

PLAN DE INTERVENCIÓN CLÍNICA PARA  
PERSONAS CON RIESGO Y ENFERMEDAD  
DE DMII E HTA  
SOY QHALIKAY

COORDINADOR: DIANA HUAMAN  
EDITORA: MERALY YANEIRA ARBILDO RODRIGUEZ  
SOCIOS EN SALUD

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. OBJETIVOS.....	4
Objetivos Generales:.....	4
Objetivos Específicos: .....	4
3. POBLACIÓN BENEFICIARIA .....	5
4. ACTIVIDADES.....	5
5. FLUJO DE ATENCIÓN GENERAL .....	9
6. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN.....	13
7. RECURSOS .....	16
REFERENCIAS.....	18

## 1. INTRODUCCIÓN

Carabayllo es el distrito más extenso de Lima, ubicado en la región norte de la ciudad a una altura de 238 msnm, con una extensión de 346.88 km<sup>2</sup> y 333 039 habitantes, representa el hogar de una de las poblaciones más vulnerables y menos atendidas del país. Según un censo de 2013, un cuarto de la población vive en la pobreza, lo que representa una de las tasas más altas de Lima (Contreras et al, 2017). La mayoría de los residentes viven muy lejos de los centros urbanos y Establecimientos de Salud (EESS), sin servicios básicos, como agua, desagüe, luz y transporte para el traslado a los EESS en situaciones de emergencia. El distrito presenta un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.5624 lo que significa un medio desarrollo humano en la localidad.

Carabayllo presenta altas tasas de enfermedades crónicas, así como infecciosas, y una de las funciones principales de Soy QhaliKay es coordinar campañas dirigidas a abordar problemas de salud de enfermedades Crónicas como la Diabetes mellitus II e Hipertensión arterial. Según un estudio realizado en Carabayllo y los distritos adyacentes como Comas e Independencia en 2014-5, casi la mitad de la población adulta tiene sobrepeso, y 18,1% son obesos (Cieza & Rosas, 2016). Más aun, uno de cada diez personas sufre de hipertensión arterial, y uno de cada veinte, de diabetes tipo 2 (Cieza & Rosas, 2016). Es importante tener en cuenta que es probable que haya muchos más residentes de Carabayllo que no han sido diagnosticados con cualquiera de estas enfermedades debido a la falta de acceso a los servicios de salud, y por eso, estas estimaciones de la carga de la enfermedad pueden ser conservadoras.

Por lo tanto, el proyecto Soy QhaliKay fue implementado por Socios en Salud, fomentando la colaboración con los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), a fin de abordar esta inequidad brindando atención médica a nivel primario a las comunidades que carecen de acceso a estos servicios.

Hay 4 Casas de la Salud distribuidas en las comunidades más vulnerables de Carabayllo, las que se encuentran en actual funcionamiento. Cada una de las Casas cuenta con dos ACS, y ofrecen servicios gratuitos de atención por un equipo de salud (Médico, nutricionista, psicóloga y enfermera) , trabajando bajo el modelo comunitario centrado en persona, familia y comunidad mediante la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y/o las secuelas, seguimiento de pacientes, y la derivación a los EESS u Hospitales cuando sea necesario.

En cuanto a la atención médica, esta se dedica principalmente al primer nivel de atención, lo cual refiere al tratamiento de las condiciones más básicas y comunes, que puede resolver el 85% de los problemas (Vignolo et al, 2011). Es el primer punto de contacto con el sistema de salud, y se realiza en centros de menor complejidad. El primer nivel está destinado a ser accesible a toda la población, e incluye actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, y recuperación (MINSA 2006).

El Ministerio de Salud (MINSA) divide el nivel primario de atención en cuatro subniveles, o categorías. Las Casas de la Salud, que se encuentran dentro del proyecto Soy QhaliKay, son diseñadas para abordar los problemas más sencillos del nivel primario, o sea, los de las categorías 1 y 2, que pueden ser resueltos sin la especialidad de un EESS (MINSA, 2006). Según MINSA, las categorías 1 y 2 del primer nivel pueden ser realizadas en un puesto de salud con solo un médico, a diferencia de las categorías 3 y 4 que

necesitan ser realizados en un centro de salud de mayor complejidad y con dos o más médicos (MINSA, 2011). Más aun, MINSA especifica que los puestos de salud de categorías 1 y 2 son responsables del cumplimiento de actividades educativo-comunicacionales en salud, visitas domiciliarias, y campañas de salud, y que los puestos de categoría 2 deben tener un botiquín para la dispensación de medicamentos (MINSA, 2006). Las Casas de la Salud están destinadas a cumplir con estos estándares, y serán atendidas por el equipo de salud (Médico, enfermera, psicóloga, nutricionista y ACS).

En contraste, están los niveles secundario y terciario de atención médica, cada uno de los cuales se divide en dos subniveles o categorías, abordan problemas de salud más graves, y se realizan en los EESS, hospitales, o institutos especializados (MINSA, 2006).

Por estas razones, el proyecto Soy Qhali kay desempeña un papel fundamental para mejorar el bienestar de las poblaciones marginadas de Carabayllo entre ellas la población que padece de diabetes mellitus II e Hipertensión y garantizar el acceso a la atención médica a las personas que viven en comunidades con menos acceso. Con apoyo continuo, este proyecto reducirá la prevalencia de enfermedades prevenibles y curables y las secuelas que estas pueden dejar de la jurisdicción intervenida.

## 2. OBJETIVOS

### Objetivos Generales:

Brindar atención médica, equitativa y de calidad, a nivel primario centrada en las personas, familias, y comunidad con riesgo y/o enfermedad de DM II e HTA del distrito de Carabayllo, a través del funcionamiento de las Casas de la Salud.

### Objetivos Específicos:

1. Fortalecer las capacidades de las agentes comunitarias de salud para la atención y acompañamiento de los participantes con factores de riesgo, con DM e HTA y con otras dolencias que acuden a las Casas de la Salud.
2. Brindar atención médica a los participantes con factores de riesgo y que padecen de Diabetes Mellitus II y/o Hipertensión Arterial en la circunscripción de las Casas de la Salud del Distrito de Carabayllo.
3. Realizar la derivación de participantes que requieren un nivel de atención secundaria o terciaria a los EESS de su jurisdicción.
4. Realizar la derivación de participantes que requieran de atención en salud mental al área correspondiente.
5. Realizar el seguimiento y acompañamiento de los participantes que requieran atención continua clínica, nutricional y/o de salud mental.
6. Derivar los casos sociales identificados en la comunidad para el apoyo clínico y social al área de Protección Social.

### 3. POBLACIÓN BENEFICIARIA

La población beneficiaria está constituida de la siguiente manera:

- Personas con factores de riesgo de DM II y/o HTA
- Personas que padecen de DM II y/o HTA
- Personas con otras dolencias (Hipotiroidismo, hipertiroidismo, artritis, artrosis, anemia, glaucoma, etc.)

Las personas que acudan a los servicios médicos en las Casas de la Salud deben cumplir con los siguientes criterios.

#### **Criterio de Inclusión:**

*Para los participantes con riesgo y con DM II e HTA:*

- Que residan en la jurisdicción de las casas de la salud.
- Que deseen participar de manera voluntaria.
- Que presenten o se encuentren en riesgo de desarrollar DM II y/o HTA.
- Que tengan de 30 a 65 años.

*Para los participantes con otras dolencias:*

- Que residan en el distrito de Carabayllo.
- Que deseen participar de manera voluntaria.

#### **Criterio de Exclusión:**

*Para los participantes con riesgo y con DM II e HTA:*

- Que él o la participante se mude de distrito.
- Que necesiten atención por emergencia.
- Que necesiten hospitalización y/o cirugía, que sean de mayor complejidad.
- Participantes que padezcan de DM I.
- Que no desee asistir al EESS de su jurisdicción.
- Que no desee recibir acompañamiento por las ACS y/o profesionales del proyecto.

*Para los participantes con otras dolencias:*

- Que él o la participante se mude de distrito.
- Que necesiten atención por emergencia.
- Que no desee asistir al EESS de su jurisdicción.
- Que no desee recibir acompañamiento por las ACS.

### 4. ACTIVIDADES

**Objetivo Específico 1: Fortalecer las capacidades de las agentes comunitarias de salud para la atención y acompañamiento de los participantes con factores de riesgo, con DM e HTA y con otras dolencias que acuden a las Casas de la Salud.**

- Para asegurar que las ACS realicen una labor eficaz serán capacitadas previamente a la apertura de las atenciones médicas en casas de la salud.
- Modalidad: Se realizarán de manera presencial y virtual. Serán desarrollados de forma teóricos – prácticos.
- Duración: Cada tema durara un aproximado de 1h y 30min.
- Programación: Las capacitaciones tendrán una duración de 1 semana. Después de este tiempo, se mantendrán reuniones mensuales con el fin de monitorear constantemente la realización de sus actividades. Además, las capacitaciones serán realizadas cada 3 meses para reforzar los conocimientos adquiridos.
- Certificación: Todas las ACS deben asistir de forma obligatoria a las capacitaciones. Aquellas que logren completar las capacitaciones serán acreedoras de un certificado.
- Temáticas: Los temas permitirán crear habilidades que fortalecerán el desarrollo de las ACS en las actividades del proyecto.

**Tabla 1. Capacitaciones para las Agentes Comunitarias de Salud**

N°	Tema	Medio	Tiempo
1	Inducción de proyecto Soy QhaliKay	Presencial	1h y 30 min.
2	Diabetes e Hipertensión Arterial	Virtual	1h y 30 min.
3	Estilo de vida saludable en Diabetes e Hipertensión Arterial	Virtual	1h y 30 min.
4	Medidas de seguridad	Virtual	45 min.
5	Cuidados de heridas en casa	Virtual	45 min.
6	Medidas antropométricas	Presencial	1h y 30 min.
7	Signos vitales y pruebas rápidas	Presencial	1h y 30 min.
8	Liderazgo, trabajo en equipo y tipos de comunicación	Virtual	1h y 30 min.
9	Presentación de CRFs	Presencial	1h y 30 min.
10	Covid-19 e importancia de la vacunación	Virtual	1h y 30 min.
11	Identificación activa mediante Chat bot	Presencial	1h y 30 min.
12	Estrés, Ansiedad y Depresión	Virtual	1h y 30 min.
13	Buenas Prácticas Clínicas	Presencial	1h y 30 min.

**Objetivo Específico 2: Brindar atención médica a los participantes con factores de riesgo y con la enfermedad de DM II y/o HTA del Distrito de Carabaylo.**

- Programación: Se brindarán 20 atenciones médicas al mes. Cada atención médica tendrá un tiempo determinado de 4 horas y por cada atención médica se atenderá a 12 personas,

utilizándose 20 min. De atención médica por cada una de ellas, así mismo, se considerará como mínimo 10 atenciones por cada atención médica.

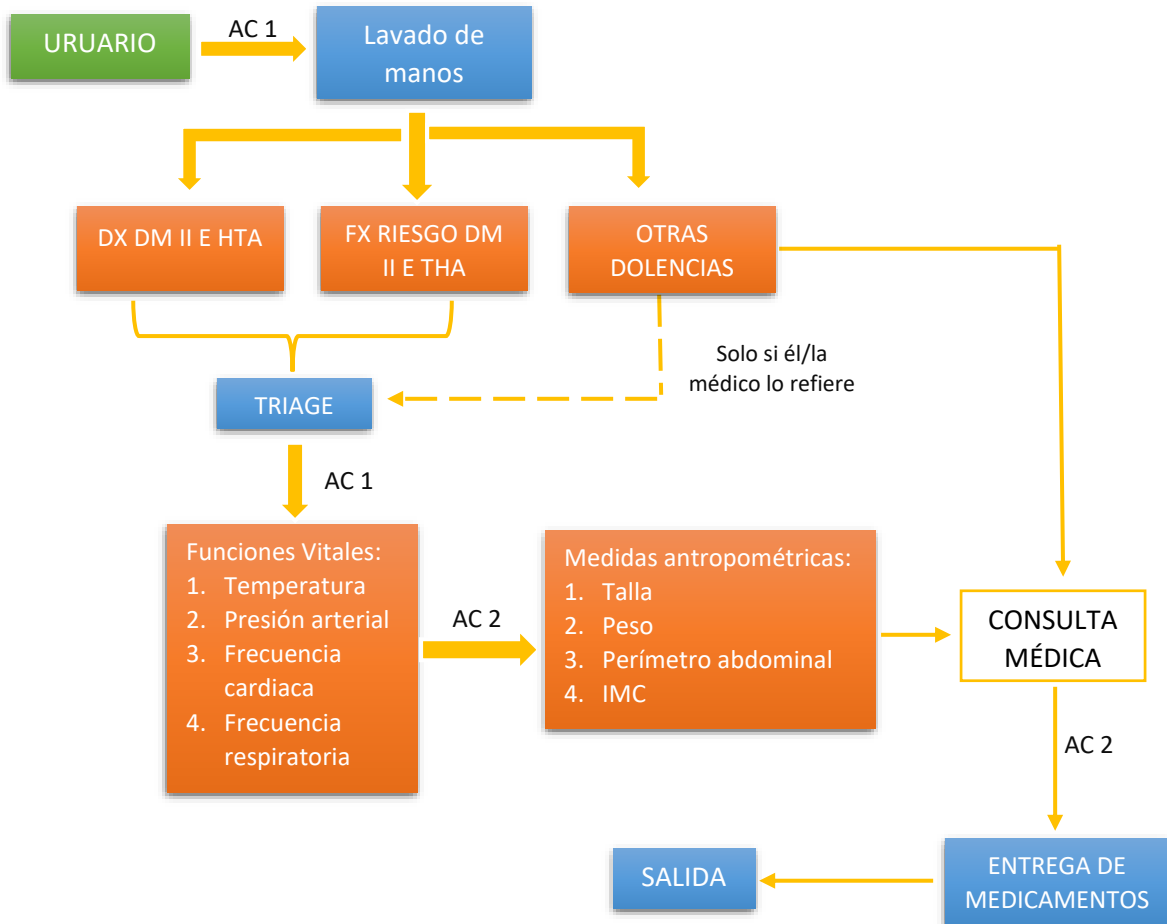
- Convocatoria: Se realizarán 3 días y un día antes de la atención médica para asegurar la afluencia de usuarios, se realizará a través de dos formas:
  - Chat bot: Que estará dirigido a encontrar a los usuarios con riesgo y que padecen de la enfermedad de DM II e HTA, las agentes comunitarias de salud buscaran dentro de la jurisdicción de cada casa de la salud e invitaran a que llenen el chat bot para su posterior ingreso a la intervención.
  - Carteles y volantes: Serán colocados en lugares estratégicos (Local comunal, bodegas, loza deportiva, parques, etc). Además de realizar llamadas a los usuarios para avisarles sobre el día de la atención médica.

Asimismo, se informará a los participantes que asistan a las atenciones con mascarilla, con DNI y de ser posible de forma personal sin acompañantes, o caso contrario solo con un familiar de compañía.

- Fases de la atención médica: Las agentes comunitarias de salud (ACS), tendrás 3 fases donde realizaran sus actividades, detalladas de la siguiente manera:
  - Antes de la atención:
    1. Organización de los materiales e insumos médicos.
    2. Corroborar la operatividad de los equipos.
    3. Limpieza de la casa de la salud correspondiente.
    4. Preparar los materiales de convocatoria (Papelotes, volantes y chat bot)
    5. Realizar los exámenes bioquímicos en ayunas (GL, TGL y CHOS) a los participantes con riesgo y con la enfermedad de DM II e HTA.
  - Durante la atención médica:
    1. Asegurar el lavado de manos en los usuarios antes de ingresar a triage.
    2. Se realizará el control de las funciones vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca y temperatura) a los participantes.
    3. Toma de medidas antropométricas (perímetro abdominal, peso, talla e IMC).
    4. Registro de los CRF Ficha de inscripción del participante (FIPA) que se aplicará solo a los participantes nuevos; y otros CRF que serán aplicados dependiendo del grupo donde se encuentren los usuarios. (Ver tabla N°2)
    5. Educación sobre temas de salud (Covid-19 e importancia de la vacunación), mientras los participantes esperan su turno de atención médica.
    6. Él/la médico realiza la atención médica, cada atención será con un tiempo estimado de 15 a 20 minutos por participante: para la evaluación del paciente, llenado de historias clínicas y entrega de la receta médica.
    7. Seguidamente, las ACS entregan los medicamentos según disponibilidad de stock y se prioriza dicha entrega a población vulnerable como adultos mayores, niños, gestantes,

personas con discapacidades y sospechosos de COVID-19. Las agentes registraran las entregas de los medicamentos en el formato de Planilla de Beneficiarios. (Ver tabla N°2)

**Flujo durante la atención Médica**



**Cuadro N°1: Mensajes sobre tema de salud: COVID – 19**

N°	Mensajes Preventivos	Mensajes sobre la vacunación
1	Usar mascarilla fuera del domicilio.	Los efectos secundarios después de recibir la vacuna contra el COVID19 son normales, esto significa que tu cuerpo está generando protección.
2	Usar careta facial en lugares cerrados.	Los diferentes tipos de vacunas actúan de diferentes formas para brindar protección. Pero,



		con todos los tipos de vacunas el organismo recordará cómo combatir ese virus en el futuro.
3	Lavarse las manos, mínimo durante 20 segundos.	Toda vacuna autorizada para su uso por usted o su familia ha pasado por pruebas rigurosas y es objeto de un seguimiento continuo para garantizar su seguridad y eficacia.
4	Usar alcohol gel o líquido si no podemos realizar el lavado de manos con jabón y agua.	Las vacunas salvan vidas, ayudan a los niños a aprender y crecer, y previenen enfermedades graves y discapacidades.
5	Mantener una distancia de 1mtr y 30cm.	

**Tabla N°2: CRF que se utilizaran en la intervención y otros instrumentos**

Enrolamiento			
Personas con factores de riesgo	Ficha de evaluación inicial y de seguimiento Antropométrica, Clínico y Laboratorial.	FISE-ACL	Registra los resultados de valores bioquímicos, presión arterial y pruebas bioquímicas.
	Ficha de Sintomatología respiratoria.	SINRE	Registra información sobre síntomas relacionados al COVID-19 que pueden presentar los participantes.
	Historia clínica médica	HICM	Registra información del paciente en la consulta médica.
Personas con DM II y/o HTA	Ficha de evaluación inicial y de seguimiento Antropométrica, Clínico y Laboratorial.	FISE-ACL	Registra los resultados de valores bioquímicos, presión arterial y pruebas bioquímicas.
	Ficha de Sintomatología respiratoria.	SINRE	Registra información sobre síntomas relacionados al COVID-19 que pueden presentar los participantes.
	Historia clínica médica	HICM	Registra información del paciente en la consulta médica.
Personas con otras dolencias	Ficha de Sintomatología respiratoria.	SINRE	Registra información sobre síntomas relacionados al COVID-19 que pueden presentar los participantes.
	Ficha de vacunación contra COVID-19	FVAC COVID-19	Registra información sobre el estado de vacunación de los participantes.
	Historia clínica médica	HICM	Registra información del paciente en la consulta médica.
Otros instrumentos	Lista de convocatoria de usuarios > 2años		Registra los datos de los usuarios que asisten a las atenciones médicas.
	Lista de convocatoria < 2años		Registra los datos de los niños <2años.

	Planilla de beneficiarios finales		Permite registrar los datos de los usuarios que reciben medicamentos de la Casa de la salud.
--	-----------------------------------	--	--

- Después de la atención:
1. Las ACS ordenarán el espacio de la casa de la salud y procederán a dejar el local con seguro.
  2. Posteriormente ambas ACS se reunirán para proceder a realizar las BPC a los CRF
  3. Además, se dividirán los seguimientos que se hayan identificado y proceder hacer las visitas domiciliarias.
  4. Las ACS realizarán el delivery de medicamentos a los participantes con DMI II e HTA.
  5. Las ACS realizará los seguimientos para reforzar los mensajes clínicos, nutricionales y psicológicos a los participantes de riesgo de DM II e HTA.<sup>1</sup>
  6. Y realizarán la entrega de apoyos sociales (canastas de alimentos, medicinas, etc.) si hubiese un caso que lo amerite

**Objetivo Específico 3:** Realizar la derivación de participantes que requieren un nivel de atención secundaria o terciario a los EESS de su jurisdicción.

- Si el paciente tiene un problema moderado o severo, el médico lo derivará a su respectivo establecimiento de salud (EESS) dependiendo a la jurisdicción a la que pertenezca.

**Cuadro N°2: Establecimiento de la salud según la jurisdicción de la CADSA**

N°	CASA DE LA SALUD (CADSA)	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
1	Padre Juan Roussin	La Flor
2	Madre Teresa de Calcuta	Raúl Porras Barrenechea
3	28 de Julio	Jorge Lingán
4	Santa Rosa de Lima	Progreso

**Objetivo Específico 4:** Realizar la derivación de participantes que requieran de atención en salud mental al área correspondiente.

- Si el paciente tiene un problema de salud mental, el médico lo derivará a la psicóloga de SAME para su respectiva evaluación y/o derivación al establecimiento de salud (EESS) dependiendo a la jurisdicción a la que pertenezca. (Ver cuadro N°2)

**Objetivo Específico 5:** Realizar el seguimiento y acompañamiento de las pacientes que requieran atención continua.

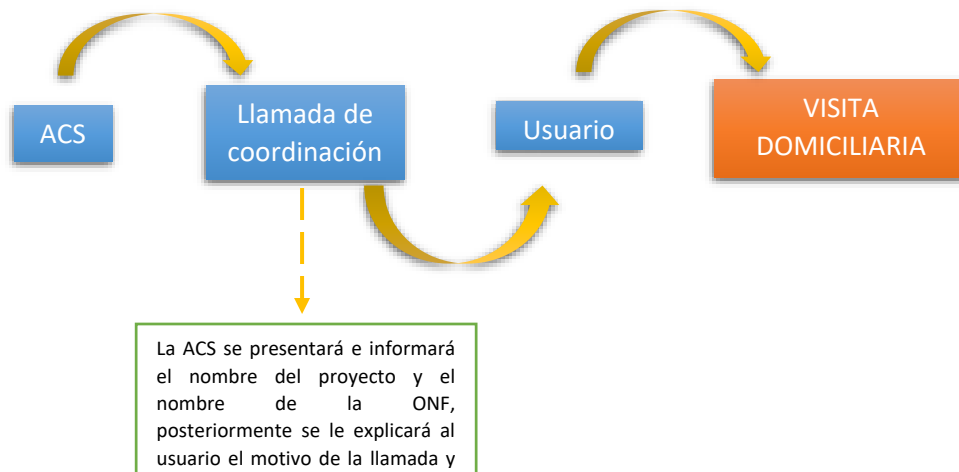
<sup>1</sup> Revisar el Manual de las CPC: mensajes informativos y motivacionales.

- Para el seguimiento y acompañamiento de los usuarios la ACS llamara al usuario para poder coordinar la visitas domiciliarias. (ver flujo de visita domiciliaria)
- Se realizará el acompañamiento a los pacientes a los EESS para obtención de citas y aseguramiento de asistencia a la misma. Este seguimiento se realizará a través de llamadas y salidas a campo, solo cuando sea estrictamente necesario. Como se indica en la tabla 3.
- Asegurar la adherencia al tratamiento médico a través de llamadas telefónicas y Delivery de medicamentos cuando sea necesario.

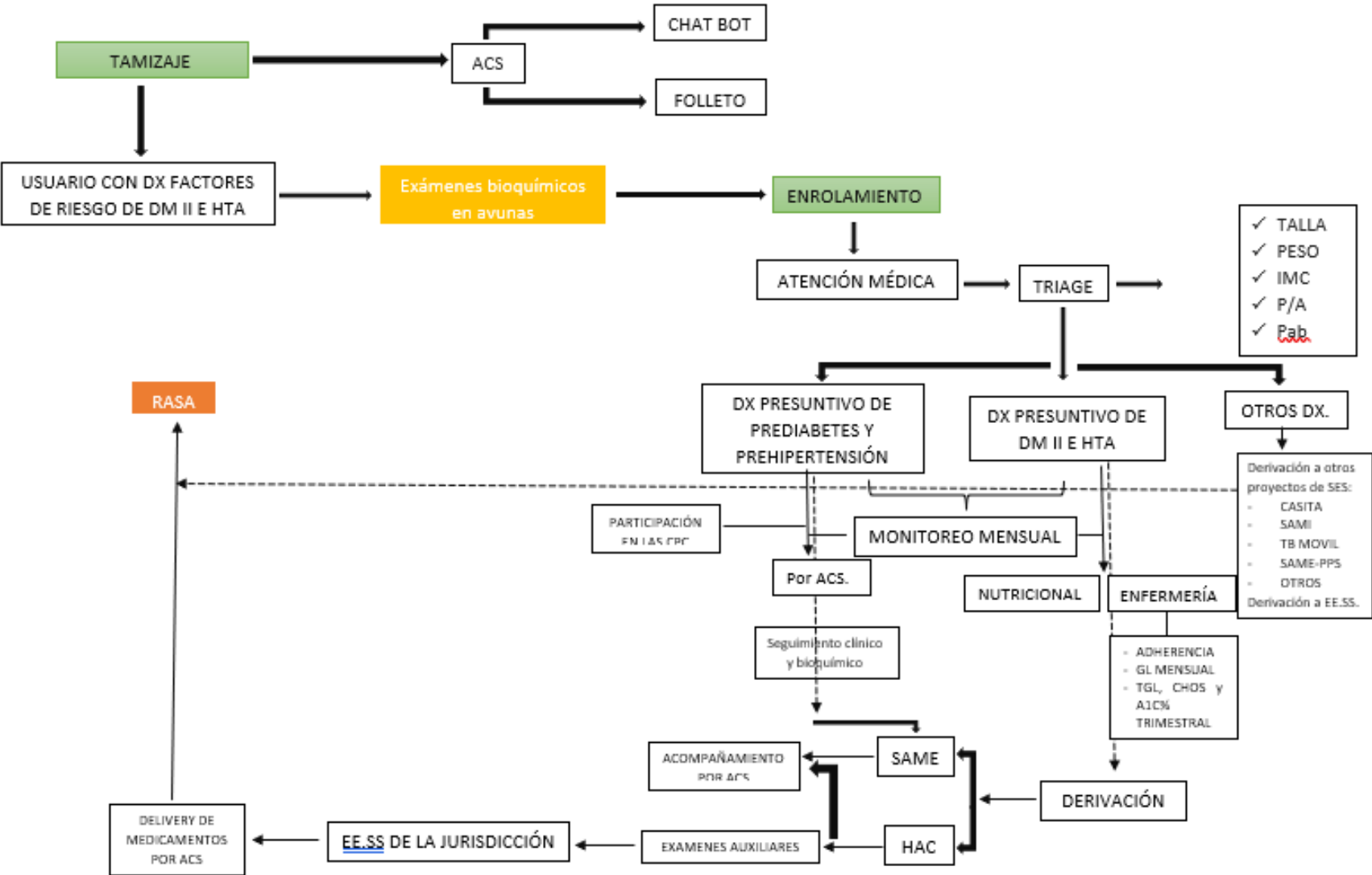
**Tabla 3. Tipología de problemas de salud que requieren una salida a campo.**

Categoría	Salida a Campo de la ACS	Observaciones
Categoría 1. "Leve"	<b>No requiere salida a campo.</b>	Paciente con alguna enfermedad pero que tiene apoyo familiar, se le brindará seguimiento a través de llamadas para guiar en el proceso, hasta su egreso.
Categoría 2. "Moderado"	<b>Sí requiere salida a campo</b> con equipo de protección personal (EPP).	Paciente con alguna enfermedad física que vive solo o no cuenta con apoyo familiar. La ACS brindará soporte mediante <b>visitas domiciliarias y llamadas</b> , hasta su egreso.
Categoría 3. "Grave"	<b>Sí requiere salida a campo</b> con equipo de protección personal (EPP).	Paciente que tiene discapacidad física y/o intelectual, que vive solo o no cuenta con apoyo familiar. La ACS brindará soporte mediante <b>visitas domiciliarias</b> , hasta su egreso.

**Flujo para visitas domiciliarias**



# FLUJO DE ATENCIÓN GENERAL



## 6. PROCEDIMIENTO DE INTERVENCIÓN

### 1. Inicio:

1.1. **Tamizaje:** Las ACS realizarán el tamizaje de dos maneras, la primera constará sobre la distribución de materiales informativo (papelotes, folletos) en zonas estratégicas de la comunidad (mercados, colegios, locales comunales y casa por casa), sobre la atención médica. Además, se realizarán la convocatoria a través de llamadas telefónicas. Las personas llegarán a las Casas de la Salud en la fecha y hora indicadas por las ACS.

Se debe tener presente que los horarios y fechas de atención se compartirán en los grupos de WhatsApp para utilizarlo como una forma de distribución para la convocatoria de participantes por medios tecnológicos.

El segundo medio es por el Chat bot Soy Qhali Kay, las ACS realizarán las visitas físicas en las comunidades y fomentaran el llenado del chat bot compartiendo el link con los usuarios, también facilitarán el llenado del chat bot de aquellas personas que no tienen acceso al uso de celulares o si les dificultara su llenado a través del celular comunitario.

1.2. **Enrolamiento:** Se enrolará a todo participante que cumple con los criterios de inclusión.

### 2. Pre-atención:

Las casas de la salud serán sometidas a limpieza y desinfección del área de atención y de los insumos médicos a utilizar, que se realizará por las ACS, 1 día antes de las atenciones médicas. Así mismo al término de cada atención médica se procederá al ordenamiento y limpieza de las áreas de atención. El abastecimiento de los insumos de limpieza se realizará cada 3 meses.

**Tabla 4. Kit de limpieza para las Casas de la Salud para 3 meses.**

N°	Descripción	Unidad de medida	Cantidad a entregar
1	Papel toalla doble hoja x 50 hojas (20x22cm c/u).	Paquete	4
2	Papel toalla jumbo x 200 mt simple	Unidad	1
3	Escoba	Unidad	1*cada 6m.
4	Detergente domestico 1 kg	Bolsa	2
5	Lejía x lt	Frasco	5
6	Aromatizador spray x 360 ml	Frasco	1
7	Paños amarillos x 20 unds	Paquete	1*cada 6m.
8	Ambientador	Frasco	4
9	Bolsas negras 140 lt x 100 unds	Paquete	1*cada 12m
10	Jabón líquido para dispensador x 500 ml	Frasco	5
11	Repuesto trapeador	Unidad	2*cada 6m.

### 3. Fase de Atención.

Para la atención médicas, las ACS y el médico tendrán el equipo de protección personal adecuado (ver Tabla 5). Cuando las personas lleguen a las Casa de la Salud, la atención será realizada de la siguiente manera:

- Participante Nuevo: Se llenará una Ficha de Información del Participante (FIPA) donde se recolectará datos de filiación. Esto se realiza una única vez.
- Participante Continuator: No se aplicará el FIPA.
- A todo usuario que asista a alguna atención médica se le aplicará el CRF SINRE, y ante algún síntoma positivo, se le considerará sospechoso de COVID-19.
- Ante la sospecha de COVID-19, se verificará que la persona utilice correctamente la mascarilla y será atendido por el médico. El lugar de la atención será en un ambiente amplio y ventilado.

Así mismo, según el grupo de personas atendidas se llenarán los CRF según corresponda. (Ver tabla N°2)

De acuerdo al diagnóstico de la persona, el médico puede emitir una receta médica en caso lo considere. Seguidamente, la ACS entregará el medicamento según disponibilidad de stock y se priorizará la entrega en los siguientes casos:

- Participantes que no cuenten con un tipo de seguro.
- Participantes que no estén laborando.
- Participantes con comorbilidades: Tuberculosis, Diabetes, VIH/SIDA, Obesidad, Hipertensión.
- Población vulnerable: Gestantes, adultos mayores, niños menores de 5 años, personas con discapacidad y sospechosos de COVID-19.

Si la persona presenta problemas que requieren una atención más especializada de las que se brindan en las Casas de la Salud, será derivada a los EESS correspondientes o una derivación interna a la atención psicológica.

Si un participante acude nuevamente a las casas de la salud será considerado como una nueva atención y será asignado a un nuevo ciclo de visita.

**Tabla 5. Equipo de protección personal (EPP) para cada personal, por atención en las Casas de la Salud.**

N°	EPP	Cantidad
1	Mandilón descartable celeste	1
2	Mascarillas de tres pliegues	2
3	Respirador N95* para la médico.	1caja
3	Gorros	1
4	Careta facial*cada 6 m.	1
5	Guantes de examen*para atención médica	1 caja

### 4. Fase de Seguimiento

#### 4.1. Prediabetes y prehipertensión

Los participantes que tengan riesgo para desarrollar DM II y/o HTA serán acompañados de forma mensual por las ACS donde a través de entrega de mensajes motivacionales e información clave para fomentar el autocuidado se buscare mejorar la salud y disminuir los riesgos. Los participantes tendrán un control clínico mensual de peso, perímetro abdominal, IMC y presión arterial, además tendrán un control de exámenes bioquímicos de glucosa en ayunas mensualmente y de triglicéridos, colesterol y hemoglobina glucosilada cada 3 meses. También participaran 2 veces al mes en las citas preventivas compartidas que busca que los usuarios desarrollen la autoeficacia en su salud y de esa forma disminuir los riesgos de desarrollar la enfermedad.<sup>2</sup> Además, aquellos participantes de los cuales se tenga sospecha de que padecen de alguna enfermedad mental serán derivados al área psicológica para su respectiva evaluación.

#### 4.2. Diabetes e hipertensión

Aquellos participantes que sean detectados con DM II e HTA será seguidos y acompañado por los profesionales de la salud, del área médica, nutricional y de enfermería para poder tener un mayor control sobre la enfermedad y fomentar la adherencia. El seguimiento será mensual, respecto al área médica, los participantes paran por una atención con la médico del proyecto en las casa de la salud, donde obtendrán un diagnóstico presuntivo que posteriormente será confirmado en el hospital de apoyo de Carabayllo (HAC), además accederán allí cuanto sea necesario para evaluaciones según lo requiera, además de ello se procederá a derivar a cada uno de los participantes a los establecimiento de sus jurisdicción para poder acceder a sus medicamentos.

Durante el seguimiento mensual por enfermería se monitoreará su adherencia los medicamentos por ello asistirán a consejería, así mismo tendrán un control mensual de glucosa en ayunas y de triglicéridos, colesterol y hemoglobina glucosilada cada 3 meses, también tendrán un control mensual de peso, IMC, perímetro abdominal y de presión arterial. Así mismo, los participantes tendrán un seguimiento nutricional de forma mensual<sup>3</sup>.

#### 4.3. Otras dolencias

Aquellas personas que acudan a las casas de la salud por otras dolencias y que necesiten seguimiento, serán acompañados por las ACS, aquellas personas que han recibido una derivación o indicación de seguimiento, recibirán el acompañamiento por las ACS. El seguimiento se realizará de acuerdo a los motivos que se identifiquen y eso determinará las veces necesarias de visitas. La cantidad máxima de visitas será de 4 visita de modo que se asegure la adherencia al tratamiento y a su vez educar al usuario y/o a los familiares acerca de los procedimientos para asistir al establecimiento de salud de la jurisdicción.

**Table N°6. Motivos de seguimiento a los participantes por otras dolencias**

	Motivos	N° de visitas
1	Usuario con enfermedad sin control, usuario y/o familiares que desconocen cómo actuar.	2

<sup>2</sup> Para mayor referencia, se debe revisar el manual de las citas preventivas compartidas

<sup>3</sup> Para mayor referencia, se debe revisar el plan de trabajo nutricional.

2	Usuario con enfermedad sin control, con dificultad motora y/o enfermedad mental, con familiares o sin familiares presentes.	4
3	Usuario con enfermedad sin control, que no tiene seguro de salud, con familiares presentes o sin familiares que brinden apoyo.	3
4	Usuario con enfermedad sin control, que desconoce cómo ir al establecimiento de salud.	3
5	Usuario adulto mayor con enfermedad sin control, sin familiares presentes.	4

## 5. Salida del proyecto

Respecto a la salida del proyecto se considerarán los siguientes tipos de salida:

- La persona puede salir del proyecto después del enrolamiento al encontrarse sana y no cumplir con los criterios de inclusión. Se considerará **salida**.
- La persona puede salir del proyecto durante el proceso de seguimiento al mudarse, fallecer, ser privado de su libertad o no desea continuar recibiendo los servicios. Se considerará **abandono**.
- La persona puede salir del proyecto al haber obtenido su cita en el establecimiento de salud y presentar adherencia. Se considerará **egreso**.

## 7. RECURSOS

### Humanos:

- Médico: Este proyecto requiere un médico cirujano para proporcionar atención médica de nivel primario (categoría 1 y 2) a todas las personas que visitan las Casas de la Salud.
- Equipo SES: El equipo de SES estará involucrado en el funcionamiento y monitoreo continuo de este proyecto. En más detalle, será responsable de entregar las donaciones de medicamentos a las Casas de la Salud, junto con cualquier otro material que necesiten para sus actividades. También, el equipo será responsable del seguimiento de los pacientes atendidos. Más aun, recopilará y analizará datos de las Casas de la Salud para evaluar su éxito y mejorar sus actividades. Así mismo, el equipo técnico se asegurará de mantener las Casas de la Salud en buen estado, a través de la inspección y la apertura de nuevos espacios.
- Las Agentes Comunitarias de Salud (ACS): Las ACS asistirán al doctor en las atenciones médicas, haciendo la convocatoria, realizando el triage, y entregando los medicamentos a los pacientes. También, realizarán el acompañamiento a los EESS y seguimiento de los pacientes.

### Materiales:



- **Medicamentos:** Las Casas de la Salud contará con medicamentos para tratar enfermedades de nivel primario. Los medicamentos serán comprados cada 3 meses y entregados de forma mensual a las casas de la salud.
- **Insumos médicos:** Las Casas de la Salud requieren un suministro adecuado de insumos médicos comunes, como agua oxigenada, gasa, alcohol, y algodón, los cuales son necesarios para muchos servicios médicos.
- **Equipos médicos:** Todas las Casas de la Salud necesitan equipos médicos, como camillas, balanzas, tallímetros, termómetros, estetoscopios y tensiómetros, para que el médico pueda brindar atención a la comunidad.
- **Inmuebles:** Cada Casa de la Salud requiere equipos básicos, como sillas, luz eléctrica, armarios, y un escritorio, para organizar el espacio y garantizar la calidad del servicio.
- **Material de aseo:** Todas las Casas de la Salud necesitan materiales de aseo para mantener el espacio en óptimas condiciones, incluyendo escoba, recogedor, trapeador, balde, paños de limpieza, y papel toalla.
- **Casas de la Salud:** Este proyecto requiere de los espacios físicos, para que los médicos brinden atención a los pacientes en un lugar privado, cómodo, y para guardar el equipo con los medicamentos. Estos pueden ser espacios comunales.

#### **Económicos:**

- **SES:** Los fondos para realizar este proyecto son proporcionados por SES, financiado por Partners In Health (PIH). Estos fondos serán usados para subvencionar las actividades del proyecto.

## REFERENCIAS

- Cieza Zevallos, Javier Antonio, & Rosas Pimentel, María Isabel. (2016). Prevalencia de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica y obesidad en una población urbana de los distritos de Carabayllo, Comas e Independencia en los años 2014 y 2015. *Acta Médica Peruana*, 33(4), 296-303. Recuperado en 13 de septiembre de 2018, [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172016000400006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172016000400006).
- Contreras, C. C., Millones, A. K., Santa Cruz, J., Aguilar, M., Clendenes, M., Toranzo, M., Llaro, K., Lecca, L., Becerra, M. C. and Yuen, C. M. (2017), Addressing tuberculosis patients' medical and socio-economic needs: a comprehensive programmatic approach. *Trop Med Int Health*, 22: 505-511, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/tmi.12844>.
- MINSa. (2006). Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud V.02. Recuperado en 21 de septiembre de 2018.
- MINSa. (2011). Norma Técnica de Salud: Categorías de Establecimientos del Sector Salud V.03. Recuperado en 24 de septiembre de 2018.
- PAHO y OMS. (2014). Infecciones Respiratorias Agudas en el Perú. 1-24. <http://www.paho.org/per/images/stories/FtPage/2014/PDF/iras.pdf>.
- Vignolo, Julio, Vacarezza, Mariela, Álvarez, Cecilia, & Sosa, Alicia. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11. Recuperado en 18 de septiembre de 2018, de [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&tlng=es).