

**HIPERTENSION ARTERIAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS
MAYORES DE 45 AÑOS POLIMEDICADOS**

**JIMMY ORLANDO CARLOSAMA
FRANCYNED HERNANDEZ
NARGY NIYIRETH LOZANO CORREA
SANDRA PATRICIA ORDOÑEZ
SANDRA VIDAL**

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

**HIPERTENSION ARTERIAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS
MAYORES DE 45 AÑOS POLIMEDICADOS**

**JIMMY ORLANDO CARLOZANO
FRANCYNED HERNANDEZ
NARGY NIYIRETH LOZANO CORREA
SANDRA PATRICIA ORDOÑEZ
SANDRA VIDAL**

Trabajo de Grado presentado
Como requisito para
Optar al título de
Tecnólogo en Regencia de Farmacia

Asesora:

MARIA CONSUELO BERNAL


**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA
UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS BASICAS, TECNOLOGIA E INGENIERIA
TECNOLOGO EN REGENCIA DE FARMACIA
PALMIRA
2 0 1 1**



DEDICATORIA

Dedicado a todas y cada una de las personas que han hecho parte de este proceso y que nos han permitido cumplir con nuestro sueño de ser los mejores Regentes de Farmacia.

**Sandra Ordoñez
Jimmy Carlozano
Nargy Lozano
Francyned Hernández
Sandra Vidal**



CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	6
1. ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN	7
1.1 TEMA	7
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA	8
1.5 OBJETIVOS	8
1.5.1 Objetivo General	8
1.5.2 Objetivos Específicos	8
1.6 JUSTIFICACION	8
1.7 HISTORIA DE LA HIPERTENSION Y SU ADHERENCIA TERAPEUTICA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA	9
1.8 ESCENARIO SOCIOCULTURAL Y AMBIENTAL DEL PROBLEMA	10
1.9 LIMITACIONES	12
2. MARCO REFERENCIAL	14
2.1 ANTECEDENTES	15
2.2 MARCO LEGAL	15
2.3 MARCO TEORICO	16
2.4 MARCO CONTEXTUAL	18
2.4.1 Marco Geográfico	18
3. METODOLOGIA	24
3.1 TIPO DE ESTUDIO	24
3.2 ENFOQUE	27
3.3 TIPO	27
3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	27
3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	27
3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA	27
4. PRESENTACION DE RESULTADOS	28
4.1 VARIABLES SOCIO DEMOGRAFICAS	28
4.2 FACTORES DE RIESGO	29
4.2.1 Factores de Riesgo no Modificables	29
4.2.2 Factores de Riesgo Modificables	31
4.3 FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIPERTENSIVO	31
4.3.1 Tratamiento Farmacológico	33
4.3.2 Polimedicación	36
4.3.3 Adherencia al Tratamiento	36
4.3.4 Efectos Secundarios	37

	Pág.
5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	38
5.1 RECURSOS HUMANOS	39
5.2 PRESUPESTO	41
5.3 CRONOGRAMA	42
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFIA	48
ANEXOS	49

INTRODUCCION

La falta de cumplimiento en la adherencia terapéutica en la medicación para la disminución de la presión arterial en adultos mayores es una de las razones principales del deficiente control de la hipertensión en todo el mundo. Las intervenciones para mejorar el cumplimiento de los fármacos antihipertensivos han sido evaluadas en los ensayos aleatorios, pero no queda claro qué intervenciones son eficaces. La hipertensión es un gran factor de riesgo en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y representa un significativo problema de salud pública en los países desarrollados como en los que están en vía de desarrollo como lo es Colombia, ya que su incidencia cada día aumenta; y junto con la obesidad, se perfilan como las más grandes epidemias del milenio. La hipertensión arterial (HTA) constituye el primer factor de riesgo cardiovascular en el adulto mayor, hay que señalar que puede corresponder a 2 grupos: hipertensión sistólica aislada e hipertensión sistólica y diastólica combinadas; estudios realizados indican que la prevalencia de ambos grupos aumenta con la edad.

Es un problema de salud que afecta al 30 % de la población adulta y una enfermedad y factor de riesgo de otras; se ha convertido en la razón más frecuente de consulta y prescripción de medicamentos.

En Colombia, del total de los colombianos que usan los servicios de consulta externa, el 23,59% lo hace por problemas crónicos, y la hipertensión arterial es el principal motivo de consulta en los servicios de consulta ambulatoria en nuestro país. Datos obtenidos en la reciente encuesta Nacional en salud evidencian que el 22,8% de la población colombiana entre 18- 69 años edad es hipertensa, y analizando ciertos grupos de edad la cifra se eleva a 34,4% en personas entre los 50 y los 59 años.

Todo esto nos permite a nosotros como regentes de farmacia comprender la importancia de estudiar y ganar experiencia en cuanto a cómo abordar una población compleja de alto riesgo como son los adultos mayores con respecto al cumplimiento de la adherencia terapéutica de esta enfermedad crónica no transmisible y silenciosa que es la hipertensión arterial, y poder mostrar al adulto mayor y a su familia la importancia que tiene la detección precoz, el respeto a la adherencia terapéutica y la modificación de muchos factores sociales y culturales como una vía efectiva para disminuir la morbimortalidad ascendente en esta población de ancianos.

1. ELEMENTOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1 TEMA

HIPERTENSION ARTERIAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES POLIMEDICADOS DE 45 A 80 AÑOS IPS LA ROSA PASTO

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Los cambios de estilo de vida, los cambios en la dieta y el poco ejercicio en las últimas décadas ha incrementado considerablemente el riesgo de contraer (HTA). Es así que el número de personas y medicamentos antihipertensivo disponibles en el mercado se ha incrementado. Sin embargo, la hipertensión arterial (HTA) continúa siendo uno de los más importantes problemas de salud a nivel mundial. En los países desarrollados, actualmente es la enfermedad crónica más frecuente; mientras que en los países en vías de desarrollo, su prevalencia ha aumentado considerablemente en los últimos años. La HTA es un importante factor de riesgo cardiovascular y renal, siendo uno de los principales factores de riesgo de mortalidad y la tercera causa de incapacidad de la población. Diferentes estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que las intervenciones para su control, representan una de las principales estrategias de prevención de la morbi-mortalidad cardiovascular. De esta manera, se ha logrado reducir la incidencia de ictus y de enfermedad coronaria, y la mortalidad total asociada, especialmente en pacientes con un mayor riesgo cardiovascular.

La familia como institución más antigua de la humanidad, está conformado por diferentes grupos de individuos, cuyos rangos de edad pueden extenderse a varias generaciones y es la familia la responsable del mantenimiento de la salud y la calidad de vida de sus miembros. Los factores sociales, económicos y culturales pueden influenciar en los cambios positivos o negativos de ella y se puede poner en riesgo el núcleo familiar.

Según la organización de las Naciones Unidas el número de personas mayores de 60 años pasaran de 600 millones en el año 2000 a 1200 millones en el 2025 y este porcentaje en países en vía de desarrollo crece en forma acelerada. Colombia por encontrarse en esta condición no se escapa de este fenómeno y entre ellos los pueblos y ciudades de nuestro país no son ajenas a dicho fenómeno. No existiendo por parte del estado unos programas de promoción y prevención adecuados dirigidos hacia la hipertensión arterial en el adulto mayor y hacia su adherencia a la terapia.

La población del adulto mayor están en riesgo pues al sufrir de enfermedades prevalentes no trasmisibles como diabetes, enfermedades articulares degenerativas y sobre todo **Hipertensión Arterial**, por lo general son persona **poli**

medicadas, y en el mayor de los casos con un bajo nivel de educación y mucho desconocimiento sobre las enfermedades que padecen.

Es allí donde la salud pública a través de las instituciones de salud del estado y en especial las profesiones enmarcadas en este contexto como la de regencia de farmacia entran a jugar un papel preponderante en una eficaz y adecuada orientación sobre el consumo de medicamentos para mejorar la calidad de vida en esta población de alto riesgo, que en final es lo que el sistema de salud pública busca.

Lo anteriormente planteado permitió proponer y realizar una investigación que da respuesta a las siguientes interrogantes:

- ¿Qué caracteriza la adherencia al tratamiento en los adultos mayores hipertensos atendidas en áreas de salud en los diferentes municipios objeto de estudio?
- ¿Cuáles son los factores que influyen en la adherencia al tratamiento de los adultos mayores hipertensos?

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Realizar un estudio sobre los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en adultos mayores poli medicados de 45 a 80 años afiliados a la IPS la Rosa Pasto.

1.4 FORMULACION DEL PROBLEMA

LA HIPERTENSION ARTERIAL, ADEHERENCIA TERPAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES POLIMEDICADOS DE 45 A 80 AÑOS IPS LA ROSA PASTO.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo General

Identificar el grado de adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva en adultos mayores poli medicados

1.5.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar el grupo de estudio según variables geográficas, demográficas y socioculturales.
- Identificar los posibles factores demográficos y socioculturales que se relacionen con la adherencia terapéutica farmacológica antihipertensiva.

- Valorar la utilidad del procedimiento utilizado en el estudio.
- Conocer el entorno familiar, social, cultural, y ambiental del adulto mayor que sufre enfermedades prevalentes no transmisibles (HTA) y es paciente poli medicado que puede influir en el cumplimiento terapéutico.
- Concienciar al adulto mayor y en especial a su familia sobre la enfermedad que padece y el uso racional y adecuado de los medicamentos que consume para favorecer el mantenimiento y mejoramiento de su salud.
- Establecer cuáles son los factores de riesgo para la hipertensión arterial en adultos mayores.
- Sensibilizar a los adultos mayores sobre la importancia del uso racional de los medicamentos como mecanismo para mejorar su salud

1.6 JUSTIFICACION

En el mundo y en especial en Colombia la morbilidad y la mortalidad de los adultos mayores difieren del resto de la población en general, debido al peso que para ellos tiene las enfermedades no transmisibles, crónicas y degenerativas, enfermedades tales como la hipertensión arterial, neoplasias, diabetes y cardiovasculares, generan poli medicación en él, y con ello una gran responsabilidad en la adherencia terapéutica que se debe de tener por su parte o el encargado de él, y si nos es así se pueden asociar con mayor discapacidad tanto física como mental.

Es así que los riesgos en salud a que están expuestos los adultos mayores, dependen de muchos factores en los que se cuentan su avanzada edad, salud individual, biológicos, de medio ambiente y de servicios de salud. Que se presentan en la mayoría de pueblos y ciudades de nuestro país. Comprender cada uno de ellos facilita las autoridades del sector salud y es especial al regente de farmacia ampliar sus conocimientos sobre la (HTA) en el adulto mayor y su estado de vulnerabilidad y así responder a sus necesidades para obtener unos buenos resultados terapéuticos.

En esta investigación se busca identificar el grado de conocimiento de la (HTA) y responsabilidad que se tiene en la adherencia terapéutica por parte del adulto mayor poli medicado o el encargado de él, frente a las enfermedades prevalentes en adultos mayores de tal manera que se empiecen a diseñar e implementar programas de promoción y prevención en el hogar dirigidos a los riesgos que se puedan detectar.

Este proyecto es importante para la comunidad, buscando comprender y aceptar al grupo de adultos mayores dimensionar sus capacidades entendiendo que son

útiles, capaces y vitales dentro del desarrollo y engranaje de la sociedad. Finalmente es básico para conocer, indagar y crear conocimiento acerca de esta importante etapa de la vida (la adultez) sabiendo entonces como intervenir en ella de manera acertada buscando satisfacción y goce al tiempo y calidad de vida que se contrarresta el proceso de envejecimiento con respecto a la (HTA) y su grado de poli medicación.

Para la formación profesional del Tecnólogo en Regencia de Farmacia es muy significativo ya que contribuye a la formación de su bagaje profesional permitiéndole ganar experiencia en cuanto ha como abordar esta población compleja y de mucho cuidado como es el adulto mayor hipertenso y poli medicado.

El seguimiento farmacoterapéutico es fundamental en el paciente anciano, con objeto de:

- Reforzar los conocimientos del paciente sobre la enfermedad y el tratamiento.
- Mejorar el cumplimiento terapéutico.
- Prevenir, detectar y resolver los PRM que puedan ir apareciendo.
- Facilitar la comunicación del anciano y la consulta de las dudas sobre su tratamiento, RAM.

1.7 HISTORIA DE LA HIPERTENSION Y SU ADHERENCIA TERAPEUTICA COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

La más antigua versión escrita sobre la circulación de la sangre proviene de China. En el NeiChing (2600 A.C.), Canon de Medicina editado por el Emperador Amarillo Huang Ti se expresa: "Toda la sangre está bajo el control del corazón". "La corriente fluye en un círculo continuo y nunca se detiene". Estos conceptos fueron intuitos por medio de la observación y del razonamiento, pues en aquella época estaba proscrita la disección del cuerpo.

Repárese en el concepto de circulación de la sangre enunciado por los médicos chinos, se anticipa en más de 3500 años al enunciado por Harvey en el De Motu Cordis (1628). La explicación que los chinos se dieron en base a la observación y al razonamiento, fue confirmada por Harvey valiéndose del examen anatómico y de la experimentación fisiológica. El examen del pulso fue la técnica diagnóstica más usada en la antigua China. El médico palpaba el pulso del paciente en ambas arterias radiales y lo comparaba con su propio pulso. Comprobaba y anotaba a continuación los hallazgos del examen que pudieran tener influencia en la alteración de la onda pulsátil.

La existencia de la Hipertensión Arterial se conoció por primera vez en 1677, pero hubo de pasar más de un siglo desde que Harvey demostrara la existencia de la misma, hasta que Stephen Hales, químico y naturalista inglés realizara en 1761 la

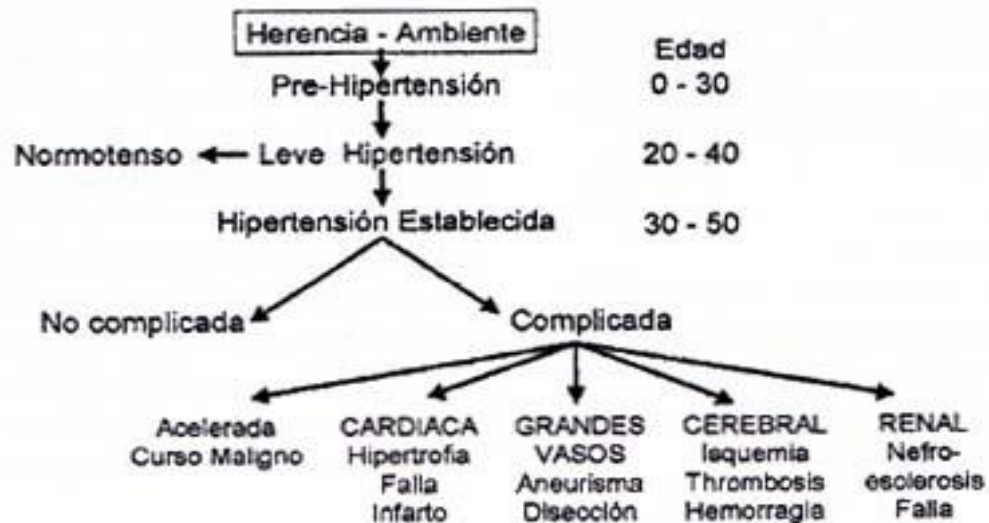
primera medición intra-vascular de la presión arterial. Esta medición se realizó introduciendo una cápsula en la vena del cuello de un caballo y observando hasta que altura subía la sangre en la misma; dicha altura representa la fuerza que ejercía la sangre sobre la pared de la arteria es decir la presión de la sangre a ese nivel. Cincuenta años después Poiseville modificó el tubo de Hales haciéndolo curvo en forma de V, e introdujo mercurio en su interior. En 1834 un médico francés Herrison diseñó un equipo en forma de columna pero todas estas mediciones eran intra-arteriales, hasta que en 1836 Riva Rocci creó el manguito neumático para la compresión de la pared de la arteria comenzando así la toma de la tensión arterial a determinados pacientes ; pero solamente después de la primera década del siglo pasado se convierte la toma de la tensión arterial en parte integral del examen físico del paciente, comenzando en 1976 un estudio colaborativo entre la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud sobre la Hipertensión Arterial en América Latina.

La Hipertensión arterial puede considerarse cosmopolita, se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo atendiendo a múltiples factores de índole económicos, sociales ambientales y étnicos, en todo el mundo se ha producido un aumento de la prevalencia evidentemente relacionado con patrones diversos que van desde la alimentación inadecuada hasta los hábitos tóxicos , el sedentarismo y la poca adherencia terapéutica por parte de los enfermos y especial en adultos mayores.

Estudios recientes han demostrado que el control de la hipertensión arterial conlleva importantes beneficios, con una disminución de la morbimortalidad tanto por accidente cerebro vascular como por cardiopatía isquémica .Sin embargo, y a pesar de esos grandes beneficios, el adecuado control de la presión arterial en nuestro medio está entre el 16,3 % y el 30,1 % de los hipertensos. Este dato indica que aunque pueda haber una adecuada detección de los pacientes hipertensos existe también una considerable distancia, con lo que podría ser un control eficaz de la enfermedad. Cuando lo que se analiza es, en particular, el cumplimiento farmacológico prescrito, las cifras de algunos estudios del ministerio de la protección social, previos señalan que entre el 29 % y el 56 % de los hipertensos no toman la medicación de la forma indicada. Esa falta de adherencia terapéutica es uno de los problemas más significativos con los que se enfrenta la práctica clínica y de los más importantes en el control de la hipertensión. Ahora bien, el estudio del fenómeno de la falta de adherencia al tratamiento, en concreto del no cumplimiento farmacológico, no es de fácil abordaje. Partiendo de la misma definición de falta de cumplimiento (sobre qué intervalo temporal, con qué precisión), pasando por la casi obligada necesidad de recurrir a métodos indirectos para su evaluación (el auto informe del propio paciente) y llegando al amplio conjunto de factores que pueden estar implicados en el mismo. En cuanto a los factores que aparecen como determinantes de la adherencia terapéutica, hasta el momento se han perfilado cuatro grandes componentes: características de la

enfermedad, interacción con el profesional sanitario, características del régimen terapéutico y variables psicológicas y sociales del paciente.

Historia Natural de la Hipertensión Arterial



1.8 ESCENARIO SOCIOCULTURAL Y AMBIENTAL DEL PROBLEMA

La exposición individual en el mundo entero, en latino América y Colombia en especial a factores tales como la obesidad y los patrones dietéticos proporciona, con diferencia, la más útil de las señales en el esqueleto causal que conduce a la hipertensión arterial (HTA). A estos atributos físicos o del comportamiento obesidad y dieta se unen una variedad de características demográficas que también incrementan el riesgo de HTA.

Entre las que ejercen una mayor influencia se encuentran el sexo masculino, el estatus social y la raza/origen étnico. Aunque estas categorías demográficas pueden ser consideradas indicadores indirectos de atributos de estilos de vida, como regla sólo una modesta proporción de los efectos que sobre la presión arterial tienen las clases sociales y los grupos raciales/étnicos pueden ser representados o "capturados" por medio de variables tales como el sobrepeso y el consumo de sal. Las medidas del estatus social, tales como la educación y la ocupación, proporcionan información acerca del riesgo de HTA en un rango de contextos sociales. Sin embargo, la magnitud y dirección de su efecto varían. Debido a que el estatus social condiciona muchos aspectos de la vida de las personas, la selección de factores que son candidatos potenciales para mediar esos efectos no puede ser fácilmente delimitada y van desde los patrones de actividad hasta los estresores psico-sociales.

El papel primario del ambiente como elemento principal que ocasiona las variaciones observadas hacia el interior de esta enfermedad debido a que el estatus social, el origen étnico y los factores ambientales están correlacionados.

Las enfermedades crónicas son una situación en la vida de muchas personas, las cuales ocurren sin importar el sexo, nivel socioeconómico, ni el grupo étnico-cultural y racial. La enfermedad crónica hace referencia a la presencia, acumulación y latencia irreversible de estados de enfermedad o impedimentos que incluyen todo el ambiente humano en busca de un cuidado de apoyo y auto cuidado, un mantenimiento de la función y la prevención de una mayor incapacidad al no tener una buena adherencia terapéutica.

Los hábitos en nuestras ciudades actuales contribuyen al aumento del índice de enfermedades crónicas. Las dietas con alto contenido de grasa saturada y colesterol, los estilos de vida sedentarios, el abuso del tabaquismo, los ingresos familiares limitados para compra de medicamentos el grado de escolaridad y los niveles elevados de estrés se relacionan en conjunto con el surgimiento de enfermedades crónicas en personas genéticamente susceptibles. Aunque en años reciente se ha dado mayor énfasis en los estilos de vida poco saludables. Las condiciones crónicas de salud afectan la vida de las personas, y tienen repercusiones en el área personal y social del adulto mayor hipertenso su familia y las personas que lo rodean. Agregado a esto el adulto que vive en situación de enfermedad crónica experimenta niveles altos de estrés a causa de la polimedición y sus síntomas, fallas en la adherencia terapéutica, cambios en el estilo de vida, dificultades económicas, falta de medicamentos y temor por el futuro.

Los adultos mayores con enfermedad crónica (HTA) deben asumir la responsabilidad del tratamiento cotidiano de la enfermedad, tomar decisiones acerca de su estilo de vida y el cuidado de su salud, adquirir habilidades en el manejo y control de su terapia. Por tanto el apoyo social de su familia se convierten en fuente primordial de suministro de ayuda, afecto, expresiones de amor, afirmación de sus acciones de para restablecer su calidad de vida.

El profesional de regencia de farmacia al interactuar con el adulto mayor en situación de enfermedad crónica hipertensa debe valorar la cultura, los valores, los factores socioeconómicos, los recurso personales, la capacidad intelectual, grado de escolaridad y el apoyo de la familia, amigos y vecinos, elementos que están entrelazados y determinan la respuesta y la adaptación del individuo a la enfermedad y al régimen terapéutico impuesto por su condición crónica. Esta información es útil para la asignación de recursos y servicios en las instituciones de salud, así como plantear programas educativos que garanticen apoyo a la familia y al paciente, lo cual conducirá a la obtención de una mejor calidad de vida de los pacientes hipertensos y su respuesta a la adherencia terapéutica.

1.9 LIMITACIONES

- Esta investigación se va a realizar en la ciudad de Pasto, en la IPS la Rosa inscrita a Pasto salud.
- El tiempo requerido para dicho estudio es de 1 mes.
- Este estudio se realizara con dinero de cada uno de los integrantes, los gastos comprenden el desplazamiento al lugar a entrevistar, las encuestas, internet.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 ANTECEDENTES

La Hipertensión Arterial es el principal factor de riesgo de mortalidad según la Organización Mundial de la Salud. Un 70% de los adultos mayores de 55 años la padecen. Uno de cada tres hipertensos no sabe que tiene la enfermedad y solo hay una forma de darse cuenta: tomarse la presión mediante un proceso con ciertas condiciones.

Ésta enfermedad se puede contraer, principalmente, por antecedentes familiares, pero además existen otros factores, como el consumo excesivo de sal, el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y las enfermedades renales. Sufrir de hipertensión arterial implica que la persona tenga la presión por encima de 140/90, siendo la presión normal 120/80. Uno de cada tres hipertensos no sabe que tiene la enfermedad y solo hay una forma de darse cuenta: tomarse la presión mediante un proceso con ciertas condiciones. “Es una enfermedad que se la conoce como el asesino silencioso, porque por muchos años pasa sin dar ningún síntoma y la persona no se entera que la tiene si no se toma la presión”, Dra. María del Carmen Fontans.

Según datos de la OMS, solamente uno de cada ocho hipertensos tiene un control adecuado de la presión arterial, algo que es fundamental para que el tratamiento contra la enfermedad dé resultado. Si una persona quiere saber si es hipertenso, debe tomarse la presión en determinadas condiciones, es importante que no tenga fiebre ni esté estresada, tampoco tiene que haber tenido una discusión previa y no tiene que estar con ningún problema agudo, porque eso altera los valores. Las condiciones son: sentado, con un descanso de 15 o 20 minutos, no habiendo tomado estimulantes, no habiendo tomado café ni mate, y si en esas condiciones los valores le dan altos, la presión debe tomarse una segunda vez y luego una tercera para confirmar los valores.

“Cuanto más tiempo se tiene presión alta, más posibilidades hay de tener enfermedades de las arterias. Eso puede afectar a órganos como el corazón, cerebro y riñón. A nivel cerebral, estos problemas producen infartos cerebrales o hemorragias que a veces matan o dejan secuelas. Si la persona no muere, se pierden años de vida activa”, dijo Fontans.

La hipertensión arterial es una enfermedad que una vez que se tiene no desaparece y por lo tanto la persona tiene que aprender a convivir con ella. Generalmente, se presenta cuando la persona llega a una edad avanzada y si no se tienen los cuidados adecuados, se pueden sufrir consecuencias graves para la persona. Fontans dijo que es importante que las personas que tengan hipertensión no se auto mediquen y no se hagan auto diagnósticos. También dijo que está mal relacionar al dolor de cabeza con la presión alta. El tratamiento adecuado tiene

dos partes. Por un lado uno no farmacológico, que se trata de revertir los estilos de vida poco saludables.

Esto refiere no solamente a controlar el uso de la sal de mesa, sino también aprender a leer las etiquetas de los alimentos que se compran en supermercados o almacenes. También hay un componente que implica bajar los niveles de estrés. En caso de que con el tratamiento no farmacológico no disminuya la presión, el médico deberá recetar una medicación. Además, es muy importante que el enfermo se controle periódicamente para ver si se logra bajar la presión a los valores que combine con su médico. Esos valores van a depender de cada persona.

2.2 MARCO LEGAL

El envejecimiento en Colombia y en el mundo, referente a la expectativa de vida ha venido aumentando en la mayoría de los países, principalmente debido a la acentuada disminución en la mortalidad prematura por infecciones y por enfermedades crónicas degenerativas no trasmisibles y por la mejora en las condiciones de calidad de vida, como sanitarias, habitacionales, nutricionales, médicas, de vacunación y de control de todo tipo infecciones que se estaban convirtiendo en las últimas décadas en un problema de salud pública. “Los colombianos se mueren más viejos. Así lo establece un informe divulgado por el Departamento de Estadística (Dane), que indica que la esperanza de vida en el país subió a 74 años, dos años más que en el período comprendido entre el 2000 y el 2005.

El informe asegura que las mujeres viven más que los hombres. En la población femenina, su edad promedio es de 77 años, mientras que en hombres es de 70.

Considerando que los adultos mayores sin duda continúan sufriendo discriminaciones, siendo considerados en muchos casos como un ente o sector poblacional no productivo que requiere costos muy crecientes por sufrir de muchas patologías y poli medicación que causa una inversión social que no tendrá condiciones de revertirse a la sociedad.

- Considerando, por último, que el adulto mayor es amparado como ser humano igual en derechos a todas las demás integrantes de las sociedades, dicho por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (art. 25, numeral 1), el Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, la Resolución de la 16
- Asamblea General de las Naciones Unidas No. 40/30 de 29-11-85, además la Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas No. 44/77 de 8-

12-89, y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo en su Informe Final.

- A/CONF.17/13 de 18-10-94), Se proclama la presente Declaración Universal de los Derechos para el Adulto.
- La Constitución Política de Colombia (1991), la cual declara desde su comienzo que “Colombia es un Estado Social de Derecho” y, en su artículo 48 alude a la seguridad social, como derecho irrenunciable de todos los habitantes del territorio de Colombia.
- La Ley de Seguridad Social (Ley 100 de 1993), la cual declara en su preámbulo que la Seguridad Social busca el logro de calidad de vida para todos los colombianos. Destaca en su contenido lo referente a seguridad social en salud, en pensiones, en riesgos profesionales, y tiene una parte final en la que alude, entre otras cosas, a un auxilio de indigencia para colombianos mayores de 65 años en situación de extrema pobreza.
- La ley 715 de 2001, por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151,288, 356 y 357 (acto legislativo 01 de 2001) de la constitución política de Colombia y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación salud y propósito general.
- Circular 018 de 18 de febrero de 2004, lineamientos para la formulación de los planes estratégicos y operativos del Plan del Atención Básica para los años 2004-2007 y los recursos asignados para salud pública.
- Ley 10 de enero 10 de 1990 La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente Ley. El Estado intervendrá en el servicio público de salud, conforme a lo dispuesto en el artículo 32 de la Constitución Política.
- Ley 1112 de 2007, Tiene como prioridad el mejoramiento de la prestación de los servicios a los usuarios, reformando aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control. De igual forma en el Art. 33, estipula la definición del Plan Nacional de Salud Pública para cada cuatrienio, este plan

contempla las actividades colectivas y estipula el Plan de Salud Pública P.S.P de intervenciones colectivas, el cual reemplazará el Plan de Atención Básica P.A.B.

- Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, de obligatorio cumplimiento para las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, y determina los propósitos del Plan Nacional de Salud Pública, las líneas para el desarrollo de la política en salud y las prioridades nacionales en salud para la población colombiana.
- Resolución Número 0425 de 2008, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.

2.3 MARCO TEORICO

Actualmente envejecimiento significa achaques, dolores, problemas, enfermedades degenerativas, dependencia, soledad, pero no siempre ha sido así y no tiene por qué ser así. El mejor punto de partida para cambiar esta visión se encuentra en una pregunta: ¿cómo queremos vivir la vejez? No es frecuente que este interrogante surja en una persona joven o de mediana edad. Ahí radica uno de los problemas que surge ante esta etapa de la vida. Se obvia y se ve como algo lejano y ajeno a nosotros, que no nos afecta, cuando lo cierto es que mañana seremos nosotros los que viviremos la realidad en la que hoy se encuentran nuestros mayores adultos hipertensos y poli medicados.

Para tener una buena calidad de vida es importante el interés y la preocupación por lo que hay alrededor. Para ello es necesario comprometerse con el auto cuidado, proceso que implica responsabilidad e interés en conocer las enfermedades que padecemos su adherencia terapéutica y sus complicaciones. El objetivo principal es mantener al adulto mayor en plena capacidad y funcionalidad e independencia dentro del núcleo familiar y de su comunidad.

En el momento de entender el presente proyecto se hace necesario tener claridad a cerca de algunos conceptos que han de utilizarse constantemente para captar con mayor facilidad las ideas que se van desarrollando en la elaboración del trabajo.

Hipertensión Arterial. La hipertensión arterial es un trastorno del nivel promedio al que está regulada la presión sanguínea, tiene importancia clínica debido a que esta elevación crónica lesiona órganos diana como el corazón, los vasos sanguíneos y los riñones. En etapas iniciales no causa alteraciones en la función

cardiovascular; siendo las características del control de la presión arterial las que conllevan a la regulación de la presión sanguínea flexible y responde a los requerimientos de la perfusión local de los órganos, esta se integra a la función general cardiovascular y renal para servir a la homeostasis del sistema. El nivel con que se regula cambia a lo largo de la vida.

Adherencia Terapéutica. El adecuado cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica, involucra realizar una serie de tareas que requieren: saber qué hacer cómo hacer y cuándo hacer. El paciente debe disponer de una serie de habilidades con diferente grado de complejidad. Por otro lado, es importante conseguir que los pacientes adquieran y mantengan a lo largo del tiempo un hábito de adhesión estricto a los medicamentos y al cumplimiento de todas las indicaciones.

Riesgo. En esta investigación se define el riesgo como el incremento en la probabilidad de consecuencias adversas por la presencia de una o más características o factores. Así el riesgo es una medida de probabilidad estadística de un evento indeseado.

Adulto Mayor. Para la organización mundial de la salud OMS es anciano quien tiene más de 65 años y para la organización panamericana de la salud lo es quien tiene más de 60 años.

Paciente Polimedcado. El consumo de varios medicamentos es una constante en el paciente anciano.

Enfermedad. Se considera enfermedad cuando existe algún estado patológico o de pérdida de funcionalidad en cualquier ser vivo. Para que esta se presente influyen factores ambientales, alimenticios, sociales y psíquicos que sumados a la información genética que viene programada en cada ser posibilitan la evolución o presencia de una enfermedad.

Salud. Inicialmente se hablaría de cuando un ser orgánico está exento de enfermedad, sumando a esto un estado de bienestar constante físico, mental y psíquico. Estar saludable es armonizar con el entorno, poder satisfacer las necesidades básicas, poder estudiar, trabajar, socializarse, es decir, contar con posibilidades de desarrollarse de manera integral.

Diabetes. La diabetes es un desorden del metabolismo, el proceso convierte el alimento que ingerimos en energía. La insulina es el factor importante en el proceso. Durante la digestión se descomponen los alimentos para crear glucosa, la mayor fuente de combustible para el cuerpo. Esta glucosa pasa a la sangre, donde la insulina le permite entrar en las células. (La insulina es una hormona que es segregada por el páncreas, una glándula grande que se encuentra detrás del estómago).

En personas con diabetes, una de dos componentes de este sistema falla: El páncreas no produce, o produce poca insulina (Tipo I). Las células del cuerpo no responden a la insulina que se produce.

Complicaciones. La presión arterial y el deterioro de órganos debe evaluarse por separado, puesto que puede encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos, y por el contrario la lesión de órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial.

Complicaciones Según Lesión de Órgano Blanco

SISTEMA	EVIDENCIA CLINICA	AYUDAS DIAGNOSTICAS
Cardíaco	Enfermedad Coronaria (EC) Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) Insipencia Cardiaca Congestiva (ICC).	Examen físico Electrocardiograma (EKG) o imagenología (radiografía de tórax) Eco cardiográficos
Cerebro vascular:	Isquémica transitoria. Evento cerebro vascular.	Examen médico (evaluar pulsos), Fondo de ojo Examen neurológico
Retinopatía:	Aumento de la luminosidad de los vasos. Entrecruzamiento de vasos. Hemorragias o exudados (con o sin papiledema).	Examen del fondo de ojo
Sistema Renal:	Creatinina sérica mayor 1.5 mg/dl (130 u mol/l). Micro albuminuria. Proteinuria >1.	Examen médico (evaluar masas renales, soplos, pulsaciones anormales en la aorta). Laboratorios (Parcial de orina Nitrógeno ureico, creatinina Micro albuminuria).
Sistema vascular periférico:	La ausencia de uno o más pulsos periféricos excepto el pedio con o sin claudicación intermitente es un indicador de compromiso vascular periférico.	Examen médico

Complicaciones Según Estado de la Hipertensión Arterial

Estadio I	Sin manifestaciones de modificación orgánica.
Estadio II	Al menos una de las manifestaciones siguientes de afectación órganos: Hipertrofia ventricular izquierda (detección eco cardiograma) Estrechamiento general y focal de las arterias retinianas Micro albuminuria, proteinuria y/o ligera elevación de la concertación de creatinina en plasma (1,2– 2,0 mg/dl). Signos radiológicos o ecográficos de placa aterosclerótica (en la aorta o arterias carótidas, ilíacas o femorales).
Estadio III	Aparición de síntomas y signos como resultado de la lesión de órganos: Corazón: Angina de pecho, Infarto de miocardio, Insuficiencia cardiaca Cerebro: Accidente cerebro vascular, Ataque isquémico, Transitorio, Encefalopatía hipertensiva, Demencia vascular. Fondo de Ojo: Hemorragia retiniana y exudado con o sin edema papilar Riñón: Creatinina en plasma > 2.0 mg/dl, Insuficiencia Renal Vasos sanguíneos: Aneurisma disecante, Arteriopatía oclusiva sintomática.

Factores de Riesgo. Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados.

Factores de Riesgo para Hipertensión Arterial

FACTOR DE RIESGO	RELACION CAUSAL
FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	
EDAD	Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo.
SEXO	La hipertensión y el accidente cerebro vascular hemorrágico es más frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebro vascular de tipo arterioesclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino.
ORIGEN ÉTNICO	La hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra.
HERENCIA	La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2ª grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	
FACTORES COMPORTAMENTALES	
TABAQUISMO	El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. ¹ El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA.
ALCOHOL	El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total.
SEDENTARISMO	La vida sedentaria aumenta de la masa muscular (sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.

NUTRICIONALES	Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.
PSICOLOGICOS Y SOCIALES	El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápidos).

FACTORES BIOLÓGICOS	
OBESIDAD	El exceso de peso, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC > de 27. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm. en mujeres y de 9.8 cm. en hombres está asociada a mayor riesgo de Hipertensión, y a dislipidemia, etc.
DISLIPIDEMIAS	El estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión.
DIABETES MELLITUS	La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad.

El tratamiento de la hipertensión arterial en estados 1, 2 y 3 está determinado por el grado de presión arterial, la presencia o ausencia de lesión de órgano blanco y la presencia o ausencia de factores de riesgo.

Estratificación de Riesgo y Tratamiento

TA	Grupo de riesgo A Sin factores de riesgo, sin alteración de órgano blanco	Grupo de riesgo B Por lo menos un factor de riesgo, sin incluir diabetes, sin afección de órgano blanco	Grupo de riesgo C Falla cardíaca, insuficiencia renal o diabetes, con o sin otros factores de riesgo
Normal alta ó 85-89 mmHg)	Modificación estilo de vida	Modificación estilo de vida	Farmacoterapia
Estado 1 (140-159 ó 90-99 mmHg)	Modificación estilo de vida. (Por lo menos 12 meses)	Modificación estilo de vida (por lo menos 6 meses)	Farmacoterapia
Estado 2 y 3 (>=160/ >=100 mmHg)	Farmacoterapia	Farmacoterapia	Farmacoterapia

Fuente: Consenso Nacional de Hipertensión y basado en el JNC-VI

2.4 MARCO CONTEXTUAL

2.4.1 Marco Geográfico. Pasto, capital del Departamento de Nariño, con una extensión de 1128.4 kilómetros cuadrados con una rica biodiversidad, está ubicada en América del Sur en una posición estratégica. Entre los Andes, la cuenca del pacífico y la Amazonía. Limita al norte con el Cauca, al este con Putumayo, al sur con Ecuador, y al oeste con el océano Pacífico.

Fundada en 1539 por el capitán *Lorenzo de Aldana* en el sitio de Guacanquer. Fue trasladada el 24 de junio de 1540 a su actual ubicación por Pedro de Puelles, con el nombre de Villaviciosa o San Juan de Pasto. Título de "muy noble y muy leal" por real cédula de Felipe II, a 17 de junio de 1559.

Como referentes naturales y visuales de Pasto están el río Pasto, volcán Galeras, la Cocha o Lago Guamuez y los 21 pueblos que rodean la ciudad.

Se estima que hasta marzo del 2001, habitaban 391.110 personas; distribuidas así: 344.177 en la ciudad y 46.933 en el sector rural; 180.104 hombres y 211.006 mujeres; 138.549 niños, 56.502 jóvenes y 156.542 adultos y 39.517 viejos habitan el Municipio de Pasto.

En el sector rural se observó que el año 2000 52.71% de los propietarios de tierras poseen menos de una hectárea y el 24.33% poseen 1 a menos de 3 hectáreas y el 7.45% poseen de 5 a menos de 10; es decir, que 84.39% de los propietarios de las tierras poseen micro fundíos y minifundios.

La Capital del Departamento de Nariño, posee una altura de 2.559 metros sobre el nivel del mar y una temperatura media de 14 grados centígrados. Con aproximadamente 400.000 habitantes, quienes en el sector urbano dependen del comercio, los servicios y la industria, destacándose el procesamiento de alimentos y las artesanías.

Se levanta al pié del volcán Galeras, a 2.527 m.s.n.m. en el frío y fértil valle de Atriz. Es una ciudad donde se siente la presencia del pasado, mostrando un contraste arquitectónico sin igual con edificaciones de la época republicana y casas modernas. Esta bella población se caracteriza por sus bellos paisajes, reservas naturales y centros culturales que acogen al turista con la amabilidad y cordialidad manifiesta de su gente.

El aspecto cultural de la ciudad está enmarcado en el carnaval de negros y blancos, el barniz de pasto, arquitectura religiosa de diferentes estilos, museos, bibliotecas y centros educativos. El teatro Imperial de la Universidad de Nariño es un sitio de interés de los atractivos culturales de la ciudad que dan fe de la cultura regional.



Por su riqueza en monumentos religiosos es llamada la ciudad teológica de Colombia, se destacan las iglesias de Cristo rey, San Felipe Neri, San Juan Bautista, Santiago, Catedral, Santuario Eucarístico

RESEÑA HISTORICA

En tiempos precolombinos el territorio fue habitado por los grupos indígenas quillacingas, pastos, iscuandés, tumas y telembíes. En algún momento algunos de estos grupos hicieron parte del gran imperio Inca. El primer conquistador que ingreso al territorio fue Pascual de Andagoya, él recorrió las costas del Pacífico. Francisco Pizarro inició la conquista del Perú ingresando por Tumaco en 1525.

En 1535, Juan de Ampudia, Sebastián de Belalcázar y Pedro de Añasco exploraron las áreas montañosas de Nariño, quedando el territorio bajo el dominio de Sebastián de Belalcázar, quien fue nombrado gobernador del territorio que pertenecía a la Audiencia de Quito. Después de la independencia, la región formó parte de la Provincia de Popayán, entre 1821 y 1886 hizo parte del departamento de Cauca y las provincias de Barbacoas y Pasto, finalmente, en 1904, se creó el departamento de Nariño, cuya capital es San Juan de Pasto.

El territorio que hoy se conoce como departamento de Nariño fue atractivo por el oro de Gualcalá, La Concordia, Sanabria y de los ríos afluentes del Patía como el Telembí, a cuyas orillas creció Barbacoas, la ciudad del oro, habitada por señores de Pasto y de Popayán y sus esclavos negros.

3. METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio Descriptivo ya que Analizamos porque razón hay Hipertensión arterial en los afiliados de la IPS La Rosa en Pasto. También se realizó un estudio explicativo ya que por medio de este buscamos encontrar las razones y causas por las que se presenta Hipertensión.

La investigación es cuantitativa, porque parte de la formulación de variables seleccionadas en forma específica y limitada que sirven para el problema a investigarse, el tipo de análisis que en ella se hace es de corte estadístico en base a modelos de cantidad el cual se enfoca en datos porcentuales, en el caso específico se recolectó y tabuló la información con base en la aplicación de encuestas dirigidas a los personas mayores de 45 años afiliados a la IPS La Rosa de Pasto. Enfocándose en las características socio demográficas, factores de riesgo modificables y no modificables.

3.2 ENFOQUE

El enfoque fue porque en él privilegia como criterios de validez el uso de datos provenientes de la experiencia y datos observables. La información suministrada por los adultos entre 45 a 80 años, fue tomada con base en su experiencia.

3.3 TIPO

El tipo de investigación es descriptiva, porque se evalúan cada una de las variables e indicadores que se encuentran implícitos en el problema de estudio, para luego describir valorativamente los rasgos que caracterizan a cada una de esas variables. En el estudio se dieron a conocer los resultados de acuerdo al registro y análisis de la información, haciendo la interpretación respectiva sobre los factores de riesgo de dicha enfermedad.

3.4 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Método

Encuesta. Estuvo dirigida a las personas entre 45 a 80 años que son atendidos en la ips La Rosa de pasto inscrito a pasto salud Utilizaremos la encuesta para identificar los factores de riesgo de HAT a los que están expuestos las personas entre 45 a 80 años, Atendidas en las IPS para lo cual se tomaron los datos relacionados con: edad, género, presión arterial, colesterol, fumador, entre otros...

3.5 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Encuesta. Estuvo dirigida a las personas entre 45 a 80 años que son atendidos en la IPS La Rosa en la ciudad de pasto. Se utilizó el test para identificar los factores de riesgo de HAT a los que están expuestos las personas entre 45 a 80 años, para lo cual se tomaron los datos relacionados con: edad, género, presión arterial, colesterol, fumador, entre otros.

3.6 POBLACIÓN Y MUESTRA

Según la base de datos. La población está representada por 100 afiliados a la IPS la Rosa de pasto, inscrito a Pasto salud.

La muestra: está conformada por 100 usuarios mayores de 45 años pertenecientes a las IPS de muestra en las ciudad de pasto.

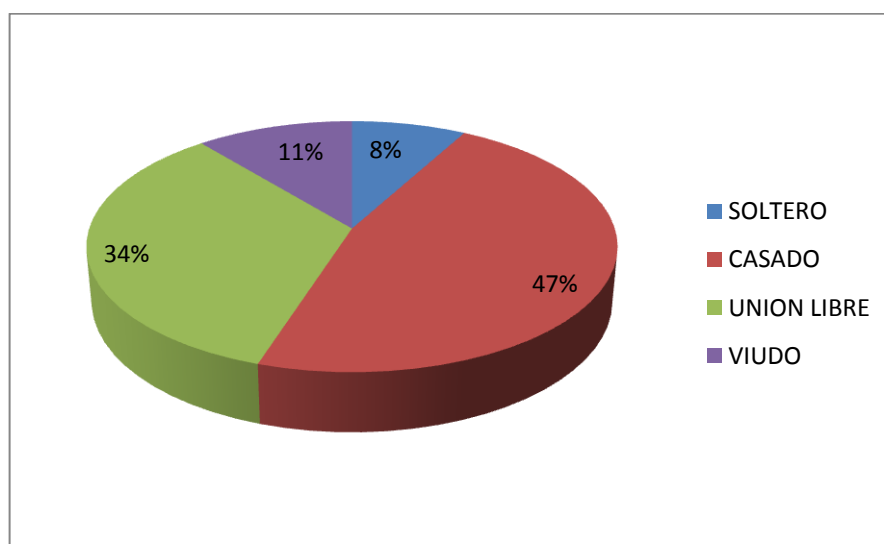
4. PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1 VARIABLES SOCIO DEMOGRAFICAS

Las variables socio demográficas de los individuos, como su edad, sexo, estado conyugal, nivel educacional y zona de residencia entre otras, condicionan su conducta frente a la salud o enfermedad.

Estado Civil: Representación grafica del estado civil de las personas encuestadas en la IPS La Rosa de Pasto, inscrita a Pasto Salud.

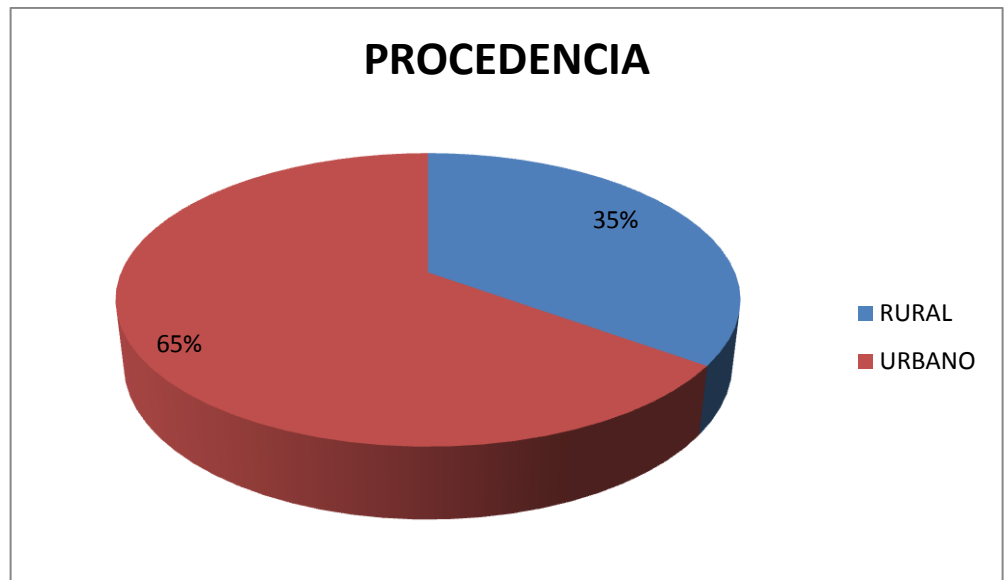
ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SOLTERO	8	8%
CASADO	47	47%
UNION LIBRE	34	34%
VIUDO	11	11%
TOTAL	100	100%



Respecto al estado civil de la muestra poblacional de la ciudad de Pasto, afiliado a la IPS la Rosa se encontró que un 47% de personas esta actualmente casado, un 34% en unión libre, un 11% ha quedado viudo y tan solo un 8% se encuentra soltero. Indicando que el mayor número de personas se encuentra acompañada por una pareja.

Procedencia: Representación porcentual de la procedencia en las personas encuestadas en la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud.

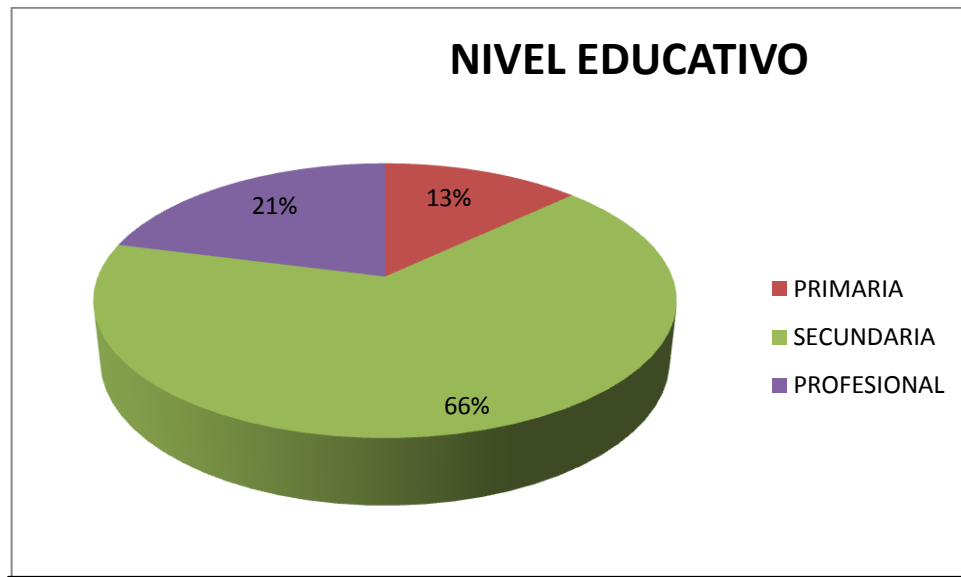
PROCEDENCIA	FRECUENCIA
RURAL	35
URBANO	65



Se encontró que el mayor número de personas que asisten a la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud provienen del área urbana con el 65%, mientras el 35% restante de la muestra proviene del área rural.

Nivel Educativo: Representación porcentual del nivel educativo de las personas encuestadas en la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud.

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA
PRIMARIA	13
SECUNDARIA	66
PROFESIONAL	21



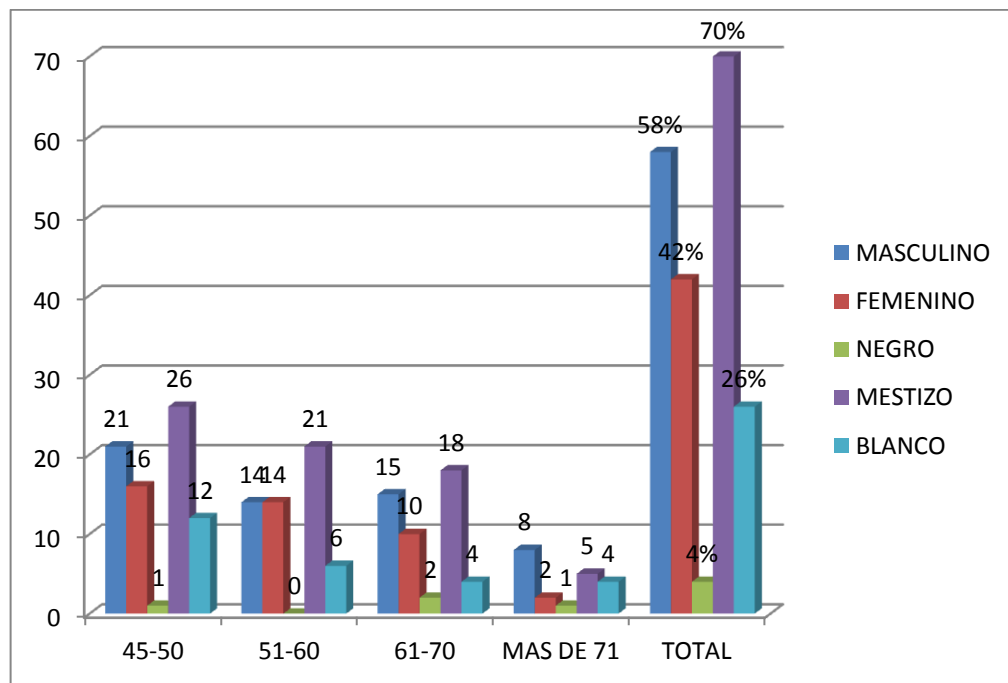
Se encontró que el 65% de la muestra poblacional encuestada tuvo acceso a la educación culminando su nivel de secundaria, el 21% es profesional, y el 13% restante solo logra acceder a la primaria.

4.2 FACTORES DE RIESGO

4.2.1 Factores de Riesgo no Modificables

Rango De Edad, Sexo Y Raza: Representación porcentual del rango de edad, sexo y raza a la cual pertenecen las personas encuestadas en la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud.

EDAD	SEXO			RAZA		
	MASCULINO	FEMENINO	NEGRO	MESTIZO	BLANCO	
45-50	21	16	1	26	12	
51-60	14	14	0	21	6	
61-70	15	10	2	18	4	
MAS DE 71	8	2	1	5	4	
TOTAL	58	42	4	70	26	



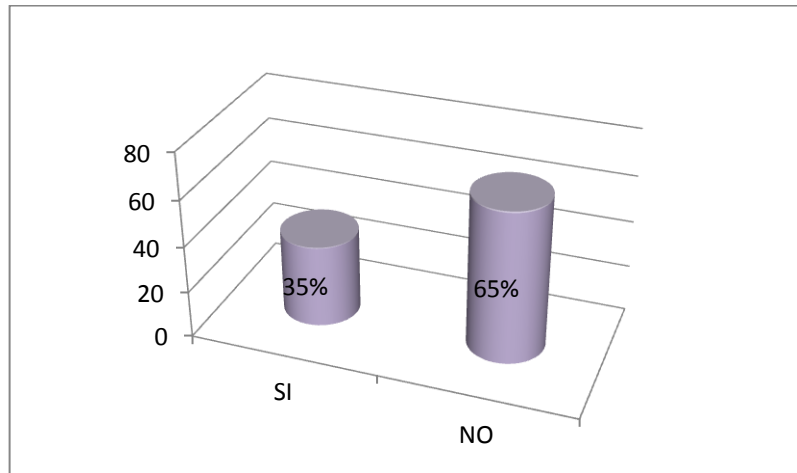
Identificando los principales factores de riesgo no modificables entre ellos edad y genero, se encontró que el 58% de personas encuestadas en la muestra pertenecen al género masculino con el 21% en el rango de edad de 45-50 años, el 14% entre 51-60 años, el 15% entre 61-70 y el 8% con más de 71 años, y el restante 42% pertenecen al género femenino con 16% de mujeres entre los 45-50 años, el 14% entre 51-60 años, el 10% entre 61-70 años y el 2% con más de 71 años.

Se evidencia en la grafica que el mayor número de hipertensos encuestados en la muestra pertenecen al género masculino, encontrándose en edades tempranas la mayor parte de ellos, demostrando así que los hombres desde muy temprana edad cursan cifras más elevadas de TA que las mujeres, a medida que aumenta la edad se van igualando las condiciones en los dos géneros.

Respecto a la raza se encontró que en la región donde se realizó la encuesta a la muestra poblacional el 70% de personas pertenecen a la raza mestiza, el 26% a la blanca y tan solo el 4% a la raza negra. No se puede descalificar que la raza negra sea una de las que más probabilidades tengan de ser hipertensos, solo que en la muestra tomada se encontró el 4% de personas pertenecientes a esta raza.

Representación porcentual de los antecedentes familiares de las personas encuestadas en la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud.

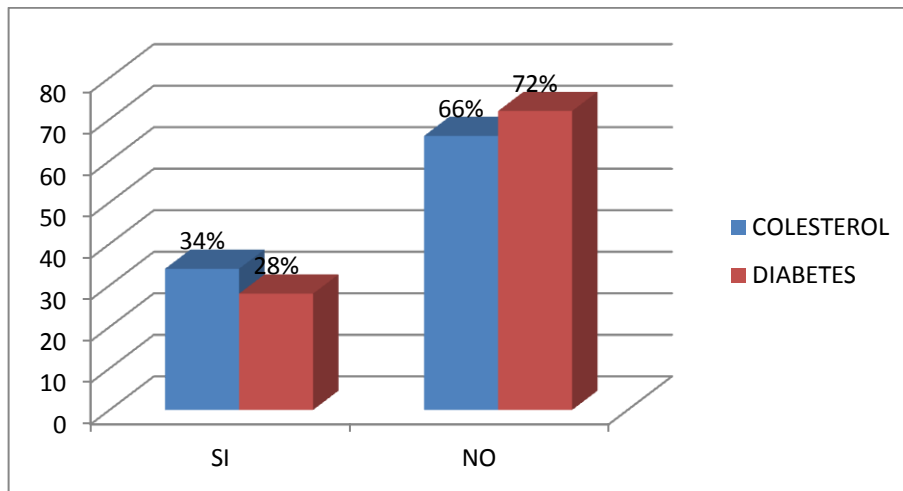
ANTECEDENTES FAMILIARES DE HIPERTENSION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	35	35%
NO	65	65%
TOTAL	100	100%



La grafica representa el porcentaje de antecedentes familiares con un 35%, con lo cual se demuestra la importancia del componente genético como factor de riesgo. A pesar que, los antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial se encuentran en un porcentaje inferior al 50% no quiere decir que sea menos importante, pues se ha planteado que existe tendencia a la hipertensión en algunas familias, siendo doble la probabilidad de padecer hipertensión arterial.

4.2.2 Factores de Riesgo Modificables. Representación porcentual de enfermedades relacionadas con la TA y toma de medicamentos para su tratamiento en pacientes que asisten a la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud.

	SI	NO
COLESTEROL	34	66
DIABETES	28	72

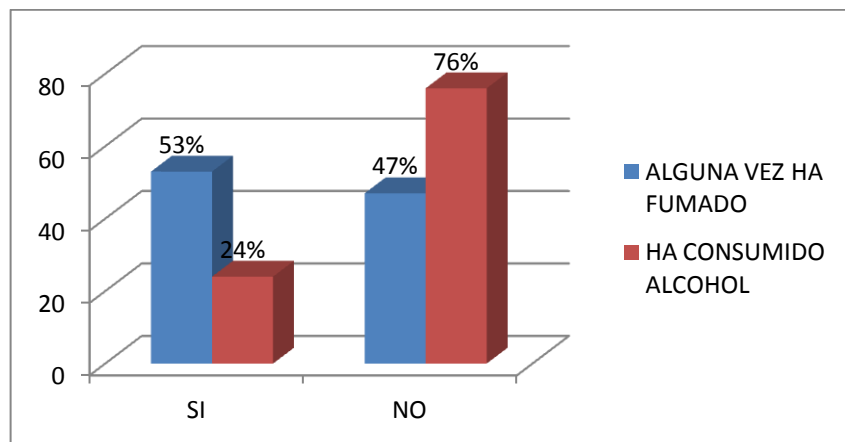


La grafica representa la poli medicación en pacientes hipertensos mayores de 45 años, donde el 34% de ellos consume adicionalmente medicamentos hipolipemiantes (controlar colesterol) y el 28% consume además hipoglucemiantes (controlan los niveles de azúcar).

Estos factores de riesgo representan un mayor margen de morbilidad en este tipo de pacientes, debido a la afectación de muchos órganos que generan más enfermedades.

Representación porcentual del tabaquismo y el consumo de alcohol de las personas encuestadas en la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud.

	SI	NO
ALGUNA VEZ HA FUMADO	53	47
HA CONSUMIDO ALCOHOL	24	76
TOTAL	100	100

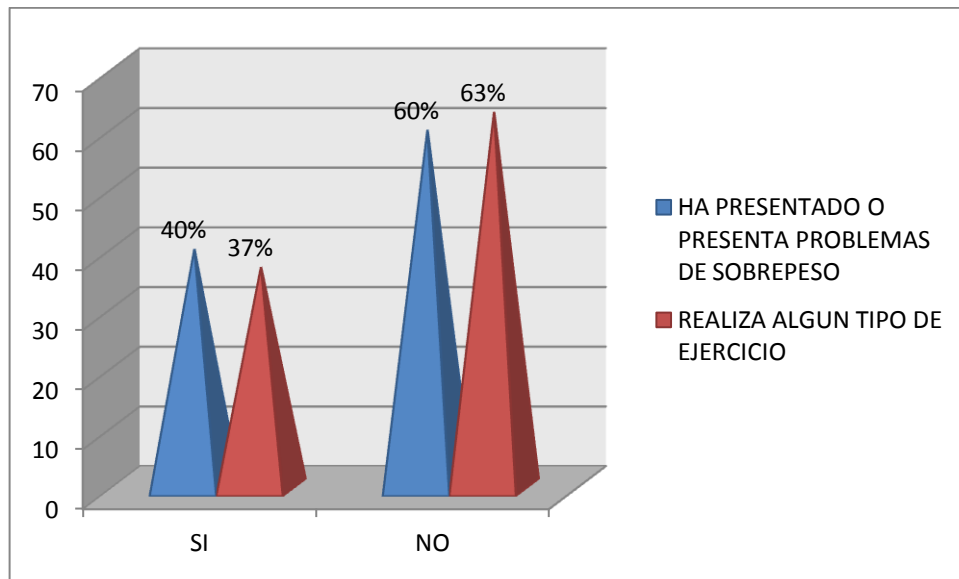


Dentro de la muestra de estudio se comprobó que el tabaquismo con un 53% y la ingesta de alcohol con un 24% son importantes factores de riesgo en la TA. Es bueno aclarar que el alcoholismo por sí solo no eleva la tensión arterial sino que junto a otros factores de riesgo constituye un determinante de la misma.

El elevado número de fumadores de la muestra ubica el tabaquismo como uno de los factores de riesgo más elevado en frecuencia, pues aparte de producir enfermedades respiratorias o cancerígenas, produce enfermedades vasculares y circulatorias e impide que los tratamientos o medicamentos sean absorbidos por el organismo.

Grafica 8. Representación porcentual del sobrepeso u obesidad de las personas encuestadas en la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud.

	SI	NO
HA PRESENTADO O PRESENTA PROBLEMAS DE SOBREPESO	40	60
REALIZA ALGUN TIPO DE EJERCICIO	37	63

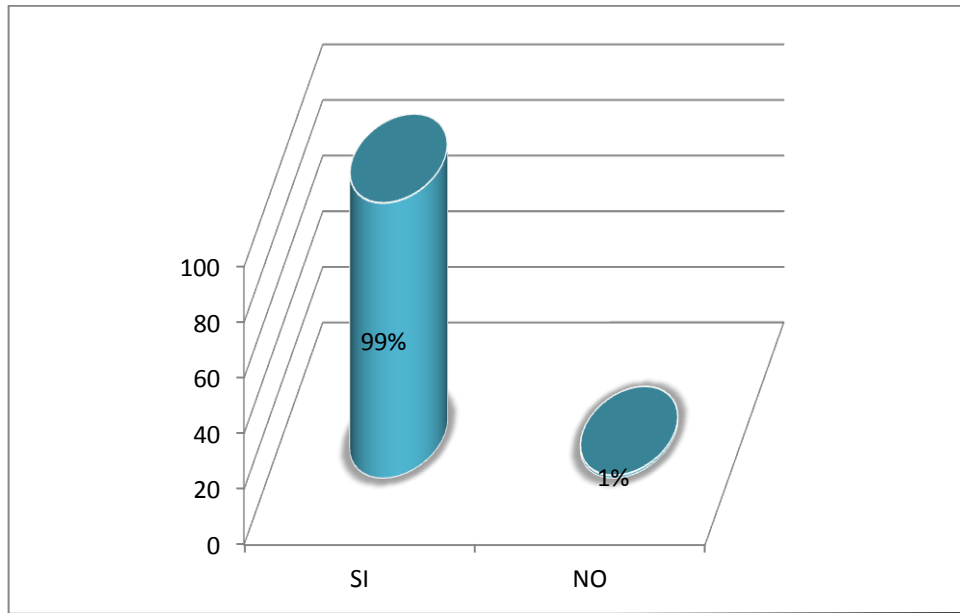


La grafica representa la cifra elevada de personas con problemas de sobrepeso u obesidad, con un 40%, y así mismo el número elevado de personas (63%) que no desarrollan ejercicio físico ni actividad alguna que acabe con el sedentarismo. La inactividad física o falta de ejercicio se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de la enfermedad cardiaca e incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular. Una persona sedentaria tiene más riesgo de sufrir arterioesclerosis, hipertensión y enfermedades respiratorias.

4.3 FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIPERTENSIVO

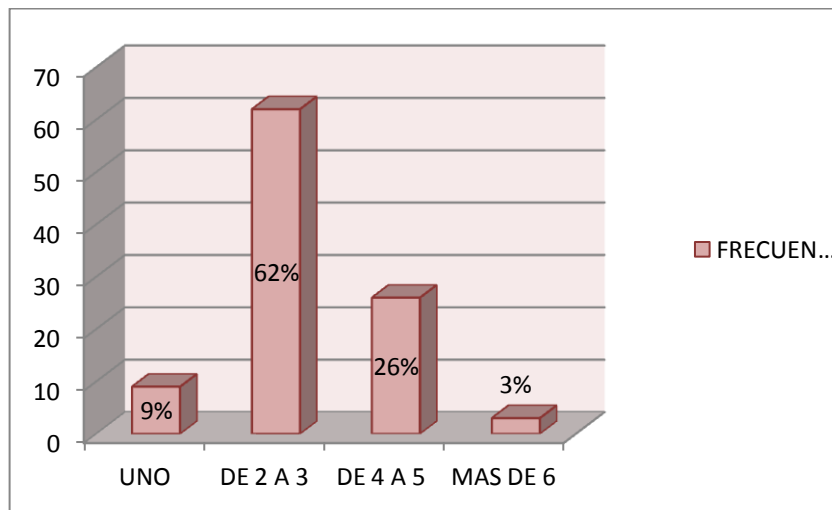
4.3.1 Tratamiento Farmacológico. Representación porcentual del consumo de medicamentos para controlar la HTA y la cantidad de medicamentos que consume por día los pacientes que asisten a la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud.

CONSUME MEDICAMENTOS PARA CONTROLAR LA HIPERTENSION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	99	99%
NO	1	1%
TOTAL		100%



4.3.2 Polimedición

CANTIDAD DE MEDICAMENTOS AL DIA	FRECUENCIA
UNO	9
DE 2 A 3	62
DE 4 A 5	26
MAS DE 6	3
TOTAL	100



Frente al tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial (grafica 9), se observa que el 99% de la encuesta toma algún tipo de medicamento para controlar su tensión arterial, solo el 1% no lo hace.

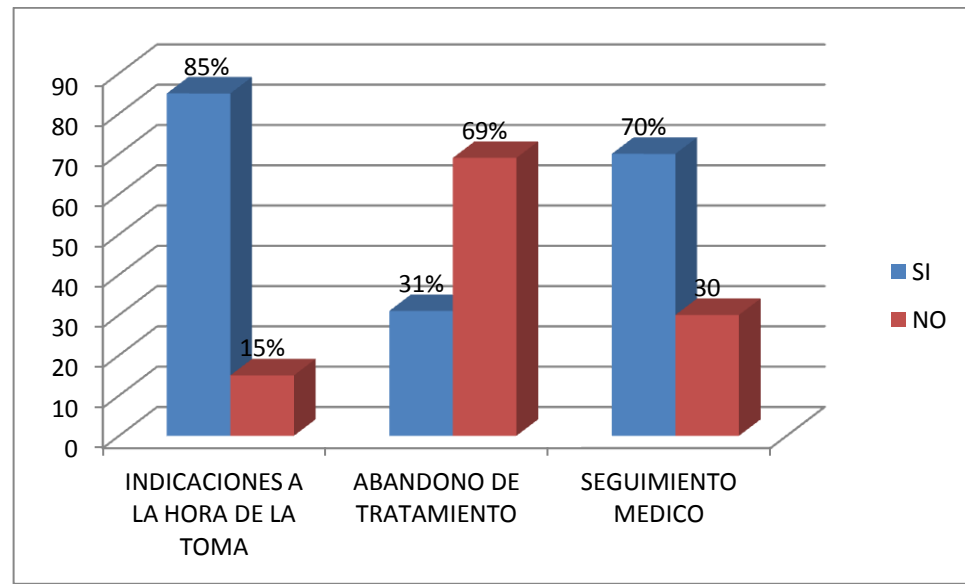
Respecto a la cantidad de medicamentos (grafica10) que se consume por día, el 62% de personas toma entre dos a tres, seguido del 26% con 4 a 5 tomas diarias, evidenciando así la poli medicación en pacientes hipertensos mayores de 45 años. Aunque, lógicamente la administración simultanea y de forma permanente a un paciente de diferentes medicamentos está clínicamente justificada, también es cierto que cuanto mayor número de medicamentos recibe un paciente, mayor es el riesgo de prescripciones inadecuadas con probables consecuencias negativas para la salud.

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:

Las personas mayores son una población especialmente vulnerable por tener una mayor morbilidad que motiva la utilización de múltiples fármacos, y unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de RAM, interacciones medicamentosas, olvidos y confusiones.

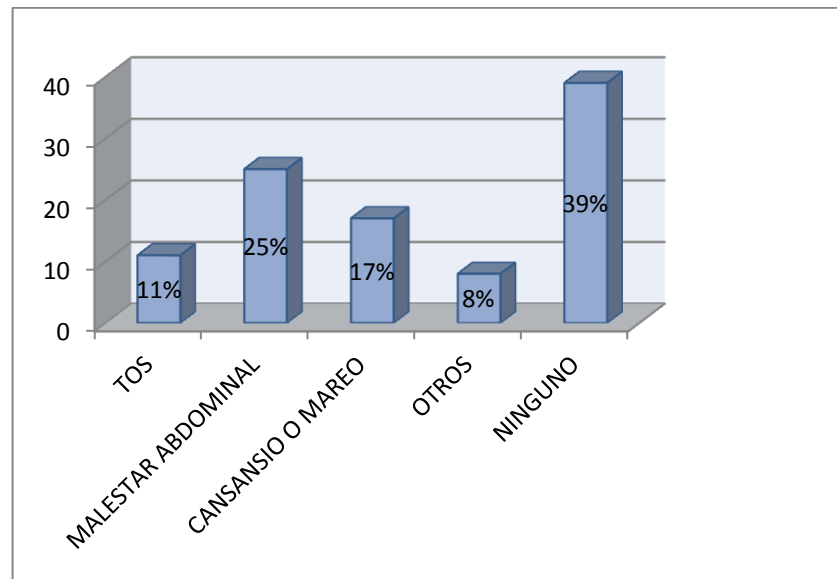
4.3.3 Adherencia al Tratamiento. Representación porcentual de la adherencia terapéutica en pacientes poli medicados que asisten a la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud.

	SI	NO
INDICACIONES A LA HORA DE LA TOMA	85	15
ABANDONO DE TRATAMIENTO	31	69
SEGUIMIENTO MEDICO	70	30



4.3.4 Efectos Secundarios. Representación porcentual de los efectos secundarios en la toma de medicamentos en pacientes poli medicados que asisten a la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud.

EFFECTOS SECUNDARIOS	FRECUENCIA
TOS	11
MALESTAR ABDOMINAL	25
CANSANSIO O MAREO	17
OTROS	8
NINGUNO	39



En la grafica se observa que el 85% de los encuestados sigue las indicaciones médicas a la hora de la toma de los medicamentos como son: la cantidad exacta y la hora correspondiente.

Frente al abandono del tratamiento el 31% deja sus medicamentos sin consultar con su médico, mientras que el 69% tiene adherencia al tratamiento con el 70% de seguimiento médico correspondiente. La no-adherencia al tratamiento de las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran magnitud. Esto se refleja en los países desarrollados, la adherencia a la terapéutica, promedia el 50%, mientras que en los países en vías de desarrollo las tasas son menores.

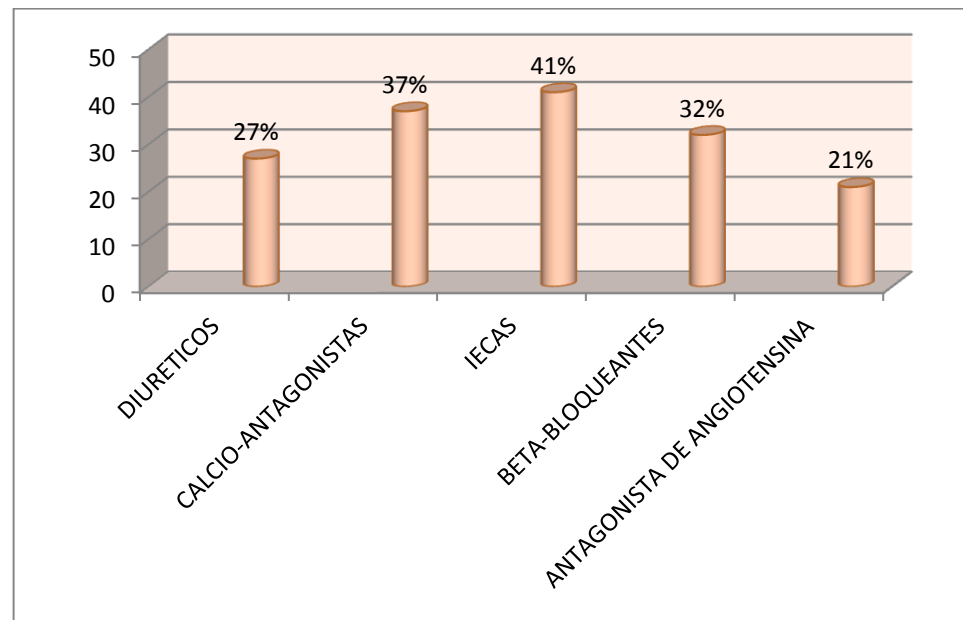
La adherencia deficiente a los tratamientos a largo plazo, compromete gravemente la efectividad del tratamiento, de manera que es un tema fundamental para la salud de la población desde la perspectiva de la calidad de vida.

Algunos de los factores relacionados con la adhesión al tratamiento son de carácter psicológico o socioeconómico como la falta de dinero para la adquisición o la falta de ellos en las respectivas eps. Frente a los factores psicológicos, el olvido, la falta de resultados o los efectos indeseados hacen parte de la no adherencia al tratamiento.

Se observa un alto índice de factores secundarios indeseados en la toma de varios medicamentos (grafica 12). El 61% de los pacientes manifestó efectos secundarios como: tos (11%), malestar abdominal (25%), cansancio o mareos (17%) y otros (8%) mientras el 39% no manifiesta síntomas indeseados.

4.3.5 Clase De Antihipertensivos. Representación porcentual de los diferentes tipos de medicamentos antihipertensivos en pacientes poli medicados que asisten a la IPS la Rosa, inscrita a Pasto salud.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	FRECUENCIA
DIURETICOS	27
CALCIO-ANTAGONISTAS	37
IECAS	41
BETA-BLOQUEANTES	32
ANTAGONISTA DE ANGIOTENSINA	21



Se observa el uso de los diferentes grupos terapéuticos para controlar la tensión arterial, entre los más usados esta los IECAS con un 41% de usuarios, este tipo de medicamentos impide que el organismo genere un producto que se llama angiotensina II sin el cual no se produce la renina (que eleva la TA y estrecha los vasos). Están indicados en HTA esencial, HTA con complicaciones de diabetes o hipocolesterolemia, con insuficiencia cardiaca o alteraciones en la función renal.

El calcio-antagonistas y el betabloqueante están con un 37% y 32% respectivamente. Los bloqueantes de los canales de calcio impiden la entrada de calcio en las células, disminuyendo la contractilidad miocárdica y las resistencias

vasculares periféricas y los betabloqueantes actúan bloqueando efectos de la adrenalina en el cuerpo, en particular el efecto estimulante sobre el corazón, latiendo más despacio y con menos fuerza.

Luego se encuentran los diuréticos con el 27% de usuarios siendo este generalmente el primer medicamento de elección en la HTA, aumentando la eliminación de sal y orina del organismo, lo que sirve para bajar la TA, y los antagonistas de angiotensina con un 21% de usuarios. Son antihipertensivos tan eficaces como los demás medicamentos empleados para tratar la presión arterial elevada, con la ventaja de ser muy tolerados.

4.4 PROPUESTA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN

Objetivo: Incrementar las acciones de prevención primaria relacionadas con la Hipertensión Arterial.

Las potencialidades para lograr una intervención poblacional son muchas y siempre ventajosas lo que redundaría en una prevención adecuada de este problema de salud. Es muy importante señalar que un gran porcentaje de eventos, relacionados fundamentalmente con enfermedades cardiovasculares, ocurren en personas que presentan un ligero aumento de la presión arterial que no han sido diagnosticadas ni tratadas, por lo que el fomento de acciones relacionadas con modificaciones en los estilos de vida pueden incidir en esta gran masa, al reducir factores de riesgo asociados a su etiología o complicaciones.

Los cambios de estilo de vida han demostrado efectividad en la disminución de la presión arterial. En aquellos casos que por sí solo no ha ocurrido, favorecen, pues disminuyen el número y dosificación de medicamentos hipotensores para lograr los niveles adecuados.

Los aspectos más importantes a tener en cuenta son:

- Control del peso corporal, disminuyendo la obesidad.
- Incremento de la actividad física, disminuyendo el sedentarismo.
- Eliminación o disminución a niveles no dañinos de la ingestión de alcohol.
- Reducir la ingesta de sal.
- Lograr una adecuada educación nutricional sobre una ingesta con equilibrio energético y proporcionadora de micronutrientes favorecedores para la salud.
- Eliminación del hábito de fumar.

5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

5.1 RECURSOS HUMANOS

DIRECTOS: las personas encargadas del diseño aplicación y ejecución del proyecto fueron:

FRANCYNED HERNANDEZ
SANDRA VIDAL
JIMMY ORLANDO CARLOSAMA
SANDRA PATRICIA ORDOÑEZ
NARGY NIYIRETH LOZANO CORREA.

INDIRECTOS: adultos mayores de 45 años afiliados a la IPS La Rosa de Pasto y la comunidad a quienes se les aplicaron las encuestas mencionadas en el proyecto sobre el tema:

HIPERTENSION ARTERIAL Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN ADULTOS MAYORES POLIMEDICADOS DE 45 A 80 AÑOS.

5.2 PRESUPESTO

En la realización del proyecto hubo unos gastos mínimos en la elaboración de los formatos, en el desplazamiento al lugar de las encuesta y en otros gastos relacionados a la elaboración.

MATERIALES	JUSTIFICACIÓN	VALOR
Transcripción	Se hace necesario digitar la información obtenida en el trabajo de campo	10.000
Servicio de internet	Consultas realización del trabajo	50.000
Fotocopias Encuestas	Aplicación del instrumento para recolectar la información	5.000
Transporte	Desplazarse al lugar donde se realizó el trabajo de campo	25.000
Bibliografía	Consulta de fuentes secundarias	10.000
TOTAL		100.000

5.3 CRONOGRAMA

Actividades	Mes de octubre				Mes de noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4
ASESORÍA METODOLÓGICA DEL TRABAJO DE CAMPO	■	■						
RECOLECCION DE LA INFORMACION NECESARIO PARA LA ELABORACION DE LA PROPUESTA PARA EL TRABAJO DE CAMPO			■	■				
PRESENTACION DE LA PROPUESTA PARA EL TRABAJO DE CAMPO					■			
RECOLECCION DE LA INFORMACION PARA LA ELABORACION DE LAS ENCUESTAS						■		
ORGANIZACIÓN E INTERPRETACION Y PRESENTACION DE LA INFORMACION DE LAS ENCUESTAS						■	■	
REDACCION Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE CAMPO							■	
SUSTENTACION DEL TRQABAJO DE CAMPO								■

CONCLUSIONES

La falta de adherencia terapéutica es un problema de gran trascendencia en los adultos mayores hipertensos y poli medicados, que debe ser abordado tanto desde el punto de vista preventivo como de intervención, una vez diagnosticada la enfermedad. Concluyendo: la hipertensión arterial es una de la prioridades de salud en el país, y una de las acciones para lograr su prevención es el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento, nos podemos preguntar: ¿Qué podemos hacer desde nuestra perspectiva profesional como Regentes de Farmacia?

Es importante recalcar que uno de los principales hallazgos en esta investigación está relacionado con la escasa adherencia terapéutica, casi el 50% de las de los adultos mayores bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo se consideran no adherentes según lo expuesto por el Test, conjuntamente esto se asocia a un importante número de adultos que no poseen cifras de control de la presión arterial.

Haciendo un del análisis comparativo entre los resultados de la investigación y la bibliografía escogida, se revela una enorme diversidad de factores que se vinculan con la adherencia terapéutica, como lo son la presencia de comorbilidades, el esquema farmacológico de politerapia, el olvido de tomar los medicamentos, los mitos culturales, el nivel sociocultural, etc.

Es importante mencionar que existen más variables que se han demostrado afectan a este fenómeno, con lo que se forman múltiples dimensiones, ya desde un plano personal como también cultural y técnico, que no se evaluaron por la complejidad e irrelevante elaboración que esta tendría.

Es de resaltar que a raíz de los datos revelados por este estudio se desprende necesariamente una valorización de este fenómeno en la actualidad, del como incide la adherencia terapéutica en múltiples aspectos psicosociales en los adultos mayores hipertensos y como estos también la afectan, en un proceso de retroalimentación negativa, que por ser un proceso continuo, variable e individual, no se puede realizar un perfil del adherente, sino más bien, un perfil del profesional de la salud y sus familiares el cual desarrolle herramientas propias para poder afrontar esta problemática.

La pluralidad de abordaje es amplia, y requiere que los profesionales en diferentes ramas de la salud que inserten en una metodología más participativa entre las diferentes profesiones, como lo que ocurre con la orientación de la salud familiar, que se está implementando principalmente en el sector primario de atención de nuestro país.

En la adherencia al tratamiento antihipertensivo en los adultos mayores hipertensos influyen factores de diferente naturaleza: socioeconómicos, características demográficas, psicológicas y de la red familiar y social del paciente, la organización del servicio de salud, el funcionamiento del equipo de asistencia sanitaria, así como particularidades de la enfermedad y el tratamiento los que deben ser considerados de manera integral en las intervenciones encaminadas a la reducción de este problema.

Los factores que favorecen u obstaculizan el proceso de adherencia al tratamiento, según integración de fuentes y tipos de información, presentan diferentes grados de consistencia. La disponibilidad de medicamentos antihipertensivos, la percepción de apoyo de la red familiar al adulto mayor, la presencia de efectos indeseables de los medicamentos, la complejidad del tratamiento, características actitudinales del paciente y sus conocimientos acerca de la enfermedad y el tratamiento, fueron los de mayor importancia.

RECOMENDACIONES

Continuar el desarrollo de esta línea de investigación dirigida a perfeccionar y validar el instrumento de evaluación de la adherencia al tratamiento en adulto mayores poli medicados e hipertensos para responder a la demanda de su investigación en estas enfermedades crónicas, así como reproducir el estudio en poblaciones más amplias y en otros contextos.

Establecer vínculos con diferentes instancias administrativas y asesoras del Sistema Nacional de Salud con el fin de apoyar el desarrollo de acciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento en hipertensión arterial en adultos mayores, sobre la base de los resultados de la investigación.

Instaurar vínculos con las direcciones de las modalidades formativas de recursos humanos en profesionales de Regencia de Farmacia y las disciplinas de las Ciencias Médicas y de la Salud en las que imparte este tema. Continuar su impartición en la formación de postgrado en programas de maestría.

BIBLIOGRAFIA

Blasco Valle M., Córdova García R., Mozota Duarte J., Otegui Haduya L. Manual de Hipertensión Arterial en Medicina de familia. JARPYO EDITORES, S.A., 1997, p. 9

CONGRESO DE LA REPUBLICA, COLOMBIA Ley 100, 1993 Sistema de Seguridad Social Integral

ICONTEC, Norma Técnica Colombiana NTC ISO 9001 año 2000

Márquez Contreras E, Gil Guillen V. Variables que influyen en el incumplimiento terapéutico. Cumplimiento en HTA. Actualizaciones. 2004; 1(2):4-5.

Martín Alfonso L, Saín Magalia, Bayarne Vea H. Frecuencia de cumplimiento del tratamiento médico en pacientes hipertensos. Rev Cubana Med Gen Intreg. 2003; 2(9):13-6.

Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004; 30(4).

MINISTERIO DE SALUD, COLOMBIA Resolución 3997 de octubre de 1996. Actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

MINISTERIO DE SALUD, COLOMBIA Resolución 412 del 2000 Actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las enfermedades de interés en salud pública.

World Health Organization-International Society of Hypertension. Guidelines for the management of Hypertension. J Hypertens. 1999; 17:151-83.

ANEXOS

ANEXO A. ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD
CURSO DE PROFUNDIZACIÓN SALUD PÚBLICA

ENCUESTA A REALIZAR EN ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL, POLIMEDICACION Y ADHERENCIA TERAPEUTICA.

Objetivo: Determinar las características, variables socio-demográficas y factores de riesgo en hipertensión arterial en adultos mayores poli medicados y el seguimiento de la adherencia terapéutica.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

1. ¿Cuál es su estado civil?

a. Soltero ___ b. Casado ___ c. Unión libre ___ d. Viudo ___

2 ¿Cuál es su procedencia?

a. Rural ___ b. Urbano ___

3. ¿Cuál es su nivel educativo?

a. Primaria___ b. Secundaria___ c. Profesional___

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

4. ¿En qué rango de edad se encuentra?

A. 45-50 años b. 51-60 años c. 61-70 años d. más de 71 años.

5. ¿A qué sexo pertenece?

a. Masculino ___ b. Femenino ___

6. ¿A qué raza pertenece?

a. Negro ___ b. Mestizo ___ c. Blanco___

7. ¿En su familia hay antecedentes de hipertensión arterial?

a. Si___ b. No___

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

8. ¿Aparte de la hipertensión arterial padece de colesterol alto?

a. Si___ b. No___

9. ¿Padece de algún tipo de diabetes?

a. Si___ b. No___

10. ¿Alguna vez ha fumado?

a. Si___ b. No___

11. ¿Usted ha consumido alguna vez alcohol?

a. Si___ b. No___

12. ¿Ha presentado o presenta problemas de sobrepeso u obesidad?

a. Si ___ b. No___

13. ¿Realiza algún tipo de ejercicio o actividad física?

a. Si_ b.No___

FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO

14. ¿Consume medicamentos para controlar la tensión arterial?

a. Si___ b. No___

15. ¿Cuántos medicamentos consume por día?

a. uno___ b. de 2 a 3___ c. de 4 a 5___ d. Más de 6___

16. ¿Toma los medicamentos en la cantidad indicada y en la hora correspondiente?

a. Si___ b. No___

17. ¿Cuando se siente bien deja alguna vez de tomar los medicamentos?

a. Si___ b. No___

18. Los medicamentos que consume le ocasionan algún efecto secundario como:

a. Tos b. Malestar abdominal c. Cansancio o mareo d. otros e. Ninguno

19. ¿Mantiene el seguimiento médico correspondiente a su tratamiento?

a. Si___ b. No___

20. Toma algún medicamento diurético como por ejemplo:

a. Furosemida___ b. Hidroclorotiazida___ c. Espironolactona___ d.ninguno___

21. Toma algún medicamento calcio-antagonista como:

a. Nifedipino___ b. Amlodipino___ c. Verapamilo___ d. Diltizem___ e. Ninguno___

22. Toma algún medicamento IECAS (inhibidor de la enzima convertidora de angiotensia) como:

a. Captopril___ b. Enalapril___ c. Quinapril___ d. Lisinopril___ e. Ninguno___

23. Toma algún Beta-bloqueante como:

a. Atenolol___ b. Metoprolol___ c. propanolol___ d. Carvedilol___ e. Ninguno___

24. Toma algún antagonista del receptor de angiotensina como:

a. Losartan___ b. Valsartan___ c. Ninguno. ___

25. ¿Consume algún medicamento para controlar el colesterol?

a. Si___ b. No___

26. ¿Consume algún medicamento para controlar el azúcar?

a. Si___ b. No___

ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	INDICE
SOCIO-DEMOGRAFICA	Agrupación de características personales que identifican a cada persona.	1. ¿Cuál es su estado civil? a. soltero _____ b. Casado _____ c. Unión libre _____ d. Viudo _____ 2. ¿Cuál es su procedencia? a. Rural _____ b. Urbano _____ 3. ¿Cuál es su nivel educativo? a. Primaria b. Secundaria c. Profesional	%
FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	Factores de carácter genético, hacen parte de cada persona, no se puede modificar.	4. ¿En qué rango de edad se encuentra? a. 45-50 años b. 51-60 años c. 61-70 años d. más de 71 años. 5. ¿A qué sexo pertenece? a. Masculino _____ b. Femenino _____ 6. ¿A qué raza pertenece? a. Negro _____ b. Mestizo _____ c. Blanco _____ 7. ¿En su familia hay antecedentes de hipertensión arterial? a. Si _____ b. No _____	%
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	Los factores de riesgo modificables, son conductas que conlleva a adquirir enfermedades, estos se pueden evitar, disminuir o eliminar.	8. ¿Aparte de la hipertensión arterial padece de colesterol alto? a. Si _____ b. No _____ 9. ¿Padece de algún tipo de diabetes?	

		<p>a. Si ___ b. No ___</p> <p>10. ¿Alguna vez ha fumado? a. Si ___ b. No ___</p> <p>11. ¿Usted ha consumido alguna vez alcohol? a. Si ___ b. No ___</p> <p>12. ¿Ha presentado o presenta problemas de sobrepeso u obesidad? a. Si ___ b.No ___</p> <p>13. ¿Realiza algún tipo de ejercicio o actividad física? a. Si_ ___ b.No ___</p>	
FACTORES RELACIONADOS CON LA ADHESION AL TRATAMIENTO	Conductas seguidas por pacientes medicados, respecto a Recomendaciones, indicaciones, adhesión, seguimiento y terapia farmacológica o no.	<p>14. ¿Consume medicamentos para controlar la tensión arterial? a. si ___ b. no ___</p> <p>15. ¿Cuántos medicamentos consume por día? a. uno b.de 2 a 3 c. de 4 a 5 d. más de 6</p> <p>16. ¿Toma los medicamentos en la cantidad indicada y en la hora correspondiente? a. Si ___ b. No ___</p> <p>17. ¿Cuando se siente bien deja alguna vez de tomar los medicamentos? a. Si ___ b. No ___</p> <p>18. Los medicamentos que</p>	%

		<p>consume le ocasionan algún efecto secundario como:</p> <p>a. Tos b. Malestar abdominal c. Cansancio o mareo d. otros e. Ninguno</p> <p>19. ¿Mantiene el seguimiento médico correspondiente a su tratamiento?</p> <p>a. Si____ b. No____</p>	
--	--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

ANEXO C.PLAN DE SALUD TERRITORIAL DEL MUNICIPIO DE PASTO

El Plan establece las siguientes LÍNEAS DE POLÍTICA:

1. La promoción de la salud y la calidad de vida.
2. La prevención de los riesgos.
3. La recuperación y superación de los daños en la salud.
4. La vigilancia en salud y gestión del conocimiento.
5. La gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública.

Estas líneas buscan armonizar y articular el Sistema de Protección Social para el logro de las metas y especialmente para reducir las brechas en salud existentes entre regiones y grupos poblacionales. Esto exige una articulación efectiva de esfuerzos del sector, entre la Nación, las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud - EPS, las administradoras de riesgos profesionales - ARP, los prestadores de servicios de salud -IPS, la sociedad civil organizada, las sociedades científicas, las instituciones formadoras del talento humano en salud, los otros sectores de la sociedad y las entidades de cooperación técnica internacional.

En el Plan se establecen las PRIORIDADES NACIONALES EN SALUD dentro de las cuales se encuentra en el sexto lugar las enfermedades crónicas no transmisibles, en donde se plantea como objetivo disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades. Las Metas nacionales para las enfermedades crónicas contempladas en el Plan Nacional de Salud Pública son las siguientes:

- 1 - Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años. (Línea de base: 26%. Fuente: ENSIN 2005).
- 2 - Aumentar por encima de 42,6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años. (Línea de base: 42,6%. Fuente: ENSIN 2005).
- 3 - Incrementar por encima de 12,7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años. (Línea de base: 12,7 años. Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004).
- 4 - Promover las acciones de diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica - ERC. (Línea de base: por definir).
- 5 - Promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitables (Línea de base: 6,4%. Fuente: DANE 2005).

RESOLUCIÓN NÚMERO 425 de Febrero de 2008

Plantea que con el fin de adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010 adoptado por el Gobierno Nacional mediante el Decreto 3039 de 2007, las Direcciones Territoriales de Salud deben formular y aprobar el Plan de Salud

Territorial que comprende acciones del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas y las acciones de promoción y prevención incluidas en el Plan Obligatorio de Salud - POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado a cargo de las Entidades Promotoras de Salud y en el Sistema General de Riesgos Profesionales a cargo de sus administradoras, en coherencia con los perfiles de salud territorial y además, adoptar el sistema de evaluación por resultados.

A nivel departamental existe el Plan Departamental de Salud 2008 - 2011, que contiene la Dimensión: VIDA Y PAZ - SUBPROGRAMA VIDA SALUDABLE y se incluye el Eje programático SALUD PUBLICA.

Las Metas de resultado del Cuatrienio son las siguientes: - Aumentar por encima de 26% la prevalencia de actividad física global en adolescentes entre 13 y 17 años. - Aumentar por encima de 42.6 la prevalencia de actividad física mínima en adultos entre 18 y 64 años. - Incrementar por encima de 12,7 años de edad promedio de inicio del consumo de cigarrillo en población menor de 18 años. - Promover acciones de diagnostico temprano de la enfermedad renal crónica.

A nivel municipal el Plan de Desarrollo 2004 - 2007 "Pasto Mejor", en el eje de Equidad y Corresponsabilidad Social incluyo el programa VIDA SALUDABLE, el cual planteaba como objetivo específico: disminuir los índices de enfermedades crónicas no transmisibles. Las metas fueron las siguientes: 1 - Vincular a 20.000 personas a programas auto sostenibles de fomento de la actividad física 2 - Vincular a 20.000 en la adopción de dietas saludables 3 - Certificar a 40 planteles educativos como instituciones libres de humo.

En el año 2006, la Fundación FES Social con la participación de la Dirección Municipal de Salud y otras dependencias de la administración municipal, la academia y la comunidad formulan el PLAN INTEGRADO LOCAL DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN PASTO 2006-2015, el que tiene como propósito contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del municipio de Pasto, y disminuir la morbimortalidad por enfermedades crónicas. El objetivo general propone incrementar los niveles de actividad física y de consumo de alimentos saludables, y reducir el consumo de cigarrillo en la población de 15 a 29 años.

El Plan Integrado contempla cuatro componentes: Políticas y Ambientes, Acciones Colectivas, Atención Sanitaria (Modelo de atención para la prevención de las enfermedades crónicas en Pasto), y como cuarto componente el Observatorio de Enfermedades Crónicas.

El 22 de junio de 2007 se suscribe el convenio Marco de Cooperación Científica y Tecnológica entre el Instituto Nacional de Salud y la Dirección Municipal de Salud, en el cual se plantea como Objeto la Cooperación conjunta entre el Instituto Nacional de Salud y la Dirección de Salud de Pasto para el desarrollo científico y

tecnológico en salud que favorezca el desarrollo institucional a nivel local, regional y nacional y su replicación en los ámbitos que amerite, dirigido a unificar o aunar esfuerzos institucionales para desarrollar de forma eficaz por parte de las entidades concurrentes los procesos misionales que a cada entidad corresponden de acuerdo con sus competencias, para lo cual implementaran planes, programas y proyectos en consonancia con los objetivos y lineamientos establecidos por cada una de ellas, a fin de contribuir a salvaguardar y proteger la salud pública Nacional como política de Estado, donde a través de la capacitación, la asistencia técnica, la asesoría, el desarrollo de actividades científicas, tecnológicas y la formulación de proyectos de investigación conjunta se logre dentro de la jurisdicción correspondiente la promoción, coordinación y ejecución de conformidad con los instrumentos de carácter administrativo que se materialicen mediante la firma de convenios, acuerdos, actas de compromiso y/o contratos específicos

El 3 de julio de 2008, se suscribe el acta de compromiso entre la Alcaldía Municipal de Pasto y el Instituto Nacional de Salud cuyo objeto es garantizar el desarrollo y cumplimiento de los objetivos planteados en el Proyecto "Implementación de un Observatorio de Enfermedades Crónicas en Colombia, aprendiendo desde la Experiencia Local", que facilite el proceso de recolección, análisis y difusión de la información y que permita la formulación y reformulación de políticas públicas encaminadas a la disminución de enfermedades crónicas en el municipio de Pasto.

En Agosto de 2008, se celebraron convenios de apoyo interinstitucional entre la Dirección Municipal de Salud y las universidades Mariana, Cooperativa de Colombia - Seccional Pasto, Fundación Universitaria San Martín y de Nariño. El Objeto es común para las cuatro instituciones educativas, el cual plantea consolidar el grupo de apoyo interinstitucional para garantizar el desarrollo y cumplimiento de los objetivos planteados en el proyecto "Implementación de un Observatorio de Enfermedades Crónicas en Colombia, Aprendiendo desde la Experiencia Local"

En septiembre 23 de 2008, se establece la Política Pública para las Enfermedades Crónicas en el municipio de Pasto mediante la promulgación del Acuerdo No 019 emanado del Concejo Municipal de Pasto.

En el Plan de Desarrollo Municipal 2008 - 2011 "QUEREMOS MAS - PODEMOS MAS", se incluyeron en 6 ejes estructurales del Plan programas encaminados a intervenir los factores de riesgo, y determinantes sociales asociados a la aparición de las enfermedades crónicas.

EJES ESTRUCTURALES DEL PLAN DE DESARROLLO CAPÍTULO 2: EJE COMPETITIVIDAD Y PRODUCTIVIDAD

PROGRAMA PASTO PRODUCTIVO E INNOVADOR: con las siguientes líneas básicas de intervención:

- Gestión para el mejoramiento y fortalecimiento de unidades productivas urbanas y rurales. - Apoyo a las iniciativas empresariales de productores urbanos y rurales.
- Gestionar procesos de cooperación y creación de incentivos para la transformación de los procesos de producción rural con la incorporación de nuevas tecnologías, buenas prácticas agrícolas y mercados verdes. - Desarrollar empresarialmente las plazas de mercado, con enfoque de economía solidaria.

PROGRAMA EQUIPAMIENTO MUNICIPAL. Línea básica de intervención: - Desarrollo de proyectos de adecuación o construcción de infraestructura física de plazas de mercado.

CAPITULO 3: EJE ESPACIO PÚBLICO, ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y MOVILIDAD.

PROGRAMA VÍAS PARA LA MOVILIDAD Y ACCESIBILIDAD RURAL. Línea básica de intervención: - Formulación e implementación participativa y concertada de los planes maestros de equipamiento urbano, espacio público y movilidad.

PROGRAMA VÍAS PARA LA MOVILIDAD Y ACCESIBILIDAD URBANA. Línea básica de intervención:

- Construcción y mantenimiento de espacio público en andenes, zonas verdes, plazoletas y ciclo rutas.

PROGRAMA SISTEMA ESTRATÉGICO DE TRANSPORTE PÚBLICO COLECTIVO. Línea básica de intervención:

- Construcción de una central de gestión de operación de transporte público colectivo.

CAPÍTULO 4. EJE EQUIDAD Y HUMANIDAD

PROGRAMA SALUD PÚBLICA. Con las siguientes líneas básicas de intervención:

- Implementar el plan integrado local de acciones para la disminución de enfermedades crónicas. - Implementación de programas de actividad física global en la población objeto. - Prevenir el consumo de cigarrillo en menores de 18 años, para retardar la edad de inicio de consumo. - Intervenir en los factores de riesgo asociados con las enfermedades crónicas identificadas en el Municipio.

PROGRAMA JÓVENES EN LA JUGADA. Línea básica de intervención:

- Promover el desarrollo integral del joven, teniendo en cuenta el talento cultural, artístico, científico, tecnológico, deportivo, empresarial y de liderazgo.

CAPITULO 5: EJE AMBIENTE, SERVICIOS PÚBLICOS Y GESTIÓN RIESGO.

PROGRAMA ALUMBRADO PÚBLICO. Líneas básicas de intervención:

- Mejoramiento del alumbrado público en parques, plazoletas, polideportivos y monumentos del Municipio. - Iluminación adecuada de polideportivos rurales. Concertada con la comunidad

CAPITULO 6: EJE CULTURA Y DEPORTE.

PROGRAMA INFRAESTRUCTURA PARA EL DEPORTE Y LA RECREACIÓN.

Líneas básicas de intervención:

- Mejoramiento de la unidad deportiva y recreativa UDRA. - Mejoramiento de la unidad deportiva, recreativa y cultural de Catambuco. - Mantenimiento, mejoramiento y/o construcción de escenarios deportivos urbanos y rurales. - Construcción, dotación y terminación de escenarios deportivos, recreativos y ambientales de cobertura comunal. PROGRAMA PASTO ACTIVO. Líneas básicas de intervención:

- Vinculación de niños, niñas y adolescentes en escuelas de formación deportiva en comunas y corregimientos del Municipio. - Vinculación de niños, niñas y jóvenes en situación de discapacidad a clubes y escuelas de formación deportiva. - Organización y realización de juegos entre instituciones educativas. - Institucionalización de la jornada dominical de cicl recreovía. - Realización anual de campeonatos deportivos a nivel de comunas y corregimientos. - Realización de eventos masivos que promuevan la actividad recreativa, física y deporte en los sectores urbano y rural del Municipio. - Formación de profesores de básica primaria del sector urbano y rural en el currículo de educación física y actividad física. - Vinculación de niños, niñas, jóvenes, adultos, adultos mayores y personas en condición de discapacidad a procesos de actividad física, recreación y deporte. El Plan de Salud Territorial contempla como objetivo específico: Mejorar el estado de salud de la población del municipio de Pasto en las prioridades de Salud Pública dentro de las que se encuentra la prioridad de enfermedades crónicas no transmisibles que tiene como objetivo general: disminuir las enfermedades no transmisibles y las discapacidades.

El plan contempla las siguientes metas 2008 - 2011 en relación a las enfermedades crónicas:

- Implementar 3 programas de actividad física en el ámbito Comunitario, IEM, Usuarios IPS del primer nivel. - Implementar estrategias de instituciones educativas, espacios de trabajo y espacios públicos libres de humo de tabaco, en 45 instituciones. - Implementar 3 estrategias para promover en el hogar, ámbitos laborales, comunitarios, escolares e instituciones los estilos de vida saludable, uso racional de medicamentos y desestimulo al tabaco: Estrategia de movilización social, estrategia comunicacional por medios masivos y alternativos y formulación de política pública. - Seguimiento a la aplicación de la norma técnica de atención al joven y adulto mayor y guía de atención integral de la diabetes tipo I y II, hipertensión, obesidad, modelo de atención de enfermedades crónicas en el 100% de IPS del primer nivel. - Implementación del Observatorio de enfermedades crónicas - Seguimiento a la aplicación de la norma técnica de alteración de la agudeza visual y vicios de refracción a cargo del POS en el 100% de IPS del municipio.