EVALUACION DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE REMEDIOS 2015 - 2016.

ELABORADO POR

NILSA MARINA VALDEBLANQUEZ

LUISA FERNANDA BERMUDEZ HERNANDEZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD.

ASESOR

JUAN JOSE ACOSTA GOMEZ.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGO

ESCUELA DE POSGRADOS.

GERENCIA EN SERVICIOS DE SALUD.

MEDELLIN.

2016.

Contenido

INTRODUCCION 6
JUSTIFICACION 9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 11
PRESENTACION DE LA ESE 12
RESEÑA HISTÓRICA: 12
ORDENAMIENTO JURÍDICO 14
MISIÓN 14
VISIÓN 14
FILOSOFÍA EMPRESARIAL 15
VALORES 15
ORGANIGRAMA 17
SITUACION POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE REMEDIOS 19
OBJETIVO GENERAL 26
OBJETIVOS ESPECIFICOS 26
MARCO TEORICO 27
Historia natural de la enfermedad. 27
Hipertensión arterial sistémica 28
Hipertensión arterial sistólica (HAS) 28
Hipertensión arterial diastólica (HAD) 29
Hipertensión arterial acelerada o maligna. 29
Clasificación etiológica de la hipertensión. 29
Hipertensión arterial primaria o esencial: 29
Hipertensión arterial secundaria 29
Clasificación de HTA en adultos. 31
Complicaciones 32
Crisis hipertensiva: 34
Causas desencadenantes: 35
Factores de riesgo cardiovascular: 36
Estado nutricional y dieta: 37
Sobrepeso y obesidad: 37
Grasas y colesterol: 38
Sodio: 38
Alcohol: 38

Síndrome metabólico: 39
Hipertensión arterial, edad y género: 43
Hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular: 43
MARCO LEGAL 44
Finales de la década de 1960: 45
Sistema Nacional de Salud 1975: 45
Ley 10 de enero 10 de 1990: 45
Nueva Constitución Política de Colombia: 46
Ley 100 DE 1993. 47
Decreto 1891 de 1994. 47
Ministerio de Salud, Resolución Nº 04288 de 1996. 48
Ministerio de Salud, Resolución Nº 03997 de 1996. 48
CNSSS Acuerdo 117 de 1998 48
Resolución 412 DE 2000 48
Ley 1438 2011. 49
Resolución 4505 DE 2012 49
METODOLOGIA 51
VIABILIDAD 54
ACEPTACION: IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE REMEDIOS 55
ASPECTOS ETICOS 56
FACTIBILIDAD 60
ANALISIS DE COSTOS Y FINANCIACION 61
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 63
CONCLUSIONES 64
RECOMENDACIONES 66
BIBLIOGRAFIA 67
ANEXOS 68
ARBOL DE PROBLEMAS 68
ARBOL DE SOLUCIONES 69
MATRIZ DE MARCO LOGICO 70

Lista de Tablas

Tabla 1 Matriz DOFA 18
Tabla 2. Datos geográficos y agricultura de la población de Remedios, Antioquia. 19
Tabla 3. Datos poblacionales Municipio de Remedios. 20
Tabla 4. Rango de edades en la población del Municipio de Remedios. 22
Tabla 5. Morbilidad grupo poblacional entre los 40 y 59 años total 23
Tabla 6. Morbilidad grupo poblacional entre los 60 años y más 23
Tabla 7. Causas de Hipertensión Arterial Secundaria 29
Tabla 8.Clasificación de los niveles de Presión Arterial en adultos según OMS. 31
Tabla 9.Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos según JNC. 32
Tabla 10.Complicaciones según lesión de órgano blanco. 33
Tabla 11.Emergencia y urgencia hipertensiva. 35
Tabla 12.Factores de Riesgo para Hipertensión Arterial. 39
Tabla 13.Intervenciones en el estilo de vida para reducir la presión arterial. 41
Tabla 14 Análisis de costo financiero. 62
Tabla 15. Cronograma de actividades. 63
Tabla 16 . Problema central 70
Tabla 17 Problemas específicos 71

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1. Mapa de procesos ESE Hospital San Vicente de Paul de Remedios. 12
Ilustración 2. Organigrama ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE REMEDIOS. 17

INTRODUCCION

Las actividades relacionadas con la promoción y prevención de la salud son procesos que le permiten a las personas tomar control de sus hábitos y estilos de vida y de esta manera modificar también muchos factores en su entorno desde el punto de vista social, ambiental y económico, a través de intervenciones por parte del personal profesional en salud capacitado y comprometido que pone todo de sí para mostrar resultados tangibles dentro de la comunidad. Este proceso consta de atención primaria y especializada, la prevención primaria, secundaria y terciaria, la adaptación social a un problema crónico: rehabilitación, cuidados e integración y finalmente la promoción de la salud que hace referencia al proceso educativo implicado de alguna forma en cada una de estas fases antes mencionadas.

Este proyecto se enfoca en la promoción y prevención primaria de la salud de la población tratada en la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios Antioquia de adultos mayores, interviniendo en los procesos de rehabilitación e inclusión de las personas con movilidad limitada víctimas de las complicaciones de enfermedades como la hipertensión arterial que representan un gran impacto dentro de esta comunidad.

Otro interés por desarrollar este trabajo surge de la necesidad que se percibió en la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios y de su comunidad en cuanto a la deficiente ejecución e implementación del programa de promoción y prevención para Hipertensos en particular en la población de adultos mayores que es nuestra población objeto.

Teniendo en cuenta que durante mucho tiempo el modelo biologista impero al momento de definir la conducta en el tratamiento de los pacientes, enfatizando en el ciclo enfermedad - curar, en esto se invertía gran parte de los esfuerzos dentro del sistema de salud, hoy día

se le ha dado un giro total a este punto de vista teniendo como principal objetivo la promoción de la salud para con este prevenir la enfermedad con el fin de no solo ejecutar una acción curativa sino de propender a través de diferentes medidas de tipo formativo, lograr cambiar la cultura, la forma de pensar y de vivir de los pacientes y con esto disminuir los índices de morbimortalidad en la población en general.

Son muchos los factores de riesgos que se pretenden eliminar con estas medidas preventivas, los cuales, no todos se encuentran relacionados con causas biológicas o propias del organismo físico, sino también factores, ambientales, socio - económicos , culturales, personales, considerados externos pero que de alguna u otra forma influyen de manera muchas veces negativa en el individuo.

De todo lo descrito anteriormente podemos concluir entonces la gran importancia de aplicar de manera correcta y efectiva actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad concepto del que se viene tratando en Colombia muchos años atrás en la normatividad desde el sistema nacional de salud en 1975, pasando por la ley 10 de enero 10 de 1990, la constitución política de Colombia, la ley 60 de 1993, la ley 100 con sus decretos reglamentarios y la resolución 412 del 2000 donde se establecen las 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 la atención de enfermedades de interés en salud pública.

Estos programas son creados con el fin de dar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad, esto se logra como mencionábamos anteriormente, a través de los siguientes campos: formulación de políticas públicas, creación

de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud.

Por otra parte profundizar en todos estos aspectos desde nuestra vida profesional, enriquece la experiencia que podamos tener y aplicar en el campo laboral, encaminando todos estos esfuerzos con liderazgo, trabajo en equipo, compromiso y así poder lograr resultados de disminución de morbimortalidad y complicaciones asociadas a la Hipertensión arterial, contribuyendo a su vez a mejorar la calidad de vida social y económica en toda la población.

JUSTIFICACION

Hemos mencionado anteriormente la importancia de la correcta implementación de los programas de promoción y prevención de la salud así como sus consecuencias en el caso de la no aplicación de las mismas, en este caso en particular nos enfocaremos en el programa relacionado con la hipertensión y sus complicaciones en la población adulta mayor de Remedios Antioquia, notando entonces con gran preocupación una falta de compromiso desde el personal administrativo de la ESE, como del personal asistencial hacia este objetivo en particular, lo cual conlleva a una falta de garantía en la prestación de servicios de salud a esta población antes mencionada, quedando sin cobertura la mayor parte de la población del área rural, que acude a prácticas de automedicación o chamanes, siendo un factor de riesgo alto entre otros, lo que nos lleva a generar esta propuesta que tiene como objetivo principal modificar la cultura que existe de curar y no de prevenir y con esto disminuir la aparición de la enfermedad, tratarla durante su evolución y mejorar la calidad de vida en cuanto a sus complicaciones.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad silenciosa y progresiva que puede desencadenar daños significativos en un órgano blanco, lo que requiere de acciones de educación para la salud. Con este proyecto de prestación de servicios se busca implementar el programa de promoción y prevención de Hipertensión arterial de la ESE Hospital San Vicente para la población de adultos mayores del municipio de Remedios, dar a conocer la importancia de la aplicación de este programa en cuanto al manejo de la enfermedad y en cuanto a la modificación de los factores de riesgo que permitan su control, se pretende tomar medidas y aplicar intervenciones tempranas para propiciar cambios a estilos de vida más saludables, así como tratamientos preventivos que impidan las complicaciones de dicha enfermedad.

La no implementación de estas normas conlleva a una problemática no solo desde el punto de vista institucional si no social, teniendo en cuenta que la gran mayoría de las complicaciones generadas por el mal control de la hipertensión representan un alto costo para el sistema de salud así como una limitante dentro del núcleo familiar de estos pacientes quienes se verían obligados a cambiar sus prioridades debido a que muchos de estos pacientes se vuelven cien por ciento dependientes de la atención de un tercero viéndose así afectada la productividad de la región por los altos índices de ausentismo laboral.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta que en la ESE Hospital San Vicente de Paul, no se encuentran instaurados programas de promoción y prevención dirigidos a la población de Hipertensos que les eduquen en cuanto a lo relacionado con su patología, se aumenta el riesgo de aparición de complicaciones cardiovasculares tales como: enfermedad renal, diabetes, dislipidemias, ECV, entre otras, así como también se ha observado un incremento en el número de pacientes que consultan por hipertensión arterial en el año 2015; vale la pena mencionar que en esta comunidad debido a su cultura y a su bajo nivel socio económico se encuentran otros factores representados en hábitos de vida no saludables como los son sedentarismo, tabaquismo, malos hábitos alimentarios, obesidad, consumo excesivo de licor, entre otros lo cual hace que aumente la aparición de complicaciones cardiovasculares derivadas de la hipertensión.

Otro de los factores importante relacionados con la parte asistencial en cuanto al programa de Hipertensión; es todo lo relacionado con la no aplicación de políticas en salud pública sumado a una administración que destina pocos recursos económicos y talento humano para ejecutar dichos programas, lo cual genera un ambiente de desorganización y desinterés, tanto por parte del personal prestador de los servicios de salud como por la comunidad usuaria.

Nuestro proyecto busca crear conciencia en la comunidad de usuarios y de prestadores de servicios de salud de la ESE, sobre la importancia de aplicar de manera correcta el programa de promoción y prevención dirigido a Hipertensos, educando a la comunidad sobre hábitos de vida saludables y demostrando al personal administrativo que a través de la implementación de dicho programa se pueden disminuir costos secundarios generados por las complicaciones cardiovasculares a las que lleva la Hipertensión.

PRESENTACION DE LA ESE

La ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE REMEDIOS es una IPS encargada de prestar servicios de salud a la comunidad Remediana.

BASA SU FUNCIONAMIENTO EN EL MAPA DE PROCESOS INSTITUCIONALES.

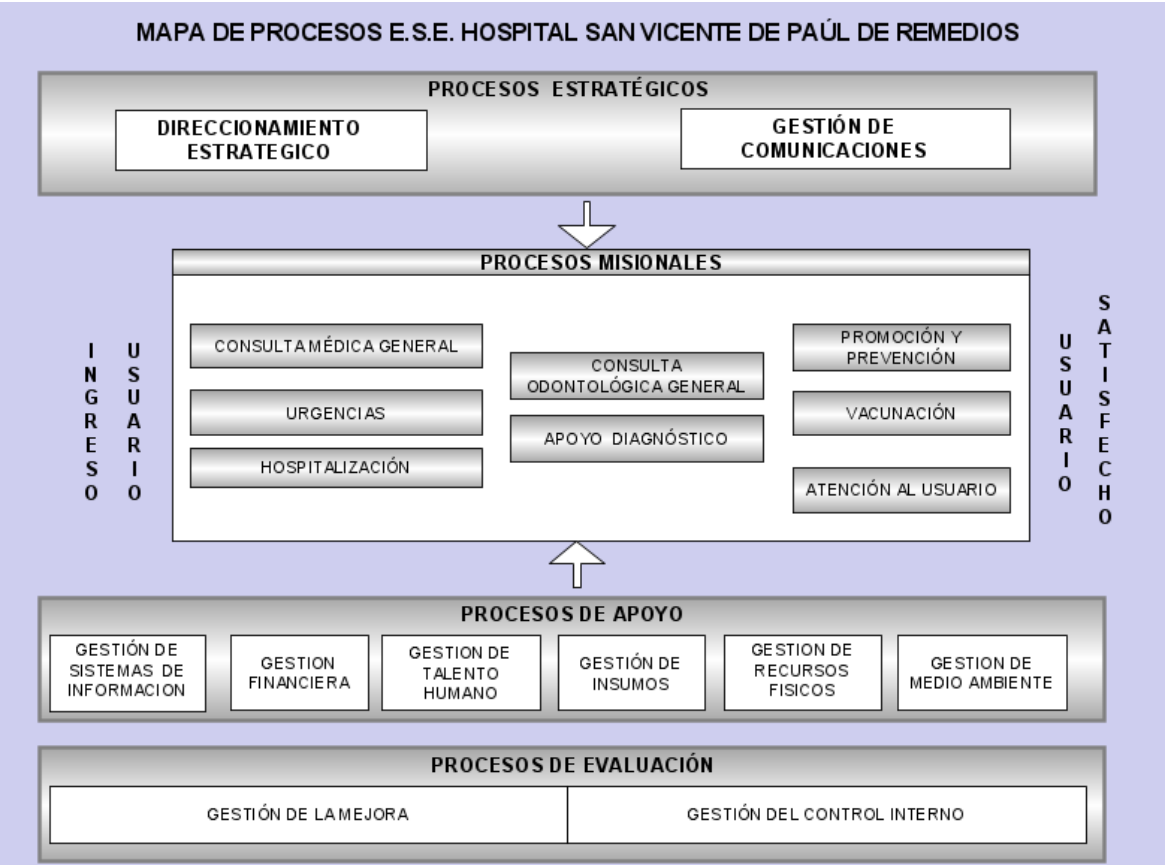


Ilustración 1. Mapa de procesos ESE Hospital San Vicente de Paul de Remedios.

RESEÑA HISTÓRICA:

Esta institución es de carácter público y aunque no existe un escrito del surgimiento de la ESE, hasta la fecha, se conoce que el hospital san Vicente de Paúl, desde 1964 funcionó en una casona antigua de tapia, en el barrio el Retiro, lindando con el cementerio municipal.

El hospital actual, fue creado mediante el Acuerdo Nro. 22, proferido por el Honorable Consejo Municipal el día 3 de diciembre de 1964 y reestructurado como Empresa Social del Estado por el Acuerdo Nro. 23 del 22 de mayo de 1994.

Desde 1984 la ESE funciona en donde hoy está ubicada, en su momento disponía extensas zonas libres que le permitían grandes posibilidades de ampliación, en el mes de julio de 1991, por motivo de invasión de los terrenos adyacentes, el hospital perdió aproximadamente tres hectáreas de terreno en ladera debido a estos invasores, razón por el cual la Administración de esta época se vio obligada a construir una cerca perimetral en malla, la que actualmente existe. En este año el hospital tuvo una gran pérdida económica por lo que nunca los invasores aceptaron que este terreno era del hospital.

En 1997 se realizó la primera construcción de ampliación la cual sería la solución para el poco espacio de hospitalización, se construyeron 4 habitaciones con espacio para dos camas, una sala de pediatría, pieza para depósito, almacén, mantenimiento, garaje y tienda.

La ESE, se construyó cumpliendo con los requisitos del Ministerio de Salud, para que funcionara como hospital de primer nivel, lo cual se viene cumpliendo en la actualidad.

Esta planta física a través del tiempo ha tenido unas reformas que han sido de gran ayuda para el desarrollo institucional actual, especialmente la ampliación de su estructura física, inaugurada en el mes de noviembre de 2008.

El Hospital San Vicente de Paúl del Municipio de Remedios, transformado como Empresa Social del Estado de acuerdo a las disposiciones de la Ley 100 de 1993, presta servicios de salud, entendido como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en consecuencia puede prestar los servicios correspondientes al SOS, acciones de fomento de la salud, prevención de enfermedades y

educación de la comunidad de acuerdo a su capacidad de resolución. Igualmente puede actuar como centro de investigación, adiestramiento y formación de talento humano para el sector salud (según Acuerdo 01 de diciembre de 1994).

ORDENAMIENTO JURÍDICO

La Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Paúl, es una entidad descentralizada del orden municipal, dedicada a la prestación de servicios de salud del primer nivel, de origen público, dotada de personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, sometida al régimen jurídico previsto en el capítulo III, Titulo II, libro segundo de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993. Su objeto lo constituye la prestación de servicios de salud, como servicio público a cargo del estado o como parte del servicio público de seguridad social.

MISIÓN

La empresa social del estado Hospital San Vicente de Paul es una entidad prestadora de servicios de salud de primer nivel que brinda atención oportuna con estándares superiores de calidad, nuestros servicios se basan en la competitividad, trabajo en equipo, excelencia, humanización y dignificación de nuestros usuarios. Estamos comprometidos con la seguridad integral de nuestros pacientes; para lo cual nos orientamos en el mejoramiento continuo de nuestros colaboradores y de los recursos tecnológicos. Nuestra labor se enmarca dentro de los más altos estándares de la ética en beneficio de la comunidad del municipio de Remedios y poblaciones cercanas.

VISIÓN

Para el año 2025 seremos reconocidos como una institución líder en la región, con procesos acreditados y los más altos estándares de calidad, financieramente auto sostenibles, con

sentido de humanización en todos nuestros servicios, seguridad del paciente y responsabilidad social, con prestación de servicios de primer nivel con acciones de segundo nivel; mejorando la infraestructura física, aumentando la capacidad de atención en consulta de medicina general y especializada; apoyándonos de implementos tecnológicos en beneficio de la comunidad de Remedios y municipios cercanos.

FILOSOFÍA EMPRESARIAL

"Brindamos un servicio humano y de calidad en busca de tu salud y bienestar"

VALORES

- **Respeto:** Contamos en nuestra empresa con personal calificado no solo en la prestación de servicios de salud, si no también sensibilizado ante las necesidades de los pacientes buscando dar soluciones a cada una de ellas.

- **Confianza:** Buscamos generar confianza en nuestros pacientes ofreciendo un servicio que garantice su seguridad en todas las fases de la atención concernientes a este nivel de complejidad.
- **Oportunidad:** Nuestro servicio busca ser eficiente facilitando el acceso a las actividades de primer nivel de atención y a la vez pertinente en la toma de decisiones.

- **Responsabilidad:** Trabajamos bajo el principio de la responsabilidad, que nos permite afrontar las situaciones que se nos presentan día a día de manera positiva e integral.

- **Equidad:** Nuestra institución abre sus puertas para brindar el servicio de salud a toda la población, independientemente de su posición social y demás factores socioculturales.

- **Calidad:** Relacionada con la atención efectiva, oportuna, personalizada, humanizada, continua de acuerdo a los estándares aceptados sobre procedimientos científicos, técnicos y administrativos y normas vigentes sobre los servicios ofrecidos.

- **Transparencia:** La institución garantiza un conocimiento pleno, preciso y veraz de todos los actos administrativos que posibilitan a propios y extraños una imagen clara y confiable de la gestión administrativa.

ORGANIGRAMA

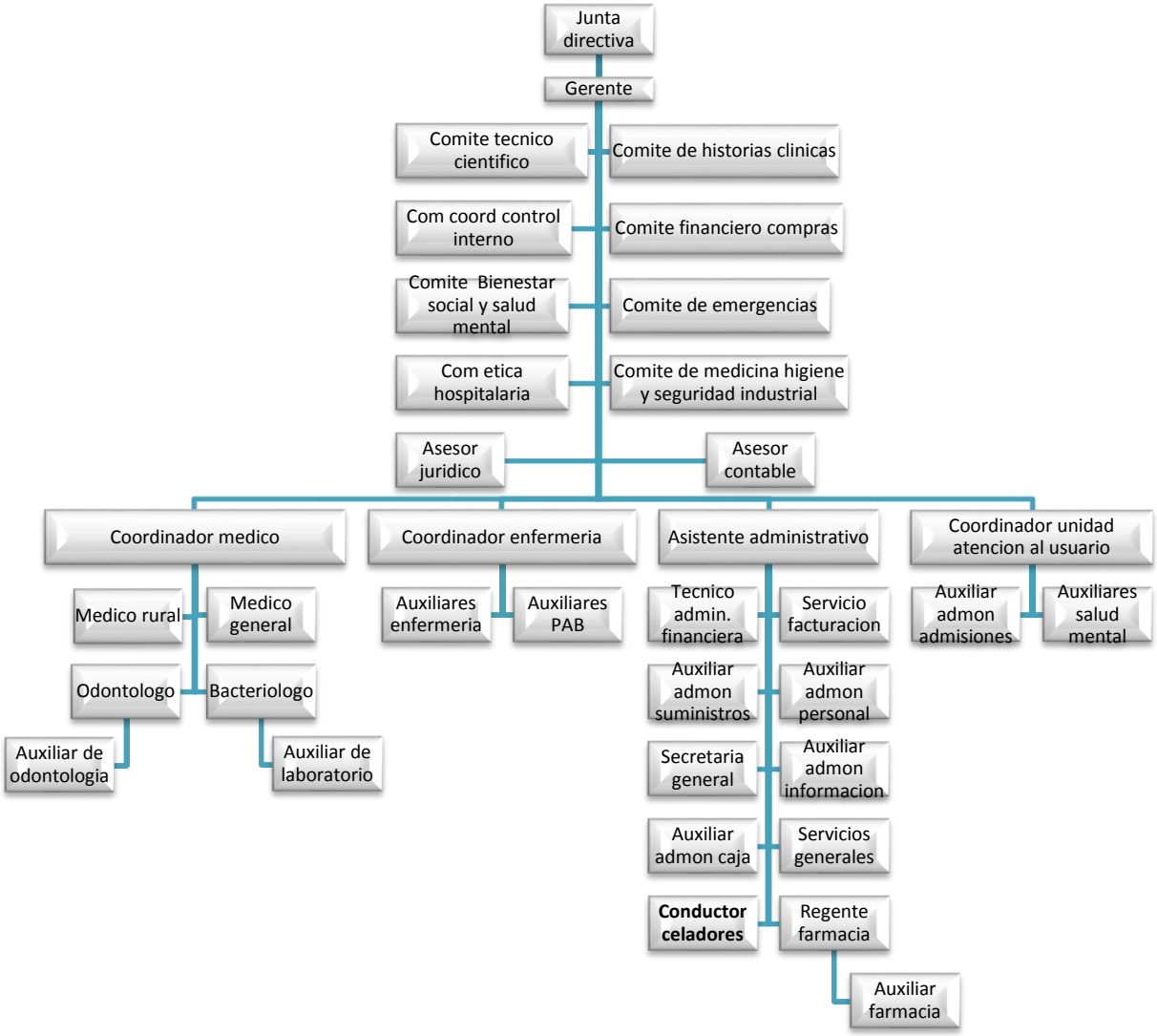


Ilustración 2. Organigrama ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE REMEDIOS.

MATRIZ DOFA

Tabla 1 Matriz DOFA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
• Se cuenta con el recurso humano, técnico y financiero necesario para la implementación del programa. • Se tiene apoyo gerencial y administrativo hacia la propuesta. • Espacio disponible para ampliación de infraestructura permitiendo aumentar la oportunidad y los servicios prestados. • Fácil acceso a la red de servicios de segundo y tercer nivel. • Nuevas tecnologías en la rama de la medicina. (TELEMEDICINA)	• Recurso humano con poca capacitación en programa de promoción y prevención lo cual lleva a una mala aplicación del mismo. • Deficiente gestión administrativa y asistencial. • Falta de compromiso del personal asistencial en el desarrollo del programa. • Mal diligenciamiento de reportes y bases de los pacientes hipertensos, lo cual genera trastornos en el proceso. • Sobrecostos en la atención de las complicaciones de los pacientes hipertensos. • Falta de interés por parte de la población hacia los programas de promoción y prevención. • Cierre de operación por falta de flujo efectivo.
AMENAZAS	**OPORTUNIDADES**
• Barreras en vías de acceso. • Finanzas del hospital. • Influencias y manipulación política. • Problemas de orden público. • Crisis económica en el sector salud. • Aumento de enfermedades degenerativas y de interés de salud pública. • Flujo de recursos del estado.	• Se cuenta con normas técnicas ya establecidas a nivel nacional para la aplicación de dicho programa. • Red hospitalaria de primero y segundo nivel. • Políticas municipales. • Organizaciones sociales dentro de la comunidad. • Infraestructura de recreación y deporte.

SITUACION POBLACIONAL DEL MUNICIPIO DE REMEDIOS

Remedios es un municipio de Colombia, localizado en la subregión Nordeste del departamento de Antioquia.

Fue fundado en 1560 por el Capitán Francisco Martínez Ospina con el nombre de NUESTRA SEÑORA DE REMEDIOS; sus pobladores fueron 9000 indígenas pertenecientes al pueblo de los Tahamies, quienes formaban la encomienda del Capitán Martínez Ospina. En el año de 1840 fue erigido como Municipio.

Con una extensión de 19985 kilómetros cuadrados, presenta un clima con una temperatura promedio de 28 grados centígrados y una humedad relativa al 70% sobre el nivel del mar, presentando varias estaciones de invierno y verano en los diferentes meses del año.

Desde la ciudad de Medellín para llegar a Remedios debe salir hacia el municipio de Copacabana y dirigirse por los municipios de Girardota, Barbosa, Cisneros, Yolombó, Yalí, y Vegachí.

A una distancia de 190 kilómetros de Medellín, el tiempo requerido para desplazamiento terrestre es 6 horas aproximadamente

Extensión total: 1985 Km2

- Altitud de la cabecera municipal (sobre el nivel del mar): 700 Mts

Tabla 2. Datos geográficos y agricultura de la población de Remedios, Antioquia.

CODIGO DANE	**604**
Distancia a Medellín	190 Kms
Altura sobre el Nivel del Mar (cabecera)	700 Mts

Extensión	1985 Km2
Año de Fundación	1,560
Año de Erección	1,840
No de Veredas	53
No de Corregimientos	2
Actividad Económica Principal	Ganadería, Madera, Oro y Yuca
Temperatura media:	25 grados centígrados
LIMITES	
→ Oriente	Departamento de Bolívar y el Municipio de Yondó.
→ Occidente	Municipio: Amalfi, Vegachí y Yalí
→ Norte	Municipio de Segovia
→ Sur	Municipios: Yolombó y Puerto Berrio

Tabla 3. Datos poblacionales Municipio de Remedios.

POBLACIÓN (Base de Datos SISBEN 03/2008) 24,888 habitantes	
→ Total Población Urbana	10586 (42.53%)
→ Total Población Centros Poblados	5186 (20.84%)
→ Total Población Rural Disperso	9116(36.63%)
→ Población Nivel 1 del Sisbén	18.593 (74.71%)
→ Población Nivel 2 del Sisbén	5.217 (21.18%)
→ Población Nivel 3 del Sisbén	1.000 (4.02%)
→ Población Nivel 4 del Sisbén	24 (0.10%)
→ Total Hombres	12.803(51.44%)

→ Total Mujeres	12.085 (48.56%)
TOTAL POBLACIÓN REMEDIOS CON NBI	
→ Total Población con NBI Urbana	9.383 (37.70%)
→ Total Población con NBI Rural	13.688 (55.00%)
Población con Régimen Subsidiado	15.114 (60.81%)
Población en el Régimen Contributivo	2.128 (8.55%)

La población adulta mayor y anciana del Municipio muestra un deterioro en sus condiciones de vida expresado entre otros factores en:

- Alta tasa de analfabetismo del 51,02%, de 1.366 habitantes mayores de 65 años 697 son analfabetas. Los bajos niveles educativos se traducen en pocas oportunidades de empleo de calidad y precarios ingresos que no permitan a la población vieja y anciana acceder a seguridad social en salud y a una pensión, condiciones necesarias para la satisfacción de sus necesidades básicas.
- Bajas coberturas de atención en salud, el 52,68% de la población adulta mayor y anciana del Municipio no está afiliada a la seguridad social en salud, de 1.366 habitantes mayores de 65 años 722 no cuentan con afiliación al sistema de salud, asunto que resulta de la mayor importancia en este grupo poblacional dado que las enfermedades degenerativas constituyen un problema crítico de salud pública, al ocupar un lugar importante en la morbimortalidad de la población adulta mayor y anciana.
- Exclusión del adulto mayor y anciano de los escenarios de participación para la formulación y presentación de iniciativas relacionadas con sus necesidades, riesgos y problemáticas.

Tabla 4. Rango de edades en la población del Municipio de Remedios.

ZONA	SEXO	Habitantes		No Flias	Rango de Edades en la Población									
		No	% distribución		0 a 1	2 a 5	6 a 10	11 a 16	17 a 18	19 a 25	26 a 44	45 a 55	56 a 64	65 o Mayores
CABECERA	HOMBRE	5, 155	20.71%	1,699	176	479	625	692	247	690	1,319	462	201	264
	MUJER	5,431	21.82%	1,046	173	466	589	748	251	728	1,435	492	247	302
TOTAL CABECERA		**10,586**	**42.53%**	**2,745**	**349**	**945**	**1,214**	**1,440**	**498**	**1,418**	**2,754**	**954**	**448**	**566**
CENTRO POBLADO	HOMBRE	2,572	10.33%	978	57	193	341	318	118	336	667	279	113	150
	MUJER	2,614	10.50%	462	66	233	275	344	116	333	706	265	133	143
TOTAL CENTRO POBLADO		**5,186**	**20.84%**	**1,440**	**123**	**426**	**616**	**662**	**234**	**669**	**1,373**	**544**	**246**	**293**
RURAL DISPERSO	HOMBRE	5,076	20.40%	2,144	157	460	592	684	201	593	1,223	534	285	347
	MUJER	4,040	16.23%	514	150	438	593	582	164	503	1,002	323	125	160
TOTAL RURAL DISPERSO		**9,116**	**36.63%**	**2,658**	**307**	**898**	**1,185**	**1,266**	**365**	**1,096**	**2,225**	**857**	**410**	**507**
TOTALES		**24,888**	**100%**	**6,843**	779	2,269	3,015	3,368	1,097	3,183	6,352	2,355	1,104	1,366
PORCENTAJES					3.13 %	9.12 %	12.11 %	13.53 %	4.41 %	12.79 %	25.52 %	9.46 %	4.44 %	5.49%

A nivel de seguridad social de 24.888 habitantes del municipio de Remedios 15.114 personas (60%) están en el régimen subsidiado, 2.128 (8.5%) están en régimen contributivo. Lo que representa una cobertura en salud del 69.35%. Es decir hay 7.626 personas no cubiertas en su integralidad con salud.

Tabla 5. Morbilidad grupo poblacional entre los 40 y 59 años total

NRO. DIAGNOSTICO	NOMBRE DE DIAGNOSTICO	%
399	HIPERTENSION ARTERIAL	17
108	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DE CUELLO UTERO	4
117	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	5
107	INFECCION DE VIAS URINARIAS	4
73	DOLOR EN ARTICULACION	3
62	MAREO Y DESVANECIMIENTO	3
49	GASTRITIS	2
42	HIPERCOLESTEROLEMIA	2
33	OTROS DOLORES ABDOMINALES	1
32	VAGINITIS AGUDA	1
1385	OTRAS CAUSAS DE MORBILIDAD	58
2407	TOTAL	100

Tabla 6. Morbilidad grupo poblacional entre los 60 años y más

NRO. DIAGNÓSTICO	NOMBRE DE DIAGNÓSTICO	%
283	HIPERTENSION ESENCIAL	24
42	EPOC CON INFECCION	4
34	INFECCION DE VIAS URINARIAS	3
30	GASTRITIS	3

26	DIABETES MELLITUS	2
22	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	2
19	EXAMEN DE PESQUISA ESPECIAL PARA TUMOR DEL CUELLO UTERO	2
17	DOLOR EN ARTICULACION	1
16	HIPERCOLESTOREMIA PURA	1
16	OTROS DOLORES ABDOMINALES	1
662	OTRAS CAUSAS DE MORBILIDAD	57
1167	TOTAL	100

Obtuvimos una base de datos actualizada hasta el año 2015 del programa de hipertensión aplicado en la ESE Hospital San Vicente de Paul de Remedios, Antioquia en donde se refleja la problemática que hemos venido tratando en cuanto a la eficiente ejecución del programa en la ESE, la base de datos está compuesta por 1020 paciente hipertensos y se plasman criterios como: edad, afiliación, fecha de ultimo control, registros de laboratorios como creatinina, colesterol total, entre otros, y al procesar la información se ve reflejada la deficiente aplicación en el programa de hipertensión, de los 1020 pacientes se encuentran registrados 830 pacientes como asistentes al programa y 190 no asistentes y de esos 830 pacientes se observa mayor asistencia entre el año 2014 y 2015 con solo una asistencia en el 2016 aclarando que se registra la asistencia desde el año 2009, notando la poca adherencia de los pacientes a esta actividad si tenemos en cuenta que la cobertura del programa debe ser esperada en un 100%, en cuanto al registro de las reportes de laboratorios que según la guía deben ser realizados mínimo de forma anual es muy pobre tomemos un ejemplo en el registro de las creatininas, este es un parámetro de laboratorio importante para vigilancia de la

función renal teniendo en cuenta que una de las principales complicación es la insuficiencia renal, también se realiza registro desde el años 2009 hasta el 2015 encontrándose 85 casillas sin registro y paradójicamente el registro menor de creatininas se encuentra para el años 2015 donde solo se registran 5 creatininas reflejando la poca diligencia por parte del personal responsable de esta función ya sea en el registro o la atención.

OBJETIVO GENERAL

Renovar e Implementar el programa de promoción y prevención para enfermedades Cardiocerebrovasculares (Hipertensión), en la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios (Antioquia) con un criterio de integralidad que permita disminuir los niveles de morbi mortalidad de la población en estudio y mejorar otros aspectos relacionados con la calidad de vida en los ámbitos social, económico y familiar para el año 2016 en la población de adultos mayores.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Evaluar las características estructurales y de funcionamiento del programa de promoción y prevención para Hipertensos de la ESE Hospital San Vicente de Paul.
- Identificar los factores críticos relacionados con las enfermedades cardiocerebrovasculares de la población de adultos mayores del municipio de Remedios.
- Diseñar estrategias para la disminución de complicaciones y mortalidad secundarias, asociadas a enfermedades cardiocerebrovasculares (Hipertensión) en la población adulta mayor del municipio de Remedios.
- Establecer mecanismos de información, educación y comunicación sobre enfermedades cardiocerebrovasculares a la ESE Hospital San Vicente de Paul.

MARCO TEORICO

Historia natural de la enfermedad.

En 1990 MacMahon publica una historia natural de la hipertensión arterial, pero un gran aporte al conocimiento de esta historia natural fue el estudio de Framingham, el cual comenzó en 1948; el propósito era evaluar una comunidad normal a través de los registros médicos, asegurando que el tamaño de la muestra permitiera extrapolar la información a otras comunidades. Se vigiló la aparición de casos nuevos de hipertensión y enfermedad coronaria y su relación con variables epidemiológicas como sexo y edad. El estudio de Framingham documentó la relación entre Hipertensión Arterial y enfermedad coronaria, resaltó la múltiple causalidad de la Hipertensión Arterial y describió la prevalencia, la incidencia, morbilidad y mortalidad. Hasta antes del estudio de Framingham se pensaba que la presión arterial diastólica tenía una fuerza causal mayor que la sistólica en la lesión de órganos blancos. Este estudio mostró una asociación más fuerte entre la presión arterial sistólica y el desarrollo de accidente cerebro-vascular. La HTA se ha instaurado como un problema de salud pública dada su alta prevalencia y la carga en salud que representa para las comunidades tanto por su morbilidad como por su letalidad. Hoy se conoce que la historia natural puede ser modificada bajo tratamiento hipotensor. La Hipertensión Arterial es una enfermedad de alta prevalencia en general en todo el mundo. De todas las enfermedades cardiovasculares es la más prevalente. La mayoría de los estudios confirman que la Hipertensión Arterial aumenta el riesgo para enfermedades cardiovasculares como accidente cerebro-vascular, falla cardiaca, enfermedad coronaria, enfermedad vascular periférica y enfermedad vascular renal.

La hipertensión arterial está presente en el 35% de todos los eventos cardiovasculares artero esclerótico y en el 49% de todos los casos de falla cardiaca. La hipertensión arterial es la primera causa de enfermedad coronaria isquémica y de enfermedad cerebro-vascular, la

primera causa de falla cardiaca y la segunda causa de enfermedad renal terminal. La hipertensión arterial es un factor de riesgo independiente para enfermedad coronaria, accidente cerebro-vascular, falla cardiaca y falla renal. El pronóstico para cada paciente es diferente y no depende en forma aislada de la presión arterial sino de una suma de factores de riesgo.

A partir de los expuesto en (Ministerio de la Protección Social, 2007 Guía de atención de la hipertensión arterial.) se plantea:

Hipertensión arterial sistémica

La HTA es un síndrome que incluye no solo la elevación de las cifras de la presión arterial, tomada con una técnica adecuada, sino los factores de riesgo Cardiovascular modificables o prevenibles y no modificables; los primeros abarcan los metabólicos (dislipidemia, diabetes y obesidad), los hábitos (consumo de cigarrillo, sedentarismo, dieta, estrés) y, actualmente, se considera la hipertrofia ventricular izquierda; los segundos (edad, genero, grupo étnico, herencia). La hipertensión es una enfermedad silenciosa, lentamente progresiva, que se presenta en todas las edades con preferencia en personas entre los 30 y 50 años, por lo general asintomática que después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en órgano blanco. Antes, se daba importancia solo a las medidas para definir la HTA como el nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mm Hg, o como el nivel de presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg.

Hipertensión arterial sistólica (HAS)

Se refiere a cifras sistólicas superiores a 140 mm Hg con cifras diastólicas normales, se conoce como HTA sistólica aislada y es más común en ancianos.

Hipertensión arterial diastólica (HAD)

Cifras diastólicas superiores a 90 mm Hg con cifras sistólicas normales.

Hipertensión arterial acelerada o maligna.

Aquella HTA generalmente severa, con compromiso de órgano blanco, que lleva a la muerte del paciente en un tiempo no superior a un ano si no se logra controlar en forma adecuada.

Clasificación etiológica de la hipertensión.

Hipertensión arterial primaria o esencial: es la hipertensión idiopática que tiene factor genético, por tanto, suele existir antecedentes en la historia familiar.

Hipertensión arterial secundaria: es la hipertensión cuyo origen está correlacionado con una causa especifica como: renovascular, coartación de aorta, feocromocitoma.

Tabla 7. Causas de Hipertensión Arterial Secundaria

CAUSAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA
Fármacos: Antiinflamatorios no esteroideos (AINE), estrógenos, corticoides, algunos antigripales.
Enfermedad renal: el compromiso del parénquima renal
Hipertensión renovascular
Hiperaldosteronismo primario y síndrome de Cushing
Feocromocitoma
Coartación de la aorta.
Otras: enfermedad tiroidea o paratiroidea

- **Fármacos:** antiinflamatorios no esteroideos (AINE), estrógenos, corticoides, simpático miméticos, algunos antigripales que contengan efedrina, pseudo efedrina), cocaína, anfetamina.
- **Enfermedad renal:** el compromiso del parénquima renal es la causa más común de hipertensión secundaria. La hipertensión puede ser secundaria diabetes mellitus, enfermedad (glomerulares, tubulointersticial) o enfermedad poliquistica. La hipertensión acelera la progresión de la insuficiencia renal y se debe buscar el control estricto de las cifras tensionales.
- **Hipertensión renovascular:** en los individuos jóvenes la causa más común es la hiperplasia fibromuscular, en los pacientes mayores de 50 años la causa más frecuente es la estenosis ateroesclerótica. 25% de los pacientes pueden tener compromiso bilateral. Se debe sospechar hipertensión renovascular en las siguientes circunstancias: inicio de la hipertensión arterial documentado antes de los 20 años o después de los 50 años de edad; presencia de soplo epigástrico o de la arteria renal; enfermedad ateroesclerótica de la aorta o de las arterias periféricas o deterioro abrupto de la función renal luego de la administración de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (I-ECA).
- **Hiperaldosteronismo primario y síndrome de Cushing:** debe sospecharse en pacientes que presentan hipocalemia con aumento de la excreción urinaria de potasio (sin terapia diurética) y sodio sérico mayor de 140 mEq/ L Hg. El Síndrome de Cushing iatrogénico (exceso de glucocorticoides) es una causa de HTA de mayor incidencia que la enfermedad de Cushing primaria
- **Feocromocitoma:** se caracteriza por el exceso de catecolaminas producidas en la medula suprarrenal; la hipertensión secundaria por esta causa puede ser episódica o sostenida.

- **Coartación de la aorta:** es debida a estrechez congénita, la hipertensión secundaria puede ser causada por disminución del flujo sanguíneo renal.
- **Otras:** enfermedad tiroidea o paratiroidea.

Clasificación de HTA en adultos.

Se han desarrollado diversas clasificaciones de HTA por diversas asociaciones

Científicas de las cuales se presentan las dos vigentes. En primer lugar, la guía de las sociedades europeas y la OMS, que se adopta para esta guía (British Hipertention Society, European Society Hipertention, European Society Cardiology, Sociedad Espanola de Hipertensión) y en segundo lugar la del JNC VII. Para esta guía se emplea la primera clasificación de las sociedades europeas. Es importante resaltar que en el pasado se hacia énfasis solo en las cifras de PAD pero en la actualidad se da igual importancia tanto a la PAD como a la PAS. Las guías de las asociaciones europeas continúan graduando la HTA en tres categorías, mantienen la categoría de presión normal alta y se continúa usando la clasificación de la OMS publicada en 1999. Así mismo, se insiste en algo fundamental: los puntos de corte deben ser flexibles y ser considerados adecuados o no de acuerdo con el nivel de riesgo cardiovascular del paciente.

Tabla 8.Clasificación de los niveles de Presión Arterial en adultos según OMS.

CATEGORIA	PAS mmHg	PAD mmHg
Optima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 - 139	85 - 89
HIPERTENSIÓN		

Estadio 1	140 – 159	90 – 99
Estadio 2	160- 179	100 – 109
Estadio 3	180 - 209	110 - 119

Fuente: British Hipertensión Society (BHS), European Society Hipertensión (ESH) European Society Cardiology (ESC), Sociedad Española de Hipertensión (SEH).

El VII Reporte del JNC ha creado la categoría pre hipertensión para dar mayor importancia a un estado premórbido y une bajo una sola categoría la antigua hipertensión arterial grado 2 y 3 al considerar el mismo riesgo de morbimortalidad. Además, plantea tener en cuenta los otros factores de riesgo cardiovascular y la evidencia de lesión de órgano blanco.

Tabla 9.Clasificación de los niveles de presión arterial en adultos según JNC.

CATEGORIA	SISTÓLICA mmHg	DIASTÓLICA mmHg
Normal	< 120 y < 80	
Pre hipertensión	120 – 139 ó 80-89	
HIPERTENSIÓN		
Estadio 1	140 – 159 ó 90 - 99	
Estadio 2	≥ 160 ó ≥ 100	

Fuente: VII Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure; 2003.

Complicaciones

La presión arterial y el deterioro de órganos deben evaluarse por separado, puesto que pueden 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, dependiendo del tiempo de evolución.

Tabla 10.Complicaciones según lesión de órgano blanco.

SISTEMA	EVIDENCIA CLINICA	AYUDAS DIAGNOSTICAS
Cardiaco	Enfermedad coronaria HVI (Cardiopatía hipertensiva) Insuficiencia cardiaca congestiva	Examen físico ECG Radiografía del tórax Ecocardiograma
Cerebrovascular	Accidente isquémico transitorio Evento cerebrovascular	Examen físico Evaluar pulsos Fondo de ojo Examen neurológico TAC, RNM
Retinopatía	Aumento de la luminosidad de los vasos, cruces arteriovenosos Hemorragias o exudados, Papiledema.	Examen del fondo de ojo
Sistema Renal	Creatinina sérica: Hombres: > 1.5 mg/dl, Mujeres: > 1.4 mg/dl, Tasa de filtración glomerular calculada, Microalbuminuria, Proteinuria, parcial de orina.	Examen físico: evaluar masa renales, soplos.
Sistema vascular periférico	La ausencia de uno o más pulsos periféricos excepto el pedio con o sin claudicación intermitente es patológico.	Examen pulsos por palpación y auscultación.

Crisis hipertensiva:

Las crisis hipertensivas comprenden una gran variedad de situaciones en las cuales se presenta una elevación significativa de las cifras de tensión arterial de tal modo que se requiere una reducción inmediata de la presión arterial (no necesariamente hasta valores normales) para evitar o limitar el compromiso de órgano blanco. En términos generales la evaluación y el manejo de este grupo de pacientes depende más de la condición clínica particular que del nivel absoluto de presión arterial.

Desde el punto de vista fisiopatológico y terapéutico se deben considerar dos grupos de pacientes así:

- **Emergencia hipertensiva:** en este grupo de pacientes predomina un estrés vascular intenso con daño estructural y consecuencias inmediatas en el sistema nervioso central, en la circulación coronaria, renal y periférica. Tales consecuencias tienen como manifestación clínica el compromiso de órgano blanco, generalmente con cifras de presión arterial diastólicas (PAD) por encima de 120 mmHg. El objetivo terapéutico es controlar las cifras de presión arterial de manera inmediata. Usualmente es necesario utilizar drogas intravenosas y monitorizar a los pacientes de manera continua.

- **Urgencia hipertensiva:** este grupo de pacientes se caracteriza por presiones arteriales muy por encima del valor normal pero con adaptaciones estructurales y cardiopatía severa, lo que se traduce en un endurecimiento arterial generalizado que no cursa con daño de órgano blanco agudo clínicamente detectable. En este grupo de pacientes el objetivo es controlar las cifras de presión arterial en términos de horas, usualmente con medicamentos orales y sin monitoreo continuo.

Causas desencadenantes:

Al evaluar un paciente con crisis hipertensiva es importante considerar las causas desencadenantes, que junto con el tipo de compromiso de órgano blanco (mecanismo fisiopatológico), orientan la terapia. Deben tenerse en cuenta los siguientes factores, cada uno de los cuales tiene un peso mayor o menor como causa del problema y deben abordarse de manera integral.

- **No adherencia a la terapia:** costo elevado de la medicación, falta de claridad en la posología, falta de compromiso, intolerancia a los efectos secundarios o dosis insuficiente.
- **Causas relacionadas con los fármacos:** dosis baja, combinación inadecuada o interacciones medicamentosas AINES, anticonceptivos orales, simpaticomimeticos, esteroides, descongestionantes nasales, ciclosporina, antidepresivos.
- **Condiciones asociadas:** tales como la obesidad, el consumo de alcohol y el tabaquismo.
- **Hipertensión secundaria:** enfermedad tiroidea, insuficiencia renal, hipertensión renovascular, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma o apnea del sueño.
- **Sobrecarga de volumen:** terapia diurética insuficiente o inadecuada, ingesta elevada de sodio, daño renal progresivo.

Tabla 11.Emergencia y urgencia hipertensiva.

Urgencia: persona asintomática con PAD > 130 mm Hg ó PAS > 200 mm Hg
Hipertensión maligna acelerada con papiledema.
Cerebrovascular Encefalopatía hipertensiva , ECV (trombótica o hemorrágica), Hemorragia subaracnoidea.

Cardíaco Disección aguda de aorta, Falla ventricular izquierda, infarto agudo de miocardio, Postoperatorio de puente coronario.
Renal Glomerulonefritis aguda, Crisis renal secundaria a enfermedad vascular del colágeno, Hipertensión severa luego de trasplante renal.
Circulación excesiva de catecolaminas Feocromocitoma, cocaína y uso de simpaticomiméticos, Hipertensión de rebote luego de suspensión de clonidina, Toxemia.
Quirúrgicos Hipertensión severa en paciente que requiera cirugía de urgencias, hipertensión severa en postoperatorio, Otros: epistaxis severa.
Emergencia con lesión aguda de órgano blanco.

Fuente: CHEP 2005.

Factores de riesgo cardiovascular:

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la HTA, los cuales se clasifican de acuerdo con su posibilidad de identificación e intervención, en factores de riesgo modificables, es decir, prevenibles y no modificables o no prevenibles.

Los factores de riesgo modificables se asocian con el estilo de vida por lo que pueden ser prevenidos, minimizados o eliminados e incluyen: la obesidad, consumo excesivo de sodio, grasas y alcohol y el bajo consumo de potasio, la inactividad física y el estrés. Los factores de riesgo no modificables o no prevenibles son inherentes al individuo (género, raza, edad, herencia)

Los factores de riesgo cardiovascular mayores son: HTA, consumo de cigarrillo, sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 30), sedentarismo, dislipidemia, diabetes mellitus, microalbuminuria o TFG < 60 ml/min), edad (> 55 años para el hombre, > 65 años para la mujer) e historia de enfermedad cardiovascular prematura (padre < 55 años y madre < 65 años). A su vez, algunos de estos favorecen el desarrollo de HTA (obesidad, consumo excesivo de sodio, grasas y alcohol, y bajo consumo de potasio, magnesio y calcio; inactividad física y estrés).

Estado nutricional y dieta:

Con base en los resultados del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III) se encontró que las variaciones geográficas de presión sanguínea en los Estados Unidos se relacionaron con la dieta. En la región sur se encontró el más alto promedio de cifras tensionales, con mayor incidencia de enfermedad cardiovascular. Estos hallazgos se asociaron con consumo alto de ácidos grasos, colesterol y sodio, y baja ingesta de potasio, magnesio, calcio y fibra.

Sobrepeso y obesidad:

Varios factores han asociado obesidad HTA, entre los cuales se puede mencionar el incremento en el gasto cardiaco en individuos obesos. De otra parte, al parecer los obesos son más susceptibles a la aparición de HTA por presentar una disminución en la superficie de filtración renal y un incremento en la renina plasmática.

En un estudio realizado por la Carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad Nacional de Colombia con individuos hipertensos atendidos en la consulta de HTA del hospital San Juan de Dios, en Bogotá entre 1994 y 1996, se encontró que la prevalencia de HTA fue mayor en

el género femenino, especialmente en el grupo de 50 a 59 años; además, predomino el diagnostico nutricional de obesidad (73.6%). Como dato importante se encontró que la mayor parte de los sujetos tenía el hábito de adicionar sal antes de probar los alimentos, mostrando un uso excesivo del salero de mesa

Grasas y colesterol:

El Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT), encontró una relación directa y positiva entre el colesterol y los ácidos grasos saturados de la dieta con la presión sanguínea. Posteriormente, en un estudio en Chicago se encontró una relación positiva entre la ingesta de colesterol y cambios en la presión sanguínea.

Sodio:

El First National Health and Nutrition Examination Survey Epidemiologic up Study evalúo la relación entre la ingesta de sodio y la incidencia de insuficiencia cardiaca congestiva y mostró que una ingesta alta de sodio (más de 113 mmol/día) fue un factor de riesgo relacionado con la aparición de HTA en personas con sobrepeso (34). Otro estudio llevado a cabo en población británica, encontró que el consumo de sodio fue un predictor importante de las presiones arteriales sistólica y diastólica. Se concluye que el riesgo de HTA es más bajo a medida que se disminuye la ingesta de sal.

Alcohol:

Se ha encontrado una asociación positiva entre la ingesta de alcohol y la presión sanguínea tanto sistólica como diastólica. Individuos que consumen tres o más bebidas alcohólicas por día (una bebida estándar contiene aproximadamente 14 g de etanol y está definida como un vaso de cerveza de 12 onzas, un vaso de vino de mesa de 6 onzas o 1.5 onzas de licores

destilados), presentan una elevación pequeña pero significativa de la presión sanguínea comparados con no bebedores. La contribución a la prevalencia de HTA atribuida al consumo de más de dos bebidas de alcohol por día se ha estimado en 5 a 7%, siendo el efecto mayor en hombres que en mujeres-

Síndrome metabólico:

Los pacientes hipertensos suelen tener alteración de la distribución de la grasa corporal (obesidad abdominal o central), del metabolismo lipídico y de los hidratos de carbono criterios que constituyen la presencia de síndrome metabólico; su identificación es útil puesto que está relacionada con la presencia de complicaciones cardiovasculares; en este sentido, vale la pena aclarar que los criterios diagnósticos han sido establecidos por el ATP III, la OMS y, en última instancia, por la Federación Internacional de Diabetes (IDF) en abril de 2005 .

Tabla 12.Factores de Riesgo para Hipertensión Arterial.

FACTOR DE RIESGO	RELACION CAUSAL
FACTORES DE RIESGO NO MODIGICABLES (NO PREVENIBLES)	
EDAD	Las personas mayores de 65 años tienen un incremento en el riesgo de presentar hipertensión sistólica. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian con dos o más factores de riesgo.
GENERO	La HTA y la ECV hemorrágica son más frecuentes en mujeres menopáusicas. La EC y la ECV de tipo arterioesclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en hombres.
ORIGEN ETNICO	La HTA es más frecuente y agresiva en pacientes afroamericanos.

HERENCIA	La presencia de enfermedad cardiovascular en un familia hasta segundo grado de consanguinidad antes de la sexta década de la vida, influye definitivamente en la presencia de enfermedad cardiovascular.
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	
TABAQUISMO	El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3 millones de personas n el mundo y ocasiona 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores presentan el doble de probabilidad 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 individuos que consumen alcohol diariamente presentan valores de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4,7 mmHg, mas elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total.
SEDENTARISMO	La vida sedentaria predispone al sobrepeso y al aumento del colesterol total. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.
ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES	Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a HTA. EL consumo de grasas, especialmente saturadas, de origen animal, es un factor de riego en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.
SICOLOGICOS Y SOCIALES	El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado con el estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia y movimientos

	corporales rápidos)
FACTORES METABOLICOS	
SOBREPESO Y OBESIDAD	El sobrepeso (IMC >25) está asociado con riesgo 6 veces mayor de padecer HTA. La obesidad (IMC > 30) también se asocia con HTA. Por cada 10 Kg de aumento la PAS aumenta de 2 a 3 mm Hg y PAD de 1 a 3 mm Hg. El perímetro abdominal ≥80 centímetros en mujeres y ≥90 en hombres está asociado con riesgo mayor de HTA y dislipidemia.
DISLIPIDEMIAS	El estudio de Framingham demostró que el aumento del colesterol LDL conduce a enfermedad coronaria e HTA.
DIABETES MIELLITUS	La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de HTA, además conlleva a dislipidemia y daño vascular.

Tabla 13.Intervenciones en el estilo de vida para reducir la presión arterial.

INTERVENCION	RECOMENDACION	REDUCCION PAS
Reducción de peso	Mantener el peso deseable IMC (18.5 a 25 Kg/m^2)	5 a 10 mm Hg por 10 Kg reducidos.
Dieta DASH	Dieta rica en fibra (fruta y verdura), baja en grasa especialmente saturada y en azucares, y alta en potasio.	8 a 14 mm Hg
Restricción ingesta de sodio	< 100 mmol/día (< 2.4 g sodio o < g de sal)	2 a 8 mm Hg
Actividad física	Ejercicio aeróbico regular (caminar rápido la mayoría	4 a 9 mm Hg

	de días de la semana, al menos 30 minutos)	

Adaptado de: Williams B, Poulter NR, Brown MJ, Davis M, McInnes GT, Potter JF, Sever PS et al. British Hypertension Society. British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV): summary. BMJ 2004; 328: 634-40 (24).
*** DASH:** Dietary Approach to Stop Hipertention (38).

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de morbi-mortalidad en mayores de 45 años en ambos géneros en Colombia. La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo cardiovascular de primer orden. Se asocia de forma consistente a todas las posibles manifestaciones clínicas de enfermedad cardiovascular y se relaciona especialmente con la aparición de accidente cerebro vascular. La medición de la tensión arterial en niños y adolescentes permite identificar aquellos que son susceptibles de desarrollar HTA en edad adulta, a su vez, la intervención terapéutica de aquellos que son diagnosticados tempranamente. La obesidad se considera hoy como un factor que aumenta el riesgo de enfermedad y muerte. Muchas poblaciones en el mundo están experimentando una epidemia de exceso de peso que aumenta continuamente.

La obesidad y el sobrepeso pueden impactar la salud física y psicológica a corto, mediano y largo plazo, la hiperlipidemia, la hipertensión y tolerancia anormal a la glucosa ocurren con mayor frecuencia en niños obesos.

La hipertensión arterial es causa importante de morbi-mortalidad en el mundo, una enfermedad común y un factor de riesgo mayor en el desarrollo de cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro-vascular (ECV), insuficiencia renal, retinopatía, enfermedad vascular periférica, hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y arritmias. El riesgo

de muerte por enfermedad cardiaca y ECV empieza a aumentar desde una presión de 115/75 y se duplica por cada 20 y 10 mm Hg de incremento en la presión sistólica y diastólica respectivamente.

La hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial con incidencia y prevalencia crecientes, de repercusión en órganos vitales como las arterias, corazón, riñón, entre otros, y es causa frecuente de enfermedad vascular-cerebral, insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal crónica por lo que está considerada como un problema de salud pública.

Hipertensión arterial, edad y género:

Desde la adolescencia los hombres tienden a tener niveles más elevados de la presión arterial. En los hombres la presión arterial sistólica aumenta progresivamente hasta los 70 años. En las mujeres luego de los 50 años de edad, la presión arterial aumenta más que en los hombres y continúa aumentado hasta los 80 años. La velocidad de incremento de la presión arterial diastólica decrece tanto en hombres como en mujeres luego de los 55 a 60 años.

Hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular:

La relación entre las cifras de presión arterial sistólica y diastólica y el riesgo de enfermedad arterial coronaria es ampliamente reconocida. En los pacientes hipertensos existe un aumento en la incidencia de diferentes manifestaciones clínicas de la enfermedad arterial coronaria incluida la angina de pecho, el infarto del miocardio y la muerte súbita. La hipertensión arterial no tratada aumenta el riesgo de daño vascular involucrando tanto a las pequeñas arteria y arteriolas como a las grandes arterias. Estas lesiones llevan a una mayor morbilidad y mortalidad cardiaca, renal y cerebro-vascular.

MARCO LEGAL

De acuerdo a lo planteado en (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), los procesos de reforma del sector salud y sus lineamientos jurídicos son uno de los cambios más trascendentales que ha tenido Colombia en los últimos años. La gran cantidad de decretos, resoluciones, circulares y acuerdos que la han reglamentado, dan una idea de su trascendencia y de los desafíos que se enfrentan con su ejecución; esto también refleja las implicaciones político- sociales para el país como resultado del proceso.

Es importante analizar y evaluar la manera de cómo se ha insertado la promoción y prevención de la salud dentro de las normas políticas y legales de Colombia.

Anteriormente el modelo biologista de la enfermedad influyo mucho en la prestación del servicio de salud, así mismo todos los esfuerzos desde el recurso humano hasta el económico se dirigió hacia el tratamiento de la enfermedad olvidándose de la parte preventiva de la misma, en la actualidad impera el reto de fortalecer el actuar en salud con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; se propugna por una concepción de salud, fundamentada en parámetros positivos. Los indicadores del nivel de vida, desarrollo social, económico, cultural, personal, entran a ser determinantes de las condiciones de los ciudadanos en un país determinado.

Es el cambio de las estructuras hospitalarias como escenarios principales de la atención en salud, hacia otros escenarios, aquellos donde la gente vive e interactúa como son las calles, los barrios, las universidades, las escuelas, los parques, el comercio.

Finales de la década de 1960:

La salud empezó a considerarse como una inversión y no como un gasto; esto merecía que fuera objeto de una planeación rigurosa y su reflejo fue la orientación sanitaria del estado en materia de inversión, visualizada en dos sentidos: ampliación de coberturas a costos mínimos y administración de la asistencia médica por parte del estado, también en la década de 1960 entraron a operar en Colombia los servicios seccionales de salud, base de una nueva estructura organizacional, y entró en aplicación y desarrollo el Plan Nacional Hospitalario (1969) y la concepción organizacional del sistema de regionalización de los servicios, con cuatro niveles diferenciados de atención médica.

Sistema Nacional de Salud 1975:

Su funcionalidad se basó en la dependencia entre niveles, la regionalización de servicios, la prestación de servicios según niveles de atención, relaciones intersectoriales y la inclusión, como componente importante, de la participación de la comunidad. Aparentemente asumía una concepción integral en la prestación de servicios de salud; sin embargo, el modelo biologista seguía imperando y la preeminencia de la actividad curativa fue el común denominador.

Ley 10 de enero 10 de 1990:

Precipitó cambios conceptuales e institucionales importantes con la introducción de un nuevo concepto de “sistema de salud más acorde con las ideas contemporáneas de los modelos de salud con características multisectoriales y de concertación. Como aspectos básicos se le anotan:

“Consagra la salud como servicio público, el espíritu de la ley fue el de visualizar la salud con una concepción más integral y abrir un marco de referencia para las acciones de promoción de la salud, siendo importante el énfasis que le dio a la multisectorialidad. En este sentido propone un nuevo marco de prestación de servicios de salud complementarios, que favorece la participación activa de la comunidad para que ellos modifiquen su comportamiento y se hagan conscientes de los factores variables que inciden en el estado de salud”.

Nueva Constitución Política de Colombia:

Podría afirmase que allí están señaladas las aspiraciones del pueblo colombiano en relación con la salud; asume como finalidad social del Estado el de procurar el bienestar general, el mejoramiento de la calidad de vida de la población, la solución de las necesidades de salud, educación, saneamiento ambiental, agua potable, alimentación, recreación, cultura, deporte y vivienda, es decir, de la seguridad social en general.

En relación con la seguridad social, se consagra taxativamente el mandato de no destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes a ella. Es bueno anotar cómo en la nueva Constitución el derecho a la seguridad social no se ata a la existencia de un contrato laboral; la Constitución de 1991 superó ese concepto, con la denominación de seguridad social integral, creando determinados “estados jurídicos” por ejemplo, en la protección y asistencia de las personas de la tercera edad, Artículo 46; y para la población infantil, Artículo 44, de tal manera que el simple hecho de que una persona ostente ese *status* hace que se le reconozca un derecho a la seguridad social. Es de destacar asimismo la consagración de la salud como deber y como derecho, al preceptuar sobre el

deber de procurar el cuidado integral de la salud individual y de la comunidad; sin duda, estas premisas fundamentan la esencia de la promoción de la salud como responsabilidad primigenia del individuo. Por otro lado, cabe mencionar una serie de preceptivas que dan cuenta de la responsabilidad del Estado en materia de prestación de servicios, en las cuales se incluye necesariamente el de los servicios de salud, cuyo parámetro de cumplimiento es definido en los artículos 48 y 49, que hacen referencia a principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, así como integralidad.

Ley 100 DE 1993.

Cambia y reorganiza la prestación de los servicios de salud e integra la salud pública, el sistema de seguridad social y la provisión de servicios privados. Es un sistema universal de aseguramiento que se establece mediante los principios que son: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (Artículo 2) y equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, calidad (Artículo 153). La Ley crea una serie de planes de beneficios: Plan de Atención Básica, PAB (Artículo 165) de carácter gratuito y obligatorio, que complementa las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y está constituido por las intervenciones dirigidas a la colectividad o a los individuos, pero que tienen altas externalidades, y el POS (Artículo 162), este último tanto para el régimen contributivo (Artículo 202) como para el subsidiado (Artículo 211), mediante los cuales se crean las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001.

Decreto 1891 de 1994.

Precisa los conceptos de gasto de fomento de la salud y prevención de la enfermedad, así como las reglas básicas de administración de los recursos del fondo de fomento de la salud y prevención de la enfermedad de que trata la Ley 60 de 1993.

Ministerio de Salud, Resolución Nº 04288 de 1996.

Por la cual se define el Plan de Atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

Ministerio de Salud, Resolución Nº 03997 de 1996.

Por la cual se establecen las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción en el SGSSS. El objeto es "Determinar el conjunto de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de ***obligatorio cumplimiento*** por parte de las EPS.

CNSSS Acuerdo 117 de 1998

En el que se reglamenta las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento que tienen por objeto la protección específica, la detección temprana y la atención de las enfermedades objeto de erradicación, eliminación y control. Incluye este decreto un aspecto de trascendencia y es el denominado de "Acreditación" entendido como el procedimiento sistemático, voluntario y periódico, orientado a demostrar ante la autoridad competente el cumplimiento de estándares de calidad superiores a los requisitos esenciales establecidos para la prestación de servicios de salud.

Resolución 412 DE 2000

Disminución de la morbimortalidad por causas evitables y mejora de la calidad de vida a través de: Norma de obligatorio cumplimiento, actividades de protección específica y

detección temprana, demanda inducida (diferentes estrategias), Guías de atención de enfermedades en Salud Pública, Programación de actividades, Evaluación y Seguimiento.

Ley 1438 2011.

Reforma del sistema general de seguridad social en salud, se plantea estrategias de atención primaria, plan decenal de salud pública, observatorio nacional de salud- vigilancia a indicadores de salud pública de cada municipio y departamento, por asegurador, por prestador y ente territorial, acciones de salud pública y P y P: ejecución atención primaria en salud de acuerdo con el plan territorial de salud – contratación y ejecución articulada con ente territorial, Redes integradas de servicios de salud (prestadores públicos, privados y mixtos, inclusión de programas de educación en salud y promoción de prácticas saludables en escolares, cultura de autocuidado.

Resolución 4505 DE 2012

Establecer el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento, realizadas en los servicios de salud, para su integración al Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO).

Entonces se dan las condiciones políticas y legales para avanzar hacia un nuevo modelo sanitario, un modelo donde se privilegien los aspectos de la vida y la salud, es pasar de una concepción que se centra en la enfermedad a una concepción de vida, a una comprensión de la salud en sus múltiples dimensiones: social, biológica, antropológica, económica, jurídica. Metas como el alcance de mejores condiciones de vida para la población, la preservación de los derechos fundamentales que aseguren al hombre un paso por la vida en condiciones de

dignidad, el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social, entre otros, deberán ser los propósitos del Estado y de todas sus instituciones.

METODOLOGIA

Este proyecto de desarrollo social propone la implementación de un programa integral de promoción y prevención para enfermedades Cardiocerebrovasculares en la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios (Antioquia), en tanto que se ha identificado que el número de consultas de pacientes hipertensos de la población adulta mayor ha aumentado del año 2014 al año 2015, provocando altos índices de morbilidad y mortalidad, idea que surge de la información sobre la situación de salud registrada en el municipio y la preocupación de algunos funcionarios de la ESE por el incremento de la enfermedad.

Para dar cumplimiento al objetivo se ejecutaron las siguientes etapas diseñadas a partir de la metodología ZOPP:

- **Análisis de la situación:** En la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios se ha visto un aumento en el riesgo de aparición de complicaciones cardiovasculares tales como: enfermedad renal, diabetes, dislipidemias, ECV, entre otras, así como también se ha observado un incremento en el número de pacientes que consultan por hipertensión arterial en el año 2015, lo cual lleva a pensar en una deficiente aplicación del programa para Hipertensos, lo que ha aumentado los índices de mortalidad y morbilidad en la población.

- **Análisis de los involucrados:** la idea de trabajar en una correcta implementación del programa de promoción y prevención para Hipertensos en la ESE Hospital San Vicente de Paul de municipio de Remedios, surge de las situaciones encontradas en el Hospital y en la comunidad a partir de las exploraciones realizadas en el área administrativa de la

ESE, y que sugieren la necesidad de disminución los índices de morbilidad y mortalidad relacionados con Hipertensión Arterial en la población de adultos mayores.

- **Análisis del problema:** el incremento de la morbilidad asociada a la hipertensión arterial en la población adulta mayor que representa la gran mayoría de la población total del municipio de Remedios, corrobora la necesidad de intervenir esta patología ya que se convierte en una gran limitante para la población y en un gran reto para el sector salud, de ahí la necesidad de enriquecer los programas de promoción y prevención.

  Se usaron para este fin estadísticas encontradas a través de la página SIHO e información proporcionada por el personal asistencial de la ESE Hospital San Vicente de Paul del Remedios Antioquia (bases de satos), información que se analizó y de la cual surgieron propuestas aplicables tanto al servicio asistencial de salud como a la población objeto dentro del proyecto.

- **Análisis de objetivos o de medios fines:** se plantea un árbol de soluciones donde el objetivo principal es la implementación de un adecuado programa de promoción y prevención para hipertensos y así lograr disminuir el número de pacientes consultantes, generando hábitos de vida saludables, adherencia al programa, mayor productividad en la población, disminución en los costos de la atención en salud y disminuir las complicaciones asociadas a esta patología.

- **Análisis de alternativas:** se pretende mejorar a través de charlas educativas los hábitos y estilos de vida saludables en la población de adultos mayores, se propone realizar capacitaciones al personal asistencial sobre el tema “Guías de manejo de hipertensión arterial”, realizar brigadas extramurales con el fin de aumentar la captación de pacientes

nuevos e inscritos en el programa, promover eventos por medio de la emisora del municipio sobre educación y conocimiento de la enfermedad.

- **Diseño del proyecto:** se diseñó la matriz del marco lógico, en la cual los problemas específicos identificados como causas directas del problema, se trasladan en productos finales esperados, y estos a su vez en objetivos específicos. Se describen los productos intermedios con sus respectivos medios de verificación, así como sus responsables.

- **Formulación del plan operativo:** se propone un cronograma de actividades en el cual se plantea el recurso humano necesario, actividades a realizar, análisis de costos, financiación y tiempo necesario para lleva a cabo la adecuada implementación del programa de promoción y prevención para hipertensos en la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios.

- **Monitoreo y evaluación:** se recomienda evaluar la implementación del programa de promoción y prevención para Hipertensos en la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios, con el fin de hacerle un seguimiento y observar el impacto causado tanto a la población de adultos mayores que padecen la enfermedad como al Hospital.

VIABILIDAD

Como se ha observado en la información poblacional del municipio de Remedios, la primera causa de morbilidad del grupo adulto mayor es la hipertensión arterial, siendo más comunes las complicaciones cerebrovasculares tales como accidente cerebrovascular, cardiopatías hipertensivas, insuficiencia renal, entre otras, transformándose esto en factores que generan problemáticas sociales y económicas debido al alto costo que implica la atención de estas, no solo desde el sector salud, si no desde el núcleo familiar ya que son pacientes que requieren de hospitalizaciones prolongadas, tratamientos de alto costo farmacológico y rehabilitación, incluyendo en este proceso el seguimiento de los paciente en el primer nivel de atención donde se requiere alto grado de compromiso por parte del personal asistencial y administrativo.

De allí nace nuestra propuesta de implementar de manera correcta y efectiva el programa de promoción y prevención para pacientes hipertensos en pro del beneficio no solo del sector salud, si no de la comunidad en general ya que el impacto más que la enfermedad, son las complicaciones que estas generan, lo cual después de un analizar la situación ha llevado a la gerencia de la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio a aceptar nuestra propuesta de trabajo

ACEPTACION: IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DEL MUNICIPIO DE REMEDIOS

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL
REMEDIOS

Remedios, 16 de Febrero de 2016

Señor
JUAN JOSE ACOSTA
DOCENTE INVESTIGACIÓN
FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGO
SEDE MEDELLIN

ASUNTO: *ACEPTACIÓN TRABAJO DE INVESTIGACIÓN ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE REMEDIOS – IMPLEMENTACIÓN PROGRAMA DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PARA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.*

Cordial saludo

Por medio de la presente, apruebo y doy fe del trabajo que han venido realizando las estudiantes de la Especialización en Gerencia de Servicios de Salud, mencionadas a continuación:

- *Luisa Fernanda Bermúdez Hernández*
- *Nilsa Marina Valdeblanquez*

Para el desarrollo de este proyecto, las estudiantes se han reunido con personal de diferentes áreas del Hospital, en las cuales se ha realizado recolección de información y actividades de retroalimentación que servirán como insumo para el desarrollo de la investigación acorde con la realidad de la institución.

Invito a las estudiantes y a su tutor a que sigan adelante con este proyecto y de este modo contribuir con el desarrollo asistencial de la empresa.

Agradezco la atención prestada.

JEAN CARLO VANEGAS RODRIGUEZ
CEL: 3216423720
GERENTE ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
REMEDIOS - ANTIOQUIA

NIT 890.985.092-3
Calle las Palmas N° 12-120 teléfonos 830 38 99-830 37 27 y 830 34 71
Email: info@hsvpremedios.gov.co

ASPECTOS ETICOS

La ética médica tiene su punto de partida antes de nuestra era, simbolizada por el más ilustre médico de la antigüedad, Hipócrates, cuya doctrina ha tenido una gran influencia en el ejercicio de la profesión médica en los siglos posteriores.

La ética es la reflexión teórica sobre la moral. La ética es la encargada de discutir y fundamentar reflexivamente ese conjunto de principios o normas que constituyen nuestra moral

La deontología médica es el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico. Los deberes que se imponen obligan a todos los médicos en el ejercicio de su profesión, independientemente de la modalidad.

Generalmente la ética y la moral se ven reflejadas en la práctica profesional por lo que algunas ciencias recurren a la bioética (Ética ante la vida), el término bioética es de reciente aparición (1971), y expresa la ética de la vida biológica. Trata de sustituir a otros términos como ética médica o deontología médica, dándole un enfoque secular, interdisciplinario, prospectivo, global y sistemático. Este término permite la incorporación de otros profesionales de las ciencias de la vida, o del derecho, es decir, la parte de la ética o filosofía moral que estudia la licitud de las intervenciones sobre la vida del hombre, especialmente en la medicina y las ciencias de la vida. Un médico se debe basar en la bioética para realizar una labor íntegra.

La ética de los principios o principialísmo constituye la corriente más potente de la bioética actual. Surge en 1974-78 en Estados Unidos cuando se creó la *National Comission for the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavorial Sciences*. Esta comisión trataba de elaborar una guía acerca de los criterios éticos que debían guiar a la investigación con

seres humanos. De aquí surgió el llamado informe Belmont, que establecía unos principios éticos básicos:

- Respeto por las personas (Autonomía)
- Beneficencia
- No Maleficencia
- Justicia

La corriente principialista afirma que los problemas éticos de la medicina pueden analizarse evaluando el cumplimiento o la ruptura de estos principios éticos.
Al concretar estos principios surgen como consecuencia el Consentimiento Informado, la evaluación de los riesgos y beneficios y la selección de sujetos.

El principio de respeto a las personas o de autonomía, tiene en cuenta la libertad y responsabilidad del paciente, que decide lo que es bueno para él, consiste en que todos los individuos deben ser tratados como entes autónomos. Cualquier persona es un fin y nunca un medio, y debe respetarse su libertad esté o no enfermo. La autonomía puede ser variable, pero debe seguirse respetando salvo que esté por debajo de lo que la sociedad considera como independencia de acción. Las personas cuya autonomía está disminuida, deben ser objeto de protección, pudiendo surgir problemas como en el caso de niños, incapaces o pacientes en coma, hay que respetar su autonomía y buscar la persona más adecuada en su entorno para colaborar en la decisión.

- El principio de Beneficencia consiste en la obligación de hacer o buscar el bien del enfermo. No un acto de bondad o de caridad más allá de la obligación. Tampoco se trata solo de la corrección técnica, se extraen dos reglas generales:

- No hacer daño (esto luego evolucionó al principio de no- maleficencia)

- Extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos.

El médico asume personal y profesionalmente una especial obligación de desempeñar una función médica benéfica para con sus pacientes.

- El principio de Justicia, consiste en la imparcialidad en la distribución de cargas y beneficios: los iguales deben ser tratados igualitariamente (esto se refería inicialmente a la experimentación con humanos. Tiene en cuenta la equidad, que lleva a proteger a los más desfavorecidos. El médico, en su práctica habitual se ve frecuentemente envuelto en los problemas de la asignación de recursos (hacer más o dedicar más tiempo o recursos a un paciente que a otros), teniendo que apelar al principio de justicia implícita o explícitamente.

- El principio de no- maleficencia se refiere a la inocuidad de la medicina ("*primum non nocere*"): Hay que respetar la vida física de cada persona, no por su riqueza, sino porque es el fundamento en el que se realiza.

En cualquier acto médico existe el riesgo de hacer un daño. Dada la exigencia de la beneficencia, hay que ponderar siempre este riesgo de daño con el beneficio potencial.

La aplicación de estos principios a la ética clínica (1979) demostró que aplicándolos se consiguen decisiones idénticas sobre los mismos dilemas éticos.

En el caso en que dos principios se encuentran enfrentados al analizar un caso, se consideró que:

-Los cuatro principios deben respetarse siempre si no aparecen enfrentados ("*prima facie*").

-En caso de conflicto, debe haber uno que prevalece sobre los demás ("*actual*"). En EEUU se consideró que prevalece el principio de autonomía.

Todas estas definiciones y teorías relacionadas con la ética, moral y bioética son de suma importancia y deben conducir el acto médico a la protección del ser humano en todas sus dimensiones y aunque existe el riesgo de cometer un daño en cualquier procedimiento derivado de una consulta es deber del médico apelando al principio de la beneficencia propender siempre el bien y dar a conocer de igual forma al paciente todas estas consecuencias negativas respetando también así la autonomía del paciente permitiéndole desde el conocimiento la libertad de decidir sobre su condición. Es considerado un deber más que un tener ya que debe ser impulsado desde la voluntad de cada profesional de la salud la búsqueda del bienestar físico y mental de sus pacientes en cada decisión que se tome.

Teniendo en cuenta los conceptos anteriores y centrándonos más en nuestro trabajo, confirmamos una vez más la importancia en la aplicación de las normas de promoción y prevención en las cuales está basado nuestro proyecto en especial las relacionadas con enfermedades cardiovasculares poniendo como tema central la hipertensión que es la población objeto de estudio en nuestro proyecto, relacionando esto con los principios de la Bioética en donde se pone de manifiesto que todos los esfuerzos del acto médico y del sector de salud en general deben estar dirigidos al beneficio de los demás sin importar su condición, personalizando la atención de acuerdo al estado de cada persona ya que no tratamos enfermedades si no enfermos, obviamente viéndolos desde su ser individual y autónomo y desde cada uno lograr un bienestar social general ya que como hemos analizado anteriormente el impacto no solo desde el punto de vista salud sino también social de estas enfermedades como la hipertensión desmejora la calidad de vida en general de toda una población.

FACTIBILIDAD

Nuestro proyecto tiene un costo total valuado en $ 64, 700,000, el cual será financiado en su mayoría con los recursos de la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios, buscando ser apoyados por la alcaldía sobre todo en los eventos ajenos al recurso humano como actos radiales, transporte a municipios, plegables y eventos en las veredas.

El proyecto incluye la vinculación de un médico de tiempo completo quien se encargará de diagnosticar y hacer seguimiento a la población hipertensa, una enfermera auxiliar quien se encargara el control periódico de estos pacientes y de hacer las brigadas de capacitación a la comunidad y las veredas aledañas sobre estilos de vida y hábitos saludables, encuestadores quienes harán el diagnostico en toda la población rural y urbana sobre la desvinculación al sistema de salud de los adultos mayores, se incluye el costo del transporte para las capacitaciones que se brindarán en las veredas y se tienen en cuenta los costos de otros eventos informativos tales como programas radiales y plegables.

ANALISIS DE COSTOS Y FINANCIACION

El siguiente análisis establece el costo estimado en la fase de implementación para el programa de promoción y prevención para hipertensión arterial, el cual se ha establecido en el periodo de un año para su implementación como tal de una forma adecuada y funcional.

Se propone un médico de vinculación a tiempo completo contrato a término definido, cuyo fin seria apoyar actividades del programa de promoción y prevención de la institución y brigadas extramurales con el fin de aumentar la captación de pacientes nuevos e inscritos en el programa de hipertensos para mejorar la adherencia al mismo; una auxiliar de enfermería de tiempo completo a término definido la cual se encargaría de brindar charlas educativas a los pacientes sobre estilos de vida saludables en la institución y en las brigadas extramurales, elaborar bases de datos completas de los pacientes adscritos al programa, llamar y citar a los pacientes para su control, aumentando la captación y adherencia al programa; 4 encuestadores de medio tiempo por tres meses los cuales se encargarían de identificar la población desvinculada del sistema de salud, la población hipertensa adscrita al programa y brindar apoyo en la captación de pacientes; se contrataría un trasporte intermunicipal que desplace a los profesionales de salud a realizar las campañas extramurales 2 veces al mes; se realizaría un evento radial uno cada dos meses con el fin emitir un programa de educación y conocimiento de la enfermedad; gastos de papelería.

Tabla 14 Análisis de costo financiero.

TALENTO HUMANO	UNIDAD	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL	FINANCIADO
Médico	Vinculación tiempo completo	1	3.800.000	45.600.000	Recursos de la ESE
Enfermera auxiliar	Vinculación tiempo completo	1	1,100,000	13.200.000	Recursos de la ESE
Encuestadores	4 por tres meses medio tiempo.	4	800.000	3.200.000	Recursos de la ESE
Transporte intermunicipal	Hora vehículo	2 al mes	50.000	1.200.000	Recursos de la ESE
Papelería	Valor pleglable	300 al mes	----------	300.000	Recursos de la ESE
Evento radial	1 al mes	1 cada dos meses	200.000	1.200.000	Recursos de la ESE
			TOTAL	**64.700.000**	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 15. Cronograma de actividades.

PRODUCTO FINAL ESPECIFICO	PRODUCTOS INTERMEDIOS	MESES											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Conformación grupo de encuestadores para diagnosticar población real hipertensa diagnosticada, sin diagnosticar y no afiliada al sistema general de salud	Conformación del equipo técnico de encuestadores.	X											
	Capacitación a los encuestadores.	X											
	Presentación de encuestas			X									
Diagnóstico de la población.	Generar bases de datos población hipertensa y en riesgo			X									
	Asignación de citas médicas				X								
Educación a población rural y urbana	Brigadas rurales y urbanas por parte de enfermera y médico sobre educación en hábitos saludables.											X	
Implementación del programa de promoción y prevención para población hipertensa.	Controles médicos												X

CONCLUSIONES

Una vez evaluado el programa de promoción y prevención para Hipertensos en la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios y teniendo en cuenta las características de la población en estudio, la guía de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública del Ministerio de la protección social , el perfil epidemiológico poblacional y los datos estadísticos del municipio; se puede concluir q los principales impactos de la correcta implementación de dicho programa estarían asociados a:

1. Es necesario mejorar la adherencia al programa de Hipertensión arterial de los pacientes hipertensos mediante una gestión eficiente de recursos humanos y técnicos.

2. Incrementar la productividad en la comunidad de Remedios controlando la aparición de la Hipertensión arterial y sus complicaciones.

3. Es prioritario reducir los costos en la atención en salud de la ESE Hospital San Vicente de Paul, a través de la correcta implementación y aplicación del programa de promoción y prevención para pacientes hipertensos.

4. Evaluar la gestión asistencial de la atención de primer nivel en la ESE haciendo énfasis en aspectos tales como: uso eficiente de los recursos financieros y sanitarios de la población, gestión de la información y cumplimiento de meta, con el fin de aumentar la cobertura de los servicios en la atención, en especial los relacionados con el tema de nuestro proyecto.

5. De acuerdo en lo analizado en el registro de la base de datos de la población hipertensa notamos deficiencias en el control de calidad que puede conducir a subregistros que hacen errónea la información y por ende dificulta la toma de decisiones correctivas.

6. Existen limitaciones que limitan Tratamos con una población que padece de problemáticas sociales que quizá limitan una mayor participación de estos en las actividades desarrolladas en el programa, problemáticas como: analfabetismo, bajo nivel socioeconómico, limitaciones físicas, psíquicas y sensoriales.

RECOMENDACIONES

Es importante señalar q el éxito del programa de promoción y prevención para Hipertensos, está sujeto a la correcta implementación del mismo, así como al compromiso administrativo y técnico de la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedio; es por ello que para asegurar un impacto positivo en la población, se deberán seguir las siguientes recomendaciones:

1. Mejorar a través de un buen control de calidad tanto interno como externo la gestión y aplicación de los procesos correspondientes a los programas de promoción y prevención.
2. Fortalecer los mecanismos de participación de los actores involucrados de cada localidad en los procesos de promoción y prevención de la salud en la población.
3. Establecer un sistema de calidad en la institución que permita garantizar mejoras en la atención y en aplicación eficiente de los procesos en general en este caso los relacionados con los programas de promoción y prevención.
4. Diseñar un programa de capacitación continua del personal en especial el asistencial, en guías actualizadas sobre el manejo de enfermedades cardiocerebrovasculares, para así brindar herramientas que le permitan mejorar la atención en salud y sensibilidad hacia el paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de la Protección Social. (2007). Guía de atención de la hipertensión arterial. *Guías de Promoción de La Salud Y Prevención de Enfermedades En La Salud Pública*. http://doi.org/http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIAS%20DE%20ATENCION%20-TOMO%20DOS.pdf

2. Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. http://doi.org/10.1177/1757975912453861

3. La Relación Médico- Enfermo. Historia y Teoría. Pedro Laín Entralgo. Alianza Editorial. Madrid 1983.

4. Manual de bioética general. A. Polaino-Lorente. Ed. Rialp.

5. Historia de la ética médica. D. Gracia. En Ética y medicina. Espasa- Universidad. Coordinado por F. Vilardell.

6. Fundamentos de Bioética. Gracia D. Ed. Eudema, Madrid, 1989.

7. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Primeras causas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, según regiones, Colombia, 1987, 1989 y 1991. 1997.

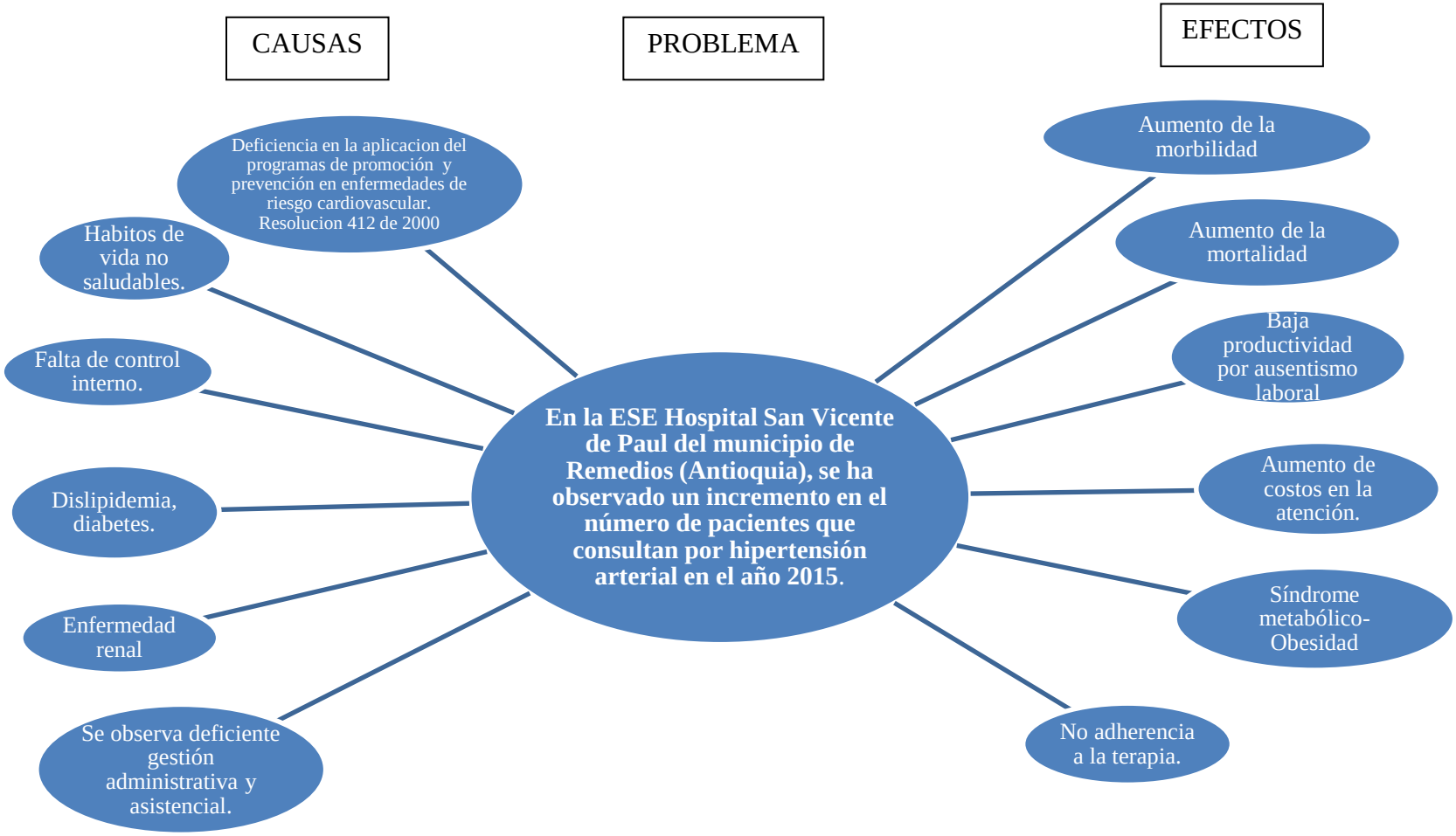
8. OPS. Disponible en: http://www.col.opsoms.org/sivigila/Indicadores/2001 seccion2.pdf (consultado 7 de septiembre de 2005).

9. Ministerio de Salud. Colombia. II Estudio nacional de factores de riesgo de enfermedades crónicas ENFREC II. Tomo III: Perfil lipídico y conocimientos, actitudes y practicasen hipertensión, ejercicio, hiperlipidemia y peso corporal. 1999.

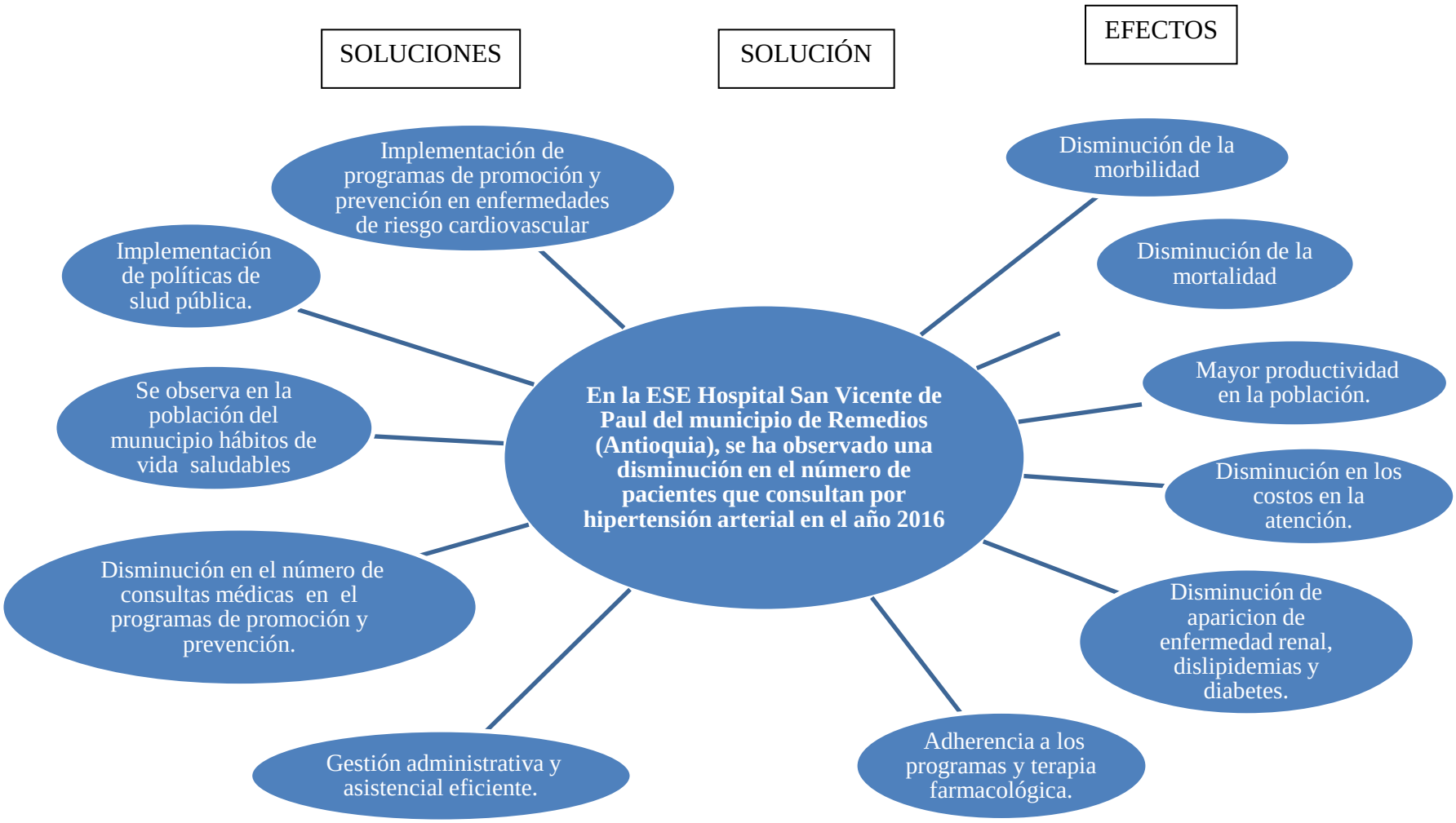
10. Secretaria Distrital de Salud. Dirección de Salud Pública. Series Históricas de Salud de Santafé de Bogotá. 1986-1996. 1a edición. Agosto. 1988: 47 y 76.

ANEXOS

ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE SOLUCIONES



MATRIZ DE MARCO LOGICO

Tabla 16 . Problema central

PROBLEMA CENTRAL	OBJETIVO GENERAL	PRODUCTO FINAL ESPERADO	OBJETIVO GLOBLAL
En la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios (Antioquia), se ha observado un incremento en el número de pacientes que consultan por hipertensión arterial en el año 2015.	Renovar e Implementar el programa de promoción y prevención para enfermedades Cardiocerebrovasculares (Hipertensión), en la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios (Antioquia) con un criterio de integralidad que permita disminuir los niveles de morbi-mortalidad de la población en estudio y mejorar otros aspectos relacionados con la calidad de vida en los ámbitos social, económico y familiar para el año 2016 en la población de adultos mayores.	En la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios (Antioquia), se ha observado una disminución en el número de pacientes que consultan por hipertensión arterial en el año 2016.	Contribuir al mejoramiento del nivel de salud y la calidad de vida de la población del municipio de remedios mediante la ejecución del programa de promoción y prevención de las enfermedades cardiocerebrovasculares.

Tabla 17 Problemas específicos

Problema especifico	Objetivo especifico	Producto final especifico	Indicador de logro	Medio de verificación	Fecha de entrega	Responsable	Supuestos
Deficiencia en la aplicación del programa de promoción y prevención en enfermedades de riesgo cardiocerebrovasculares.	Evaluar las características estructurales y de funcionamiento del programa de promoción y prevención para Hipertensos de la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios.	Correcta implementación del programa de promoción y prevención en enfermedades cardiocerebrovasculares.	Número de consultas médicas y actividades educativas en el programa de promoción y prevención para pacientes hipertensos del municipio de remedios en el año 2016.	Bases de datos de consultas médicas por hipertensión arterial en la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios.	Diciembre 2016	Personal administrativo y asistencial de la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios.	Falta de presupuesto para la implementación del programa
Deficiente gestión administrativa y asistencial.	Establecer un sistema de calidad en la institución que permita garantizar mejoras en la atención y aplicación eficiente de los procesos. Diseñar un programa	Gestión administrativa y asistencial eficiente.	Número de capacitaciones programadas en el año para el personal asistencial sobre enfermedades cardiocerebrovasculares.	Cronograma de capacitaciones. Cronograma de auditorías.	Diciembre 2016	Coordinador médico y de enfermería. Control interno.	

	de capacitación continua del personal asistencial, en guías actualizadas sobre el manejo de enfermedades cardiocerebrovasculares.		Auditorías internas y externas en los procesos administrativos y asistenciales de la ESE.				
Aumento en la aparición de complicaciones asociadas a la Hipertensión tales como: síndrome metabólico, ACV, insuficiencia renal y comorbilidades como la diabetes y dislipidemias.	Identificar los factores críticos relacionados con las enfermedades cardiocerebrovasculares de la población de adultos mayores del municipio de Remedios.	Disminución de complicaciones y mortalidad secundarias, asociadas a enfermedades cardiocerebrovasculares.	Número de casos de morbimortalidad de la población hipertensa consultante en la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios año 2015 – 2016.	Base de datos de morbimortalidad de la población hipertensa consultante en la ESE Hospital San Vicente de Paul del municipio de Remedios año 2015 – 2016.	Diciembre 2016	Coordinador médico y coordinador de enfermería.	