

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES PARA DESARROLLAR ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN LA POBLACIÓN SANA MAYOR DE 45 AÑOS,
EN LA IPS PROSALCO MEDELLÍN EN EL AÑO 2010.

SILVIA PATRICIA PARRA CARDONA
MELISSA DEL PILAR PRENS REYES

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO EN GERENCIA EN SALUD PÚBLICA
OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2010

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES PARA DESARROLLAR ENFERMEDADES
CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, EN LA POBLACIÓN SANA MAYOR DE 45 AÑOS,
EN LA IPS PROSALCO MEDELLÍN EN EL AÑO 2010.

SILVIA PATRICIA PARRA CARDONA
MELISSA DEL PILAR PRENS REYES

ASESOR
FRANCISCO LUIS OCHOA JARAMILLO

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA SALUD PÚBLICA
MEDELLIN
2010

CONTENIDO

	Pág.
LISTA DE TABLAS	V
LISTA DE GRPAFICOS	VI
LISTA DE ANEXOS	VII
RESUMEN	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
2. MARCO TEÓRICO	12
2.1. GENERALIDADES	12
2.2. DEFINICIÓN ENFERMEDAD CRÓNICA	12
2.3. LEGISLACIÓN	14
2.3.1. A nivel internacional	14
2.3.2. A nivel nacional	15
2.4. ESTADÍSTICAS	16
2.5. FACTORES DETERMINANTES EN LA SALUD	17
2.6. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	18
2.6.1. Promoción de la salud	17
2.6.2. Prevención de la enfermedad	20
2.7. FACTOR DE RIESGO	20
2.8. TIPOS FACTORES DE RIESGO	22
2.9. TIPOS DE RIESGO SEGÚN POBLACIÓN	26
2.10. OBJETIVO DE IDENTIFICAR FACTORES DE RIESGO	27
2.11. DESCRIPCIÓN PROSALCO IPS	31
3. OBJETIVOS	33
3.1. OBJETIVO GENERAL	33
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	33
4. METODOLOGIA	34
4.1. TIPO DE ESTUDIO	34
4.2. POBLACIÓN DE REFERENCIA	34
4.2.1. Diseño muestral	34
4.2.2. Criterios de inclusión	34
4.2.3. Criterios de exclusión	34

4.3.	DEFINICIÓN DE VARIABLES	34
4.4.	TABLA DE VARIABLES	35
4.5.	TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	36
4.5.1.	Prueba piloto	38
4.6.	TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	38
4.6.1.	Crítica del dato	38
4.6.2.	Selección programa estadístico	38
4.6.3.	Análisis de la información	38
5.	ANALISIS DE RESULTADOS	39
6.	DISCUSIÓN	47
7.	CONCLUSIONES	51
8.	RECOMENDACIONES	53
	BIBLIOGRAFÍA	57
	ANEXO	58

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Clasificación de los niveles de presión arterial	23
Tabla 2: Clasificación del Índice de Masa Corporal	25
Tabla 3: Factores de riesgo y enfermedad asociada	28
Tabla 4: Comportamiento saludable requerido según factor de riesgo	29
Tabla 5: Tabla de variables	35
Tabla 6: Porcentaje de población de Prosalco según tiempo de afiliación	40
Tabla 7: Actividad física según sede de afiliación	41
Tabla 8: Consumo de cigarrillo y alcohol en la población Prosalco	43
Tabla 9: Frecuencia de toma de exámenes médicos	45

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Lugar de residencia de la población Prosalco	39
Gráfico 2: Nivel educativo según sede de afiliación	40
Gráfico 3: Índice de Masa Corporal según sede de afiliación	41
Gráfico 4: Consumo de frutas y verduras según población Prosalco	42
Gráfico 5: Factores protectores en la dieta que minimizan el riesgo de padecer enfermedades crónicas	42
Gráfico 6: Factores de riesgo según población Prosalco	44
Gráfico 7: Factores estresores que intervienen en el desarrollo de enfermedades crónicas	45

ANEXOS

Anexo: Encuesta

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades crónicas no transmisibles generan millones de defunciones anuales a nivel mundial, presentándose con mayor frecuencia en adultos mayores de 45 años, condicionadas por estilos de vida poco saludables, condición socioeconómica y psicológica; las cuales representan para el sistema de salud una carga constante asistencial y financiera. **Objetivo:** Determinar los factores de riesgo modificables para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles en adultos sanos mayores de 45 años usuarios de la IPS Prosalco Medellín en el presente año. **Metodología:** Estudio descriptivo de tipo transversal donde se realizó una encuesta a 360 usuarios sanos mayores de 45 años de la IPS Prosalco de la ciudad de Medellín. Se indagó sobre hábitos alimenticios, actividad física, nivel socioeconómico, consumo de alcohol y cigarrillo, factores estresores, antecedentes y frecuencia en la práctica de exámenes de control. **Resultados:** De los usuarios el 67,8 % fueron mujeres y el 32,2 % hombres. La comuna de mayor representación es la comuna 12 con 27,4 %. El nivel educativo más prevalente es la primaria. El 55,3 % de los usuarios presenta algún tipo de riesgo con respecto al peso, el 40 % de los usuarios no realiza ninguna actividad física. El 41,7 % de los usuarios consumen entre 2 y 3 frutas en el día, el consumo de verduras hasta tres veces al día es del 97 %. El 21 % de los usuarios de la IPS fuma cigarrillos, mientras que el 8 % consume bebidas alcohólicas. El 55,3 % de los usuarios de Prosalco consumen alimentos fritos diariamente, seguido de alimentos altos en azúcares y adicción de sal. La predisposición familiar para enfermedades crónicas es mayor para el riesgo de desarrollar Hipertensión arterial con el 49,2 %. Los factores estresores más frecuentes son los problemas económicos con el 55 %. Los exámenes de control de mayor frecuencia son el chequeo odontológico y la citología. **Conclusiones:** La población Prosalco reconoce los beneficios de tener estilos de vida saludables, sin embargo son poco practicados por los usuarios. Todos los usuarios presentan al menos un factor de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. Hay diferencias significativas entre los factores de riesgo y de protección de una sede a otra. Se deben implementar actividades de promoción y prevención orientadas al ejercicio y al fomento de la práctica de exámenes de control con la regularidad requerida.

PALABRAS CLAVES

Factores de riesgo, hipertensión arterial, cáncer, diabetes mellitus, hábitos saludables, exámenes control, promoción de la salud, prevención de la enfermedad.

SUMMARY

Introduction: Non communicable chronic diseases generate millions of deaths each year worldwide, occurring most often in adults over 45 years of age. These individuals are generally living unhealthy styles, characterized by poor socioeconomic and psychological conditions. This situation presents a constant burden to the Health Care System, straining both human and financial resources. **Objective:** To identify modifiable risk factors in those cases of healthy adults over 45 who are developing chronic diseases and who are users of IPS Prosalco Medellin over this past year.

Methodology: A descriptive study was conducted across a cross-section of 360 healthy users of IPS Prosalco of the city of Medellin. All adults surveyed were over 45 years old. Questions asked covered a broad range of topics, including eating habits, physical activity, socioeconomic status, alcohol consumption, cigarette smoking, stress factors, as well as the history and frequency of preventive control initiatives and exams.

Results: Of the users 67.8% were female and 32.2% male. Geographically, the region showing the largest percentage representation was Commune 12, at 27, 4%. The most prevalent level of education amongst all surveyed is grammar school.

55.3% of users show some degree of weight risks, while 40% of users do not perform any physical activity. 41.7% of users consume between 2 and 3 fruits per day, and 97% of those tested eat vegetables three times per day. 21% of the IPS users smoke cigarettes, while 8% consume alcoholic beverages. 55.3% of Prosalco users eat fried foods daily, as well as consuming foods high in sugar and salt. Hereditary propensity to contract chronic diseases is highest for the risk of developing hypertension, with 49.2% of those tested falling into this category. The most common cause of stress among those surveyed is financial difficulty at 55%. With regard to preventive Control Initiatives, the most frequent are dental checks and blood cell tests. **Conclusions:** The study revealed that the population of Prosalco recognizes the benefits of healthy lifestyles, yet they show little evidence of practicing the necessary habits and disciplines to achieve this. All users have at least one risk factor for developing non communicable chronic diseases. The survey also showed that there are significant differences in risk from one test site to another. What is needed are promotional campaigns aimed at promoting exercise and emphasizing the importance of regularly required preventive tests and practices.

KEY WORDS: Risk factors, hypertension, cancer, diabetes, healthy habits, preventive examinations, general promotion of good health, disease prevention.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI es intervenir sobre los malos hábitos de vida que han empezado a desarrollar las sociedades actuales, se calcula que las enfermedades crónicas no transmisibles se han convertido en una de las mayores cargas que sufren los sistemas de salud a nivel mundial, encontrando en ese grupo principalmente las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas quienes causaron unos 35 millones de defunciones en 2005. Esta cifra representa el 60 % del total mundial de defunciones; el 80 % de las muertes por enfermedades no transmisibles se registra en países de ingresos bajos y medianos, y aproximadamente 16 millones corresponden a personas menores de 70 años.

Se prevé que el total de defunciones por enfermedades crónicas no transmisibles aumente otro 17 % en los próximos 10 años. El rápido aumento de la incidencia de estas enfermedades afecta de forma desproporcionada a las poblaciones pobres y desfavorecidas y agrava las desigualdades en materia de salud que se viven en el país.

Las enfermedades crónicas no transmisibles se presentan con mayor frecuencia en las personas que superan los 45 años de edad, condicionados por factores de riesgo heredables o no modificables y por factores de riesgo adquiridos según el estilo de vida, el ambiente, condiciones socioeconómicas y psicológicas.

Estas enfermedades son, en gran medida, prevenibles, mediante intervenciones eficaces y eficientes de los servicios de salud, que aborden los factores de riesgo comunes a la enfermedad como son: consumo de tabaco, dieta rica en grasa, sedentarismo, uso nocivo del alcohol, entre otros; concientizar a la población sobre la importancia de disminuir dichos factores de riesgo, puede llevar a que la incidencia de estas enfermedades, el número de enfermos con complicaciones y muertes por este tipo de patologías, se reduzca considerablemente.

Es vital fortalecer la capacitación de las personas y las poblaciones para optar por alternativas más sanas y adoptar modos de vida que propicien la buena salud en cada individuo, igualmente deben intervenir los servicios de salud quienes deberán realizar

intervenciones costo efectivas en la población a fin de reorientar la salud hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La aparición y manejo de las enfermedades crónicas no transmisibles no solo afecta la salud como ente físico, sino además, la salud mental, el entorno social y familiar por la incapacidad que representa, y la salud ocupacional pues afecta el desempeño laboral que implica baja productividad, incapacidades, discapacidades de gran peso para el SGSS.

El gasto en salud que el manejo y control de estas enfermedades representa para el SGSS es cada vez mayor, debido al aumento en la incidencia y la exposición dramática a los factores de riesgo desencadenantes producto de los avances del nuevo siglo. Teniendo en cuenta que estas enfermedades en gran medida no son curables sino controlables, es para las entidades de salud una carga financiera constante. La intervención oportuna, las medidas de promoción de la salud tendientes a minimizar la aparición de las enfermedades en usuarios sanos, no solo reduce la prevalencia de estas enfermedades y su manejo, sino también, el gasto en salud que implican las intervenciones preventivas y asistenciales y sus complicaciones en el sistema, sería mucho menor.

Se pretende conocer aquellos factores de riesgo que son modificables para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en la población sana mayor de 45 años de la IPS Prosalco, institución de salud del régimen contributivo adscrita a la EPS Sura, cuenta con 13 sedes en el departamento de Antioquia, dos de las cuales están ubicadas en el municipio de Medellín. Presenta una morbi-mortalidad predominante de hipertensión arterial y la diabetes mellitus en menor medida. De acuerdo a los resultados obtenidos, se desarrollarán programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfocados a las necesidades de la población, se les brinden conocimientos sólidos sobre adecuados hábitos y estilos de vida saludables, los cuales se puedan llevar a cabo de acuerdo a las condiciones de la población. Además, reducir el gasto en salud que estas enfermedades representan para la institución y el sistema.

¿Cuáles son los factores de riesgo modificables para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles a los que está expuesta la población sana mayor de 45 años de la IPS Prosalco en las sedes Medellín en el año 2010?

MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES

Toda enfermedad que tenga una duración mayor a tres meses, cuyo fin o curación no pueda preverse claramente, se considera como una enfermedad crónica, su origen viene del griego *Χρονος* (*Chronos*): «dios del tiempo» como su etimología lo indica, se refiere al tiempo de evolución de la patología, pero nada dice acerca de su gravedad.

Elas afectan a todos los grupos de la sociedad e imponen dos tipos de carga: por una parte, afectan la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y, por otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud, generalmente de alto costo.

Las enfermedades crónicas son la primera causa de muerte en la población colombiana, a pesar de que en su mayoría son eventos prevenibles con intervenciones costo efectivas de prevención primaria, o de prevención secundaria para su detección precoz y tratamiento oportuno, evitando las complicaciones y sus efectos sobre la calidad de vida y el costo de la atención. (Secretaría distrital de salud 2000).

Las intervenciones con enfoque comunitario modifican la morbilidad y la mortalidad y disminuyen los costos de atención. Este enfoque aborda la población independientemente del riesgo, no solo para modificar los factores de riesgo sino para promover los agentes protectores. ⁽¹⁾

DEFINICIÓN ENFERMEDAD CRÓNICA

Las enfermedades crónicas se refieren a padecimientos de larga duración, de carácter degenerativo, y se caracterizan por una etiología compleja mediada por múltiples factores de riesgo, periodos de latencia largos, curso prologado, discapacidad o alteración funcional e incurabilidad. ⁽²⁾

La medicina ha designado estas patologías con la etiqueta de enfermedades crónicas, ya que se van desarrollando lentamente o poco a poco y de manera silenciosa, es decir, durante las primeras etapas de su desarrollo muchas de ellas no presentan síntomas o signos alarmantes, que hagan suponer que se están desarrollando. Son irreversibles, porque van ocasionando el deterioro de uno o varios órganos del cuerpo limitando seriamente sus funciones, pero la mayoría, detectadas a tiempo son

controlables, hasta el grado de permitir a las personas vivir con calidad y durante mucho tiempo.

Epidemiológicamente hablando las enfermedades agudas difieren de las crónicas en dos aspectos principales: no requiere de una intervención inmediata, pero si de una observación y atención prolongada.

Las enfermedades crónicas o de alta prevalencia, en general incluyen enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebrovascular principalmente), enfermedades neoplásicas sin tratamiento curativo, enfermedades respiratorias crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma crónicas), enfermedades osteoarticulares invalidantes (artritis reumatoides y artrosis severa), diabetes mellitus, entre otras.

Para el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) calculó que 35 millones de personas murieron por culpa de una enfermedad crónica no trasmisible, de las cuales la mitad eran mujeres menores de 70 años. Además del sufrimiento humano, el costo de las enfermedades crónicas representa cada vez un porcentaje mayor en las economías no sólo de los países desarrollados, sino países con bajos ingresos como Colombia; la mayoría de estas enfermedades están relacionadas con los estilos de vida y el envejecimiento de la población, asociado esto último a los avances médicos y de condiciones de vida de los ciudadanos de cada nación.

Por iniciativa de la OPS, el Ministerio de Salud ha propuesto el control de estas enfermedades adoptando el enfoque comunitario propuesto en los programas Conjuntos de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no trasmisibles CARMEN. Esta propuesta, de amplio alcance, busca responder algunos problemas que no han encontrado solución efectiva bajo otras estrategias con perspectiva más parcial, fundamentos en acciones dirigidas desde el sector de la salud. Dicho enfoque integra la promoción de la salud, la prevención primaria y el manejo conjunto de enfermedades crónicas, dado que los problemas crónicos comparten factores de riesgo y estrategias de control, y sus acciones deben dirigirse a los mismos grupos de población.⁽³⁾

LEGISLACION

A NIVEL INTERNACIONAL

En 1974, Lalonde publicó el documento *A new perspective on the health of Canadians* conocido como el *informe Lalonde*, en el que se designa a la promoción de la salud como una estrategia gubernamental dirigida a la resolución de los problemas de salud y proponen acciones que tiene que ver con cambios en los estilos de vida o en el comportamiento. Además se plantea la necesidad de que los gobiernos definan políticas públicas para favorecer el mantenimiento de la salud.

La declaración de Alma Ata, emitida en 1978, plantea que la promoción y la protección de la salud del pueblo son indispensables para el desarrollo económico y social sostenido, que contribuya a mejorar la calidad de vida y asegurar la paz mundial.

En 1986, la primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, que se reunió en Ottawa, emitió la Carta de Ottawa, en la que se expresa que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer control sobre la misma.

Debido a la escasez de recursos para afrontar la problemática, ha predominado la aplicación del enfoque de riesgo, que lleva a priorizar la atención de detección precoz en población con mayor tiempo acumulado de exposición a múltiples factores de riesgo, como los adultos mayores de 45 años (Multiple Risk Factor Intervention Trial Group, 1982: 1465-1477).

En la cuarta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en Jakarta en 1997, se estableció "*la actividad física para la salud*" como una de las diez primeras áreas prioritarias de promoción.

La estrategia de "*Salud para todos en el siglo XXI*", dada por la OMS en 1997, tiene como metas la acción intersectorial sobre los determinantes de la salud, con especial énfasis en el manejo de mecanismos que fortalezcan estilos de vida saludables y debiliten aquellos nocivos para la salud. Otro de los objetivos es disminuir la carga de la enfermedad, particular de las enfermedades relacionadas con el tabaco.

La declaración de Osaka, Japón 2001, señala que si se quiere romper los factores que han impedido al avance en el control de las enfermedades crónicas, el sector salud debe establecer vínculos con otros sectores sociales, económicos y políticos.

En América, la OPS en 1997 promovió la red panamericana de programas Conjuntos de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no transmisibles CARMEN, con el propósito de promover un esfuerzo organizado de acción y cooperación para impactar las enfermedades crónicas.

A NIVEL NACIONAL

La ley 9° de 1979, en el artículo 488, se dispone “el Ministerio de Salud deberá formular acciones de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de las EC”. En su artículo 599 otorga a toda persona el derecho a obtener de los funcionarios de salud la información e instrucciones sobre acciones, asuntos y prácticas acerca de la promoción y conservación de la salud.

La ley 100 de 1993, creó el Sistema General de Seguridad Social, que reestructuró el papel del estado en salud. En su artículo 162, se establece el Plan Obligatorio de Salud POS y establece obligatoriedad de brindar acciones de educación y promoción como objeto de mantener la salud. El artículo 165 define el Plan de Atención Básica PAB, con intervenciones dirigidas a la colectividad o los individuos, donde relaciona políticas como la información pública, educación y fomento de la salud, control de consumo del tabaco y alcohol, campañas nacionales de prevención, entre otras.

El Decreto 1938 de 1994, en su artículo 38, dispone que las EPS deben garantizar el aseguramiento para garantizar la cobertura del riesgo económico derivado de la atención a los afiliados que resulten afectados por enfermedades de alto costo, definidas como catastróficas o ruinosas en el Plan Obligatorio de Salud; esta incluye la quimioterapia y la radioterapia para cáncer.

La Resolución 01075 de 1992 del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, dentro de las actividades del subprograma de medicina preventiva establece que en las empresas deberá incluirse la prevención y control del tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia.

En el acuerdo 33 de 1996 se fijan criterios para el diseño y ejecución de los planes de prevención, entre ellos: actividades que contribuyan a evitar la aparición de enfermedades específicas en grupos de alto riesgo, al diagnóstico precoz y a instaurar oportunamente el tratamiento de otras para disminuir su severidad, duración o consecuencias posteriores. Este acuerdo define además, actividades mínimas de los programas de prevención: de las enfermedades cerebrovasculares; del cáncer de

cérvix, mama y estomago; del tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia; de las complicaciones de las enfermedades crónicas y degenerativas.

En la Resolución 412 de 2000 se establecieron las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptaron las normas técnicas y las guías de atención para el desarrollo de las actividades de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. ⁽⁴⁾

En relación con las enfermedades crónicas no transmisibles, se establecieron las siguientes normas: Detección de alteraciones en el adulto, detección temprana del cáncer de cuello uterino, detección temprana de cáncer de seno, atención de la obesidad, de la hipertensión arterial, de la diabetes tipo I y II.

En febrero de 2010 el Ministerio de Protección Social y el Instituto Nacional de Cancerología crean el Plan Nacional para el Control de Cáncer en Colombia. En Abril de 2010 se crea la Ley 1384 – Ley Sandra Ceballos cuyo objeto es establecer las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de modo que se reduzca su morbilidad y mortalidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos a través de la garantía por parte del Estado y los actores que intervienen en el SGSSS vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo. ⁽⁵⁾

ESTADISTICAS

En Colombia siempre se ha dado mayor importancia a la mortalidad por violencia. Sin embargo, si estas se contrastan con las cifras de defunciones ocurridas por algunas enfermedades crónicas puede apreciarse que estas últimas superan a la mortalidad por violencia y que, sus porcentajes aumentan con respecto a los años anteriores.

Entre las primeras 30 causas de enfermedad crónica se encuentran: IAM, insuficiencia cardiaca, EPOC, hemorragia cerebral, ECV, diabetes mellitus, enfermedad cardiaca hipertensiva y tumores malignos del estomago, próstata y cuello uterino.

Con respecto al grupo cardiovascular, la diferencia de mortalidad en los grupos de edad mayores de 60 años, comparada con quienes están entres 45 y 59 años, muestra una relación de incidencia de la enfermedad de 7,3 veces al comienzo del periodo y de 11 al final del mismo.

Los hombres presentan mayor riesgo de morir por enfermedad isquémica del corazón y las mujeres presentan mayor riesgo para enfermedades hipertensivas, cerebrovasculares y diabetes.

Durante el periodo de 1986 – 1999 dentro de las diez primeras causas por tumores malignos en la población general, el cáncer de estomago ocupó el primer lugar, seguido del cáncer de mama y de cérvix, próstata, la leucemia y el cáncer de pulmón.

El riesgo de mortalidad por cáncer de cérvix fue de 6 a 8 veces mayor para el grupo de edad de 45 y 59 años que el encontrado en el grupo de edad de 15 a 49 años. ⁽²⁾

FACTORES DETERMINANTES EN LA SALUD

Los determinantes de la salud pública son los mecanismos específicos que diferentes miembros de grupos socio-económicos influyen en varios grados de salud y enfermedad.

Teniendo en cuenta el comportamiento diferencial de los problemas de salud de las poblaciones, Castellanos (1990) define que la situación de salud de una población está determinada, por una parte, por las necesidades y problemas derivados de su forma de reproducción social y, por otra, por las respuestas sociales organizadas en salud a dichas necesidades y problemas, que buscan reducir su magnitud o modificar el impacto de los mismos sobre el perfil de salud.

Estos determinantes sociales de la situación de salud pueden ser abordados por lo menos en tres niveles: El nivel general, para el conjunto de la sociedad; el particular para los diferentes grupos de la población; y el singular, para las variaciones individuales.

En el *dominio general* cabría mencionar los procesos de urbanización, industrialización y envejecimiento de la población. En el *dominio particular* cada grupo socioeconómico desarrolla un modelo distinto y cambiante de relaciones social-natural, donde cada uno tiene un patrón de vida característico. Esta tiene importancia en la relación salud-trabajo; Muchas de las enfermedades crónicas se conciben como enfermedades ocupacionales y se manejan como tales. En este dominio tiene un papel preponderante el estrés como determinante de las EC, particularmente de la hipertensión y los trastornos gástricos.

En la *dimensión singular* ocurren procesos de la cotidianidad de los individuos, con relaciones importantes también en sus genotipos y fenotipos, (susceptibilidad genética individual hacia la enfermedad crónica).⁽⁶⁾

Los determinantes de la salud predominantes son:

Estilo de vida: Es el determinante que más influye en la salud y el más modificable mediante actividades de promoción de la salud o prevención primaria de la enfermedad.

Biología humana: Este determinante se refiere a la **herencia genética** que no suele ser modificable actualmente con la tecnología médica disponible.

Sistema sanitario: Es el determinante de salud que quizá en las poblaciones más pobres tenga mayor influencia en la salud y sin embargo es el determinante que más recursos económicos recibe para cuidar la salud de la población.

Medio ambiente: Se refiere a cualquier contaminación producida en el aire, suelo o agua que afecta la salud de los individuos, tanto si la contaminación es biológica, física, química o la llamada contaminación sociocultural y sicosocial, en la que incluiríamos la dependencia, violencia, estrés, competitividad, etc.

Según estos determinantes de salud, la salud pública de los estados debería invertir más en la Promoción de Salud para que la población adquiriera mediante una correcta educación a edad temprana unos estilos de vida saludables y aprendan a cuidar y valorar el medio ambiente.⁽⁷⁾

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

PROMOCION DE LA SALUD

Promoción de la salud es el conjunto de estrategias tendientes a crear o reforzar conductas y estilos de vida saludables y a modificar o suprimir los que provoquen daño o amenaza la vida o la salud de la comunidad.

La promoción de la salud se lleva a cabo básicamente mediante la educación sanitaria, que representa “una acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar sus comportamientos, a fin de que adquieran y conserven hábitos sanos, aprendan a usar juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y estén capacitados para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican

la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven (OMS, 1969).

El proceso salud-enfermedad está condicionado por determinantes económicos, políticos, sociales, ambientales, demográficos, entre otros. Dado que la salud está directamente relacionada con nuestro estado emocional, mental y estructura psicológica, la Carta de Ottawa definió aspectos como la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, los ingresos, la justicia social, la equidad de género, el respeto por los derechos humanos, la satisfacción de las necesidades básicas como el agua, el aire, como requisitos fundamentales para alcanzar un estado adecuado de salud y preservar la vida. ⁽³⁾

La OMS determinó una serie de principios a los países encaminados a mejorar la promoción de la salud de las Naciones Unidas, dentro de ellos cabe destacar que la promoción de la salud:

- Implica a la población en su conjunto y en el contexto de su vida diaria, en lugar de dirigirse a grupos de población con riesgo de enfermedades específicas.
- Se centra en la acción sobre las causas o determinantes de la salud para asegurar que el ambiente que está más allá del control de los individuos sea favorable a la salud.
- Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.
- Aspira a la participación efectiva de la población, favoreciendo la autoayuda y animando a las personas a encontrar su manera de promover la salud de sus comunidades.
- Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud.

La promoción de la salud tiene que ver con la modificación de los factores condicionantes, es el único medio para lograr cambios en los estilos de vida y su abordaje debe orientarse hacia la reducción de la inequidad y protección de los

derechos humanos, la promoción se debe desarrollar a través de cinco estrategias fundamentales:

1. Construcción de políticas públicas saludables
2. Creación de ambientes favorables a la salud
3. Fortalecimiento de la acción y participación comunitaria
4. Desarrollo de las habilidades personales saludables
5. La reorientación de los servicios de salud.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Es el conjunto de acciones que tienen como finalidad la identificación, el control o reducción de factores de riesgo biológicos, del ambiente, del comportamiento y del consumo, para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables.

Para prevenir se requiere:

- Actuar antes que aparezcan los problemas o estos se conviertan en estilos de vida equivocados.
- Formar personas autosuficientes capaces de tomar decisiones personales y resolver situaciones.
- Ofrecer ambientes psicosociales y estimular comportamientos saludables.

El grado de éxito en la prevención, depende del conocimiento sobre la historia natural de una enfermedad. La intervención en cualquiera de las etapas del proceso de la enfermedad, es prevención; en determinado nivel, la prevención, requiere una acción anticipada, para evitar la aparición de la enfermedad o el desarrollo posterior de la misma.

FACTOR DE RIESGO

Los seres humanos demandan de los recursos disponibles en el medio ambiente para su supervivencia, salud y bienestar. En el proceso de satisfacer sus necesidades y mejorar sus condiciones económicas y de vida han creado también riesgos para la salud y la supervivencia. Esta relación dinámica, abierta y de mutua afectación entre

las personas y el ambiente, es el contexto de referencia para comprender las relaciones entre el medio ambiente y la salud. ⁽³⁾.

En este sentido, la protección de la salud de la población se relaciona estrechamente con el conocimiento de su situación, la cual incluye necesariamente la comprensión y seguimiento de los factores que pueden llegar a afectar la salud del individuo o la comunidad.

La vulnerabilidad de una persona o grupo de personas de llegar a sufrir de algún tipo de enfermedad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológicas, psicosociales, que actuando individualmente o entre sí, desencadenan la presencia de un proceso. Surge entonces el término de "riesgo" que implica la presencia de una característica o factor (o de varios) que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. En este sentido el riesgo constituye una medida de probabilidad estadística de que en un futuro se produzca un acontecimiento por lo general no deseado. El término de riesgo implica que la presencia de una característica o factor aumenta la probabilidad de consecuencias adversas. La medición de esta probabilidad constituye el enfoque de riesgo.

De allí parte el concepto de riesgo y factor de riesgo, en donde de acuerdo a las condiciones de salud, ambientales, socioeconómicas, demográficas pueden hacer que la población este ante un riesgo es decir, ante la probabilidad de que una amenaza se convierta en un desastre. En cada persona la vulnerabilidad o las amenazas por separado no representan un peligro, pero si se juntan se convierten en un riesgo, o sea, en la probabilidad de que ocurra una consecuencia adversa, o para efectos de la salud, en una enfermedad.

La epidemiología define factor de riesgo como cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se asocia con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos, produciendo un fenómeno de interacción y desencadenar la enfermedad.

TIPOS DE FACTORES DE RIESGO

Un gran número de las principales causas de muerte podrían ser prevenidas si se reducen o controlan sus factores de riesgo. Sabemos que la práctica regular de comportamientos de riesgo puede afectar negativamente a largo plazo el bienestar de la persona. En otras palabras, si la persona continúa con estos factores de riesgo a través de su vida, cabe la posibilidad que en un futuro pueda sufrir de alguna enfermedad crónica, tales como las condiciones cardiovasculares, la aterosclerosis coronaria y sistémica, el cáncer, diabetes, entre otras.

Factores de riesgo pronóstico: Son aquéllos que predicen el curso de una enfermedad una vez que ya está presente en el individuo.

Diabetes mellitus: La Diabetes incrementa el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular. Más del 80 % de los pacientes diabéticos pueden padecer alguna afección de este tipo.

Se han identificado dos condiciones de riesgo para la aparición de la enfermedad: la herencia y la obesidad. Esta última asociada con la ingesta excesiva de alimentos, específicamente de aquellos con altas concentraciones de carbohidratos refinados y grasas saturadas y a otro factor conductual, el sedentarismo. Los estadios de depresión y ansiedad pueden alterar los niveles de glicemia en el organismo. ⁽⁶⁾

Hipertensión: La hipertensión arterial incrementa el trabajo a que es sometido el corazón. Aumenta el riesgo de accidente vascular encefálico, ataque cardíaco, falla renal, etc. Cuando la hipertensión se acompaña de obesidad, tabaquismo, hipercolesterolemia o diabetes el riesgo aumenta notoriamente.

La HTA puede ser prevenida mediante la implementación de estrategias complementarias que apunten tanto a la población en general, como a los grupos de personas que se encuentran en riesgo de presentar altos niveles de presión sanguínea:

- La población general: es aplicable a grandes masas de personas normotensas antes de que los niveles de presión arterial aumenten. Tendiente a reducir el contenido calórico o los niveles de sodio en las comidas, o que provea oportunidades atractivas, saludables y convenientes para hacer ejercicio, que

inciten a llevar estilos de vida saludables, en otras palabras, la implementación de estrategias de promoción de la salud.

- Población de alto riesgo: donde se incluyen personas con prehipertensión, historia familiar de hipertensión, estrés u otro riesgo psicosocial, e individuos con uno o más de los factores ambientales que contribuyen a la elevación de la presión arterial.⁽⁵⁾

Tabla 1: Clasificación de los niveles de presión arterial ⁽⁸⁾

Clasificación	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
Normal	<120 mm Hg	<80 mm Hg
Prehipertenso	120-139 mm Hg	80-89 mm Hg
Estadio I	140-159 mm Hg	90-99 mm Hg
Estadio II	>160 mm Hg	>100 mm Hg

Factores de riesgo que no pueden ser controlados/prevenidos por el individuo:

Tales como las enfermedades hereditarias, la edad y el género (masculino o femenino). Estos tipos de factores no pueden ser modificados mediante cambios en el estilo de vida de la persona.

Herencia: Existen ciertas condiciones crónicas que pueden ser hereditarias, tales como algunos tipos de cáncer, hipertensión, la diabetes sacarina Tipo I, cardiopatías coronarias, entre otras.

Sexo: Los hombres tienen mayor riesgo de enfermedad cardiovascular que las mujeres, y son afectados en edades más tempranas. Luego de la menopausia el riesgo de las mujeres aumenta, pero aún es menor que en el sexo masculino.

Edad: Existe mayor riesgo de sufrir EC en personas mayores de 45 años. Cuatro de cinco pacientes que fallecen por enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años.

Raza: Se ha evidenciado que las personas afrodescendientes tiene mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas hipertensivas y enfermedades cardiovasculares.

Factores de riesgo modificables: Pueden ser modificados mediante el cambio en el estilo de vida. Pueden ser: sedentarismo (inactividad física o falta de ejercicio); tabaquismo (fumar cigarrillos, tabaco o pipa, mascar tabaco); consumo de alimentos altos en grasas saturadas, colesterol, sodio y bajo en contenido de fibra; incapacidad para poder manejar efectivamente el estrés negativo o distrés, la depresión; consumo exagerado de alcohol, el abuso de drogas y medicamentos no prescritos; prácticas de sexualidad peligrosas; falta de seguir unas medidas preventivas de seguridad para poder reducir la posibilidad de accidentes, pobres hábitos higiénicos; alta presión arterial (hipertensión), obesidad, altos niveles de colesterol (niveles elevados de colesterol total y el colesterol malo o LDL), bajos niveles del colesterol bueno (HDL), y fallo en realizar evaluaciones para detectar cáncer (prueba rectal, mamografía, fróntis de Papanicolaou [diagnóstico de cáncer cervical], entre otras). ⁽⁹⁾

Cigarrillo / fumadores de tabaco: Los fumadores tienen el doble de riesgo de enfermedad cardiovascular con respecto a los no fumadores. Los fumadores tienen de 2 a 4 veces más riesgo de ataque cardíaco y de muerte súbita que los no fumadores. Las evidencias parecen indicar que la exposición crónica a ambientes con humo de tabaco (fumadores pasivos) aumentaría el riesgo de enfermedad cardiovascular.

Colesterol aumentado en sangre: El riesgo de enfermedad coronaria se incrementa con el aumento de los niveles de colesterol. Cuando otros factores (como hipertensión y tabaquismo) están presentes, el riesgo crece más aún. El promedio de la concentración de colesterol en el suero en la población adulta, de 18 a 74 años debe ser de 200 mg/dl o menor. El 70 % de los adultos no somos capaces de identificar los principales alimentos que tienen un contenido bajo en grasa, bajo en sodio, alto en calorías, alto en azúcar y que son buenas fuentes de fibra. ⁽¹⁰⁾

Inactividad física: El sedentarismo es un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular. La actividad aeróbica regular, juega un rol significativo en la prevención. Niveles moderados de actividad física, son beneficiosos a largo plazo si se realizan regularmente. Todos los seres humanos deberíamos tener una meta en relación con la actividad física que se debe centrar en mantener un peso corporal saludable, de allí parte la recomendación de un total de una hora diaria de ejercicio físico de intensidad moderada, como caminar a paso ligero, sin embargo otras publicaciones basadas en el ritmo de trabajo y estrés de las sociedades modernas,

afirma que la salud de la población podría mejorar con una rutina de actividad física de mínimo 30 minutos la mayoría de los días de la semana. ⁽¹⁰⁾

Obesidad: El sobrepeso predispone a desarrollar enfermedades cardiovasculares. Es perjudicial porque incrementa el esfuerzo a que es sometido el corazón y se vincula a la enfermedad coronaria por su influencia negativa sobre el colesterol y la diabetes. Una de las causas de obesidad obedecen a los hábitos alimentarios de nuestra población que incluyen la falta de reducción en la ingestión de alimentos al disminuir la actividad física; ingesta excesiva de alimentos por aburrimiento o depresión y en algunas ocasiones por consumo de alimentos que aumentan el apetito.

La obesidad patológica, en donde hay más del 50 % de exceso de peso, tiende a aumentar en los pacientes el gasto cardiaco, el consumo de oxígeno, el volumen sanguíneo y el peso del corazón, llevando así a una insuficiencia cardiaca y enfermedades de tipo cardiovascular. ⁽¹¹⁾

El índice de masa corporal (IMC) es la relación existente entre el peso y la estatura de la persona en metros elevado al cuadrado. El IMC se usa como indicador de obesidad en la población general ya que tiene una relación directamente proporcional con el porcentaje de grasa corporal y se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2. ⁽⁸⁾

Tabla 2: Clasificación del sobrepeso y la obesidad con relación al riesgo de presentar enfermedades crónicas.

Clasificación	IMC Kg/m2	Riesgo
Bajo peso	<18.5	
Rango Normal	18.6 - 24.9	Promedio
Sobrepeso	25 - 29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30 - 34.9	Moderado
Obesidad grado II	35 - 39.9	Severo
Obesidad grado III	>_40	Muy severo

Estrés: El estrés puede influir sobre la salud porque modifica el funcionamiento fisiológico general del organismo (frecuencia cardiaca, presión sanguínea, respiración, tensión muscular, etc.), la actividad neuroendocrina y la competencia inmunológica. Es

un agente activo en la etiología de la enfermedad y produce cambios en el sistema biológico que afectan la salud. ⁽⁷⁾

El análisis de la relación del estrés y la enfermedad se puede realizar desde dos puntos de vista: el primero, considerando el estrés como agente causal o coadyuvante en la génesis y desarrollo de la enfermedad; y el segundo, considerando a la enfermedad como acontecimiento productor de estrés en la persona, como agente estresor.

Al analizar el papel del estrés como agente activo en la etiología de la enfermedad, se definen dos caminos fundamentales:

a) Camino directo: El estrés produciría cambios fisiológicos que conducirían al desarrollo de la enfermedad. La fisiológica al estrés es una activación generalizada del organismo que implica una liberación de hormonas (catecolaminas y corticosteroides) por el sistema endocrino. Los niveles elevados de estas hormonas tiene efecto sobre el sistema cardiovascular, conduciendo a la formación de placas de ateroma en la pared de los vasos, reduciendo la calidad de las arterias y produciendo cardiopatía isquémica, como la angina de pecho y el infarto del miocardio.

La liberación de estas hormonas también altera el funcionamiento del sistema inmune. La acción de los estímulos estresantes sobre la actividad del sistema inmune se expresa mediante fenómenos alérgicos, infecciosos, enfermedades autoinmunitarias y formación de neoplasias. Todo este tipo de enfermedades que son causadas por factores psicológicos son denominadas “trastornos psicofisiológicos”; entre ellas cabe citar, las úlceras del estomago y duodeno, el asma, dolor de cabeza crónico, ciertas enfermedades de la piel, enfermedades cardiovasculares, e incluso el cáncer.

b) Camino indirecto: El estrés afecta la conducta de la persona, a consecuencia de la cual se produciría o facilitaría la enfermedad. Ejemplo, cuando se deja de comer correctamente, dormir mal, beber alcohol, fumar cigarrillos, etc., todo lo cual va en detrimento de la salud, y puede conducirlo a la enfermedad. ^(12,27)

TIPOS DE RIESGO SEGÚN POBLACIÓN

La cuantificación del grado de riesgo constituye un elemento esencial y fundamental en la formulación de políticas y prioridades en salud. Hay diferentes maneras de

cuantificar ese riesgo, por lo cual el grado de asociación entre el factor de riesgo y la enfermedad, se cuantifica con determinados parámetros que son:

1. **Riesgo individual:** Es la posibilidad que tiene un individuo o un grupo de población con unas características epidemiológicas de persona, lugar y tiempo definidas, de ser afectado por la enfermedad.
2. **Riesgo relativo:** Es la relación entre la frecuencia de la enfermedad en los sujetos expuestos al probable factor causal y la frecuencia en los no expuestos.
3. **Riesgo atribuible:** Es parte del riesgo individual que puede ser relacionado exclusivamente con el factor estudiado y no con otros.
4. **Fracción etiológica del riesgo:** Es la proporción del riesgo total de un grupo, que puede ser relacionada exclusivamente con el factor estudiado y del resto del mundo.
5. **Riesgo Absoluto:** Mide la incidencia del daño en la población total. ⁽¹³⁾

OBJETIVOS DE IDENTIFICAR LOS FACTORES DE RIESGO

La presencia de un factor de riesgo significa una probabilidad aumentada de presentar en un futuro una enfermedad, en comparación con personas no expuestas. En este sentido sirven como elemento para predecir la futura presencia de una enfermedad.

La presencia de un factor de riesgo no es necesariamente causal. El aumento de incidencias de una enfermedad entre un grupo expuesto en relación a un grupo no expuesto, se asume como factor de riesgo, sin embargo esta asociación puede ser debida a una tercera variable, variables de confusión; donde un factor de protección sobre una enfermedad se ve influenciado por un condicionante que en su presencia puede confundir la interpretación de la acción del factor sobre la protección en la aparición de la enfermedad. ⁽¹⁴⁾

Por ejemplo, el ejercicio físico es un factor de protección asociado al infarto de miocardio. El efecto protector se debe controlar por la edad de los pacientes, ya que a más edad mayor riesgo. Por otra parte, el ejercicio es realizado en mayor medida por

la gente más joven; por lo tanto parte del efecto protector detectado entre el ejercicio y el infarto de miocardio está condicionado por la edad (variable de confusión).

El conocimiento de los factores de riesgo se utiliza también para mejorar la eficiencia de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, mediante la selección de subgrupos de pacientes con riesgo aumentado.

Los investigadores científicos de todo el mundo han buscado la manera de que en la población se minimicen los riesgos o susceptibilidades de desarrollo de enfermedades y mejorar las condiciones de morbilidad de la población. ⁽¹⁵⁾

Si un factor de riesgo se conoce asociado con la presencia de una enfermedad, su eliminación reducirá la probabilidad de su presencia. Este es el objetivo de la prevención primaria. Así por ejemplo, se relacionan la obesidad y la hipertensión, la hipercolesterolemia y la enfermedad coronaria, el tabaco y el cáncer de pulmón.

El concepto de Riesgo Relativo es empleado para determinar la asociación entre los comportamientos de riesgo y las enfermedades crónicas-degenerativas; es una medida utilizada para establecer el grado de riesgo para una enfermedad. Por ejemplo, un RR de 2 significa que la persona posee dos veces más el riesgo para desarrollar la enfermedad en comparación a las personas no expuestas al factor.

A continuación se relaciona los factores de riesgo predisponentes y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas que se desarrollan si no se le realiza una adecuada y oportuna intervención ⁽¹⁶⁾.

Tabla 3: Factores de riesgo y enfermedad asociada.

Factor de riesgo	Enfermedad asociada
Altos niveles de grasa corporal	Cardiopatías coronarias
	Diabetes sacarina Tipo II
Sedentarismo	Cardiopatías coronarias
	Obesidad
Consumo exagerado de calorías	Obesidad
	Diabetes sacarina Tipo II
Bajo consumo de fibra	Cáncer

Alto consumo de grasas saturadas y colesterol	Aterosclerosis
	Obesidad
Alto consumo de sodio	Hipertensión
	Apoplejía
Alta presión arterial	Cardiopatías coronarias
	Apoplejía
Estrés negativo (distrés) no controlable	Cardiopatías coronarias
	Afección mental-emocional
Tabaquismo (fumar)	Cáncer pulmonar, oral
	Cardiopatía coronaria
Alto consumo de alcohol	Cirrosis del hígado
	Accidentes de tránsito
Prácticas peligrosas de conducir	Accidentes de tránsito
Fallo en evaluaciones físicas/clínicas regulares	Cáncer
Pobres hábitos higiénicos	Enfermedades infecto-contagiosas
Hábitos promiscuos de sexualidad	Enfermedades de transmisión sexual
Abuso de drogas	Enfermedad en el hígado
	Enfermedad mental-emocional
	Accidentes

Para extender la esperanza de vida los seres humanos deben seguir hábitos de vida apropiados. Por el otro lado, hay un gran número de factores de riesgo (modificables) que pueden ser alterados si el individuo adopta voluntariamente comportamientos saludables, ellos minimizan el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como se relaciona a continuación ⁽¹⁶⁾:

Tabla 4: Comportamiento saludable requerido según factor de riesgo

Factor de riesgo	comportamiento saludable requerido
Peso Corporal	Ejercicio físico regular
	Buenos hábitos alimentarios
Funcionamiento cardiovascular	Ejercicio físico regular
	Buenos hábitos alimentarios

	No fumar
Caries dentales	Buenos hábitos alimentarios
	Higiene bucal apropiada
Tolerancia a la glucosa	Medidas para el control de peso
	Ejercicio físico regular
	Buenos hábitos alimentarios
Pruebas de inteligencia	Entrenamiento ejercicios de agilidad mental
	Práctica de actividades de destreza mental
Memoria	Entrenamiento ejercicios de memoria
	Práctica ejercicios de memoria
Osteoporosis	Ejercicio físicos que soportan el peso
	Buenos hábitos alimentarios
Tolerancia física	Ejercicio físicos regulares
	Medidas para el control de peso
Fortaleza física	Ejercicios con resistencias
Reserva pulmonar	Ejercicios aeróbicos
	Evitar el tabaquismo
	Práctica ejercicios
Lípidos y colesterol sérico	Buenos hábitos alimentarios
	Medidas para el control de peso
	Ejercicio físico regular
Envejecimiento de la piel	Medidas preventivas contra la radiación solar
	Evitar el tabaquismo
Destrezas sociales	Práctica sociales adecuadas
Presión arterial sistólica	Medidas para el control de peso
	Consumo limitado de sodio
	Ejercicios aeróbicos

Todos los individuos estamos sometidos a algún tipo de factor de riesgo para el desarrollo de alguna de enfermedad crónica no transmisible por lo cual las organizaciones interamericanas y otros entes de salud de los diferentes países del mundo han venido desarrollando estrategias encaminadas a la sensibilización de la población en el desarrollo de conductas tendientes a disminuir la aparición de estas patologías en la comunidad; se han desarrollado estrategias de seguimiento a

pacientes con enfoque de prevención y tratamiento de sobrepeso, enfocados en grupos de alto riesgo, mantenimiento de IMC en nivel óptimo, y el logro de ingesta adecuada de alimentos incluyendo en la dieta diaria cereales integrales, leguminosas, frutas y verduras. ⁽¹⁷⁾

Es necesario estudiar la pertinencia de realizar una encuesta con énfasis en aspectos relacionados con que condicionan los comportamientos de la población, ya que esto permitiría orientar con más detalle las intervenciones en salud pública de los diferentes sectores involucrados en la solución de la problemática.

La población adolescente y adulta no está informada bien, en general, de los daños de los factores de riesgo o de los beneficios de los protectores en cuanto a enfermedades crónicas; por esto se requiere priorizar más en la estructuración de programas que favorecen los cambios de comportamiento, es decir, en actividades de prevención primaria que vayan más allá de la información. ⁽¹⁸⁾

DESCRIPCIÓN DE PROSALCO IPS

Prosalco es una cooperativa de trabajadores de la salud del municipio de Don Matías, la cual obtuvo personería jurídica en abril de 1994. El 1 de octubre de 1999 comenzó a prestar servicios como una institución de salud de nivel I de atención, actualmente se encuentra adscrita a la EPS Sura, que atiende usuarios del régimen contributivo del SGSSS. Cuenta con 14 sedes en el departamento de Antioquia: Barbosa, Caribe, Cisneros, Cocorná, Don Matías, Floresta, Girardota, Guarne, Marinilla, Sabaneta, San Carlos, San Pedro, Santa Rosa, Yarumal. Dos de las cuales están ubicadas en el municipio de Medellín, Caribe y Floresta.

La IPS Prosalco presta los servicios de Consulta médica, Odontología, Promoción y prevención, vacunación, consulta médica especializada con servicios de obstetricia, medicina interna, dermatología, cirugía general y pediatría.

Los usuarios pertenecen en un 75.2 % a la EPS Sura, en un 19.8 % a Saludcoop, Cafesalud en un 2.8 % y 2.2 % a Coomeva.

La población de Prosalco es en su mayoría mujeres donde hay 1.04 por cada hombre (1.9 %). De acuerdo a grupos etáreos presenta 7.6 % usuarios < 4 años, 18 % entre 5 y 14 años, 54.8 % entre 15 y 49 años y 16.5 % > de 50 años. Pertenecen a un estrato

socioeconómico nivel 2 y 3. En su mayoría los hogares son conformados por más de 4 personas donde solo una o dos de ellos laboran. En enero de 2010 se inicia con un 11.49 % más de usuarios con respecto al mismo periodo del año anterior.

En el último año las enfermedades más prevalentes en la IPS Prosalco fueron: Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores en un 17.1 %, hipertensión arterial 15.4 %, 6.2 % enfermedad infecciosa intestinal, el 5.4 % de dorsopatías, el 5.2 % de Dolor abdominal y pélvico, migraña y cefalea 4.9 %, el 4.7 % de Trastornos de los tejidos blandos y 3.4 % de diabetes.

OBJETIVOS

GENERAL

Identificar los factores de riesgo modificables para desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles en la población sana mayores de 45 años de la IPS Prosalco Medellín.

ESPÉCIFICOS

1. Identificar la prevalencia de los factores de riesgo modificables en los usuarios de Prosalco IPS.
2. Describir los factores de protección que pueden llegar a minimizar el riesgo de enfermar.
3. Proponer medidas de intervención de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfocadas en las necesidades detectadas en la población.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal

POBLACIÓN DE REFERENCIA

Se revisaron 6614 historias clínicas de los pacientes mayores de 45 años de Prosalco IPS, en donde se evidenció quienes tenían alguna enfermedad crónica como hipertensión arterial, diabetes, algún tipo de cáncer; de éstas se logró construir el universo de la muestra con 4148 usuarios mayores de 45 años que no presentaban estas enfermedades en la IPS Prosalco sedes Caribe (1974 usuarios) y Floresta (2174 usuarios) de la ciudad de Medellín en el segundo trimestre del 2010.

DISEÑO MUESTRAL

El cálculo de la muestra se realizó utilizando el programa Stalcalc de EPI INFO versión 6.04. El tamaño muestral se estimó de acuerdo a los parámetros que se describen a continuación, así como para estimar la prevalencia poblacional: nivel de confianza: 95 %, error de muestreo: 5 %, riesgo: 0.5 % y prevalencia: 50 %. El tamaño de la muestra necesaria para este estudio fue de 360 usuarios, 172 de la sede Caribe y 188 para la sede Floresta. La unidad de análisis es el usuario sano mayor de 45 años de las IPS Prosalco Medellín. La unidad de muestreo son las IPS Prosalco Caribe y Floresta.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se encuestaron los usuarios mayores de 45 años sanos, de las sedes Prosalco Medellín.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Personas mayores de 45 años que hayan consultado alguna vez a la IPS por enfermedades crónicas no transmisibles. Usuarios menores de 45 años. Usuarios con antigüedad de afiliación menor de un mes.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

- * Sexo
- * Edad
- * Lugar de residencia

- * Nivel educativo
- * Tiempo de afiliación
- * Sede de afiliación
- * Índice de masa corporal
- * Actividad física: Frecuencia semanal, intensidad diaria
- * Frecuencia de consumo: Frutas, verduras
- * Cigarrillo y bebidas alcohólicas: Frecuencia y tiempo de consumo
- * Consumo: Alimentos fritos, porciones de harina harinas, sal, azúcares; pescado, aceite de oliva
- * Antecedentes personales y familiares: HTA, diabetes, cáncer cérvix-mama, próstata
- * Situaciones estresantes: Problemas de salud, económicos, laborales
- * Exámenes Dx y Control: Chequeo médico, toma presión arterial, citología, mamografía, examen de próstata, control odontológico.

TABLA DE VARIABLES

NOMBRE	NATURALEZA	ESCALA	CODIFICACIÓN	UNIDAD DE MEDICIÓN
Edad	Cuantitativa	Razón	Años cumplidos	Años
Sexo	Cualitativa	Nominal	1: Femenino 2: Masculino	Femenino Masculino
Lugar de residencia	Cualitativa	Nominal	Barrio	
Nivel educativo	Cualitativa	Ordinal	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico 5. Universitario 6. Posgrado	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Universitario Posgrado
Tiempo de afiliación	Cuantitativa	Razón	Años de afiliación	Años
Sede de afiliación	Cualitativa	Nominal	1. Caribe 2. Floresta	Caribe Floresta

Índice de masa corporal	Cualitativa	Ordinal	1. Bajo peso 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad I 5. Obesidad tipo II 6. Obesidad Mórbida	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad I Obesidad tipo II Obesidad mórbida
Actividad física: Frecuencia Semanal Intensidad semanal	Cuantitativa	Razón	Días Minutos	Días a la Semana Minutos semanales
Frecuencia de consumo: Frutas Verduras	Cuantitativa	Razón	Unidades	Unidades en el día
Consumo de: cigarrillo y alcohol Frecuencia Tiempo de consumo	Cuantitativa	Razón	Veces Unidades Años	Veces semana Cigarrillos Años
Consumo: Alimentos fritos Porciones harinas Sal Azucars Aceite de oliva Pescado	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No 1: Si 2: No	Si No
Antecedentes familiares: Hipertensión Diabetes Cáncer	Cualitativa	Nominal	1: Si 2: No	Si No

Situaciones estresantes	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No	Si No
Exámenes Dx y control: Chequeo médico Toma Presión arterial Citología Mamografía Examen próstata Control odontológico	Cuantitativa	Razón	1: Cada 6 meses 2: Cada año 3: Cada 2 años 4: Nunca	Cada 6 meses Cada año Cada 2 años Nunca

TECNICAS DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La obtención de la información sobre factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles en la población sana mayor de 45 años, se realizó mediante la aplicación de una encuesta, la cual contiene 40 preguntas relacionadas con factores de riesgo y estilos de vida.

La encuesta consta de un encabezado con información general. Se establecieron preguntas cerradas con respuestas afirmativas y negativas, preguntas de frecuencia, las cuales son preguntas de opción múltiple con única respuesta, y preguntas abiertas.

La encuesta se realizó en la IPS Prosalco Floresta y Caribe a los usuarios que asistieron a las actividades de Promoción, consulta externa por enfermedades no crónicas, y a los acompañantes afiliados de los pacientes crónicos.

La encuesta se aplicó de forma individual por dos aprendices de Salud Pública del SENA, las cuales recibieron capacitación sobre los temas que relaciona la encuesta, su aplicación, unificación de criterios y la importancia de la información adecuada en la investigación.

Semanalmente se ejecutaron reuniones entre las investigadoras y los encuestadores para determinar cómo se estaba llevando a cabo el proceso de recolección de datos y dificultades presentadas.

Se le explicó al usuario el objetivo de la encuesta; además, se le indicó la importancia que tiene para mejorar las actividades de Promoción enfocadas en las necesidades de la población. Se le aclaró al usuario que su diligenciamiento era voluntario y no requería de su identificación.

PRUEBA PILOTO

Se realizó una prueba piloto en las sedes Prosalco floresta y Caribe en la cual se encuestaron 50 usuarios. Esta prueba se hizo con el fin de establecer los procedimientos de campo más adecuados, probar la eficacia del instrumento de recolección, verificar la eficacia del encuestador, estimar los tiempos de aplicación de cada instrumento.

TECNICAS DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

CRÍTICA DEL DATO:

Se realizó después de la aplicación de la prueba piloto, para detectar inconsistencias y reajustar la adecuada codificación.

SELECCIÓN DE PROGRAMA ESTADÍSTICO:

Los datos recolectados se analizaron en el programa EPI INFO versión 6.4.

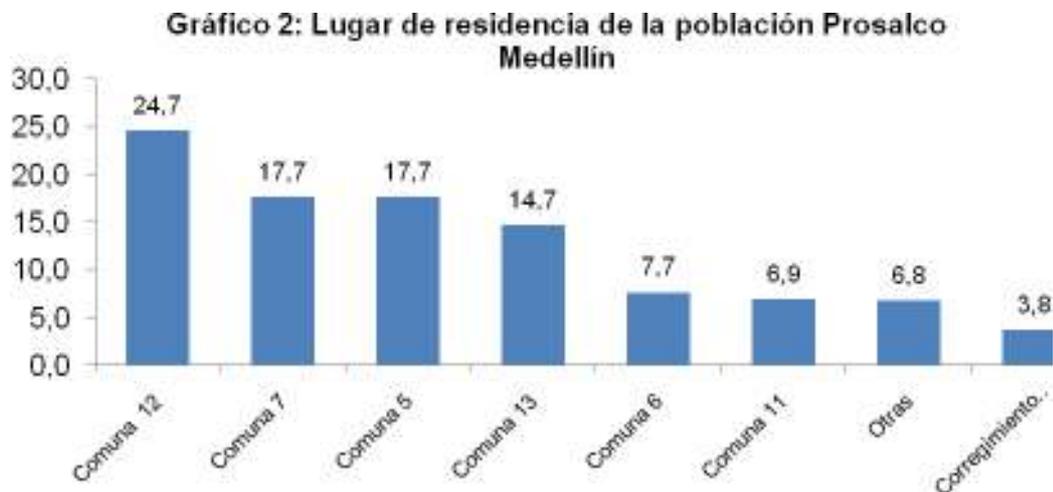
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

- * Variables básicas: En el plan de análisis se cruzaron estas variables a fin de obtener resultados expresados en tasas, proporciones y razones. Se establecen las variables básicas: La edad expresada en años a partir de los 45 años de edad, sexo, lugar de residencia, nivel educativo, tiempo y sede de afiliación a la IPS Prosalco.
- * Variables de frecuencia de consumo: Para los análisis descriptivos acerca de los factores de riesgo. Estas variables son actividad física, IMC, consumo de alimentos, alcohol y cigarrillo.
- * Variables de condición de salud: esta variable nos permitirá determinar los antecedentes familiares y personales de las enfermedades crónicas, agentes estresores predisponentes y el riesgo para las misma según frecuencia de control de exámenes de salud.

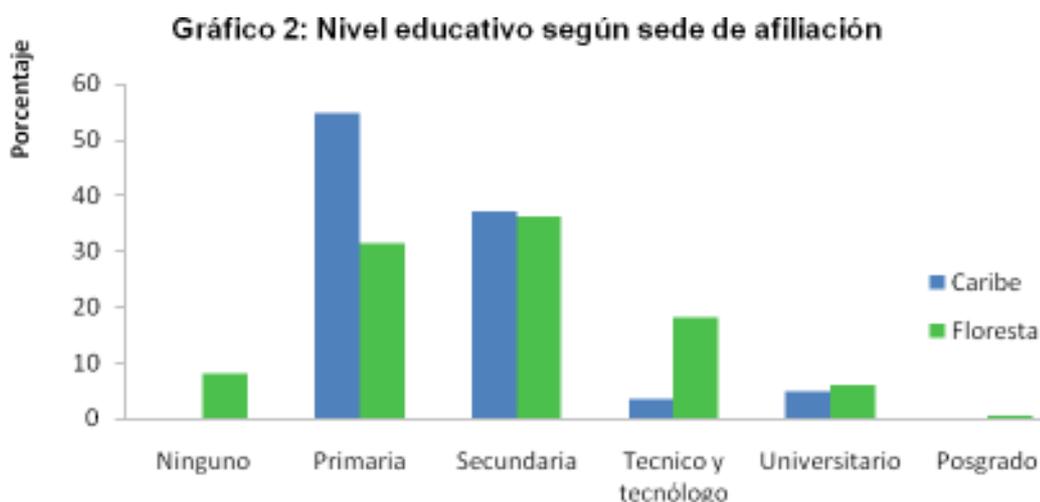
ANALISIS DE RESULTADOS

Se encuestaron un total de 360 usuarios sanos mayores de 45 años de la IPS Prosalco, 172 usuarios de la sede Caribe y 188 de la sede Floresta. De estos usuarios el 67,8 % corresponden al sexo femenino y el 32,2 % al sexo masculino. El promedio de la edad de los usuarios fue de 54 años, con un rango que osciló entre 45 y 88 años.

Según el lugar de residencia se pudo observar que las comunas con mayor representación son: la comuna 12, seguida de la comuna 7, la comuna 5 y la comuna 13. El 3,8 % de los usuarios reside en corregimientos y municipios aledaños. De la sede Floresta las comunas más predominantes son las 12 y 13 y de la sede Caribe los más predominantes son la comuna 7, 5 y 6.



En el nivel educativo encontrado en la sede Caribe, presentan mayor predominio los usuarios que solo realizaron educación básica primaria y seguido de los usuarios que completaron la educación básica secundaria. De esta sede no se reportaron usuarios sin estudio alguno y ninguno presentó nivel educativo de posgrado. En la sede Floresta el nivel educativo más comúnmente encontrado fue básica secundaria, seguido de la primaria. De esta sede 15 usuarios no completaron la primaria y solo un usuario realizó estudios de posgrado.



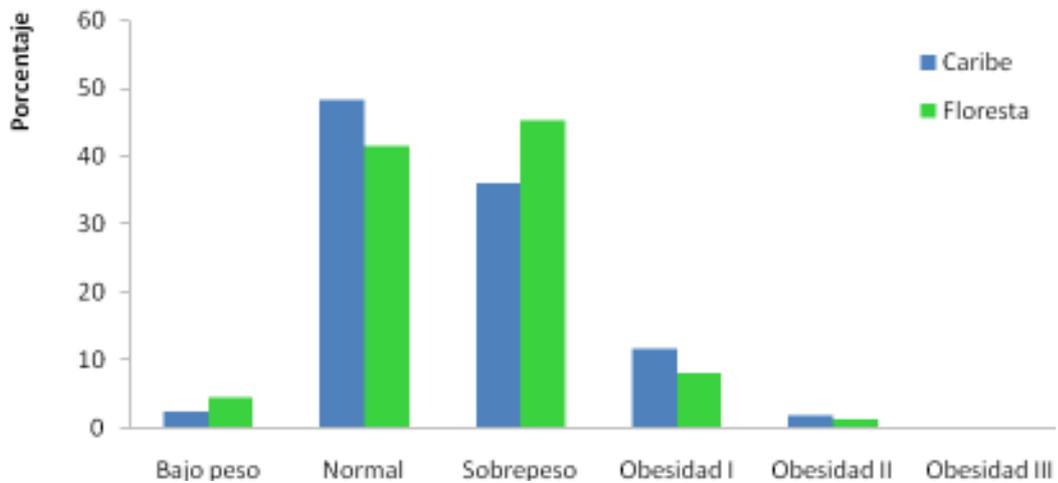
Según el tiempo de afiliación los usuarios con mayor frecuencia presentan entre uno y 3 años de afiliación, predominantemente por usuarios de la sede floresta. En esta sede los usuarios que llevan hasta 3 años de afiliación corresponden a más del 60 %, mientras que en la sede Caribe representa el 26,7 %. Los usuarios con más de 10 años de afiliación a Prosalco en la sede Caribe representan el 34,3 % y en la sede floresta es solo el 4,3 %.

Tabla 6: Porcentaje de la población Prosalco según tiempo de afiliación

TIEMPO	GLOBAL	SEDES	
		CARIBE	FLORESTA
< 1 año	4,4 %	4,1 %	4,8 %
1 - 3 años	40,9 %	22,6 %	57,8 %
4 - 6 años	24,7 %	25,6 %	24 %
7 - 9 años	11,4 %	13,4 %	9,5 %
10 - 12 años	14,4 %	27,3 %	2,7 %
13 – 15 años	4,2 %	7 %	1,6 %

El 44,7 % de los usuarios de Prosalco presentaron un índice de masa corporal normal, mientras que el 55,3 % presenta algún tipo de riesgo con respecto al peso: De estos, el 40,8 % de los usuarios presenta sobrepeso. Los usuarios de Prosalco con niveles de obesidad corresponden al 11,1 %; sin embargo, no se reportó ningún usuario con obesidad mórbida. Solo el 3,3 % presenta bajo peso. La distribución del IMC según sede puede verse en el gráfico 3.

Gráfico 3: Índice de Masa Corporal según sede de afiliación



El 40 % de los usuarios no realiza ningún tipo de actividad física. De acuerdo a la frecuencia solo el 19,7 % realiza actividad física entre 3 y 6 días a la semana, rango requerido; el 29,2 % realiza actividad física por debajo del rango requerido y el 11,7 % realiza mayor actividad física por encima del rango requerido. De acuerdo a la intensidad semanal el 26 % de los usuarios realizan actividad física entre 120 y 270 minutos. El 26 % realiza ejercicio por debajo de este rango y solo el 8,6 % de los usuarios realiza ejercicio con una intensidad mayor entre 271 minutos y 840 minutos a la semana.

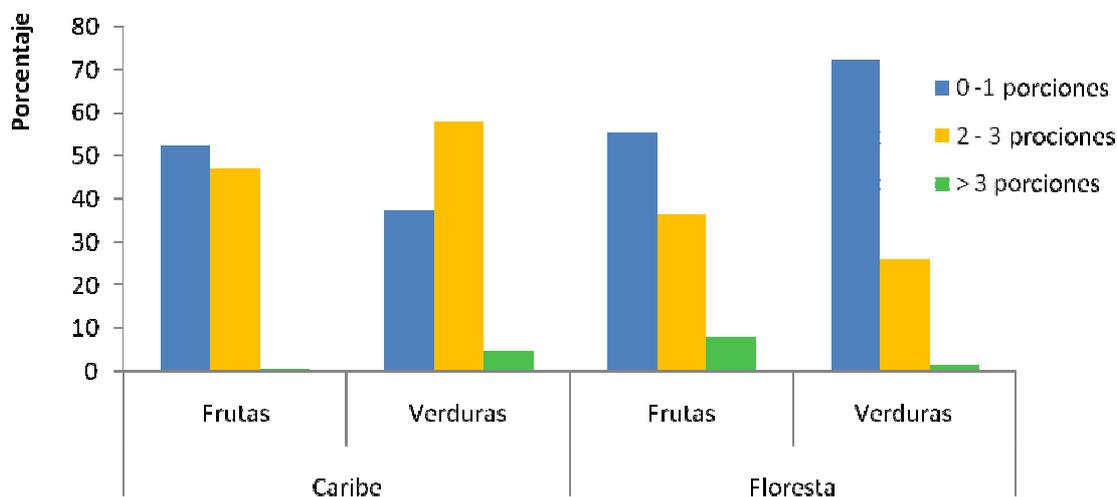
Tabla 7: Actividad física según sede de afiliación

	Frecuencia semanal			Intensidad semanal	
	Caribe	Floresta		Caribe	Floresta
No realiza	35,5 %	43,1 %	No realiza	35,5 %	43,1 %
1-2 días	22,7 %	35 %	< 120 min	32,5 %	19,7 %
3-6 días	28,6 %	11,6 %	120-270 min	22,7 %	29,2 %
7 días	12,8 %	10 %	271-840 min	9,3 %	8 %

El 41,7 % de los usuarios de Prosalco consumen entre 2 y 3 frutas en el día, consumo mínimo recomendado. El 53,9 % de los usuarios consumen una fruta o no consumen frutas en el día, y solo el 4,4 % consume más de tres frutas diarias. Para el consumo de verduras el 97 % de los usuarios de Prosalco consumen hasta tres verduras en el

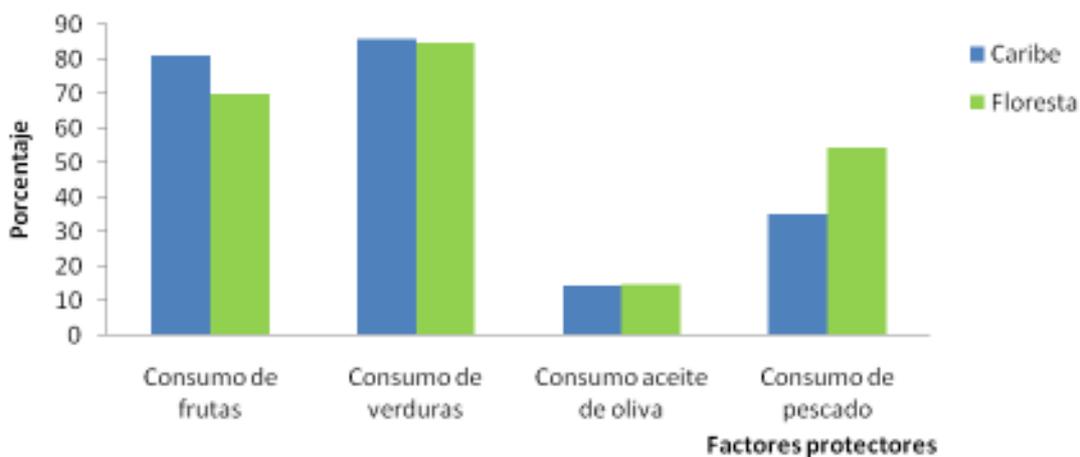
día, y solo el 3 % consumen más de tres verduras en su dieta diaria. El comportamiento por sedes se refleja en el gráfico 4.

Gráfico 4: Consumo de frutas y verduras según población Prosalco



Solo el 14,7 % de los usuarios de Prosalco consume aceite de oliva en su dieta diaria, reflejandose de igual forma por sedes. El consumo de pescado por semana en los usuarios corresponde al 45 %, de estos los usuarios de Floresta consumen en un porcentaje mayor que en Caribe con un 63 %.

Gráfico 5: Factores protectores en la dieta que minimizan el riesgo de padecer enfermedades crónicas



El 21 % de los usuarios de la IPS fuma cigarrillos, de los cuales 9 % consumen más de 10 cigarrillos diarios. Del 21 % de población fumadora, el 4,4 % llevan 20 años

consumiendo cigarrillos, el 4,7 % consumen cigarrillos desde hace 30 años, 3 usuarios manifiestan fumar cigarrillos desde hace más de 50 años (0,9 %).

La población que no ingiere bebidas alcohólicas representa el 92 % de los usuarios, y solamente el 2,5 % consume licor más de una vez por semana. De estos usuarios la mayor prevalencia se da en los usuarios que llevan 20 años consumiendo alcohol con 3,7 % y se evidencia que hay 2 usuarios que llevan más de 50 años consumiendo alcohol.

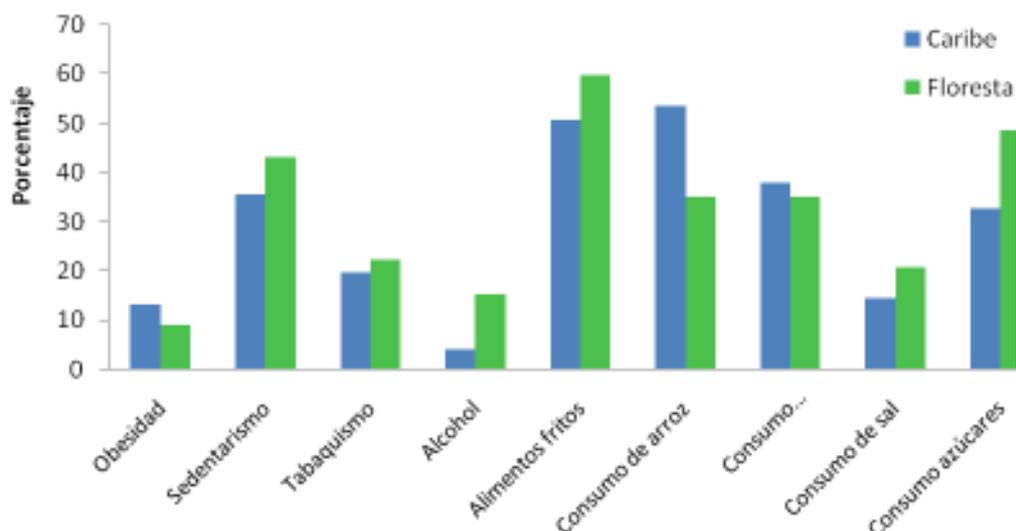
Tabla 8: Consumo de cigarrillo y alcohol en la población Prosalco

	FRECUENCIA DE CONSUMO			TIEMPO DE CONSUMO	
	CIGARRILLO (diario)	ALCOHOL (semanal)		CIGARRILLO	ALCOHOL
No consume	78,9 %	92,2 %	No consume	78,9 %	90 %
1-10 veces	16,9 %	7,5 %	1-10 años	2,8 %	1,1 %
11-20 veces	3,6 %	0,0 %	11-30 años	12,7 %	6,1 %
> 20 veces	0,6 %	0,3 %	> 30 años	5,6 %	2,8 %

El 55,3 % de los usuarios de Prosalco consumen alimentos fritos diariamente, de estos el 56,2 % corresponde a usuarios de la sede Floresta. En cuanto al consumo de arroz en la sede Caribe los usuarios que consumen dos o más porciones de arroz en su dieta diaria corresponden a un porcentaje mucho mayor que los usuarios de floresta.

El 36,4 % de los usuarios de Prosalco consumen más de dos porciones de papa, yuca o plátano en su dieta diaria, sin embargo, no se encuentran diferencias significativas entre las sedes. Los usuarios de Prosalco que adicionan sal a los alimentos después de servidos corresponde al 17,8 %. El 40,8 % de los usuarios consumen alimentos altos en contenidos de azúcares diariamente, de los cuales el 62 % son usuarios de floresta, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar diabetes mellitus.

Gráfico 6: Factores de riesgo según población Prosalco



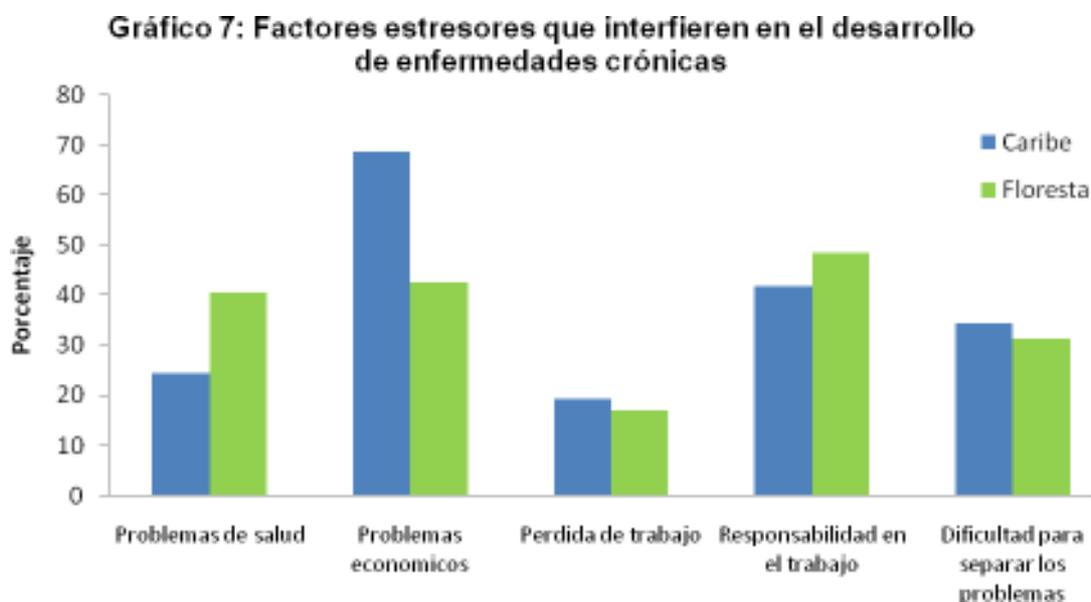
En cuanto a los antecedentes personales de los usuarios con respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles como hipertensión arterial, diabetes y cáncer, el 100 % de estos no relata padecer o haber padecido alguna de estas patologías. En los antecedentes familiares se puede evidenciar que los usuarios de floresta presentan mayor predisposición a desarrollar hipertensión arterial con un porcentaje de 59 %, mientras que la predisposición de los usuarios de Caribe corresponde a un 38,4 %.

De los usuarios de Prosalco que presentan predisposición a desarrollar diabetes mellitus, el mayor porcentaje se observa en los usuarios de floresta con un 68,2 %, lo que se relaciona con el consumo habitual de azúcares dentro de su ingesta diaria.

El porcentaje general de los usuarios con predisposición a desarrollar algún tipo de cáncer según antecedentes familiares es de 27,8 %, de esta proporción, el 70 % corresponde a usuarios de floresta.

En cuanto a los factores estresores que intervienen en el desarrollo de las enfermedades crónicas se determinó que los usuarios de floresta suelen presentar más problemas de salud con respecto a los usuarios de Caribe. En cuanto al factor económico los usuarios de Caribe reflejan mayores dificultades en sus hogares con respecto a los usuarios de floresta. La pérdida de estabilidad laboral afecta a los usuarios en un 18,1 %, el tener mucha responsabilidad laboral en un 45,3 % y la

dificultad de separar los problemas laborales y económicos de la vida personal afecta en un 32,8 %.



En el cuidado y el control de las actividades enfocadas al beneficio de la salud se observó que el 80 % de los usuarios se ha realizado chequeo médico los últimos dos años, con mayor asistencia en los usuarios de Caribe. En este periodo los usuarios de Prosalco que se han tomado la presión arterial representan el 74,2 %.

De las mujeres encuestadas, el 93,8 % se han realizado el examen de la citología y el 57 % se han practicado la mamografía. De los usuarios de sexo masculino encuestados, el 61,5 % se ha realizado algún tipo de examen para la detección del cáncer de próstata, siendo más frecuente la asistencia en los usuarios de Floresta. El control odontológico se lo han realizado el 87,2 % de los usuarios, de estos se presenta mayor concurrencia en los usuarios de Caribe.

Tabla 9: Frecuencia de toma de exámenes médicos

EXAMEN	SEDE	CARIBE					FLORESTA				
		C/ 6 meses	Anual	C/ 2 años	No realiza	No aplica	C/ 6 meses	Anual	C/ 2 años	No realiza	No aplica
Chequeo Médico		33,1 %	50 %	4,7 %	12,2 %		39,9 %	26,1 %	8 %	26,1 %	
Toma presión arterial		39,5 %	41,9 %	1,7 %	16,9 %		36,2 %	21,8 %	8 %	34,0 %	
Citología		1,7 %	60,5 %	2,3 %	3,5 %	32 %	4,8 %	47,9 %	9,6 %	4,8 %	32 %

Mamografía	2,9 %	30,8 %	7,0 %	27,3 %	32 %	1,1 %	27,1 %	8,5 %	30,3 %	32 %
Antígeno prostático	0,0 %	16,3 %	2,3 %	13,4 %	68 %	3,2 %	10,6 %	7,4 %	11,7 %	68 %
Control Odontológico	16,3 %	66,9 %	5,8 %	11,0 %		25,5 %	49,5 %	10,6 %	14,4 %	

Las actividades de salud más recomendadas por los usuarios para ser implementadas por la IPS están enfocadas a las actividades físicas como el ejercicio y el deporte en un 71,5 %, educación sobre hábitos alimenticios saludables en un 9,3 %; Los usuarios que sugieren combinación de estas dos actividades corresponden al 12,8 % y el 6,6 % recomiendan otras actividades relacionados con la prestación del servicio como mejoras en la comunicación telefónica, agilizar atención, brigadas de salud y humanización de servicios de salud en casa.

DISCUSIÓN

Prosalco IPS Medellín es una institución prestadora de servicios de salud que cuenta con un gran número de afiliados provenientes de diferentes zonas de la ciudad y por fuera de esta. Se evidencian distintos niveles socioeconómicos que se relacionan con la sede de afiliación donde se encuentran los usuarios, factor que está asociado con los bajos niveles educativos que predominan en la sede Caribe, y mayor número de personas en floresta con mejores niveles educativos.

El ejercicio es una de las actividades de salud pública más recomendadas que se ha tratado de implementar en la población como parte del estilo de vida para minimizar los riesgos de sufrir enfermedades crónicas no transmisibles. La ausencia de ejercicio sumando a una alimentación poco saludable, incrementa los niveles de índice de masa corporal y con ello los riesgos que con respecto a la obesidad tienen las personas de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles. ⁽²⁴⁾

Más del 50 % de los usuarios presentan alteración en el peso lo que incrementa el riesgo, siendo mayor los niveles de sobrepeso. Los usuarios de la sede floresta presentan mayor riesgo con respecto a la sede Caribe puesto que refleja mayores alteraciones del peso. El sobrepeso aqueja a un gran número de personas de Prosalco, situación que se puede intervenir fácilmente con la implementación de programas orientados a la salud física y buena alimentación. Para las personas que presentan obesidad, las cuales el riesgo es aún mayor, su intervención requiere mayor acompañamiento.

Sumado a lo anterior, el 40 % de los usuarios en inactividad física tienen aún un riesgo mayor de presentar alguna enfermedad crónica. Así mismo, las personas activas que realizan ejercicio entre 3 y 6 días a la semana, rango recomendado de frecuencia en actividad física, presentan un riesgo mínimo de desarrollar enfermedades crónicas con respecto al sedentarismo. ⁽²⁵⁾

El rango mínimo requerido de intensidad de actividad física para disminuir el riesgo de enfermar es de 120 minutos a 270 minutos, por lo tanto, el 32,5 % de los usuarios de Caribe que se encuentran debajo de este rango, tienen riesgo aumentado, siendo mayor que en floresta donde corresponde al 19,7 %. ^(8,25)

Los usuarios de Prosalco son conscientes de los beneficios que otorga la buena alimentación en el estado de salud; en esta población gran porcentaje de personas consumen frutas, pero menos del 50 % consumen frutas en las cantidades recomendadas; es más frecuente el consumo en la sede Caribe que en la sede floresta, en esta última la tercera parte de la población no la consumen. El consumo de verduras es muy parejo en cuanto a las sedes, sin embargo, en la sede floresta la mayoría de sus usuarios la consumen por debajo de la cantidad diaria recomendada, contrario a lo que sucede en Caribe. Con esto se puede decir que, los usuarios de Caribe, se encuentran mejor protegidos en cuanto a este factor se refiere.

El costo del aceite de oliva en el mercado hace que su consumo sea bajo, aun en estratos socioeconómicos altos, pues se refleja en un porcentaje mínimo su consumo. El pescado, otro factor de protección por su contenido de ácidos grasos omega 3 benéfico para el corazón y su contenido proteico, es consumido mayormente por los usuarios de floresta donde supera el 50 %, estos usuarios presentan mayor protección con respecto a quienes no consumen o su consumo es reducido. ⁽²²⁾

El porcentaje de los usuarios no fumadores representa el 79 % y de los que no ingieren alcohol es el 90 %, por tanto no hay tanta población en riesgo en cuanto a este factor. Para los consumidores, entre mayor sea su consumo semanal y para aquellos donde se evidencia consumo por décadas, se incrementará el riesgo de desarrollo de ateromas coronarios, hipertensión arterial y Cáncer. Se evidencia además, que usuarios en la sede consumen hasta 20 cigarrillos diarios más que en la sede floresta, lo cual hace que presenten riesgo mayor de desarrollar enfermedades crónicas. Adicionalmente, se pudo observar que el alcohol es consumido mayormente por usuarios de floresta con respecto a Caribe. ⁽²³⁾

El consumo aumentado de ciertos alimentos puede ser nocivo para la salud pues incrementa el desarrollo de enfermedades crónicas, como es el caso de alimentos fritos donde se evidencia que en la población Prosalco supera el 50 % de las personas, este riesgo es mayor en los usuarios de floresta. El consumo de arroz en más de tres porciones diarias así como el consumo de papa, yuca o plátano, es más evidente en los usuarios de Caribe, incrementando su riesgo de desarrollar hipertensión arterial.

El grupo poblacional que adiciona sal a los alimentos (17,8 %), siendo mayor en floresta, tiene mayor riesgo de desarrollar hipertensión arterial, aunque este porcentaje no es muy alto, sumado a otros factores de riesgo hace que este sea mayor. Siendo el azúcar es uno de los alimentos que mas incrementa el riesgo de sufrir diabetes mellitus, el 40 % de la población Prosalco se encuentra en riesgo de desarrollarla, pues su consumo es frecuente, así mismo, en la floresta es frecuente su consumo lo que diferencia el riesgo con respecto a la población de Prosalco Caribe. ⁽²⁴⁾

Comparando el consumo de pescado con el consumo de arroz, es evidente las diferencias en que cuanto al nivel socioeconómico se refleja, puesto que el pescado es consumido por usuarios de mayor poder adquisitivo y el arroz es mayormente consumido por personas de poder adquisitivo menor.

Aunque los antecedentes familiares para el desarrollo de enfermedades crónicas son considerados factores de riesgo no modificables, estos, sumados a los factores de riesgo modificables, incrementan el riesgo de padecer estas enfermedades; es así como se puede considerar que los usuarios de floresta presentan mayor predisposición familiar a desarrollar hipertensión arterial, algún tipo de cáncer y diabetes mellitus, esta última se relaciona además con el consumo habitual de azúcares dentro de su ingesta diaria. ^(7,26)

Los agentes estresores que predisponen a la aparición y desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, son evidenciados en gran parte de la población de Prosalco, los que más afectan a estos usuarios son las dificultades económicas y la sobrecarga laboral manifestado como mucha responsabilidad en el trabajo. Dichos factores aumentan la tensión, alteran el sistema inmunológico y generan cambios en el comportamiento de los individuos por lo cual se consideran factores de riesgo. Es de resaltar que los problemas económicos son mayormente encontrados en los usuarios de la sede Caribe, lo que puede relacionarse a su vez, con el nivel socioeconómico de esta población. ⁽²⁷⁾

Los exámenes médicos de control tienen la finalidad preservar la salud, detectar riesgos para la misma y de detectar a tiempo alteraciones en la morfología humana. Este concepto es bien adoptado por los usuarios de Prosalco, sin embargo, se encuentran datos muy altos de usuarios que no se han realizado estos exámenes en los últimos 2 años.

La mayoría de los usuarios reportan tomarse la presión arterial cada que consultan al médico, como parte del protocolo de consulta, pero no es una actividad donde reconozcan la importancia de su realización frecuente. La mamografía es el examen que se realiza en menor frecuencia la población mayor de Prosalco, donde apenas supera el 50 % para ambas sedes, mientras que la citología es un examen de gran asistencia. El control odontológico permite descartar alteraciones sistémicas con manifestaciones orales, en dicho examen la frecuencia de realización es alta para ambas sedes.

El tiempo recomendado para la realización de estos exámenes de control médico es de un año, sin embargo, para algunos de estos la frecuencia recomendada de realización no supera el 50 % de los usuarios, como es el caso de la mamografía y del antígeno prostático para la sede floresta. Es de resaltar que en todos los exámenes se evidencia que los usuarios de la sede Caribe acuden con mayor frecuencia que los usuarios de la sede floresta. ⁽⁵⁾

CONCLUSIONES

La población Prosalco reconoce los factores que interviene en su salud y bienestar, tanto factores de riesgo como factores de protección; conocen el concepto y la importancia de realizarse exámenes de control con la debida frecuencia, por tanto las actividades que se orienten para contrarrestar estos riesgo, deben ser enfocadas a propiciar en los usuarios la motivación para la adopción de estilos de vida saludables y frecuencia en la realización de estos exámenes que garanticen y preserven su salud.

Todos los usuarios de Prosalco presentan al menos un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, los cuales son mas asociados a la falta de actividad física, la alimentación poco saludable, los agente estresores desencadenes, y en menor medida, la falta de realización de exámenes de control y los hábitos nocivos como el consumo habitual de alcohol y cigarrillo.

Los agentes estresores, frecuentes en los usuarios de Prosalco, son factores de riesgo externos que son difícilmente abordados por la IPS pero pueden ser contrarrestados con la creación de programas que pretendan mejorar la salud mental de los usuarios.

Se encuentran diferencias significativas entre factores de riesgo y de protección según las sedes de Prosalco en la ciudad de Medellín, estas diferencias son particularmente condicionadas por su estatus social, nivel económico, lugares de residencia y nivel educativo.

Los usuarios de Caribe suelen asistir con mayor frecuencia a la realización de exámenes de control, pero esta población también tiene mayores riesgos en cuanto a otros factores con respecto a los usuarios de la sede floresta. Por tanto, es difícil determinar qué sede presenta mayores riesgos para la salud.

La población Prosalco es consciente de los beneficios que para su salud y bienestar físico, mental y emocional provee la práctica de actividades deportivas frecuentes, sin embargo, requieren de acompañamiento a la hora de llevarlos a cabo, sugieren sean estos implementados por la IPS y orientados de acuerdo a sus condiciones especiales de salud.

Los usuarios de Prosalco se sienten satisfechos con la prestación de los servicios asistenciales.

La realización de exámenes para la detección temprana de enfermedades crónicas y la implementación de programas de educación en salud, puede acarrear aumento en los gastos en las instituciones de salud; sin embargo, el gasto en salud que implica la aparición y el manejo de las estas enfermedades debido a la falta de control en los factores de riesgo de los usuarios de Prosalco y de la población en general son mucho mayores, pues son enfermedades de alto costo y significan para el sistema una carga constante de atención.

RECOMENDACIONES

- Prosalco como IPS de primer nivel de atención debe garantizar a sus usuarios el cumplimiento de las normas en salud, en cuanto a la prestación de los servicios de salud con calidad y al acceso a los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que son decretados por el Ministerio de la Protección Social.
- Brindar mayor claridad sobre los servicios ofrecidos por la IPS, principalmente en la población que no consulta para que conozca los programas y participe de ellos.
- Realizar mayor inducción a la demanda de los programas ofrecidos por norma a través de la Resolución 412 del 2000, que se enfocan en la atención a los adultos mayores de 45 años sanos, tales como detección de las alteraciones del adulto en donde se ordenen exámenes paraclínicos de control como glicemia y perfil lipídico, con el fin de establecer alteraciones cardiovasculares; igualmente, exámenes de tamizaje de cáncer de próstata y cérvix con examen de antígeno prostático anual y citología vaginal anual, detección de cáncer de mama en mujeres mayores de 45 años con realización de mamografía cada 2 años, alteraciones de la agudeza visual con tamizaje visual cada quinquenio luego de los 45 años de edad.
- Es importante dar a conocer a los usuarios que tienen derecho a acceder a estos servicios y que son completamente gratuitos, de igual manera se debe acompañar a la población a través de actividades educativas enfocadas en prevención y desarrollo del cáncer y presencia y cuidados ante los riesgos de enfermedades coronarias.
- La población mayor de 45 años de Prosalco IPS, tanto los usuarios sanos como los no sanos, requieren dentro de sus cuidados en salud brindados por la IPS, mayor educación a través de talleres educativos, conferencias, charlas y talleres lúdicos que le brinden a los usuarios mayor conocimiento sobre alimentación saludable, preparación de alimentos de forma sana, combinación de alimentos ricos en nutrientes, tipos de alimentos con menor contenido de grasas saturadas, y demás aspectos que se deben conocer sobre la manera adecuada de alimentar a las familias.
- La IPS debe implementar dentro del programa de Promoción y Prevención actividades lúdico recreativas y de ejercicio físico orientadas de acuerdo a la

población y a los riesgos que esta presenta. Estas actividades tienen el propósito de minimizar los riesgos en la población en cuanto a sedentarismo, obesidad, y salud mental. Además de ello, que los usuarios puedan conocer cuáles son las ventajas del ejercicio físico, el tiempo indicado para practicarlo, las actividades físicas que se pueden realizar de acuerdo a los riesgos en la población sana y como adopción de un estilo de vida saludable y, de acuerdo a las morbilidades presentadas en los usuarios con patologías.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Promoción de la salud y la equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá; OPS/OMS; 1992. 3 p.
2. Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (COL). Lineamientos de la Política Pública de Prevención de las Enfermedades Crónicas en Bogotá. Bogotá. (DC): 2002.
3. Organización Mundial de la Salud [Internet] Ginebra, Suiza. The World Health Organization. Copyright Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010. Disponible en: <http://www.oms.org> - <http://www.who.int>
4. Chávez BM, Sierra Ó, Lopera MM, Montoya PC. El Plan de Atención Básica en los municipios descentralizados de Colombia 2001-2003. Revista Facultad Nacional de Salud Publica. Diciembre. 2004; 22 (2): 77-89.
5. Ministerio de la Protección Social. Republica de Colombia. [Internet] Bogotá DC. [Actualizado 24 de octubre 2010] ISO 9001 boreau veritas. Disponible en: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/default.aspx>.
6. Arrivillaga Quintero M, Correa Sánchez D, Salazar Torres IC. Psicología de la salud. Abordaje integral de la enfermedad crónica. Ed. manual moderno. Bogotá DC: 2007.
7. La presión arterial, la diabetes, la edad avanzada, y los antecedentes familiares son algunos factores de riesgo. Fuente esmas.com [serial on line]. Derechos reservados @ Comercio Mas, SA. [2004] México. Disponible en: <http://www.esmas.com/salud/enfermedades/cronicas/459491.html>
8. Gallo J, Saldarriaga JF, Clavijo M, Arango E, Rodríguez N, Osorio J. Actividad física y salud cardiovascular. En búsqueda de la relación dosis-respuesta. Ed. el CIB, 1ª ed. Medellín (COL): U de A; 2010.
9. Organización Mundial de la Salud. Dieta, Nutrición y Prevención de enfermedades crónicas. 2ª Ed. Ginebra: 2003.
10. Feldman EB. Principios de Nutrición Clínica. Ed. Manual Moderno. 1ª ed. Bogotá DC – México D.F: 1990.
11. Mora RJ. Soporte nutricional especial. Ed. Médica Panamericana. 1ª ed. Bogotá DC: 1992.
12. Rodríguez Marín J. Psicología social de la salud. Ed. síntesis S.A. Madrid; 1995; 302 R – 696 p.

13. Pita Fernández S, Vila Alonso MT, Carpena Montero J. Determinación de Factores de Riesgo. Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (España) 1997 [actualizado 19/10/2002]. Disponible en: http://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo.asp.
14. Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia. Gobernación de Antioquia. [Internet] Centro Administrativo Departamental José María Córdoba. Medellín - Colombia. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co>.
15. Keys A. Seven countries: a multivariate analysis of death and coronary heart disease. Ann Eugenio Matijasevic. Trib Med 1991; 84: 151-156.
16. Williams MH. Lifetime Fitness and Wellness: A personal choice. 4ª ed. Madison: Brown & Benchmark Publishers. Copyright 1996 por: Times Mirror Higher Education Group, Inc; 1996. 8 p.
17. Posada M, Pineda V, Agudelo G. Los antioxidantes de los alimentos y su relación con las enfermedades crónicas "El chocolate y su contenido de antioxidantes". Ed. Sociedad Colombiana de Cardiología, 1ª ed. Bogotá DC: 2003.
18. Ministerio de Salud (COL). III estudio Nacional de Salud bucal – II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas, Bogotá (DC): 1999.
19. Constitución Política de Colombia, publicada en la Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991.
20. Instituto Nacional de Cirugía Cardíaca (INCC). Factores de Riesgo. Adaptado de American Heart Association. [citado Abril - 2005] Montevideo – Uruguay. Disponible en: www.incc.com.uy/factor.htm.
21. Lifetime Fitness and Wellness: A personal choice. 4ta. ed.; (p. 4), por M. H. Williams, 1996, Madison, WI: Brown & Benchmark Publishers. Copyright 1996 por: Times Mirror Higher Education Group, Inc. Disponible en: <http://www.saludmed.com/Bienestar/Cap1/Riesgos.html>.
22. Yopez R, Fuentemayor G, Pino A, Yopez E. Enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta en el Ecuador. [citado 2 de junio de 1995] Universidad Central de Quito – Ecuador. Revista Cubana Aliment Nutr 1996. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ali/vol10_1_96/ali08196.htm.
23. Mathers C. Estadísticas Enfermedades Crónicas. Departamento de sistemas de medición e información sanitaria de la Organización Mundial de la Salud. [citado 23 de julio 2008] Ginebra – Suiza. Disponible en: <http://>

<http://www.scidev.net/es/middle-east-and-north-africa/opinions/mejores-estadisticas-clave-contra-enfermedades-cr-.html>.

24. Maya L. Estilos de vida saludable: Componentes de la calidad de vida. [citado 2001] Costa Rica. Disponible en: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>.
25. Herrera Canales F. Importancia de la actividad física. Dirección de investigación y desarrollo tecnológico en salud Ministerio de Salud Costa Rica. [citado 12 febrero 2006] Costa Rica. Citado en: <http://http://www.enplenitud.com/nota.asp?articuloId=8088>.
26. Lopategui Corsino E. Enfermedades Crónicas. Universidad Interamerica. Copyriht. [citado 20 junio 2000] San Juan Puerto Rico. Disponible en: <http://http://www.saludmed.com/Salud/ECronica/ECronica.html>.
27. Truco M. Estrés y Trastornos Mentales: Aspectos neurobiológicos y psicosociales. Revista chilena de neuro – psiquiatría. [versión on line ISSN 0717- 9227] Chile 2002. Disponible en: http://http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272002000600002&script=sci_arttext.
28. Álvarez M. Nutrición Pública: una visión integral e integradora. Grupo de investigaciones en alimentación y nutrición humana. Universidad de Antioquia. Medellín – Colombia. 2007. Disponible en: <http://revinut.udea.edu.co/anter/vol9-1/html/a6/>.

ANEXO A

ENCUESTA PARA DETERMINAR FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDADES CRONICAS NO TRANSMISIBLES EN PACIENTES SANOS MAYORES DE 45 AÑOS DE LA IPS PROSALCO MEDELLÍN EN EL AÑO 2010

Respetado usuario: Le pedimos el favor de contestar correctamente la encuesta, la cual tiene como objetivo conocer los factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas a los que usted está expuesto. El resultado obtenido servirá para mejorar los programas de promoción de salud de la IPS.

Fecha: Día___ Mes___ Año___ Encuesta n°:_____

1. Edad:_____ años Sede: _____

2. Sexo: Masculino___ Femenino___

3. En que barrio vive? _____

4. Hasta que nivel educativo estudió usted?

Ninguno___ Primaria:___ Secundaria:___ Técnico:___ Universitario:___

Posgrado:___

5. Desde hace cuanto tiempo está usted afiliado a la EPS? _____

6.Cuál es su peso actual? _____ Kg

7.Cuál es su talla actual? _____ cm

8. Cuantas días a la semana realiza ejercicio físico? _____

9. Cuantos minutos a la semana realiza ejercicio físico? _____

10. Cuantas frutas consume en el día? _____

11. Cuantas verduras consume en el día? _____

12. Cuantos cigarrillos se fuma al día? _____

13. Desde hace cuantos años fuma? _____

14. Hace cuanto tiempo ingiere bebidas alcohólicas? _____

15. En la semana cuántas veces consume bebidas alcohólicas? _____

16. Consume usted en el día alimentos fritos? Si___ No___

17. Consume usted en el día alimentos preparados en aceite de oliva? Si___ No___

18. Consume usted en la semana pescado? Si___ No___

19. Consume dos porciones o más de arroz en el día? Si___ No___

20. Usted consume al día más de dos porciones de papa, yuca o plátano? Si ____
No ____
21. Usted le agrega sal a los alimentos luego de que se los sirven? Si ____ No ____
22. Consume usted en el día postres, confites, helados, tortas o chocolate?
Si ____ No ____

Respecto a su salud y/o estado anímico responda lo siguiente:

23. Ha sufrido usted de hipertensión arterial o presión alta? Si: ____ No: ____
24. Ha sufrido usted de diabetes mellitus o azúcar en la sangre? Si ____ No ____
25. Ha sufrido usted de algún tipo de cáncer? Si ____ No ____
26. Su padre o su madre han sufrido de presión alta? Si ____ No ____
27. Su padre o su madre han sufrido de azúcar en la sangre? Si ____ No ____
28. Su padre o su madre han sufrido de algún tipo de cáncer? Si ____ No ____
29. Suele tener problemas de salud? Si ____ No ____
30. ¿Presenta problemas económicos con frecuencia? Si ____ No ____
31. ¿Perdió su trabajo o está a punto de hacerlo? Si ____ No ____
32. ¿Carga con mucha responsabilidad en su trabajo? Si ____ No ____
33. ¿Le cuesta separar los problemas externos (laborales o económicos) de su vida interior? Si ____ No ____
34. Con que frecuencia asiste a control médico para chequeo general en la IPS?
Cada 6 meses: ____ Cada año: ____ Cada 2 años: ____ No
asiste: ____
35. Con que frecuencia se realiza la toma de la presión arterial?
Cada 6 meses: ____ Cada año: ____ Cada 2 años: ____ Nunca: ____
36. Si usted es mujer con qué frecuencia se realiza la citología cérvico uterina?
Cada 6 meses: ____ Cada año: ____ Cada 2 años: ____ Nunca: ____
37. Si usted es mujer con qué frecuencia se realiza la mamografía?
Cada 6 meses: ____ Cada año: ____ Cada 2 años: ____ Nunca: ____
38. Si usted es hombre con qué frecuencia se realiza el antígeno prostático o el tacto rectal?
Cada 6 meses: ____ Cada año: ____ Cada 2 años: ____ Nunca: ____
39. Con que frecuencia asiste a control odontológico?
Cada 6 meses: ____ Cada año: ____ Cada 2 años: ____ No asiste: ____
40. Que actividades de salud cree usted que le mejorarían su calidad de vida?

¡Gracias por su colaboración!