### Validación por juicio de expertos

#### I. DATOS GENERALES:

Apellidos y nombres del experto:.....

Cargo o institución donde labora: .....

Favor de colocar sólo un número del 1 (deficiente) al 5 (excelente), según su opinión, en cada indicador.

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
1. Redacción	Ortografía adecuada					
2. Objetividad	Expresada en términos medibles					
3. Organización	Lógica y secuencial					
4. Suficiencia	Comprende aspectos que son investigables					
5. Intencionalidad	Adecuado para valorar el objeto de la investigación					
6. Coherencia	Se manifiesta en las preguntas efectuadas					
7. Metodología	Tiene relación con su matriz de consistencia					

II. OPINION DE APLICABILIDAD: .....

III. PROMEDIO DE VALORACION: .....

.....  
FIRMA DEL EXPERTO

### Cuestionario de validación para los jueces

Se aplicaron, siguiendo el esquema de Likert, los 7 indicadores con sus criterios precisados más abajo (ver Tabla Validación por juicio de expertos) a 4 expertos en nutrición infantil, de los cuales 2 tienen Grado de Doctorado y 2 han completado sus estudios de Doctorado.

La puntuación posible varió de 1 (la menos favorable) a 5 (la más favorable); así, la puntuación final pudo estar entre 28 a 140.

De acuerdo al cuestionario evaluado por los jueces, se obtuvo el puntaje final de 129, resultando en un coeficiente de 0.92.

EXPERTOS	PREGUNTAS							TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	
1	5	4	3	4	5	4	5	30
2	5	5	5	5	5	5	5	35
3	5	4	5	5	4	5	5	33
4	4	5	4	4	4	5	5	31
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	<b>129</b>

### RESULTADOS DE LA VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para determinar la validez del formulario se aplicó la siguiente escala, tomando en cuenta la puntuación total resultante:

VALIDEZ	
< 0.53	Nula
0.54 – 0.59	Baja
0.60 – 0.65	Válido
0.66 – 0.71	Muy válido
0.72 – 0.99	Excelente validez
1.0	Validez perfecta

En este caso, los resultados arrojaron que el cuestionario es de **excelente validez**.

### Resultados de la confiabilidad del instrumento

Con los resultados se utilizará el SPSS, para la obtención del alfa

EXPERTOS	PREGUNTAS							TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	
1								
2								
3								
4								
TOTAL								

Para determinar la confiabilidad del instrumento se usará el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para las variables politómicas, aplicando la fórmula:

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Donde:

$\alpha$  = coeficiente de Cronbach

k = No. de ítems utilizados para el cálculo

$S_i^2$  = Varianza de cada ítem

$S_T^2$  = Varianza total de los ítems

## Anexo 06:

### Programa de Autocuidado para el MAIBFC

## PROGRAMA



### “TALLERES DE AUTOCUIDADO, AUTOCONTROL Y AUTOMANEJO”-MAIBFC

## ANTECEDENTES

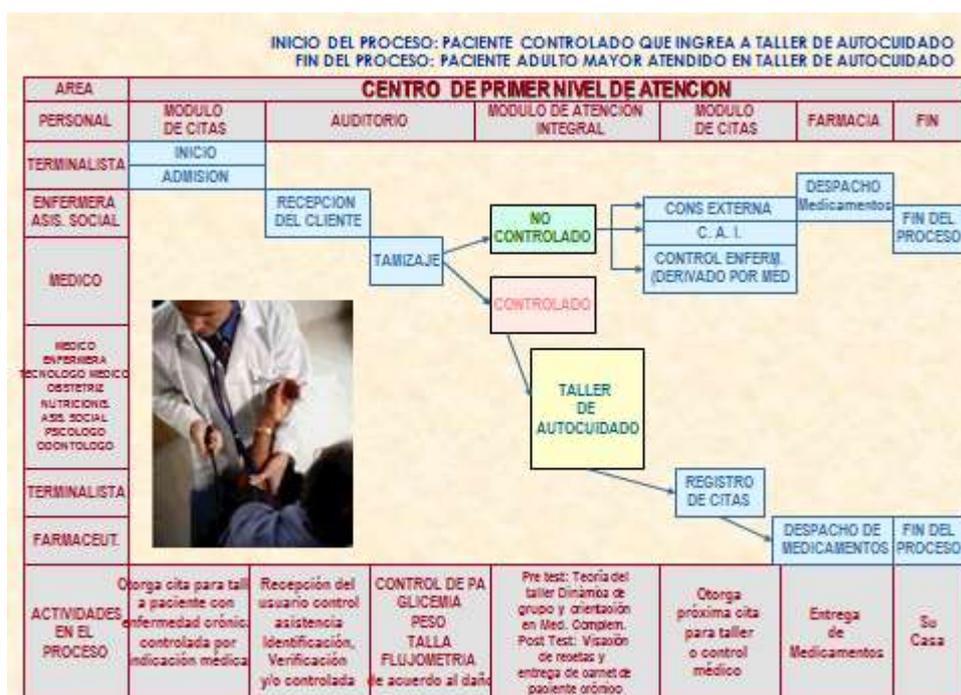
Durante los últimos 50 años la disminución de la natalidad y la mortalidad mundial ha conducido progresivamente al envejecimiento poblacional. En los países latinoamericanos, entre ellos el Perú, el envejecimiento de la población es una característica demográfica que va adquiriendo relevancia debido a las consecuencias económicas y sociales que implica, a los cambios en las áreas del trabajo, vivienda, recreación, educación que acarrea y, sobre todo, a las necesidades de salud a que dará lugar.

La población adulta mayor del Perú al inicio del siglo XXI, constituía el 7.54% del total nacional; cada 10 años se incrementa 1%. El ritmo de crecimiento se viene incrementando desde hace una década, para el 2025, se espera que represente el 13.27%. Esto significa que en los últimos 20 años la población de adultos mayores ha llegado a casi duplicarse. Estamos así siendo testigos de un rápido proceso de transición demográfica, por lo que debemos estar preparados para afrontar los cambios y sus consecuencias.

## JUSTIFICACION

En el marco del Modelo de Atención Integral basado en la Familia y Comunidad la estrategia propone efectuar acciones preventivas promocionales que reviertan los indicadores negativos de salud y mejore la calidad de vida en relación a las enfermedades más prevalentes a través de la participación activa de la sociedad en su auto cuidado y en la adopción de estilos de vida saludables.





## EDUCACION PARA LA SALUD ( TALLERES )

- Es un abordaje terapéutico.
- Pretende que las personas estén mejor preparadas para alcanzar su autocuidado
- El objetivo a lograr es que las personas estén y vivan lo mejor posible.
- No podemos dar ninguna indicación si no informamos al paciente su importancia y lo hacemos protagonista de su enfermedad.



## EDUCACION INDIVIDUAL O EN GRUPOS A PACIENTES CRONICOS

Una forma no excluye a la otra,  
si no que son complementarias.



**INDIVIDUAL** : Se adapta a cada paciente.  
como consulta medica o control de enfermeria para seguimiento y control del daño

**GRUPAL** : Esta indicada al inicio de la enfermedad como taller o sesión para lograr el autocuidado del daño

	1ra SESIÓN		1ra SESIÓN		1ra SESIÓN		1ra SESIÓN		1ra SESIÓN	
FECHA / HORA										
	INICIO	FIN								
PRESIÓN ARTERIAL										
FRECUENCIA										
GLUCOTEST										
ASISTENCIA										

### Anotaciones y Observaciones:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

TARJETA DE CONTROL  
TALLERES EDUCATIVOS PARA  
PACIENTES CON ENFERMEDADES  
CRÓNICAS

NOMBRE: .....

EDAD: ..... SEXO: .....

N° HISTORIA CLÍNICA: .....

DIAGNÓSTICO: .....

GRUPO TALLER N° .....

P. "JUAN JOSE RODRIGUEZ LAZO"  
CHORRILLOS - BAR - ESSALUD

## TALLER

- La implementación de los talleres de autocuidado están orientados hacia el autocuidado de la persona frente a su cronicidad. Paralelos a la consulta médica y el **control de enfermería con la finalidad de promover el autocuidado, autocontrol y automanejo del daño.**
- **Los talleres tendrán la participación del equipo profesional de la salud**
- Los talleres se conformaran con grupos de 20 pacientes y se agruparán a pacientes con un mismo daño o asociado a otro daño crónico .
- La duración será de 2 horas

## USUARIO EXTERNO

Una vez que los pacientes crónicos esperados esten agrupados en talleres de 20 personas el resultado será:

- Optimizar el recurso humano (enfermería)
- Si una enfermera antes en el control de enfermería en 6 horas veía a 30 pacientes, al crearse los talleres de 2 horas de duración, cada enfermera en 6 horas verá **50 a 60** pacientes.

## USUARIO EXTERNO

### Actividades propias del Taller



- PREVIO AL TALLER TODOS LOS PACIENTES SERÁN TAMIZADOS DE ACUERDO A LA PATOLOGÍA (P/A, HGT, PESO, IMC, FLUJOMETRIA, ETC).
- LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTREN DESCOMPENSADOS SERÁN DERIVADOS CONSULTA MÉDICA, ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMERÍA Y/O URGENCIAS SEGÚN EL CASO.
- LOS PACIENTES QUE NO HAYAN ALCANZADO EL ÓPTIMO RESULTADO EN LOS TALLERES SERÁN DERIVADOS A LA ATENCIÓN INDIVIDUALIZADA DE ENFERMERÍA DONDE SE EVALUARÁ SU REINSECCIÓN A LOS TALLERES.

## USUARIO EXTERNO

### Actividades propias del Taller



- DESPUÉS DE CADA TALLER EL PACIENTE RECOGERÁ LA RECETA Y DEBERÁ OBTENER SU SIGUIENTE CITA SEGÚN CORRESPONDA MÉDICO PARA EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO Y ENFERMERA PARA CUIDADOS DE SEGUIMIENTO Y CONTROL DEL DAÑO
- EN LOS TALLERES SE IMPULSARÁ LOS CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA Y EL AUTOCUIDADO PARA DISMINUIR Y/ EVITAR COMPLICACIONES

## **OBJETIVOS**

### **1.1.-OBJETIVO GENERAL:**

Promocionar la Salud, prevenir y controlar los riesgos, daños y complicaciones en usuarios adultos y adultos mayores con enfermedades crónicas controladas, y diferentes etapas de vida

### **1.2-OBJETIVO ESPECIFICO:**

- Transmisión de conocimientos y empoderamiento del usuario adulto /adulto mayor en relación con el autocuidado de su salud.
- Fortalecimiento en la atención preventivo promocional del cliente interno
- Formación e identificación de grupos de apoyo
- Participación de la comunidad organizada a través de la formación de los promotores de salud
- Mejorar la expectativa de vida de la población mediante la atención continua del niño y adolescente.

## **FINALIDAD**

- Incrementar las coberturas de atención a usuarios con enfermedades crónicas prevalentes en todas las etapas de la vida
- Disminuir el costo total de la atención a usuarios con enfermedades crónicas prevalentes
- Participación de la comunidad en el cuidado de su salud

## **POBLACIÓN OBJETIVO**

- Los talleres estarán dirigidos a los pacientes adultos /adulto mayor crónicos compensados que acuden a la consulta externa.

## DE LA ORGANIZACIÓN Y SEGUIMIENTO

1. Los talleres para usuarios estarán conformados por 20 personas que reúnan los criterios de inclusión de la población objetivo.
2. Se otorgaran citas mensuales para taller a los usuarios compensados después de la consulta médica.
3. Se conformara un equipo de profesionales de la salud encargado de los talleres de autocuidado
4. Se elaboraran formatos de seguimiento
5. Se elaboraran módulos de capacitación

## TALLERES DE ADULTO/ADULTO MAYOR

### CONTENIDO DEL TALLER DE HIPERTENSION ARTERIAL

#### I. TEORIA

DIRIGIDO A PACIENTES CRONICOS CONTROLADOS

Ejecución del flujograma	Equipo Multidisciplinario	30'
PRE TEST	ENFERMERA	10'
QUE ES LA HTA	MEDICO/ENFERMERA	10'
FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES DE LA HTA	MEDICO/ENFERMERA	10'
FISIOLOGIA DE LA HTA	MEDICO/ENFERMERA	10'
CLASIFICACIÓN DE LOS SINTOMAS Y SIGNOS	MEDICO/ENFERMERA	10'
COMPLICACIONES DE LA HTA	MEDICO	10'
VIDA SALUDABLE	MEDICO/ENFERMERA	30'
TIEMPO TOTAL		2 Horas

## TALLERES DE ADULTO/ADULTO MAYOR

### CONTENIDO DEL TALLER DE HIPERTENSION ARTERIAL

#### II. PRACTICA

DIRIGIDO A PACIENTES CRONICOS CONTROLADOS

Ejecución del flujograma	Equipo Multidisciplinario	30'
AUTOCUIDADOS Y AUTOCONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL	ENFERMERA	30'
EFFECTOS COLATERALES DE LOS FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS	MEDICO	30'
MANEJO DEL STRESS	PSICOLOGA	30'
TIEMPO TOTAL		2 horas

#### III. PRACTICA

Ejecución del flujograma	Equipo Multidisciplinario	30'
PRACTICA Y TEORIA DE LA MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL	MEDICO Y ENFERMERA	1H 30'
TIEMPO TOTAL		2Horas

## TALLERES DE ADULTO/ADULTO MAYOR

### CONTENIDO DEL TALLER DE DIABETES MELLITUS

#### I. TEORIA

DIRIGIDO A PACIENTES CRONICOS CONTROLADOS

Ejecución de Flujograma	Equipo Multidisciplinario	30'
PRE TEST	MEDICO Y ENFERMERA	10'
QUE ES LA DIABETES MELLITUS	MEDICO	10'
FACTORES PREDISPONENTES Y DESENCADENANTES DE LA DM	MEDICO Y ENFERMERA	10'
FISIOLOGIA DE LA DM	MEDICO	15'
CLASIFICACIÓN DE LA DM	MEDICO	15'
SIGNOS Y SINTOMAS DE LA DM	MEDICO Y ENFERMERA	10'
COMPLICACIONES	MEDICO	10'
RELACIÓN DE LA HTA Y LA DM	MEDICOY ENFERMERA	10'
TIEMPO TOTAL		2 Horas

## TALLERES DE ADULTO/ADULTO MAYOR

### CONTENIDO DEL TALLER DE DIABETES MELLITUS

#### II. PRACTICA

DIRIGIDO A PACIENTES CRÓNICOS CONTROLADOS

Ejecución de flujograma	Equipo Multidisciplinario	30'
AUTOCUIDADOS Y AUTOCONTROL DE LA DIABETES MELLITUS	ENFERMERA	30'
CUIDADOS DEL PIE DIABÉTICO	ENFERMERA	30'
DIETA SALUDABLE EN DIABETES	NUTRICIONISTA	30'
TIEMPO TOTAL		2 Horas

#### III. PRACTICA

Ejecución de flujograma	Equipo Multidisciplinario	30'
PRACTICA Y TEORIA DE LA MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL	MEDICO Y ENFERMERA	30'
CUIDADOS EN LA AUTOADMINISTRACIÓN DE LA INSULINA - LUGARES DE ADMINISTRACIÓN	MEDICO Y ENFERMERA	20'
RECONOCER LOS SINTOMAS Y SIGNOS DE LA HIPOGLICEMIA - MANEJO DE LA HIPOGLICEMIA	MEDICINA COMPLEMENTARIA	40'
TIEMPO TOTAL		2 Horas

## TALLERES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE HIPERCOLESTEROLEMIA

DIRIGIDO A PACIENTES CRÓNICOS CONTROLADOS

TEMA	RESPONSABLE	DURACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> <li>• PRETEST</li> <li>• Que es la Hipercolesterolemia</li> <li>• Importancia de controles a realizar</li> </ul>	Médico/ Enfermera	30 minutos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clasificación de la hipercolesterolemia.</li> <li>• Síntomas y signos de la hipercolesterolemia.</li> </ul>	Médico/ Enfermera	30 minutos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidados en paciente con hipercolesterolemia.</li> </ul>	Médico/ Enfermera	30 minutos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamiento, control y autocuidado de la hipercolesterolemia.</li> </ul>	Médico/ Enfermera	30 minutos
DURACION TOTAL		2 HORAS

## TALLERES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA OBESIDAD

DIRIGIDO A PACIENTES CRÓNICOS CONTROLADOS

TEMA	RESPONSABLE	DURACIÓN
<ul style="list-style-type: none"><li>• PRETEST</li><li>• Que es la Obesidad</li><li>• Clasificación de la obesidad</li><li>• Síntomas y signos</li></ul>	Médico Enfermera	30 minutos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cuidadosa en pacientes Obeso</li></ul>	Enfermera	45 minutos
<ul style="list-style-type: none"><li>• Autocuidado y autocontrol en obesidad con participación de familiares</li></ul>	Médico Enfermera	30 minutos
DURACION TOTAL		2 HORAS