

HIPERTENSION ARTERIAL

**CURSO DE PROFUNDIZACIÓN EN FUNDAMENTOS
DE SALUD PÚBLICA**

**ESTHER LUCIA URIBE HIGUITA
DIANA ROCIO MONROY SUAREZ
DIANA PATRICIA MONSALVE. R
ÁLVARO DE J. DÍAZ CABRERA
HECTOR WILLIAM NARANJO NARANJO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2010**

HIPERTENSION ARTERIAL

**CURSO DE PROFUNDIZACIÓN EN FUNDAMENTOS
DE SALUD PÚBLICA**

**ESTHER LUCIA URIBE HIGUITA
DIANA ROCIO MONROY SUAREZ
DIANA PATRICIA MONSALVE. R
ÁLVARO DE J. DÍAZ CABRERA
HECTOR WILLIAM NARANJO NARANJO**

GRUPO: 252828_35

TUTOR:

DILSON RÍOS ROMERO

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA

UNAD

**ESCUELA DE CIENCIAS BÁSICAS, TECNOLOGÍA E INGENIERÍA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA**

PALMIRA

2 0 1 0

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	4
1. HIPERTENSION ARTERIAL	5
1.1 HISTORIA NATURAL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL	5
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	7
3.1 OBJETIVO GENERAL	7
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
4. JUSTIFICACION	8
5. LIMITACIONES	9
6. MARCO REFERENCIAL	10
6.1 CLASIFICACIÓN	10
7. EL ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL PROBLEMA ESCOGIDO	14
7.1 DIVISIÓN POLÍTICA DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA.	14
7.2 DIVISIÓN POLÍTICA DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA	15
8. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	17
8.1 DATOS ESTADISTICOS DE PALMIRA	17
8.2 DATOS ESTADISTICOS DE PEREIRA	34
8.3 DATOS ESTADÍSTICOS DE VILLETA	36
9. DISEÑO DE TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION	40
9.1 POBLACION Y MUESTRA	40
9.2 GUIA DE TRABAJO DE CAMPO	40
9.3 RECUROS HUMANOS	41
9.4 PRESUPUESTO	41
9.5 CRONOGRAMA	41
CONCLUSIONES	42
GLOSARIO	44
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXO	46

INTRODUCCION

El principal motivo que nos llevo a escoger el tema de Hipertensión Arterial, es porque este es uno de los principales problemas de salud pública a nivel local, nacional y mundial. Esperamos conseguir la concientización de los problemas ocasionados por la hipertensión arterial entre nosotros como estudiantes de Regencia de Farmacia, para luego en el campo laboral poder transmitir con buenas bases, criterios bien fundamentados al servicio de la comunidad.

Además este es un problema de salud pública contemplada dentro del Plan de Salud Territorial de todo el territorio Colombiano y en el marco conceptual de los planes departamentales de salud. **La Resolución 425 de 2008** en su artículo 2º define: “**El Plan de Salud Territorial** es equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y municipios, por tanto, es parte integral de la dimensión social del plan de desarrollo territorial y se rige en lo pertinente, en materia de principios, procedimientos y mecanismos de elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control por la **Ley Orgánica del Plan de Desarrollo**”

Cuando se habla de la historia de hipertensión arterial, estos tres nombres: Hales, Riva-Rocci y Korotkoff, hicieron gran aporte a la humanidad con sus descubrimientos.

Stephen Hales (1677-1761) fue quien por primera vez experimentó y publicó, en 1733, sus investigaciones al respecto, fue un clérigo y fisiólogo inglés, quien canalizó la arteria de una yegua con un tubo de vidrio y observó cómo la columna de sangre ascendía con cada latido del corazón.

Scipione Riva-Rocci (1873-1937), en 1896, invento del manómetro y el brazalete neumático. En 1905 Nicolai Sergeievich Korotkoff, descubre los sonidos epónimos del corazón, gracias al método ideado por él de determinar la presión arterial.

1. HIPERTENSION ARTERIAL

La Hipertensión Arterial es definida como la Presión Arterial Sistólica (PAS) de 140mm de Hg o más (se tiene en cuenta la primera aparición de los ruidos), o una Presión Arterial Diastólica (PAD) de 90mm de Hg o más (se tiene en cuenta la desaparición de los ruidos). Esta definición es aplicable a adultos. En los niños están definidas según su edad otras cifras de presión arterial. Se trata de un Síndrome complejo genético y adquirido, con comprobadas implicaciones metabólicas, electrolíticas (Na, K, Cl) y a nivel de membrana celular, además de las múltiples teorías que tratan de explicar su fisiopatogenia.

1.1 HISTORIA NATURAL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.

La hipertensión arterial es una de las principales causas de morbi-mortalidad y en la actualidad existe evidencia clínica suficiente que permite asegurar que un tratamiento adecuado puede cambiar radicalmente su historia natural, esto es: reducción de Accidentes Cerebro-Vasculares (ACV), en los eventos coronarios, etc.

Los beneficios de un tratamiento correcto se extienden a todos los rangos de edades, sexo y raza; sin embargo para obtener resultados óptimos la hipertensión arterial debe ser considerada como el conjunto de varios factores tales como: estilo de vida, con respeto a dieta, factores laborales, genética, herencia, sedentarismo, stress, etc. Todos estos factores ayudarán a establecer la magnitud del problema y en consecuencia a diseñar una estrategia terapéutica eficaz.

El tratamiento de la hipertensión arterial debe iniciarse siempre con los análisis de los estilos de vida anormales y su corrección mediante actuaciones no farmacológicas: tratamiento de la obesidad, corrección de hábitos alimentarios, etc. El tratamiento farmacológico debe considerar siempre la posible presencia de enfermedades concomitantes con el fin de utilizar el fármaco hipotensor que no las empeore y en la población anciana hipertensa este aspecto y los efectos secundarios farmacológicos, deberán ser especialmente vigilados.

Como parte de la historia natural de la enfermedad, pueden sobrevenir con el tiempo el desarrollo de ateromas y de los aneurismas de Charcot- Bouchard. Las causas de muerte en estos pacientes generalmente se deben a una insuficiencia Cardíaca a un Accidente Cerebro-Vascular de tipo trombótico o bien a enfermedades intercurrentes.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial tiene como el principal factor de riesgo más importante la Cardiopatía Isquémica y muy especialmente del Infarto del Miocardio, también lo es de la enfermedad Cerebro-Vascular, así como de la Insuficiencia Renal y de la Insuficiencia Arterial periférica.

Se estima que mundialmente existen 690 millones de personas que padecen esta enfermedad. De los 15 millones de muertes al año causadas por enfermedades circulatorias, 7.1 millones son por Cardiopatías y 4.5 millones por Accidente Cerebro-Vascular. De acuerdo a cálculos el 20%-30% de la población de todos los países del mundo sufren de hipertensión arterial, solamente en los EE.UU hay 70 millones de personas hipertensas.

3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

3.1 OBJETIVO GENERAL

Detectar, captar, diagnosticar a todos los hipertensos de la región en general, mediante el control de tensión arterial según normas de la O.M.S. a toda persona que por algún motivo entre a esta área, en condición de ser una persona sana por cualquier motivo ya sea para solicitar certificados de salud, reclamo de exámenes o algún otro registro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Oportunismo del diagnóstico de la Hipertensión Arterial en una población presuntamente sana.
- Educación de la salud actividad que se realiza en el área de Promoción y Protección de la Salud, a través de folletos explicativos alusivos al tema: "Evitar los excesos alimentarios de todo orden - Combatir el exceso de sal y conocer los alimentos que contienen adición de sal.
- Control y tratamiento del paciente hipertenso para su control y tratamiento al profesional que lo asiste.
- Monitoreo Periódico Lo realiza el área de Promoción y Protección de la Salud, evaluando la adherencia al Programa de los hipertensos detectados y la evolución de la Hipertensión Arterial de los pacientes tratados.

4. JUSTIFICACION

El control de la Hipertensión arterial debe tener como objetivo primordial la prevención primaria, la detección temprana y un adecuado y oportuno tratamiento, evitando así la aparición de complicaciones. Como también la intervención no farmacológica de los factores de riesgo, originado un mayor beneficio a estos pacientes en la reducción de cardiopatía coronarias, ACV (Accidentes cerebro vasculares), la Hipertensión Arterial sistémica (HAS) afecta aproximadamente al 20% de la población adultos de todos los países del mundo, las afecciones del aparato circulatorio en muchas regiones es la primera causa de morbilidad.

Las personas con hipertensión tienen de dos a cuatro veces más riesgo de presentar enfermedad coronaria (EC), así mismo la reducción de 5-6 mm. Hg en la presión arterial disminuye de 20 -25% el riesgo de EC. Sin embargo cuando aumenta en 7.5 mm Hg la presión diastólica, se incrementa de 10 a 20 veces el riesgo de accidente Cerebrovascular (ACV), y el control de la presión arterial disminuye en 30-50% la incidencia de ACV

La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad Cardiocerebrovascular y a menudo se asocia con otros factores de riesgo como la dieta, obesidad, tabaquismo, niveles de lípidos sanguíneos elevados, diabetes Mellitus y sedentarismo.

5. LIMITACIONES

En todo trabajo de investigación surgen algunas dificultades, en la mayoría de los casos en consecución de la información con base en las fuentes de datos del grado primario o secundario; con información veraz y confiable en lo referente a estadístico. Otro aspecto importante es el factor tiempo para la recolección de información; el cual ya se ha ido sorteando para dar cumplimiento. Lo relacionado a lugar y espacio, este trabajo se realizó en la ciudad de Palmira Valle, con soportes de entidades estatales como son hospital, centros de salud y secretaria de salud municipal.

Lo relacionado a costos es muy bajo, se requiere de papel, lapicero, fotocopias y transporte; disponer de un tiempo para la recolección de datos, con sus respectivas entrevistas. Lo ideal de todo trabajo de investigación es poder ofrecer un aporte o dar solución a un problema en beneficio de la comunidad; con este trabajo como Regentes de Farmacia nos permite tener unos conocimientos o bases importantes para transferirlos a la comunidad en el ejercicio laboral de cada uno de nosotros.

6. MARCO REFERENCIAL

Según cálculos estadísticos hasta una cuarta parte de la población adulta sufre de hipertensión arterial y a pesar de las distintas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad, de comprobada eficacia y seguridad, es preocupante que menos de 55% de los individuos hipertensos no recibe tratamiento alguno y el porcentaje de pacientes con cifras tensionales controladas mediante el tratamiento no supera el 45% de acuerdo con los datos publicados.

En Colombia, según las últimas estadísticas de la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de la hipertensión entre la población mayor de 15 años es de 18,6% y esta enfermedad constituye el primer factor de riesgo de enfermedades Cardio-Vasculares, las cuales son la segunda causa de muerte en hombres y mujeres mayores de 45 años. La mortalidad de índole Cardiovascular en Colombia alcanza una cifra de 176 por 100.000 habitantes; en nuestro país existe una población grande que está por fuera de la seguridad social, sin ningún tipo de atención médica o simplemente se limitan a realizar tratamientos de tipo casero, por la imposibilidad de pagar una consulta médica y muchos menos los medicamentos. Las entidades promotoras de salud EPS, en muchos casos no cumplen con las políticas de educación y prevención, un ejemplo de esto es el caso de la mayoría de estas entidades de la salud, que disponen de muy poco tiempo, para atender al paciente en una consulta; en una hora deben atender entre 5 y 6 pacientes, adicionalmente con un vademécum o listado farmacológico muy reducido y para bajar costos.

6.1 CLASIFICACIÓN

Para clasificar la HTA podremos distinguir cuatro criterios básicos

1. Según la elevación de la PA sistólica o diastólica

HTA diastólica. Elevación de la PA diastólica con sistólica dentro de cifras normales.

HTA sistólica-diastólica. Elevación de la PA sistólica y diastólica.

HTA sistólica aislada (HSA). PA sistólica elevada con cifras diastólicas normales.

2. Según los niveles de PA

Criterios de la OMS. La OMS distingue tres categorías de HTA: ligera, moderada y severa

Clasificación de la hipertensión arterial según los criterios de la OMS

CATEGORÍA	PA DIASTÓLICA (mmHg)
LIGERA	90 - 104
MODERADA	105 - 114
SEVERA	>115

Criterios del JNCV. El Comité Nacional Conjunto Americano en Detección, Evaluación y Tratamiento de la HTA (JNC) que periódicamente emite informes de actualización sobre HTA y su tratamiento, agrupó en 1993 la HTA en 4 niveles o categorías, tomando en igual consideración tanto la PAD como la PAS

Clasificación de la hipertensión arterial de acuerdo al JNC-V

CATEGORÍA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
	NORMOTENSIÓN	
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 - 139	85-89
HIPERTENSIÓN		
Estadio I (ligera)	140 - 159	90-99
Estadio II (moderada)	160 - 179	100-109
Estadio III (severa)	180 - 209	110-119
Estadio IV (muy severa)	> 210	> 120
HTA sistólica aislada	> 140	< 90

3. Según la repercusión visceral

Se focaliza de manera más selectiva sobre cuatro elementos principales: corazón y sistema arterial, cerebro, riñón, y fondo de ojo

Clasificación de la hipertensión arterial por la repercusión visceral

ESTADÍO I. Sin signos aparentes de repercusión visceral

ESTADÍO II. Debe estar presente alguno de los siguientes signos:

Hipertrofia ventricular izquierda
Retinopatía grado II
Proteinuria y/o aumento de creatinina plasmática

ESTADÍO III. Aparecen signos y síntomas de afectación visceral severa:

Insuficiencia cardíaca o coronaria
Encefalopatía. ACVA
Hemorragia retiniana. Papiledema
Insuficiencia renal manifiesta

4. Desde el punto de vista etiológico (

Causas comunes de hipertensión arterial secundaria

1. Enfermedad vasculorrenal (arteriosclerosis, displasia, Retención hidrazalina)
 2. Enfermedad renal parenquimatosa (glomerulonefritis, Pielonefritis, traumas, nefrocalcinosis, etc.)
 3. Aldosteronismo primario (adenoma, hiperplasia adrenal)
 4. Síndrome de Cushing (adenoma pituitario, tumores productores de ACTH)
 5. Feocromocitoma (HTA paroxística por liberación súbita de noradrenalina)
 6. Coartación de aorta (ausencia de pulsos femorales y soplo Sistólico eyeectivo irradiado a espalda)
 7. Acromegalia (adenoma pituitario productor de hormona del crecimiento, Inductor de aumentos de insulina circulante)
 8. Hiperparatiroidismo primario (adenoma o carcinoma, hipercalcemia, Nefrocalcinosis)
 9. Disfunción tiroidea (hipo e hipertiroidismo)
 10. Toxemia del embarazo (eclampsia y preeclampsia)
 11. Policitemia vera y otras poliglobulias
 12. Fármacos (corticoides, AINE, antidepresivos tricíclicos, descongestionantes nasales, inhibidores de la MAO, anticonceptivos Hormonales, terapia estrogénica, ciclosporina, cocaína, etc.)
 13. Otras situaciones (porfiria aguda, hipertensión intracraneal neuropatías periféricas, determinadas enfermedades autoinmunes, esclerodermia sistémica progresiva, Alergias, etc.)
 14. Otros agentes (regaliz, plomo, cadmio)
-

EPIDEMIOLOGÍA PREVALENCIA

- **Por edad.** Aunque varía según las series, en Colombia podemos estimar que padece HTA el 5 - 10% de la población en la infancia y edad escolar, el 20 - 25% en la edad media de la vida y el 50% o más en la ancianidad.
- **Por sexo.** Antes de la menopausia, la HTA es más frecuente en los varones, invirtiéndose posteriormente en favor de las mujeres.
- **Según los niveles de PA.** En función de las cifras de PAD (JNC-V) la distribución porcentual para la población general es la siguiente:

HTA ligera 70%

HTA moderada 20%

HTA severa 10%

7. EL ESCENARIO SOCIOCULTURAL DEL PROBLEMA ESCOGIDO

7.1 DIVISIÓN POLÍTICA DEL DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA.

El departamento del Valle del Cauca está conformado por 42 municipios de los cuales los más importantes son: **Cali (capital)**, Buenaventura, Buga, Bugalagrande, Caicedonia, Cartago, La Cumbre, La Unión, Florida, Jamundí, **Palmira**, es segunda población en importancia del departamento; Tulúa, Yumbo y Zarzal.

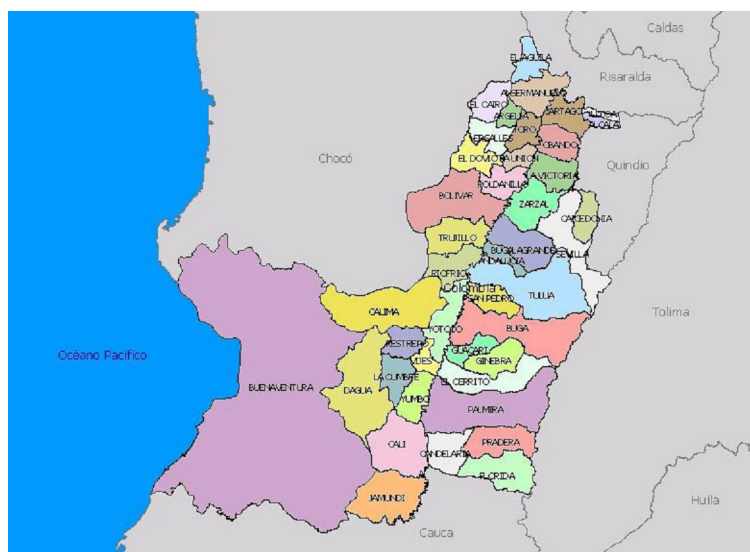
Palmira Valle del Cauca. (Acuerdo No 013 de 2008).

La suscrita secretaria general del honorable concejo municipal de Palmira, hace constar que mediante el Acuerdo No 013 por medio del cual se aprueba el “El Plan de Salud Territorial de Palmira” para el periodo 2008- 2011, fue presentado a iniciativa del ejecutivo municipal.

Para constancia se firma en Palmira a los 5 días del mes de agosto de 2008. El día 12 de agosto de 2008, fue aprobado este acuerdo por el alcalde Doctor Raúl Arboleda Márquez.

De acuerdo a lo anterior la ciudad de Palmira Valle del Cauca, en el escenario sociocultural escogido, y este municipio si está cumpliendo con el plan de salud; la Hipertensión Arterial es problema de salud pública y se encuentra contenido en el Plan Territorial de Salud (PTS).

Mapa de la división política del departamento de Valle.



7.2 DIVISIÓN POLÍTICA DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA.

Superficie

4.140 km²

Población

1'025.539 Hab (Proyección DANE 2005)

Densidad

247.71 Hab/Km²

Capital

Pereira – 521.684 Hab (Proyección DANE 2005)



UBICACIÓN, EXTENSIÓN Y LÍMITES - RISARALDA

El **Departamento de Risaralda** está situado en el centro occidente de la región andina; localizado entre los **05°30'00"** y **04°41'36"** de latitud norte, y entre los **75°23'49"** y **76°18'27"** de longitud oeste. Cuenta con una superficie de 4.140 km² lo que representa el 0.36 % del territorio nacional. Limita por el Norte con los departamentos de Antioquia y Caldas, por el Este con Caldas y Tolima, por el Sur con los departamentos de Quindío y Valle del Cauca y por el Oeste con El departamento de Chocó.

DIVISIÓN ADMINISTRATIVA - RISARALDA

El departamento de Risaralda está dividido en 14 municipios, 19 corregimientos, 95 inspecciones de policía, así como, numerosos caseríos y sitios poblados. Cada uno de los municipios comprende un círculo notarial y suman en total 19 notarías. Existe un círculo principal de registro con sede en Pereira y 4 oficinas seccionales de registro en Apia, Belén de Umbría, Santa Rosa de Cabal y Santuario; un distrito judicial, Pereira, con 8 cabeceras de circuito judicial en Pereira, Apia, Belén de Umbría, Dosquebradas, La Virginia, Pueblo Rico, Santa Rosa de Cabal y Santuario. El departamento lo conforma la circunscripción electoral de Risaralda.

MUNICIPIOS DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA

Pereira	Apia	Balboa	Belen de Umbría	Dos Quebradas
Guatica	La Celia	La Virginia	Marsella	Mistrato
Pueblo Rico	Quinchía	Santa Rosa de Cabal	Santuario	

Departamento de Risaralda, Secretaria de Salud Departamental.
Ciudad, Pereira, Fecha Agosto 6 de 2009

Esta dependencia realiza el estudio previo y oportunidad requerido conforme a la Ley 1150 de 2007 y artículo 3º. Del Decreto 2474 de julio de 2008, Decreto 2025 de 2009 y ley 80 de 1993, para adelantar la celebración del contrato de prestación de servicios requerido para desarrollar la necesidad que aquí se plantea.

Adelantadas las diligencias correspondientes y necesarias para verificar la existencia del proyecto: **“IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA**, que incluye dentro de sus componente **PRESTACIÓN Y DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD CON CALIDAD Y CALIDEZ**

JAVIER LOCANO BOTERO

Secretario de Salud Departamental.

Mapa de la división política del departamento de Risaralda.



8. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Debido al creciente problema de enfermedades Cardio-Vasculares con antecedentes en la hipertensión arterial y a múltiples factores de índole económicos, sociales, ambientales y étnicos, es por esto que se ha producido un aumento de la prevalencia relacionado con patrones diversos que van desde la alimentación inadecuada, el tabaquismo, sedentarismo. La obesidad que también se ha convirtiendo en un problema de salud pública, no solamente en Colombia sino también en el mundo entero, un ejemplo de este caso es el los EE.UU, que existe una tasa muy alta de obesos, empezando por la juventud.

En nuestra nación se están haciendo grandes esfuerzo por parte del estado y entidades privadas de la salud para trabajar en la promoción de campañas de diagnóstico precoz de diabetes e hipertensión arterial en coordinación con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP). Pero a pesar de todo esto existen muchas personas y regiones sin cubrimiento en Sistema General del Servicio de Seguridad Social (SGSSS) para participar de estos programas de prevención y promoción.

8.1 DATOS ESTADISTICOS DE PALMIRA

10 Primeras causas de Mortalidad General Municipio de Palmira

#	Causa	Año								
		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
1	Heridas con disparo por Armas de Fuego	217		230		215	202	203	270	132
2	Enfermedades Hipertensivas	130		120		108	53	63	137	64
3	Tumores	129		124		161	0	155	124	54
4	Cáncer	0		0		0	163	0	0	0
5	Enfermedad Cerebrovasculares	95		71		25	95	50	25	32
6	Enferm. Pulmonares obstructivas crónicas	75		59		74	82	79	49	64
7	Accidentes de transito	27		41		65	55	0	15	14
8	VIH	0		0		0	27	0	0	14
9	Diabetes Mellitus	88		83		65	80	80	80	33
10	Neumonías Bronconeumonías	27		0		52	87	70	96	64

Fuente: Base de datos DANE departamental.

De los años 2001 y 2003 no se encontró información en las bases de datos de la Secretaria de Salud Municipal.

Los datos que aparecen en cero de los años evaluados y de los cuales se tiene la información son porque estas causas de mortalidad no estaban entre las 20 primeras causas de mortalidad en cada año.

**COLOMBIA. PROYECCIONES DE POBLACIÓN MUNICIPALES POR ÁREA
2005 – 2008**

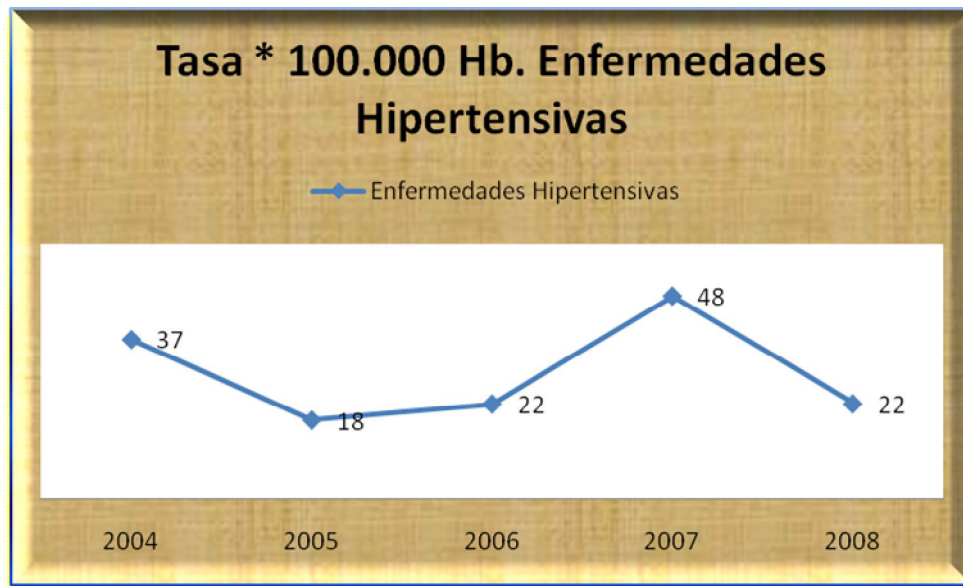
Municipio de Palmira

	POBLACIÓN TOTAL			
2004	2005	2006	2007	2008
288450	284.470	286.355	288.382	290.442

**Comparación de Tasas de las 10 Primeras causas de Mortalidad General
Municipio de Palmira**

#	Causa	Año				
		2004	2005	2006	2007	2008
1	Heridas con disparo por Armas de Fuego	75	70	71	94	46
2	Enfermedades Hipertensivas	37	18	22	48	22
3	Tumores	56	0	54	43	19
4	Cáncer	0	57	0	0	0
5	Enfermedad Cerebrovasculares	9	33	18	9	11
6	Enferm. Pulmonares obstructivas crónicas	26	28	28	17	22
7	Accidentes de transito	23	19	0	5	5
8	VIH	0	9	0	0	5
9	Diabetes Mellitus	23	28	28	28	11
10	Neumonías Bronconeumonías	18	30	25	34	22

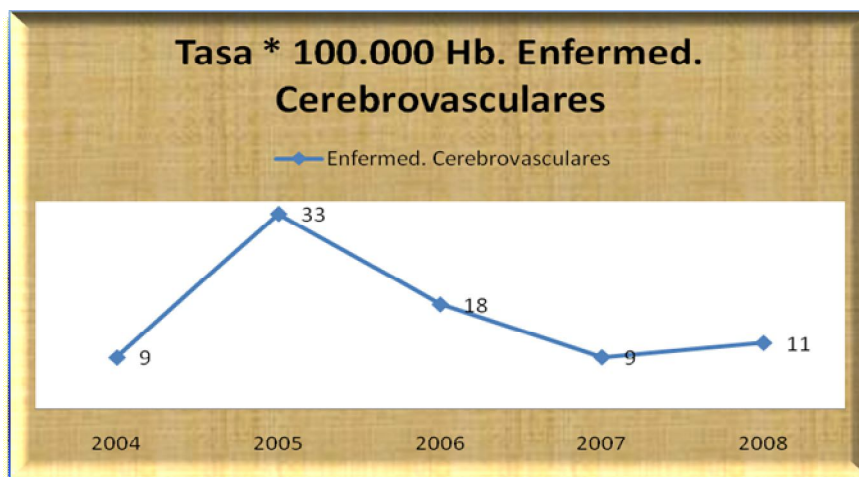
Fuente: Base de datos DANE departamental.



Con la implementación de las nuevas normas del gobierno nacional se espera que estos problemas desencadenados por diferentes factores entre ellos el consumo activo y pasivo del cigarrillo hagan que la mortalidad por esta causa disminuya en todo el territorio Colombiano.

La Resolución 01956 “Espacios libres de Humo” ha sido una buena medida para contrarrestar este problema de salud pública.

Las causas de mortalidad por enfermedades Hipertensivas ha tenido una constante durante los últimos 5 años, teniendo su tasa más alta de mortalidad en el año 2007, con 48 casos por cada 100 habitantes.

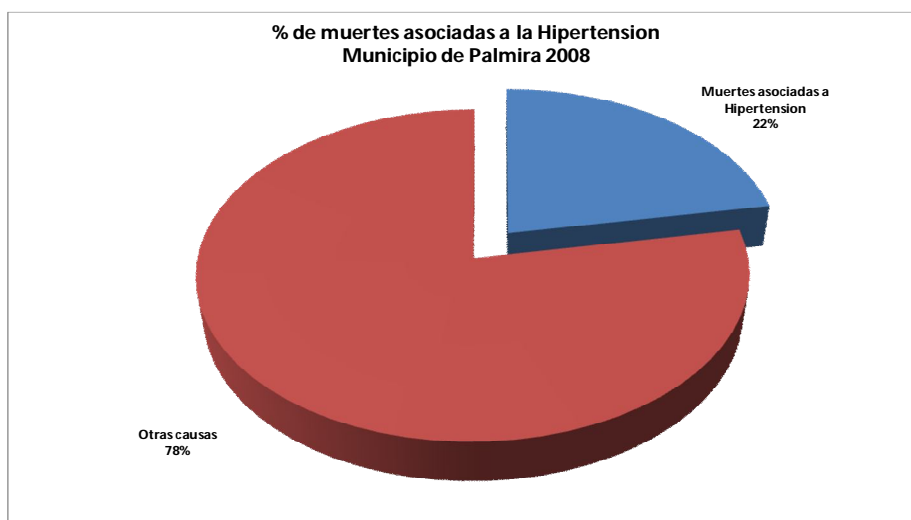
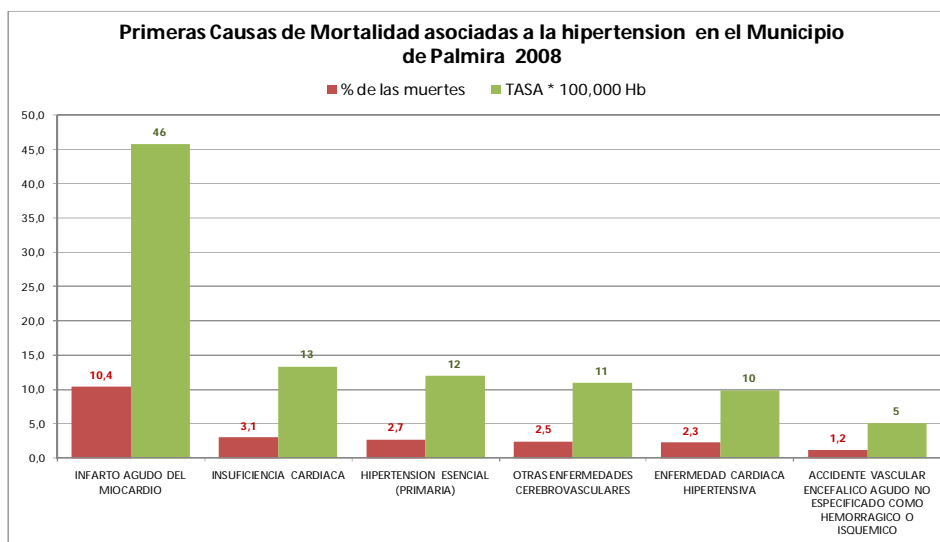
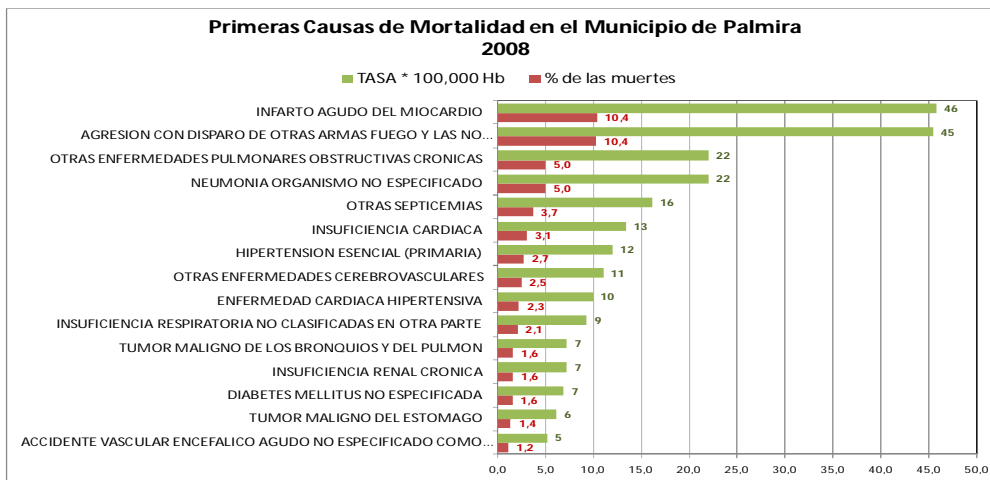


**VEINTE(20) PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
MUNICIPIO DE PALMIRA AÑO 2008**

TOTAL GENERAL

**Población
290442**

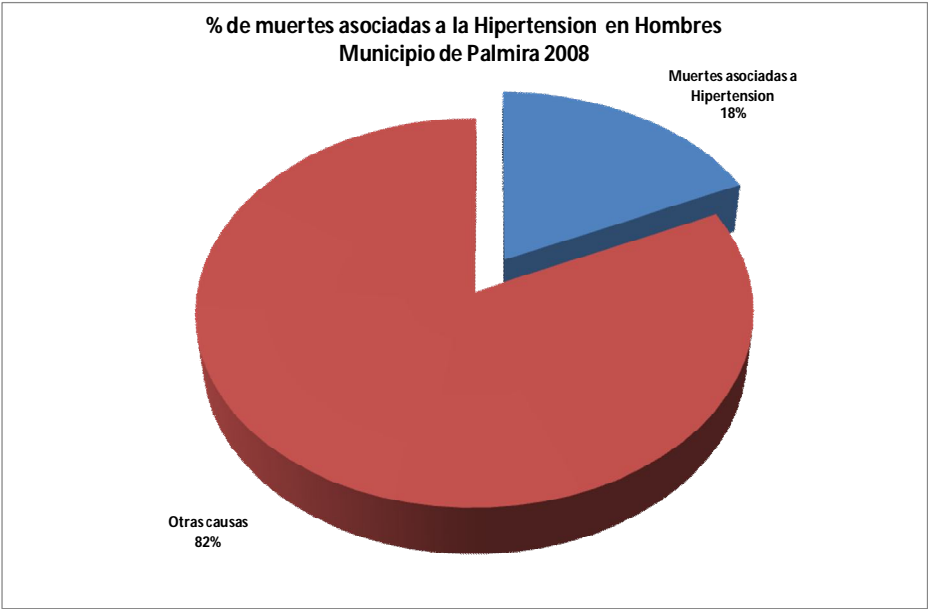
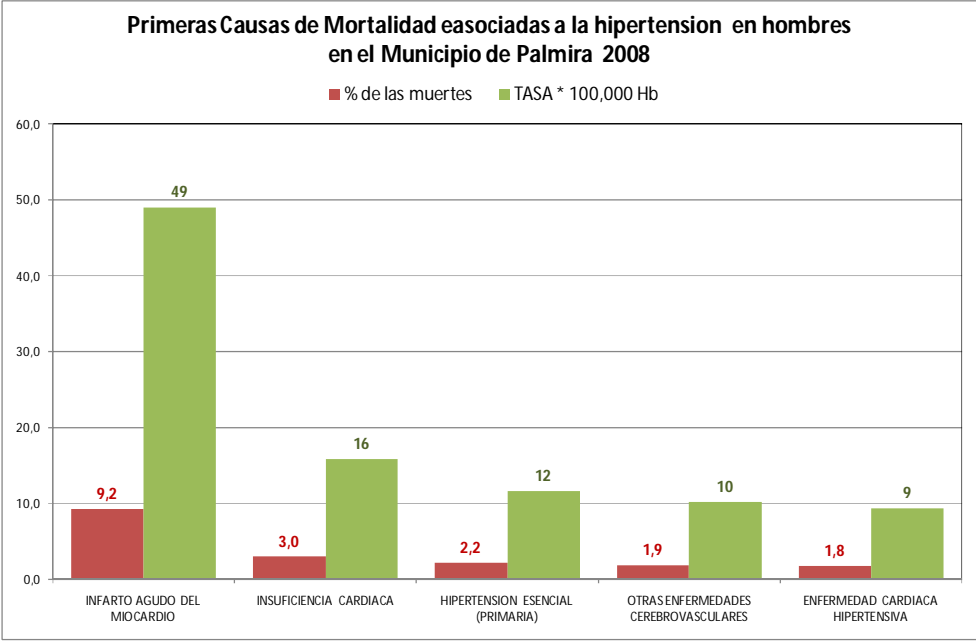
No. De Orden	COD - CIE 10	Causas	No. De Casos	%	TASA * 100,000 Hb
1	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	133	10,4	46
2	X95	AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS FUEGO Y LAS NO ESPECIFICADAS	132	10,4	45
3	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	64	5,0	22
4	J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	64	5,0	22
5	A41	OTRAS SEPTICEMIAS	47	3,7	16
6	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	39	3,1	13
7	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	35	2,7	12
8	I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	32	2,5	11
9	I11	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	29	2,3	10
10	J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	27	2,1	9
11	N18	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	21	1,6	7
12	C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	21	1,6	7
13	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	20	1,6	7
14	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	18	1,4	6
15	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	15	1,2	5
16	K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HIGADO	15	1,2	5
17	C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	15	1,2	5
18	R57	CHOQUE NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	14	1,1	5
19	B20	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], RESULTANTE EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	14	1,1	5
20	E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	13	1,0	4
		Subtotal	768	60,3	264
		Resto	506	39,7	174
		Total	1274	100,0	439



**VEINTE(20) PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
MUNICIPIO DE PALMIRA AÑO 2008
TOTAL HOMBRES**

Población 138546

No. De Orden	COD - CIE 10	Causas	No. De Casos	%	TASA * 100,000 Hb
1	X95	AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS FUEGO Y LAS NO ESPECIFICADAS	128	17,4	92
2	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	68	9,2	49
3	J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	40	5,4	29
4	A41	OTRAS SEPTICEMIAS	29	3,9	21
5	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	24	3,3	17
6	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	22	3,0	16
7	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	16	2,2	12
8	J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	15	2,0	11
9	I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	14	1,9	10
10	I11	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	13	1,8	9
11	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	12	1,6	9
12	B20	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], RESULTANTE EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	12	1,6	9
13	X99	AGRESION CON OBJETO CORTANTE	12	1,6	9
14	C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	11	1,5	8
15	C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	11	1,5	8
16	K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HIGADO	9	1,2	6
17	N18	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	8	1,1	6
18	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	8	1,1	6
19	R57	CHOQUE NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	8	1,1	6
20	K92	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	7	1,0	5
		Subtotal	467	63,5	337
		Resto	269	36,5	194
		Total	736	100,0	531

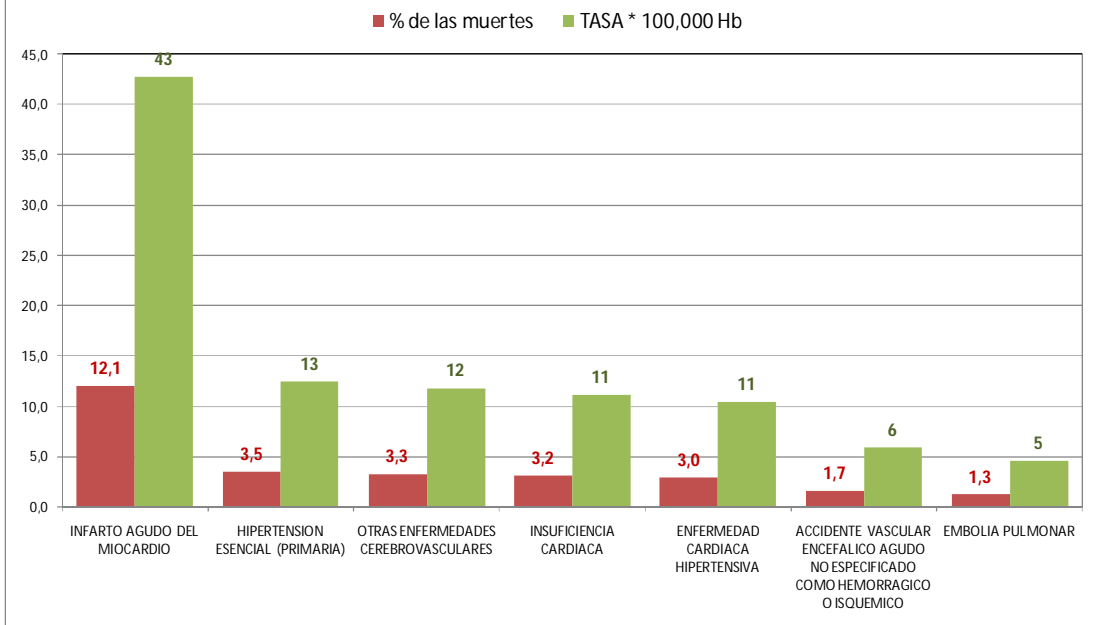


**VEINTE(20) PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
MUNICIPIO DE PALMIRA AÑO 2008
TOTAL MUJERES**

Población 151896

No. De Orden	COD_CIE10	Causas	No. De Casos	%	TASA * 100,000 Hb
1	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	65	12,1	43
2	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	40	7,4	26
3	J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	24	4,5	16
4	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	19	3,5	13
5	A41	OTRAS SEPTICEMIAS	18	3,3	12
6	I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	18	3,3	12
7	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	17	3,2	11
8	I11	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	16	3,0	11
9	N18	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	13	2,4	9
10	J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	12	2,2	8
11	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	12	2,2	8
12	C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	10	1,9	7
13	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	9	1,7	6
14	C50	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	9	1,7	6
15	E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	7	1,3	5
16	I26	EMBOLIA PULMONAR	7	1,3	5
17	G93	OTROS TRASTORNOS DEL ENCEFALO	7	1,3	5
18	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	6	1,1	4
19	K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HIGADO	6	1,1	4
20	R57	CHOQUE NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	6	1,1	4
		Subtotal	321	59,7	211
		Resto	217	40,3	143
		Total	538	100,0	354

Primeras Causas de Mortalidad asociadas a la hipertension en mujeres en el Municipio de Palmira 2008



% de muertes asociadas a la Hipertension en mujeres Municipio de Palmira 2008



**VEINTE(20) PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
MUNICIPIO DE PALMIRA AÑO 2008
DE 15 A 44 AÑOS GENERAL**

Población 147252

No. De Orden	COD_ CIE10	Causas	No. De Casos	%	TASA * 100,000 Hb
1	X95	AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS FUEGO Y LAS NO ESPECIFICADAS	111	43,2	75
2	B20	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], RESULTANTE EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	10	3,9	7
3	X99	AGRESION CON OBJETO CORTANTE	10	3,9	7
4	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	9	3,5	6
5	X91	AGRESION POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO Y SOFOCACION	6	2,3	4
6	V23	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA	6	2,3	4
7	A41	OTRAS SEPTICEMIAS	5	1,9	3
8	C53	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO	5	1,9	3
9	J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	4	1,6	3
10	A16	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA, NO CONFIRMADA BACTERIOLOGICA HISTOLOGICAMENTE	4	1,6	3
11	M32	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	4	1,6	3
12	V27	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON OBJETO FIJO O ESTACIONADO	4	1,6	3
13	V03	PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA FURGONETA	4	1,6	3
14	R99	OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y LAS NO ESPECIFICADAS DE MORTALIDAD	3	1,2	2
15	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	3	1,2	2
16	R57	CHOQUE NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	3	1,2	2
17	V24	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE TRANSPORTE PESADO O BUS	3	1,2	2
18	V29	MOTOCICLISTA LESIONADO EN OTROS ACCIDENTES DE TRANSPORTE Y EN LOS NO ESPECIFICADOS	3	1,2	2
19	V22	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE DOS O TRES RUEDAS	3	1,2	2
20	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	2	0,8	1
		Subtotal	202	78,6	137
		Resto	55	21,4	37
		Total	257	100,0	175

**VEINTE(20) PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
MUNICIPIO DE PALMIRA AÑO 2008
DE 15 A 44 AÑOS HOMBRES**

Población 68714

No. De Orden	COD_CIE10	Causas	No. De Casos	%	TASA * 100,00 0 Hb
1	X95	AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS FUEGO Y LAS NO ESPECIFICADAS	108	52,2	157
2	B20	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], RESULTANTE EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	9	4,3	13
3	X99	AGRESION CON OBJETO CORTANTE	9	4,3	13
4	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	8	3,9	12
5	V23	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA	5	2,4	7
6	A41	OTRAS SEPTICEMIAS	5	2,4	7
7	X91	AGRESION POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO Y SOFOCACION	4	1,9	6
8	V03	PEATON LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA FURGONETA	4	1,9	6
9	J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	3	1,4	4
10	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	3	1,4	4
11	V27	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON OBJETO FIJO O ESTACIONADO	2	1,0	3
12	R99	OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y LAS NO ESPECIFICADAS DE MORTALIDAD	2	1,0	3
13	R57	CHOQUE NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	2	1,0	3
14	V24	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE TRANSPORTE PESADO O BUS	2	1,0	3
15	V29	MOTOCICLISTA LESIONADO EN OTROS ACCIDENTES DE TRANSPORTE Y EN LOS NO ESPECIFICADOS	2	1,0	3
16	V22	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE DOS O TRES RUEDAS	2	1,0	3
17	V89	ACCIDENTE DE TIPO DE VEHICULO NO ESPECIFICADO	2	1,0	3
18	X70	LESION AUTOINFLINGIDA INTENCIONALMENTE POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	2	1,0	3
19	Y00	AGRESION CON OBJETO ROMO O SIN FILO	2	1,0	3
20	A16	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA, NO CONFIRMADA BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	1	0,5	1
		Subtotal	177	85,5	258
		Resto	30	14,5	44
		Total	207	100,0	301

**VEINTE(20) PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
MUNICIPIO DE PALMIRA AÑO 2008
DE 15 A 44 MUJERES**

Población 78538

No. De Orden	COD_CIE10	Causas	No. De Casos	%	TASA * 100,000 Hb
1	C53	TUMOR MALIGNO DEL CUELLO DEL UTERO	5	10,0	6
2	X95	AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS FUEGO Y LAS NO ESPECIFICADAS	3	6,0	4
3	A16	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA, NO CONFIRMADA BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	3	6,0	4
4	M32	LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	3	6,0	4
5	X91	AGRESION POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO Y SOFOCACION	2	4,0	3
6	V27	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON OBJETO FIJO O ESTACIONADO	2	4,0	3
7	V13	CICLISTA LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL, CAMIONETA O FURGONETA	2	4,0	3
8	B20	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], RESULTANTE EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	1	2,0	1
9	X99	AGRESION CON OBJETO CORTANTE	1	2,0	1
10	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	1	2,0	1
11	V23	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON AUTOMOVIL CAMIONETA O FURGONETA	1	2,0	1
12	J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	1	2,0	1
13	R99	OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y LAS NO ESPECIFICADAS DE MORTALIDAD	1	2,0	1
14	R57	CHOQUE NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	1	2,0	1
15	V24	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE TRANSPORTE PESADO O BUS	1	2,0	1
16	V29	MOTOCICLISTA LESIONADO EN OTROS ACCIDENTES DE TRANSPORTE Y EN LOS NO ESPECIFICADOS	1	2,0	1
17	V22	MOTOCICLISTA LESIONADO POR COLISION CON VEHICULO DE DOS O TRES RUEDAS	1	2,0	1
18	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	1	2,0	1
19	C91	LEUCEMIA LINFOIDE	1	2,0	1
20	D61	OTRAS ANEMIAS APLASTICAS	1	2,0	1
		Subtotal	33	66,0	42
		Resto	17	34,0	22
		Total	50	100,0	64

**VEINTE(20) PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
MUNICIPIO DE PALMIRA AÑO 2008
DE 45 A 59 AÑOS**

Población 34563

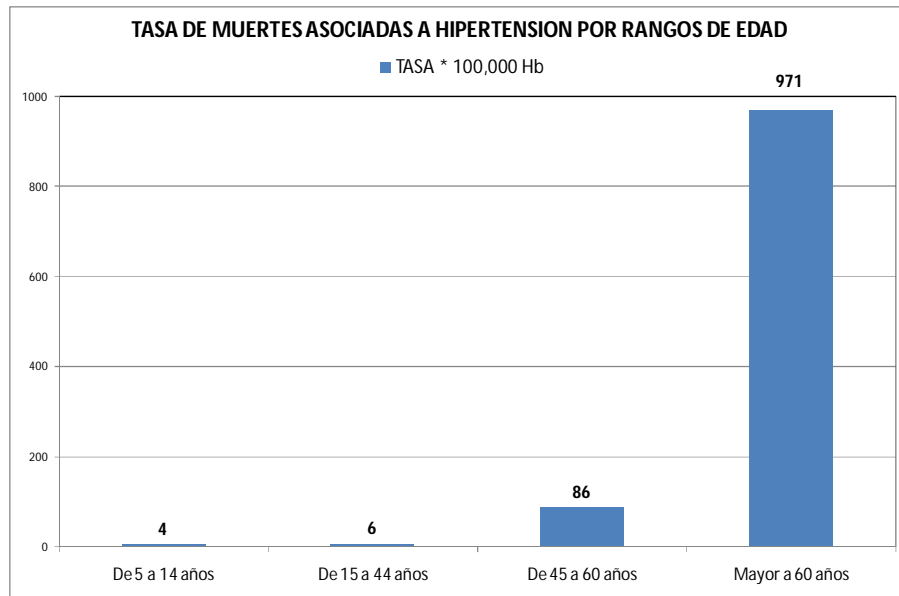
No. De Orden	COD_ CIE10	Causas	No. De Casos	%	TASA * 100,000 Hb
1	X95	AGRESION CON DISPARO DE OTRAS ARMAS FUEGO Y LAS NO ESPECIFICADAS	17	10,6	49
2	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	15	9,3	43
3	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	8	5,0	23
4	A41	OTRAS SEPTICEMIAS	7	4,3	20
5	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	7	4,3	20
6	C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	6	3,7	17
7	C50	TUMOR MALIGNO DE LA MAMA	6	3,7	17
8	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	5	3,1	14
9	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	4	2,5	12
10	J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	4	2,5	12
11	A16	TUBERCULOSIS RESPIRATORIA, NO CONFIRMADA BACTERIOLOGICA E HISTOLOGICAMENTE	3	1,9	9
12	B20	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], RESULTANTE EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3	1,9	9
13	J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	3	1,9	9
14	I11	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	3	1,9	9
15	X70	LESION AUTOINFLINGIDA INTENCIONALMENTE POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO O SOFOCACION	3	1,9	9
16	I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	3	1,9	9
17	E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	3	1,9	9
18	X91	AGRESION POR AHORCAMIENTO, ESTRANGULAMIENTO Y SOFOCACION	2	1,2	6
19	X99	AGRESION CON OBJETO CORTANTE	2	1,2	6
20	R57	CHOQUE NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	2	1,2	6
		Subtotal	106	65,8	307
		Resto	55	34,2	159
		Total	161	100,0	466

**VEINTE(20) PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
MUNICIPIO DE PALMIRA AÑO 2008
>60 AÑOS**

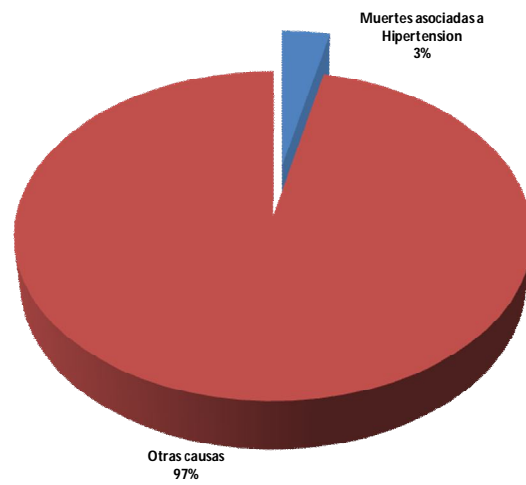
Población 24398

No. De Orden	COD_CIE10	Causas	No. De Casos	%	TASA * 100,000 Hb
1	I21	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO	108	13,5	443
2	J44	OTRAS ENFERMEDADES PULMONARES OBSTRUCTIVAS CRONICAS	60	7,5	246
3	J18	NEUMONIA ORGANISMO NO ESPECIFICADO	49	6,1	201
4	I50	INSUFICIENCIA CARDIACA	34	4,3	139
5	A41	OTRAS SEPTICEMIAS	33	4,1	135
6	I10	HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	29	3,6	119
7	I67	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	28	3,5	115
8	I11	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA	25	3,1	102
9	J96	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE	20	2,5	82
10	N18	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	19	2,4	78
11	C34	TUMOR MALIGNO DE LOS BRONQUIOS Y DEL PULMON	15	1,9	61
12	K74	FIBROSIS Y CIRROSIS DEL HIGADO	15	1,9	61
13	C61	TUMOR MALIGNO DE LA PROSTATA	15	1,9	61
14	C16	TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	14	1,8	57
15	E14	DIABETES MELLITUS NO ESPECIFICADA	13	1,6	53
16	I64	ACCIDENTE VASCULAR ENCEFALICO AGUDO NO ESPECIFICADO COMO HEMORRAGICO O ISQUEMICO	13	1,6	53
17	K92	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	11	1,4	45
18	C18	TUMOR MALIGNO DEL COLON	10	1,3	41
19	E11	DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE	9	1,1	37
20	R57	CHOQUE NO CLASIFICADO EN OTRA PARTE	9	1,1	37
		Subtotal	529	66,1	2168
		Resto	271	33,9	1111
		Total	800	100,0	3279

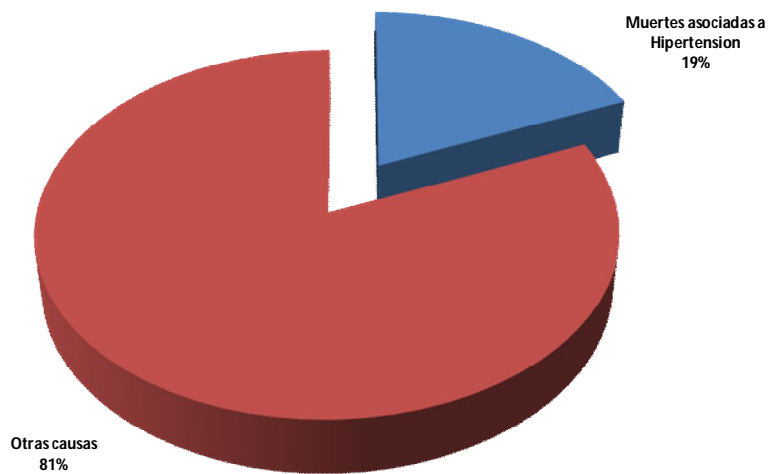
**407 crónicas
140,131 tasa bruta**



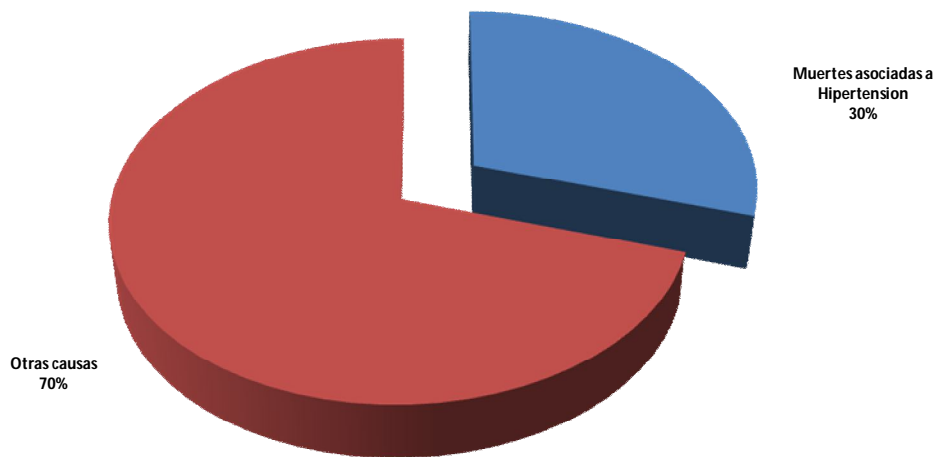
**% de muertes asociadas a la Hipertension
personas entre 15 y 44 años Municipio de Palmira 2008**



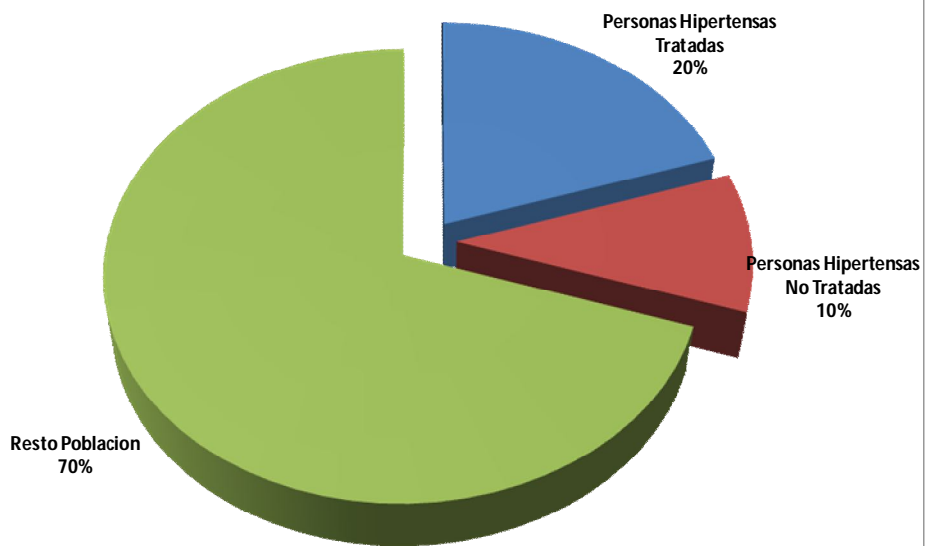
**% de muertes asociadas a la Hipertension
personas entre 45 y 60 años Municipio de Palmira 2008**



**% de muertes asociadas a la Hipertension
personas mayores de 60 años Municipio de Palmira 2008**

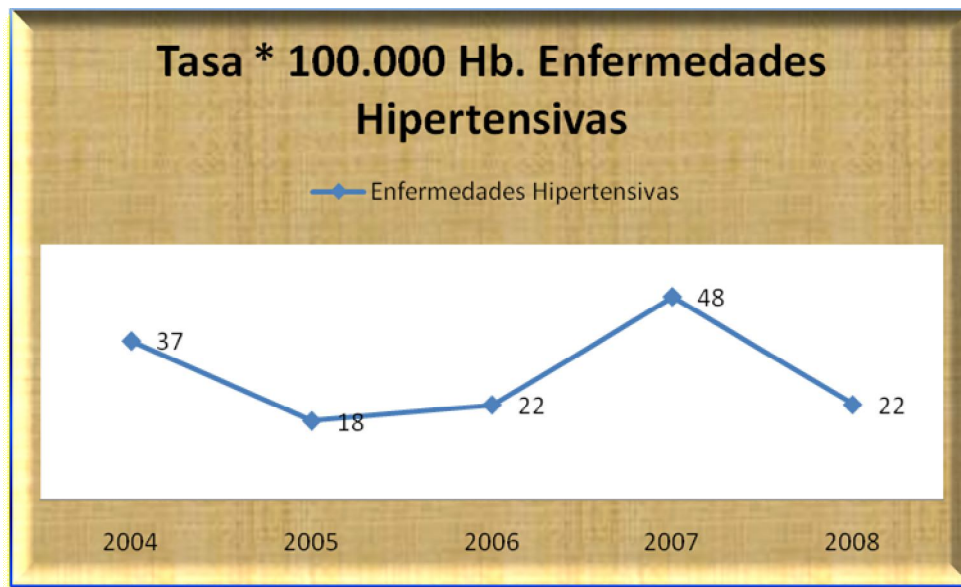
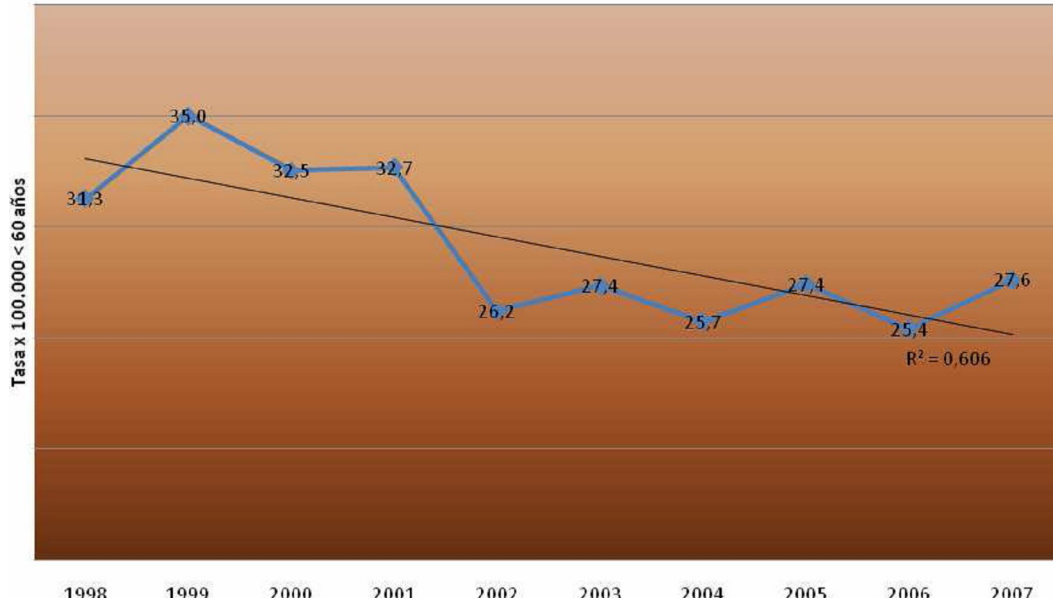


Comparativo poblacion Hipertensos municipio de Palmira 2008



8.2 DATOS ESTADISTICOS DE PEREIRA

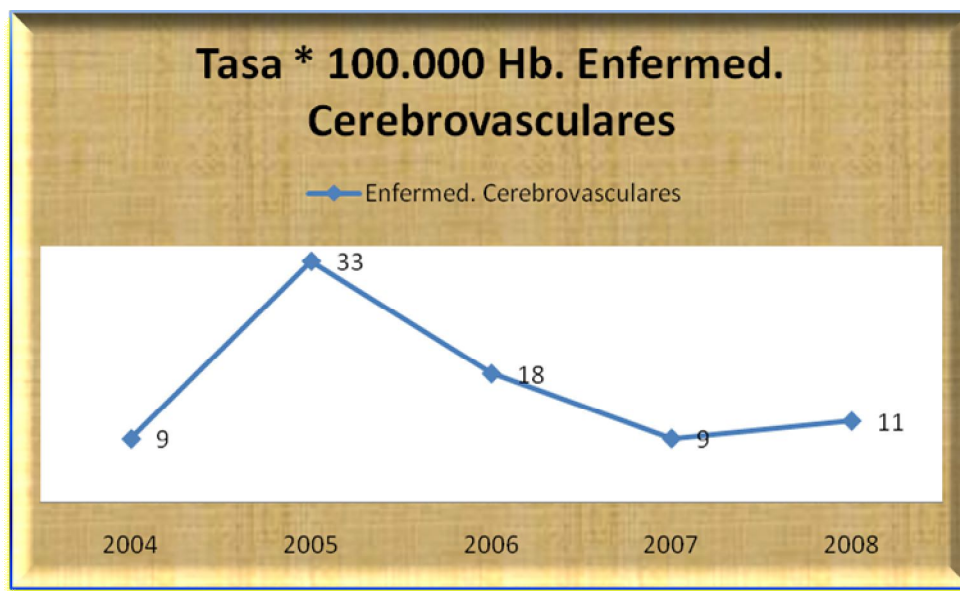
----- Tasa de mortalidad de enfermedades cardio-cerebrovasculares en < 60 años. Pereira, 1998-2007



Con la implementación de las nuevas normas del gobierno nacional se espera que estos problemas desencadenados por diferentes factores entre ellos el consumo activo y pasivo del cigarrillo hagan que la mortalidad por esta causa disminuya en todo el territorio Colombiano.

La resolución 01956 “Espacios libres de Humo” ha sido una buena medida para contrarrestar este problema de salud pública.

Las causas de mortalidad por enfermedades Hipertensivas ha tenido una constante durante los últimos 5 años, teniendo su tasa más alta de mortalidad en al año 2007, con 48 casos por cada 100 habitantes.



Crónicas 407
Tasa Bruta 140.131

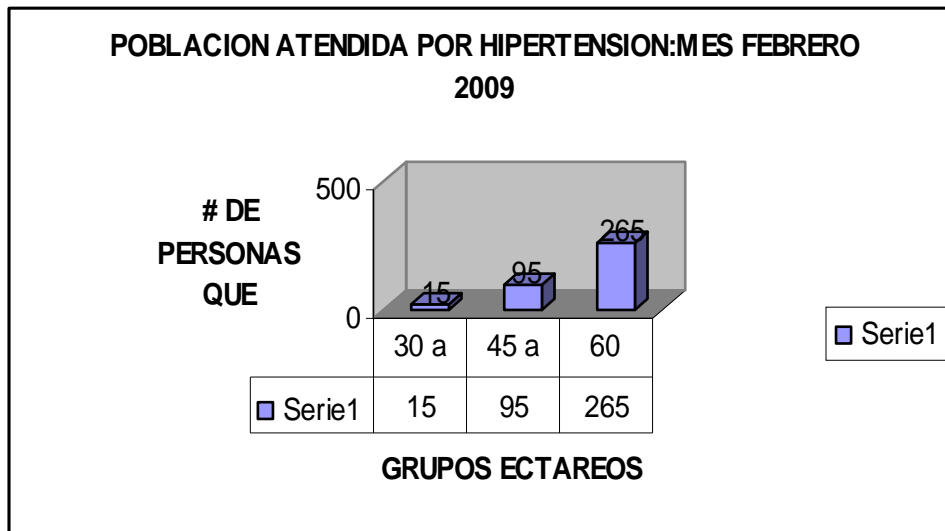
DISEÑO DE TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION

La recolección de datos estadísticos tiene como soporte la población real de la ciudad de Pereira Risaralda; están basados en la información recopilada en diferentes entidades de la salud de la ciudad como la Secretaria de Salud Municipal, con el aval del DANE; en los centros de salud, clínicas, EPS e IPS, con programas de educación y prevención; como también en el tratamiento de la Hipertensión y patologías afines al sistema cardiovascular.

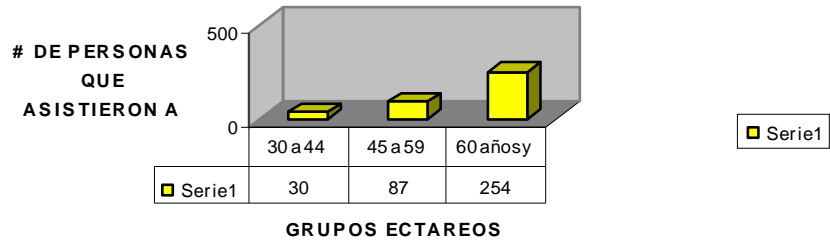
POBLACION Y MUESTRA

Risaralda es un departamento con 966.399 habitantes (fuente DANE), con una población SISBEN de 510.685 personas, de las cuales 379.989 personas son ASEGURADAS Y/O SUBSIDIADAS, lo que significa que reciben atención Integral por cuanto cuentan con una EPS-S lo que les garantiza los beneficios del POS-S y 130.696 PERSONAS POBRES NO ASEGURADAS, las cuales tiene atención en cuanto a urgencias pero no cuentan con una EPS-S, solo recibe medicamentos en caso de urgencias y/u hospitalización, adicionalmente se encuentran distribuidas en los diferentes grupos humanos y disgregados por toda la geografía del departamento. Lo cual limita acceso a los servicios de salud principalmente por condiciones topográficas y distancias significativamente amplias que separan considerablemente la población de los centros de salud, unido a sus condiciones económicas por ser de estratos 1 y 2 en su gran mayoría lo que no le permite contar con recursos para desplazarse y pago de copagos, aspecto prevalente en la población vinculada de nuestro departamento.

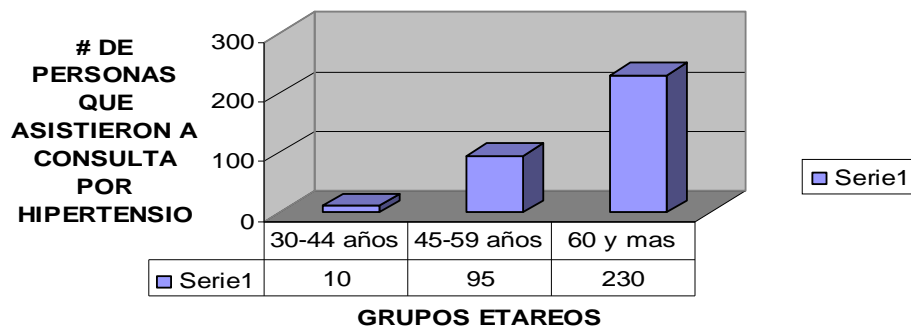
8.3 DATOS ESTADÍSTICOS DE VILLETA



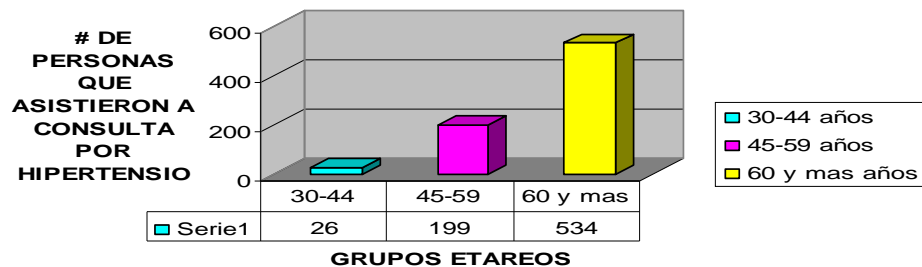
**POBLACION ATENDIDA POR HIPERTENSION: MES ENERO
2009**

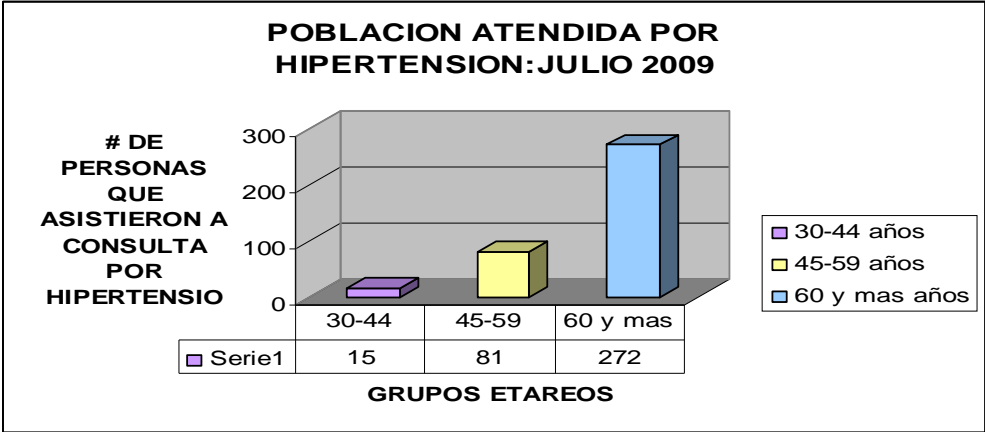
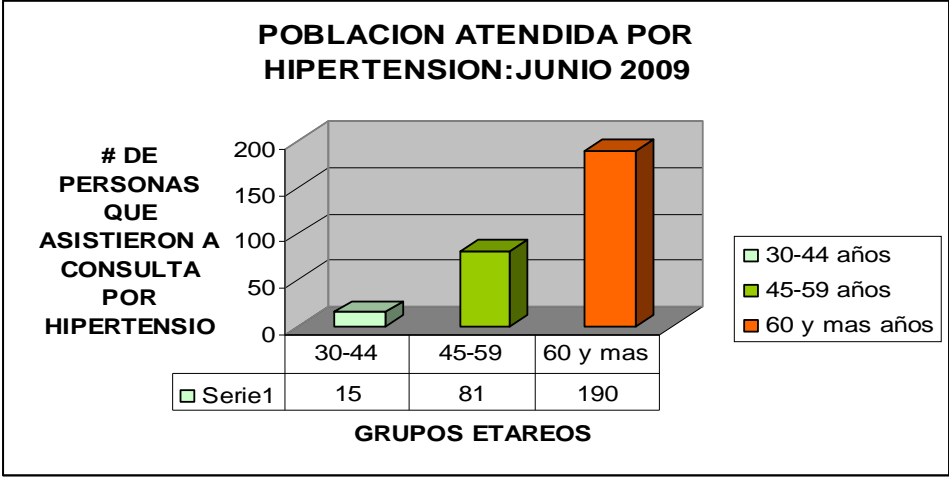
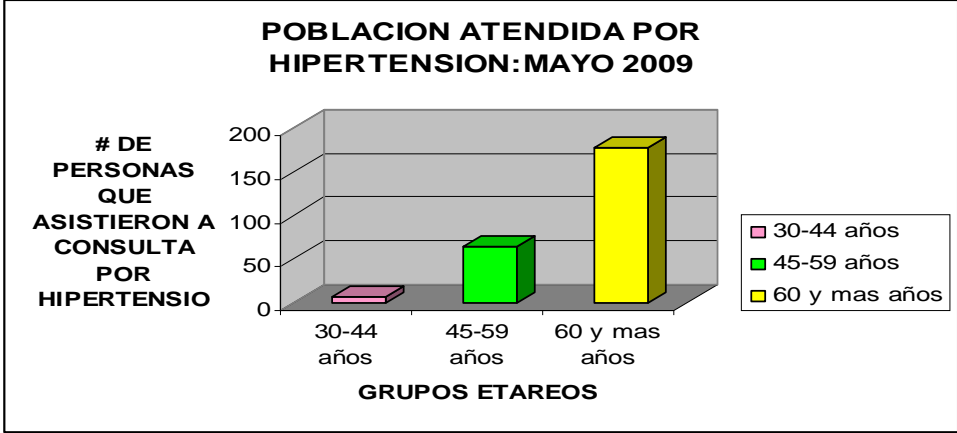


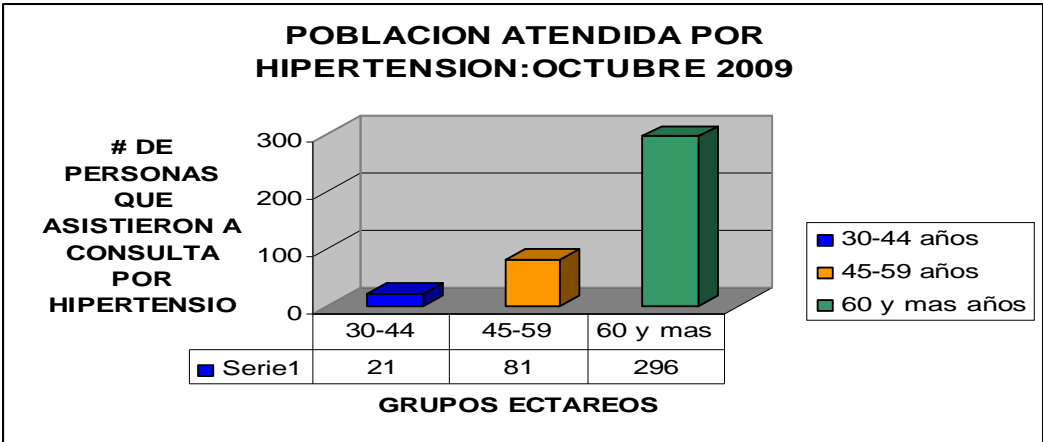
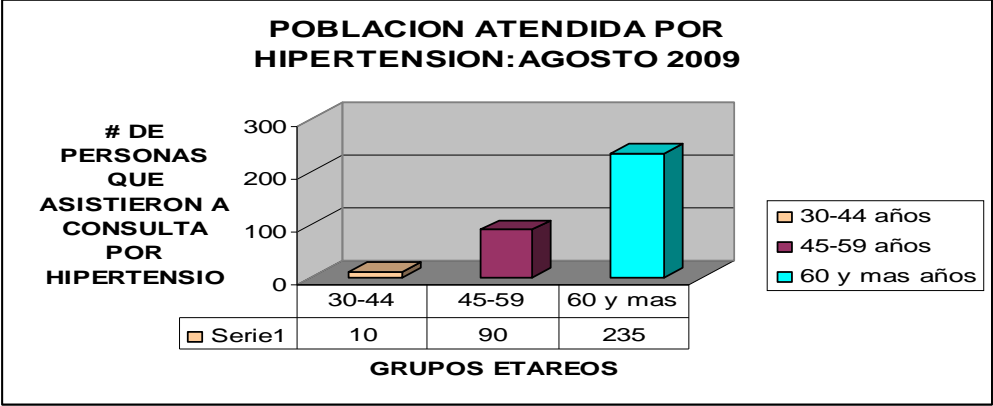
**POBLACION ATENDIDA POR
HIPERTENSION: MARZO 2009**



**POBLACION ATENDIDA POR
HIPERTENSION: ABRIL 2009**







9. DISEÑO DE TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de datos estadísticos tiene como soporte la población real de la ciudad de Palmira Valle; están basados en la información recopilada en diferentes entidades de la salud de la ciudad como la Secretaría de Salud Municipal, con el aval del DANE; en los Hospitales San Vicente de Paul y Raúl Orejuela Bueno, centros de salud, clínicas, (clínica Palmira, Maranatha, Nuestra Señora del Palmar, Santa Isabel de Hungría), EPS e IPS, con programas de educación y prevención; como también en el tratamiento de la Hipertensión y patologías afines al sistema cardiovascular.

Agradecimientos a la secretaria de salud de la ciudad de Palmira Valle y al Doctor Ember Augusto Legarda Solís, asesor Estadístico de la Universidad de Valle por la valiosa información estadística, para la presentación de este trabajo.

9.1 POBLACION Y MUESTRA

Palmira tiene una población urbana de **290.442** habitantes (DANE); el objeto de análisis estadístico es con pacientes relacionados todos con la Hipertensión Arterial, con patologías como: Hipertensión Esencial (primaria), Infarto Agudo del Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedades Cardiovasculares, y Enfermedad Cardíaca Hipertensivas, como también en los cuadros estadístico se ha tomado otras patologías y causas de muerte. Se ha tenido en cuenta por rango de edades y sexo.

9.2 GUIA DE TRABAJO DE CAMPO

Para decidir qué tema se va a escoger como Problema de Salud Pública para la realización de este proyecto; como primera medida se debe conocer el plan territorial de salud (PTS) del municipio o ciudad donde vivimos cada uno de los integrantes del grupo 35. Conocer el plan de intervenciones colectivas (PIC) del Municipio o Ciudad de residencia.

El artículo de la ley se reglamentó con el **Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007**, por el cual se adopta el **Plan Nacional de Salud Pública 2007- 2010**, el cual es de obligatorio cumplimiento en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la nación y de las entidades territoriales. Luego de los conocimientos previos a este tema escogimos la Hipertensión Arterial como un problema de salud pública que se encuentra contenido en el Plan territorial de salud (PTS), o en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC, del municipio o ciudad donde vivimos. A partir de estos aspectos empezamos cada uno de nosotros a conseguir toda la información estadística de programas en el sistema de salud local como es el caso de la Secretaría de

Salud Municipal, hospital y centros de salud, como también con algunas entidades prestadoras de salud EPS.

9.3 RECUROS HUMANOS

Todos los integrantes del grupo colaborativo y las personas que nos facilitan toda la información en cada región somos los componentes del Recurso Humano. Este trabajo de investigación sobre la Hipertensión Arterial es individual; en cada una de las regiones en donde vivimos los integrantes del grupo 35, realizamos las respectivas averiguaciones, para la presentación al foro de trabajo colaborativo, luego se hará una consolidación de todos estos aportes individuales para un trabajo final, para la sustentación.

9.4 PRESUPUESTO

Lo relacionado a costos es muy bajo, se requiere de papel, lapicero, fotocopias transporte e internet; disponer de tiempo para la recolección de datos con las personas a entrevistar que son la fuente de la información.

9.5 CRONOGRAMA

Cada uno de los integrantes del grupo colaborativo ha realizado un cronograma de acuerdo de sus posibilidades de tiempo y espacio, pero lo más importantes se tuvo en cuenta que se ajuste al contenido de “**El plan de Salud Territorial**” que es equivalente al plan sectorial de salud de los departamentos, distritos y municipios; tiempo aproximado fue de 30 días.

CONCLUSIONES

1. La Hipertensión Arterial es una enfermedad silenciosa que en cualquier etapa de la vida puede hacer su aparición, con componentes de muchos antecedentes como la dieta, sedentarismo, el stress, problemas de tipo sociocultural, sexo, genética, alcoholismo y raza. El gobierno Colombiano y el Ministerio de Protección Social ya empezó buscar formulas tratando de mejorar la calidad de vida aprobando y colocando en marcha **La Resolución 01956** “Espacios libres de Humo” que es una buena medida para contrarrestar este problema de Salud Pública.
2. El costo social para el país es muy alto en recursos económicos con incapacidades laborales; además de las secuelas que generan la Hipertensión Arterial.
3. Es importante que toda la población se concientice de la necesidad de hacer controles médicos y pruebas de laboratorio clínico periódicamente para realizar los tratamientos necesarios, evitando que algunas enfermedades lleguen a la cronicidad y de esta manera se pueda gozar de buena salud; esto también para las mujeres embarazadas que también puede estar con Hipertensión Arterial, poniendo en Riesgo su vida y la del futuro hijo.
4. Se calcula que aproximadamente entre el 10% y 12% de la población urbana y rural no tiene absceso al sistema de seguridad social, por lo tanto no están en tratamiento; con sintomatología de hipertensión arterial; dentro estos grupos están desplazados, indigentes, población campesina y los estratos 1 y 2 de alta vulnerabilidad, dentro de estos esta el comercio informal, que cuentan con muy pocos recursos económicos.
5. La hipertensión arterial tuvo un aumento progresivo, al igual se ve en las ciudades donde afecta más el calor.
6. La ingestión de alcohol, el tabaquismo y los antecedentes familiares de hipertensión arterial se erigieron como los principales factores de riesgo asociados.
7. El tratamiento farmacológico fue predominante asociado al elevado índice de hipertensión moderada, siendo la crisis Hipertensivas la complicación más frecuente.
8. La Hipertensión Arterial es una enfermedad silenciosa que en cualquier etapa de la vida puede hacer su aparición, con componentes de muchos antecedentes como la dieta, sedentarismo, el stress, problemas de tipo

sociocultural, sexo, genética, alcoholismo y raza. El gobierno Colombiano y el Ministerio de Protección Social ya empezó buscar formulas tratando de mejorar la calidad de vida aprobando y colocando en marcha **La resolución 01956** “Espacios libres de Humo” que es una buena medida para contrarrestar este problema de Salud Pública.

9. El costo social para el país es muy alto en recursos económicos con incapacidades laborales; además de las secuelas que generan la Hipertensión Arterial.
10. Es importante que toda la población se concientice de la necesidad de hacer controles médicos y pruebas de laboratorio clínico periódicamente para realizar los tratamientos necesarios, evitando que algunas enfermedades lleguen a la cronicidad y de esta manera se pueda gozar de buena salud; esto también para las mujeres embarazadas que también puede estar con Hipertensión Arterial, poniendo en Riesgo su vida y la del futuro hijo.
11. Se calcula que aproximadamente entre el 10% y 12% de la población urbana y rural no tiene absceso al sistema de seguridad social, por lo tanto no están en tratamiento; con sintomatología de hipertensión arterial; dentro estos grupos están desplazados, indigentes, población campesina y los estratos 1 y 2 de alta vulnerabilidad, dentro de estos esta el comercio informal, que cuentan con muy pocos recursos económicos.

GLOSARIO

HTA lábil. Aquella situación en la que un mismo sujeto podría presentar cifras de PA por encima o por debajo de 140/90 mmHg en intervalos cortos y cercanos de tiempo sin que exista repercusión visceral.

HTA limítrofe. Valores de presión arterial en el límite de la normalidad, que requiere habitualmente confirmación por medio del registro ambulatorio de 24 horas.

HTA definida. Cifras de PA constantemente elevadas por encima de los valores considerados normales.

HTA refractaria. Cifras de PA no controladas tras tratamiento con tres fármacos en dosis y asociación adecuadas, debiendo ser uno de ellos un diurético.

HTA maligna. PAD > 140 mmHg que se acompaña de retinopatía grado III o IV y que se asocia a afectación de otros órganos diana.

Urgencia Hipertensivas. Elevación de la PA por encima de 210 mmHg para el valor sistólico y de 120 mmHg para el diastólico. Habitualmente no se observan manifestaciones clínicas relevantes. El control se suele hacer con antihipertensivos por vía oral siendo casi siempre buena la respuesta.

Emergencia Hipertensivas. Elevación de la PA por encima de 230/130 mmHg, y que representa un riesgo vital para el individuo, acompañándose de repercusión significativa en órganos diana (edema pulmonar, angina, encefalopatía, etc.).

Hipertensión arterial: En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado "*hipertensión arterial esencial*", con una fuerte influencia hereditaria. Ese porcentaje tan elevado no puede ser excusa para intentar buscar su etiología pues entre 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina "*hipertensión arterial secundaria*" que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento crónico, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves de las que +únicamente es una manifestación clínica. La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular que no siempre se ha tenido en cuenta. Además de que puede ser un factor para que exista un embarazo de alto riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

1. BOLAÑOS Henry, Curso de Profundización en Fundamentos de Salud Pública, Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD, 2008. Bogotá D.C
2. CHOBANIAN AV et al (2003). «The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 Report.» *JAMA*. Vol. 289. pp. 2560-72. PMID 12748199
3. GUADALAJARA BOO, José F.. Jefe de Servicio Clínico. *Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. Programa de Actualización continúa para Cardiología*, pp. p8. Sociedad Española de la Hipertensión.
4. HARRISON Principios de Medicina Interna 16a edición (2006). «Capítulo 230. Vasculopatía hipertensiva» (en español). *Harrison online en español*. McGraw-Hill. Consultado el 16 de junio, 2008.
5. MANCIA G, BERTINIERI G, GRASSI G, Parati G, Pomidosi G, Ferrari A, et al. Obtenido de:
"http://es.wikipedia.org/wiki/Hipertensi%C3%B3n_arterial"
Categorías: Enfermedades vasculares | Enfermedades renales | Enfermedades cardíacas | Hipertensión |
6. MODULO DE CURSO DE PROFUNDIZACIÓN EN SALUD PÚBLICA. Farmacología clínica. Ralph Parrado

ANEXO

**MODELO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

UNIDAD: _____

1. Edad: _____ **2. Sexo:** Masculino () Femenino ()

3. Antecedentes patológicos familiares de HTA:

Presentes: Madre () Padre () Hermanos ()

Otros familiares () No refiere ()

4. Factores de riesgo:

Presentes: Habito de fumar () Obesidad ()

Consumo de alcohol () Café ()

5. Valoración nutricional según índice de masa corporal (IMC):

Bajo peso (menos de 19.8) ()

Normo peso (entre 19.8 y 26) ()

Sobre peso (entre 26.1 y 29) ()

Obeso (Mayor de 29) ()

6. Enfermedades asociadas:

Diabetes Mellitus () Insuficiencia Renal () Insuficiencia cardiaca ()

Hipercolesterolemia () Accidentes vascular encefálico ()

Cardiopatía isquémica ()

7. Niveles de tensión arterial encontrada al ingreso:

Menor de 140/90 mm Hg ()

Entre 140 – 159 / 90 – 99 mm Hg ()

Entre 160 – 179 / 100 – 109 mm Hg ()

Mayor de 180/110 mm Hg ()

8. Síntomas y signos encontrados:

Cefalea () Palpitaciones () Visión en candelilla () Disnea ()

Dolor precordial () Sin síntomas ()

9. Exámenes realizados:

Hemoglobina () Hematocrito () Glucemia () Ácido úrico () .

Creatinina sódica () triglicéridos () Colesterol ()

10. Uso de medicamentos en el CMDI.

1. DIURÉTICOS

1a) *Tiazidas:*

- Hidroclorotiazida ()

1b) *Diuréticos de asa:*

- Furosemida ()

1c) *Ahorradores de K⁺:*

- Espironolactona ()

2. INHIBIDORES ADRENÉRGICOS

2a) *I. Centrales:*

- Metildopa ()

2b) *Beta-bloqueantes:*

- Atenolol ()

- Propanolol ()

3. VASODILATADORES

- Nitroprusiato de sodio ()

4. ANTAGONISTAS DEL CALCIO

4a) *Hidropiridinas:*

- Nifedipino ()

4b) *No hidropiridinas:*

- Verapamilo ()

5. IECAS:

- Captopril ()

- Enalapril ()