

**PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN
SUBSIDIADA DEL MUNICIPIO DE ATRATO – CHOCO**



**AUTORAS:
ROSMERY ARCE GARCÍA
JULIANA MESA CÁRDENAS
CLAUDIA LILIANA DEVIA LIS**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
PROGRAMA ACADEMICO ESP. GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTA D.C.
JUNIO, 2021**

**PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN
SUBSIDIADA DEL MUNICIPIO DE ATRATO – CHOCO**



**AUTORAS:
ROSMERY ARCE GARCÍA
JULIANA MESA CÁRDENAS
CLAUDIA LILIANA DEVIA LIS**

**DOCENTE ASESOR:
MARY LUZ BARRERA ORDUZ
FABIO ENRIQUE CASTRO ARDILA**

**CORPORACIÓN UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES
PROGRAMA ACADÉMICO ESP. GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD
BOGOTÁ D.C.
JUNIO, 2021**

TABLA DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS.....	4
INDICE DE GRÁFICAS	5
INDICE DE ANEXOS	6
INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Problema de Investigación.....	9
1.2 Objetivos	12
1.2.1 Objetivo General:.....	12
1.2.2 Objetivos Específicos	12
1.3 Justificación.....	13
CAPÍTULO 2. MARCO DE REFERENCIA.....	14
2.1 Marco Teórico.....	14
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO	24
3.1 Tipo de estudio	24
3.2 Población	25
3.3 Procedimientos	26
3.4 Técnicas para la recolección de Información.....	27
3.5 Técnicas para el análisis de la información	27
3.6 Consideraciones Éticas.....	28
CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
4.1 Resultados Obtenidos de las Historias Clínicas	29
4.2 Discusión.....	43
4.3 Conclusiones.....	46
REFERENCIAS	50
ANEXOS.....	54
Anexo A. Autorización Salud Protegida	54
Anexo B. Historia Clínica.....	55

INDICE DE TABLAS

TABLA 1. DIAGNOSTICO HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)	20
TABLA 2. CRONOGRAMA	26

INDICE DE GRÁFICAS

GRAFICAS 1. RANGO EDADES PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	29
GRAFICAS 2. SEXO DE PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	30
GRAFICAS 3. ZONA GEOGRÁFICA DE UBICACIÓN PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	30
GRAFICAS 4. NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO.....	31
GRAFICAS 5. RAZA O ETNIA DE LOS PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO.....	31
GRAFICAS 6. RELIGIÓN DE LOS PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	32
GRAFICAS 7. DISCAPACIDAD EN LOS PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	32
GRAFICAS 8. ALGUNAS OCUPACIONES PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO.....	33
GRAFICAS 9. SITUACIÓN LABORAL PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	33
GRAFICAS 10. POBLACIÓN MIGRANTE PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	34
GRAFICAS 11. EJERCICIO FÍSICO EN LOS PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	34
GRAFICAS 12. CONSUMO DE TABACO PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	35
GRAFICAS 13. ANTECEDENTES FAMILIARES EN PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO.....	35
GRAFICAS 14. CONSUMO DE GRASAS SATURADAS PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	36
GRAFICAS 15. CONSUMO DE SAL EN PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	36
GRAFICAS 16. INGESTA DE FRUTA EN PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO.....	37
GRAFICAS 17. CONSUMO DE PSICOACTIVOS EN PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO.....	37
GRAFICAS 18. CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO.....	38
GRAFICAS 19. EXPOSICIÓN AL HUMO DE LEÑA PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	38
GRAFICAS 20. RANGOS DE PESO EN (Kg) PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	39
GRAFICAS 21. PROMEDIO DE LA TALLA EN (CM) PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	39
GRAFICAS 22. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	40
GRAFICAS 23. PERÍMETRO ABDOMINAL EN (CM) PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO.....	40
GRAFICAS 24. FACTORES DE RIESGOS PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	41
GRAFICAS 25. TENSIÓN ARTERIAL (MM Hg) PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	41
GRAFICAS 26. CREATININA EN LOS PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO	42
GRAFICAS 27. CREATINURIA EN LOS PACIENTES IPS SALUD PROTEGIDA, ATRATO - CHOCO.....	42

INDICE DE ANEXOS

ANEXO A. AUTORIZACIÓN SALUD PROTEGIDA	54
ANEXO B. HISTORIA CLÍNICA	55

INTRODUCCIÓN

Las personas afectadas por condiciones crónicas representan una preocupación para la salud pública. Estas condiciones se caracterizan por ser padecimientos de larga duración, de carácter degenerativo, con etiologías complejas mediadas por múltiples factores de riesgo, con latencias largas, curso prolongado, alta frecuencia de discapacidad o alteración funcional e incurabilidad. Raramente requieren intervenciones urgentes en salud pública en el medio ambiente o en los contactos, pero son potencialmente prevenibles a través del control de diferentes factores de riesgo.

Las enfermedades no transmisibles, como es el caso de la Hipertensión Arterial (HTA), superan actualmente a las enfermedades infecciosas como principales causas de mortalidad en el mundo. La HTA, por su prevalencia y trascendencia socioeconómica, es considerada para el Sistema Nacional de Salud (SNS) como un problema de salud pública de primer orden que hay que atajar.

La HTA es la patología crónica de mayor frecuencia observada por el médico general en su práctica diaria. Su diagnóstico y tratamiento de forma temprana, disminuirá la mortalidad por esta causa y evitará los largos períodos de rehabilitación de las secuelas dejadas por accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares ocasionados por esta enfermedad, actualmente controlable.

Desde el punto de vista poblacional y de salud pública, la prevención es una de las estrategias más importantes para detectar la HTA en fases prematuras y reducir significativamente su evolución, la de las enfermedades asociadas y su

morbimortalidad, además de los trastornos personales, familiares, sociales y económicos que produce.

En los últimos años, la prevalencia de HTA en el municipio de Atrato - Chocó ha aumentado. Investigaciones realizadas durante el 2014, como el análisis de situación de salud del Chocó, arrojó una prevalencia de 1,39%, dato que dista de lo encontrado por nuestro estudio esta diferencia abrupta podría estar relacionada con la adopción de estilos de vida en la población que son reconocidas como desfavorables; aumentando el desarrollo de morbilidad cardiovascular: mayor consumo de sal y grasas en la dieta, inactividad física, obesidad y mayor consumo recreacional de alcohol y tabaco.

Los efectos nocivos inmediatos del tabaquismo sobre la hipertensión arterial, están relacionados con la hiperactividad del sistema nervioso simpático, provocado por la activación de receptores nicotínicos excitadores presentes en las células quimiorreceptoras periféricas, que genera un aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca y contractilidad miocárdica; asimismo, el consumo crónico de cigarrillo induce rigidez en la pared arterial que puede persistir durante una década después del cese del consumo.

CAPÍTULO 1. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROYECTO

1.1 Problema de Investigación

En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión arterial (HTA) causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión arterial (HTA) es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (OMS, 2013)

La hipertensión arterial (HTA) es un problema grave de salud pública mundial. El desarrollo de la HTA es multicausal, debido a que podría influir la carga genética, la raza y el sexo, hasta el padecimiento de enfermedades metabólicas como diabetes mellitus y dislipidemia, e inclusive factores comportamentales como el consumo de alcohol, tabaco y sedentarismo. (OMS, 2013)

En Colombia, para el 2013, según datos arrojados por la Cuenta de Alto Costo, en Colombia había 2.414.354 personas con hipertensión arterial afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial (HTA) va en aumento en la medida en que avanza el crecimiento y envejecimiento de la población, la variabilidad de las estimaciones para Colombia y la necesidad de disponer de información confiable y de calidad; constituyendo éste el instrumento clave para el desarrollo de políticas públicas efectivas. (Minsalud, 2007)

En el Dpto. del Chocó dado los criterios de vulnerabilidad existentes, bajo el enfoque de determinantes sociales, y que responda a las necesidades del departamento; la cual se enmarca en la pobreza y desigualdad y que dé respuesta a los interrogantes y necesidades de las comunidades. La evidencia demuestra que persiste una situación de inequidad en salud y calidad de vida.

Chocó es uno de los cinco departamentos de Colombia donde mueren más personas por causas relacionadas con Hipertensión Arterial (HTA), población que solo cuenta con las mínimas oportunidades para el desarrollo socio-económico. Se estima que sólo el 25% de la población cuenta con oferta efectiva de servicios de salud. La falta de recursos humanos de salud calificados se convierte en otra barrera de acceso a estos servicios. (ASIS, 2014)

La atención a la salud de las personas se caracteriza por ser predominantemente pasiva y asistencial, de libre demanda, principalmente reactiva y centrada en la morbilidad, lo cual provoca mayores costos de operación en el sistema y elevados costos de oportunidad para la población, especialmente agravados por la ausencia de un adecuado ordenamiento y articulación funcional de la red de servicios. Estas deficiencias, junto a las escasas oportunidades de empleo y desarrollo socioeconómico, explican en buena medida la persistencia de indicadores de salud y calidad de vida inferiores a los promedios nacionales, evidenciándose de esta manera la necesidad de implementar medidas diferenciales y adaptadas en salud a una región selvática y dispersa.

De igual modo, se presenta la situación en la población Afro del departamento cuyo componente étnico cuenta con una población 80% Negra, la cual no ha sido ajena a las consecuencias de la constante vulneración como población protegida en el marco del DIH. En este contexto se resalta que dichas comunidades indígenas y

afro descendientes afrontan condiciones precarias de vida con limitadas garantías para el goce efectivo de sus derechos, lo que ha generado transformaciones en detrimento de sus posibilidades de supervivencia étnica y cultural, agravadas por su mayor grado de vulnerabilidad. Se postula de forma hipotética que la población afro, tiene una más alta probabilidad de coincidir en la prevalencia de esta enfermedad en cuestión por innumerables factores.

Por lo anterior, con el presente proyecto se busca establecer ¿Cuál es la prevalencia de la hipertensión arterial en la población subsidiada que son atendidas en la IPS Salud Protegida (única para esta población) del municipio de Atrato – Choco?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General:

Evaluar la prevalencia de Hipertensión Arterial en la población afrocolombiana, afiliada al régimen subsidiado que son atendidas en la IPS Salud Protegida (única para ese municipio) en el programa de Hipertensión Arterial del municipio de Atrato – Choco en el año 2020.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la población objeto de estudio.
- Determinar cómo los estilos de vida influyen en el desarrollo de la enfermedad (HTA) de la población afrocolombiana, afiliada al régimen subsidiado que son atendidas en la IPS Salud Protegida del municipio de Atrato – Choco durante el año 2020.
- Identificar los factores de riesgo de la hipertensión arterial.

1.3 Justificación

El propósito de esta investigación es analizar una de las patologías más reconocidas que afecta a la población afrocolombiana, conocer sobre el estado actual de la Hipertensión Arterial en el municipio de Atrato en el departamento Colombiano del Choco. La revisión se centrará en aspectos como: a). La caracterización epidemiológica de la enfermedad en este municipio, b). Su impacto en el sistema de salud y en la población, c). La relevancia de la modificación de los hábitos de vida poco saludables y d). La intervención preventiva de este tipo de enfermedades, el imprescindible papel de los profesionales de la salud concretamente de los farmacéuticos en la prevención de la hipertensión arterial.

CAPÍTULO 2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 Marco Teórico

La Hipertensión Arterial (HTA), enfermedad sistémica que consiste en la elevación de la presión arterial en la cual la Presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o una Presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg; es un síndrome multifactorial de origen genético muy fácil de diagnosticar y de difícil control en el mundo. El abordaje pretende ser simple y práctico para todo aquel médico que tenga que enfrentar a las personas con HTA, sin sacrificar los conocimientos científicos de vanguardia. (J. Sellén, E. Sellén, L. Barroso, S. Sellén, 2009).

La HTA es considerada por la OMS como la primera causa de muerte a nivel mundial, una de cada cinco personas en el mundo la padece. Los Afrodescendientes tienen mayor prevalencia de hipertensión arterial que el resto de los grupos étnicos. Tienden también a tener mayores complicaciones ocasionados por esta enfermedad como son los accidentes cerebrovasculares, la hipertrofia ventricular izquierda y la insuficiencia renal (existen consideraciones genéticas para soportar esta afirmación).

El 95% de las causas está constituido por hipertensión esencial o primaria con un mecanismo idiopático, en donde se postula que hay una relación entre la genética y los factores ambientales para el desarrollo de la enfermedad. El 5% restante lo constituye la hipertensión secundaria que la componen enfermedades que causan hipertensión entre estas encontramos enfermedad renal crónica, coartación de la aorta, Síndrome de Cushing, Feocromocitoma, hipertensión renovascular, hiperaldosteronismo, apnea obstructiva del sueño, enfermedad tiroidea, hormonas estrógenos (embarazo y anticonceptivos orales), etc.

La Guía Europea de hipertensión arterial del año 2013 nombró los siguientes factores de riesgo: Ser hombre, varones mayores de 55 años y mujeres mayores de 65 años, tabaquismo, sedentarismo, dislipidemia, diabetes, obesidad (IMC >30), obesidad abdominal (varones >102 cm, mujeres >88 cm) alcoholismo, malos hábitos alimenticios, historia familiar de enfermedad cardiovascular (varones < 55 años, mujeres < 65 años).

Actualmente, se desarrollan investigaciones en cuatro Teorías que explican la patogénesis de la HTA: Genética, Neurogénica, Humoral y Autorregulación. En la Teoría Genética el principio básico es una alteración del ADN, lo cual implica que en distintas moléculas se producen anomalías y por tanto su función se modifica.

Hay varios genes candidatos: gen de renina, 12 genes que codifican la kinina, la kaliceína y las prostaglandinas renales, genes que codifican factores que regulan la homeostasis del calcio y el sodio, la bomba de sodio-potasio, proteína C y el fosfoinositol.

Los estudios poblacionales demuestran que en familias con HTA primaria la incidencia de la enfermedad es de 30 a 60 % mayor en comparación con la descendencia de normotensos. En esta teoría también se menciona que la predisposición genética puede estar latente, pero debe existir un estímulo que dispara la replicación del ADN, entre los que se mencionan: la ingestión excesiva de sal y el estrés emocional.

La HTA es un trastorno poligenético y multifactorial, en el cual la interacción de múltiples genes entre sí y con el medio ambiente es importante. Está demostrado

que la vía clásica del SRAA^{13, 14} es la preponderante en la aparición de la HTA. El angiotensinógeno es el precursor de la A-II sobre el cual actúa la renina y los efectos de la A-II están mediados por los receptores AT1 y AT2, localizados en el genoma humano. Hay otras vías de síntesis independientes de la ECA y estas son capaces de convertir el angiotensinógeno en A-II directamente o en A-I y luego en A-II. La quimasa produce el 90 % de la A-II en el corazón humano por lo que el bloqueo de los IECA, no es completo. La A-II, repercute negativamente sobre los órganos diana y produce las alteraciones que facilitan las complicaciones y la muerte.

La Teoría Neurogénica se apoya en el estado hipercinético encontrado en hipertensos de corto período de evolución y en animales considerados hiperreactores. Dentro de los centros de control nervioso que se pueden alterar, se señala el área perifornical del hipotálamo.

La Teoría Humoral abarca diferentes sistemas hormonales y sustancias humorales donde se identifican alteraciones que conducen a HTA. El sistema por excelencia que se ha estudiado ampliamente es el de renina-angiotensina-aldosterona, cuyos efectos finales son el aumento de la PA por vasoconstricción o sobrecarga de volumen. El sistema kinina-kallicreina-prostaglandina renal cuyo efecto final es la vasodilatación de arteriolas eferentes renales, aumento del flujo sanguíneo renal y excreción de sodio; se ha observado disminuido en la HTA. Por otra parte, los mineralocorticoides están elevados en 2/3 partes de los pacientes hipertensos, mientras que el déficit de hormona natriurética que contrarresta el exceso de líquidos por supresión del transporte activo de sodio en los túbulos renales, puede estar en déficit su síntesis o liberación.

En esta teoría se hace mención a los factores de crecimiento, considerados multipotenciales, ya que no solo se relacionan con el crecimiento celular, sino que también afectan la vasoconstricción o vasodilatación, por lo que cualquier alteración de su función puede conducir a HTA.

La conocida Teoría de Autorregulación implica una inadecuada regulación de la PA a largo plazo a nivel renal, en dos etapas: La primera donde una excesiva ingestión de agua y sal aumenta el líquido extracelular, se incrementa el gasto cardíaco y por tanto hay HTA, pero los barorreceptores tienden a compensar el desajuste a través de disminución de la resistencia periférica total.

En una segunda etapa este exceso de líquido no necesario para las demandas metabólicas induce liberación de sustancias vasoconstrictoras por los tejidos (mecanismo de autorregulación), lo que aumenta la resistencia periférica total y por tanto la PA, pero a nivel renal la elevada permeabilidad celular al sodio y la hiperreactividad de los vasos sanguíneos renales, contribuye a la sobrecarga de volumen y al deterioro progresivo del capilar glomerular y esto mantiene la HTA. (Tagle, 2018)

Tradicionalmente, el diagnóstico de HTA se basa en los Métodos que se utilizan a la hora de la medición de la PA en la consulta médica. Así entonces, se considera a un paciente como hipertenso cuando presenta repetidamente cifras mayores o iguales a 140/90mmHg.

Universalmente no hay un método ni un número aceptado de mediciones ni de visitas necesarias para el diagnóstico de HTA. Las Guías Internacionales no son

muy específicas y todas recomiendan varias mediciones en la consulta en días diferentes, en otras palabras luego de varias “visitas”. Así por ejemplo: El Informe Norteamericano JNC VI establece que el diagnóstico de HTA debe estar basado en el promedio de 2 o más visitas después de una inicial de tamizaje y que lecturas adicionales deberían ser tomadas en cada visita si las 2 primeras difieren en $>5\text{mmHg}$.

A su vez, las guías de la OMS/ISH recomiendan que el diagnóstico de la HTA esté basado en múltiples mediciones de la PA, efectuadas en varias visitas en días distintos, pero sin especificar en cuántas visitas. En cambio, las guías británicas NICE son más precisas y recomienda realizar dos o más mediciones en cada visita en hasta cuatro ocasiones diferentes.

Esta última recomendación se basa en que modelos matemáticos sugieren que la mayor sensibilidad y especificidad se logra con dos determinaciones cada vez en 4 visitas en diferentes días.

Las guías chilenas GES de HTA, señalan que: “Hipertensión Arterial corresponde a la elevación persistente de la presión arterial sobre límites normales, que por convención se ha definido en $\text{PAS} \geq 140\text{mmHg}$ y $\text{PAD} \geq 90\text{mmHg}$ ”. Además, las guías chilenas GES proponen para confirmar el diagnóstico de HTA utilizar el perfil de PA, que consiste en realizar al menos dos mediciones adicionales de PA en cada brazo, separados al menos de 30 segundos, en días distintos y en un lapso no mayor a 15 días. Si los valores difieren por más de 5mmHg , se debe tomar lecturas adicionales hasta estabilizar los valores. Se clasificará como hipertenso a personas cuyo promedio de mediciones sea mayor o igual a $140/90\text{mmHg}$.

En todas las guías se enfatiza la importancia de varias mediciones de la PA y en diferentes ocasiones, debido a: la disminución de las cifras de PA con las sucesivas mediciones, lo que está relacionado con el fenómeno de alerta que presentan muchos pacientes, con el fenómeno estadístico de regresión a la media, y a la variabilidad intrínseca de la PA como toda variable biológica.

La American Heart Association (AHA), señala que es bien reconocido que el poder predictivo de múltiples mediciones de la PA es mucho mayor que una sola medición en la consulta, y que cuando se toma una serie de mediciones, la primera es típicamente la más alta. La AHA recomienda un mínimo de 2 mediciones que deben realizarse a intervalos de al menos 1 minuto, y el promedio de esas lecturas debe ser usado para representar la PA del paciente. Si hay diferencia entre la primera y la segunda medición mayor a 5mmHg, deben ser obtenidas 1 o 2 mediciones adicionales, y a continuación, se utiliza el promedio de estas lecturas múltiples.

Los estudios clínicos aleatorios en pacientes hipertensos utilizan dos o más determinaciones en dos o más visitas. En la mayoría de estos estudios se rigen por las recomendaciones de la AHA. Estudios clínicos más recientes como el estudio SPRINT (The Systolic Blood Pressure Intervention Trial) utilizaron equipos automáticos que efectúan 3 mediciones de la PA, dando como valor final el promedio de la segunda y tercera medición de la PA.

La OMS recomienda el uso de dispositivos asequibles y fiables que ofrecen la opción de realizar lecturas manuales. Los dispositivos semiautomáticos permiten

realizar mediciones manualmente cuando se agotan las baterías, un problema que no es infrecuente en entornos con recursos limitados. Como el mercurio es tóxico, se recomienda eliminar progresivamente los dispositivos que lo usan y reemplazarlos por dispositivos electrónicos. Para utilizar dispositivos aneroides, como los esfigmomanómetros, es imprescindible calibrarlos cada seis meses y capacitar y evaluar a las personas que los usen.

Si la hipertensión se detecta pronto es posible minimizar el riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal; las complicaciones de la hipertensión arterial causan el 9.4 millones de muertes al año en el mundo, donde es responsable del 45% de muertes asociadas a patología cardíaca y 51% de muertes por enfermedad cerebrovascular. Se diagnosticará la hipertensión arterial dependiendo el sitio en donde se tome la presión arterial así:

Tabla 1. DIAGNOSTICO HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

Categoría	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
PA en consulta	≥140	y/o	≥90
Diurna (o paciente despierto)	≥135	y/o	≥85
Nocturna (durante el descanso)	≥120	y/o	≥70
PA en 24 horas	≥130	y/o	≥80
PA en domicilio	≥135	y/o	≥85

PA: Presión Arterial, PAS: presión arterial sistólica PAD: presión arterial diastólica, mmHg: milímetros de mercurio. Fuente: (Guía de Práctica Clínica de la ESH/ESC. Para el manejo de la Hipertensión Arterial, 2013).

Hay dos condiciones las cuales se deben estudiar tanto en consulta como ambulatoriamente que son la hipertensión de bata blanca la cual consiste en valores de presión arterial anormalmente elevados en consulta, pero ambulatoriamente es normal donde se recomienda estudiar en paciente con hipertensión grado 1 y

asintomático sin daño orgánico, los factores de riesgo es ser mujer, edad y no fumador, se debe confirmar el diagnóstico de la HTA de bata blanca a los 3-6 meses.

Otro tipo de hipertensión que se debe estudiar es la hipertensión enmascarada que en esta la presión arterial en consulta es normal mientras que ambulatoriamente es elevada, donde los factores de riesgo es ser joven, varón, fumador, consumo de alcohol, la actividad física, la hipertensión arterial inducida por el ejercicio, la ansiedad, el estrés laboral, la obesidad, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica y la historia familiar de hipertensión arterial.

La prevalencia creciente de la hipertensión arterial (HTA) se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés.

Las consecuencias adversas de la hipertensión para la salud son complejas porque muchos afectados tienen además otros factores de riesgo que aumentan la probabilidad de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal. Entre esos factores de riesgo se encuentran el consumo de tabaco, la obesidad, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus. El tabaquismo aumenta el riesgo de complicaciones de la hipertensión en los afectados.

El consumo de tabaco, la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol y el sedentarismo también son los principales factores de riesgo conductuales de todas las enfermedades no transmisibles importantes, es decir, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas y el cáncer. Si no

se adoptan las medidas apropiadas, se prevé que las muertes por enfermedades cardiovasculares seguirán aumentando.

Casi el 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares corresponden a países de ingresos bajos y medianos. Estos países son los que están en peores condiciones para hacer frente a las consecuencias sociales y económicas de la mala salud. Las tasas actuales de mortalidad normalizadas por edad en los países de ingresos bajos son más altas que las de los países desarrollados. (Información general sobre la Hipertensión en el mundo, Día Mundial de la Salud, 2013).

Estudios de corte transversal muestran que el 20% de la población general, puede sufrir hipertensión arterial. Sobre los 50 años de edad, la prevalencia es de 50% y en mayores de 80 años es del 65%. En los hombres es más alta que en las mujeres, así como en la raza blanca comparada con los Afrodescendientes.

Teniendo en cuenta que la prevalencia es el número de personas enfermas (casos nuevos y casos antiguos), ocurridos en una determinada población y en un determinado tiempo. Este trabajo busca determinar la prevalencia de hipertensión arterial en el Choco, específicamente en personas residentes en el municipio de Atrato, la cuales asistieron a consulta médica en la IPS Salud Protegida en el año 2020. (Análisis de Situación de Salud (ASIS) con el Modelo De los Determinantes Sociales de Salud Departamento del Chocó, 2014)

El municipio del Atrato está ubicado en la República de Colombia departamento del Chocó; se localiza en el centro del departamento, limita al norte con el municipio de Quibdó, al oriente con el municipio de Lloró, al occidente con el

municipio de Río Quito y al sur con el municipio de Certegui. Posee un área total de 725Km². El municipio de Atrato, está constituido por 11 corregimientos y 7 veredas. Según proyecciones del DANE para el 2015, el municipio de Atrato registra una población de 9.927 habitantes, de los cuales 3.498 personas se encuentran asentados en la cabecera y un número de 6.429 en el área rural.

Actualmente se presenta un alto déficit en infraestructura en salud, pues en la totalidad de los municipios las instalaciones físicas de los hospitales, centros y puestos de salud están altamente deterioradas y obsoletas, debido a la antigüedad y falta de mantenimiento de las mismas. Este municipio cuenta con la cobertura que brindan dos EPS y una Única IPS que presta sus servicios a esta población en su gran mayoría pertenecientes al Régimen Subsidiado. (Plan de Desarrollo Departamental del Choco, 2016).

CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

Se propone realizar una investigación que busque especificar los aspectos importantes de personas, grupos o comunidades objeto de estudios que se están sometiendo a una indagación sobre cualquier fenómeno que los afecte para realizarle un análisis, para medir o evaluar diversos aspectos descritos en el Objetivo General de esta investigación. (Hernández y Col, 2006).

Este estudio donde se seleccionan una serie de características y se mide cada una de ellas independientemente para así describir lo que se investiga es de tipo descriptivo, de corte transversal, de base poblacional.; donde se busca mirar la prevalencia de hipertensión arterial de la población del municipio de Atrato – Choco.

En un periodo de tiempo determinado (1 año - 2020). Además de esto, se realizó un análisis de datos asociado a una revisión bibliográfica acerca de la prevalencia hipertensión arterial en adultos.

3.2 Población

La investigación se realizará con la población afiliada al régimen subsidiado y que fueron atendidas en la IPS Salud Protegida del municipio de Atrato - Choco, en el período del año (2020); de los cuales tenemos una Población Total de: 5.295 habitantes del municipio de Atrato – Choco, 4.906 son población SUBSIDIADA y 306 de ellos son HIPERTENSOS. Tomamos una MUESTRA de: 171 PACIENTES; para obtener un 95% de nivel de confianza y el 5% margen de error.

3.3 Procedimientos

Tabla 2. Cronograma

ACTIVIDADES		Cronograma del Proyecto																																			
		oct-20				nov-20				dic-20				ene-21				feb-21				mar-21				abr-21				may-21				jun-21			
		Meses	Semanas				Meses	Semanas				Meses	Semanas				Meses	Semanas				Meses	Semanas				Meses	Semanas									
Indagar sobre posibles temas de investigación - lluvia de ideas																																					
Definición y selección del tema de investigación																																					
Aprobación del tema de investigación																																					
Búsqueda de los antecedentes del problema de investigación																																					
Formulación del planteamiento (pregunta) del problema																																					
Fijación de los Objetivos de la investigación																																					
Redacción de la justificación de la investigación																																					
Elaboración del cronograma de actividades																																					
Elaboración del presupuesto para la investigación																																					
Desarrollo / Definición del Marco Teórico																																					
Definición y Elaboración del Diseño Metodológico																																					
Diseño del Instrumento de Investigación																																					
Aplicación del Instrumento de Investigación																																					
Trabajo de campo																																					
Tabulación de los datos recolectados																																					
Análisis de la información																																					
Discusión - Conclusiones																																					
Elaboración del Informe Final																																					
Sustentación de la Investigación																																					

3.4 Técnicas para la recolección de Información

Se realizará una revisión cuidadosa de datos proporcionados en la Historia Clínica de cada paciente perteneciente al régimen subsidiado que asistió a cita médica y/o control a la Ips Salud Protegida del municipio de Atrato – Choco.

3.5 Técnicas para el análisis de la información

La presente investigación se realiza bajo una secuencia organizada basada en la investigación de tipo cualitativa donde se obtienen los datos expresados en forma verbal por los pacientes y que son recopilados por medio del diligenciamiento de la Historia Clínica ya prediseñada y sistematizada.

Estos datos se extrajeron priorizando los más significativos y relevantes en relación al problema de investigación, son examinados sistemáticamente, haciendo una comparación entre los más relevantes. La disposición de la información se organizó de forma gráfica y organizada, para facilitar la comprensión y el análisis de la misma.

Las conclusiones implican los resultados de forma estructurada y significativa y muestra la interpretación que hacemos de los mismos.

3.6 Consideraciones Éticas

De acuerdo con los principios establecidos en la Resolución 008430 de Octubre 4 de 1993 esta investigación se consideró como: Investigación Sin Riesgo, y en cumplimiento con los aspectos mencionados con el Artículo 6 de la misma Resolución, esta investigación se desarrollará conforme al siguientes criterios.

En esta investigación se velará por la protección de la dignidad de la población en estudio, sin derecho a juzgar las condiciones de vida de las personas. Además, se buscó mantener en privado la identidad de las personas.

Se realizó la solicitud por escrito a la Ips Salud Protegida para obtener el respectivo permiso y así poder acceder a las Historias Clínicas de los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial el cual fue aprobado por la Coordinadora General de la mencionada institución y por consiguiente quedamos autorizados para el uso de la información proporcionada en las tomas de presión arterial, comentando los beneficios del estudio y advirtiendo sobre la ausencia de riesgos del mismo.

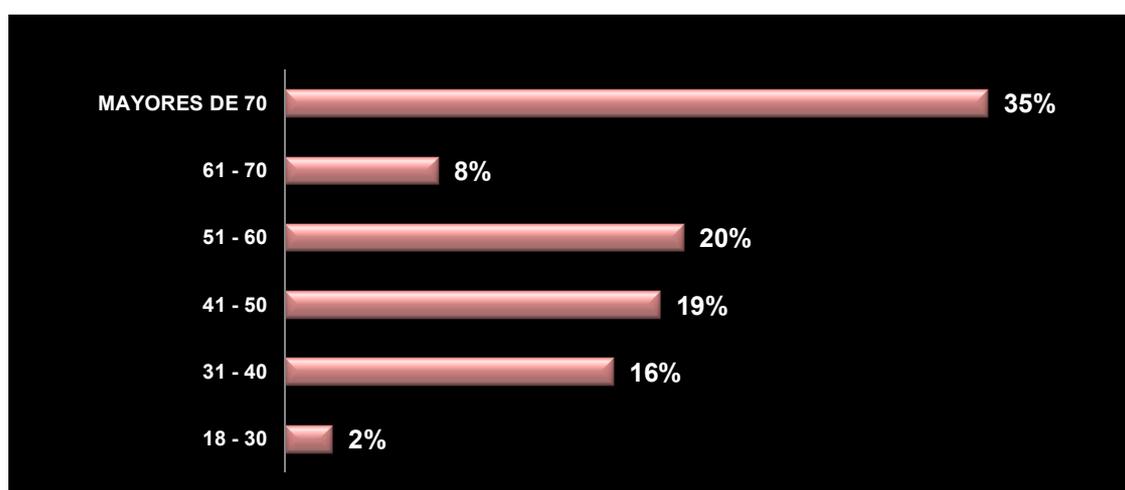
De acuerdo con los principios establecidos en las Normas Internacionales, la naturaleza de nuestra investigación se ajusta al: Reporte Belmont: Respeto por las Personas, Beneficencia, y Justicia, las Pautas CIOMS: Principios éticos que deben regir la ejecución de la investigación en seres humanos especialmente en los países en desarrollo dadas las circunstancias socioeconómicas, leyes, reglamentos y sus disposiciones ejecutivas y administrativas.

CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Resultados Obtenidos de las Historias Clínicas

Luego de haber realizado el debido proceso para la recolección de datos utilizando como instrumento la revisión cuidadosa de las historias clínicas y su respectivo plan de análisis, se expresaron los resultados de la población objeto de estudio representado en gráficas y tablas de cada una de las variables sociodemográficas.

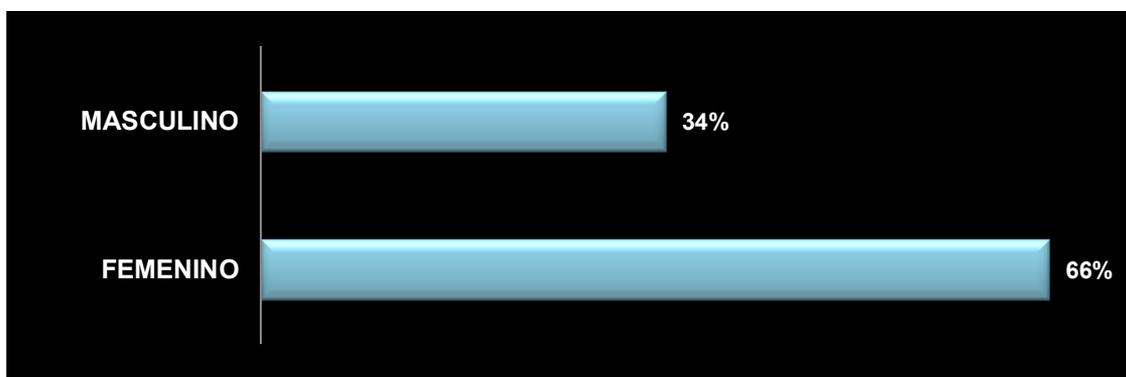
Graficas 1. Rango Edades Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre una muestra de 171 individuos, con edades comprendidas entre los 17 y los 86 años, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes con hipertensión arterial (HTA) se encuentra en edades mayores de los 70 años y representa el 35% de la población, seguido por el grupo de pacientes comprendido entre los 51 y 60 años, correspondiente al 20% y el menor grupo etario lo conforman los pacientes entre 18 y 30 años representado solo con el 2% del total de la población.

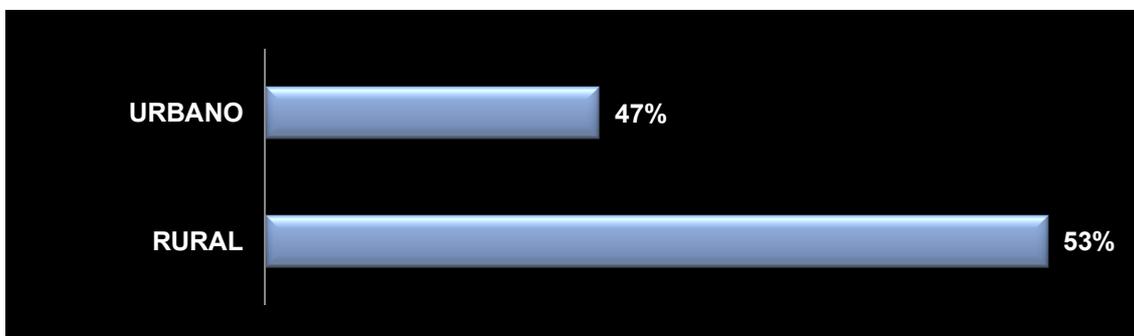
Graficas 2. Sexo de Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 66% de la muestra son mujeres y el 34% son de sexo masculino.

Graficas 3. Zona Geográfica de Ubicación Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 47% vive en la zona urbana del municipio de Atrato – Choco y el 53% en zonas rurales aledañas de esta misma geografía.

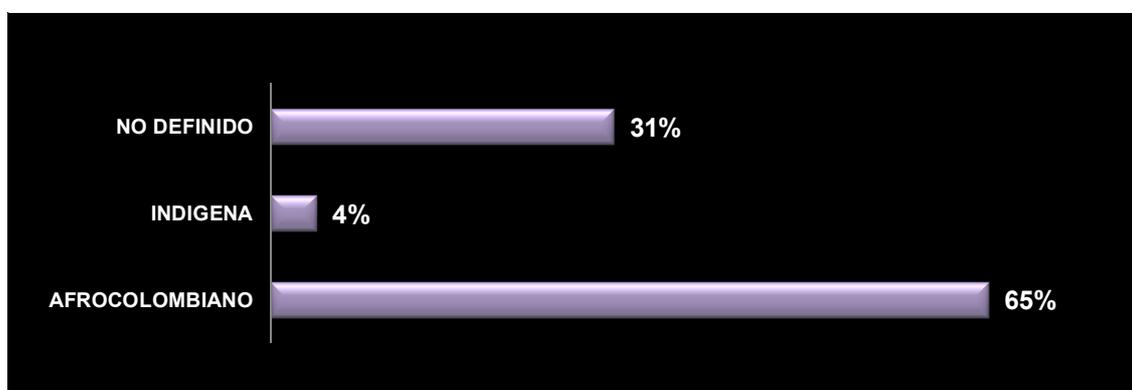
Graficas 4. Nivel Educativo de los pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 98% no tiene un nivel educativo definido y que solo el 2% es bachiller.

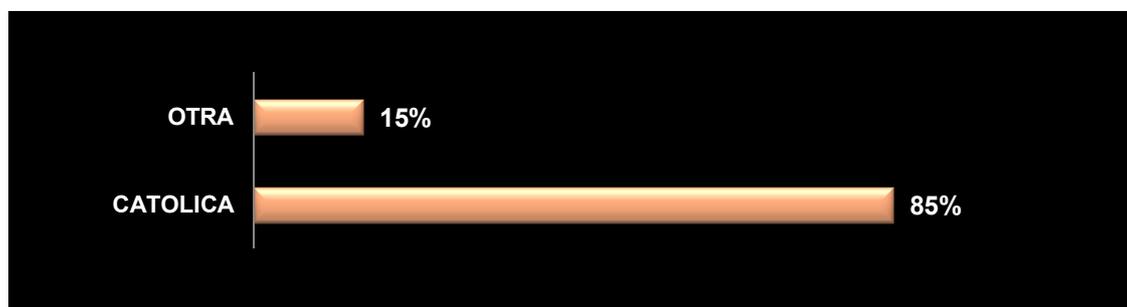
Graficas 5. Raza o Etnia de los pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 65% pertenece a la raza Afrocolombiano, el 4% es Indígena y el 31 no tiene una raza definida.

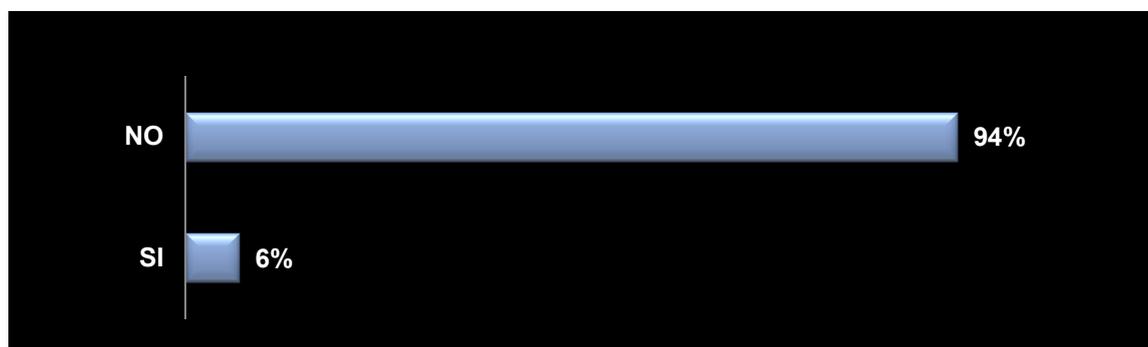
Graficas 6. Religión de los pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 85% pertenecen a la religión católica y el 15% pertenece a otro culto religioso.

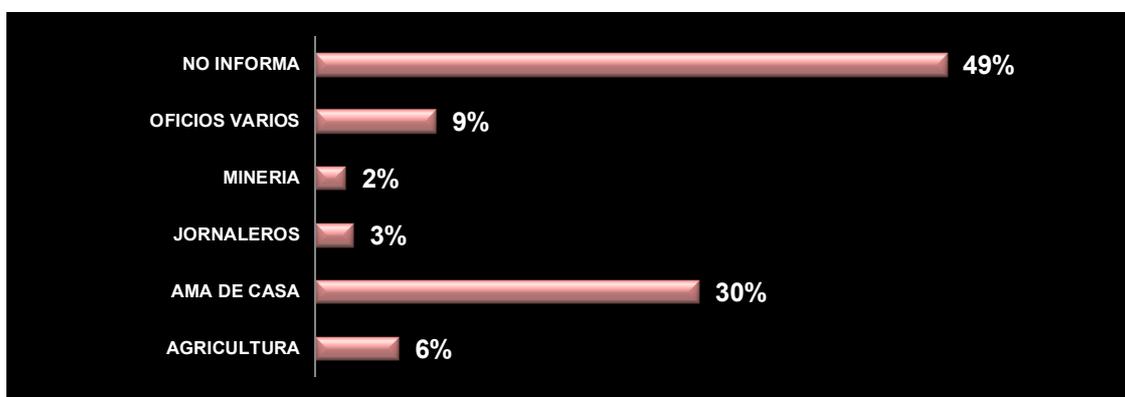
Graficas 7. Discapacidad en los pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 94% informa que no presenta ninguna discapacidad y solo el 6% dice poseer alguna discapacidad.

Graficas 8. Algunas Ocupaciones Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 49% no informa sobre su ocupación, el 30% son amas de casa, el 9% se dedica a oficios varios, el 6% se dedica a la agricultura, el 3% son Jornaleros y el 2% se dedican a la minería.

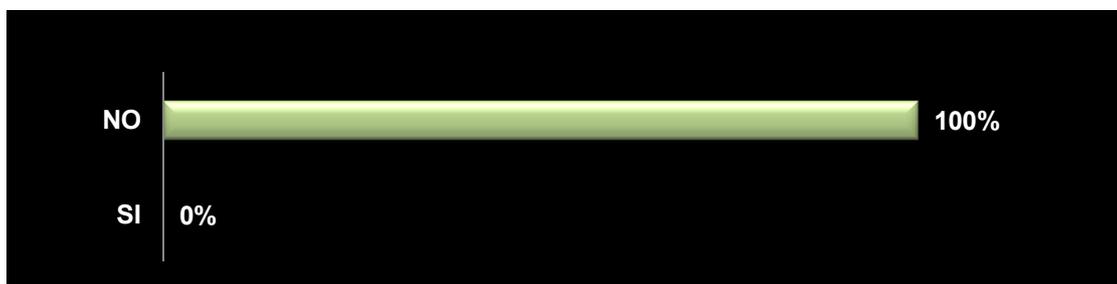
Graficas 9. Situación Laboral Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 93% informa que no es desempleado y tiene alguna ocupación; y el 7% está desempleado.

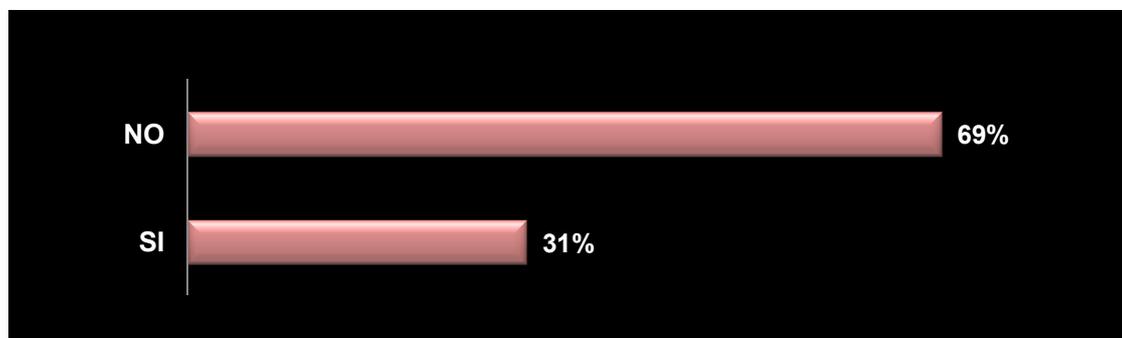
Graficas 10. Población Migrante Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 100% son ciudadanos Colombianos y no hay migrantes.

Graficas 11. Ejercicio Físico en los Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 69% de la población objeto de estudio informa que NO realiza actividad física; y el 31% realiza algún tipo de ejercitación.

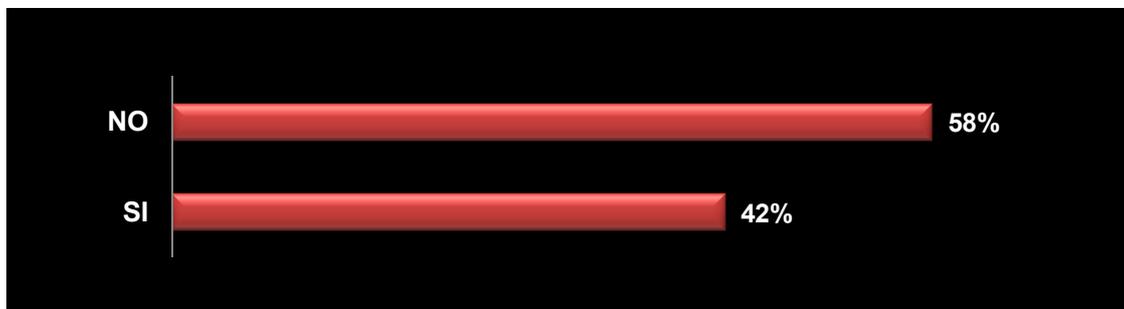
Graficas 12. Consumo de Tabaco Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 85% representado por 145 pacientes que NO fuma y solo el 15% representado por 26 persona si lo hace.

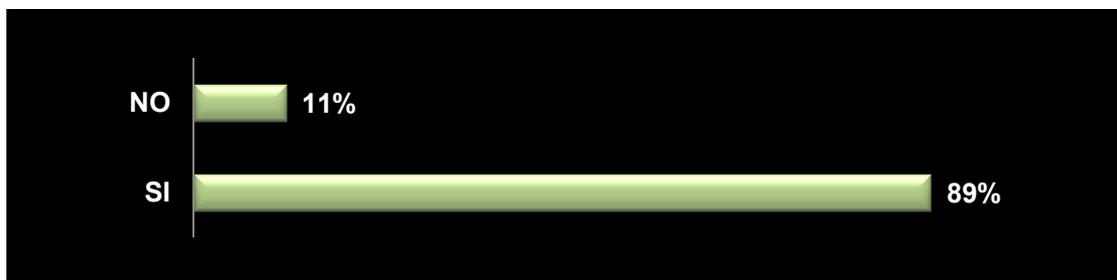
Graficas 13. Antecedentes Familiares en Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 58% padece la enfermedad pero NO por Antecedentes de la familia; y el 42% manifiesta que padece la enfermedad por sus antecedentes familiares.

Graficas 14. Consumo de Grasas Saturadas Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 89% informa que consume grasa saturada, y solo el 11% expresa que no consume o su nivel de consumo es muy bajo.

Graficas 15. Consumo de Sal en Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 88% expresa que su consumo de sal es alto y solo el 12% de la población objeto de estudio no consume sal o su nivel de consumo es bajo.

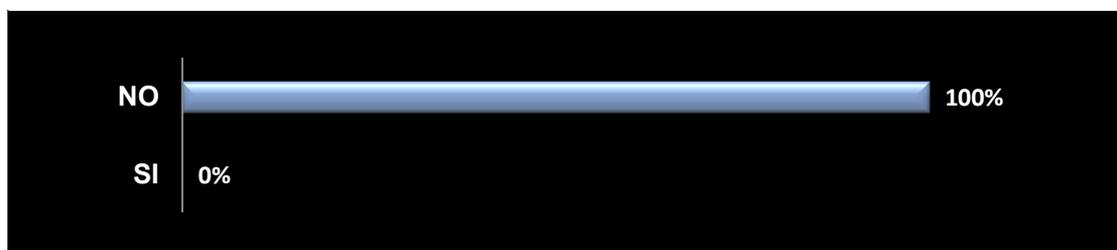
Graficas 16. Ingesta de Fruta en Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 82% de los pacientes informa que si incluye el consumo de fruta en su dieta diaria mientras que el 18% no la consume.

Graficas 17. Consumo de Psicoactivos en Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 100% ninguno informa que consuma alguna sustancia psicoactiva.

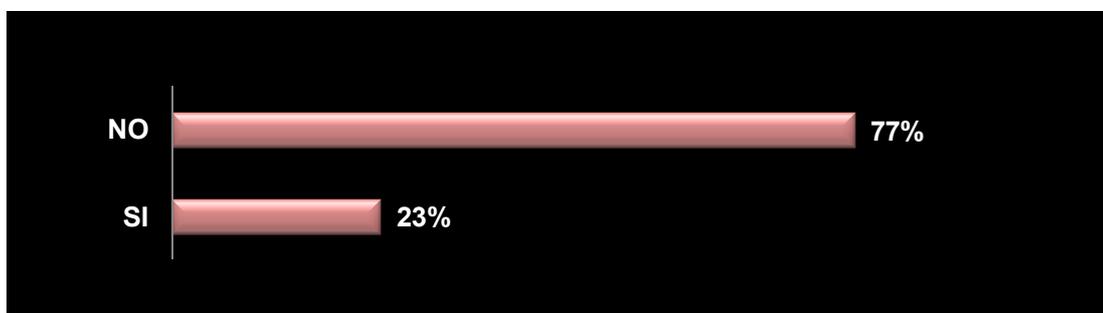
Graficas 18. Consumo de Alcohol en Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 87% informa que no consume alcohol y solo el 13% expresa que si lo consume.

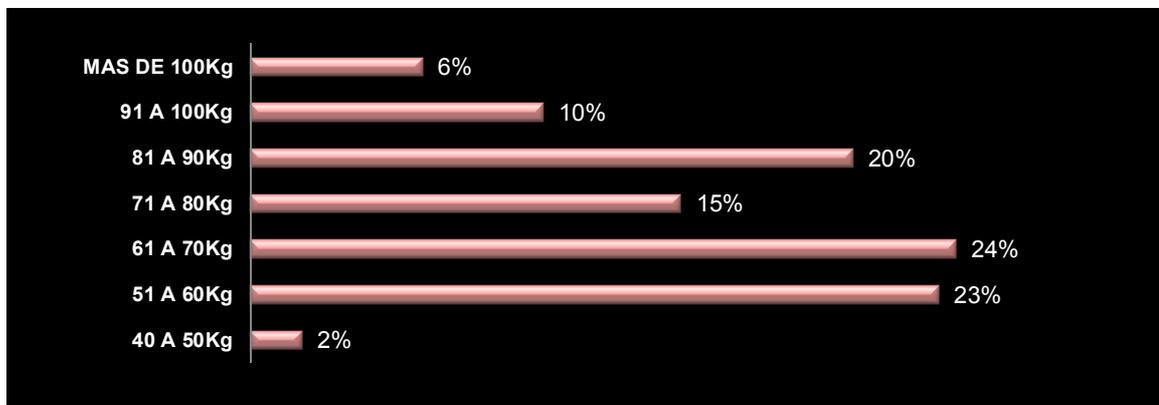
Graficas 19. Exposición al Humo de Leña Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, observamos que el 77% informa que no están expuestos al humo de leña (carbón) y que el 23% si están o tiene alguna exposición a este aire.

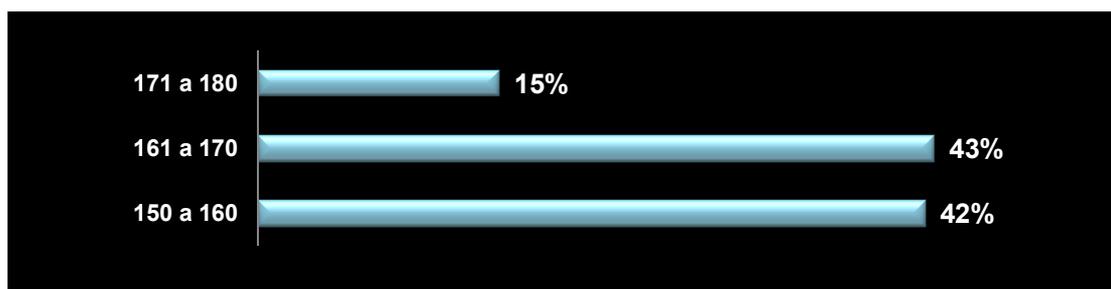
Graficas 20. Rangos de Peso en (Kg) Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, analizamos que el 24% de los pacientes pertenecientes al programa de (HTA) están en un peso de los 61Kg a 70Kg, el 23% en un peso de los 51Kg a 61Kg, el 20% su peso oscila entre los 81Kg y los 90Kg, el 15% cuenta con un peso entre los 71Kg a los 80Kg, el 10% tienen un peso entre los 91Kg y 100Kg y solo el 6% son considerados obesos pesando más de 100Kg.

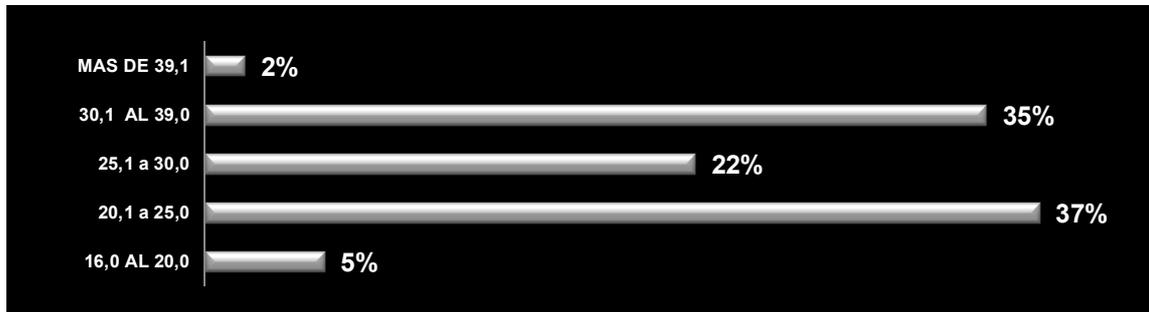
Graficas 21. Promedio de la Talla en (Cm) Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, analizamos que el 43% tiene una talla que oscila entre los 1.61cm y los 1.70cm, el 42% tienen una talla entre los 1.50cm y 1.60cm, solo el 15% tienen una talla entre el 1.71cm y los 1.80cm.

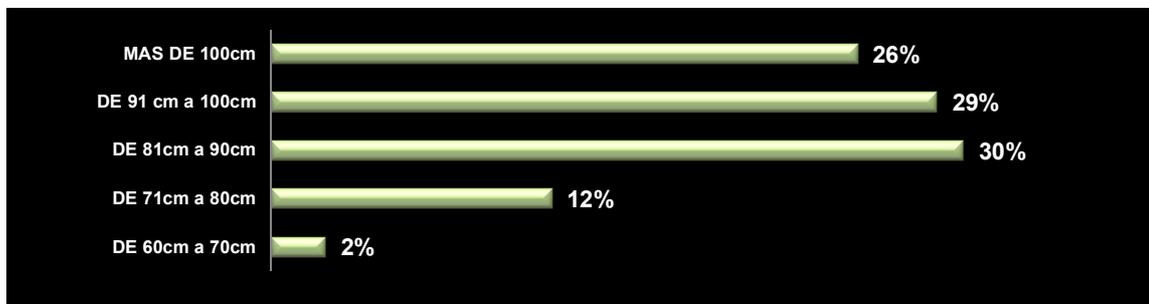
Graficas 22. Índice de Masa Corporal (IMC) Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, analizamos que el (IMC) en un 37% representado por 63 pacientes oscila entre 20,1 y 25,0 kg/m², el 35% tienen un (IMC) entre 30,1 y 39,0kg/m²; el 22% tiene un (IMC) que va entre 25,1 y 30,0 kg/m², el 5% entre 16,0 y 20,0 kg/m²; y solo el 2% tiene un (IMC) que oscila entre 16,0 y 20,0 kg/m².

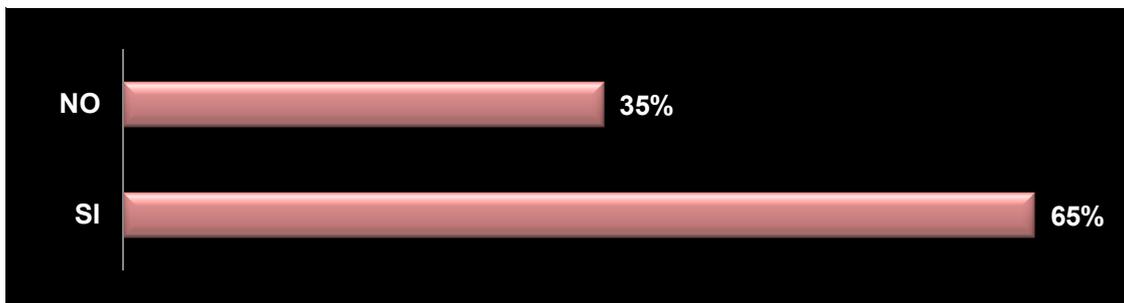
Graficas 23. Perímetro Abdominal en (Cm) Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, analizamos que 52 pacientes que representa el 30% tiene un perímetro abdominal entre los 81 y 90cm, 50 pacientes que representa el 29% tiene un perímetro abdominal entre los 91 y 100cm, el 26% de los pacientes tiene un perímetro abdominal de más de 100cm, el 12% esta medida le oscila entre 71 y 80cm y solo el 2% tienen el perímetro abdominal entre los 60 y 70cm.

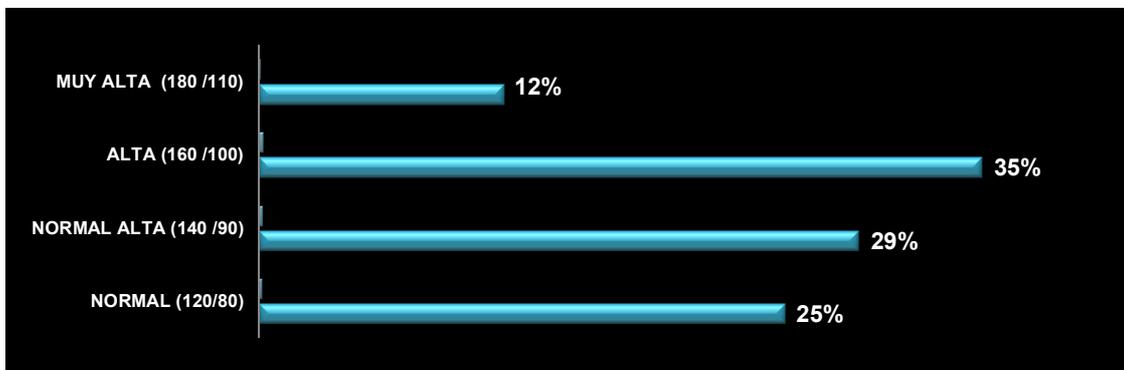
Graficas 24. Factores de Riesgos Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, analizamos que el 66% de los pacientes del programa de HIPERTENSION saben de los factores de riesgos a los que se enfrentan al padecer dicha enfermedad mientras que el 35% no saben o no entienden sobre ello.

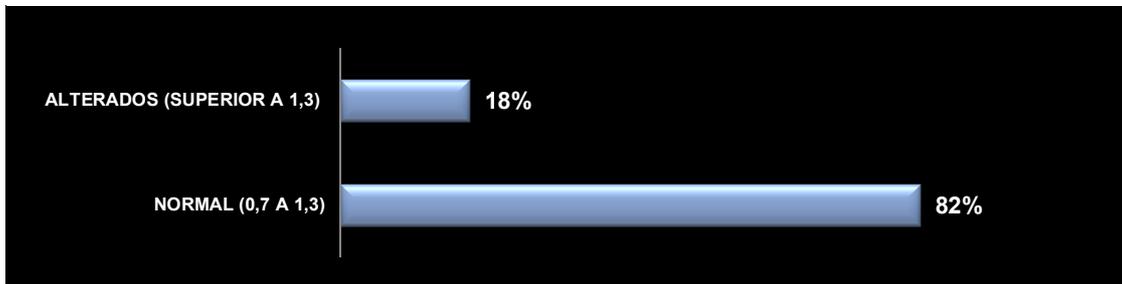
Graficas 25. Tensión Arterial (mm Hg) Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, analizamos que el 35% de los pacientes presentaron T/A alta, el 29% con 49 pacientes presentó la T/A normal alta, el 25% su T/A fue normal y solo el 12% de los pacientes tenían la T/A MUY ALTA.

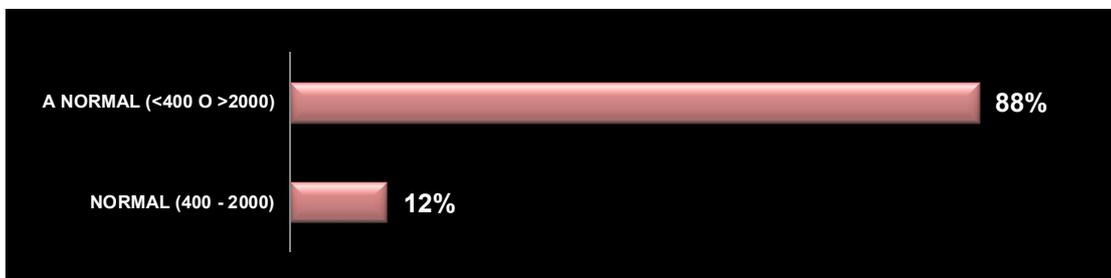
Graficas 26. Creatinina en los Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, analizamos que el 82% de los pacientes presentaron su Creatinina en un nivel normal y el 18% la presentaron con un resultado alterado.

Graficas 27. Creatinuria en los Pacientes IPS Salud Protegida, Atrato - Choco



Fuente: Las Autoras

Sobre la muestra de 171 individuos, analizamos que el 88% de los pacientes presentaron su Creatinuria en un nivel A Normal, mientras que el otro 12% presentó normalidad en su resultado.

4.2 Discusión

Durante la revisión bibliográfica realizada hemos recopilado la evidencia publicada sobre la prevalencia de la hipertensión arterial a nivel Colombia. El escaso número de publicaciones sobre esta enfermedad de salud publicada del departamento del Chocó disponibles y/o con adecuada metodología, la no distinción del comportamiento de esta patología según edad, sexo o estrato socioeconómico, e inclusive la no descripción del método empleado para su medición; generan limitantes durante el análisis y comparación de la información.

En el programa de prevención y control de la Hipertensión Arterial (HTA), de la IPS Salud Protegida del municipio de Atrato – Choco , los profesionales de la salud, juegan un papel muy importante, pero la implicación del paciente para garantizar la adopción de los hábitos saludables y del tratamiento farmacológico, es una de las mayores limitaciones del manejo de la enfermedad, al igual que en el resto de enfermedades crónicas asintomáticas, es bajo el cumplimiento terapéutico por parte de los pacientes.

Las enfermedades no transmisibles, como es el caso de la hipertensión arterial (HTA), superan actualmente a las enfermedades infecciosas como principales causas de mortalidad en el mundo. La HTA, por su prevalencia y trascendencia socioeconómica, es considerada para el Sistema Nacional de Salud (SNS) como un problema de salud pública de primer orden que hay que atajar. Desde el punto de vista poblacional y de salud pública, la prevención es una de las estrategias más importantes para detectar la (HTA) en fases tempranas y reducir significativamente su evolución, la de las enfermedades asociadas y su morbimortalidad, además de los trastornos personales, familiares, sociales y económicos que produce.

La prevalencia de la hipertensión arterial en este estudio es de (6,2%,IC95%) en la población afiliada al régimen subsidiado atendida en la IPS Salud Protegida del

municipio de Atrato – Choco en el año 2020, La investigación se realizará sobre los 4.906 afiliados al régimen subsidiado mayormente población afrocolombiana de la cual 306 de ellos son HIPERTENSOS. Sin embargo, su prevalencia es menor, si nos basamos en los datos proporcionados por los estudios poblaciones revisados que oscilan entre (28%;IC 95%), aunque la población es más representativa en los estudios descriptivos sin muestreo incluidos en esta revisión. Estos hallazgos son similares a la prevalencia mundial, según lo reportado por la revisión sistemática de Mills et al, quienes estimaron de edad una prevalencia para el 2010 fue de (31,1%, IC 95%, 30.0%-32.2%), tiende a afectar más a la población masculina, tal como lo estimado en esta revisión.

En América Latina y el Caribe, existe una disparidad en cuanto a la prevalencia de HTA según sexo con respecto a lo estimado en este estudio. Mills et al, estimaron que la población femenina es la más afectada teniendo una prevalencia de 32.7%, mientras que el hombre es de 30.4%; discordante a lo encontrado en el municipio de Atrato - Choco ya que la diferencia es representativa, esta enfermedad crónica es más frecuente en mujeres, con una proporción de (66%, IC 95%) y (34%, IC95%) en los hombres.

La elevada diferencia en nuestro estudio es en parte, explicada por la edad de la población, quien registra la prevalencia más alta (35%), incluye sólo adultos mayores de 70 años, la cual tiene una mayor probabilidad de detectar población con hipertensión arterial. Existen varios mecanismos que podrían explicar la HTA en el adulto mayor que, en resumen, se derivan de las modificaciones que tienen lugar en la pared arterial y en el sistema de regulación neurohormonal que en conjunto provocan un aumento en la resistencia vascular periférica. (C. Sierra, A. Coca, 2002)

En los últimos años, la prevalencia de HTA en el municipio de Atrato - Choco ha aumentado. Investigaciones realizadas durante el 2014, como el análisis de situación de salud del Choco, arrojó una prevalencia de 1,39%, dato que dista de lo encontrado por nuestro estudio esta diferencia abrupta podría estar relacionada con

la adopción de estilos de vida en la población que son reconocidas como desfavorables; aumentando el desarrollo de morbilidad cardiovascular: mayor consumo de sal y grasas en la dieta, inactividad física, obesidad y mayor consumo recreacional de alcohol y tabaco. Los efectos nocivos inmediatos del tabaquismo sobre la hipertensión arterial, están relacionados con la hiperactividad del sistema nervioso simpático, provocado por la activación de receptores nicotínicos excitadores presentes en las células quimiorreceptoras periféricas, que genera un aumento de la presión arterial, frecuencia cardíaca y contractilidad miocárdica; asimismo, el consumo crónico de cigarrillo induce rigidez en la pared arterial que puede persistir durante una década después del cese del consumo.

Existen varios mecanismos a través del cual el alcohol eleva la presión arterial, entre ellos se ha descrito, el aumento de la actividad simpática, muy probablemente relacionado con la secreción de hormona liberadora de corticotropina, la disminución del reflejo del vasopresor, al interactuar con los receptores del núcleo del tracto solitario y la región ventrolateral rostral de la médula. (C. Sierra, A. Coca, 2002).

En cuanto a distribución de área de domicilio, el área urbana presenta la menor prevalencia de HTA, cuya mayor prevalencia (53%, IC 95%) correspondió a el área rural, además se resalta el bajo nivel educativo ya que el acceso a la educación es limitado y en estas zonas existe una mayor inequidad social que es preponderante en la población y esto influye en la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de la HTA. Como se evidenció que en los pacientes hipertensos el 65% conocían, el 35% recibían tratamiento, los cuales pueden estar relacionado con estas inequidades.

4.3 Conclusiones

Los estilos de vida saludable y las conductas regulares de los usuarios son valorados y tenidos en cuenta durante el control mensual del programa de pacientes crónicos con Hipertensión Arterial. Debido a que estos influyen directamente con la elevación o regulación de las cifras tensionales de los pacientes, los factores que se analizan en la consulta realizada en la IPS Salud Protegida del municipio de Atrato – Chocó, son periódicamente consultados y en todas las valoraciones se da como recomendación el mantener hábitos de vida saludables que junto con la adherencia al tratamiento juegan un papel relevante en el control de esta enfermedad, haciendo concientización en los pacientes respecto de las consecuencias de la enfermedad.

El exceso de grasa corporal es un elemento de gran importancia en el contexto de las enfermedades, después del hábito de fumar, la obesidad es el factor más importante de morbilidad cardiovascular y la combinación de ambos está incrementándose de frecuencia en forma alarmante, especialmente entre los jóvenes y adultos jóvenes.

Se observa que la dieta, en general son saturadas con sal y existe un exceso de grasas saturadas lo cual produce HTA a largo plazo, por ello se recomiendan dietas bajas en sodio y ricas en potasio, calcio, magnesio y proteína y bajas en grasas, especialmente saturadas, o que combinan frutas, verduras, cereales integrales y lácteos desnatados, con bajo contenido en grasa total y ácidos grasos saturados, está demostrado que el alcohol, en cantidades excesivas, puede llegar a tener el efecto de producir HTA. El tabaco, es uno de los peores enemigos de la HTA, no sólo por los efectos directos que tiene sobre el sistema circulatorio sino porque, además, no permite que los medicamentos anti-hipertensivos sean absorbidos eficazmente.

La información recopilada por esta revisión permite identificar los principales factores de riesgo; la Presión Arterial Alta aumenta el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón, un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular. Las personas hipertensivas que además son obesas, fuman o tienen niveles elevados de colesterol en sangre, tienen un riesgo mucho mayor de sufrir una enfermedad del corazón o un accidente cerebrovascular. La presión arterial puede variar según el grado de actividad física y la edad, pero los valores normales del adulto sano en reposo deben estar en 120/80.

El Colesterol elevado. Uno de los principales factores de riesgo cardiovascular es el colesterol elevado. El colesterol, una sustancia grasa (un lípido) transportada en la sangre, se encuentra en todas las células del organismo. La Obesidad y sobrepeso puede elevar el colesterol y causar presión arterial alta y diabetes. Todas estas situaciones son factores de riesgo importantes de las enfermedades del corazón.

Los médicos miden la obesidad mediante el índice de masa corporal (IMC), que se calcula dividiendo los kilogramos de peso por el cuadrado de la talla en metros ($IMC = \text{kg}/\text{m}^2$). Se considera que una persona sufre de sobrepeso si tiene un IMC superior a 25 y que es obesa si la cifra es superior a 30.

Ahora, la mayoría de la gente sabe que fumar aumenta el riesgo de cáncer de pulmón, pero pocos saben que también aumenta apreciablemente el riesgo de enfermedad cardiovascular y de enfermedad vascular periférica (enfermedad de los vasos sanguíneos que riegan los brazos y las piernas).

El tabaquismo eleva la frecuencia cardíaca, endurece las grandes arterias y puede causar irregularidades del ritmo cardíaco. Todos estos factores hacen que el corazón trabaje más. Además, el tabaquismo eleva la presión arterial, que es otro factor de riesgo importante. Aunque la nicotina es el principio activo más importante del humo de cigarrillo, otras sustancias y compuestos químicos como el alquitrán y el monóxido de carbono también perjudican el corazón de muchas maneras.

Las personas inactivas físicamente tienen un mayor riesgo de sufrir un ataque al corazón que las personas que hacen ejercicio regular. El ejercicio quema calorías para mantener un peso saludable, ayuda a controlar los niveles de colesterol y la diabetes y posiblemente disminuya la presión arterial. El ejercicio también fortalece el músculo cardíaco y hace más flexibles las arterias. Las personas que queman activamente entre 500 y 3.500 calorías por semana, ya sea en el trabajo o haciendo ejercicio, tienen una expectativa de vida superior a la de las personas sedentarias. Incluso el ejercicio de intensidad moderada es beneficioso si se hace con regularidad.

Se observó, que las personas de sexo masculino tienen un riesgo mayor que personas de sexo femenino de sufrir un ataque al corazón. La diferencia es menor cuando las mujeres comienzan la menopausia, porque las investigaciones demuestran que el estrógeno, una de las hormonas femeninas, ayuda a proteger a las mujeres de las enfermedades del corazón. Pero después de los 65 años de edad, el riesgo cardiovascular es aproximadamente igual en hombres y mujeres cuando los otros factores de riesgo son similares. Las enfermedades cardiovasculares afectan a un número mayor de mujeres que de hombres y los ataques cardíacos son, por lo general, más graves en las mujeres que en los hombres.

Ahora bien, las personas de más edad tienen un mayor riesgo de sufrir enfermedades del corazón. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a una enfermedad cardíaca se producen en personas mayores de 65 años de edad; ya que con la edad, la actividad del corazón tiende a deteriorarse. Puede aumentar el grosor de las paredes del corazón, las arterias pueden endurecerse y perder su flexibilidad y cuando esto sucede, el corazón no puede bombear la sangre tan eficientemente como antes a los músculos del cuerpo.

El panorama de esta patología crónica en el municipio de Atrato - Chocó, tiene una tendencia al alza a lo largo del tiempo y su variabilidad según sexo, edad y área geográfica. La estimación de la prevalencia de (HTA) en Chocó es un facilitador, tanto de la vigilancia en salud pública en el país, como del desarrollo de estrategias de intervención y evaluación. No se puede dar por visto la necesidad de establecer un método estándar y efectivo para la toma de presión arterial, llevar a cabo más estudios sobre (HTA) en población rural, en todos los rangos de edades, de todos las etnias existentes sin discriminación alguna, con el fin de caracterizarlos y diseñar intervenciones políticas públicas dirigidas específicamente a estas poblaciones.

REFERENCIAS

Zurique M S, Zurique C P, Camacho, Sánchez, Hernández. (2019). Prevalencia de hipertensión arterial en Colombia Revisión sistemática y meta análisis. Acta Médica Colombiana Vol. 44 No 4 recuperado de: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2019/04-2019-08.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (Minsalud). (2007). Encuesta Nacional de Salud resultados por departamento: Chocó. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Choc%C3%B3.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS), Información general sobre la Hipertensión en el mundo- Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial (2013). Recupera de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=52363461C0B08E2E37DE04F612D7E7DA?sequence=1

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (Minsalud) - Ficha Técnica: DÍA MUNDIAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. (2017), Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>

Organización para la Excelencia de la Salud – (OES). Proyecto: Actualización de indicadores de Hipertensión Arterial – HTA. (2019), Recuperado de: <https://cdn.oes.org.co/wp-content/uploads/2019/03/Informe-Proyecto-Actualizaci%C3%B3n-Indicadores-HTA.pdf>

Revista Española de Cardiología (Revespcardiol). Guía de Práctica Clínica de la ESH/ESC. Para el manejo de la Hipertensión Arterial. (2013). Recuperado de: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893213004120>

Organización Mundial de la Salud (OMS) – Información general sobre la Hipertensión en el mundo, Día Mundial de la Salud (2013), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

Ávila Carmen, L. (2015). LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL: IMPORTANCIA DE SU PREVENCIÓN [Trabajo Fin de Grado, Facultad de Farmacia- Universidad Complutense]. Recuperado de: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARIA%20DEL%20CARMEN%20AVILA%20LILLO.pdf>

Unidos Construyendo Desarrollo - Gobernación del Choco. Análisis de Situación de Salud (ASIS) con el Modelo De los Determinantes Sociales de Salud Departamento del Chocó (2014). Recuperado de: http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/procesos_de_interes/asis_departamental_choco.pdf

De La Torre-Hasbum, H & Trout-Guardiola, G. (2019). Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes residentes en la ciudad de Santa Marta (Colombia), atendidos en el Hospital Universitario Fernando Troconis. Recuperado de: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/download/2947/2354/>

Consejo Municipal para la Gestión del Riesgo de Desastres (CMGRD) - Plan Municipal de Gestión del Riesgo de Desastres municipio de Atrato, Choco. (2016). Recuperado de: https://repositorio.gestiondelriesgo.gov.co/bitstream/handle/20.500.11762/28509/PMGRD_AtratoChoco_2016.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Opinion&salud.com – Revista Digital. Chocó, por debajo de la media nacional en todo, mucho más en salud (2018). Recuperado de: <https://www.opinionysalud.com/2018/11/08/choco-debajo-la-media-nacional-mucho-massalud/#:~:text=El%20Choc%C3%B3%20tiene%20el%2085,su%20poblaci%C3%B3n%20pobre%20y%20vulnerable>

Documento bases del Plan de Desarrollo Departamental del Chocó 2016 - 2019. “Oportunidades para todas las Subregiones” (2016). Recuperado de: https://siatpc.co/wpcontent/uploads/plan_de_desarrollo_departamental_del_choco_2016_2019.pdf

J. Sellén, E. Sellén, L. Barroso, S. Sellén. (2009). Evaluación y diagnóstico de la Hipertensión Arterial - Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. SCIELO. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000100001

Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, Chen J, He J. (2016). Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. Circulation. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27502908/>

C. Sierra, A. Coca, (2002). La hipertensión arterial en el anciano – Medicina Integral ELSEVIER Vol. 40. Núm. 10. Recuperado de: <https://www.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-hipertension-arterial-el-anciano-13041793>

Tagle R. (2018). Diagnóstico de la hipertensión arterial – Medicina Integral ELSEVIER Vol. 29. Núm. 1. Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-diagnostico-de-hipertension-arterial-S0716864018300099>

ANEXOS

Anexo A. Autorización Salud Protegida



Quibdó, Choco. 27 de Noviembre del 2020.

Estudiantes:

Juliana Mesa Cárdenas
Rosmery Arce García
Claudia Liliana Devia Lis
CORPORACION UNIVERSITARIA IBEROAMERICANA.

ASUNTO: Respuesta a solicitud radicada el día 25 de Noviembre 2020.

Respetadas estudiantes:

Para la I.P.S. SALUD PROTEGIDA, es de gran importancia dar respuesta a la solicitud enviada por ustedes.

Atendiendo a dicha petición, me permito informarles que esta Institución, AUTORIZA el acceso a la información y revisión de las historias clínicas de los usuarios del **Programa De Hipertensión Arterial**, datos que pueden ser de utilidad para la realización de su trabajo de grado como especialistas en GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD. Cabe recordar el adecuado manejo de la política de protección de datos.

Cualquier información adicional, con gusto se analizará y obtendrá su debida respuesta.

Mediante la firma de este documentó, se da respuesta a su solicitud.

Cordialmente,

Karen Yonarys Preciado Sánchez
Coord inadora general

Anexo B. Historia Clínica



SALUD PROTEGIDA IPS - ATRATO
 código de habilitación 270500063604 nit: 900037648
 Dir. CALLE 15 No 8-50 BARRIO NIÑO JESUS Tel. 314272907.

HISTORIA CLINICA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Folio No: 98671		Admisión No: 0	
PACIENTE: [REDACTED]		E.CIVIL: Otro	
IDENTIFICACION: [REDACTED]		EDAD: 82 Años 8 Meses	
No HISTORIA: [REDACTED]		SEXO: Masculino	
EMPRESA: COMPARTA		FEC. NAC: 25/11/1937	
DI: E149-DIABETIS MELLITUS. NO ESPECIFICADA. SIN MENCION DE COMPLICACION		FECHA ATENCION: 21/09/2020 08:39 a. m.	
		TELÉFONO: [REDACTED]	
		MUNICIPIO: QUEDÓ	
		DIRECCION: ARENAL	

DATOS DEL ACOMPAÑANTE:

NOMBRE: [REDACTED] **DIRECCION:** YUTO NUEVO
TELÉFONO: NO TIENE **PARENTESCO:** PARIENTES

ENFOQUE DIFERENCIAL:
BARRIO: ARENAL **ZONA:** RURAL **DIRECCION:** ARENAL

NIVEL EDUCATIVO: No definido **VIC CONFLICTO ARMADO:** No **DESEMPLEADO:** . . . No
ETNIA: Negro(a) Mulato(a) Afrocolombiano(a) . . . No **CARCELARIO:** . . . No
RELIGION: Católica **VIC. MALTRATO:** . . . No **MIGRANTE:** No
DISCAPACIDADES: Ninguna **ABANDONO SOCIAL:** . . . No **TRABAJADORA SEXUAL:** No
GESTACION: . . . No **DESESCOLARIZADO:** . . . No **POBLACION LGTBI:** . . . No
ORIENT SEXUAL: . . . No Refiere
Ocupación: . . . No se tiene Información

MOTIVO DE CONSULTA:
 "CONTROL ANUAL ENFERMEDADES CRONICAS"

ENFERMEDAD ACTUAL:
 PACIENTE SEXO MASCULINO, DE 82 AÑOS DE EDAD, PROFESIÓN **AGRICULTOR**, ESTADO CIVIL CASADO, RESIDENTE EN MUNICIPIO DE ATRATO EN BARRIO PUEBLO NUEVO, EL CUAL ACUDE A PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR POR ANTECEDENTES DE DM TIPO II NO IR, EN EL MOMENTO **REFIERE SENTIRSE BIEN**, NIEGA CEFALEA, ALTERACIONES VISUALES, DOLOR PRECORDIAL, DISNEA, ORTOPNEA, DISNEA PAROXÍSTICA NOCTURNA, TOS CON EXPECTORACIÓN, SÍNCOPE, CON PRESENCIA DE NICTURIA Y POLIDIPSIA, NIEGA MAREO, PALPITACIONES, LESIONES EN MIEMBROS INFERIORES, ÚLCERAS NI OTRO SIGNO O SÍNTOMA DE ALARMA, **TOMANDO MEDICAMENTOS** **COMPLIAMENTE Y TOLERÁNDOLOS ADECUADAMENTE SIN EFECTOS SECUNDARIOS**.
ACTIVIDAD FÍSICA: **REFIERE REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA TIPO CAMINATA DE LARGO TRAMO SIN DETENERSE, ADMAS DE ASISTIR A CENTRO DE ATENCION DEL ADULTO MAYOR DEL MUNICIPIO, REFIERE QUE LA ACTIVIDAD FÍSICA LA REALIZA DIARIAMENTE,** CON UNA DURACION MINIMA DE 60 MINUTOS.
DIETA: REFIERE DIETA MODERADA EN SODIO, AZÚCAR Y GRASAS.
FUMA: NO
ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA ANTECEDENTES DE EVENTOS CARDIOVASCULARES EN FAMILIARES DE 1ER GRADO.
 PACIENTE CUENTA CON ORDEN PARA REALIZACION DE HBAIC Y PSA

PACIENTE CON CUADRO DE DESCOMPENSACION DE SUS PATOLOGIAS DE BASE POR PARACLINICOS DE 20.08.2020, CON PRESENCIA DE BACTERIURIA ASINTOMÁTICA E INDICIOS DE ENFERMEDAD RENAL. PACIENTE CUENTA CON ORDEN DE REALIZACION DE HBAIC. REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA.

REVISION POR SISTEMA:

CEFALEA: NO REFIERE
 LIPOCOMIA: NO REFIERE
 VERTIGO: NO REFIERE
 TINITUS: NO REFIERE
 SISTEMAS VISUALES: NO REFIERE
 SUDORACION: NO REFIERE
 PALPITACIONES: NO REFIERE
 EPITAXIS: NO REFIERE
 PRECORDIALGIA: NO REFIERE
 ORTOPNEA: NO REFIERE
 DISNEA: NO REFIERE
 POLIDIPSIA: NO REFIERE
 POLIFAGIA: NO REFIERE
 POLIURIA: NO REFIERE
 HEMATURIA: NO REFIERE
 DISURIA: NO REFIERE
 EDEMA: NO REFIERE
 UROLÓGICO: NO REFIERE
 GINECOLÓGICO: NO REFIERE
 CLAUDICACION: NO REFIERE
 LESION DE PIES: NO REFIERE
 DOLOR NEURITICO: NO REFIERE
 SINCOPE: NO REFIERE
 FOSFENOS: NO REFIERE
 FOTOFOBIA: NO REFIERE
 TOS: NO REFIERE
 HEMOPTISIS: NO REFIERE

pagina no: 1 Fec Impresión: 25/09/2020 01:54:12 p. m. Usuario: FOSHEBY/InfosaludNet

Folio No: 98671	Admisión No: 0
PACIENTE: [REDACTED]	ECIVIL: Otro
IDENTIFICACION: [REDACTED]	FECHA ATENCION: 21/08/2020 08:39 a. m.
No HISTORIA [REDACTED]	EDAD: 82 Años 8 Meses
EMPRESA: COMPARTA	SEXO: Masculino
	FEC. NAC: 05/11/1937
	TELÉFONO: [REDACTED]
DX: E149.0148 EFIS MBLTUS, NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION	MUNICIPIO: QUIBÓ
	DIRECCION: ARNAL

POLAQUIRIA: NO REPIERE
 NICTURIA: NO REPIERE
 IMPOTENCIA SEXUAL: NO REPIERE
 PERDIDA DE PESO: NO REPIERE
 ALTERACION EN LA MARCHA: NO REPIERE
 ALTERACION DEL EQUILIBRIO: NO REPIERE
 AGITA AL CAMINAR (DISTANCIA) NO REPIERE

ANTECEDENTES PERSONALES:

HIPERTENSION: NO
 ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR: NO
 ICC-ICT: NO
 ANGINA: NO
 IAM: NO
 ICR: NO
 ENFERMEDAD ENDOCRINA: NO
 ENFERMEDAD RENAL: NO
 OBESIDAD: NO
 ENFERMEDAD VASCULAR: NO
 DIABETES: SI
 DISLIPIDEMIA: SI
 RETINOPATIA: NO
 EPOC: NO
 ASMA: NO
 TBC: NO
 TRAUMAS: NO
 HTA-IM EMBARAZO: NO
 CA PROSTATA: NO
 CA GASTRICO: NO
 CA SENO: NO
 CA CERVIX: NO
 ALERGICOS: NIEGA
 QUIRURGICO: NIEGA
 TOXICOS: NIEGA
 OCUPACIONALES: NO
 COMPLICACION LESION DE ORGANOS: NO
 VACUNACION: SI PERO NO TRAE CARNET
 FARMACOLOGICOS: NIEGA
 HOSPITALIZACIONES: No Refiere

ANTECEDENTES OBSTETRICOS:

MENARQUIAS/ESPERMARCA: 12
 FECHA ULTIMA MENSTRUACION: NO APLICA
 MENOPAUSIA: NO APLICA
 GESTAS: 0
 PARTOS: 0
 ABORTOS: 0
 CESAREAS: 0
 METODO PLANIFICACION FLIAR: 0
 FECHA ULTIMA CITOLOGIA: 0
 ENFERMEDAD TRAS. SEXUAL NIEGA

ESTILO DE VIDA:

CONSUMO DE GRASAS SATURADAS: MODERADO CONSUMO
 CONSUMO DE SAL: MODERADO CONSUMO
 CONSUME FRUTAS: MODERADO CONSUMO
 FRECUENCIA ACTIVIDAD FISICA: DIARIO
 TIPO DE ACTIVIDAD FISICA: CAMINATA PROLONGADA Y SOSTENIDA
 DURACION ACTIVIDAD FISICA: 60 MINUTOS
 CONSUMO DE PSICOACTIVOS: NO
 CONSUMO DE CIGARRILLO: NO
 CONSUMO DE ALCOHOL: NO
 EXPOSICION AL HUMO LEÑA/CARBON: NO

AMBIENTE PSICOSOCIAL:

SE SIENTE BIEN CON SU FAMILIA: SI
 CUANDO TIENE PROBLEMAS ES APOYADO POR SU FAMILIA: SI



SALUD PROTEGIDA IPS - ATRATO

codigo de habilitacion 270500063604 nit: 900037648
Dir. CALLE 15 No 8-50 BARRIO NIÑO JESUS Tel. 314272907.

HISTORIA CLINICA PREVENCION DE ENFERMEDADES CRONICAS.

Rolfo No: 98671		Admision No: 0	
PACIENTE: [REDACTED]	ECIVEL: Otro	FECHA ATENCION: 21/08/2020 08:39 a. m.	
IDENTIFICACION: [REDACTED]	EDAD: 82 Años 8 Meses	TELÉFONO: [REDACTED]	
No HISTORIA	SEXO: Masculino	MUNICIPIO: QUIBÓ	
EMPRESA: COMPARTA.	FEC. NACI: 25/11/1937	DIRECCION: ARINAL	
DX: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, SIN MENCION DE COMPLICACION			

EN LA FAMILIA EXISTE EXPRESIONES DE APECTO Y CARÍÑO: SI
SE SIENTE RECHAZADO POR ALGUIEN EN LA FAMILIA: NO
HA SIDO AGREDIDO FISICAMENTE POR ALGUIEN DE LA FAMILIA: NO
HA TENIDO IDEAS O PENSAMIENTOS SUICIDAS: NO
SE ESTRESA FÁCILMENTE: NO
VIOLENCIA INTRAFAMILIAR NO
ESTADO DE ABANDONO NO
MUERTE DE ALGUN SER QUERIDO NO
QUE HACE EN SU TIEMPO LIBRE: CAMINAR Y DIALOGAR CO SUS AMIGOS
QUE SITUACIONES PERSONALES O FAMILIARES LE PREOCUPAN MAS. NIEGA
FACTORES DE RIESGO PERSONALES O FAMILIARES QUE EVIENCIEN VULNERABILIDAD. NIEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES:

HIPERTENSION: NIEGA
DIABETES: NIEGA
DISLIPIDEMIA: NIEGA
ENFERMEDAD CORONARIA: NIEGA
OBESIDAD: NIEGA
ENFERMEDAD VASCULAR: NIEGA
CA CERVIX: No Refiere
CA COLON: No Refiere
CA SENO: No Refiere
EPILEPSIA: NIEGA
OBSERVACIONES: No Refiere

SIGNOS VITALES

FRECUENCIA CARDIACA: 78
FRECUENCIA RESPIRATORIA: 18
TEMPERATURA: 36
TA SENTADO: 150/83
TA DE PIE: 150/83
TA ACOSTADO: 150/83

EXAMEN FISICO:

ASPECTO GENERAL: BUENAS CONDICIONES DE SALUD
PESO: 52
TALLA: 157
IMC: 21.1
CABEZA: normocefalo cabellos bien implantados
SISTEMA BUCOFARINGEO. SIN ALTERACIONES
PUPILAS: isocoricas normoreactivas al estimulo luminoso
NARIZ: permeables no rionorrea hialina
BOCA: mucosa oral humeda no signos de infeccion
CUELLO: movil no adenopatía
TORAX: simétrico expansible no tirajes intercostales o subcostales,
PULMONAR: claros bien ventilado, murmullo vesicular presente ambos campos pulmonares no agregados
CARDIOPULMONAR: ruidos cardiacos ritmicos sin soplos
ABDOMEN: blando, depresible, no doloroso a la palpacion no masas ni megalias, peristaltismo normal, no signos de irritacion peritoneal
PERIMETRO ABDOMINAL: 80
CADERA: 85
INDICE CINTURA CADERA9
COLUMNA: Normal
SISTEMA MUSCULOSQUELETICO: movil, simétrico, sin edema
SISTEMA LINFATICO VENOSO: . normal
PIEL: normal
EXTREMIDADES: extremidades simétricas, no dolorosas a la movilizacion, no edemas, pulsos positivos, llenado capilar adecuado
SISTEMA GENITOURINARIO: . . normoconfigurado para sexo, diuresis positiva
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: . . alerta, conciente, orientado en las tres esferas mentales, sin signos de deficit motor ni sensitivo
EX MANA/FECHA/RESULTADO . . No refiere
REFLEJO AQUILIANO PRESENTE: si
SENSIBILIDAD SUPERFICIAL: . conservada
SENSIBILIDAD VIBRATORIA: . . conservada
PIE DIABETICO no

HISTORIA CLINICA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES CRÓNICAS.

Folio No: 98671		Admisión No: 0	
PACIENTE: [REDACTED]	ECTIVO: Otro	FECHA ATENCIÓN: 21/08/2020 08:39 a. m.	
IDENTIFICACION: [REDACTED]	EDAD: 82 Años 8 Meses		
No HISTORIA: [REDACTED]	SEXO: Masculino	TELÉFONO: [REDACTED]	
EMPRESA: COMPARTA.	FEC. NAC: 05/11/1937	MUNICIPIO: QUEBÓ	
DX: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, SIN MENCIÓN DE COMPLICACION		DIRECCION: ARINAL	

SINTOMÁTICO DE FIEBRE: No
 SINTOMÁTICO RESPIRATORIO: No
 SÍNDROME FEBRIL: No
 SINTOMÁTICO NERV. PERIF.: No

FACTORES DE RIESGO SALUD MENTAL

SOSPECHA DE MALTRATO FÍSICO: NIEGA
 SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL: NIEGA
 SOSPECHA DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: NIEGA
 CONDUCTA AGRESIVA O VIOLENTA: NIEGA
 SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA: NIEGA
 SINTOMATOLOGÍA DE ANSIEDAD: NIEGA
 IDEAS O INTENTO DE SUICIDA: NIEGA
 CONSUMO DE ALCOHOL SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: NIEGA
 PENSAMIENTOS O IDEAS INCOHERENTES: NIEGA
 VÍCTIMA DE DESPLAZAMIENTO NIEGA

EXAMEN MENTAL:

APARIENCIA GENERAL: Normal
 ACTITUD: Normal
 ATENCIÓN: Normal
 CONCIENCIA: Normal
 ORIENTACIÓN: Normal
 LENGUAJE: Normal
 AFECTO: Normal
 MEMORIA: Normal
 PENSAMIENTO: Normal
 HABITO: Normal
 SUEÑOS: Normal
 ALIMENTACIÓN: Normal
 INTELIGENCIA: Normal
 RETARDO MENTAL: Normal
 INTROSPECCIÓN: Normal
 PROSPECCIÓN: Normal
 SOMATIZACIONES: Normal
 OBSERVACIONES: Normal

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA:

	DERECHA	IZQUIERDA
DOLOR:	No	No
SECRECIÓN PEZÓN:	No	No
HINCHAZÓN MAMA:	No	No
GANGLIOS:	No	No
MASAS:	No	No
RETRACCIÓN:	No	No
PIEL NARANJA:	No	No
RED VENOSA DILATADA:	No	No
RETRACCIÓN PEZÓN:	No	No
SECRECIÓN PEZÓN:	No	No
ADENOPATIAS AXILARES:	No	No
ADENOPATIAS CLAVICULA:	No	No

DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE PROSTATA:

Disuria: No
 POLIURIA: No
 NICTURIA: SI
 GOTEO TERMINAL: No
 CHORRO CALIBRE DISMINUIDO: No
 FUERZA DEL CHORRO DISMINUIDO: Normal
 HEMATURIA: No
 SECRECIONES: No
 OTROS: No

PARACLÍNICOS:

Glicemia Basal: FECHA: 20/08/2020
 RESULTADO: 296.5
 CONCEPTO: .



SALUD PROTEGIDA IPS - ATRATO

codigo de habilitacion 27050063604 nit: 900037648
Dir. CALLE 15 No 8-50 BARRIO NIÑO JESU Tel. 314272907.

HISTORIA CLINICA PREVENCION DE ENFERMEDADES CRONICAS.

Folio No: 98671		Admision No: 0
PACIENTE: [REDACTED]	ECIVEL: Oro	FECHA ATENCION: 21/08/2020 08:39 a.m.
IDENTIFICACION: [REDACTED]	EDAD: 82 Años 8 Meses	
No HISTORIA: [REDACTED]	SEXO: Masculino	TELÉFONO: [REDACTED]
EMPRESA: COMPARTA	FEC. NAC: 25/11/1937	MUNICIPIO: QUEBÓ
DX: E149-DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, SIN MENCIÓN DE COMPLICACION		DIRECCION: ARINAL

Coolesterol Total: FECHA: 20/08/2020
RESULTADO: 251.5
CONCEPTO: .

Triglicéridos + FECHA: 20/08/2020
RESULTADO: 135.7
CONCEPTO: .

HDL FECHA: 20/08/2020
RESULTADO: 43.5
CONCEPTO: .

LDL FECHA: 20/08/2020
RESULTADO: 180.9
CONCEPTO: .

Parcial de Orina: FECHA: 20/08/2020
RESULTADO: GLUCOSA: 1.000 mg/dL. BACTERIAS +++++, LEUCOS MAS DE 50 CAP
CONCEPTO: .

Creatinina Sérica: FECHA: 20/08/2020
RESULTADO: 1.4
CONCEPTO: .

Albuminuria: FECHA: 20/08/2020
RESULTADO: 11.8
CONCEPTO: .

Tasa Filtración glomerular: FECHA: 20/08/2020
RESULTADO: 53.85
CONCEPTO: .

Creatinina: FECHA: 20/08/2020
RESULTADO: 242
CONCEPTO: .

Hemoglobina Glicosilada Manual O Semiautomática FECHA: 19/08/2020
RESULTADO: SE SOLICITA PARA CLINICO, EN ESPERA DE AUTORIZACION
CONCEPTO: .

Otros: FECHA: 20/08/2020
RESULTADO: DEFURACION DE CREATININA 60.4
CONCEPTO: .

ATENCION INTEGRAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:

TOSE MUCHAS VECES LA MAYORIA DE LOS DIAS? No
TIENE FLAMA O COMOS LA MAYORIA DE LOS DIAS? No
SE QUEDA SIN AIRE MAS FACILMENTE QUE OTRAS PERSONAS? No
ES MAYOR DE 40 AÑO? Si
ACTUALMENTE FUNA O ES UN EX FUMADOR? No

DIAGNOSTICO:

HIPERTENSION ARTERIAL: NO
DIABETES MELLITUS: SI
DESNUTRICION. NO
SOBREPESO: NO
OBESIDAD: NO
ENFERMEDAD RENAL CRONICA: SI
TASA FILTRACION GLOMERULAR: DISMINUCIÓN MODERADA DEL FILTRADO GLOMERULAR, INSUFICIENCIA RENAL
ESTADOS DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA: G3

OTROS DIAGNOSTICOS:
E149: DIABETES MELLITUS, NO ESPECIFICADA, SIN MENCIÓN DE COMPLICACION
N19X: INSUFICIENCIA RENAL NO ESPECIFICADA
OBSERVACIONES: MEDICINA FAMILIAR CHARLA EDUCATIVA, EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR MEDICO, SE LE EXPLICA LA

HISTORIA CLINICA PREVENCION DE ENFERMEDADES CRONICAS.

FOJO No: 98671		Admision No: 0
PACIENTE: [REDACTED]	E.CIVIL: Oyo	FECHA ATENCION: 21/08/2020 08:39 a. m.
IDENTIFICACION: [REDACTED]	EDAD: 82 Años 8 Meses	
No HISTORIA	SEXO: Masculino	TELÉFONO: [REDACTED]
EMPRESA: COMPARTA	FEC. NAC: 25/11/1937	MUNICIPIO: QUEBÓ
DX: E149-DIABETIS MELLITUS. NO ESPECIFICADA. SIN MENCION DE COMPLICACION		DIRECCION: ARIVAL

PATOLOGIA LOS CUIDADOS DE VIDA SANA LOS SX DE ALARMA COMO CEFALEA INTENSA CONSTANTE, ALTERACION DEL EQUILIBRIO, PERDIDA DE FUERZA EN EXTREMIDADES O ALTERACION DE LA SENSIBILIDAD, ALTERACION DE ESTADO DE CONSCIENCIA, SE RECOMIENDA DIETA BAJA DE SAL, AZUCAR, CARBOHIDRATOS Y GRASAS, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA COMO EJERCICIO CARDIOVASCULAR DIARIO

Estilos de vida saludable, autoexamen testicular e importancia del examen de próstata, Se asesora en sus derechos y responsabilidades, con su salud, sus riesgos, y los mecanismos para prevenirlos, se indaga sobre su proyecto de vida, su opinión sobre su imagen corporal, el ejercicio, la actividad física y su actividad sexual. Se promueve el autocuidado mediante el ejercicio diario y la alimentación balanceada según sus posibilidades, además se educa en enfermedades de transmisión sexual y sus medidas preventivas.
 TIPO DE DIAGNOSTICO: Confirmado Nuevo

CLASIFICACION DE RIESGO:
 RIESGO CARDIOVASCULAR MODERADO.

IDENTIFICACION DEL RIESGO

CUANDO VOLVER DE INMEDIATO AL SERVICIO SIGNOS DE ALARMAS: DISNEA, FIEBRE ALTA PERSISTENTE, VOMITOS FRECUENTES, DECAIMIENTO MARCADO, ANOREXIA, RESPIRACION RÁPIDA O DIFICULTAD PARA RESPIRAR, COLOR AZULADO EN LA PIEL, MAREO, DOLOR DE CABEZA FUERTES, VOMITOS EN PROYECTIL, VISION BORROSA, PALIDEZ MUCOCUTANEA, SENSACION DE SED INCONTROLABLE, ESCUCHAR ZUMBIDOS O PITIDOS, DESMAYOS, AUMENTO DEL CONSUMO DE LÍQUIDOS.

CAPTACION DEL RIESGO:

SI PRESENTA MAREO, DOLOR DE CABEZA FUERTES, VOMITOS EN PROYECTIL, VISION BORROSA, PALIDEZ MUCOCUTANEA, SENSACION DE SED INCONTROLABLE, ESCUCHAR ZUMBIDOS O PITIDOS, DESMAYOS

RECOMENDACIONES

SE DAN RECOMENDACIONES COMO CONSUMIR ALIMENTOS BAJOS EN SAL Y CON Poca GRASA, CONSUMIR FRUTAS Y VEGETALES, REALIZAR ACTIVIDADES FISICAS DIARIAS, EVITAR EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL, EVITAR LA EXPOSICION AL HUMO. TOMAR EL TRATAMIENTO EN LOS HORARIOS CORRECTOS Y ASISTIR A LOS CONTROLES POR EL SUMINISTO DE DIAGNOSTICO

VALORACION OTROS SERVICIOS:

VALORACION OTROS SERVICIOS .MEDICINA INTERNA
 CITA DE CONTROL. 1 MES
 OBSERVACIONES. CON RESULTADO DE HBAIC

	
MEDICO:	[REDACTED]
ESPECIALIDAD:	MEDICINA GENERAL
REG MEDICO	[REDACTED]