

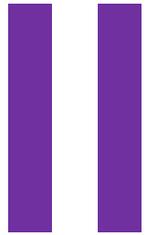


Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

MINISTERIO DE SALUD

Texto de Capacitación para el  
Fortalecimiento del Modelo de Salud  
Familiar y Comunitario



# Instructivo para el llenado y gerencia del Censo de pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles



Agencia de Cooperación  
Internacional del Japón

Agosto, 2023



PROYECTO VIDA, SALUD Y FUERZA  
Fortalecimiento de la Salud Familiar y Comunitaria  
(MOSAFC)



# Presentación

---

Este módulo fue elaborado por los Comité Técnico de Enfermedades de Crónicas No Transmisibles de los SILAIS Chontales y Zelaya Central y la Dirección General de Servicios de Salud, basado en las normativas vigentes del Ministerio de Salud (MINSa), con el apoyo técnico y financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), con el fin de ser utilizado en las capacitaciones sobre Enfermedades de Crónicas No Transmisibles (ECNT) y en los procesos de atención a las ECNT, en el marco del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).

En la elaboración de los textos de capacitación se tomó en consideración la “Política Nacional de Salud de Nicaragua”, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, las normas de atención, los resultados de los talleres de análisis de situación, realizados en diferentes niveles (SILAIS, municipio, Equipo de Salud Familiar y Comunitario (ESAFC) y hospitales primarios) y las experiencias de otros proyectos de JICA. Los textos de capacitación elaborados en 4 temas prioritarios de ECNT, son “I Instructivo del Tamizaje para Detección de ECNT”, “II Instructivo para el Llenado y Gerencia del Censo de pacientes con ECNT”, “III Hipertensión Arterial” y “IV Diabetes Mellitus”.

Estos textos de capacitación están dirigidos a los Auxiliares de Enfermería, Auxiliar MOSAFC, Licenciados/as, Enfermeros/as General, Médico en Servicio Social, Médico General y Médicos especialistas; estos servirán de material de consulta durante los procesos de atención para mejorar la calidad y calidez de atención en los servicios de salud.

Este documento no sustituye las normas del MINSa, es un material práctico para desarrollar procesos de capacitación. Fue elaborado en forma sencilla, concreta, con ilustraciones apropiadas que facilitan la comprensión y aplicación.

Esperamos que sea de utilidad para los participantes de la capacitación y en los procesos de atención de ECNT, en el marco del MOSAFC.

# Índice

---

Introducción	1
Objetivos	2
Acrónimos	3
<b>1. Conocimientos básicos del censo de pacientes con Enfermedad Crónica No Transmisible</b>	<b>5</b>
1.1 ¿Qué es el censo de pacientes con ECNT?	5
El llenado correcto de los formatos, análisis y gerencia de la información	
1.2 permite lo siguiente	5
1.3 Organización del programa de atención de pacientes con ECNT	5
1.4 Flujo de atención a pacientes con ECNT en el ESAFC/GISI	6
Flujo de información de atención a pacientes con ECNT desde el sector al	
1.5 municipio	7
Flujo de registro y análisis de información, atención a pacientes con ECNT	
1.6 desde el sector al municipio	8
Flujo de registro de información, atención a pacientes con ECNT desde el	
1.7 sector al municipio y del municipio al SILAIS	9
<b>2. Llenado correcto, completo y adecuado del censo de pacientes con ECNT</b>	<b>10</b>
2.1 Censo de crónicos en el sector de salud (en físico)	10
2.2 Censo de crónicos en el municipio (consolidado de sectores en digital)	13
2.3 Hoja de control de medicamentos recetados versus entregados	15
<b>3. Monitoreo de la calidad de la atención a pacientes con ECNT</b>	<b>16</b>
<b>4. Entrega de informes del proceso de atención a los pacientes con ECNT</b>	<b>17</b>
<b>5. Acciones de promoción de salud, prevención de inasistencia y complicaciones de ECNT</b>	<b>18</b>
5.1 Promoción y prevención	18
5.2 Participación comunitaria	19
5.3 Recomendaciones para el ESAFC/GISI	20
<b>6. Anexos</b>	<b>21</b>
Anexo 1	22
Anexo 2	25
Anexo 3	28
Anexo 4	30

# Introducción

---

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional (GRUN), a través del Ministerio de Salud y mediante el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), con el objetivo de acercar los servicios de salud gratuito a la población, y garantizar el acceso y cobertura universal, ha fortalecido y priorizado la promoción, prevención, atención y rehabilitación de las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el informe sobre la situación Mundial de las ECNT del año 2008 al 2013, refiere que, de los 57 millones de muertes en el mundo, 36 millones (63%) fueron por ECNT. De estas más del 80% fueron causadas por enfermedades cardiovasculares. La enfermedad vascular cerebral es la segunda causa de mortalidad en mayores de 60 años. Se estima que 15 millones de personas sufren esta enfermedad anualmente y de estos 5.8 millones mueren.

En el Mapa Nacional de la Salud en Nicaragua 2018, se registran 492,314 personas con ECNT, entre las más frecuentes están la hipertensión arterial (208,982) y la diabetes (96,278). Las primeras 15 causas de muertes suman un total de 15,589 fallecimientos de los cuales el 87% se deben a ECNT y de estas el 57 % se deben a causa cardiovasculares, entre ellas el infarto agudo al miocardio, enfermedad cerebrovascular, hipertensión arterial y síndrome coronario.

Por primera vez se elabora este texto dirigido a los trabajadores de la atención primaria en salud, debido a la necesidad de estandarizar el registro en el censo de pacientes con enfermedades crónicas, haciendo énfasis en el llenado correcto y gerencia desde el sector hasta la atención en el segundo nivel; disminuyendo así la morbimortalidad debida a estas enfermedades y sus complicaciones. Esta herramienta permite al personal de salud mejorar la calidad de atención y el seguimiento de los pacientes con ECNT.

# Objetivos

---

## ■ General

Fortalecer las capacidades del personal de salud para el llenado correcto del censo de pacientes con ECNT y el seguimiento oportuno; permitiendo la detección de inasistencias y la toma de decisiones oportunas para prevenir complicaciones.

## ■ Específicos

1. Capacitar al personal de salud, en el llenado correcto, completo y adecuado del censo de pacientes con ECNT.
2. Promover la promoción, prevención y búsqueda de inasistentes con participación de la red comunitaria.
3. Facilitar las actividades de seguimiento y la referencia oportuna a la atención especializada para la atención en caso que se detecte alguna complicación, a través del monitoreo del censo.
4. Registrar en el censo las atenciones de los pacientes con ECNT, su seguimiento y visita en caso de inasistencia para garantizar la administración de medicamentos mensualmente.
5. Gerenciar el abastecimiento de insumos médicos para el control de las ECNT.

# Acrónimos

---

BHC	.....	Biometría Hemática Completa
DM	.....	Diabetes Mellitus
ECNT	.....	Enfermedad Crónica No Transmisible
EGO	.....	Examen General de Orina
EKG	.....	Electrocardiograma
ESAFC	.....	Equipo de Salud Familiar y Comunitario
GeneXpert	.....	Prueba de Biología Molecular
GISI	.....	Grupo Integral de Salud Intercultural
GRUN	.....	Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
HTA	.....	Hipertensión Arterial
IMC	.....	Índice de Masa Corporal
JICA	.....	Agencia de Cooperación Internacional del Japón
MINSA	.....	Ministerio de Salud
MOSAFC	.....	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
OMS	.....	Organización Mundial de la Salud
PASIGLIM	.....	Programa Automatizado del Sistema de Información para la Gestión Logística de Insumos Médicos
SILAIS	.....	Sistema Local de Atención Integral en Salud



# 1. Conocimiento básico del censo de pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles

---

## 1.1 ¿Qué es el Censo de pacientes con ECNT?

Es un instrumento práctico y dinámico, estandarizado que permite monitorear el seguimiento de los pacientes con ECNT, sus patologías y, atenciones; identificando la inasistencia y orientando a la toma de decisiones oportunas desde el sector de salud.

El Censo de pacientes con ECNT cuenta con 4 instrumentos:

- (1) Censo nominal de pacientes con ECNT
- (2) Censo estadístico de pacientes con ECNT
- (3) Hoja de control de medicamentos recetados y entregados a pacientes con ECNT
- (4) Censo de promoción, prevención, monitoreo y atención especializada

## 1.2 El llenado correcto de los formatos, análisis y gerencia de la información permite lo siguiente:

- Identificar el número de pacientes con ECNT y sus patologías.
- Conocer el seguimiento y atenciones mensuales de los pacientes.
- Determinar el abastecimiento y existencia versus consumo de insumos médicos para la atención de pacientes.
- Control de atenciones y citas de los pacientes.
- Identificar pacientes inasistentes.
- Verificar la ejecución de acciones de promoción de salud y prevención de complicaciones.
- Monitorear la calidad de atención.
- Valoración especializada de pacientes.

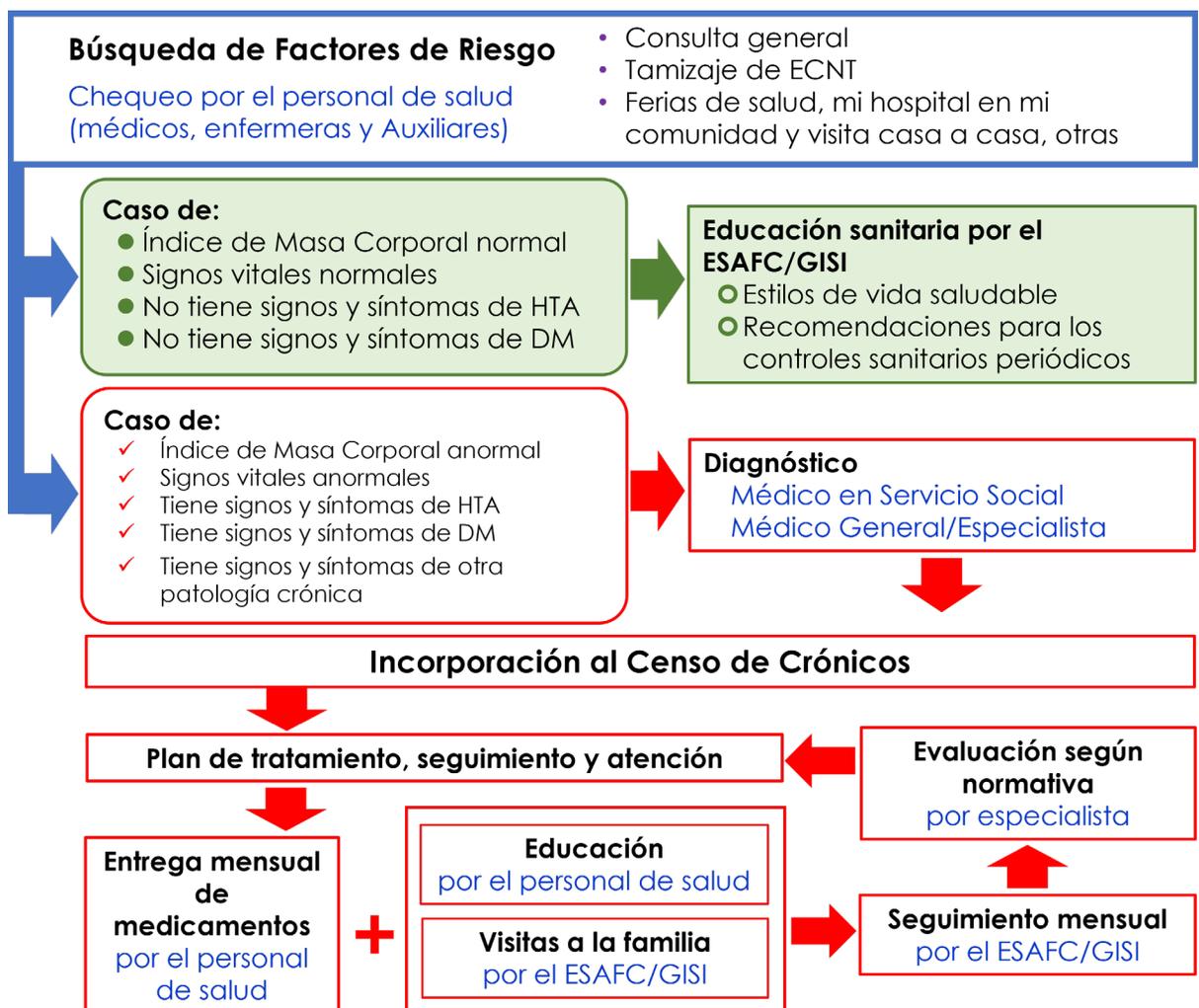
## 1.3 Organización del programa de atención de pacientes con ECNT

- Garantizar la dispensarización, para organizar las intervenciones de cada grupo dispensarial.
- Acciones de promoción y prevención en la comunidad.
- Búsqueda de nuevos pacientes a través de identificación de factores de riesgo.
- Visitas a familias de nuevos pacientes identificados.
- Atención a cada paciente de acuerdo a las normas.
- Existencia de censo en cada sector de salud.
- Registro de las atenciones en el expediente clínico.
- Registro de pacientes en el censo municipal.
- Registro de insumos farmacológicos en la hoja de control de medicamentos.

## 1.4 Flujo de atención a pacientes con ECNT en el ESAFC/GISI

Cuando el ESAFC/GISI identifica a un paciente con enfermedad crónica debe brindarle la atención requerida dejando evidencia en el expediente clínico (en cada atención), ingresar al censo de crónicos los casos nuevos identificados, definir el plan de tratamiento inicial y determinar la valoración especializada; entregar medicamentos, garantizar consejería sobre educación en salud, visitar a la familia para conocer factores de riesgo y establecer el seguimiento. Ver figura 1. Flujograma de atención a pacientes con ECNT en el sector.

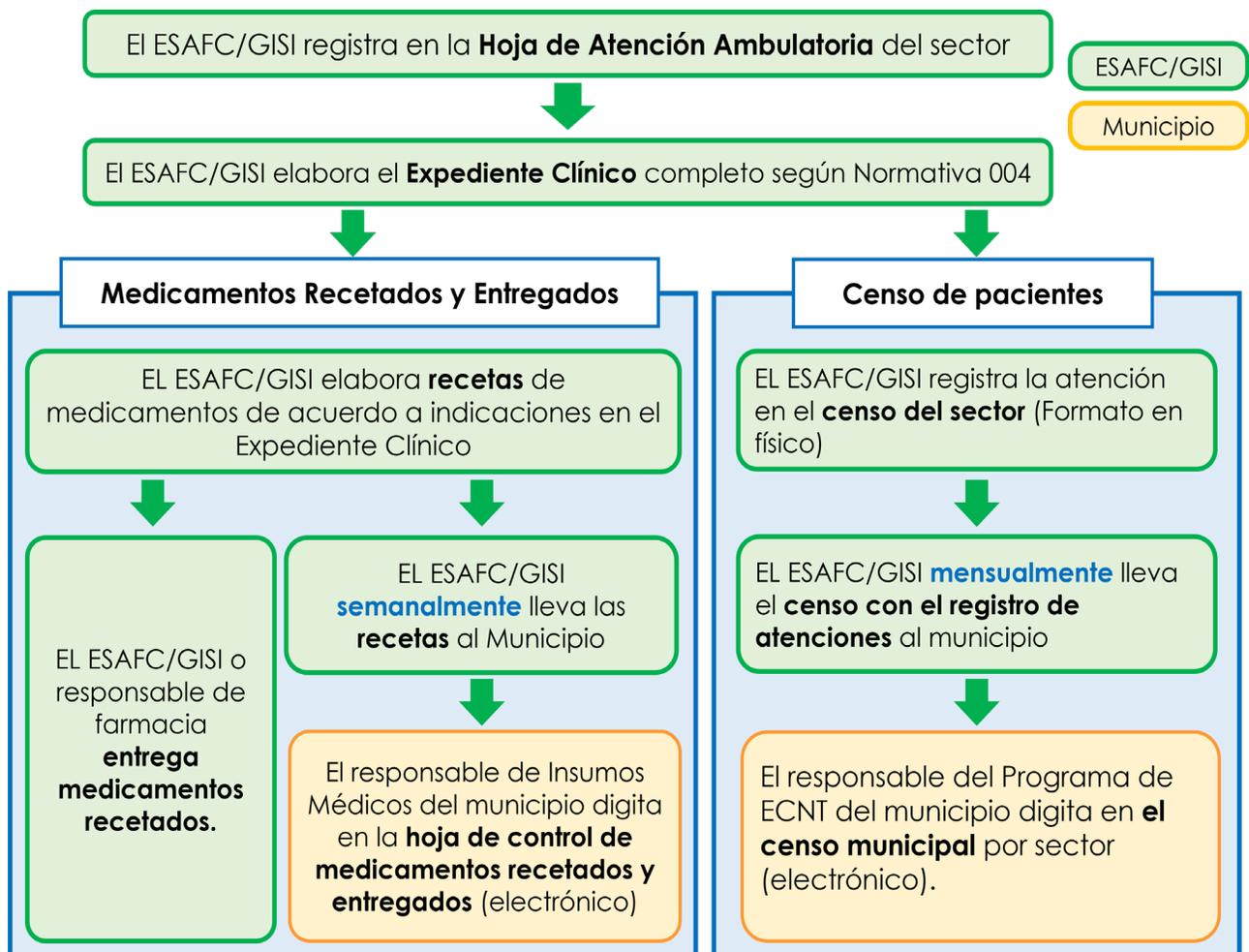
Figura 1. Flujograma de atención a pacientes con ECNT en el sector



## 1.5 Flujo de información de atención a pacientes con ECNT desde el sector al municipio.

El sector debe llevar al municipio el consolidado de información del proceso de atención a pacientes con enfermedades crónicas semanal (recetas de medicamentos entregados) y mensual (atenciones a pacientes con ECNT). El municipio se encarga de digitar y consolidar la información municipal por sector. Ver figura 2. Flujograma de información de atención a pacientes con ECNT desde el sector al municipio.

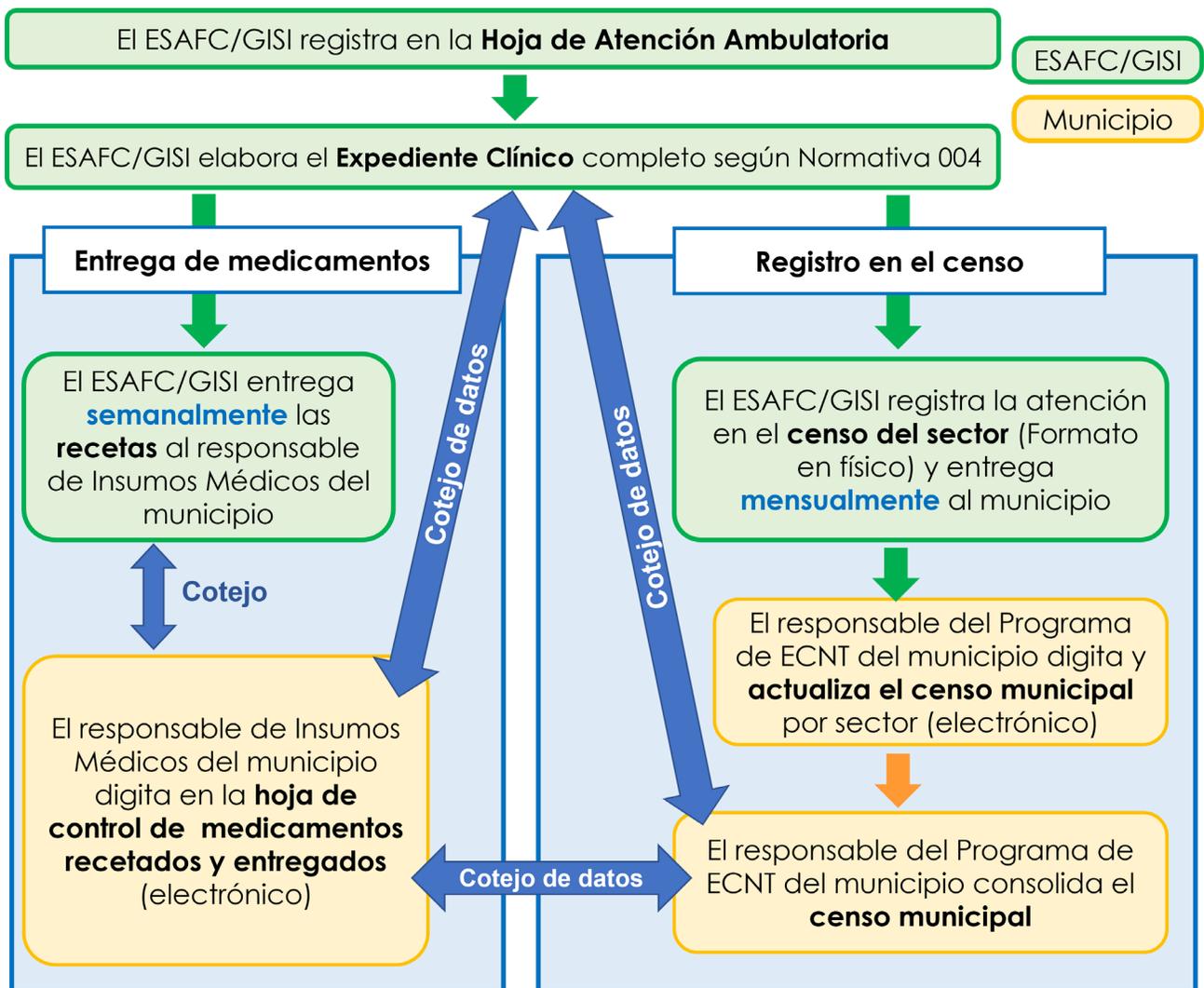
**Figura 2.** Flujograma de información de atención a pacientes con ECNT desde el sector al municipio



## 1.6 Flujo de registro y análisis de información, atención a pacientes con ECNT desde el sector al municipio.

El municipio debe registrar en digital la información de atenciones y recetas entregadas por los sectores. Además, verifica la concordancia mediante el cotejo de información (porcentaje de atenciones, medicamentos recetados y entregados versus atenciones y expediente clínico); realizar monitoreo y evaluación de calidad de la atención, estableciendo análisis y retroalimentación a los sectores. Ver figura 3. Flujograma de registro y análisis de información, atención a pacientes con ECNT desde el sector al municipio.

**Figura 3.** Flujograma de registro y análisis de información, atención a pacientes con ECNT desde el sector al municipio



## 1.7 Flujo de registro de información, atención a pacientes con ECNT desde el sector al municipio y del municipio al SILAIS.

El municipio entrega al SILAIS la información consolidada de sus sectores (atenciones, consumo de medicamentos, otros), análisis de calidad del proceso de atención a pacientes con ECNT. El SILAIS consolida y verifica la concordancia, mediante el cotejo de información, monitoreo y verificación de calidad de la atención. Ver figura 4. Flujograma de registro de información, atención a pacientes con ECNT desde el sector al municipio y del municipio al SILAIS.

**Figura 4.** Flujograma de registro de información, atención a pacientes con ECNT desde el sector al municipio y del municipio al SILAIS.



## 2. Llenado correcto, completo y adecuado del censo de pacientes con ECNT

El llenado correcto del censo de pacientes con ECNT es responsabilidad del ESAFC/GISI y debe ser manejado por todos los integrantes, con énfasis en las acciones de promoción, prevención, atención y búsqueda de inasistentes para prevenir complicaciones. Ver anexo 1-1,1-2 y1-3. Hoja de Censo crónicos en el sector de salud.

### 2.1 Censo de crónicos en el sector de salud (en físico)

Se lleva en físico por barrio o comunidad en el sector y el municipio debe garantizar los formatos en blanco a cada sector.

#### (1) Llenado correcto del censo de crónicos

**Encabezado:** Se debe llenar en detalle los datos de SILAIS, municipio, sector, responsable de la unidad de salud y mes de atención. (ver figura 5).

**Datos de filiación:** N°: orden secuencial del número de pacientes anotados en el censo, nombres y apellidos (según cédula de identidad); sexo, edad, número de expediente clínico (número de expediente único del paciente), número de cédula, teléfono (del paciente, familiar, vecino, amigo o de un miembro de la red comunitaria; barrio o comunidad, dirección exacta y número de casa que permita localizarlo en caso de búsqueda (dirección exacta de residencia). (ver figura 5).

**Nota:** Todos los ítems de la hoja de registro de censo de crónicos deberán ser llenados con letra clara y legible.

**Figura 5.** Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 1)

MINISTERIO DE SALUD									
FORMATO DE CENSO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS									
SILAIS:		MUNICIPIO:				SECTOR:			
1. Datos de filiación									
No	Nombres y apellidos	Sexo	Edad (años)	Número de expediente	Número de cédula	Teléfono	Barrio o comunidad	Dirección exacta	Número de casa

Encabezado

Datos de filiación

**Nº de enfermedades crónicas por paciente:** Anotar “1” en la casilla correspondiente, según el número de las enfermedades crónicas que tenga el paciente (**Una, Dos, Tres o más**). Por ejemplo, paciente diabético e hipertenso, se anota 1 en casilla correspondiente a **Dos**. (Ver figura 6).

**Pacientes censados con enfermedad crónica:**

Anotar “1” en las casillas de las patologías que tenga el paciente, según el censo. Por ejemplo, paciente diabético e hipertenso, se anota 1 en casilla de diabetes y 1 en la casilla de hipertensión. (Ver figura 6)

**Figura 6.** Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 2)

Responsable de la Unidad de Salud:												Mes de atención:				
Número de Enfermedades crónicas por paciente			2. Pacientes censados con enfermedad crónica													
Con Una	Con Dos	Con Tres o Más	Diabetes	Hipertensión Arterial	Asma Bronquial	Epilepsia	Cardiopatía	Enf. Reumáticas	ERC	Enf. Psiquiátricas	Alzheimer	Parkinson	Autismo	Alcoholismo	Drogadicción	

- Nº de enfermedades crónicas por paciente
- Pacientes censados con enfermedad crónica

**Paciente atendido por enfermedad crónica:**

Si un paciente con diabetes llega a consulta y es atendido por su diabetes se marca con un 1 (uno) con lapicero de color azul en la casilla correspondiente, si llega por diabetes e hipertensión se marca un 1 en diabetes y un 1 en hipertensión. (Ver figura 7).

**Asistencia mensual**

Se debe marcar el día que el paciente es atendido en el mes, en color azul, ya sea en la unidad de salud, visita de terreno u otra actividad y el día de la próxima cita se registra en grafito en la casilla del siguiente mes, cuando el paciente acude a la cita se borra el grafito y se escribe el día de la atención con lapicero (azul). Cuando el paciente no acude el día de su cita programada, se escribe un asterisco en color rojo en la esquina superior izquierda de la casilla, el cual se debe conservar aún después de la atención para mostrar el historial de paciente inasistente e implementar acciones de atención ante inasistencia para evitar la

interrupción del esquema de tratamiento y prevenir complicaciones. (Ver figura 7).

Cuando en la atención mensual del paciente se detecta una complicación que amerite traslado a una unidad de salud de mayor resolución o derivación urgente a la atención especializada, se registrará en el censo el día del mes con lapicero de color rojo. Y se debe escribir con lapicero rojo las iniciales del tipo de unidad de salud donde se hace la referencia “**H** Hospital, **CS** Centro de Salud, **OI** Otra Institución.

**Por ejemplo**, paciente que en el mes de mayo fue citado para su atención mensual en el ESAFC/GISI el día 15, llega a la unidad de salud del sector el día **20** de mayo (\* Inasistente) presentando crisis hipertensiva que no logra resolverse en la unidad de salud del sector, se refiere al **H**ospital para manejo por especialista.

Mayo
* H/20

**Figura 7.** Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 3)

3. Pacientes atendido por enfermedad crónica											4. Asistencia mensual																
Diabetes	Hipertensión Arterial	Asma Bronquial	Epilepsia	Cardiopatía	Enf. Reumáticas	ERC	Enf. Psiquiátricas	Alzheimer	Parkinson	Autismo	Alcoholismo	Drogadicción	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL		

- Pacientes atendido por enfermedad crónica
- Asistencia mensual

**Datos Gerenciales:**

Se debe marcar “1” en grafito cada mes, en la casilla correspondiente a los siguientes caso de datos importantes: atención especializada, pacientes hospitalizados, ingreso al censo (paciente nuevo), fallecido, emigraron (cambios de residencias fuera del municipio, departamento o país), EKG, fondo

de ojo, pacientes mal diagnosticados o clasificados, personas con registros repetidos (la misma persona registrada en el censo más de una vez) e inasistentes. (Ver figura 8).

**Observación.**

Escribir en grafito datos importantes como fecha de valoración por especialistas, envío de exámenes especiales (Hemoglobina glucosilada, ultrasonidos, perfil tiroideo, EKG, fondo de ojo, biopsia, otros), modificación de esquemas de tratamiento, pacientes tratados con medicina natural, otros. (Ver figura 8).

**Figura 8.** Hoja de registro de censo de crónicos en el sector (parte 4)

5. Datos gerenciales										6. Observaciones
Atención Especializada	Hospitalizados	Ingresos al censo	Fallecidos	Emigraron	EKG	Fondo de ojo	Paciente Mal Diagnosticado / Clasificado como Paciente Crónico	Pacientes con registro repetido	Inasistentes	

■ Datos gerenciales      ■ Observaciones

Para evidenciar el llenado correcto del censo de crónicos en el sector. Ver anexo2-1,2-2 y 2-3. Ejemplo de llenado correcto del censo de crónicos en el sector de salud.

**2.2 Censo de crónicos en el municipio (consolidado de sectores en digital)**

- (1) Se maneja en digital, en tablas de excel; utilizando una fila para cada sector de salud, obteniendo así el consolidado del municipio. (Ver figura 9, 10 y 11)
- (2) Mensualmente actualiza el número de pacientes atendidos por enfermedad crónica y el número de atenciones por enfermedades crónicas.
- (3) A partir de estos datos se pueden realizar análisis como: Porcentaje de pacientes atendidos, porcentaje de atenciones por enfermedad, pacientes inasistentes, porcentaje de inasistentes, pacientes nuevos, otros.

**Figura 9.** Hoja de registro de censo de crónicos digital municipio consolidado (parte 1)

SILAIS:		MUNICIPIO:			Mes de atención:													
No	N° DE SECTOR	Número de Enfermedades crónicas por paciente			2. Pacientes censados con enfermedad crónica													
		Con Una	Con Dos	Con Tres o Más	Diabetes	Hipertensión Arterial	Asma Bronquial	Epilepsia	Cardiopatía	Enf. Reumáticas	ERC	Enf. Psiquiátricas	Alzheimer	Parkinson	Autismo	Alcoholismo		

**Figura 10.** Hoja de registro de censo de crónicos digital municipio consolidado (parte 2)

3. Pacientes atendido por enfermedad crónica													4. Asistencia mensual												
Diabetes	Hipertensión Arterial	Asma Bronquial	Epilepsia	Cardiopatía	Enf. Reumáticas	ERC	Enf. Psiquiátricas	Alzheimer	Parkinson	Autismo	Alcoholismo	Drogadicción	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	TOTAL

**Figura 11.** Hoja de registro de censo de crónicos digital municipio consolidado (parte 3)

5. Datos gerenciales									6. Observaciones
Atención Especializada	Hospitalizados	Ingresos al censo	Fallecidos	Emigraron	EKG	Fondo de ojo	Paciente Mal Diagnosticado / Clasificado como Paciente Crónico	Pacientes con registro repetido	

### **2.3 Hoja de control de medicamentos recetados versus entregados.**

El formato de control de medicamentos complementario al censo de pacientes con enfermedad crónica, tiene como objetivo el control de insumos médicos, verificando la cantidad recetada, según registro en el expediente clínico versus cantidad entregada a los pacientes para garantizar el abastecimiento. De igual forma se debe realizar análisis de entrega de medicamentos al sector, según atenciones por patologías versus consumo.

El responsable de insumos médicos del municipio registra diariamente en el formato los pacientes atendidos con la cantidad de medicamentos recetados y cantidad de medicamentos entregados, posteriormente debe consolidar la información con frecuencia semanal y mensual para el control de medicamentos y garantizar el abastecimiento.

En caso de pacientes nuevos que no están en el censo se procederá a ingresar al censo en el ESAFC/GISI como paciente nuevo y en el censo del municipio, verificando que se le realiza su expediente clínico único.

### 3. Monitoreo de la calidad de la atención a pacientes con ECNT.

---

Semanalmente el municipio deberá hacer revisión de 5 expedientes (20 expedientes mensual) de pacientes atendidos con ECNT para verificar la calidad de la atención (priorizando atenciones por HTA y DM). Ver anexo 3. *Lista de chequeo para monitoreo de la calidad de la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles* y anexo 4. *Evaluación de la calidad de la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles*.

También se debe realizar revisión cruzada de información para verificar la concordancia de datos entre el expediente clínico, recetas de medicamentos entregados y censo de crónicos.

#### Área de verificación

- Calidad de atención: Contenido del expediente clínico (lista de chequeo)
- Atenciones en el censo de crónicos vs expediente clínico
- Recetas de medicamentos entregados vs tratamiento en el expediente clínico
- Pacientes en censo versus atendidos en registro de medicamentos.
- Atenciones por paciente
- Control de Inasistentes
- Casos nuevos

## 4. Entrega de informes del proceso de atención a los Pacientes con ECNT

---

El ESAFC/GISI debe entregar la información de atención a pacientes con enfermedades crónicas a más tardar el último viernes de cada mes.

A más tardar el día 5 de cada mes, el municipio deberá enviar al SILAIS el informe consolidado de sus sectores sobre la atención de pacientes con enfermedades crónicas; este informe debe contener pacientes atendidos, medicamentos entregados y la valoración de la calidad de atención, basada en los análisis de expedientes clínicos.

El análisis de la información (informe) deberá abordarse en los Consejos Técnicos Ampliados Municipales, garantizando la participación del 100% de sus sectores para determinar intervenciones específicas que permitan mejorar la calidad de los servicios de atención a pacientes con ECNT.

El SILAIS deberá enviar el informe consolidado de sus municipios sobre el análisis de la calidad de la atención al Nivel Central (Servicios de Salud) a más tardar el día 10 de cada mes.

Este informe deberá ser tema de agenda mensual en los Consejos Técnicos Ampliados de SILAIS. Mensualmente se analizará en el Consejo Institucional Nacional del nivel central la situación de la atención de pacientes crónicos basados en los informes de los SILAIS y las visitas de acompañamiento del nivel central.

## **5. Acciones de promoción de salud, prevención de inasistencia y complicaciones de ECNT**

---

### **5.1 Promoción y prevención**

- Las acciones de promoción y prevención desde el sector con las familias y la comunidad relacionadas a las enfermedades crónicas, las realiza el ESAFC/GISI, en coordinación entre el personal de salud y la red comunitaria.
- Se debe caracterizar el sector de salud de acuerdo a los principales factores de riesgos de enfermedades crónicas enfatizando en niños, niñas y adolescentes, identificando alimentación saludable y la actividad física que están desarrollando en parques, plazas, escuelas y centros de desarrollo infantil de la comunidad (CDI), así como el riesgo del consumo de tabaco y/o alcohol, consumo de comida chatarra (meneitos, tortillitas, taqueritos, entre otros).
- Coordinar en los círculos de adolescentes la promoción de concursos de actividades físicas, como baile, deportes; a fin de propiciar buenos hábitos de salud, bienestar, prevenir la obesidad y fomentar estilos de vida saludable en edades tempranas.
- Identificar el sobrepeso y obesidad como factores de riesgo de enfermedades crónicas en censos nutricionales en niños escolares y de la primera infancia, con involucramiento de la juventud. Asegurar desde el sector la aplicación de las vacunas a las personas que padecen enfermedades crónicas, con el fin de evitar las formas graves o complicaciones.
- Formar círculos de crónicos entre pacientes y familiares para facilitar lazos solidarios, compartir conocimientos, experiencias y prácticas saludables sobre su enfermedad, manteniendo la promoción de estilos de vida saludables con el propósito de mejorar su estado de salud y prevenir complicaciones.
- En las asambleas periódicas en cada sector con toda la comunidad dejar un espacio para reflexionar sobre factores de riesgos de ECNT, como el daño que ocasiona el consumo de tabaco y/o alcohol, alimentación poco saludable y la falta de actividad física.
- Organizar caminatas o ejercicios de intensidad moderada y duración prolongada (30 a 60 minutos) por al menos 5 días a la semana. Los ejercicios más recomendados son aeróbicos tales como: caminar, nadar, bailar y montar en bicicleta, estas actividades pueden promoverse desde los

círculos de pacientes con enfermedades crónicas, así como desde la atención, promoviendo el autocuidado de la salud.

- Identificar los pacientes con necesidades especiales, tomando como referencia el censo de pacientes con enfermedades crónicas, para programar actividades educativas con ellos y sus familias a fin de superar posibles barreras para tener una vida saludable.
- Realizar visitas en el domicilio a todo paciente nuevo con enfermedades crónicas realizando consejería acerca de la importancia de la toma de los medicamentos y conocer su percepción, comprensión, aceptación y puesta en práctica de los consejos brindados para una vida más sana.
- Visitar a pacientes que no asisten a sus consultas para realizar atención y entregar su medicamento, averiguando de forma amable y en confianza las razones por la cual no pudo acudir a la unidad de salud (en caso que no sea por complicación de su salud), realizar consejería para evitar la inasistencia.
- Brindar atención médica y entrega de medicamentos en el domicilio a los pacientes con impedimentos para deambular.

## **5.2 Participación comunitaria**

La participación activa de las comunidades en las actividades contribuye al funcionamiento del sistema, prestar servicios que complementen y apoyen el cuidado de la salud. Pueden establecer un nexo entre los servicios de atención clínica organizada y el mundo real de las personas que padecen una enfermedad crónica y sus familias, potenciar las acciones de promoción de la salud, la identificación de los problemas y la organización de la atención.

Es importante que los ESAFC/GISI identifiquen los recursos presentes en su comunidad como organizaciones o instituciones presentes para implementar acciones que fortalezcan la atención a las personas con enfermedades crónicas y así mejorar su calidad de vida.

## **5.3 Recomendaciones para el ESAFC/GISI:**

- Reconocer la importancia del trabajo extramuros (Todas las actividades de trabajos de terreno, visitas comunitarias, visitas casa a casa, entre otros).
- Identificar organizaciones que ofrezcan servicios o representen oportunidades para implementar acciones de promoción y prevención.
- Promover la participación comunitaria en los círculos de pacientes con ECNT.

- Utilizar material educativo dirigido a la promoción de la salud y prevención de complicaciones.

Algunos de ellos están disponibles en [www.msal.gov.ar/ent](http://www.msal.gov.ar/ent)

Para más información sobre el modelo de cuidados de crónicos: <http://cursospaises.campusvirtualesp.org/course/view.php?id=109> (Recurso abierto para consulta en el campus OPS).

### **NORMATIVAS UTILIZADAS:**

**Normativa No.157** primera edición *Protocolos Para la Atención de Enfermedades Crónicas Cardiovasculares y Endocrinas en Atención Primaria*, febrero 2020

---

## **6.Anexos**

---





■ Anexo 1-3: Hoja de Censo de crónicos en el sector de salud (parte 3)

6. Observaciones									
5. Datos gerenciales	Inasistentes								
	Pacientes con registro repetido								
	Paciente Crónico								
	Clasificado como Paciente Mal Diagnosticado /								
	Fondo de ojo								
	EKG								
	Emigraron								
	Fallecidos								
	Ingresos al censo								
	Hospitalizados								
Atención Especializada									
4. Asistencia mensual	TOTAL								
	Diciembre								
	Noviembre								
	Octubre								
	Septiembre								
	Agosto								
	Julio								
	Junio								
	Mayo								
	Abril								
	Marzo								
	Febrero								
Enero									

■ Anexo 2-1: Ejemplo de llenado correcto del censo de crónicos en el sector de salud (parte 1)

MINISTERIO DE SALUD  
FORMATO DE CENSO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

SILAIS: <i>Zelaya Central</i>		MUNICIPIO: <i>El Rosario</i>		SECTOR: <i>Nº 3, San Pedro</i>		Número de Enfermedades crónicas por paciente						
1. Datos de filiación												
No	Nombres y apellidos	Sexo	Edad (años)	Número de expediente	Número de cédula	Teléfono	Barrio o comunidad	Dirección exacta	Número de casa	Con Una	Con Dos	Con Tres o Más
1	<i>Liliana María Medina Sáenz</i>	<i>F</i>	<i>38</i>	<i>603LMMSF30718504</i>	<i>60320718520016</i>	<i>86098609</i>	<i>San Pedro</i>	<i>Contigo a la Formosa Rivas</i>	<i>49</i>	<i>1</i>		
2	<i>Nahelía Carolina López Rojas</i>	<i>F</i>	<i>20</i>	<i>121NCLRF01010302</i>	<i>1210107030001E</i>	<i>86108610</i>	<i>La Mesquita</i>	<i>Fuera de Don Ángel Flores</i>	<i>34</i>	<i>1</i>		
3	<i>Mariano Jair Martínez Juárez</i>	<i>M</i>	<i>58</i>	<i>603MJMJM09026503</i>	<i>6030902650005H</i>	<i>86178617</i>	<i>San Fco</i>	<i>Del monumento 10 al Norte</i>	<i>77</i>			<i>1</i>
4	<i>José Daniel Morales Suárez</i>	<i>M</i>	<i>77</i>	<i>603DMSTM03050604</i>	<i>6033005060001D</i>	<i>86128612</i>	<i>Monte Rosa</i>	<i>Del pobo comunal 142 Cal. D.</i>	<i>57</i>	<i>1</i>		
5	<i>Antonia - Moltez -</i>	<i>F</i>	<i>62</i>	<i>603A9M9F15016105</i>	<i>6031501610003L</i>	<i>86138615</i>	<i>Primavera</i>	<i>Frente al Colegio de Primaria</i>	<i>25</i>		<i>1</i>	
6	<i>Josier Ronaldo Fedeyrick Jarquín</i>	<i>M</i>	<i>82</i>	<i>603REJEM03034106</i>	<i>6010303410004A</i>	<i>86148614</i>	<i>Ponvenir</i>	<i>Del Policia 30 al N, 1 al E.</i>	<i>88</i>			<i>1</i>
7	<i>Mónica - Morales Rodríguez</i>	<i>F</i>	<i>08</i>	<i>603M9MRFB0041507</i>	<i>- 100415 -</i>	<i>86158615</i>	<i>Central</i>	<i>Del 25F 10 al O, 1 al N.</i>	<i>45</i>	<i>1</i>		
Total										<i>3</i>	<i>2</i>	<i>2</i>

■ Anexo 2-2: Ejemplo de llenado correcto del censo de crónicos en el sector de salud (parte 2)

Responsable de la Unidad de Salud: <i>Dra. Laura López (Me)</i>												Mes	
2. Pacientes censados con enfermedad crónica						3. Pacientes atendido por enfermedad crónica							
Diabetes	1		1		1	1							
Hipertensión Arterial	1		1		1								
Asma Bronquial		1			1								
Epilepsia												1	
Cardiopatía										1			
Enf. Reumáticas													0
ERC													0
Enf. Psiquiátricas													0
Alzheimer						1							1
Parkinson										1			1
Autismo													0
Alcoholismo					1								1
Drogadicción													0
Diabetes	2		1		1								2
Hipertensión Arterial	4		1		1					1			4
Asma Bronquial	2		1		1								2
Epilepsia	1												1
Cardiopatía	1												1
Enf. Reumáticas	0												0
ERC	0												0
Enf. Psiquiátricas	0												0
Alzheimer	1												1
Parkinson	1												1
Autismo	0												0
Alcoholismo	1												1
Drogadicción	0												0
Diabetes	2		1		1								2
Hipertensión Arterial	4		1		1					1			4
Asma Bronquial	2		1		1								2
Epilepsia	1												1
Cardiopatía	1												1
Enf. Reumáticas	0												0
ERC	0												0
Enf. Psiquiátricas	0												0
Alzheimer	1												1
Parkinson	1												1
Autismo	0												0
Alcoholismo	1												1
Drogadicción	0												0



**Anexo 3:**  
**LISTA DE CHEQUEO PARA MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN**  
**DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.**

SILAIS: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Se revisarán 10 expedientes de pacientes con Hipertensión arterial y 10 expedientes de pacientes con Diabetes mellitus. Cada número corresponde a un expediente monitoreado. Registre el número del expediente único, luego anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado se cumple. Si el criterio no se cumple, anotar 0. Registrar NA (No Aplica) en caso de que el criterio a monitorear no sea válido en el presente caso. En la casilla final de número de ítems que cumplen, se anotará la sumatoria de los ítem monitoreados que cumplieron los criterios. El porcentaje se obtiene al dividir el total de ítems que cumplen entre el total de ítems evaluados x 100.

El porcentaje nos servirá para priorizar los criterios que no se están cumpliendo de manera horizontal y de forma vertical valorar que expediente no cumplió el porcentaje esperado.

HIPERTENSION ARTERIAL Y/O DIABETES MELLITUS		Expedientes																				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	Promedio
N° de expediente único																						
Marcar: HTA y/o DM																						
1	Datos generales: Nombres y apellidos, número de cédula, dirección exacta, número de teléfono y expediente, según normativa 004.																					
2	Datos de la atención recibida: Fecha de atención, hora, personal que brindó la atención, perfil, firma y sello.																					
3	Historia clínica y Examen físico completo (Enfatizar en piel, cavidad oral, ojos, genitales)																					
4	Notas de evolución: SOAP completo, que incluya la interpretación del ítem 3.																					
5	Identifica y clasifica factores de riesgo y comorbilidades.																					
6	Peso y talla con letra clara y cálculo e Interpretación del IMC.																					
7	Medición e Interpretación de la circunferencia de la cintura.																					
8	Medición, interpretación y abordaje de la presión arterial.																					
9	Prescripción de medicamento de acuerdo a protocolos de atención.																					
10	Consistencia de datos entre las prescripción del expediente y los medicamentos entregados.																					
11	Registrado en el censo de pacientes con enfermedades crónicas.																					
12	Valoración por medicina interna al menos una vez al año.																					
13	Realizar exámenes de laboratorio: registro, análisis e interpretación: glicemia, creatinina, perfil lipídico, EGO, ácido úrico y BHC.																					
14	Realizar exámenes especiales: Estudios de GeneXpert anual y Radiografía de tórax si es necesario.																					
15	Electrocardiograma anual																					



## ■ Anexo 4:

### EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES.

	Ítem	Evidencia	Observación
1	Datos generales: Nombres y apellidos, número de cédula, dirección exacta, número de teléfono y expediente, según normativa 004.	Carpeta del expediente Clínico y hoja de identificación.	El número de teléfono debe ser del paciente si no tiene puede ser el número de un familiar o líder comunitario. Si no tiene ningún número escribir "No tiene".
2	Datos de la atención recibida: Fecha de atención, hora, personal que brindó la atención, perfil, firma y sello.	Hoja de evolución y tratamiento y/o nota de enfermería.	
3	Historia clínica y Examen físico completo (Enfatizar en piel, cavidad oral, ojos, genitales)	Historia clínica del adulto. Historia clínica pediátrica.	
4	Notas de evolución: SOAP completo, que incluya la interpretación del ítems 3.	Hoja de evolución y tratamiento y/o nota de enfermería.	
5	Identifica y clasifica factores de riesgo y comorbilidades.	Hoja de evolución y tratamiento y/o nota de enfermería.	
6	Peso y talla con letra clara y cálculo e Interpretación del IMC.	Hoja de evolución y tratamiento y/o nota de enfermería.	
7	Medición e Interpretación de la circunferencia de la cintura.	Hoja de evolución y tratamiento y/o nota de enfermería.	
8	Medición, interpretación y abordaje de la presión arterial.	Hoja de evolución y tratamiento y/o nota de enfermería.	
9	Prescripción de medicamento de acuerdo a protocolos de atención.	Hoja de evolución y tratamiento y/o nota de enfermería.	
10	Consistencia de datos entre las prescripción del expediente y los medicamentos entregados.	Hoja de evolución y tratamiento y/o nota de enfermería y receta de medicamentos.	
11	Registrado en el censo de pacientes con enfermedad crónica.	Hoja de evolución y tratamiento y/o nota de enfermería y censo de pacientes con enfermedades crónicas.	
12	Valoración por medicina interna al menos una vez al año.	Hoja de evolución y tratamiento y/o Hoja de contrarreferencia.	Puede ser más frecuente, según condición clínica. El año se cuenta retrospectivamente a partir de la fecha a evaluar.
13	Realizar exámenes de laboratorio: registro, análisis e interpretación: glicemia, creatinina, perfil lipídico, EGO, ácido úrico y BHC.	Hoja de reporte de laboratorio. Hoja de evolución y seguimiento.	Según condición clínica. Garantizar los exámenes antes de la valoración por especialista.
14	Realizar exámenes especiales: Estudio de GeneXpert anual y Radiografía de Tórax si es necesario.	Hoja de reporte de laboratorio. Hoja de evolución y tratamiento con su interpretación. Hoja de contrarreferencia.	Garantizar los exámenes antes de la valoración por especialista.
15	Electrocardiograma anual	Trazos del Electrocardiograma. Hoja de evolución y tratamiento (interpretación). Hoja de contrarreferencia.	Garantizar los exámenes antes de la valoración por especialista.

16	Fondo de ojo con pupila dilatada anualmente.	Hoja de evolución y tratamiento. Hoja de contrarreferencia.	
17	Consejería sobre conocimientos, actitudes y prácticas para control de su enfermedad.	Hoja de evolución y tratamiento y/o nota de enfermería.	
18	Realiza referencia oportuna a un nivel de mayor resolución de acuerdo a protocolos de atención	Hoja de referencia.	
19	Seguimiento en el sector de salud a los pacientes que fueron atendidos por el nivel de mayor resolución.	Hoja de evolución y tratamiento y/o nota de enfermería. Hoja de contrarreferencia.	También considerar comentario en el expediente plan en la hoja de contrarreferencia.



El presente documento, fue elaborado por el Comité Técnico de Enfermedades Crónicas No Transmisibles que se formó en los SILAIS y La Dirección General de Servicios de Salud, basado en las Normativas Vigentes del MINSA, con el apoyo Técnico y Financiero de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

Proyecto de Mejoramiento de la Atención Primaria de Salud mediante el  
Fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria  
**Proyecto Vida, Salud y Fuerza**  
Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

