

**"PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE CONDUCEN A LA
HIPERTENSION Y LA DIABETES EN LOS MUNICIPIOS DE CALI,
PALMIRA Y CAQUETA"**

**ERIKA GARCIA SALAZAR
MARIA MATILDE MOSQUERA
YASMIN ANDREA SANCHEZ
YOLANDA ROJAS
RUTH ZAPATA CAMPO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2011**

**"PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO QUE CONDUCEN A LA
HIPERTENSION Y LA DIABETES EN LOS MUNICIPIOS DE CALI,
PALMIRA Y CAQUETA"**

**ERIKA GARCIA SALAZAR
MARIA MATILDE MOSQUERA
YASMIN ANDREA SANCHEZ
YOLANDA ROJAS
RUTH ZAPATA CAMPO**

**Trabajo de Grado presentado
como requisito para optar al título de
Tecnólogo en Regencia de Farmacia**

Asesor:

DILSON RIOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA
TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2011**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	4
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	5
2. OBJETIVOS	6
2.1 GENERAL	6
2.2 ESPECIFICOS	6
3. JUSTIFICACION	7
4. MARCO TEORICO	8
4.1 MARCO DE REFERENCIA	8
5. DISEÑO METODOLOGICO	16
6. ANALISIS DE LOS RESULTADOS	17
RECOMENDACIONES	24
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFIA	26
ANEXOS	27

INTRODUCCION

Lo que al grupo motivó hacer el trabajo sobre el tema relacionado con la Hipertensión Arterial y la diabetes es que son enfermedades muy comunes y que afectan la salud de la población en todas partes del mundo y porque son enfermedades que representan un alto porcentaje de morbilidad y mortalidad.

Entendemos que su prevención y control son medidas que no generan mayores costos y que si se sufre de estas enfermedades es muy importante conocer cada una de las complicaciones que pueden existir y como estas pueden afectar la salud, para que a través de la información y conocimiento se pueden tomar medidas preventivas, que garanticen una mejor calidad de vida.

Concebimos que la adecuada percepción de los riesgos nos obliga a ejecutar una estrategia educativa de prevención y control dirigidos a la disminución de la presión asociados con la implementación de ejercicios físicos, una adecuada dieta alimenticia y modificación positiva de los estilos de vida.

Por otra parte, es necesario como Regentes en Farmacia implementar estrategias para detectar y controlar estas enfermedades en la comunidad, tomando medidas específicas cuando se presenten estos problemas de salud teniendo en cuenta algunos procedimientos que regulen la enfermedad: Pérdida de peso, ejercicios, reducción del consumo de sal en la dieta y limitar el consumo de alcohol. Si estos cambios no logran alcanzar las metas para el control, se debe utilizar fármacos entre otras.

De esta forma esperamos a corto, mediano y largo plazo contribuir para que la población no padezca quebrantos en su salud y puedan disfrutar de una mejor calidad de vida.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus, es un problema de salud que afecta a todas las comunidades con independencia del grado de desarrollo y ocasiona un importante coste humano, social y económico.

Por lo general la diabetes tipo 2 se desarrolla gradualmente. La mayoría de las personas en esta enfermedad tienen sobrepeso en el momento del diagnóstico. Sin embargo la diabetes tipo 2 puede presentarse también en personas delgadas, especialmente en los ancianos.

Los antecedentes familiares y la genética juegan un papel importante en la diabetes tipo 2. Un bajo nivel de actividad, una dieta deficiente y el peso excesivo (especialmente alrededor de la cintura) aumentan significativamente el riesgo de desarrollar este tipo de diabetes.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERAL

Identificar la presencia de enfermedades crónicas en las diferentes regiones de nuestro país, estudiando la prevalencia de los factores de riesgo que conducen a la hipertensión y la diabetes, evaluando los estilos de vida y los datos demográficos de los entrevistados, como son sexo y edad.

2.2 ESPECIFICOS

- ✚ Conocer los niveles de presión arterial que tienen la distinta población encuestada de diferentes regiones de Colombia.
- ✚ Identificar los medicamentos de mayor prevalencia utilizados en el tratamiento de la hipertensión.
- ✚ Indagar si las personas hipertensas están en tratamiento médico, y siguen las recomendaciones del mismo.
- ✚ Conocer los antecedentes familiares de hipertensión de los encuestados.

3. JUSTIFICACION

La Hipertensión Arterial es la más frecuente afección en el mundo actual, desde hace más de dos décadas, nuestro país ha venido trabajando para lograr el control de tan terrible enfermedad.

Desde los años 70 hasta la fecha, se ha dado en nuestro país y en el mundo la lucha sin cuartel para prevenir, controlar y evitar las complicaciones de la Hipertensión Arterial, enemigo silente y artero.

Sin duda que en los últimos veinte años se ha esclarecido mucho acerca de la enfermedad vascular, y se han identificado con bastante claridad factores que de manera independiente o concurrente aumentan en forma directa la probabilidad de padecer esta enfermedad y de sufrir uno cualquiera de sus desenlaces clínicos; ellos son los bien llamados factores de riesgo, de los cuales el más importante es la hipertensión arterial.

Es así como hemos optado por hacer una investigación estadística en cada una de nuestras ciudades de residencia con el fin de determinar cuál es la prevalencia de los factores de riesgo que conduce a estas enfermedades teniendo en cuenta los estilos de vida, costumbres, edad, sexo y demás factores.

4. MARCO TEORICO

4.1 MARCO DE REFERENCIA

Escenario sociocultural de la hipertensión arterial y la diabetes

En el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Las personas de bajos recursos se enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos sociales más privilegiadas.

La mayor parte de los problemas de salud relacionadas con la hipertensión y la diabetes se pueden atribuir a las condiciones socio - económicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las "causas de las causas", tales como, por ejemplo, las acciones sobre el entorno social.

Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente a través de la implementación de políticas de promoción y prevención que actúen sobre los problemas de salud que se presentan a la población.

El escenario ambiental del problema salud pública escogido

Una de las principales responsabilidades del sector de la salud es la protección del bienestar público mediante el aseguramiento de un ambiente físico y social saludable, que posibilite el desarrollo humano sostenible es decir, el mejoramiento de las condiciones materiales para responder a las necesidades de la actual generación, sin comprometer la biodiversidad natural y que proteja a las personas más vulnerables de la sociedad.

El sector de la salud necesita establecer alianzas estratégicas con otras instituciones para monitorear y contrarrestar muchas de las causas del deterioro ambiental.

Además del aumento de la pobreza, la inequidad social y la urbanización, la fragmentación y desintegración familiar hay otros factores que contribuyen a ambientes poco saludables, que favorecen a su vez estilos de vida no saludables y comportamientos de riesgo en todas las etapas de la vida.

Existe una relación directa entre la dieta inadecuada y las enfermedades de hipertensión y diabetes; tanto las deficiencias como los excesos nutricionales contribuyen a una doble carga de enfermedad que afectan a la población adulta. Las tendencias crecientes en los estilos de vida y comportamientos de riesgo como el consumo de tabaco, alcohol y drogas agravan este problema de salud.

Lo conceptual del problema de la hipertensión

La **hipertensión arterial**, es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a su través. Esto se conoce con el nombre de arterosclerosis.

Síntomas de Hipertensión arterial

La presión arterial elevada rara vez presenta síntomas. Estar nervioso o tenso, por ejemplo, no es sinónimo de tener la presión arterial elevada.

Diagnósticos

La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es con revisiones periódicas. Mucha gente tiene la presión arterial elevada durante años sin saberlo. El diagnóstico se puede realizar a través de los antecedentes familiares y personales, una exploración física y otras pruebas complementarias.

Tratamientos

La hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse. En general debe seguirse un tratamiento regular de por vida para bajar la presión y mantenerla estable. Las pastillas son sólo parte del tratamiento de la hipertensión, ya que el médico también suele recomendar una dieta para perder peso y medidas como no abusar del consumo de sal, hacer ejercicio con regularidad. Consejos para el paciente con hipertensión:

Hábitos correctos. Es importante según las siguientes pautas:

Ejercicio físico: La práctica de ejercicio físico es altamente recomendable, pues no sólo reduce la presión arterial, sino que también tiene un efecto beneficioso sobre otros factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, la diabetes o el

colesterol alto. Sea cual sea su edad, hacer regularmente ejercicio físico moderado es un hábito saludable que reporta beneficios a lo largo de toda la vida. Conviene comenzar a hacer ejercicio con un programa que implique un entrenamiento suave y vaya incrementando su intensidad de forma gradual.

Consumo moderado de alcohol: Beber alcohol en exceso aumenta la tensión arterial, pero este efecto no se manifiesta si las cantidades de alcohol son moderadas. Es importante señalar que el consumo de hasta 40 gramos diarios, no solo no produce elevación de la tensión arterial, sino que se asocia a una pequeña disminución, aunque al hipertenso que no bebe no se le aconseja empezar a hacerlo. No obstante, hay que recordar que las bebidas alcohólicas tienen calorías, por ello, si estamos sometidos a una dieta baja en calorías se debe restringir su uso. Algunas veces hay que restringir aún más el consumo de alcohol, sobre todo si la hipertensión se asocia a enfermedades metabólicas como diabetes o al aumento de ciertas grasas en la sangre (triglicéridos).

Historia hipertensión arterial

En el siglo VI a. c. Sushruta menciona por primera vez en sus textos los síntomas que podrían ser coherentes con la hipertensión. En esa época se trataba la «enfermedad del pulso duro» mediante la reducción de la cantidad de sangre por el corte de las venas o la aplicación de sanguijuelas. Personalidades reconocidas como el Emperador Amarillo (en China), Cornelio Celso, Galeno e Hipócrates aconsejaron tales tratamientos.

La hipertensión se inició con el trabajo del médico WILLIAM ARVEY fue el primero en describir correctamente la circulación sanguínea bombeada alrededor del cuerpo por el corazón.

En 1773, Stephen Hales realizó la primera medición de la presión arterial registrada en la historia, En 1808, Thomas Young realizó una descripción inicial de la hipertensión como enfermedad, el reconocimiento de la hipertensión primaria o esencial, se le atribuye a la obra de Huchard, Vonbasch y Albutt.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Nikolai Korotkov inventó la técnica de la auscultación para la medición de la presión arterial

Los datos más recientes del Estudio Framingham del Corazón sugieren que aquellos individuos normotensos mayores de 65 años de edad tienen un riesgo de por vida aproximado de 90% de tener hipertensión arterial. Desde los años 1980, el número de pacientes no diagnosticados ha aumentado de 25% hasta casi un 33% en los años 1990, la prevalencia de insuficiencia renal aumentó de menos de 100 por millón de habitantes hasta más de 250 por millón y la prevalencia de insuficiencia cardíaca congestiva se duplicó.

En nuestro país, la diabetes ocupa el primer lugar dentro de las principales causas de mortalidad y presenta un incremento ascendente con alrededor de 60 mil muertes y 400,000 casos nuevos al año.

La era de las enfermedades transmisibles no ha terminado. Los cambios en el estilo de vida asociados a la creciente movilización de las poblaciones hacia las áreas urbanas, trajeron consigo una nueva cara de la situación de salud: las enfermedades crónicas no transmisibles.

Estas enfermedades comparten varias características:

Origen asociado con el estilo de vida.

Evolucionan de manera progresiva a través del tiempo

Muchas veces su primera manifestación corresponde a la agudización de alguno de los problemas que las acompañan

Varias de ellas actúan como condicionantes o favorecedoras de otras

Todas se benefician de las mismas medidas

El grupo de las enfermedades crónicas no transmisibles incluye a la obesidad, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y cerebro-vasculares, la hipertensión arterial, el cáncer y los problemas articulares.

En el año 1997 había en el mundo unos 124 millones de diabéticos diagnosticados, de los que el 90 % pertenecían al tipo 2. Para el año 2010, hay una cifra aproximada de 221 millones, consecuencia del incremento en el número de diabéticos tipo 2, debido a una prolongación en la edad media de la vida, al sedentarismo y sobre todo al progresivo aumento de la obesidad. Esta enfermedad, que aumenta de forma casi epidémica en algunas regiones.

La diabetes es una enfermedad metabólica que se caracteriza por elevados niveles de glucosa en sangre, secundaria a una alteración absoluta o relativa de la secreción de insulina y/o a una alteración de la acción de dicha hormona en los tejidos insulino dependientes.

La hiperglucemia crónica se acompaña de modificaciones del metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas.

Se trata de la alteración metabólica más común entre los seres humanos, siendo una enfermedad extremadamente seria que es causa importante de incapacidad y muerte.

En 1979, el National Diabetes Data Group (NDDG) constituido por un grupo de expertos de la Asociación Americana de Diabetes clasificó la enfermedad en dos grandes grupos Diabetes tipo 1 o insulino dependiente y Diabetes tipo 2 no insulino dependiente.

Esta clasificación fue aceptada por el Comité de Expertos en Diabetes de la OMS. Pero los estudios y el consiguiente avance en los conocimientos de la enfermedad llevaron al NDDG a volver reclasificar la enfermedad.

La clasificación actual es:

- Diabetes tipo 1
- Diabetes tipo 2
- Diabetes gestacional
- Otros tipos de diabetes.

La presión arterial (PA) es la fuerza o tensión que ejerce la sangre contra las paredes de sus vasos. Esta fuerza es generada por el corazón en su función de bombeo y puede ser modificada por diversos factores, produciendo una subida de la tensión.

La hipertensión arterial (HTA), clínicamente se define como la elevación persistente de la presión arterial por encima de unos límites considerados como normales.

Es la manifestación de un proceso multifactorial, en cuya fisiopatología están implicados numerosos factores genéticos y ambientales que determinan cambios estructurales del sistema cardiovascular, produciendo el estímulo hipertensivo e iniciando el daño cardiovascular.

El punto de partida de todas las decisiones clínicas referentes a un paciente hipertenso, en cuanto a la gravedad del proceso, pronóstico y tratamiento, es el valor obtenido al medir la presión arterial, que en realidad es una variable hemodinámica.

La HTA puede clasificarse atendiendo a tres criterios: la etiología, las cifras de presión sistólica y diastólica y la importancia de lesiones orgánicas, si bien cualquiera de estas clasificaciones se basa obviamente en una elección arbitraria.

En el 95% de los pacientes hipertensos, la etiología de la HTA no puede ser identificada, (HTA primaria), definiéndose como HTA secundaria en aquellos en los que ésta es conocida.

El riesgo cardiovascular asociado a la HTA aumenta progresivamente con las cifras, por lo que cualquier división entre "normo tensión" e "hipertensión" será en principio arbitraria. Los términos de HTA "ligera", "moderada" y "grave", utilizados tradicionalmente para clasificar la HTA, se refieren únicamente a valores de PA y no a la gravedad de la situación clínica, toda vez que ésta dependerá también de la presencia o no de otros factores de riesgo cardiovascular.

Entre otros factores de riesgos están los siguientes:

Raza/etnia las poblaciones de afroamericanos, hispanoamericanos e indígenas americanos tienen alto índice de diabetes.

Edad superior a los 45 años.

Intolerancia a la glucosa identificada previamente por el médico.

Presión Arterial Alta.

Colesterol HDL de menos 35 mg/dL o niveles de triglicéridos superiores a 250 mg/dL.

Diagnostico del daño hipertensivo

Retinopatía Hipertensiva

El estudio del fondo de ojo nos sirve para saber si hay daño hipertensión en los vasos sanguíneos informándonos el grado de daño causado por el proceso hipertensivo. Según la clasificación de Keith y Wagener podemos encontrar 4 Grados de retinopatía:

Retinopatía grado I: Estrechamiento arteriolar. Traduce actividad de la hipertensión.

Retinopatía grado II: Aumento del reflejo arteriolar ("hilos de plata"). Traduce Cronicidad del proceso hipertensivo.

Retinopatía grado III: Aparición de exudados algodonosos y hemorragias retinianas. Traduce hipertensión grave o maligna.

Retinopatía grado IV: Edema papilar. Se presenta cuando la hipertensión está excesivamente elevada. Traduce encefalopatía hipertensiva y edema cerebral.

Cardiopatía hipertensiva:

Al examinar un paciente hipertenso por la palpación del ápex en posición de Pachón, el encontrar un levantamiento sistólico sostenido, puede demostrar hipertrofia ventricular izquierda. Si además se palpa o se ausculta un 4 ruido en el ápex, se refuerza el diagnóstico.

El electrocardiograma puede demostrar la existencia de hipertrofia ventricular izquierda, y en estos casos el mejor método para demostrar su presencia es la ecocardiografía.

La radiografía de tórax sigue siendo un método útil para precisar en el paciente hipertenso el tamaño del corazón, condiciones de la aorta torácica y presencia o no de congestión pulmonar. En la hipertensión arterial el tamaño del corazón puede ser normal, al igual que la aorta. En los casos de hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo se aprecia la punta del corazón redondeada y corazón de tamaño normal. Se puede encontrar en la cardiopatía hipertensiva elongación y ateromatosis aórtica. La presencia de cardiomegalia y congestión pulmonar en un paciente hipertenso tiene el significado de insuficiencia cardíaca.

Nefropatía hipertensiva:

Usualmente el daño hipertensivo a la vasculatura y al parénquima renal es paulatino, crónico, evolutivo y silencioso; permanece asintomático hasta que se hace aparente la insuficiencia renal. El paciente comienza a retener urea, ácido úrico y creatinina en el plasma. En la fase avanzada de la insuficiencia renal aparece el síndrome urémico con importante retención de urea, creatinina, hiperkalemia, anemia, hipocalcemia, hiperfosfatemia, proteinuria y edema que puede llegar a la anasarca.

Aterosclerosis

La hipertensión arterial es uno de los más importantes factores que contribuyen a la aterosclerosis, y de ahí que los pacientes con hipertensión arterial frecuentemente se complican de infarto del miocardio (aterosclerosis coronaria), infarto cerebral (aterosclerosis de las arterias carótidas o intracerebrales), claudicación intermitente (aterosclerosis ocluyente de miembros inferiores), trombosis mesentéricas o aneurisma aórtico, ya sean abdominales o de la aórtica torácica descendente.

El estudio de los electrolitos puede dar pauta para el diagnóstico de aldosteronismo (hipokalemia). Además de los estudios señalados, es útil en la búsqueda de una causa secundaria de hipertensión arterial. La cuantificación de aldosterona plasmática se encontrará elevada en caso de aldosteronismo primario; en el feocromocitoma estarán elevadas las catecolaminas plasmáticas y/o urinarias. En el Síndrome de Cushing estarán elevados los 17 cetosteroides y los 17 hidroxisteroides urinarios. En el síndrome adrenogenital estarán ambos disminuidos.

El estudio radiográfico, la ultrasonografía abdominal y la tomografía axial computada podrán descubrir litiasis urinaria o tumores suprarrenales. Estudios más especializados como el renogramma y el estudio angiográfico de las arterias renales podrán demostrar la presencia de una estenosis de arteria renal. Todos estos estudios sólo se indicarán si existe un fundamento clínico de sospecha para hipertensión secundaria.

Cuadro 1. Orientación Diagnóstica en la Hipertensión Arterial

Orientan hacia la forma esencial de hipertensión arterial:

1. Antecedentes familiares de hipertensión arterial, ya que se sabe que existe una franca tendencia hereditaria.
2. La hipertensión arterial esencial generalmente aparece por arriba de los 35 años de edad, por lo que en un paciente menor de 30 años deberá investigarse una forma secundaria del padecimiento

II. Orientan hacia la hipertensión arterial secundaria los siguientes hechos:

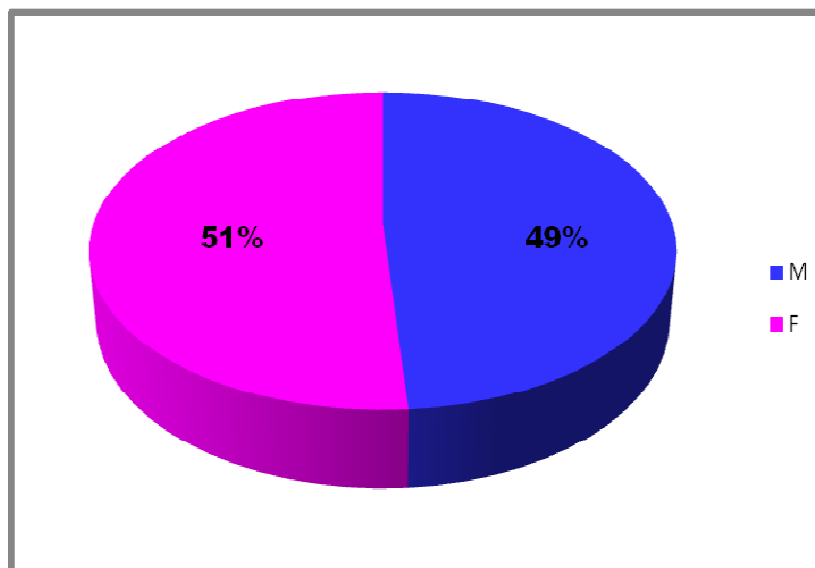
1. Presentación de hipertensión arterial en jóvenes sin antecedentes familiares.
2. Antecedentes de escarlatina o hematuria en la infancia deben hacer sospechar la posibilidad de glomerulonefritis crónica.
3. Presencia de infección urinaria de repetición hará sospechar pielonefritis crónica.
4. Presencia de litiasis urinaria con hiperuricemia (gota) o hipercalcemia (hiperparatiroidismo).
5. Se pueden sospechar alteraciones endócrinas como el Síndrome de Cushing (cara de "luna llena", hirsutismo, distribución centrípeta de la grasa corporal, acné, giba dorsal) o Síndrome adrenogenital (amenorrea, hirsutismo y distribución masculinoide de la grasa corporal).
6. La exploración de los pulsos en un paciente hipertenso puede llevar a sospechar arteritis de Takayasu ante la ausencia de pulso en las extremidades, especialmente si se trata de una mujer. La ausencia de pulsos femorales con hipertensión arterial en los miembros superiores establece el diagnóstico de coartación aórtica.
7. La búsqueda intencional de soplos vasculares en el abdomen (sistólicos o continuos) establece la sospecha de hipertensión renovascular por estenosis de la arteria renal.
8. Los exámenes de laboratorio son de gran ayuda en el diagnóstico de la hipertensión arterial secundaria. En esta forma, la química sanguínea posibilita el diagnóstico de diabetes mellitus (hiperglucemia) o insuficiencia renal crónica (uremia, elevación de la creatinina) o gota (hiperuricemia); la biometría hemática puede demostrar anemia (insuficiencia renal crónica) o por el contrario, policitemia.

5. DISEÑO METODOLOGICO

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo que incluyó la aplicación de la encuesta a 86 personas elegidas al azar en los distintos municipios de residencia de cada uno de los integrantes del grupo colaborativo, como fue Cali, Palmira y Belén de los Andaquies. Los datos socio demográficos (edad y sexo), tiempo de evolución de la enfermedad, hipertensión, obesidad, presencia de complicaciones crónicas y asistencia a citas de control se recolectaron utilizando un formulario estructurado.

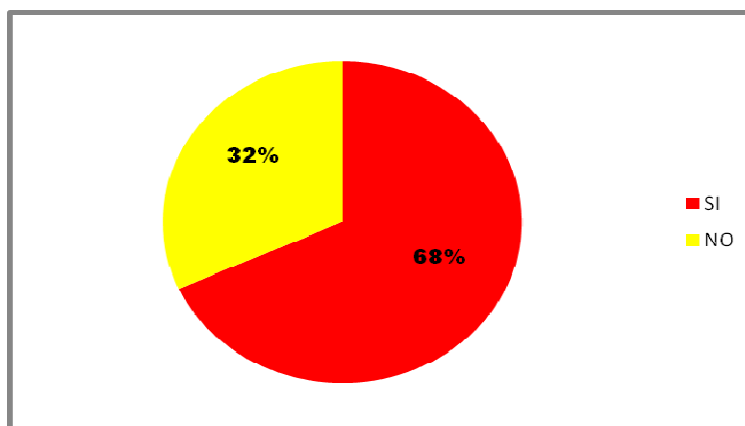
6. ANALISIS DE LOS RESULTADOS

SEXO



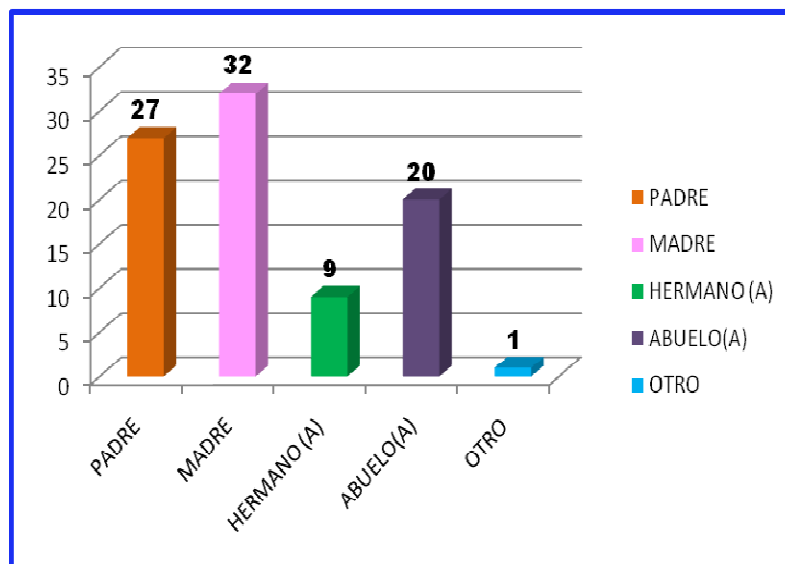
El 51% de las personas encuestadas son del género femenino y el 49% restante son masculinos.

¿ES HIPERTENSO(A)?



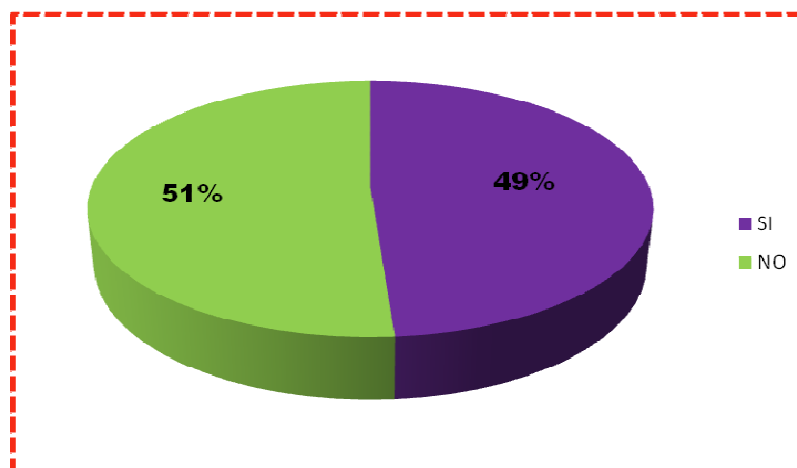
Un alto porcentaje representado por el 68% de los encuestados manifiestan ser Hipertensos, tan solo el 32% no presentan problemas de hipertensión.

ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSION



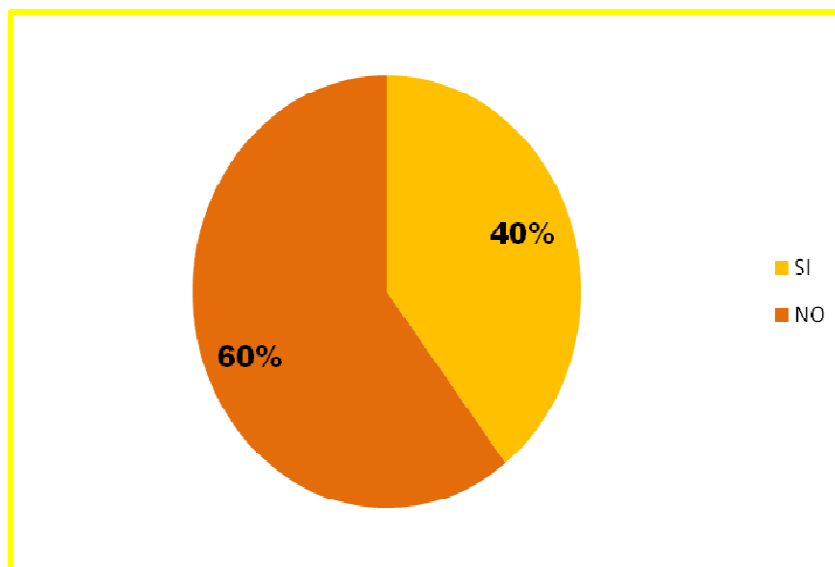
De las personas encuestadas 32 manifestaron tener a la madre con antecedentes de hipertensión, seguido por los padres representado por 27 encuestados, además 20 dicen tener antecedentes familiares de hipertensión por parte de los abuelos y tan solo 9 por los hermanos.

¿FUMA O HA FUMADO?



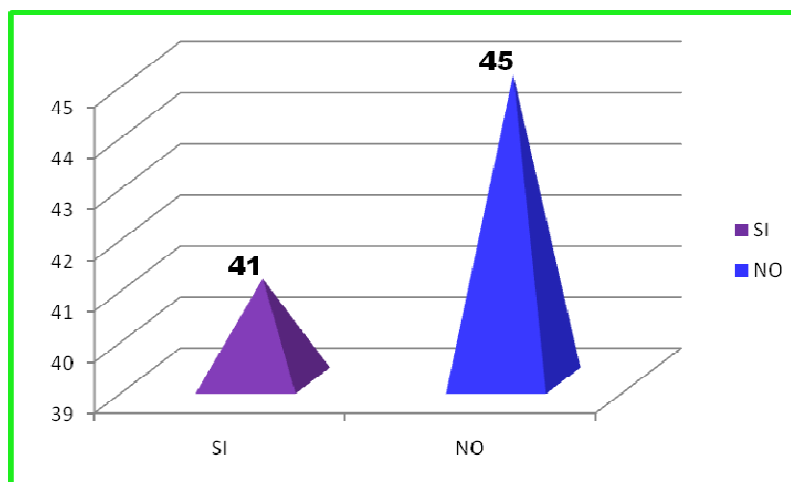
Con una mínima diferencia el 51% de la población encuestada fuma o a fumado, y el 49% manifiesta no haberlo hecho.

¿CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS?



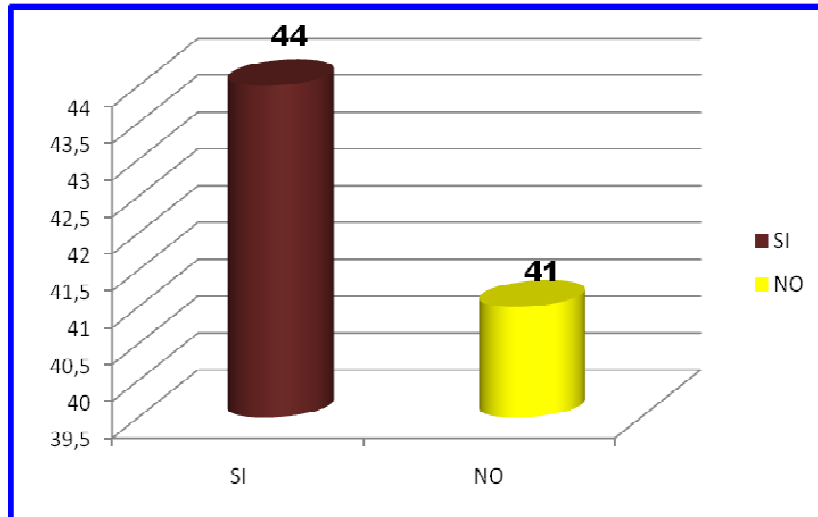
El 60% de los encuestados manifiestan consumir bebidas alcohólicas y tan solo el 40% no lo hace.

¿PRACTICA ALGUN DEPORTE MINIMO DURANTE 20 MINUTOS?



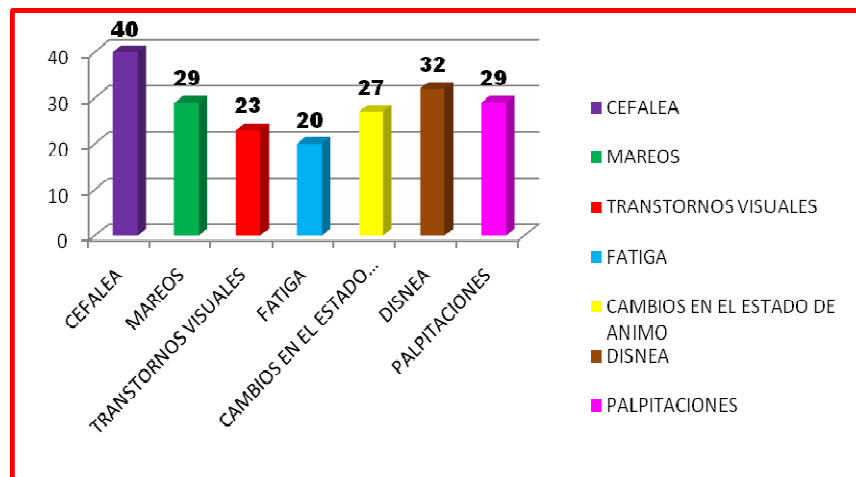
Del total de la población encuestada 45 de ellos practican algún deporte mínimo durante 20 minutos, y 41 encuestados no lo hacen.

¿TIENE DEMASIADAS PREOCUPACIONES?



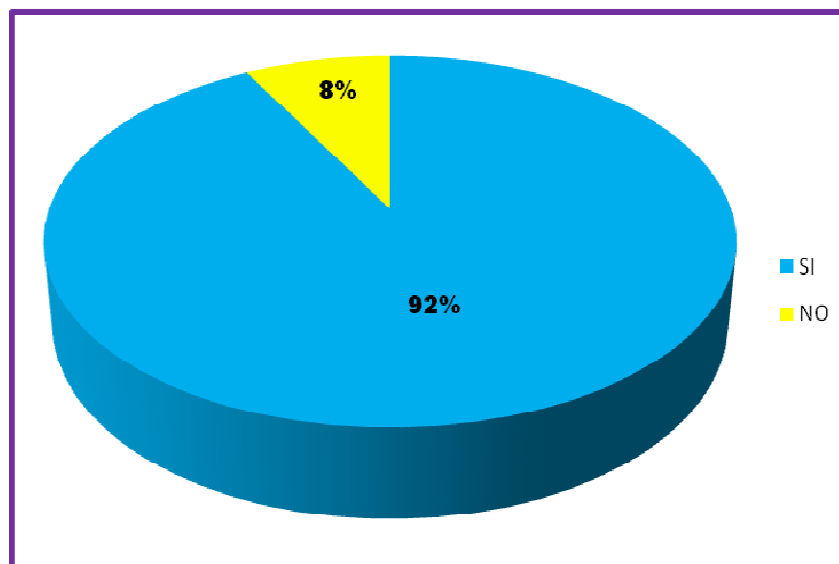
Son tan solo 44 personas las que manifiestan tener algún tipo de preocupación, y 41 encuestados no presentan demasiadas preocupaciones.

PRESENCIA DE ALGUNOS SIGNOS Y SINTOMAS



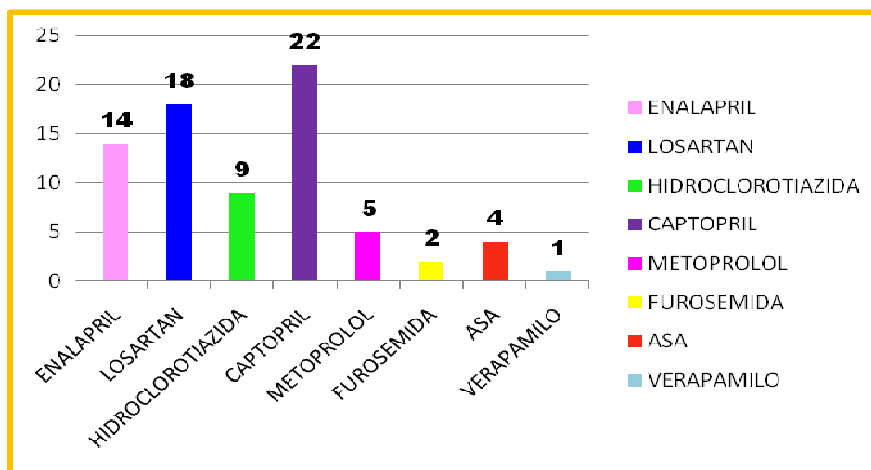
Los signos y síntomas que más aquejan a los encuestados es la cefalea, la disnea, seguido por los mareos y las palpitaciones.

SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO CON EL FACULTATIVO



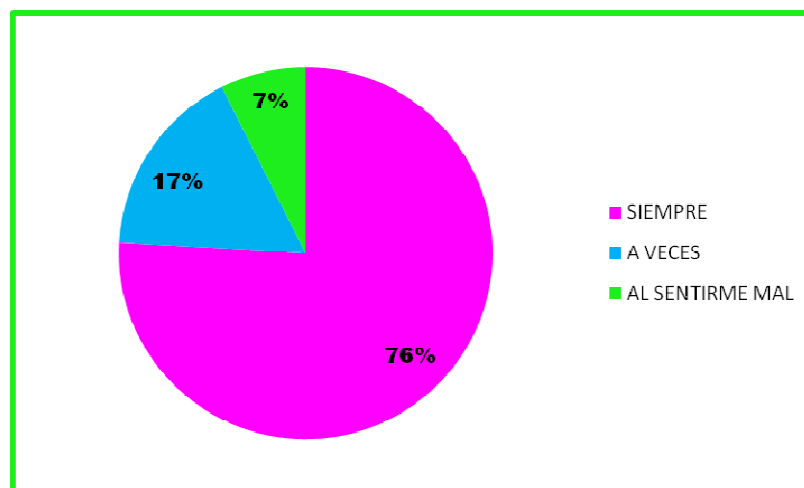
Con un porcentaje muy representativo del 92% del total de la población encuestada manifiestan que si se encuentran en tratamiento de la hipertensión con un profesional de la salud, como lo es el medico.

MEDICAMENTOS QUE CONSUME PARA CONTROLAR LA PRESION



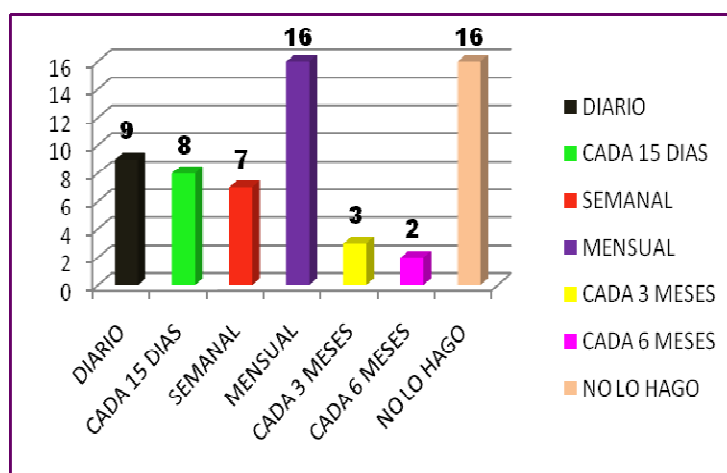
Los medicamentos de mayor consumo para controlar la hipertensión esta el captopril, el losartan, seguido por el enalapril, y con porcentajes muy bajos se encuentra el verapamilo y el metoprolol.

FRECUENCIA CON LA QUE TOMA LOS MEDICAMENTOS



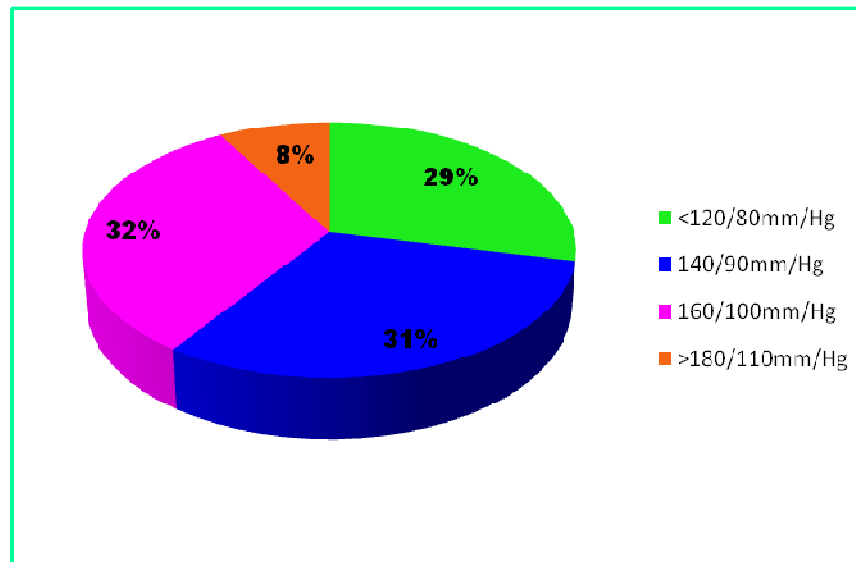
La gran mayoría de la población encuestada representada por un 76% manifiesta que se siempre se toman los medicamentos como lo indica el medico, el 17% lo hace rara vez, y tan solo el 7% los toma al sentirse mal.

FRECUENCIA CON LA QUE SE HACE TOMAR LA PRESION ARTERIAL



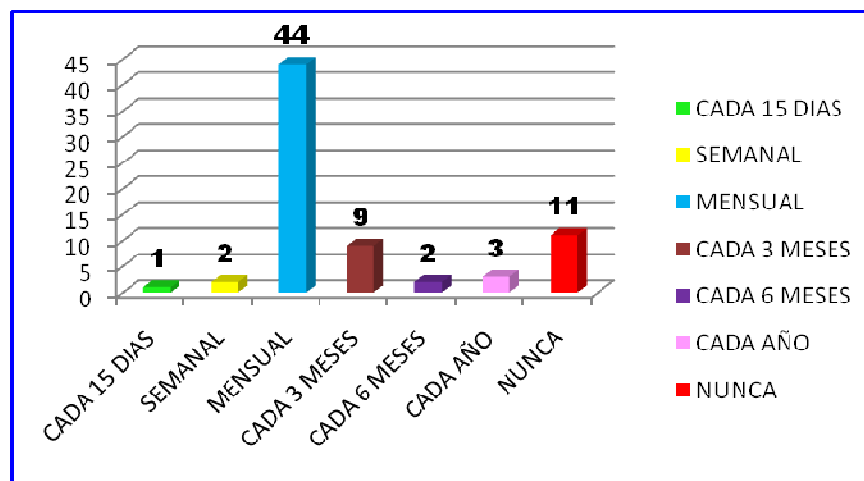
Los porcentajes mas representativos en cuanto a la frecuencia con que las personas se hacen tomar la presión arterial esta dado por las personas que no se las hace tomar, y a la par estan las personas que se las hacen tomar cada mes, seguido por las que se las hacen tomas a diario, cada 15 días y semanalmente.

NIVELES EN LOS QUE TIENE LA TENSION ARTERIAL



Con un 32% las personas tiene la presión arterial en 160/100mm/Hg, es decir, por encima de lo normal, seguido por el 31% de las persona que la tiene en el rango normal, tan solo el 8% la tiene super elevada.

FRECUENCIA CON LA QUE ASISTE AL CONTROL MEDICO PARA LA PRESION ARTERIAL



Un porcentaje muy representativo del 44% de la población encuestada manifiestan que asisten mensualmente a control medico para la presión

RECOMENDACIONES

El regente de farmacia también puede ser muy útil para el control de esta enfermedad, ya que él puede educar al paciente e informarle lo importante que es adherirse a la terapia farmacológica correctamente.

El control de la tensión arterial no solo depende de los profesionales de la salud, es cierto que ellos juegan un papel muy importante, pero el paciente es el principal responsable de su salud, así que el debe adoptar estilos de vida saludables para disminuir los factores de riesgo que son modificables como realizar ejercicio físico continuamente, disminuir el consumo de sodio, evitar el estrés, eliminando los malos hábitos como el cigarrillo y el alcohol.

Se necesita mayor información y educación al paciente por parte de los profesionales de la salud sobre los riesgos de no realizar un buen control de la hipertensión arterial.

CONCLUSIONES

La Hipertensión Arterial es una enfermedad silenciosa que a cualquier edad puede hacer su aparición, los principales factores o antecedentes para su presencia son la dieta, el sedentarismo, el stress, problemas de tipo sociocultural, sexo, genética, alcoholismo y raza.

Esta es una enfermedad de alto costo social pues son muchas las incapacidades laborales que genera y deja en las personas que la padecen en alto niveles graves secuelas.

Es necesario hacer concientizar a toda la población en general para que se realicen jornadas y controles médicos periódicos para realizar los seguimientos y tratamientos necesarios, para gozar de buena salud.

Se calcula que aproximadamente entre el 10% y 12% de la población urbana y rural no tiene acceso al sistema de seguridad social, por lo tanto no están en tratamiento.

La hipertensión arterial es un problema de salud pública con aumento progresivo.

La ingestión de alcohol, el tabaquismo y los antecedentes familiares de hipertensión arterial se erigieron como los principales factores de riesgo asociados.

BIBLIOGRAFIA

Plan Territorial de Salud de Santiago de Cali 2008 – 2011.
http://calisaludable.cali.gov.co/plan_territorial/2008_2011/Plan_Territorial_Salud_Cali_2008_2011.pdf

Portal Santiago de Cali

Plan de intervenciones colectivas

Hipertensión arterial.com

ANEXOS

PLANES TERRITORIALES

SOLUCIONES ALCANZADAS EN EL ENTE TERRITORIAL O POR EL ESTADO

Seguimiento de los objetivos en el desarrollo de **Santiago de Cali**

PLAN TERRITORIAL DE SALUD PÚBLICA

El alcalde de Cali Jorge Iván Ospina, el secretario de salud municipal Alejandro Varela Villegas, el jefe del grupo de epidemiología Maritza Izasa Gómez, la coordinadora de vigilancia en salud pública Emma Gloria Aristizabal y todo su equipo de salud pública; con la colaboración de las instituciones como la universidad Icesi, y la fundación Valle del Lili quienes aportaron sus conocimientos y dedicación en la realización del libro de metas para el milenio, pertenecientes al plan territorial de salud pública del municipio de Santiago de Cali, quienes hicieron la apuesta al desarrollo de Cali y la lucha contra la pobreza.

En el año 2000 la organización de Naciones Unidas difundió un compromiso global contra la pobreza y ocho objetivos más que cinco años más tarde Cali los adaptó.

En enero del 2008 al inicio de gobierno del señor Jorge Iván Ospina se empezó a organizar lo que sería la base de los Objetivos del milenio para Cali, partiendo de un diagnóstico de Salud pública y epidemiología, que incluye funciones esenciales como vigilancia, análisis, evaluación de la situación de la población, investigación, control de riesgos y daños así como los determinantes sociales.

Se estableció una meta para la ciudad de Cali, con el fin de cumplir las metas se establecieron indicadores y se les ha venido haciendo seguimiento, así mismo se han diseñado estrategias de trabajo de participación activa de los ciudadanos para mejorar las condiciones de vida de la población y disfrutar de una ciudad saludable, aprovechando las oportunidades sociales, económicas y ambientales que existen.

Los objetivos del desarrollo del milenio son ocho retos mundiales para alcanzar en el 2015, que se han convertido en un marco de trabajo universal para el desarrollo y una oportunidad para poner en marcha herramientas que promuevan una vida digna para millones de personas en el mundo en términos de ingreso, educación, salud, saneamiento básico, hábitat, medio ambiente y construcción de oportunidades colectivas.

Santiago de Cali debe alinear esfuerzos alrededor del cumplimiento de las metas del milenio por tal razón el plan de desarrollo y el plan territorial de salud incluyen estos retos como ejes fundamentales en la evaluación de las acciones.

El logro de las metas depende del trabajo intersectorial y de la participación activa de los ciudadanos y esto ha permitido mejorar las condiciones de vida de la población y disfrutar de una ciudad saludable donde hay oportunidades sociales y económicas.

Los objetivos de desarrollo del milenio, se traducen en un compromiso para reducir la pobreza y el hambre, disminuir las enfermedades, la inequidad entre los sexos, enfrentar la falta de educación, la falta de acceso al agua y al saneamiento básico y para detener la degradación ambiental.

Mediante los objetivos del milenio se busca centrar esfuerzos para ayudar a la población más pobre y vulnerable y superar la pobreza causada por la morbilidad, la nutrición deficiente, el bajo nivel de instrucción el absceso limitado al agua salubre y muchas veces un rápido crecimiento demográfico.

Erika García Salazar

PLAN TERRITORIAL DE SALUD (SANTIAGO DE CALI)

El Plan Territorial de Salud es la apuesta política para la transformación de los procesos relacionados con la calidad de vida y la salud de los caleños durante los próximos años.

Se soporta en los compromisos que se tienen como ciudad se hace para el cumplimiento de los objetivos del milenio, los cuales pretenden disminuir la pobreza, promover la educación y mejorar los indicadores de calidad de vida de la población.

El Plan, propone mejorar las condiciones de salud a través de seis objetivos en el plan macro: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios, salud pública e intervenciones colectivas, vigilancia y control de riesgos profesionales, emergencias y desastres y promoción social.

Las políticas públicas de Salud de Santiago de Cali se coligen de las políticas nacionales direccionadas por el Ministerio de Protección Social de igual manera responden al Plan Desarrollo Municipal 2008-2011 Para Vivir la Vida Dignamente.

Aseguramiento

Seguridad social en salud en Cali

La función de las aseguradoras es administrar el riesgo en salud, servir de intermediarias entre el Estado y las prestadoras de servicios de salud, a través de la afiliación de las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Existen dos regímenes de aseguramiento: el régimen contributivo en el cual las personas con vínculo laboral se afilian a través de sus empleadores quienes cofinancian la prima del seguro de salud, o de forma independiente si sus ingresos superan en la actualidad un salario mínimo legal mensual vigente.

El segundo régimen de aseguramiento se conoce como régimen subsidiado. A éste se afilian las personas pobres y vulnerables identificadas como susceptibles de recibir subsidios sociales por parte del Estado y que pertenecen a grupos prioritarios para la afiliación.

Prestación y desarrollo de servicios de salud

La oferta de servicios de salud en el municipio de Cali, se da por 2.497 prestadores de servicios de salud habilitados con 6.845 servicios declarados (713 IPS, 1765 prestadores independientes y 19 clasificados como otros).

El plan territorial en salud es el desarrollo de las competencias en salud del plan de desarrollo del municipio para vivir dignamente. Este plan territorial desarrolla las líneas:

a) Cali Saludable y Educadora: Municipio que se compromete con su gente, promueve estilos y proyectos de vida saludables y responsables; prácticas como el deporte, la recreación y la lúdica, realizadas en espacios saludables y educadores contribuyen con el desarrollo armónico de los individuos.

b) Programa Cali es nuestra gente: Macroproyecto Sembrando esperanza (desplazados y discapacitados). Macroproyecto Sabiduría Patrimonio de Todos (Adulto mayor).

c) Cali es vida: Macroproyecto Cali actuando frente a las drogas. Políticas de protección, atención y control adecuadas para reducir los riesgos y el daño que provocan dichos consumos y así mismo reducir el sufrimiento que afecta a las personas que consumen, a sus familia, a sus grupos y las comunidades donde habitan, desde la implementación de un modelo comunitario de inclusión social.

d) Cali es mi casa: Macroproyecto Cali sismo seguro y asegurada. Dada la localización del municipio en zonas de vulnerabilidad sísmica, se debe generar una cultura de prevención y atención para afrontar eventos de carácter natural y inotrópico con una efectiva respuesta de los organismos competentes.

e) Cali corregimientos amables: Macroproyecto: estrategia Integral de Desarrollo Rural, en el marco de esta estrategia, es responsabilidad del municipio generar las condiciones que permitan el desarrollo pleno de los habitantes de la zona rural en su ambiente natural, en concordancia con la normatividad vigente.

f) Cali emprendedora e innovadora: Macroproyecto Cadenas Productivas, la unión hace la fuerza considerando la vocación emprendedora del municipio, sus ventajas comparativas y competitivas, se deben gestionar relaciones sinérgicas entre los desarrollos infraestructurales básicos de la región, condiciones necesarias en cualquier estrategia de competitividad y del desarrollo del municipio como entidad metropolitana y como ciudad-región.

Yasmín Andrea Sánchez

PLAN TERRITORIA DE SALUD PALMIRA – VALLE, 2008 - 2011

El Plan Territorial de Salud es la apuesta política para la transformación de los procesos relacionados con la calidad de vida y la salud de los palmiranos durante los próximos años.

Se soporta en los compromisos que se tienen como ciudad se hace para el cumplimiento de los objetivos del milenio, los cuales pretenden disminuir la pobreza, promover la educación y mejorar los indicadores de calidad de vida de la población.

El Plan, propone mejorar las condiciones de salud a través de seis objetivos en el plan macro: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios, salud pública e intervenciones colectivas, vigilancia y control de riesgos profesionales, emergencias y desastres y promoción social.

Participación Social

El Grupo de Participación Social se conforma en el año 2005 en el marco de la Constitución Política de Colombia que establece el derecho y el deber que tiene el Estado de promover y garantizar la participación social y el ejercicio de de los deberes y derechos de los ciudadanos en salud. Su creación y labor se amparan además en la normatividad vigente en salud: Ley 100 de 1993 que crea el sistema de seguridad social integral; Ley 134 de 1994 que dicta las normas sobre los mecanismos de participación ciudadana; Ley 136 de 1994 que dicta las normas tendientes a modernizar la organización y el funcionamiento de los municipios; Decreto 1757 de 1994 que organiza y establece las modalidades y formas de participación social en la prestación de servicios de salud; Ley 850 de 2003 que reglamenta las veedurías ciudadanas y Ley 715 de 2001 que dicta normas

orgánicas en materia de recursos y competencias para organizar la prestación de los servicios de educación y salud.

Yolanda Rojas

MUNICIPIO BELEN DE LOS ANDAQUIES CAQUETA SECTOR SALUD

El Sistema General de Seguridad Social en Salud, es el conjunto de instituciones normas y procedimientos que permiten que los habitantes del municipio gocen de una mejor calidad de vida.

El municipio cuenta con un programa de seguridad en salud el cual identifica y selecciona sus beneficiarios siguiendo cuatro (4) procesos básicos.

1. Identificación, selección priorización de la población.
2. Proceso de afiliación.
3. Proceso de contratación.
4. Flujo financiero.

La E.P.S-S que operan en el municipio y están autorizadas para administrar recursos del régimen subsidiado son:

ASMET SALUD, CAPRECOM, COMFACA.

El municipio presenta altos índices de morbilidad y mortalidad en su población en todos los grupos de edades, como consecuencia de múltiples enfermedades como:

Diarreas agudas

Infecciones respiratorias, dengue entre otras.

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

1. Campañas de prevención de riesgos biológicos, ambientales y sanitarios.
2. Actividades de promoción de salud y calidad de vida.
3. Vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
4. Gestión integral y funcional del plan de salud territorial.
5. Campañas de vacunación.

PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD

El municipio cuenta con un hospital local llamado hospital San Roque que pertenece a la ESE Rafael Tovar Pobeda con un excelente servicio, con un personal altamente calificado.

PROGRAMAS MÁS IMPORTANTES QUE PRESTA EL SECTOR SALUD EN EL MUNICIPIO DE BELEN.

- ✓ Atención a la población en situación de desplazamiento forzado
- ✓ Población con discapacidad.
- ✓ Población indígena

- ✓ Programas de protección al adulto mayor.
- ✓ Programas de nutrición infantil.
- ✓ Mujeres gestantes.
- ✓ Programas de formación de jóvenes.

Ruth Zapata Campo

REVISIÓN Y AJUSTE DEL PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL MUNICIPIO DE PALMIRA

JUSTIFICACIÓN DE LA REVISIÓN Y AJUSTE DEL PLAN DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL DEL MUNICIPIO DE PALMIRA. SOPORTE JURÍDICO.

El artículo 28 de la Ley 388 de 1997, reglamentado por la Ley 902 de 2004 y el Decreto 4002 de 2004, establece la vigencia, momentos, condiciones y procedimientos para la revisión de cada uno de los componentes del Plan de Ordenamiento Territorial -POT-, así:

La Ley 902 de 2004, en su artículo 2º, establece la vigencia de cada uno de los componentes de la siguiente manera:

1. El contenido estructural del plan tendrá una vigencia de largo plazo, que para este efecto se entenderá como mínimo el correspondiente a tres (3) períodos constitucionales de las administraciones municipales y distritales, teniendo cuidado en todo caso de que el momento previsto para su revisión coincida con el inicio de un nuevo período para estas administraciones.

2. Como contenido urbano de mediano plazo se entenderá una vigencia mínima correspondiente al término de dos (2) períodos constitucionales de las administraciones municipales y distritales, siendo entendido en todo caso que puede ser mayor si ello se requiere para que coincida con el inicio de un nuevo período de la administración.

3. Los contenidos urbanos de corto plazo y los programas de ejecución regirán como mínimo durante un (1) período constitucional de la administración municipal y distrital, habida cuenta de

las excepciones que resulten lógicas en razón de la propia naturaleza de las actuaciones contempladas o de sus propios efectos.

Respecto al procedimiento de revisión la Ley 902 de 2004, en su artículo 2, establece:

4. Las revisiones estarán sometidas al mismo procedimiento previsto para su aprobación y deberán sustentarse en parámetros e indicadores de seguimiento relacionados con cambios significativos en las previsiones sobre población urbana; la dinámica de ajustes en usos o intensidad de los usos del suelo; la necesidad o conveniencia de ejecutar proyectos de impacto en materia de transporte masivo, infraestructuras, expansión de servicios públicos o proyectos de renovación urbana; la ejecución de macroproyectos de infraestructura regional o metropolitana

que generen impactos sobre el ordenamiento del territorio municipal o distrital, así como en la evaluación de los objetivos y metas del respectivo plan.

La misma Ley 902 de 2004 dispone además que:

No obstante lo anterior, si al finalizar el plazo de vigencia establecido no se ha adoptado un nuevo plan de ordenamiento territorial, seguirá vigente el ya adoptado.

La normativa vigente define los momentos en que se debe dar inicio al proceso de revisión y ajuste del POT, pero no establece los plazos máximos para que éste se agote y además deja a discreción de los Alcaldes, sin perjuicio de lo establecido en el respectivo plan de ordenamiento, la decisión de adelantar o no dicho proceso.

Lo anterior se expresa de la siguiente manera, tanto en la Ley 902 de 2004 como en el decreto 4002 de 2004:

La Ley 902 de 2004, en su artículo 2º numeral 5, dispone:

5. Las autoridades municipales y distritales podrán revisar y ajustar los Planes de Ordenamiento Territorial o sus componentes una vez vencido el período constitucional inmediatamente anterior.

El Decreto 4002 de 2004, en su artículo 5º, establece:

Artículo 5º. Revisión de los planes de ordenamiento territorial. Los Concejos municipales o distritales, por iniciativa del alcalde y en el comienzo del período constitucional de éste, podrán revisar y ajustar los contenidos de largo, mediano o corto plazo de los Planes de Ordenamiento Territorial, siempre y cuando haya vencido el término de vigencia de cada uno de ellos, según lo establecido en dichos planes.

Adicionalmente el Decreto 4002 de 2004, en el párrafo del mismo artículo, agrega:

Parágrafo. Por razones de excepcional interés público, o de fuerza mayor o caso fortuito, el alcalde municipal o distrital podrá iniciar en cualquier momento el proceso de revisión del Plan o de alguno de sus contenidos.

María Matilde Mosquera