

Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”
Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Protocolo de Atención de ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES en Centros de Privación de Libertad



Este proyecto está financiado por la Unión Europea



Proyecto

“Apoyo a la reforma del sistema de justicia penal y a la mejora de las condiciones de vida y de reinserción socioeconómica de las personas privadas de libertad”

Sector de intervención 3 - “Salud en centros de privación de libertad”

Protocolo de Atención de ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES en Centros de Privación de Libertad



Este proyecto está financiado
por la Unión Europea



PRESIDENCIA
OFICINA DE PLANEAMIENTO
Y PRESUPUESTO



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

PROGRAMA DE



JUSTICIA E INCLUSIÓN

Catalogación en la fuente

Levcovitz E, Fernández Galeano M, Rodríguez Buño R, Benia W, coord. Protocolo de Atención de enfermedades crónicas no transmisibles en centros de privación de libertad. Montevideo: OPP, 2016. 47 p.

- 1- Prestación Integrada de Atención de Salud.
2. Prisiones-tendencias.
3. Adolescente.
4. Adulto.
5. Enfermedad Crónica.
6. Registros Médicos.
7. Protocolos.
8. Uruguay

ISBN: 978-9974-8561-2-7

La edición fue realizada por la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Uruguay. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse a la OPS/OMS en el Uruguay; información de contacto - Casilla de correo 1821, 11000 Montevideo, Uruguay. Teléfono: +598 2 7073590, Fax: +598 27073530 Email: pwr@uru.ops-oms.org; Sitio PWR URU: <http://www.paho.org/uru> y BVS: <http://www.bvsops.org.uy/> podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2016. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Diseño Gráfico y armado: Zonalibro S.A.

Fotografías: Programa Justicia e Inclusión

Impreso en Montevideo en la imprenta Zonalibro S.A. en junio de 2016

Depósito Legal: 369.536 / 16

Edición amparada en el decreto 218/996 (Comisión del Papel)

COORDINACIÓN DEL PROYECTO PPL - OPS/OMS:

Dr. Eduardo Levcovitz, Representante en Uruguay

Dr. Miguel Fernández Galeano, Consultor en Sistemas y Servicios de Salud

Dr. Ricardo Rodríguez Buño, Coordinador del Proyecto

COORDINACIÓN ADJUNTA

Dr. Wilson Benia, Coordinador Adjunto del Componente I del Proyecto

GRUPO DE TRABAJO

Dra. Silvia Melgar. ASSE

Dra. Lilia Martín. Diabetóloga. ASSE

Dr. Gustavo Diego. Internista. DNSP

Dr. Leonardo Da Silva. DNSP

Lic. Enf. Arturo Avondet. DNSP

Dra. Izabell Nigro. ASSE

Dra. Clara Niz. MSP

Dra. Zully Olivera. MSP

Dra. Laura Solá. UDELAR

PhD. Cecilia Severi. UDELAR

Lic. Andrea Rodríguez. INISA

Dr. Wilson Benia. OPS/OMS

REVISORES

Dra. Paula Sarkisián. SAI – PPL. ASSE

Dr. Ricardo Rodríguez Buño. OPS/OMS

Dr. Jorge Banquero. DNSP.

Fecha de elaboración: 1° de junio de 2015

Fecha de revisión: 29 de abril de 2016

Aclaración: Para la redacción de este documento se procuró favorecer el uso de un lenguaje inclusivo, evitando al mismo tiempo la recarga en la lectura producto del uso reiterado de “o/a”, “as/os”, “los/las” para finalizar palabras que puedan referir al género masculino o femenino. Para ello se optó por la utilización de fórmulas y términos neutros cuando fuera posible o del uso tanto del femenino como masculino en conjunto o alternadamente.



Este libro está financiado con Fondos de la Unión Europea,
Proyecto Convenio DCI-ALA/2011/22498 "Programa de Justicia e Inclusión"



ÍNDICE

| | | |
|----|---|----|
| 1. | ABREVIATURAS..... | 7 |
| 2. | INTRODUCCIÓN | 8 |
| | 2.1. Marco conceptual | 9 |
| 3. | GLOSARIO | 11 |
| 4. | JUSTIFICACIÓN | 12 |
| 5. | ALCANCE | 13 |
| | 5.1. Ámbito de aplicación..... | 13 |
| | 5.2. Población destinataria..... | 13 |
| 6. | OBJETIVOS..... | 14 |
| | 6.1. Objetivo General | 14 |
| | 6.2. Objetivos Específicos..... | 14 |
| 7. | LA PROMOCIÓN DE SALUD VINCULADA A LAS ECNT. | 14 |
| 8. | LA PREVENCIÓN DE LAS ECNT EN LAS UIPPL | 16 |
| | 8.1. Prevención Primaria de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad..... | 16 |
| | 8.2. Factores de Riesgo..... | 16 |
| | 8.3. Factores de Protección | 17 |
| | 8.4. Intervenciones para modificar Factores de Riesgo y potenciar Factores de Protección | 17 |
| 9. | ASPECTOS ASISTENCIALES <i>HIPERTENSIÓN ARTERIAL</i> | 18 |
| | 9.1. Detección precoz..... | 18 |
| | 9.2. Elaboración de Historia Clínica..... | 19 |
| | 9.3. Estudios paraclínicos | 20 |
| | 9.4. Tratamiento | 21 |
| | 9.4.1. Tratamiento no farmacológico | 21 |
| | 9.4.2. Tratamiento farmacológico..... | 22 |
| | 9.5. Entrega de medicación. Gestión de la medicación..... | 25 |
| | 9.6. Seguimiento y control de las personas con Hipertensión arterial..... | 25 |
| | 9.7. Registros..... | 26 |

| | |
|--|----|
| 10. ASPECTOS ASISTENCIALES <i>DIABETES MELLITUS</i> | 26 |
| 10.1. Entrevista con el equipo de salud | 26 |
| 10.2. Elaboración de Historia Clínica. | 27 |
| 10.3. Estudios paraclínicos | 27 |
| 10.4. Tratamiento. Indicación de medicación..... | 28 |
| 10.5. Entrega de medicación. Gestión de la medicación..... | 31 |
| 10.6. Previsiones de conducción a especialistas en sector público o privado. | 31 |
| 10.7. Seguimiento y control de las personas con diabetes mellitus..... | 31 |
| 10.8. Situaciones que requieren Servicios de Urgencia..... | 33 |
| 11. LISTA DE DISTRIBUCIÓN | 34 |
| 12. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS | 35 |
| 13. BIBLIOGRAFÍA | 36 |
| 14. ANEXOS..... | 38 |
| Anexo 1. Formación de promotores penitenciarios de salud..... | 38 |
| Anexo 2. Definiciones en ECNT y Criterios y procedimientos para diagnóstico de Diabetes | 39 |
| Anexo 3. Evaluación de Riesgo Cardiovascular..... | 42 |
| Anexo 4. Antidiabéticos Orales y Enfermedad Renal Crónica..... | 45 |
| Anexo 5. Procedimiento correcto para medir la presión arterial. | 46 |
| Anexo 6. Tratamiento de Hipertensión arterial. Contraindicaciones..... | 47 |

1. ABREVIATURAS

ARA II: Antagonistas de la Renina Angiotensina II

ASSE: Administración de los Servicios de Salud del Estado.

BB: Betabloqueantes

CA: Calcioantagonistas.

CTOG: Curva de Tolerancia oral a la glucosa.

CV: Cardiovascular

DOB: Daño de órgano blanco

DM: Diabetes Mellitus

DNSP: Dirección Nacional de Sanidad Policial.

ECG: Electrocardiograma

ECNT: Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

ECV: Enfermedad cardiovascular

ERC: Enfermedad renal crónica.

FG: Filtrado Glomerular

FNR: Fondo Nacional de Recursos

FR: Factores de riesgo.

HA: Hipertensión arterial crónica

HC: Historia Clínica

IECA: Inhibidores de la Enzima Convertora de Angiotensina.

IMC: Índice de masa corporal

INR: Instituto Nacional de Rehabilitación

PTOG: Prueba de tolerancia oral a la glucosa.

PPL: Personas privadas de libertad.

SAIPPL: Sistema de Atención Integral de Personas privadas de libertad de ASSE

INISA: Instituto Nacional de Inclusión Social Adolescente

SM: Síndrome metabólico

UIPPL: Unidad de internación de Personas Privadas de Libertad.

2. INTRODUCCIÓN

Las personas que ingresan al sistema penitenciario deben pasar una parte de su vida en situación de privación de libertad, por uno o varios períodos que varían en un rango muy amplio de tiempo, con penas a cumplir que van desde algunos meses a más de 20 años. Es una circunstancia particular en el ciclo de vida de una persona. En el ámbito penitenciario, considerado como el ambiente en que la persona privada de libertad (PPL) vive, y desarrolla sus actividades diarias durante su tiempo de internación, se genera una convivencia con otras PPL y con los funcionarios que forman parte del sistema penitenciario.

El Estado les debe otorgar todo lo necesario para una vida digna y el ejercicio de los derechos de todas las personas, incluidas las privadas de libertad. Durante la última década el Estado uruguayo ha realizado un enorme esfuerzo para mejorar las condiciones de vida en los centros penitenciarios, logrando una franca mejoría, en un proceso de mejora continua, pero en que restan aún muchos avances.

En el marco de la atención a la salud, las PPL deben recibir la misma atención que si estuvieran en libertad, por lo tanto los servicios de salud deben asegurar la continuidad asistencial a la entrada de las personas al sistema y a su salida, con una calidad de atención similar a la que accede la población general.

El ámbito penitenciario y las PPL, con sus normativas, rasgos culturales y sistemas de valores particulares, provocan el desafío de que puedan acceder a las mismas prestaciones que la población general.

Son propósitos principales de la elaboración de los protocolos de atención, brindar a los usuarios de los servicios de salud de los centros de privación de libertad una atención de calidad, poniendo a disposición del equipo de salud diferentes herramientas que ayuden a la toma de decisiones y contribuyan a normalizar la práctica, disminuyendo la variabilidad de las intervenciones, y constituyendo una fuente de información facilitando el desempeño del personal que se incorpora a los servicios.

El protocolo se entiende como el documento que traduce el acuerdo entre profesionales expertos en un determinado tema, en el que se detallan las actividades a realizar ante una determinada situación. Es un documento dinámico que necesita ser revisado periódicamente, y que debe incorporar el mejor conocimiento sistematizado y disponible en la materia.

En este caso, se trata de sistematizar las acciones de salud a aplicar a personas privadas de libertad, adolescentes y adultos, en el sistema penitenciario,

vinculadas a la promoción de salud y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con énfasis en el abordaje de hipertensión arterial y diabetes mellitus, seleccionadas por su elevada prevalencia en la población general, que según la última encuesta de factores de riesgo cardiovascular del MSP, mostró una prevalencia de 38,7% de Hipertensión arterial y un 7,8% de glucosa elevada en sangre (MSP, 2015).

2.1. Marco conceptual

Para asegurar una gestión humanizada de los sistemas penitenciarios es preciso que las políticas y la legislación nacional, respeten las diversas normas internacionales adoptadas para garantizar la protección de los derechos humanos de las personas privadas de libertad (PPL), y que el trato dispensado a ellos esté dirigido a garantizar, con carácter prioritario, su reinserción social. Entre otros muchos documentos internacionales y regionales, cabe destacar las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Trato de las PPL; el Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión; las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para la Administración de la Justicia de Menores (Reglas de Beijing); las Reglas para la protección de los menores privados de libertad y el Código de Conducta para Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, entre otros.

Cuando una persona es privada de libertad, corresponde a las autoridades penitenciarias en general, y al personal de salud en particular, velar por la garantía del derecho a la salud. De esta forma se consagra el precepto emanado de los estándares internacionales en materia de derechos humanos, que establece que la atención sanitaria de estas personas debe ser equivalente al servicio brindado en la comunidad. Este principio de equivalencia es fundamental para promover los derechos humanos y las buenas prácticas sanitarias en los centros de privación de libertad y se fundamenta en las directrices internacionales sobre la salud en el medio penitenciario y los derechos de las PPL. Por otra parte, debemos tener presente que la inmensa mayoría de las personas recluidas se reintegran a la vida en comunidad, por consiguiente cualquier enfermedad contraída en prisión o deterioro del estado de salud por las condiciones del encierro, cobran especial relevancia en el momento de la liberación. Esto refuerza la crucial relación entre la salud penitenciaria y la salud pública. Mejorar la situación sanitaria de estas personas y reducir la prevalencia de enfermedades en los establecimientos penitenciarios, redundará no solamente en beneficio de las personas detenidas sino también del personal, las familias y de la sociedad en su conjunto.

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) se caracterizan como enfermedades de larga duración y de progresión generalmente lenta, de carácter no transmisible. Las ECNT matan a más de 36 millones de personas cada año. Cerca del 80% de las muertes por ENT se concentran en los países de ingresos bajos y medios.

Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes.

En Uruguay, las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son la principal causa de morbimortalidad y constituyen la causa de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales. En Uruguay son responsables de más del 60% de las defunciones en general y el 62% de las defunciones entre los 30 y 69 años (mortalidad precoz).

Estas características determinan una gran carga económica para la sociedad por concepto de costos directos e indirectos. Dentro de los costos directos se encuentran los costos de atención médica, de los que las enfermedades crónicas se llevan más del 60% del total.

Desde el año 1975 se encuentran estabilizadas las causas de mortalidad de adultos: 1° Cardiovasculares y 2° Neoplasias malignas.

Las ECNT se caracterizan por la presencia de factores de riesgo (FR) mucho antes de que se presente la enfermedad, y que constituyen su entramado causal. Se ha identificado un grupo de FR que se caracterizan por tener el mayor peso en la morbimortalidad de las ECNT, y por ser posible lograr su modificación mediante acciones de prevención y por contar con instrumentos válidos para su detección. De estos factores los más relevantes son:

- consumo de tabaco
- consumo nocivo de alcohol
- dieta inadecuada
- sedentarismo
- sobrepeso / obesidad
- presión arterial elevada
- glucemia elevada
- dislipemias

Un alto porcentaje de estas ECNT, se puede prevenir o enlentecer su evolución a través de intervenciones de promoción de la salud, así como de prevención y/o tratamiento oportuno de las mismas en el ambiente penitenciario.

3. GLOSARIO

Consentimiento informado

Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante -luego de recibir información adecuada, suficiente y continua- y el profesional de salud. En la mayoría de los casos el consentimiento del paciente se expresa como un acuerdo tácito transmitido en forma verbal; es relevante consignar en la HC en los casos de rechazo a procedimientos y tratamientos. Éste consentimiento puede ser revocado en cualquier momento.

El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de su negativa, para su salud.

Cuando mediaren razones de urgencia o emergencia, o de notoria fuerza mayor que imposibiliten el acuerdo requerido, o cuando las circunstancias no permitan demora por existir riesgo grave para la salud del paciente, o cuando se esté frente a patologías que impliquen riesgo cierto para la sociedad que integra, se podrán llevar adelante los procedimientos, de todo lo cual se dejará precisa constancia en la historia clínica.”¹

Promoción de salud

Es “el proceso de capacitación a las personas para que aumenten su control sobre su salud y de esta forma, la mejoren” (OPS, 1986). También puede definirse como “La suma de acciones de la población, de los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva” (OPS, 1999)

Riesgo

En epidemiología se define como la probabilidad de desarrollar una enfermedad por estar expuesto a ciertos factores o condiciones causales, denominadas factores de riesgo.

1. (Art 11 de la ley 18335)

4. JUSTIFICACIÓN

Uruguay presenta una tasa de prisionización próxima a 300 personas privadas de libertad cada 100.000 habitantes. Ya en 2008 era de 260 cada 100 mil habitantes, que lo ubicaba en el cuarto país de América Latina con más personas presas con relación a su población, luego de Chile (290 en 2008) (Villagra, 2008), El Salvador y Panamá. Latinoamérica, de acuerdo al *International Centre for Prison Studies*, cuenta con una tasa media de prisionización de 224 presos por cada 100.000 habitantes (Morales, 2013). Este promedio excede las tasas medias observadas en Europa o Asia, donde las cifras se ubican entre 150 y 155 presos por cada 100.000 habitantes.

La magnitud de la población privada de libertad en Uruguay asciende a unas 10.100 personas. La mayor proporción de adultos está bajo la responsabilidad del INR y los adolescentes en la órbita del INISA. La cobertura sanitaria se distribuye entre ASSE y DNSP. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Población de PPL según institución responsable de la atención de salud en las Unidades de Internación

| Institución responsable de la atención sanitaria | Población |
|---|------------------|
| INISA | 531 |
| INR con cobertura asistencial de ASSE | 5410 |
| INR y cobertura asistencial de DNSP | 4218 |
| Total | 10159 |

Nota: datos a diciembre 2014

La población privada de libertad, muy joven promedialmente y proveniente de los sectores sociales más desprotegidos, exige enormes desafíos para abordar en forma creativa, específica y con sustento científico, las estrategias para una mejor atención a la salud integral. Las UIPPL pueden generar condiciones que potencien el impacto de los factores de riesgo para ECNT presentes en la sociedad, aumentando la probabilidad de aparición de las mismas en las PPL o acelerando su evolución hacia complicaciones.

El diseño de protocolos de intervención de salud que tiendan a homogeneizar las intervenciones en las distintas instituciones, pueden contribuir fuertemente a la mejora de la calidad de la atención. Sobre todo si incluyen en las estrategias de intervención, la formación en salud y prevención de enfermedades recurrentes en estos ámbitos, orientada a las personas privadas de libertad, para una llegada más eficaz en los mensajes de salud entre pares.

En particular, vale señalar la contribución a la función rehabilitadora que puede y debe tener el cuidado de la salud, desde un diagnóstico adecuado integral al ingreso del sistema penitenciario, hasta la continuidad de los controles en salud y la asistencia a los quebrantos de salud. Explicitar ante una PPL una propuesta de cuidado de salud por parte del sistema penitenciario, promoviendo su compromiso en el autocuidado, contribuye a la comprensión del concepto de derechos e inclusión social, así como a la necesaria autoestima para enfocarse en un proyecto de vida alternativo.

5. ALCANCE

5.1. *Ámbito de aplicación*

Este protocolo debe ser aplicado por todos los integrantes de los equipos de salud, que se encuentran trabajando en los UIPPL para adultos y adolescentes de ambos sexos.

5.2. *Población destinataria*

Personas privadas de libertad, adultos y adolescentes, de ambos sexos que se encuentren en centros de privación de libertad.

Criterios de inclusión

- Los aspectos vinculados a la promoción de salud, manejo de factores de riesgo y detección precoz están dirigidos a toda la población de PPL.
- Los aspectos vinculados al tratamiento y seguimiento de HTA y/o diabetes, están dirigidos a PPL con diagnóstico positivo de las mismas.

Criterios de exclusión

- Situaciones de prisión domiciliaria

6. OBJETIVOS

6.1. *Objetivo General*

Mejorar la atención a la salud vinculada a las ECNT, en cuando a lograr una atención con calidad homogénea, de las PPL en las UIPPL.

6.2. *Objetivos Específicos*

- Enfatizar la promoción de salud y prevención de ECNT en el ámbito penitenciario.
- Promover el diagnóstico precoz de Diabetes y/o HTA en PPL
- Mejorar la atención de las PPL con Diabetes y/o HTA.
- Disminuir las complicaciones y secuelas de la HTA y la Diabetes entre la población privada de libertad.
- Contribuir a la continuidad asistencial de las PPL con Diabetes y/o HTA.

7. LA PROMOCIÓN DE SALUD VINCULADA A LAS ECNT

Los principios claves de promoción de salud pensados para el conjunto de la población, son pasibles de ser extrapolados, con ajustes, al ambiente de las UIPPL:

- Se debe implicar a la población en su conjunto y en el contexto de su vida cotidiana de las UI.
- Se centra en las causas o determinantes de la salud
- Aspira a la participación activa y efectiva de la población privada de libertad.
- Los equipos de salud, los operadores penitenciarios y el personal de seguridad desempeñan un papel preponderante, para facilitar y habilitar muchas de estas intervenciones.

Los equipos de salud en conjunto con las organizaciones e instituciones involucradas en la vida cotidiana de los centros de privación de libertad, podrán desarrollar actividades que promuevan el autocuidado, el empoderamiento personal y familiar, el control de salud en las personas sanas y el desarrollo de hábitos saludables.

El involucramiento de las PPL respecto a la necesidad de la realización de controles en salud o seguimiento frente a las patologías crónicas, es fundamental para que ellos puedan asumir un rol activo respecto a la negociación para el cambio de estilos de vida y generar un vínculo adecuado y de confianza con los equipos de salud. Es deseable que se creen espacios de participación, toma de decisiones compartidas con el colectivo de PPL, que faciliten un acercamiento diferente de las PPL en su conjunto al sistema de salud. En este aspecto pueden tener un rol preponderante los delegados de cada grupo de PPL.

En relación a la participación de las personas en la toma de decisiones es pertinente la formación de Promotores Penitenciarios de Salud (ver Anexo 1).

Con respecto a la Promoción de Salud como herramienta para que la opción saludable sea la más fácil de elegir, son relevantes 2 áreas de intervención:

- Nutrición: mejorando sensiblemente la disponibilidad de alimentos con fibras en las UIPPL, de manera que frutas y verduras sean ampliamente accesibles a todas las PPL, sin distinción de condición de salud, y que no se conviertan en un bien de intercambio dentro de los centros penitenciarios.
- Actividad física: reorganizando el espacio físico y los recursos humanos con el objetivo de que la realización de actividad física pueda incluirse entre las rutinas de las PPL.

La concreción de estas líneas de promoción de salud, está mediada por la definición de una política institucional en sus ámbitos de gestión, más allá de los equipos de salud.

En los pacientes afectados por ECNT se jerarquiza el abordaje grupal como una estrategia para la atención y la educación en estas patologías, por lo que se incluye un Manual de Recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos, hipertensos y diabéticos (ODH).

8. LA PREVENCIÓN DE LAS ECNT EN LAS UIPPL

8.1. *Prevención Primaria de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad*

El abordaje de la prevención primaria se refiere al conjunto de acciones dirigidas a modificar factores de riesgo presentes en la población sana en situación de privación de libertad. En el caso de las enfermedades HA, DM2 y Obesidad, la prevención primaria trataría de disminuir la exposición a determinadas situaciones que aumentan la probabilidad de adquirir las patologías mencionadas.

La HA, la DM2 y la Obesidad son, además de patologías en sí mismas, factores de riesgo para el desarrollo de otras afecciones, como la Enfermedad Cardiovascular. Por este motivo se trabajará en forma conjunta la prevención de las 4 patologías: HA, DM2, Obesidad y ECV.

8.2. *Factores de Riesgo*

Los estudios epidemiológicos han demostrado que la exposición a varios factores de riesgo aumenta geoméricamente la probabilidad de desarrollar enfermedad cardiovascular. Se potencian entre sí y dan lugar a un riesgo cardiovascular superior.

El concepto de Riesgo Cardiovascular Global (RCG) incluye otros factores de riesgo cardiovascular. Se sustituye el usual abordaje numérico de la HA por un concepto global que incluye niveles de riesgo para estimar el pronóstico del paciente, ajustar el tipo de tratamiento y aplicar medidas de prevención secundaria o terciaria según corresponda. Ver Anexo 3.

Los factores de riesgo que afectan el desarrollo de la enfermedad cardiovascular se pueden clasificar en función de si son modificables o no, y de la forma en que contribuyen a la aparición de la enfermedad cardiovascular.

No modificables: Son el sexo, edad, raza y la herencia o antecedentes familiares.

Modificables:

- Modificables **directos:** Intervienen en forma directa en los procesos de desarrollo de la enfermedad cardiovascular. Son niveles de colesterol total y LDL elevados, niveles de HDL bajos, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes y tipo de alimentación.

- Modificables **indirectos**: No intervienen directamente en la génesis de las enfermedades cardiovasculares, sino a través de otros factores de riesgo directos. Son el sedentarismo, obesidad, estrés.

Los **factores emocionales y los estresores crónicos** predisponen a la aterosclerosis y a eventos cardiovasculares. Dentro de los factores emocionales se destacan tanto los síntomas depresivos como la depresión mayor.

8.3. Factores de Protección

Es importante identificar factores de protección y utilizarlos como elemento de motivación. En las UIPP será importante estimular el apoyo familiar a la PPL, vinculación de las PPL a un equipo de salud de referencia (con una lógica de adscripción, atención longitudinal y consulta programada), realización de actividades recreativas y satisfacción en las tareas laborales.

8.4. Intervenciones para modificar Factores de Riesgo y potenciar Factores de Protección

A nivel individual

Las medidas preventivas podrán ser realizadas por diferentes integrantes del equipo de salud aprovechándose el espacio de la consulta.

Tendrán como objetivo principal promover el control de salud, la adopción de hábitos saludables alimentarios, la realización de ejercicio físico en forma regular, y desestimular el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias nocivas.

Se utilizarán todas las instancias posibles para informar y promover el desarrollo de hábitos saludables, en las distintas etapas del curso de vida: adolescentes, jóvenes, adultos, adultos mayores.

A nivel de los ámbitos de privación de libertad.

La prevención primaria de las ECNT requiere de acciones a todo nivel, vinculadas en muchos casos a la infraestructura, la logística y la dinámica de las UI PPL.

Las PPL no pueden elegir el ambiente que habitan, o los alimentos a los que acceden, por lo cual las siguientes recomendaciones se aplicarían a las decisiones institucionales:

- Espacios comunes que sean ambientes libres de humo de tabaco. En una primera etapa vinculada a personal policial, operadores penitenciarios y demás personal que cumple tareas en UI, avanzando progresivamente a implementar la normativa de ambientes libres de humo, en todo el ámbito penitenciario.
- Construcción de espacios físicos y organizacionales para la realización de actividades que impliquen ejercicio físico: juegos con pelota, gimnasia, etc.
- En relación a la alimentación brindada por la institución:
 - o Disminuir el consumo de sal y grasas
 - o Mejorar la disponibilidad de frutas y verduras.
 - o Aplicación de recetas saludables, ajustadas a la realidad, con énfasis en la incorporación de fibras.

9. ASPECTOS ASISTENCIALES HIPERTENSIÓN ARTERIAL

9.1. *Detección precoz*

Es posible implementar dos modalidades:

- **Intervenciones a nivel individual. Búsqueda oportunista.** Se mide la presión arterial a todas las PPL que entran en contacto con la policlínica o los servicios de emergencia independientemente del motivo.
- **Intervenciones a nivel del colectivo de PPL. Tamizaje.** Implica programar jornadas en que se mida sistemáticamente la presión arterial (PA) al mayor número de personas.

Sería deseable que el plan de trabajo del equipo de salud incluyera por lo menos la programación de una jornada de tamizaje al año.

Se derivará a consulta médica programada a todo usuario sin diagnóstico de HA en quien se constaten cifras de presión arterial superiores a 140/90 independientemente del motivo de consulta.

Ver Anexo 5 para procedimiento correcto de toma de presión arterial

9.2. Elaboración de Historia Clínica

Tanto en la **PPL con diagnóstico de HA como en aquella que no tiene diagnóstico pero se le encontraron cifras tensionales elevadas**, en la HC debe jerarquizarse:

- Datos filiatorios.
- Despistaje factores de riesgo definidos en el apartado 8.2.
- Valores previos de PA
- Tratamiento antihipertensivo previo si lo hubiere
- Información, creencias y experiencias previas en relación a la enfermedad.
- Despistar presencia de repercusión en órganos blanco, como se detalla en Anexo 3.
- Consignar elementos orientadores de HA secundaria, que configuran un 10% del total de las hipertensiones. Se detallan en el Cuadro 1.
- Recordar que algunas drogas y fármacos que esté recibiendo el paciente agravan o causan HA y/o interfieren con el tratamiento antihipertensivo.

Se debe valorar **presencia de otras patologías**:

- Asma, bradicardia, bloqueos de la conducción AV, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión, porque pueden determinar la elección del tratamiento farmacológico.
- Enfermedades infecciosas de alta prevalencia en PPL: VIH, tuberculosis

Cuando la **PPL presenta dudas diagnósticas** se debe realizar un seguimiento y control de PA semanal, con registro correspondiente, y revaloración por el médico al mes de la primera consulta.

En aquellos usuarios con diagnóstico de HA se puede evaluar su probabilidad de presentar un evento cardiovascular con la **Estratificación de Riesgo Cardiovascular**, recordando que el manejo del paciente hipertenso debe tomar en cuenta el nivel de la PA y la existencia de los demás FR.

Esto se basa en el hecho de que solamente una pequeña parte de la población hipertensa presenta únicamente elevación de las cifras de PA. Más del 60% presenta dos o más factores de riesgo cardiovascular, cuya coexistencia implica un riesgo mayor que el generado por la suma de los mismos. En función de ello, se puede ajustar la terapéutica más beneficiosa.

Ver Anexo 3 para profundizar en la estratificación del Riesgo Cardiovascular

Cuadro 1. Elemento orientadores de HA secundaria.

| Causa de HA | Elementos orientadores |
|---------------------|--|
| Enfermedad renal | <ul style="list-style-type: none">• Antecedentes familiares de nefropatía o enfermedad renal conocida.• Hallazgo de soplo lumbar o abdominal.• HA severa o agravación rápida.• Falla renal post IECA o ARAII. |
| Disfunción tiroidea | <ul style="list-style-type: none">• Elementos clínicos sugestivos de hipo o hipertiroidismo |
| Apnea del sueño | <ul style="list-style-type: none">• Detección clínica: ronquidos, perímetro cervical mayor de 40cm, somnolencia diurna.• Se asocia en el 80% de los casos con obesidad y su tratamiento ventilorrespiratorio mejora la HA. |
| Síndrome de Cushing | <ul style="list-style-type: none">• Obesidad central, con cara de luna llena, rubicundez, disminución de la masa muscular proximal, equimosis, estrías rojas en piel. |
| Hiperaldosteronismo | <ul style="list-style-type: none">• HTA de difícil manejo, que se hace resistente al tratamiento instituido y se observa hipopotasemia sostenida. |
| Fármacos o drogas | <ul style="list-style-type: none">• Antiinflamatorios no esteroideos, anticonceptivos orales, cocaína, gluco o mineralocorticoides, bupropion, litio, abuso de alcohol, ergotamínicos, descongestivos nasales. |

9.3. Estudios paraclínicos

El objetivo es detectar la coexistencia de otros FR, Daño en órgano blanco y enfermedad vascular, búsqueda de HA secundaria y detección de patologías asociadas.

Los estudios comunes a todo paciente con HA son:

- Glicemia
- Perfil lipídico
- Ionograma
- Uricemia
- Creatininemia
- Hemograma
- Orina
- ECG
- Fondo de ojo

9.4. Tratamiento

El objetivo del tratamiento de la HA es disminuir el riesgo CV, lo que implica disminuir la PA a valores meta y tratar los FR CV asociados, corregir hábitos de vida no saludables y alentar los saludables.

Aspectos de comunicación: En primer término se debe informar al paciente de su diagnóstico en forma clara y concisa, en lenguaje coloquial y sin inundarlo de información compleja que en una primera instancia no está en condiciones de procesar.

El rol del profesional es el de facilitador, aportando conocimientos y alternativas

Se debe permitir al usuario expresar sus creencias, sentimientos y actitudes. Es importante que la comunicación no sea un intercambio mecánico y racional de mensajes, sino un proceso dinámico, con adecuado manejo de los elementos afectivos.

Metas del tratamiento. Lograr la máxima reducción del Riesgo Cardiovascular Global:

- Las cifras de PA meta deben ser $< 140/90$
- Controlar los Factores de Riesgo asociados

9.4.1. Tratamiento no farmacológico

En la hipertensión arterial leve puede ser el único tratamiento. Es la primera línea del tratamiento y debe instaurarse siempre antes del tratamiento farmacológico o sumado al comienzo del tratamiento con fármacos antihipertensivos (Dickinson, 2006). Para ello se considera deseable que los usuarios puedan acceder a la consulta con: medicina, enfermería, nutricionista y odontólogo como mínimo.

Incluye la incorporación de hábitos saludables:

1. Alimentación y nutrición adecuadas.
2. Reducción del peso corporal si hay sobrepeso u obesidad. Reducción del consumo de alcohol
3. Contrarrestar el sedentarismo
4. Eliminación del tabaquismo

Alimentación y nutrición adecuadas. Es fundamental que las UIPPL pertenecientes al INR así como los centros del INISA, cuenten con Licenciados en Nutrición para

garantizar y asegurar la adecuada gestión de los servicios de alimentación. Deberán realizar educación alimentario nutricional a las PPL para promover su compromiso con su estado de salud y a los trabajadores de cocina para mejorar las condiciones del sistema.

El plan de alimentación debería contemplar las siguientes características:

- Aumentar el consumo de frutas, verduras y lácteos.
- Disminuir la ingesta de alimentos ricos en grasas totales y colesterol, azúcar y dulces.
- Reducir el contenido de sal.

Estas características de la alimentación saludable debieran tener carácter universal, beneficiando el estado de salud de todas las PPL.

En aquellos casos en que la realidad institucional impida el acceso universal a este tipo de alimentación, se deberá asegurarla para las PPL con hipertensión arterial.

Realización de actividad física. El ejercicio regular aeróbico de intensidad moderada como caminar 30 o 40 minutos 3 o 4 veces por semana.

Educación para la salud. Es el pilar fundamental en el tratamiento de las enfermedades crónicas; actuará como catalizador del tratamiento dietético, actividad física y tratamiento farmacológico.

Se recomienda también la modalidad de atención grupal, que facilita la identificación entre personas con problemática similar que permita compartir estrategias de afrontamiento, abordar problemas que desbordan la posibilidad de la consulta individual y fomentar el auto cuidado.

El ofrecimiento a integrarse a un grupo de ayuda mutua se realizará a todos los usuarios portadores de HA, si se cuenta con este tipo de recurso.

9.4.2. Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico debe iniciarse cuando la PAS promedio se mantiene en **160 mm/Hg** o más, y/o la PAD promedio es de **100 mm/Hg** o más.

En los casos de personas con Diabetes y/o presencia de DOB se recomienda iniciar tratamiento farmacológico cuando la persona tiene PAS promedio de **140 mm/Hg** o más y/o PAD promedio es de **90 mm/Hg**.

El tratamiento debe establecerse en forma lenta y progresiva. El inicio del uso de fármacos puede ser con un fármaco a bajas dosis o combinando dos, también con bajas dosis, para luego ir aumentando dosis de acuerdo a la respuesta obtenida.

Muchos pacientes van a requerir más de un fármaco; según la OMS el 60% no se controlará con monoterapia.

En aquellos pacientes con alto riesgo CV o PA promedio marcadamente alta, se puede iniciar el tratamiento farmacológico combinando dos fármacos de diferentes grupos. Se debe vigilar estrechamente la respuesta al fármaco y suspender aquel fármaco que produzca nulo o mínimo descenso de la PA.

La combinación de IECA con ARA II no es recomendada

Se sugiere procurar el uso de fármacos de una toma diaria para mejorar la adherencia al tratamiento.

Esperar unas 4 a 6 semanas para valorar la respuesta al fármaco de cambiar de fármaco.

La elección del fármaco debe hacerse en forma individualizada y teniendo en cuenta las patologías asociadas, así como la tolerancia del paciente.

Tanto los diuréticos, betabloqueantes, IECA y calcio antagonistas son fármacos adecuados para controlar la HTA. Las contraindicaciones absolutas se presentan en el Cuadro 2. Las contraindicaciones relativas se detallan en el Anexo 4.

Cuadro 2. Contraindicaciones absolutas de grupos de fármacos

| <i>Fármaco</i> | <i>Contraindicación absoluta</i> |
|--|---|
| Diuréticos (tiazidas) | Gota |
| Betabloqueantes | Asma, bloqueo AV (grados 2 o 3) |
| Calcioantagonistas (verapamil, diltiazem) | Bloqueo AV (grados 2 o 3, bloqueo trifascicular), disfunción del ventrículo izquierdo grave, insuficiencia cardíaca |
| IECA | Embarazo, angiedema, hiperpotasemia, estenosis arterial renal bilateral |
| ARA II | Embarazo, hiperpotasemia, estenosis renal bilateral |

Situaciones especiales

Adultos mayores hipertensos. Todos los grupos de fármacos son adecuados, pero en los casos de HTA sistólica aislada son preferibles los diuréticos y calcioantagonistas.

Diabéticos hipertensos. Los fármacos de elección son IECA o ARA II, pero siempre se debe elegir teniendo en cuenta las comorbilidades.

HTA resistente. Es la PA elevada luego de modificar estilo de vida y recibir tratamiento farmacológico con un diurético más dos fármacos de diferentes tipos.

Otros fármacos.

- Estatinas: son beneficiosas en HTA con riesgo CV alto
- AAS: se recomienda a dosis bajas (100mg/día) en pacientes con complicaciones cardiovasculares previas. Se sugiere considerarlo en pacientes con riesgo alto o pacientes con función renal disminuida.

Cuadro 3. Recomendaciones en situaciones específicas

| <i>Condición</i> | <i>Fármaco recomendado</i> |
|---|--|
| HVI | IECA, Calcioantagonista, ARAII |
| Aterosclerosis asintomática | Calcioantagonista, IECA |
| Microalbuminuria | IECA, ARAII |
| Disfunción renal | IECA, ARAII |
| Ictus previo | Cualquiera que reduzca eficazmente la PA |
| IAM previo | BB, IECA, ARA II |
| Angor | BB, Calcioantagonista |
| Insuficiencia cardíaca | Diuréticos, BB, IECA, ARA II, antagonista receptor mineralocorticoides |
| Aneurisma de aorta | BB |
| Fibrilación auricular prevención | ARA II, IECA, BB, antagonista receptor mineralocorticoides |
| Fibrilación auricular (control de la frecuencia) | BB, Calcioantagonista no dihidropirínidico |
| HTA sistólica aislada | Diurético, Calcioantagonista |
| Síndrome metabólico | IECA, ARA II, Calcioantagonista |
| Diabetes mellitus | IECA, ARA II |

(Fuente: ESH/ESC, 2013)

9.5. Entrega de medicación. Gestión de la medicación.

La medicación no controlada deberá ser entregada a la PPL en forma mensual o semanal en aquellas UIPPL, en que las condiciones de infraestructura lo permitan.

En las ocasiones de requisa deberá preservarse la medicación de los PPL.

En el caso de los psicofármacos se recomienda una modalidad de suministro directamente supervisado, en horarios preestablecidos a cargo del personal de Enfermería y coordinado con el personal de custodia.

9.6. Seguimiento y control de las personas con Hipertensión Arterial.

En el siguiente cuadro se observan las recomendaciones en cuanto a la periodicidad de los controles.

Cuadro 4. Controles de seguimiento de pacientes hipertensos

| Tipo de controles | EN CADA CONSULTA | CADA 6 MESES | ANUAL |
|---|------------------|--------------|-------|
| Índice de masa corporal | | X | |
| Perímetro de cintura | | X | |
| Control PA | X | | |
| Fondo de ojo | | | X |
| Glucemia | | | X |
| Creatinina | | | X |
| Perfil lipídico | | | X |
| Orina | | | X |
| Tabaquismo | X | | |
| Consejo para abandono tabaquismo | X | | |
| Derivación programa cesación tabaquismo | X | | |
| Consejo sobre actividad física | X | | |
| Consejo para reducción de peso | X | | |
| Consulta con nutricionista | | | X |
| Vacuna antigripal | | | X |
| Vacuna antineumococo | | | X |

Debe consignarse en la HC la fecha de vacunación antigripal y antineumococo.

Consulta con médico

Hasta ajustar dosis y otros aspectos del tratamiento, se sugieren visitas periódicas al médico, espaciándolas según evolución. Siempre se deberá controlar las cifras de PA y los factores de riesgo modificables, así como detectar precozmente daño de órgano blanco.

Ante escasa respuesta al tratamiento indicado, previo a modificar dosis o agregar nuevos fármacos, indagar cumplimiento del tratamiento.

9.7. Registros

En caso de que la PPL sea trasladada entre distintas UIPPL, la HC será trasladada en sobre cerrado junto con la Carpeta Procesal (garantizando la confidencialidad).

En la Unidad de destino el personal encargado del traslado deberá entregar el sobre cerrado con la HC al servicio de salud.

No se podrá trasladar ninguna PPL sin su HC

10. ASPECTOS ASISTENCIALES DIABETES MELLITUS

10.1. Entrevista con el equipo de salud

En el usuario con diagnóstico previo de DM, constatado en la Unidad de Ingreso (protocolo de ingreso), al llegar a la UIPPL se debe identificar el uso de insulina o de fármacos antidiabéticos orales con riesgo de producir hipoglucemias (todos los tipos de insulina y sulfonilureas).

A estas PPL se debe efectuar el test de glicemia capilar por el equipo de salud de la UIPPL, dentro de las 2 hs. posteriores al ingreso a esa Unidad, para despistar hipo e hiperglicemias de riesgo.

Se les debe advertir sobre las conductas a seguir frente a la aparición de síntomas de hipoglucemia y entrega personal de 2 sobres de azúcar. Registrar el tipo de tratamiento que el usuario recibía hasta ese momento y asegurar su mantenimiento, así como el aporte de alimentos en calidad, cantidad, frecuencia y horarios.

10.2. Elaboración de Historia Clínica

Tener en cuenta lo mencionado en la HC para hipertensión arterial.

- Identificar y registrar el tipo y duración de la Diabetes.
- Consignar terapia habitual que recibe.
- Despistar presencia de complicaciones.
- Registrar Historia familiar de diabetes.
- Despistar embarazo en toda mujer portadora de diabetes en edad reproductiva.
- Identificar uso de alcohol y otras drogas.
- Despistar depresión y/o otras alteraciones del comportamiento.
- Evaluar educación previa recibida en relación a la enfermedad y su autocuidado.

Ex. Físico: peso, talla, toma de PA, valoración CV, neurológica y valoración de pies.

10.3. Estudios paraclínicos

Se recomienda realizar los siguientes estudios:

Glucemia, Cetonas en orina, Hemoglobina Glucosilada, Hemograma, Perfil Lipídico, Enzimas hepática, Microalbuminuria, Creatinina, ECG y Fondo de ojo.

10.4. Tratamiento. Indicación de medicación

Las indicaciones de medicación se realizarán según Cuadro 5

Cuadro 5. Medicamentos recomendados en tratamiento de Diabetes Mellitus.

| FÁRMACO | PRESENTACIÓN | RANGO TERAPEUTICO |
|---|------------------------------------|---|
| REGULADORES ORALES DE LA GLUCEMIA | | |
| Metformina | Comprimidos 500 , 850 y 1000 mg | 500 a 2550 mg/día Dosis óptima 2000 mg/día |
| Glibenclamida | Comprimidos 5 mg | 2,5 a 15 mg/día |
| Glimepirida | Comprimidos 2 y 4 mg | 1 a 8 mg/día |
| Gliclacida | Comprimidos 80 mg y 60 MR mg | 80 -240 mg/día 60 -120 MR mg/día |
| Pioglitazona | Comprimidos 15, 30 y 45 mg | 15 a 45 mg/día |
| Repaglinida | Comprimido 1mg | 0,5 a 16 mg/día |
| Sitagliptina* | Comprimidos 25, 50 y 100mg | 25 a 100 mg/día |
| Vildagliptina | Comprimidos 50 mg | 50 a 100 mg/día |
| Saxagliptina | Comprimidos 2,5 y 5 mg | 2,5 a 5 mg/día |
| Linagliptina | Comprimidos 5 mg | 5 mg/día |
| INSULINAS | | |
| Insulina NPH | Frasco ampolla vía S/C | Según criterio médico |
| Insulina NPH | Cartucho vía S/C | Según criterio médico |
| Insulina Cristalina | Frasco ampolla vía S/C o I/V | Según criterio médico |
| Insulina Cristalina | Cartucho vía S/C o I/V | Según criterio médico |
| ANÁLOGOS INSULINA ACCIÓN LENTA | | |
| Insulina Glargina | Lapicera – cartucho vía S/C | Exclusivo Endocrinólogo/ Diabetólogo (por FNR) |
| Insulina Determir | Lapicera - cartucho vía S/C | Exclusivo Endocrinólogo/ Diabetólogo (por FNR) |
| ANÁLOGOS INSULINA ACCIÓN RÁPIDA | | |
| Insulina Lispro | Lapicera – cartucho Vía S/C | Exclusivo Endocrinólogo/ Diabetólogo |
| Insulina Aspártica | Lapicera – cartucho Vía S/C | Exclusivo Endocrinólogo/ Diabetólogo |
| Insulina Glulisina | Lapicera – cartucho Vía S/C | Exclusivo Endocrinólogo/ Diabetólogo |
| HORMONA PARA TRATAMIENTO DE HIPOGLUCEMIA | | |
| Glucagón | Frasco Ampolla vía S/C | Exclusivo Endocrinólogo/ Diabetólogo |

* Los fármacos de la familia de las gliptinas están siendo evaluadas para su inclusión en el FTM, dado que su uso ya está extendido en nuestro país y hay evidencia respecto a sus beneficios para el tratamiento de los pacientes.

La **metformina** es el fármaco óptimo para la monoterapia y la droga de elección para iniciar tratamiento. Su prescripción se puede extender a aquellos usuarios con enfermedad renal crónica leve a moderada, pero estable. Se puede prescribir metformina incluso cuando el FG cae entre 45 a 60 ml/ min ajustando la dosis a la mitad, pero debe suspenderse si el FG es <30 ml/ min. Por supuesto, cualquier uso en pacientes con ERC exige estricto seguimiento de la función renal.

Las **Sulfonilureas** (glibenclamida, gliclazida y glimepirida) deberían considerarse como tratamiento inicial cuando la metformina no se tolera o está contraindicada.

Las sulfonilureas producen más hipoglucemias que la metformina o la pioglitazona.

Las **Gliptinas** (sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina y linagliptina) usadas como mono droga no producen hipoglucemias.

Debido al natural proceso evolutivo de la Diabetes y progresivo deterioro en el control glucémico, la mayoría de los pacientes necesitan terapias combinadas para mantener los objetivos metabólicos a largo plazo.

Si el usuario no llega al objetivo terapéutico definido, a los 3 meses de iniciado el 1er. fármaco, se debe agregar una segunda droga.

Si el paciente no ha logrado alcanzar los objetivos metabólicos, está cursando una infección prolongada, pierde peso rápidamente o presenta complicaciones crónicas severas, el inicio de Insulina debe ser considerado.

Se recomienda iniciar con una dosis s/c de insulina intermedia (NPH) de aproximadamente 10 unidades (debe ser individualizada).

Se agrega a la medicación que el paciente venía recibiendo y es preferible suministrarla en la noche en los diabéticos tipo 2 obesos; pero la hora de administración debe ser individualizada, evaluando la edad, hábitos y comorbilidades.

La combinación de fármacos vía oral e insulina puede ser una buena opción al inicio de la insulinoterapia, salvo que existan contraindicaciones para mantener los antidiabéticos orales (ej: insuficiencia renal).

En la evolución se determinará si se requiere ajuste de dosis y/o una segunda inyección de insulina.

Cuando sea posible es recomendable que el médico solicite una interconsulta con Endocrinólogo, para evaluar los resultados del tratamiento, fundamentalmente en aquellos que reciben insulina.

OBJETIVOS DE CONTROL

CONTROL GLUCÉMICO

Hemoglobina Glucosilada < 7%
Glucemia de ayuno y preprandial..... 90 – 130 mg/dl
Glucemia 1 a 2 hs postprandial..... < 180 mg /dl

En diabéticos hipertensos:

PRESION ARTERIAL..... < 140/90 mg/dl
Individuos jóvenes..... < 130/80 mg/dl

Los **objetivos terapéuticos** deben ser individualizados, teniendo en cuenta:

- Duración de la diabetes
- Edad del paciente
- Comorbilidades existentes
- Expectativa de vida
- Enfermedad cardiovascular y microangiopatía
- Hipoglucemias asintomáticas
- Seguridad del paciente
- Consideraciones individuales del paciente

10.5. Entrega de medicación. Gestión de la medicación

Los medicamentos con presentación en comprimidos entran en el régimen de medicación de crónicos. Los pacientes están identificados e integrados a nominas que maneja el personal asignado a la distribución de medicamentos. La periodicidad semanal o mensual puede variar según el establecimiento.

En los casos en que la PPL reciba insulina el usuario debe ser trasladado a un ámbito adecuado (enfermería o similar) para recibir la medicación en los horarios indicados. Previamente se le realizará un test de glicemia capilar.

Deberán agotarse los esfuerzos logísticos de traslado de las PPL, para que la realización del test de glicemia capilar y la administración de insulina, se efective antes de las comidas principales de los pacientes, y según la frecuencia indicada por el médico.

10.6. Previsiones de conducción a especialistas en sector público o privado

Tanto en hipertensión arterial como en diabetes, el médico deberá completar un formulario de referencia-contrarreferencia que facilitará la coordinación de las consultas, y el registro de las indicaciones del especialista.

10.7. Seguimiento y control de las personas con diabetes mellitus

La periodicidad de los estudios y las intervenciones a desarrollar en cada control, para lograr un adecuado seguimiento de las PPL con diabetes se detallan en el Cuadro 6. (RAP-ASSE, 2010)

Cuadro 6. Periodicidad de las actividades de control en el seguimiento.

| Actividad | VISITA INICIAL DIAGNÓSTICO | VISITAS CONTROL | SEMESTRAL | ANUAL |
|--|-------------------------------|--------------------|-----------|-------|
| Peso/IMC | X | X | X | X |
| PA/ Frecuencia cardiaca (FC) | X | X | X | X |
| HbA1c | X | | X | X |
| Perfil lipídico | X | | | X |
| Cociente albúmina/creatinina | X | | | X |
| Creatinina (plasma) | X | | | X |
| Fondo de ojo | X | | | (1) |
| Exploración pies (Inspección, monofilamento, o vibratoria y pulso pedio) | X | | | (2) |
| Electrocardiograma (ECG) | X | | | (3) |
| Cumplimiento dieta | | X | X | X |
| Cumplimiento ejercicio | | X | X | X |
| Cumplimiento farmacológico | | X | X | X |
| Revisar monitoreo glucídico | | X | X | X |
| Investigar hipoglucemias | | X | X | X |
| Intervenciones educativas | | X | X | X |
| Diagnóstico y clasificación DM | X | | | |
| Detección y valoración de complicaciones crónicas | X | | | X |
| Establecer/evaluar,objetivos terapéuticos | X | | | X |
| Proponer plan terapéutico y de educación | X | | | X |
| Anamnesis de complicaciones | X | | | X |
| Cálculo de RCV | X | | | X |
| Consejo antitabaco | X | | | X |
| Vacuna antigripal | X | | | X |

(1) Frecuencia de controles, según Oftalmólogo

(2) Frecuencia de controles, según Podólogo.

(3) En caso de cardiopatía isquémica o trastornos del ritmo cardiaco.

10.8. Situaciones que requieren Servicios de Urgencia

HIPOGLUCEMIA en paciente diabético: glucemia anormalmente baja con o sin síntomas. Glucemia ≤ 70 mg/dl.

- Los episodios pueden presentarse en pacientes tratados con insulinas o con secretagogos (sulfonirureas y glinidas).
- Reiterados episodios generan importantes alteraciones de la contrarregulación favoreciendo la aparición de nuevos eventos.

Tratamiento:

Si la PPL tiene vía oral conservada:

- Administrar 15 a 20 g de hidratos de carbono simples de rápida absorción (dos sobres de azúcar) seguido de hidratos de carbono de lenta absorción. No utilizar alimentos con grasas pues retrasan el vaciamiento gástrico enlenteciendo la absorción de la glucosa.

Si la PPL no puede ingerir por vía oral:

- Pasar suero glucosado al 10% en vía venosa periférica, un bolo de 20 a 25 g de glucosa hasta que el paciente recupere lucidez. Como alternativa se puede inyectar Glucagon s/c o i/m 1mg. Se realizará control con monitoreo glucémico.

HIPERGLUCEMIA:

Si la PPL presenta un valor de glucemia elevada, se debe despistar la presencia de cetona en sangre o en orina. Si el cuadro clínico es compatible con CAD o HHNC se debe derivar el paciente a un centro hospitalario.

En caso de hiperglucemia con cetosis, sin acidosis y en un paciente clínicamente estable, se podrá realizar tratamiento con líquidos V/O y ajustes de Insulina Cristalina S/C según escala móvil. Se han planteado diferentes planes de ajuste según glucemia capilar, la siguiente puede ser una opción, definiendo el objetivo glucémico en forma individual para cada usuario.

| | |
|--|--------------------------------------|
| Si el objetivo definido es 140 mg/dl (o 180 mg/dl) | |
| de 140 a 200 | → 2 unidades Insulina Cristalina S/C |
| 201 a 250 | → 3 unidades Insulina Cristalina S/C |
| 251 a 300 | → 4 unidades Insulina Cristalina S/C |
| 301 a 350 | → 5 unidades Insulina Cristalina S/C |

11. LISTA DE DISTRIBUCIÓN

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION (INR)

| UNIDADES DE RÉGIMENES DE MÁXIMA Y MEDIA SEGURIDAD: |
|---|
| UIPPL Nº 3 "LIBERTAD" |
| UIPPL Nº 4 "SANTIAGO VÁZQUEZ" |
| UIPPL Nº 5 "FEMENINO" |
| UIPPL Nº 6 "PUNTA DE RIELES" |
| UIPPL Nº 7 "CANELONES" |
| UIPPL Nº 8 "DOMINGO ARENA" |
| UIPPL Nº 9 "EL MOLINO" |
| UIPPL Nº 12 "CERRO CARANCHO" (RIVERA) |
| UIPPL Nº 13 "LAS ROSAS"(MALDONADO) |
| UIPPL Nº 24 "PENSE" (SORIANO) |
| UNIDADES DE RÉGIMENES DE MÍNIMA SEGURIDAD Y CONFIANZA: |
| UIPPL Nº 10 "JUAN SOLER" |
| UIPPL Nº 11 "TACUABÉ" |
| UIPPL Nº 14 "PIEDRA DE LOS INDIOS" |
| UIPPL Nº 15 "CONVENTOS" (CERRO LARGO) |
| UIPPL Nº 16 " PAYSANDÚ" |
| UIPPL Nº 17 "CAMPANERO" (LAVALLEJA) |
| UIPPL Nº 18 DURAZNO |
| UIPPL Nº 19 "LAS CAÑITAS" (RÍO NEGRO) |
| UIPPL Nº20 SALTO |
| UIPPL Nº 21 ARTIGAS |
| UIPPL Nº 22 ROCHA |
| UIPPL Nº 23 TREINTA Y TRES |
| UIPPL Nº 25 FLORES |
| UIPPL Nº 26 TACUAREMBÓ |
| UIPPL Nº 27 "PINTADO GRANDE" (ARTIGAS) |
| UIPPL Nº 28 "PASO ATAQUE" (RIVERA) |
| UIPPL Nº 29 FLORIDA |
| UNIDADES QUE DEPENDEN DIRECTAMENTE DEL DIRECTOR NACIONAL |
| UIPPL Nº2 "CENTRO 2" CHACRA DE LIBERTAD Y DE CANELONES. |

Actualizado a dic 2015

INSTITUTO NACIONAL DE INCLUSIÓN SOCIAL ADOLESCENTE (INISA)

| |
|--|
| CENTROS DE INGRESO |
| C.I.A.F. (Centro de Ingreso Adolescentes Femenino) |
| C.I.T. II (Centro de Ingreso Transitorio) |
| CENTROS DE MONTEVIDEO |
| C.I.E.D. (Centro de Ingreso, Estudio y Derivación) |
| COLIBRI |
| C.M.C. -Centro Máxima Seguridad (Ex CEPRI) |
| Ce.D.D. BURGUES (Centro de Diagnóstico y Derivación) |
| PASO A PASO |
| DESAFIO |
| RIFLEROS |
| CENTRO DETENCIÓN FEMENINO |
| REGIMEN DE SEMI-LIBERTAD |
| CIMARRONES |
| CENTROS EN ESCUELA DR. ROBERTO BERRO |
| M.D.1 (EX.-S.E.R.BERRO) |
| LAS PIEDRAS |
| SARANDI |
| ITUZAINGO |
| ARIEL |
| CERRITO |
| GRANJA |
| EL HORNERO |
| Actualizado a abril 2016 |

12. NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS

| Nº Versión <i>Número de versión cambiada</i> | Fecha <i>Fecha de la versión anterior</i> | Cambios <i>Incluir descripción de los cambios</i> |
|--|---|---|
| | | |
| | | |

13. BIBLIOGRAFÍA

1. Administración de Servicios de Salud del Estado. Guías de práctica clínica de hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Red de Atención del Primer Nivel RAP-ASSE. MSP. OPS/OMS. Montevideo. Noviembre 2010.
2. Coyle, Andrew. La administración penitenciaria en el contexto de los derechos humanos. Centro Internacional de Estudios Penitenciarios. Londres. Reino Unido. 2009. Disponible en: <http://www2.scjn.gob.mx/seminario/docs/La-administracion-penitenciaria-en-el-contexto-de-los-derechos-humanos.pdf>
3. Dickinson HO, Mason JM, Nicolson DJ, Campbell F, Beyer FR, Cook SW, Williams B, Ford GA. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomised controlled trials. *J Hypertens* 2006; 24:215–233.
4. Executive Summary of the Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Cholesterol In Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA*. 2001 May 16; 285(19):2486-97. En: <http://www.med.ucla.edu/champ/NCEP%20Reference.pdf>
5. Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y Sociedad Europea de Cardiología (ESC). Guía de Práctica Clínica de la ESH/ESC para el Manejo de la Hipertensión Arterial (2013). *Hipertens riesgo vasc.* 2013;30(Supl 3):1
6. Ministerio de Salud. Normas Técnicas y administrativas de Atención de Salud para la Población Adolescente y Adulta Privada de Libertad. Panamá. 2009.
7. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. PPENT. MSP. Uruguay. 2015
8. Morales AM, Muñoz N. La seguridad ciudadana en América Latina. Observatorio Social. Publicación trimestral de la Asociación Civil Observatorio Social Número 39. Septiembre de 2013. Buenos Aires. República Argentina. En: http://www.pazciudadana.cl/wp-content/uploads/2013/11/la-seguridad-ciudadana-en-america-latina_am.pdf
9. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito. Viena. Medidas privativas y no privativas de la libertad. El sistema penitenciario. Manual de instrucciones para la evaluación de la justicia penal. Naciones Unidas. UNODC. Nueva York, 2010
10. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Declaración Promoción de Salud. OPS/OMS. Canadá, 1986.
11. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. “Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe”. OPS/OMS. Serie PALTEX, N° 41. Canadá.1999.

12. Villagra Pincheira C. Hacia una política postpenitenciaria en Chile: desafíos para la reintegración de quienes salen de la cárcel Debates Penitenciarios Nº 7. Área de Estudios Penitenciarios. Julio 2008. Centro de Estudios de Seguridad ciudadana. Universidad de Chile. En: http://www.cesc.uchile.cl/publicaciones/debates_penitenciarios_07.pdf

14. ANEXOS

Anexo 1. Formación de promotores penitenciarios de salud

Equipo de trabajo: Operadores penitenciarios, funcionarios policiales, integrantes de la Dirección Nacional del Liberado (DINALI), técnicos sanitarios de ASSE y de Dirección Nacional Sanidad Policial.

Perfil del promotor penitenciario: persona con capacidades y herramientas para participar en diferentes espacios del ámbito penitenciario, no relacionados exclusivamente a lo sanitario, incluyendo otras comisiones de trabajo dentro de la UIPPL, etc.

Objetivos del curso

General: facilitar el desarrollo de las capacidades que tienen las personas de intervenir sobre la realidad de su entorno para transformarla, particularmente en lo que refiere para enfermedades crónicas no transmisibles y otras enfermedades prevalentes.

Objetivos específicos:

- brindar herramientas de intervención
- intercambiar conocimientos entre el saber técnico y el saber práctico de los ámbitos de privación de libertad, problematizando y resignificando algunos aspectos naturalizados
- analizar intervenciones factibles para generar cambios
- aplicar los conocimientos y las estrategias identificadas para mejorar la situación de salud de las PPL.

Metodología

Talleres

Definición de planes para la acción

Anexo 2. Definiciones en ECNT y Criterios y procedimientos para diagnóstico de Diabetes

ECNT: Enfermedades no transmisibles de larga duración y de progresión generalmente lenta.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: elevación persistente de la presión arterial por encima de los límites considerados normales, tomada en reposo, no menos de 10 minutos de descanso, en la cual las presiones sistólica y diastólica pueden estar elevadas, ambas o solo una de ellas.

Se considera hipertensa a toda persona mayor de 18 años que presente cifras tensionales sanguíneas elevadas, a partir de 140 mmHg de presión sistólica y/o 90 mmHg de presión diastólica, en dos o tres mediciones de presión arterial bajo condiciones normales y utilizando la técnica de medición y el equipamiento adecuados.²

LA DIABETES MELLITUS: es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas y proteínas, que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. Los criterios y procedimientos diagnósticos se detallan en el Anexo 2.

SEDENTARISMO: es la falta de actividad física regular definida como menos de 90 minutos a la semana; se debe tender a distribuirlos en 30 minutos 3 veces por semana. Disminuye la eficiencia del corazón, aumenta el pulso y la presión arterial, favorece el exceso de peso, propicia la mala circulación, aumenta la sobrecarga emocional asociada al estrés y disminuye la disposición al trabajo.

OBESIDAD. La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. En términos generales, se define como el exceso de grasa (tejido adiposo) en relación al peso.

Según la OMS, la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros. Una

2. Normas Técnicas y administrativas de Atención de Salud para la Población Adolescente y Adulta Privada de Libertad. Ministerio de Salud. Panamá. 2009.

persona con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y con un IMC igual o superior a 25 es considerada con sobrepeso. El sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo para numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer

Para valorar el estado nutricional de los adolescentes, se calcula IMC para la edad y estatura para la edad y se utiliza como patrón las tablas y curvas para la evaluación del crecimiento de 5 a 19 años- OMS 2007.

DIAGNÓSTICO DE DIABETES:

Se realiza diagnóstico de **Diabetes Mellitus** en las siguientes situaciones:

1.- Síntomas de diabetes más una glucemia casual igual o mayor de 200 mg/dl (11,1 mmol/l). Casual se define como cualquier hora del día sin relación con el tiempo transcurrido desde la última comida. Los síntomas clásicos de diabetes incluyen poliuria, polidipsia y pérdida inexplicable de peso.

2.- Glucemia en ayunas igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l). Ayunas se define como un período sin ingesta calórica de por lo menos 8 horas.

3.- Glucemia igual o mayor a 200mg/dl (11.1 mmol/l) dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa. (PTOG)

Para el diagnóstico en la persona asintomática es esencial tener **al menos un resultado adicional** de glucemia igual o mayor a las cifras que se describen en los numerales 2 y 3.

Se define como **PREDIABETES** a la Glucemia en Ayunas Alterada o la Intolerancia a los Hidratos de Carbono por PTOG.

Diagnóstico de glucemia en ayunas alterada (GAA)

Glucemia en ayunas entre 100 y 125 mg/dl.

Las determinaciones de laboratorio deben ser realizadas en plasma venoso.

Diagnóstico de intolerancia a los hidratos de carbono.

Se realiza con PTOG cuando el valor dos horas post carga de glucosa es mayor de 140 pero menor de 200 mg/dl (fuera de la situación de embarazo).

El examen de glucemia de ayuno o la PTOG son test apropiados para el diagnóstico de Diabetes sin embargo la glucemia de ayuno es de preferencia, por tener menor costo, mayor accesibilidad y facilidad para reproducir en los laboratorios de análisis clínicos.

La PTOG deberá solicitarse en pacientes con Glucemia de Ayuno Alterada, para definir diagnóstico.

Para la realización de la PTOG la persona debe ingerir 75 gramos de glucosa diluidos en 300 ml de agua con o sin sabor, a temperatura ambiente, en un período no mayor de cinco minutos. Además debe reunir las siguientes condiciones:

- Ayuno de 8 a 14 horas (se puede tomar agua).
- Evitar restricciones en la dieta durante los tres días precedentes (Seguir su dieta habitual)
- Evitar cambios en la actividad física habitual durante los tres días precedentes.
- Durante la prueba el paciente debe mantenerse en reposo y no fumar.
- Es preferible que el paciente no tenga una infección u otra enfermedad intercurrente.

- El paciente debe interrumpir el consumo de medicamentos que pudieran alterar los valores de la glucemia como mínimo 12 horas antes de la realización de la prueba. De lo contrario, los medicamentos empleados deben quedar consignados en el informe de la prueba.

La PTOG no se debe practicar en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) que estén recibiendo inhibidores de proteasas, por el alto número de resultados de glucemia falsamente elevados.

Diagnóstico de Diabetes gestacional:

Se define por los valores patológicos de una glucemia en ayunas ≥ 0.92 g/dL en cualquier momento del embarazo

Si la primera glucemia es normal, se realiza una CTOG entre las 24 a 28 sem. de gestación (de 3 tomas: basal, luego de una hora, y luego de 2 hs. post ingesta 75 g de glucosa)

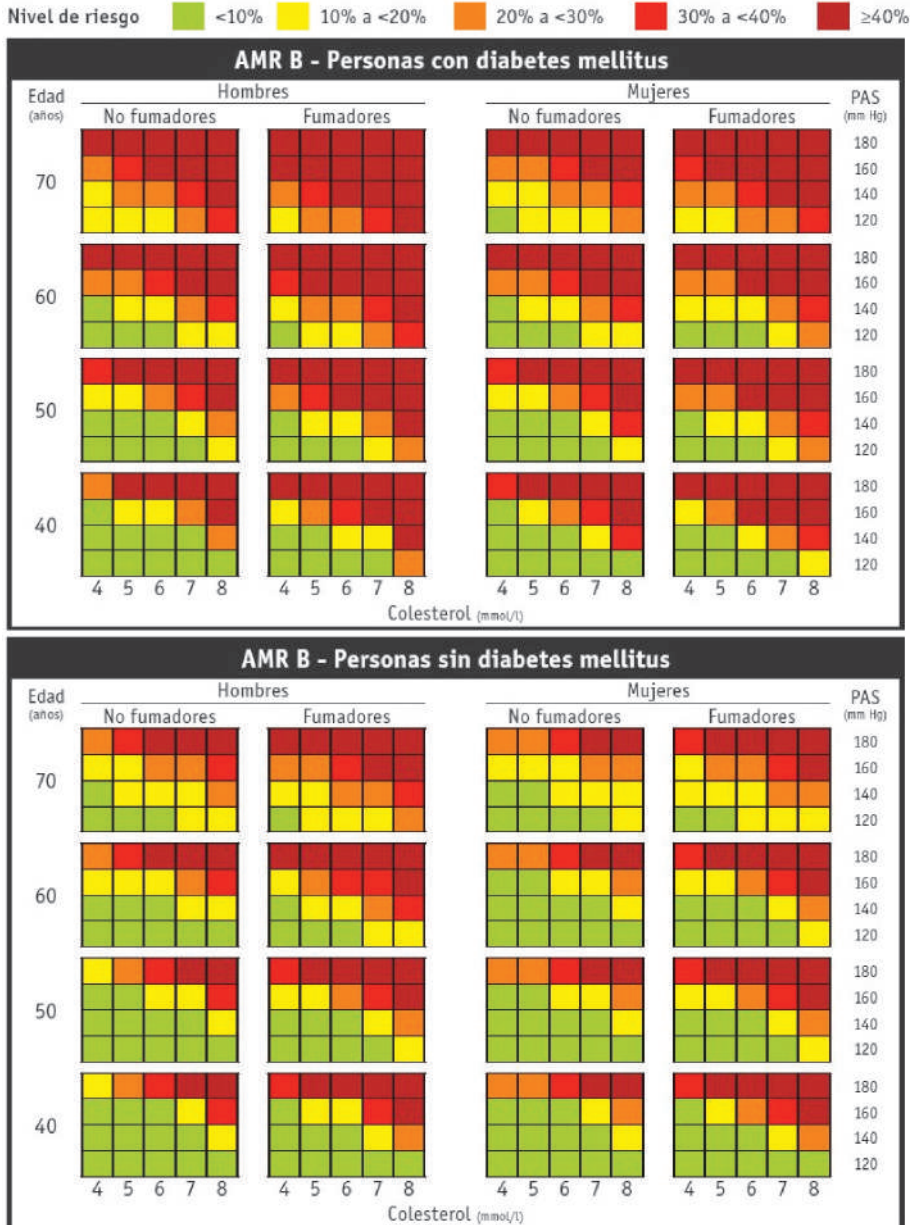
Se hace diagnóstico de Diabetes Gestacional ante

- una glucemia en ayunas ≥ 0.92 g/dL, o
- glucemia post carga a la hora (60 minutos) ≥ 1.80 g/dL y/o
- a las 2 horas (120 minutos) ≥ 1.53 g/dL.

En estos casos se debe derivar a ginecólogo y endocrinólogo.

Anexo 3. Evaluación de Riesgo Cardiovascular

Para estratificar riesgo se tienen en cuenta las cifras de PA y la existencia concomitante de otros factores de riesgo.



División de los valores de **colesterol total**: 4) hasta 150 mg/dL; 5) 151-200 mg/dL; 6) 201-250 mg/dL; 7) 251-300 mg/dL; 8) más de 300 mg/dL.

Nivel de riesgo: probabilidad de desarrollar un evento cardiovascular en los siguientes 10 años.

HIPERTENSOS DE ALTO O MUY ALTO RIESGO son los que presentan alguna de las siguientes situaciones:

1. 180 mm Hg sistólica y/o 110 mm Hg diastólica
2. Sistólica > 160 con diastólica < 70
3. 3 o más Factores de Riesgo (FR)
4. DM o Síndrome Metabólico (SM)
5. Daño de órgano blanco (DOB) o enfermedad clínica vascular (EC)

Los **criterios diagnósticos del SINDROME METABOLICO** son:

- Circunferencia de cintura (obesidad visceral): Mujeres mayor a 88 cm, Hombres mayor a 102 cm
- Triglicéridos (TG) superior a 150mg/dl
- HDL bajo Mujeres <50mg/dl, Hombres <40 mg/dl
- PA elevada (mayor a 130/85)
- Glicemia de ayuno alterada >100 mg/dl (GAA)

La presencia de 3 de estos 5 factores indica SINDROME METABÓLICO (NCEP, 2001).

Detección de daño de órgano blanco (DOB) y Enfermedad Clínica Vascular Asociada (ECA)

DAÑO DE ÓRGANO BLANCO. Debemos consignar la presencia de repercusión en parénquimas nobles:

- *Compromiso miocárdico:* 2º ruido aumentado en foco aórtico, latidos precordiales patológicos, arritmias o hallazgo de Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) por electrocardiograma (ECG) o ecocardiograma.
- *Compromiso arterial:* soplos carotídeos, soplos precordiales o evidencia de engrosamiento de las paredes arteriales como se puede ver en un estudio de ultrasonido de vasos de cuello, o la presencia de calcificaciones arteriales, que obedecen a placas de ateroma, en cualquier otro territorio vascular ostensible por ultrasonido o por Rx.
- *Compromiso renal:* los valores de creatininemia deben ser llevados a tablas en las que tomando en cuenta edad y sexo del paciente se puede observar si el filtrado glomerular está disminuido³; la presencia de proteinuria, también es indicadora de lesión orgánica renal.

3. Disminuido: Filtrado glomerular menor de 60ml/min/1,73m² . www.fnr.gub.uy Programa de Salud Renal

La ENFERMEDAD CLÍNICA VASCULAR ASOCIADA (o ECA), incluye:

- Accidente Cerebrovascular (ACV) isquémico, hemorrágico o Accidente Isquémico Transitorio (AIT)
- Cardiopatía isquémica: infarto agudo de miocardio (IAM), angina, revascularización miocárdica o angioplastia, insuficiencia cardíaca.
- Insuficiencia renal de cualquier grado
- Arteriopatía periférica
- Retinopatía: exudados, hemorragia, edema de papila

Anexo 4. Antidiabéticos Orales y Enfermedad Renal Crónica

Adaptado de “Guías de Práctica Clínica en el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Renal Crónica” (FNR set/2013).

| | eFG 60-50 ml/min | | eFG < 30 ml/min | Observaciones |
|-----------------------|--|---|-----------------------------|---|
| BIGUANIDAS | | | | |
| Metformina | 100 % de la dosis | 50% de la dosis No iniciar nuevos tratamientos. O suspender dependiendo del caso* Monitorear FG c/ 3 meses | Suspender Contraindicada | Suspender en aquellas situaciones de riesgo de agravación de la función renal(añosos, deshidratación, hipoxia, hipovolemia, etc.) |
| SULFONILUREAS, | | | | |
| Tolbutamida | Evitar | | | El principal efecto adverso del grupo es la hipoglucemia, sobre todo en pacientes añosos tratados con múltiples drogas. Existen referencias de la administración de gliclazida hasta etapas avanzadas de la ERC |
| Clorpropamida | Evitar | | | |
| Glibenclamida | Suspender con eFG <50 ml/min | Evitar | | |
| Glimepirida | Iniciar con dosis bajas (1 mg) | Evitar | | |
| Gliclazida | Indicada hasta eFG > 40 ml/min | Evitar | | |
| METIGLINIDAS | | | | |
| Repaglinida | Iniciar a dosis bajas (0.5 mg con las comidas) aumentar con cautela | | | |

| | eFG 60-50 ml/min | eFG 49-30 ml/min | eFG < 30 ml/min | Observaciones |
|-------------------------------|-----------------------------|---|---------------------------------|--|
| TIAZOLIDINONAS | | | | |
| Pioglitazonas | No requiere ajuste de dosis | | Controlar retención hidrosalina | Provocan retención hidrosalina en etapas avanzadas de ERC, Mayor riesgo de fracturas |
| INHIBIDORES DE LA DPP4 | | | | |
| Linagliptina | No requiere ajuste de dosis | | | |
| Saxagliptina | 100 % de la dosis habitual | Con eFG < 50 de ml/min 50% de la dosis | | |
| Sitagliptina | 100 % de la dosis habitual | 50 % de la dosis habitual | 25% de la dosis habitual | |
| Vidagliptina | 100 % de la dosis habitual | 50 % de la dosis habitual | | |
| GLUFOZINAS | | | | |
| Dapaglifozina | 100 % de la dosis habitual | No recomendado o contraindicado | Contraindicado | |
| Canaglifozina | Disminuir 1/3 la dosis | Evitar o discontinuar con FG < 45 ml/min | Evitar | No usar si recibe Rifampicina, Fenitoína, Fenobarbital, Ritonavir |

Anexo 5. Procedimiento correcto para medir la presión arterial.

- Explique al usuario el procedimiento y solicítele que no hable durante el mismo.
- Realizar higiene de manos y palpar la arteria humeral.
- Colocar el brazalete del esfigmomanómetro 5cm por encima del sitio elegido para la auscultación. El brazo debe estar levemente flexionado y apoyado.
- Apoyar la membrana del estetoscopio en la fosita cubital, por encima del sitio que se palpa la arteria humeral y siempre por fuera del brazalete o manguito.
- Constatar que esté cerrada la perilla de la válvula. Insuflar el manguito 40 mm Hg por encima de la tensión arterial habitual de la persona o por encima de la auscultación del último pulso.
- Abrir lentamente la válvula, descender a una velocidad aproximada de 2 mm Hg por segundo. La aparición del primer ruido (Korotkoff) corresponde al valor de la presión sistólica y la desaparición del mismo corresponde al valor de la presión diastólica.
- Retire el estetoscopio y el brazalete. Realizar higiene de manos y registro.
- Higienizar la membrana del estetoscopio con una torunda embebida en alcohol al 70% y con otra torunda las olivas del estetoscopio.

De las personas:

- Deben haber reposado sentados por lo menos 10 minutos previamente, en un ambiente de agradable temperatura.
- Sería aconsejable no haber consumido mate, café, o haber fumado en la última hora.
- Posición sentada, espalda apoyada.
- Brazo desnudo, relajado y apoyado, mano abierta.
- Centro del manguito en la línea cardíaca
- Pies apoyados en el piso, piernas separadas

Tener presente que el estrés, el dolor, la fiebre o la vejiga llena, modifican la medición.

Se recomienda hacer al menos 2 medidas espaciadas 1 o 2 minutos entre sí

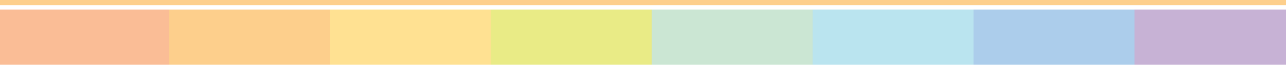
Sugerimos controlar también estando de pie, especialmente en personas diabéticas y añosas.

El tamaño del brazalete o manguito debe estar acorde al brazo de la persona, de tal forma que la bolsa neumática interna abarque más de 50% de la circunferencia del brazo. En caso de duda es preferible elegir siempre el mayor tamaño.

Anexo 6. Tratamiento de Hipertensión arterial. Contraindicaciones.

Contraindicaciones relativas de grupos de fármacos

| <i>Fármaco</i> | <i>Contraindicación relativa</i> |
|--|--|
| Diuréticos (tiazidas) | Síndrome metabólico, intolerancia a la glucosa, embarazo, hiperpotasemia, hipopotasemia |
| Betabloqueantes | Síndrome metabólico, intolerancia a la glucosa, atletas y personas físicamente activos, EPOC (excepto los Betabloqueantes vasodilatadores) |
| Calcioantagonistas (dihidropiridinas) | Taquiarritmia, insuficiencia cardíaca |
| IECA | Mujeres en edad reproductiva |
| ARA II | Mujeres en edad reproductiva |



"La prestación de servicios médicos a los reclusos es una responsabilidad del Estado. Los reclusos gozarán de los mismos estándares de atención sanitaria que estén disponibles en la comunidad exterior y tendrán acceso gratuito a los servicios de salud necesarios sin discriminación por razón de su situación jurídica."

**Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento
de los Reclusos (Reglas Mandela). Regla 24.1.
Naciones Unidas. Mayo 2015**