

**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO
RELACIONADOS CON LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS
NO TRANSMISIBLES EN EL DEPARTAMENTO DE
ANTIOQUIA, 2011.**

Informe final

Medellín Diciembre de 2011

**CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO
RELACIONADOS CON LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS
NO TRANSMISIBLES EN EL DEPARTAMENTO DE
ANTIOQUIA, 2011.**

José Manuel Barros Suárez
Héctor Manuel Quirós Arango
Jaime Alonso Restrepo Carmona
Horacio Berrío Vásquez
Douglas Lizcano Cardona
Marta Cecilia Sepúlveda Valderrama

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE ANTIOQUIA
HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN
MEDELLÍN
2011

ÍNDICE

	Página
<u>Métodos.....</u>	<u>5</u>
<u>Recolección de la información.....</u>	<u>9</u>
<u>Encuesta.....</u>	<u>11</u>
<u>Resultados.....</u>	<u>18</u>
<u>Población y muestra.....</u>	<u>20</u>
<u>Panorama general de riesgo.....</u>	<u>25</u>
<u>Hábito del tabaco o cigarrillo.....</u>	<u>29</u>
<u>Consumo de alcohol.....</u>	<u>38</u>
<u>Consumo de frutas y verduras.....</u>	<u>43</u>
<u>Actividad física.....</u>	<u>48</u>
<u>Antecedentes de hipertensión arterial.....</u>	<u>57</u>
<u>Antecedentes de diabetes mellitus.....</u>	<u>64</u>
<u>Antecedentes familiares.....</u>	<u>76</u>
<u>Análisis de salud.....</u>	<u>79</u>
<u>Mediciones físicas.....</u>	<u>90</u>
<u>Presión arterial.....</u>	<u>91</u>
<u>Índice de masa corporal.....</u>	<u>94</u>
<u>Discusión.....</u>	<u>98</u>

<u>Conclusiones.....</u>	<u>102</u>
<u>Recomendaciones.....</u>	<u>104</u>
<u>Bibliografía.....</u>	<u>109</u>
<u>Glosario.....</u>	<u>113</u>

MÉTODOS

Metodología del estudio

Se realizó un estudio de tipo transversal. La población objeto de estudio fueron personas de ambos sexos con edades entre 25 y 64 años residentes en el departamento de Antioquia.

Se estimó un tamaño muestral de 3.742 personas para los pasos 1 y 2 del instrumento STEPS, teniendo en cuenta un total de población en el departamento de Antioquia que fue de 2.994.966 entre los 25 y 64 años según la proyección de población realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año 2011; se tuvieron en cuenta los siguientes parámetros: una prevalencia de 20,4 que corresponde a la prevalencia de la hipertensión arterial encontrada en la investigación “Diagnóstico del riesgo cardiovascular global en Medellín y sus corregimientos 2007 – 2008” realizada por la Secretaría de Salud de la Alcaldía de Medellín, la Universidad CES y la Clínica Medellín, un nivel de confianza del 95%, un error de precisión absoluta del 2%, un efecto del diseño de 2 y un ajuste de no respuesta del 20%.

Se realizó un muestreo por conglomerados bietápico estratificado, los estratos fueron las diferentes regiones del departamento y los conglomerados cada uno de los municipios del departamento; teniendo en cuenta el tamaño muestral calculado de 3.742 personas, se decidió seleccionar un total de 112 municipios. Para la estratificación de las unidades muestrales a seleccionar se utilizó el programa Epidat, en donde partiendo de una base de datos suministrada por planeación departamental con las direcciones de las viviendas de los diferentes municipios se seleccionaron las viviendas a encuestar, para luego realizar la selección del participante en el estudio. Esta última se realizó de manera aleatoria por medio de la caratula KISH

A continuación se muestra la tabla con los municipios y población muestreada:

SUBREGIÓN	MUNICIPIO	URBANO	RURAL
		MUESTRA	MUESTRA
MAGDALENA MEDIO	Caracolí	2	2
	Maceo	3	4
	Puerto Berrío	32	4
	Puerto Triunfo	4	10
BAJO CAUCA	Caucasia	77	18
	El Bagre	24	20
URABA	Apartadó	66	10
	Arboletes	7	10
	Carepa	19	6
	Chigorodó	30	5
	Mutatá	3	7
	Necoclí	7	20
	San Juan de Urabá	4	7
	San Pedro de Urabá	7	8
	Turbo	27	42
NORDESTE	Cisneros	6	1
	Remedios	7	11
	San Roque	4	7
	Santo Domingo	1	6
	Segovia	21	5
	Vegachí	4	2
	Yalí	2	3
	Yolombó	5	10
OCCIDENTE	Abriaquí	1	1
	Santa Fe de Antioquia	9	5
	Anzá	1	4
	Armenia	1	2
	Buriticá	1	3
	Caicedo	1	4
	Cañasgordas	3	6
	Ebéjico	1	7
	Frontino	5	6
	Giraldo	1	1
	Heliconia	2	2
	Liborina	1	5
	Olaya	1	1
	Sabanalarga	2	3
	San Jerónimo	3	5
	Sopetrán	4	5

	Uramita	2	3
NORTE	Angostura	1	6
	Belmira	1	3
	Carolina	2	1
	Donmatías	9	4
	Entreríos	3	3
	Gómez Plata	4	5
	Guadalupe	1	3
	San Andrés de Cuerquia	2	2
	San José de la Montaña	1	1
	San Pedro de los Milagros	8	8
	Santa Rosa de Osos	11	11
	Toledo	1	3
	Valdivia	3	8
	Yarumal	18	9
ORIENTE	Abejorral	4	8
	Alejandría	1	1
	El Carmen de Viboral	15	10
	Cocorná	3	6
	Concepción	1	1
	Granada	2	4
	Guarne	10	17
	Guatapé	3	1
	La Ceja	27	4
	La Unión	6	5
	Marinilla	22	7
	El Peñol	5	4
	El Retiro	6	6
	Rionegro	48	26
	San Francisco	1	2
	San Luis	3	3
	San Rafael	4	4
	San Vicente	5	7
	El Santuario	14	3
	Sonsón	9	13
SUROESTE	Amagá	10	8
	Andes	13	14
	Ciudad Bolívar	10	7
	Caramanta	2	2
	Concordia	5	7
	Fredonia	5	9

	Hispania	2	1
	Jardín	5	4
	Jericó	5	3
	La Pintada	3	1
	Montebello	1	3
	Pueblorrico	2	2
	Salgar	5	5
	Santa Bárbara	7	7
	Támesis	4	6
	Tarso	2	2
	Titiribí	6	4
	Urrao	9	15
	Valparaíso	2	2
	Venecia	4	5
VALLE DE ABURRA	Barbosa	12	15
	Bello	253	6
	Caldas	37	11
	Copacabana	37	6
	Envigado	127	6
	Girardota	17	12
	Itaguí	150	15
	La Estrella	20	16
	Sabaneta	27	7
	Medellín	1605	23
TOTAL		3042	704

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

PROCEDIMIENTO GENERAL

Una vez que la persona era seleccionada, cumpliendo con el proceso descrito en la parte relacionada con la muestra, esta fue debidamente informada de la naturaleza y los objetivos del estudio y se le solicitó su consentimiento para participar. La entrevista verbal, la toma de la presión arterial y de las mediciones antropométricas se realizó en la vivienda de la persona seleccionada.

PRESION ARTERIAL

La toma de la presión arterial se realizó luego de un descanso de 5 minutos. Fueron usados tensiómetros electrónicos nuevos y debidamente calibrados, con brazaletes de tamaño apropiado a la circunferencia del brazo derecho. La persona estaba sentada en una silla con su espalda apoyada y los brazos a la altura del corazón. Se tomaron tres medidas independientes, por los respectivos encuestadores, separadas por intervalos de tres minutos. El promedio se usará para fines de análisis.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

El peso se midió con básculas de piso electrónicas debidamente calibradas, la estatura y todas las demás medidas se tomaron siguiendo técnicas similares a las usadas en otros estudios, según las técnicas estándares de antropometría. La circunferencia de la cintura se midió a la altura del ombligo y la circunferencia de la cadera a la altura de la protuberancia máxima de los glúteos.

ENCUESTA

ENCUESTA

PREGUNTAS SELECCIONADAS

Caracterización de los Factores de Riesgo relacionados con las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Departamento de Antioquia – Colombia 2011.

INFORMACIÓN GENERAL

Sitio y fecha		Respuesta
1	Nombre del municipio	
	Zona	
	Dirección	
2	Fecha en que el instrumento fue diligenciado	

Pregunta		Respuesta
3	Hora de la entrevista (0-24 horas)	
4	¿Cuál es su número de identificación?	
5	¿Cuáles son sus apellidos?	
6	¿Cuál es su nombre?	
Número de teléfono de contacto (si es posible)		

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Pregunta		Respuesta
7	Sexo	
8	¿Cuál es su fecha de nacimiento?	
9	¿Qué edad tiene usted?	
10	¿Último año de estudio que aprobó?	
11	¿De acuerdo con la cultura, pueblo o rasgos físicos, se reconoce como?	
12	¿Cuál es su estado civil ?	
13	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su actividad laboral principal en los últimos 12 meses?	

CONSUMO DE TABACO

Pregunta		Respuesta
14	En la actualidad, ¿fuma usted algún producto de tabaco, como cigarrillos, puros o pipas?	
15	¿En la actualidad, consume diariamente productos derivados del tabaco?	
17	¿Recuerda cuánto tiempo hace que fuma a diario?	
		Años

		Meses
		O en Semanas
18	En promedio, ¿cuántos de los siguientes productos fuma al día?	
		Cigarrillos
		Cigarrillos de enrollar
		Pipas
		Puros, puritos
		Otro
		Otro (especificar):
19	En el pasado, ¿alguna vez fumó?	
20	¿Fumaba diariamente?	
21	¿Qué edad tenía cuando dejó de fumar?	
22	¿Hace cuánto tiempo dejó de fumar?	
		Años atrás
		O Meses atrás
		O Semanas atrás
23	¿Consume tabaco en otra forma que no sea fumándolo, por ejemplo, inhalándolo por la nariz, la boca o masticándolo?	
24	¿Consume actualmente y diariamente productos de tabaco que no emiten humo ?	
25	En promedio, ¿Cuántas veces al día los consume?	
		Tabaco de mascar
		Otro
		Otro (especificar QUE OTRO)
26	¿Alguna vez usó diariamente tabaco que no emitiera humo, como tabaco de mascar?	
27	Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días alguien en su casa fumó en su presencia?	
28	Durante los últimos 7 días, ¿cuántos días alguien fumó en un lugar cerrado como su trabajo , en el edificio, en un área de trabajo, en una oficina específica y en su presencia ?	

CONSUMO DE ALCOHOL

Pregunta	Respuesta
----------	-----------

29	¿Alguna vez ha consumido alguna bebida alcohólica como aguardiente, cerveza, ron, vino, whisky, tequila, ginebra, brandy, vodka, chirrinchi?	
30	¿Ha consumido una bebida alcohólica dentro de los últimos 12 meses?	
31	Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado al menos una bebida alcohólica?	
32	¿Ha consumido una bebida alcohólica dentro de los últimos 30 días?	
33	Durante los últimos 30 días, ¿En cuántas ocasiones ha bebido por los menos una bebida alcohólica?	

DIETA

Pregunta		Respuesta
34	En una semana típica, ¿Cuántos días come usted frutas?	
35	¿Cuántas porciones de frutas come en uno de esos días?	
36	En una semana típica, ¿Cuántos días come usted verduras?	
37	¿Cuántas porciones de verduras come en uno de esos días?	
38	¿Qué tipo de aceite o grasa se utiliza GENERALMENTE en su casa para preparar la comida?	
		Otro

ACTIVIDAD FÍSICA

Pregunta		Respuesta
En el trabajo		
39	¿Su trabajo le exige una actividad física intensa que implique una aceleración importante de su respiración o de su ritmo cardíaco, como <i>levantar pesos, cavar o trabajos de construcción</i> , de por lo menos 10 minutos consecutivos?	
40	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades físicas intensas en su trabajo?	
41	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas intensas, ¿cuánto tiempo suele dedicarle a esas actividades?	
42	¿Le exige su trabajo una actividad de intensidad moderada que implique una ligera aceleración de su respiración o de su ritmo cardíaco, como caminar deprisa o transportar pesos ligeros durante al menos 10 minutos consecutivos?	
43	En una semana típica, ¿cuántos días realiza usted actividades de intensidad moderada en su trabajo?	
44	En uno de esos días en los que realiza actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	

ACTIVIDAD FÍSICA

Para desplazarse		
45	¿Camina o usa usted una bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	
46	En una semana típica, ¿cuántos días camina o va en bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos?	
47	En un día típico, ¿cuánto tiempo pasa caminando o montando en bicicleta para desplazarse?	

ACTIVIDAD FISICA

En el tiempo libre		
48	¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad intensa que implique una aceleración importante de la respiración o del ritmo cardíaco, como trotar, jugar al fútbol durante al menos 10 minutos consecutivos?	
49	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted deportes intensos en su tiempo libre?	
50	En uno de esos días en los que practica deportes intensos, ¿cuánto tiempo suele dedicar a esas actividades?	
51	¿En su tiempo libre practica usted alguna actividad de intensidad moderada que implica una ligera aceleración de la respiración o del ritmo cardíaco, como caminar deprisa, [ir en bicicleta, nadar, jugar al voleibol] durante al menos 10 minutos consecutivos?	
52	En una semana típica, ¿cuántos días practica usted actividades físicas de intensidad moderada en su tiempo libre?	
53	En uno de esos días en los que practica actividades físicas de intensidad moderada, ¿cuánto tiempo suele dedicarle a esas actividades?	
54	¿Cuánto tiempo suele pasar sentado o recostado en un día típico, sin tener en cuenta el tiempo que dedica a dormir?	

ANTECEDENTES DE PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA

Pregunta		Respuesta
55	¿Alguna vez le ha sido medida su presión arterial, por un doctor o cualquier otro profesional de salud?	
56	¿Alguna vez le ha dicho un doctor u otro profesional de la salud que sufre de hipertensión o (presión alta)?	
57	¿Le han dicho esto en los últimos 12 meses?	
¿Está recibiendo actualmente cualquiera de los siguientes tratamientos para la presión alta recetado por un médico o profesional de salud?		
58	¿Ha consumido Medicamentos durante las últimas dos semanas?	
	¿Ha recibido consejo para reducir consumo de sal?	
	¿Ha recibido consejo o tratamiento para perder peso?	
	¿Ha recibido consejo o tratamiento para dejar de fumar?	
	¿Ha recibido consejo para hacer más ejercicio?	
59	¿Alguna vez ha visitado algún curandero debido al problema de presión alta o hipertensión?	
60	¿Está tomando algún medicamento tradicional o a base de hierbas para la presión alta?	

ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS

Pregunta		Respuesta
61	¿Alguna vez le han medido el azúcar en la sangre un doctor o profesional de salud?	
62	¿Alguna vez le ha dicho un doctor o cualquier profesional de la salud que sufre de diabetes (azúcar alto)?	
63	¿Le ha dicho esto en los últimos 12 meses?	
64	¿Está recibiendo actualmente cualquiera de los siguientes tratamientos para la Diabetes mellitus recetado por un médico o profesional de salud?	
	¿Se aplica Insulina?	

	¿Ha recibido medicamentos durante las últimas 2 semanas?	
	¿Ha recibido alguna dieta especial por prescripción médica?	
	¿Ha recibido consejo o tratamiento para perder peso?	
	¿Ha recibido consejo o tratamiento para dejar de fumar?	
	¿Ha recibido consejo para hacer más ejercicio?	
65	¿Alguna vez ha visitado algún curandero debido al problema de la diabetes?	
66	¿Está tomando algún medicamento tradicional o a base de hierbas para su diabetes?	
67	¿Cuándo fue la última vez que fue examinado(a) para el control de su diabetes?	
68	¿Cuándo fue la última vez que sus pies fueron examinados como parte del control de su diabetes?	

HISTORIA FAMILIAR

69	¿Alguno de los miembros de su familia (papá, mamá, hermanos, tíos, abuelos) ha sido diagnosticado con las siguientes enfermedades?	
	Diabetes o Azúcar en la sangre.	
	Presión arterial elevada o hipertensión	
	Derrame cerebral o trombosis	
	Cáncer o tumor maligno	
	Colesterol elevado	
	Infarto cardíaco temprano (en hombres es a una edad menor a los 55 y en mujeres a una edad menor a los 65 años)	

ANÁLISIS DE SALUD

Pregunta		Respuesta
70	Un examen de sangre oculta en heces es un examen que se utiliza para saber si hay sangre en las heces. ¿Alguna vez le han hecho este análisis?	
71	Una colonoscopia es un examen médico en el cual un tubo es introducido por el recto para poder visualizar el intestino para saber si hay alteraciones o problemas. ¿Alguna vez le han hecho este tipo de examen?	
72	Las siguientes preguntas son <u>sólo para mujeres</u> . ¿Le han enseñado cómo examinarse los senos o mamas para buscar bultos o alteraciones?	
73	<u>Sólo para mujeres</u> . ¿Cuándo fue la última vez que se realizó el autoexamen de senos?	
74	<u>Sólo para mujeres</u> . Las mamografías son hechas como exámenes de rutina, pero a veces son realizadas al haberse encontrado por el médico o un profesional de la salud un bulto, o cualquier alteración en los pechos. ¿Cuándo se realizó la última mamografía?	
75	<u>Sólo para mujeres</u> . Una citología vaginal es un examen para detectar cáncer en el cuello del útero. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una citología?	
75b	Sólo para hombres mayores de 39: Un tacto rectal es un examen para detectar alteraciones de la próstata. ¿Alguna vez le han realizado este examen?	

MEDICIONES FÍSICAS

ESTATURA Y PESO

Pregunta		Respuesta
76	Estatura	
77	Peso	
78	Sólo mujeres: ¿Está usted embarazada?	
	Índice de masa corporal	

PERIMETRO DE CINTURA

Pregunta		Respuesta
79	Perímetro de cintura	
84	Perímetro de caderas	

PRESIÓN ARTERIAL

Pregunta		Respuesta
80	Lectura 1	
		Sistólica (mmHg)
		Diastólica (mmHg)
81	Lectura 2	Ritmo cardíaco
		Sistólica (mmHg)
		Diastólica (mmHg)
82	Lectura 3	
		Ritmo cardíaco
		Sistólica (mmHg)
		Diastólica (mmHg)
		Ritmo cardíaco

RESULTADOS

RESULTADOS

Las pirámides poblacionales del Departamento de Antioquia y de la muestra con sus respectivos valores se ilustran en figuras y tablas. La muestra evidencia una mayor proporción de mujeres, lo cual se tiene en cuenta para el ajuste de las estimaciones de las prevalencias generales en cada uno de los factores de riesgo.

La población objeto del estudio está limitada en edad entre los 25 y los 64 años, lo cual también debe tenerse presente en el momento de hacer inferencias.

Las características por nivel educativo se describen en tablas y figuras. Las prevalencias generales y por sexo se ilustran en tablas y gráficas en un ordenamiento lógico según la frecuencia de los factores de riesgo en la población.

El sedentarismo y el sobrepeso son los factores de riesgo que aparecen con los más altos valores de prevalencia en general y en forma específica por sexo. El sedentarismo y el sobrepeso son mayores en las mujeres que en los hombres. El tabaquismo y el consumo de alcohol, son en cambio ostensiblemente mayores en los hombres.

El sedentarismo, la obesidad, el sobrepeso y el bajo consumo de frutas y verduras aparecen como los factores de riesgo de comportamiento con las prevalencias más altas al ser comparados con los factores de riesgo biológicos como la hipertensión arterial y la diabetes.

Los resultados específicos para cada uno de los factores de riesgo se enuncian a continuación, destacando los hallazgos más importantes del análisis, según variables sociodemográficas, tales como edad, sexo y nivel educativo.

Por la metodología utilizada en el presente estudio, los resultados podrían entonces ser generalizados con confianza para toda la población entre las edades de 25 a 64 años residente en el departamento de Antioquia.

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN Y MUESTRA

Tabla N° 1. Población según sexo y grupos de edad, Antioquia, 2011

Fuente: DANE. Proyección poblacional 2011.

Edad	Población masculina		Población femenina		Ambos Sexos	
	n	%	n	%	n	%
25 a 34	461794	32.3	485896	30.9	947690	31,7
35 a 44	382550	26.9	421225	26.9	803775	26,8
45 a 54	356245	24.9	399284	25.5	755529	25,2
55 a 64	226937	15.9	261035	16.7	487972	16,3
Total	1427526	47.66	1567440	52.34	2994966	100.0

Gráfico N° 1. Pirámide poblacional según sexo y grupos de edad, Antioquia, 2011.

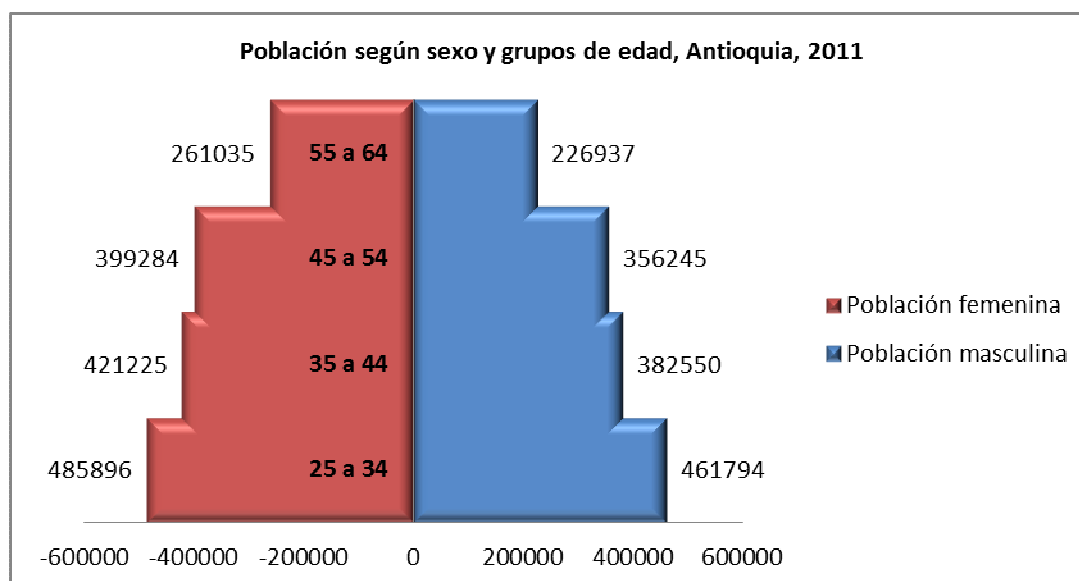


Tabla N° 2. Muestra según sexo y grupos de edad, estudio “Caracterización de los factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Departamento de Antioquia, 2011”.

Edad	Población masculina		Población femenina		Ambos Sexos	
	n	%	n	%	n	%
25 a 34	378	25,4	495	23,7	873	24,4
35 a 44	320	21,4	470	22,5	790	22,1
45 a 54	426	28,5	603	28,9	1029	28,7
55 a 64	369	24,7	519	24,9	888	24,8
Total	1493	41.7	2087	58.3	3580	100.0

Grafico N° 2. Pirámide poblacional muestra estudio “Caracterización de los factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Departamento de Antioquia, 2011”.

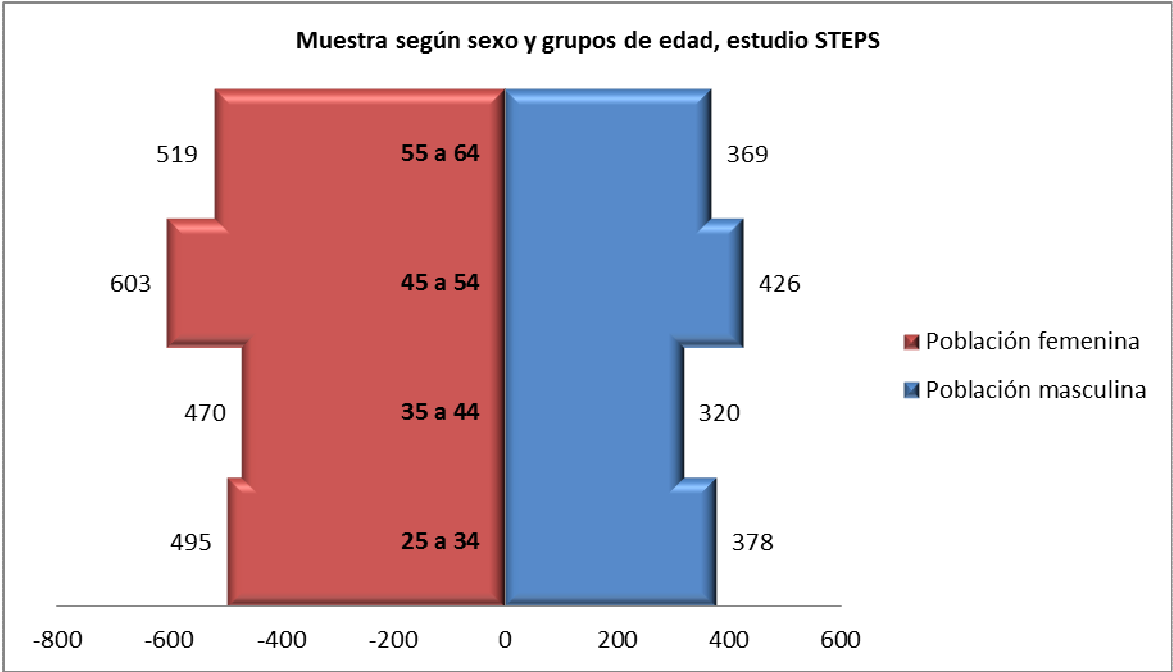


Tabla N° 3. Distribución proporcional de la muestra del estudio “Caracterización de los factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Departamento de Antioquia, 2011”, según nivel educativo.

Tabla N° 3. Nivel más alto de educación										
Grupo de Edad (años)	Ambos Sexos									
	n	NINGUNO	PRE ESCOLAR	PRIMARIA INCOMPLET	PRIMARIA COMPLET	SECUND INCOMPL	SECUND COMPLET	EDUC SUPER	POSTGRADO	NO SABE
25-34	873	0,92	0,00	6,64	7,22	13,52	46,96	21,99	1,26	1,49
35-44	790	1,65	0,13	13,16	13,04	19,11	37,47	12,28	2,78	0,38
45-54	1029	4,08	0,00	15,45	19,73	19,24	25,27	10,69	3,60	1,94
55-64	888	6,42	0,23	25,90	23,31	16,67	14,75	8,33	1,80	2,59
25-64	3580	3,35	0,08	15,39	16,09	17,18	30,64	13,21	2,40	1,65

Grafico N° 3. Distribución proporcional de la muestra del estudio “Caracterización de los factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Departamento de Antioquia, 2011”, según nivel educativo.

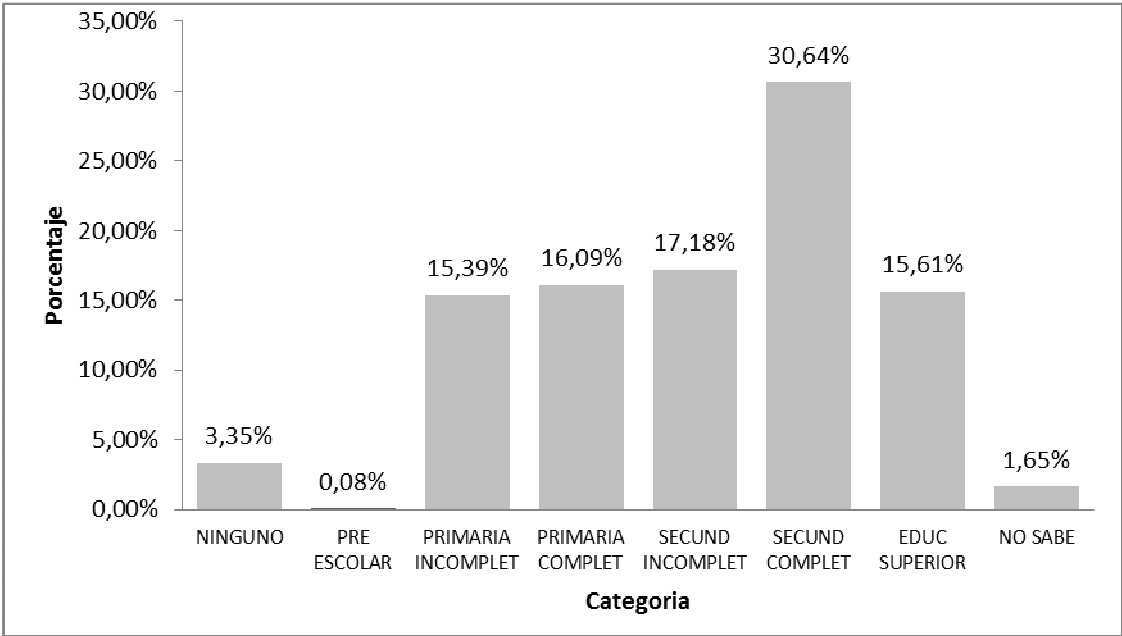


Tabla N° 4. Distribución proporcional de la muestra del estudio “Caracterización de los factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Departamento de Antioquia, 2011”, según la procedencia étnica de los participantes.

Tabla N° 4. Procedencia Étnica de los participantes							
Grupo de Edad (años)	Ambos sexos						
	n	AFRODESC	INDÍGENA	MESTIZO	NINGUNO ANTER	NS / NR	ROM (GITANO)
25-34	873	4,81	1,37	82,7	7,1	4,01	0
35-44	790	4,3	1,27	84,68	4,81	4,81	0,13
45-54	1029	2,43	1,26	86,01	4,37	5,83	0,1
55-64	888	2,93	0,79	84,23	4,62	7,32	0,11
25-64	3580	3,55	1,17	84,47	5,2	5,53	0,08

Tabla N° 5. Distribución proporcional de la muestra del estudio “Caracterización de los factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Departamento de Antioquia, 2011”, según el estado civil de los participantes.

Tabla N° 5. Estado civil								
Grupo de edad (años)	Ambos sexos							
	n	CASADO (A)	DIVORCIADO (A)	NS / NR	SEPARADO (A)	SOLTERO (A)	UNIÓN LIBRE	VIUDO (A)
25-34	873	19,13	0,23	1,49	1,49	47,19	30,01	0,46
35-44	790	42,53	0,63	0,51	3,29	26,08	24,18	2,78
45-54	1029	44,7	1,26	1,17	8,07	23,81	16,91	4,08
55-64	888	49,55	2,36	1,69	7,43	18,47	8,56	11,94
25-64	3580	39,19	1,15	1,23	5,25	28,69	19,64	4,86

PANORAMA GENERAL DE RIESGO

PANORAMA GENERAL DE RIESGO

Actualmente el ciudadano antioqueño común está expuesto a una variedad de factores de riesgo que lo hacen más propenso a las enfermedades crónicas no transmisibles.

Los factores de riesgo son peligrosos en sí mismos, pero lo que los hace aún más determinantes en Salud Pública, es la frecuencia o prevalencia con la cual se presentan en la comunidad.

El presente estudio se esmeró en realizar un muestreo representativo de la población del departamento de Antioquia, con el fin de estimar con la mayor precisión posible las prevalencias de los factores de riesgo más significativos en las enfermedades crónicas no transmisibles.

Cuatro factores de riesgo aparecen como los más importantes en materia de su frecuencia poblacional: el sedentarismo con un 66,96 %, el sobrepeso y la obesidad con un 56,90 % y los antecedentes personales de Diabetes mellitus con un 6,15 % y el bajo consumo de frutas y verduras con 1,4 porciones al día.

Un 69,59 % de la población ha consentido en fumar en algún periodo de su vida.

El 21,9 % de los habitantes manifiesta tener diagnóstico de hipertensión arterial.

En general los hombres se exponen más a los factores de riesgo relacionados con el consumo desordenado de alcohol y con tabaquismo.

Las mujeres por su parte consienten más los riesgos relacionados con el sedentarismo y la sobrealimentación.

La educación actúa como un factor protector generalizado en todos los riesgos evaluados.

Tabla N° 6. Prevalencia de factores de riesgo para ECNT.

Categoría	Variable	Sexo	Prevalencia	Ajustada
1	Tabaquismo	M	23,71	18,07
		F	14,04	
2	Alcohol	M	76,9	69,83
		F	60,42	
3	Sedentarismo	M	62,69	66,96
		F	70,01	
4	Antecedentes de HTA	M	17,55	21,9
		F	25,01	
5	Antecedentes de Diabetes	M	5	6,15
		F	6,95	
6	Obesidad	M	14,1	18,4
		F	21,4	
7	Sobrepeso	M	38,7	38,5
		F	38,3	
8	Hipertensión arterial	M	12,9	17,51
		F	14,37	
9	Consumo de frutas y verduras al día	M	1,5	1,4
		F	1,4	

Grafico N° 4. Prevalencia de factores de riesgo para Enfermedades Crónicas no Transmisibles, según sexo. Antioquia, 2011.

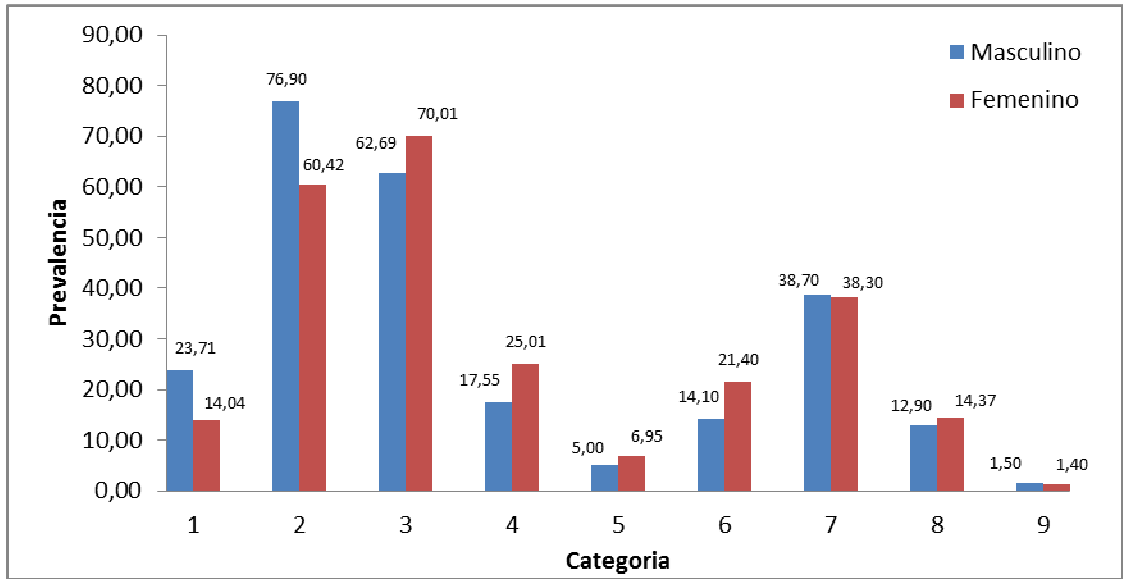
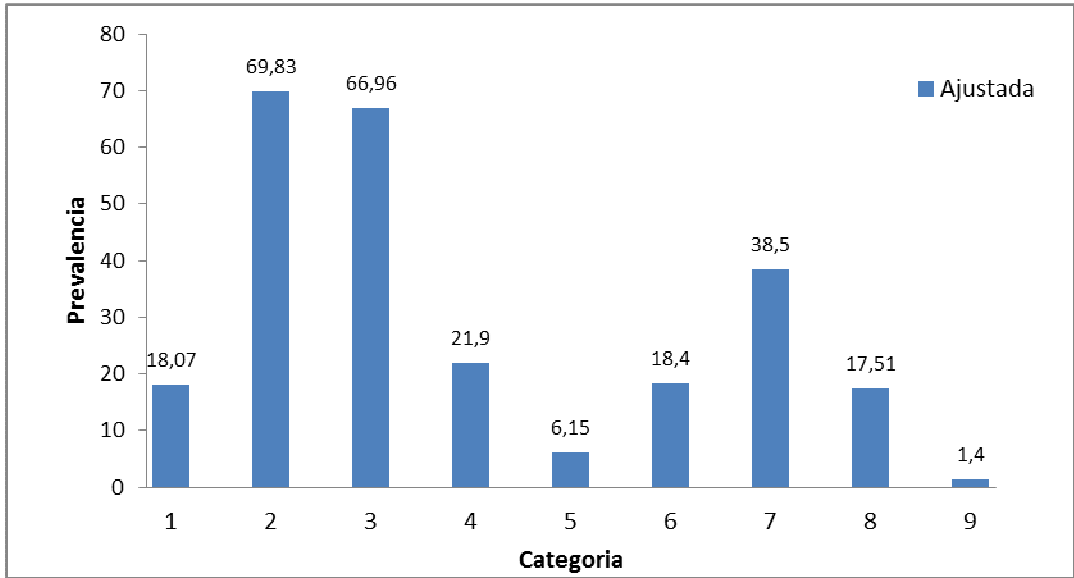


Grafico N° 5. Prevalencia global ajustada de factores de riesgo para ECNT. Antioquia, 2011.



HÁBITO DEL TABACO O CIGARRILLO

HÁBITO DEL TABACO O CIGARRILLO

El consumo de tabaco mata a más de 5 millones de personas al año y es responsable de la muerte de 1 de cada 10 adultos. Entre los cinco principales factores de riesgo de mortalidad, es la causa de muerte más prevenible. El 11% de las muertes por cardiopatía isquémica, la principal causa mundial de muerte, son atribuibles al consumo de tabaco. Más del 70% de las muertes por cáncer de pulmón, bronquios y tráquea son atribuibles al consumo de tabaco. Si se mantienen las tendencias actuales, el consumo de tabaco matará a más de 8 millones de personas al año en 2030. La mitad de los más de 1000 millones de fumadores morirán prematuramente de una enfermedad relacionada con el tabaco. (1).

El costo económico del consumo de tabaco es igualmente devastador. Además de los elevados gastos de salud pública relacionados con el tratamiento de enfermedades causadas por el tabaco, el tabaco mata a las personas en la cúspide de su vida productiva, privando a las familias de su sustento y a las naciones de una fuerza de trabajo sana. Además, los consumidores de tabaco son menos productivos durante su vida debido a su mayor vulnerabilidad a las enfermedades. (1).

La experiencia ha señalado que existen numerosas medidas costo-eficaces para el control del tabaco que pueden aplicarse en diferentes contextos y lograr efectos significativos en el consumo de tabaco. Las estrategias más eficaces en relación con los costos son las políticas públicas dirigidas a la población en general, por ejemplo prohibiciones de la publicidad directa e indirecta del tabaco; aumentos de impuestos y precios de productos de tabaco; creación de espacios sin humo en todos los lugares públicos y lugares de trabajo; y mensajes sanitarios bien visibles y claros en los paquetes de tabaco. Todas estas medidas se abordan en las disposiciones del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. (1).

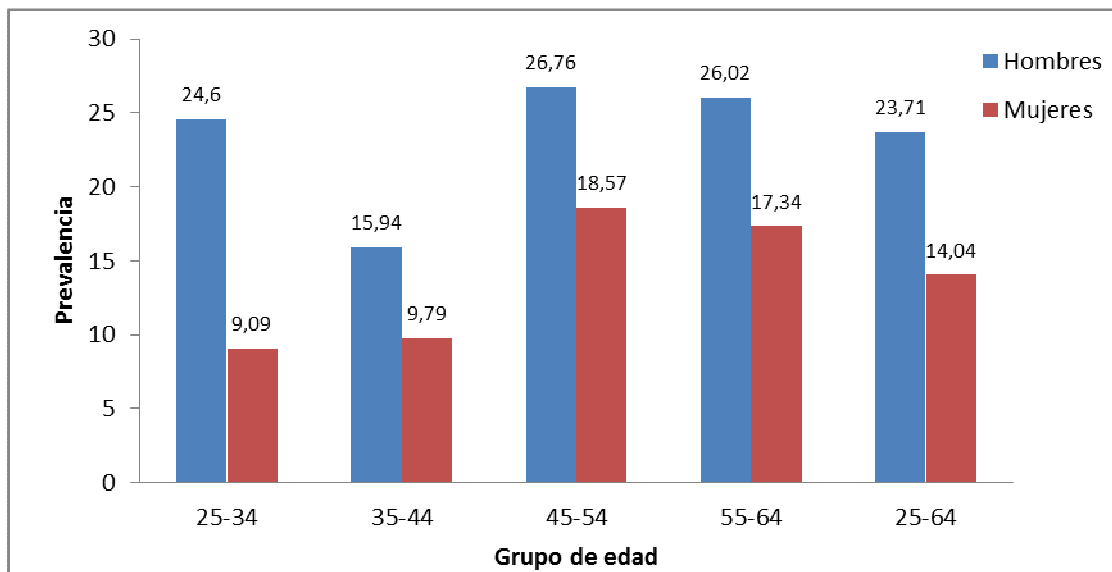
El hábito del tabaco o cigarrillo (fumar) es practicado por uno de cada 5 ciudadanos en el departamento de Antioquia. Esto nos muestra que la cifra para Antioquia es superior a la del resto del país (Tabla N°7), si se tienen en cuenta los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) (2) que relacionó datos de consumo de tabaco (2007) y la cual mostró que la prevalencia del tabaquismo en Colombia es del 12.8% del total de la población adulta.

Tabla N° 7. Prevalencia de fumadores actuales - Antioquia 2011.						
Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	n	Actualmente fuman (%)	n	Actualmente fuman (%)	n	Actualmente fuman (%)
25-34	378	92 (24.60)	495	45 (9.09)	873	137 (15.81)
35-44	320	51 (15.94)	470	46 (9.79)	790	97 (12.28)
45-54	426	114 (26.76)	603	112 (18.57)	1029	226 (21.96)
55-64	369	96 (26.02)	519	90 (17.34)	888	186 (20.95)
25-64	1493	353 (23.71)	2087	293 (14.04)	3580	646 (18.07)

La relación entre la edad y el hábito de fumar reviste cierta complejidad. Este hábito presenta oscilaciones variables a través de la edad y alcanza los niveles más altos en los adultos entre 45 y 64 años (Tabla N° 7). El promedio de cigarrillos que consumen los fumadores adultos por encima de 45 años es 1.5 veces más alto que el promedio de los jóvenes fumadores menores de 44 años.

De igual manera, el hábito de fumar en el sexo masculino muestra una prevalencia de 23.71% y en el sexo femenino de 14.04%, cifras superiores a los datos de la ENS (2007) en donde la prevalencia por sexo fue de 19.5% y 12.8% respectivamente, del total de la población adulta. Es evidente que los hombres frecuentan más el cigarrillo (Grafico N° 6). Dos de cada diez hombres fuman, lo que ocurre en 1.4 de cada diez mujeres y esta diferencia se ha venido acortando con el transcurso de los años.

Grafico N° 6. Prevalencia del tabaquismo por grupos de edad y sexo. Antioquia 2011.



En la tabla N° 8 se observa como el nivel de tabaquismo, el cual está relacionado con la conducta de fumar a diario o no hacerlo, mostró quede los fumadores actuales, el 80,83 % fuman a diario y el 19,01 % fuman, pero no lo hacen todos los días, esto nos da una idea del poder adictivo que posee este hábito.

Tabla N° 8. Nivel de Tabaquismo - Antioquia 2011.			
Grupo de Edad (años)	Ambos sexos		
	n	Actualmente Fumador	
		% A diario	% No a diario
25-34	138	102 (73,91)	36 (26,09)
35-44	97	73 (75,26)	24 (24,74)
45-54	226	190 (84,07)	36 (15,93)
55-64	186	158 (84,95)	28 (15,05)
25-64	647	523 (80,83)	124 (19,01)

La media de cigarrillos nos da una idea del número promedio de cigarrillos que son consumidos al día que un fumador activo. En promedio, un fumador activo consume 11,2 cigarrillos al día (Tabla N° 9), es decir, más de medio paquete diario, lo cual representa 1120 cigarrillos en 100 días y unos 4088 cigarrillos en 365 días, es decir 204 paquetes (con 20 unidades cada uno) en el transcurso de un año. La mitad de los fumadores consumen 10 o menos cigarrillos por día. También hay individuos que consumen hasta 2 paquetes (40 cigarrillos/día); sin embargo el fumador más común es aquel que consume 10 cigarrillos al día.

Tabla N° 9. Cantidad y tipo de tabaco consumido por fumadores									
Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	Media # cigarrillos	95% IC	n	Media # cigarrillos	95% IC	n	Media # cigarrillos	95% IC
25-34	70	9,41	7,7 ; 11,0	32	8,88	5,7 ; 12	102	9,25	7,7 ; 10,7
35-44	35	12,51	9,9 ; 15,0	37	10,43	8,4 ; 12,3	72	11,44	9,8 ; 13,0
45-54	100	11,34	9,8 ; 12,8	91	11,48	9,6 ; 13,2	191	11,41	10,2 ; 12,5
55-64	80	14,11	12,4 ; 15,7	78	10,19	8,7 ; 11,6	158	12,18	11,0 ; 13,3
TOTAL	285	11,79	10,9 ; 12,7	238	10,55	9,6 ; 11,5	523	11,22	10,6 ; 11,9

En promedio, la media de la duración del tiempo que una persona lleva con el hábito del tabaco es de 22 años (IC 21,7; 23,9) (Tabla N° 10). Estos valores, son mayores en la población masculina, lo que afirma la tendencia del hábito en este grupo poblacional.

A medida que pasan los años se aumenta la posibilidad de acceder al hábito de fumar cigarrillos. Entre los 25 y los 34 años uno de cada dos jóvenes ya ha empezado a fumar, esta proporción aumenta con la edad y alrededor de los 55 años cerca del 80 % de las personas han fumado alguna vez en su vida (Tabla N° 11). De igual manera, se puede observar como el 70 % de la población del departamento alguna vez consintió o manifestó haber fumado (Tabla N° 11). Esta

proporción nuevamente es más alta en la población de sexo masculino, siendo aún más alta entre los hombres menores de 45 años (Tabla N° 11).

Tabla N° 10. Media de la duración del tabaquismo									
Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	Media de la duración	95% IC	n	Media de la duración	95% IC	n	Media de la duración	95% IC
25-34	68	9,35	8,1 ; 10,6	29	7,21	5,3 ; 9,0	97	8,71	7,6 ; 9,7
35-44	36	16,94	14,3 ; 19,3	37	18,49	14,7 ; 22,2	73	17,73	15,5 ; 19,9
45-54	100	24,27	22,2 ; 26,3	91	23,77	21,7 ; 25,8	191	24,03	22,5 ; 25,4
55-64	81	34,65	32,0 ; 37,2	77	30,14	27,0 ; 33,2	158	32,46	30,4 ; 34,4
TOTAL	285	22,7	21,2 ; 24,3	234	23,07	9,6 ; 11,5	519	22,85	21,7 ; 24,01

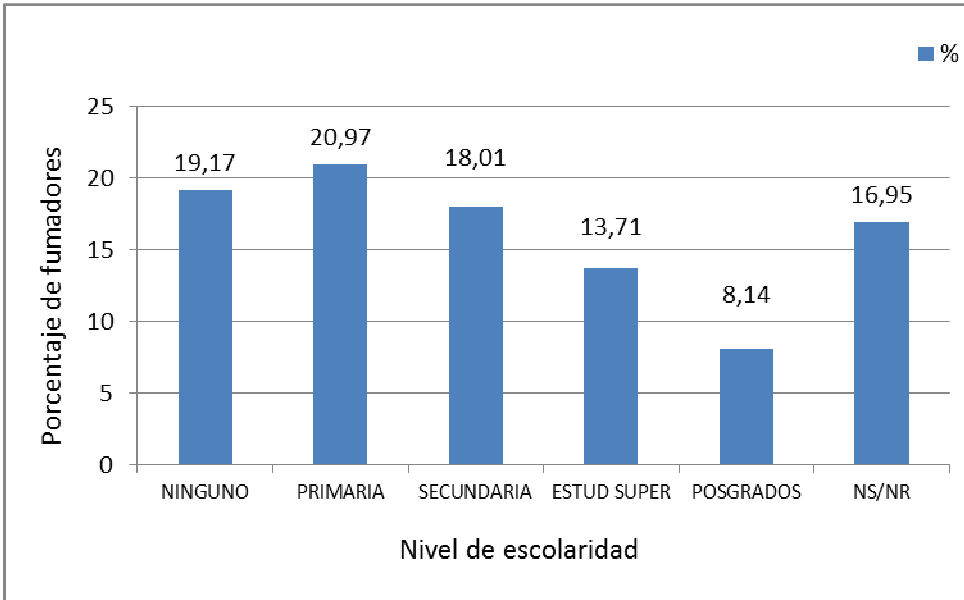
Tabla N° 11. Ex fumadores entre la población participante						
Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	n	% Ex fumadores diarios	n	% Ex fumadoras diarios	n	% Ex fumadores diarios
25-34	42	54,76	33	39,39	75	48
35-44	30	70	35	54,29	65	61,54
45-54	99	73,74	98	63,27	197	68,53
55-64	126	82,54	119	75,63	245	79,18
25-64	297	74,41	285	64,56	582	69,59

La proporción de fumadores se reduce a medida que aumenta el nivel educativo. En la tabla N° 12 se observa como entre más bajo es el nivel educativo más alto es el porcentaje de fumadores; este hecho es aún más notorio en el sexo

masculino. Esto nos indica que el nivel educativo ejerce un efecto de factor protector en el hábito del consumo de cigarrillo (Grafico N° 7).

Tabla N° 12. % Fumadores actuales por sexo y nivel de escolaridad						
Nivel de escolaridad	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	n	%	n	%	n	%
NINGUNO	53	22,64	67	16,42	120	19,17
PRIMARIA	447	28,19	683	16,25	1130	20,97
SECUNDARIA	650	24,00	988	14,07	1638	18,01
ESTUD SUPER	275	17,82	272	9,56	547	13,71
POSGRADOS	50	14,00	36	0,00	86	8,14
NS/NR	18	22,22	41	14,63	59	16,95
Total	1493	23,71	2087	14,04	3580	18,07

Grafico N° 7. Proporción de personas con el hábito de fumar según nivel educativo. Antioquia 2011.



El humo de tabaco ajeno es la mezcla del humo “secundario” emitido al quemarse el tabaco de un cigarrillo, puro o pipa y el humo “primario” que exhala un fumador. Contiene más de 4,000 compuestos químicos, como alquitrán y nicotina, los

cuales constituyen al menos 60 sustancias carcinogénicas conocidas. Sin duda, el humo de tabaco ajeno es un carcinógeno que afecta los pulmones del ser humano. Dada la capacidad de mutación de las sustancias carcinogénicas, aun en dosis muy pequeñas es imposible establecer un umbral seguro para una dosis de exposición al humo del tabaco. En otras palabras, no existe ningún nivel al que la exposición a esta sustancia no sea nociva. En todo el continente americano, millones de personas se ven obligadas a exponerse involuntariamente al humo de tabaco ajeno en entornos laborales y residenciales que no son ni seguros ni saludables. El resultado es que muchas personas se enferman y fallecen por circunstancias que están fuera de su control.

En el departamento de Antioquia, el 21,54 % de la población entre los 25 a los 64 años se encuentra expuesta al humo de tabaco ajeno en el hogar, siendo esta proporción más alta entre la población del sexo femenino (23,19 %) que en la población masculina (19,22 %) (Tabla N° 13).

Tabla N° 13. Exposición a humo de tabaco en el hogar en uno o más de los pasados 7 días						
Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	n	% Expuestos	n	% Expuestos	n	% Expuestos
25-34	378	16,93	495	21,82	873	19,70
35-44	320	17,19	470	25,53	790	22,15
45-54	426	20,42	603	25,37	1029	23,32
55-64	369	21,95	519	19,85	888	20,72
25-64	1493	19,22	2087	23,19	3580	21,54

En cuanto a la exposición del humo de tabaco ajeno en el trabajo, tenemos a este como uno de los ejemplos más conocidos de restricciones a los derechos de los no fumadores. Debido a que el humo se transporta en el aire, el humo de tabaco ajeno es una causa importante de contaminación del aire, e inhalar el humo en una oficina o en otro lugar de trabajo es inevitable. Los no fumadores se ven obligados a ponerse en peligro simplemente por acudir a trabajar cuando se permite fumar en el lugar de trabajo. Además, la exposición al humo de tabaco

ajeno en el lugar de trabajo pone en riesgo el derecho a la salud y la seguridad debido al peligro que representan los incendios ocasionados por cigarrillos. En Antioquia el 17,12 % de la población entre los 25 a 64 años de edad se encuentra expuesta al humo de tabaco ajeno en el lugar de trabajo, siendo esta proporción mayor en la población masculina, 19,56 % y la exposición de este tipo en la población femenina fué del 15,38 % (Tabla N° 14).

Tabla N° 14. Exposición a Humo de Tabaco en el lugar de trabajo en uno o más días en los pasados 7 días						
Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	n	% Expuestos	n	% Expuestas	n	% Expuestos
25-34	378	17,72	495	14,55	873	15,92
35-44	320	16,88	470	17,66	790	17,34
45-54	426	22,30	603	15,26	1029	18,17
55-64	369	20,60	519	14,26	888	16,89
25-64	1493	19,56	2087	15,38	3580	17,12

CONSUMO DE ALCOHOL

CONSUMO DE ALCOHOL

La ingestión nociva de alcohol es un importante factor determinante de algunos trastornos neuropsiquiátricos, como los trastornos por consumo de alcohol y la epilepsia, así como otras enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres (3). El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente un 50% mayor que el promedio mundial. En 2002, el consumo de alcohol per cápita en las Américas fue de un promedio de 8.5 litros, comparado con la media global de 6.2 litros (4).

En el Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas Colombia 2008 (5) se encontró que el consumo reciente o prevalencia del último año era del 61 %, con una diferencia mayor entre hombres y mujeres (72 % y 52 %). En el departamento de Antioquia se encontró que el consumo de alcohol en los últimos 12 meses fue mayor que las cifras encontradas para el país, con un 79 % en los hombres y 60 % para las mujeres y en ambos sexos fue del 69 %. (Tablas N° 15, 16 y 17).

Tabla N° 15. Estado de consumo de alcohol					
Grupo de edad (años)	Hombres				
	n	% Bebedor actual (últimos 30 días)	% Bebió alcohol en los últimos 12 meses, no actualmente	% Abstemio en los últimos 12 meses	% Abstemio toda la vida
25-34	378	295 (77,81)	336 (88,82)	42 (11,18)	37 (10,05)
35-44	320	226 (70,78)	259 (80,81)	61 (19,19)	49 (15,31)
45-54	426	326 (76,39)	332 (77,84)	94 (22,16)	55 (13,15)
55-64	369	277 (75,12)	260 (70,30)	109 (29,70)	66 (17,89)
25-64	1493	1124 (75,34)	1187 (79,60)	306 (20,43)	209 (14,00)

Tabla N° 16. Estado de consumo de alcohol					
Mujeres					
Grupo de edad (años)	n	% Bebedor actual (últimos 30 días)	% Bebió alcohol en los últimos 12 meses, no actualmente	% Abstemio en los últimos 12 meses	% Abstemio toda la vida
25-34	495	299 (60,47)	367 (76,09)	118 (23,91)	16,00
35-44	470	283 (60,17)	314 (66,76)	156 (33,24)	23,19
45-54	603	322 (53,45)	366 (60,71)	236 (39,29)	24,88
55-64	519	252 (48,57)	214 (41,18)	305 (58,82)	34,49
25-64	2087	1156 (55,40)	1261 (60,42)	815 (39,50)	26,07

Tabla N° 17. Estado de consumo de alcohol					
Ambos Sexos					
Grupo de edad (años)	n	% Bebedor actual (últimos 30 días)	% Bebió alcohol en los últimos 12 meses, no actualmente	% Abstemio en los últimos 12 meses	% Abstemio toda la vida
25-34	873	69,23	82,03	17,97	16,49
35-44	790	65,22	72,78	26,90	20,00
45-54	1029	65,19	68,41	31,59	20,02
55-64	888	64,59	54,90	45,10	27,59
25-64	3580	66,31	69,83	30,10	21,03

En el Estudio Nacional de Sustancias Psicoactivas (3), el uso actual o prevalencia del consumo de alcohol en el último mes fue del 35 %, 46 % de los hombres y 25 % de las mujeres. En el departamento, se pudo observar que el consumo de alcohol actual (en los últimos 30 días) fue del 66 % para ambos sexos, alcanzando en los hombres la cifra del 75 % comparado con el 55 % en mujeres que consumieron alcohol en los últimos 30 días. (Tablas N° 15, 16 y 17).

No se encontraron cifras de abstinencia global durante toda la vida; sin embargo, en el estudio de Alcohol y Salud pública en las Américas, un caso para la acción

(2), se encontró que solo el 5 % de los hombres y el 21 % de las mujeres han logrado permanecer abstemios durante toda su vida. En el departamento de Antioquia encontramos que el 14 % de los hombres y el 26 % de las mujeres han permanecido abstemios durante toda su vida (Tablas N° 15 y 16).

En la tabla N° 18 se puede observar como la frecuencia del consumo de alcohol en los pasados 12 meses alcanzo el 76 % en las personas que consumieron alcohol en un promedio de 1 a 3 días por mes y solo un poco más del 10 % lo consume de manera regular, ya sea de 1 a 3 días por semana hasta de manera diaria. Vemos como además la frecuencia del consumo de 1 a 3 días por mes es más alta en la población más joven, (25–34 años) con un 79 %. Sin embargo, en las otras frecuencias, como porcentaje de personas que consumieron alcohol 1 a 3 días por semana, 4 a 6 días por semana y diariamente, la tendencia de la frecuencia del consumo aumenta con la edad (Tabla N° 18).

Tabla N° 18 Frecuencia de consumo de alcohol en los pasados 12 meses						
Ambos Sexos						
Grupo de edad (edad)	n	% 1-3 días por mes	% 1-3 días por semana	% 4-6 días por semana	% diariamente	% no sabe / no responde
25-34	598	79,43	6,86	1,67	0,33	11,71
35-44	460	76,96	5,43	2,39	0,87	14,35
45-54	563	75,67	6,22	2,49	1,24	14,39
55-64	353	71,10	9,07	3,68	2,83	13,31
25-64	1974	76,29	6,74	2,43	1,17	13,37

Esta tendencia se mantiene cuando se revisan los datos obtenidos con relación al número de ocasiones que bebieron en los últimos 30 días entre los bebedores actuales, siendo aún más elevadas las cifras entre los más jóvenes con una tendencia al descenso en el consumo con la edad (Tabla N° 19), en la frecuencia

del consumo de alcohol 1 a 3 días por mes, pero siendo más alta la frecuencia del consumo por semana en las personas de 45 años y más (Tabla N° 19).

Tabla N° 19. Número de ocasiones que bebieron en los últimos 30 días entre los bebedores actuales						
Ambos Sexos						
Grupo de edad (edad)	n	% 1-3 días por mes	% 1-3 días por semana	% 4-6 días por semana	% diariamente	% no sabe / no responde
25-34	414	85,02	9,42	2,17	0,48	2,90
35-44	301	80,07	8,31	3,99	1,66	5,98
45-54	367	79,29	11,72	3,00	1,63	4,36
55-64	228	73,68	14,47	3,95	4,39	3,51
25-64	1310	80,31	10,69	3,13	1,76	4,12

CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

CONSUMO DE FRUTAS Y VERDURAS

Las frutas y verduras son alimentos que aportan al organismo elementos como la fibra, los minerales y las vitaminas, además de otro tipo de compuestos que son biológicamente activos y que se agrupan con el término genérico de fitoquímicos. Debido a su estructura biológica, su consumo diario es indispensable, con el fin de conseguir una alimentación equilibrada y saludable.

Está ampliamente aceptada la recomendación de un consumo de cinco o más porciones de frutas y verduras al día de forma regular (6), aportando los 400 gr por día de estos alimentos que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS) (7).

Estas recomendaciones se basan fundamentalmente en los estudios epidemiológicos que señalan una asociación entre elevadas ingestas de frutas y verduras y una menor incidencia y mortalidad por enfermedades crónicas. La protección que estos alimentos brindan contra enfermedades degenerativas, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, se han atribuido a su actividad antioxidante, a la estimulación del sistema inmune, a la mejora del metabolismo del colesterol, a la disminución de la presión sanguínea y a la actividad antiviral y antimicrobiana (8). Por ello se hace hincapié en que su valor para la salud no proviene del contenido individual en vitaminas y minerales, sino de la acción conjunta de todos sus componentes y de la disminución en el consumo de otros productos, a los que puede desplazar de la alimentación.

En la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia (ENSIN 2010) (9), se indaga por la frecuencia de consumo semanal; en Colombia el 18 % de las personas consume frutas 3 a 4 veces por semana, el 15,4 % las consume 2 veces y el 14 % una sola vez. En el caso de las verduras no se pudo establecer una comparación en el consumo, ya que la frecuencia indagada como semanal en este ítem indicaba que semanal era quienes las consumían entre 1 a 6 días a la semana; este dato mostró (ENSIN 2010) que el 64,9 % consumía verduras

cocidas y el 9,6% las consumía diariamente y que el 76,9 % las consume crudas y el 16,1 % las consumía diariamente.

Tabla N° 20. Media del número de días de consumo de <u>frutas</u> en una semana típica									
Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	Media del número de días	95% IC	n	Media del número de días	95% IC	n	Media del número de días	95% IC
25-34	378	3,07	2,8 ; 3,3	495	3,38	3,1 ; 3,6	873	3,25	3,0 ; 3,4
35-44	320	3,37	3,1 ; 3,6	470	3,33	3,1 ; 3,5	790	3,35	3,1 ; 3,5
45-54	426	3,37	3,1 ; 3,6	603	3,45	3,2 ; 3,6	1029	3,42	3,4 ; 3,2
55-64	369	3,21	2,9 ; 3,4	519	3,59	3,3 ; 3,8	888	3,43	3,2 ; 3,6

En el departamento de Antioquia se encontró que el consumo promedio de frutas y verduras por día y por semana es muy bajo. Como se observa en las tablas subsiguientes, vemos como la media del número de días de consumo de frutas en una semana típica en ambos sexos es de 3,4 días a la semana (Tabla N° 20) y la media de días de consumo de verduras a la semana es de 4,2 (Tabla N° 21), cuando la conducta recomendada según la evidencia sería la de su consumo diario.

Tabla N° 21. Media del número de días de consumo de <u>verduras</u> en una semana típica									
Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	Media del número de días	95% IC	n	Media del número de días	95% IC	n	Media del número de días	95% IC
25-34	378	4,16	3,9 ; 4,3	495	4,49	4,2 ; 4,7	873	4,35	4,1 ; 4,5
35-44	320	4,29	4,0 ; 4,5	470	4,38	4,1 ; 4,5	790	4,34	4,1 ; 4,5
45-54	426	4,09	3,8 ; 4,3	603	4,31	4,1 ; 4,5	1029	4,22	4,0 ; 4,3
55-64	369	3,89	3,6 ; 4,1	519	4,12	3,9 ; 4,3	888	4,02	3,8 ; 4,1

En las tablas N° 22 y 23 se observa que la media del número de porciones de frutas y verduras consumidas durante el día solo llega a 1,5 y 1,4 porciones, en ambos sexos, respectivamente. La recomendación del consumo diario es de mínimo 5 porciones al día.

Tabla N° 22. Media del número de porciones de <u>frutas</u> en promedio por día.									
Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	Media del número de porciones	95% IC	n	Media del número de porciones	95% IC	n	Media del número de porciones	95% IC
25-34	325	1,42	1,3 ; 1,5	434	1,42	1,3 ; 1,5	759	1,42	1,3 ; 1,4
35-44	284	1,56	1,4 ; 1,6	416	1,44	1,4 ; 1,5	700	1,49	1,4 ; 1,5
45-54	366	1,65	1,5 ; 1,7	521	1,38	1,3 ; 1,4	887	1,49	1,4 ; 1,5
55-64	312	1,48	1,3 ; 1,5	441	1,56	1,5 ; 1,6	753	1,53	1,5 ; 1,6

Tabla N° 23. Media del número de porciones de <u>verduras</u> en promedio por día.									
Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	Media del número de porciones	95% IC	n	Media del número de porciones	95% IC	n	Media del número de porciones	95% IC
25-34	358	1,41	1,3 ; 1,5	460	1,45	1,3 ; 1,5	818	1,43	1,3 ; 1,5
35-44	301	1,53	1,4 ; 1,6	450	1,49	1,4 ; 1,6	751	1,51	1,4 ; 1,6
45-54	397	1,43	1,3 ; 1,5	569	1,45	1,4 ; 1,5	966	1,44	1,4 ; 1,5
55-64	334	1,45	1,3 ; 1,4	480	1,43	1,4 ; 1,5	814	1,44	1,4 ; 1,5

La media del número de porciones de frutas y/o verduras que en promedio durante el día consumen las personas fue de 2,98 porciones. No se presentaron diferencias marcadas entre los sexos ni entre los grupos de edades (Tabla N° 24).

Tabla N° 24. Media del número de porciones de <u>frutas y/o verduras</u> en promedio por día.									
Grupo de edad (años)	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	n	Media del número de porciones	95% IC	n	Media del número de porciones	95% IC	n	Media del número de porciones	95% IC
25-34	317	2,86	2,7 ; 3,0	424	2,87	2,7 ; 3,0	741	2,86	2,7 ; 2,9
35-44	277	3,1	2,9 ; 3,3	406	2,95	2,8 ; 3,1	683	3,01	2,9 ; 3,1
45-54	357	3,08	2,9 ; 3,2	510	2,84	2,7 ; 2,9	867	2,94	2,8 ; 3,0
55-64	300	2,94	2,8 ; 3,1	427	3	2,9 ; 3,1	727	2,98	2,9 ; 3,1

El tipo de aceite o grasa de mayor uso con la finalidad de preparar los alimentos en el hogar, según los datos encontrados fue el aceite vegetal en el 94 % de la población. Los otros tipos de grasas se usan en una proporción mínima (Tabla N° 25).

Tabla N° 25. Tipo de aceite o grasa de más utilización para preparación de alimentos en el hogar							
n (hogares)	% Aceite vegetal	% Manteca de animal	% Mantequilla	% Margarina	% ninguna en particular	% No uso ninguno	% Otro
3580	94,05	0,78	0,98	0,84	0,70	0,17	2,49

ACTIVIDAD FÍSICA

ACTIVIDAD FÍSICA

En conjunto, hay evidencia clara de que, en comparación con los adultos menos activos, las personas que desarrollan más actividad presentan tasas menores de mortalidad, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidente cerebrovascular, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, cáncer de colon y mama y depresión para el conjunto de todas las causas. Hay también evidencia clara de que, en comparación con las personas menos activas, los adultos y personas de edad físicamente activos presentan una mejor forma física cardiorrespiratoria y muscular, una masa y composición corporal más sana, y un perfil de biomarcadores más favorable a la prevención de las enfermedades cardiovasculares y de la diabetes tipo 2, y a una mejor salud del aparato óseo (10).

Durante la década de los años noventa se realizó una recopilación de los datos relacionados con la cantidad de ejercicio ideal que produjera un efecto positivo para la salud. Surge entonces la recomendación de realizar al menos 30 minutos de actividad física moderada (por ejemplo, caminar, bailar, limpiar la casa), la mayoría de los días de la semana, lo cual podría redundar en beneficios para la salud similares a los del modelo de ejercicio. Como la mayoría de los estudios se basaban en sujetos que hacían ejercicio con fines de recreación, las recomendaciones favorecían la actividad física durante el tiempo libre. Recientemente, debido al trabajo de los planificadores urbanos que durante decenios han promovido la dimensión humana de las ciudades, a fin de que sea fácil caminar y andar en bicicleta en ellas, muchos profesionales de la salud pública han comenzado a encarar el espacio urbano como un ambiente fundamental para la promoción de la actividad física, no solo con la recreación en mente sino también tratando de incorporar la actividad física diaria en nuestra vida. Eso ha dado lugar a un concepto nuevo y más integral: la *vida activa*.

Los estudios epidemiológicos y clínicos indican que se pueden obtener beneficios sustanciales para la salud con un mínimo de 30 minutos diarios de actividad física

de intensidad moderada, como caminar enérgicamente, andar en bicicleta y bailar (11). La OMS y los CDC han refrendado tal recomendación. Pueden obtenerse también beneficios adicionales participando en una actividad física de mayor intensidad o duración. Por otro lado, para las personas que desean mantener un peso normal, al parecer podrían requerirse entre 60 y 90 minutos por día de actividad física de intensidad moderada. Todo esto nos confirma la importancia del ejercicio como factor protector en la prevención de ECNT.

En el departamento de Antioquia el nivel de actividad física total (Tabla N° 26) para ambos sexos se encuentra en el 15 % para quienes practican actividad física de intensidad moderada y 18 % en el nivel alto. Es decir que el 67 % de la población entre 25 y 64 años son inactivos físicamente o tienen un nivel bajo de actividad física.

Tabla N° 26. Nivel de actividad física total					
Ambos sexos					
Grupo de edad (años)	n	% Bajo	% Moderado	% Alto	% Inactividad
25-34	873	44,67	15,01	16,61	23,71
35-44	790	43,29	15,19	20,63	20,89
45-54	1029	46,06	14,67	19,73	19,53
55-64	888	46,85	15,32	15,09	22,75
25-64	3580	45,31	15,03	18,02	21,65

En cuanto a la distribución por sexo (Tablas N° 27 y 28, Grafico N° 8), se observa como las mujeres presentan un nivel más alto de sedentarismo e inactividad física (70 %) que los hombres (63 %). Aunque en ambos sexos estas cifras continúan siendo altas, ya que los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien un mínimo

de 75 minutos semanales de actividad aeróbica vigorosa, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa y con el fin de obtener mayores beneficios, los adultos deberían incrementar esos niveles hasta 300 minutos semanales de actividad aeróbica moderada, o bien 150 minutos de actividad aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.

Grafico N° 8. Nivel de actividad física por sexo. Antioquia 2011.

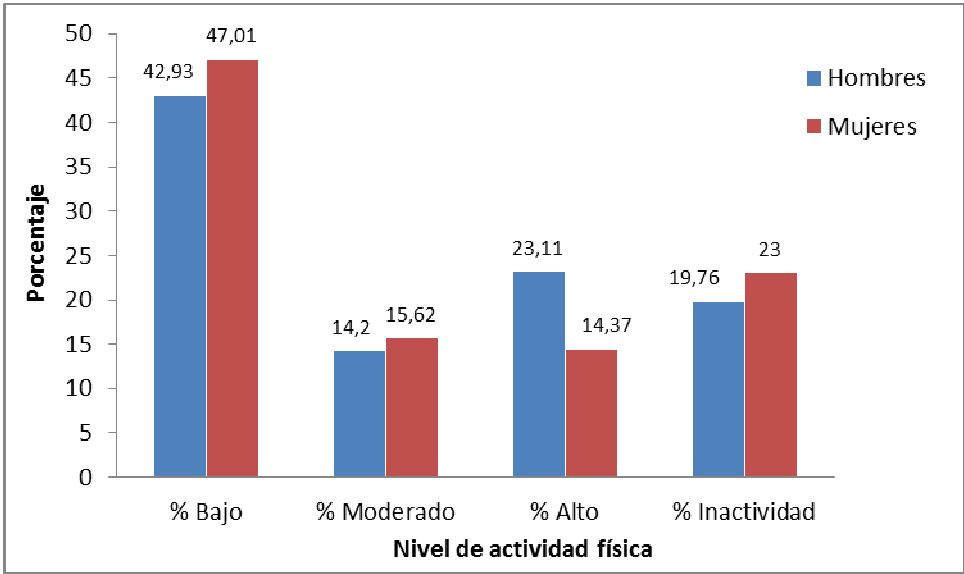


Tabla N° 27. Nivel de actividad física total					
Hombres					
Grupo de edad (años)	n	% Bajo	% Moderado	% Alto	% Inactividad
25-34	378	44,71	15,08	20,90	19,31
35-44	320	42,19	11,56	28,44	17,81
45-54	426	42,49	13,62	24,88	19,01
55-64	369	42,28	16,26	18,70	22,76
25-64	1493	42,93	14,20	23,11	19,76

Tabla N° 28. Nivel de actividad física total					
Mujeres					
Grupo de edad (años)	n	% Bajo	% Moderado	% Alto	% Inactividad
25-34	495	44,65	14,95	13,33	27,07
35-44	470	44,04	17,66	15,32	22,98
45-54	603	48,59	15,42	16,09	19,90
55-64	519	50,10	14,64	12,52	22,74
25-64	2087	47,01	15,62	14,37	23,00

El grado de actividad física que exige el trabajo (Tabla N° 29), tiene una prevalencia en ambos sexos del 34 %, siendo esta variable más alta en quienes desempeñan sus labores en el área rural, (36 %), tanto en hombres como en mujeres. Por grupos de edad, quienes desarrollan actividades propias de su trabajo fueron en menor porcentaje, las personas con edades entre 55 a 64 años. El nivel educativo influye en el grado de intensidad física que realizan en el trabajo, en el sexo masculino, observándose que entre más alto el nivel educativo, menor es el nivel de actividad física que este grupo realiza en su trabajo, no presentándose esta tendencia en el sexo femenino.

Tabla N° 29. Grado de actividad física que le exige el trabajo										
Variable	Categorías	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
		n	% Actividad física intensa	% Actividad física moderada	n	% Actividad física intensa	% Actividad física moderada	n	% Actividad física intensa	% Actividad física moderada
Grupo de edad (años)	25 - 34	378	16,67	17,99	495	6,06	26,87	873	10,65	23,02
	35 - 44	320	21,25	19,38	470	5,96	31,28	790	12,15	26,46
	45 - 54	426	15,96	23,00	603	5,80	29,35	1029	10,01	26,72
	55 - 64	369	8,40	18,16	519	3,66	25,05	888	5,63	22,18
Zona	RURAL	221	30,77	25,79	284	9,15	44,01	505	18,61	36,04
	URBANO	1272	12,74	18,71	1803	4,77	25,62	3075	8,07	22,76
Nivel de escolaridad	NINGUNO	53	24,53	13,21	67	2,99	14,93	120	12,50	14,17
	PRIMARIA	447	19,02	16,78	683	4,83	27,96	1130	10,44	23,54
	SECUNDARIA	650	15,54	22,15	988	6,17	29,86	1638	9,89	26,80
	ESTUD SUPER	275	9,82	21,09	272	4,78	27,94	547	7,31	24,50
	POSGRADOS	50	4,00	22,00	36	5,56	30,56	86	4,65	25,58
	NS/NR	18	11,11	0,00	41	2,44	9,76	59	5,08	6,78
Total		1493	15,41	19,76	2087	5,37	28,13	3580	9,55	24,64

El nivel de actividad física que las personas realizan en su tiempo libre fue aún más bajo que el que desarrollan en su trabajo. Se observa como solo el 29 % realiza actividad física de manera intensa o moderada. Se encontraron diferencias significativas entre los diferentes grupos de variables. En el sexo masculino, el nivel de actividad física intensa en el tiempo libre fue mucho más alto que en las mujeres, mayoritariamente entre los grupos más jóvenes (25 a 44 años). En la zona urbana el nivel de actividad física en el tiempo libre que realizan los hombres

fue de igual manera más alto que el nivel de actividad física en los de la zona rural. En cuanto al nivel educativo, se encontró, que entre más alto es este, mayor es el tiempo dedicado a realizar actividad física de manera intensa o moderada, siendo este parámetro más alto aún en hombres que en mujeres. Sin embargo, estas cifras continúan siendo muy bajas, ya que el sedentarismo alcanza entonces cifras del 70 % en toda la población entre 25 a 64 años residente en el departamento de Antioquia (Tabla N° 30).

Tabla N° 30. Grado de actividad física en el tiempo libre										
Variable	Categorías	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
		n	% Actividad física intensa	% Actividad física moderada	n	% Actividad física intensa	% Actividad física moderada	n	% Actividad física intensa	% Actividad física moderada
Grupo de edad (años)	25 - 34	378	35,71	11,11	495	9,70	12,53	873	20,96	11,91
	35 - 44	320	28,44	10,63	470	7,23	15,32	790	15,82	13,42
	45 - 54	426	18,78	11,03	603	8,29	16,58	1029	12,63	14,29
	55 - 64	369	11,65	15,99	519	11,56	19,65	888	11,60	18,13
Zona	RURAL	221	18,10	12,67	284	6,69	19,37	505	11,68	16,44
	URBANO	1272	24,29	12,11	1803	9,60	15,59	3075	15,67	14,15
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	53	1,89	3,77	67	10,45	5,97	120	6,67	5,00
	1. PRIMARIA	447	12,75	10,96	683	6,30	16,84	1130	8,85	14,51
	2. SECUNDARIA	650	26,77	12,92	988	9,72	15,59	1638	16,48	14,53
	3. ESTUD SUPER	275	34,55	14,91	272	11,76	20,59	547	23,22	17,73
	4. POSGRADOS	50	38,00	12,00	36	27,78	11,11	86	33,72	11,63
	5. NS/NR	18	16,67	0,00	41	9,76	7,32	59	11,86	5,08
Total		1493	23,38	12,19%	2087	9,20	16,10	3580	15,11	14,47

Tabla N° 31. Camina o usa bicicleta al menos 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	% Camina o usa bicicleta	n	% Camina o usa bicicleta	n	% Camina o usa bicicleta
Grupo de edad (años)	25 - 34	378	60,05	495	59,39	873	59,68
	35 - 44	320	60,94	470	61,49	790	61,27
	45 - 54	426	65,96	603	66,00	1029	65,99
	55 - 64	369	67,21	519	63,58	888	65,09
Zona	RURAL	221	58,82	284	60,21	505	59,60
	URBANO	1272	64,54	1803	63,23	3075	63,77
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	53	43,40	67	50,75	120	47,50
	1. PRIMARIA	447	59,28	683	60,03	1130	59,73
	2. SECUNDARIA	650	66,77	988	66,50	1638	66,61
	3. ESTUD SUPER	275	67,64	272	58,09	547	62,89
	4. POSGRADOS	50	58,00	36	58,33	86	58,14
	5. NS/NR	18	77,78	41	75,61	59	76,27
Total		1493	63,70	2087	62,82	3580	63,18

Como cifra importante, se encontró que el caminar o usar bicicleta al menos durante 10 minutos consecutivos en sus desplazamientos, es una actividad que realiza el 63 % de las personas en el departamento, no encontrándose diferencias significativas en cuanto a edad, sexo, nivel de escolaridad o zona de residencia (Tabla N° 31).

En la Tabla N° 32 se presentan las proporciones para los datos del sedentarismo en el departamento de Antioquia. Se encontraron porcentajes de actividad física

no vigorosa en el 77 % del global, siendo estos valores más altos en la población de sexo femenino, con un 81 % que en la población masculina, con 71 %.

Tabla N° 32. Actividad física no vigorosa						
Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	n	% Actividad no vigorosa	n	% Actividad no vigorosa	n	% Actividad no vigorosa
35-44	263	65,40%	362	80,11%	625	73,92%
45-54	345	69,28%	483	79,92%	828	75,48%
55-64	285	75,79%	401	83,79%	686	80,47%
25-64	1198	71,20%	1607	81,33%	2805	77,01%

El tiempo en minutos dedicados a actividades sedentarias en promedio por día fue de 2 horas en el resultado global, (120 minutos), sin encontrarse marcadas diferencias entre ambos sexos (Tabla N° 33).

Tabla N° 33. Minutos gastados en actividades sedentarias en promedio por día					
Grupo de edad (años)	Ambos sexos				
	n	Media de minutos	95% IC	Mediana de minutos	Rango intercuartílico (P25-P75)
35-44	790	139,73	129,9 ; 149,6	100	120
45-54	1029	135,59	126,7 ; 144,4	90	135
55-64	888	130,4	121,1 ; 139,7	90	120

Este tiempo dedicado a las actividades sedentarias como ver televisión, dormir o simplemente dedicado al ocio podría de alguna forma ser aprovechado para la dedicación a realizar algún tipo de actividad que involucre ejercicio activo o al desarrollo de actividades similares.

ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ANTECEDENTES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Existe extensa evidencia acumulada que nos muestra que la hipertensión arterial se comporta como uno de los factores de riesgo mayores y modificables, tanto con la aplicación de intervenciones de prevención primaria como secundaria. Esta patología se comporta como un factor de riesgo latente y silencioso y encontramos como la prevalencia a nivel mundial de esta patología sigue aumentando (12) y su control en la población con valores de presión arterial elevados sigue siendo deficiente ya que menos de un 30 % de los pacientes que reciben tratamiento para esta patología son controlados de manera adecuada en sus cifras de presión arterial (13).

El diagnóstico de hipertensión arterial se establece, efectuando una medición correcta de la presión arterial confirmando los valores en tres tomas separadas en el tiempo de la misma. Los efectos clínicos directos de la hipertensión se derivan principalmente de los efectos mismos de la presión alta sobre los denominados órganos blanco como la visión, el riñón, el corazón, el cerebro y los pulmones y en su capacidad como tal de promover la aparición de aterosclerosis. Actividades de intervención primaria como lo son una menor ingesta de sal y de alcohol, el aumento en la actividad física y la reducción de peso, pueden reducir significativamente la presión arterial (14).

En la tabla N° 34 se observa que la prevalencia de hipertensión arterial en la población entre los 25 a 64 años fue del 21,9 %. Esta prevalencia es muy cercana a las cifras de la OPS en el informe Enfermedades no Transmisibles en las Américas, indicadores básicos 2011 (15), en donde Colombia presenta una prevalencia de HTA de 22,8 %. Cifra también cercana a la encontrada en el estudio realizado por la Alcaldía de Medellín (Diagnóstico del riesgo cardiovascular global, evaluación de su impacto poblacional, Medellín y sus corregimientos 2007-2008), (16) en donde la prevalencia de HTA en el municipio de Medellín fue del 20,4%.

Como datos importantes, se observa además que el grupo de edad con la más alta prevalencia es el de 55 a 64 años (43,47 %), no encontrándose diferencias en la prevalencia de hipertensión arterial entre las zonas urbana y rural. La prevalencia de este factor de riesgo fue más alta en el grupo poblacional que manifestó no tener ningún grado de escolaridad, con el 45 %, siendo esta muy alta si se compara con los demás grupos etáreos de nivel de escolaridad. Es de resaltar que el 5 % de la población manifestó nunca haberse medido la presión arterial, cifra está que nos podría aumentar la prevalencia total, dadas las características de la hipertensión arterial como enfermedad silenciosa y latente en el tiempo.

Tabla N° 34. Antecedentes de tensión arterial elevada						
Variable	Categoría	Ambos sexos				
		n	% Nunca se ha medido	% Le han dicho sufre hipertensión	% Le han dicho sufre hipertensión en últimos 12 meses	% Le han dicho sufre hipertensión antes de últimos 12 meses
Grupo de edad (años)	25 - 34	873	7,90	5,50	3,32	2,06
	35 - 44	790	5,32	12,53	10,00	2,41
	45 - 54	1029	4,08	24,39	20,31	4,08
	55 - 64	888	2,59	43,47	37,16	6,19
Zona	URBANO	3075	4,59	21,89	17,98	3,80
	RURAL	505	6,93	21,98	18,61	3,37
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	120	8,33	45,00	39,17	5,83
	1. PRIMARIA	1130	6,55	29,03	24,16	4,69
	2. SECUNDARIA	1638	4,70	16,85	13,55	3,30
	3. ESTUD SUPERIORES	547	2,56	16,64	14,26	2,19
	4. POSGRADOS	86	1,16	19,77	12,79	6,98
	5. NS / NR	59	0,00	30,51	27,12	3,39
Total		3580	4,92	21,90	18,07	3,74

En la tabla N° 35 se observa como del total de personas diagnosticadas con hipertensión arterial, están recibiendo tratamiento con medicamentos solo el 78 %, quedando un 22 % sin algún tipo de tratamiento con medicamentos. Esto podría deberse a dos razones, ya sea por oportunidad en el acceso al mismo o por decisión propia de la persona de no seguir las recomendaciones de su médico.

Independientemente de las razones, esto conlleva a un riesgo aún más elevado de la presencia de complicaciones en este grupo que no está recibiendo tratamiento con medicamentos.

Tabla N° 35. Consumo de medicamentos para la presión durante últimas dos semanas prescrita por un médico o trabajador de salud entre aquellos diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	18	33,33	30	46,67	48	41,67
	35 - 44	19	68,42	80	67,50	99	67,68
	45 - 54	86	77,91	165	78,79	251	78,49
	55 - 64	139	82,01	247	89,47	386	86,79
Zona	RURAL	30	76,67	81	70,37	111	72,07
	URBANO	232	76,29	441	82,09	673	80,09
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	14	71,43	40	80,00	54	77,78
	1. PRIMARIA	85	84,71	243	80,66	328	81,71
	2. SECUNDARIA	92	67,39	184	77,17	276	73,91
	3. ESTUD SUPERIORES	53	83,02	38	86,84	91	84,62
	4. POSGRADOS	12	66,67	5	80,00	17	70,59
	5. NS / NR	6	66,67	12	100,00	18	88,89
Total		262	76,34	522	80,27	784	78,95

En las tablas N° 36 a N° 39 se observan las diferentes recomendaciones que los profesionales de la salud o los trabajadores de este sector deben realizar a las personas diagnosticadas con Hipertensión arterial, como la reducción de la ingesta de sal (Tabla N° 36), la recomendación en la reducción de peso (Tabla N° 37), el aumento en la frecuencia y cantidad de tiempo dedicado a realizar ejercicio (Tabla N° 38) y por último la recomendación para dejar de fumar o abandono del hábito del cigarrillo o tabaco (Tabla N° 39).

Se puede observar como dato relevante que este grupo de recomendaciones no se realizan al 100 % de las personas diagnosticadas como hipertensas, y más preocupante aún que la recomendación de abandonar el hábito del cigarrillo solo se le hace o sugiere a un 35 % de las personas con diagnóstico confirmado de hipertensión.

Tabla N° 36. Consejo por parte de un médico o trabajador de la salud para reducir la ingesta de sal entre aquellos diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	18	77,78	30	66,67	48	70,83
	35 - 44	19	84,21	80	83,75	99	83,84
	45 - 54	86	83,72	165	88,48	251	86,85
	55 - 64	139	94,24	247	91,50	386	92,49
Zona	RURAL	30	90,00	81	83,95	111	85,59
	URBANO	232	88,79	441	88,66	673	88,71
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	14	85,71	40	85,00	54	85,19
	1. PRIMARIA	85	94,12	243	89,30	328	90,55
	2. SECUNDARIA	92	88,04	184	84,24	276	85,51
	3. ESTUD SUPERIORES	53	84,91	38	94,74	91	89,01
	4. POSGRADOS	12	91,67	5	100,00	17	94,12
	5. NS / NR	6	66,67	12	100,00	18	88,89
Total		262	88,93	522	87,93	784	88,27

Tabla N° 37. Consejo por parte de un médico o trabajador de la salud para reducción de peso entre aquellos diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 – 34	18	38,89	30	56,67	48	50,00
	35 – 44	19	89,47	80	78,75	99	80,81
	45 – 54	86	68,60	165	82,42	251	77,69
	55 – 64	139	83,45	247	77,73	386	79,79
Zona	RURAL	30	80,00	81	0,00	111	74,77
	URBANO	232	75,43	441	79,14	673	77,86
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	14	78,57	40	75,00	54	75,93
	1. PRIMARIA	85	80,00	243	77,37	328	78,05
	2. SECUNDARIA	92	68,48	184	77,72	276	74,64
	3. ESTUD SUPERIORES	53	81,13	38	84,21	91	82,42
	4. POSGRADOS	12	75,00	5	100,00	17	82,35
	5. NS / NR	6	83,33	12	83,33	18	83,33
Total		262	75,95	522	78,16	784	77,42

Tabla N° 38. Consejo por parte de un médico o trabajador de la salud para realizar más ejercicio entre aquello previamente diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 – 34	18	83,33	30	60,00	48	68,75
	35 – 44	19	94,74	80	85,00	99	86,87
	45 – 54	86	83,72	165	86,67	251	85,66
	55 – 64	139	88,49	247	87,85	386	88,08
Zona	RURAL	30	90,00	81	85,19	111	86,49
	URBANO	232	86,64	441	85,49	673	85,88
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	14	78,57	40	77,50	54	77,78
	1. PRIMARIA	85	87,06	243	85,19	328	85,67
	2. SECUNDARIA	92	88,04	184	84,24	276	85,51
	3. ESTUD SUPERIORES	53	86,79	38	97,37	91	91,21
	4. POSGRADOS	12	91,67	5	100,00	17	94,12
	5. NS / NR	6	83,33	12	91,67	18	88,89
Total		262	87,02	522	85,44	784	85,97

Tabla N° 39. Consejo por parte de un médico o trabajador de la salud para dejar de fumar entre aquello previamente diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 – 34	18	33,33	30	20,00	48	25,00
	35 – 44	19	42,11	80	28,75	99	31,31
	45 – 54	86	29,07	165	38,18	251	35,06
	55 – 64	139	36,69	247	38,06	386	37,56
Zona	RURAL	30	53,33	81	35,80	111	40,54
	URBANO	232	31,90	441	35,60	673	34,32
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	14	35,71	40	32,50	54	33,33
	1. PRIMARIA	85	41,18	243	35,39	328	36,89
	2. SECUNDARIA	92	31,52	184	34,78	276	33,70
	3. ESTUD SUPERIORES	53	22,64	38	39,47	91	29,67
	4. POSGRADOS	12	33,33	5	40,00	17	35,29
	5. NS / NR	6	83,33	12	50,00	18	61,11
Total		262	34,35	522	35,63	784	35,20

La proporción de personas que toman algún remedio herbal o tradicional entre los diagnosticados como hipertensos alcanzó el 20 % del total, sin diferencia

significativa entre los sexos, la zona de residencia, los grupos de edades o el nivel educativo. Dentro de este grupo poblacional, pueden encontrarse las personas que con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial y que no están siguiendo las recomendaciones terapéuticas del médico o trabajador de la salud, hayan decidido seguir este tipo de tratamientos, lo cual estaría por aclararse en estudios posteriores (Tabla N° 40).

Tabla N° 40. Personas toman algún remedio herbal o tradicional entre aquellos previamente diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		N	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	18	22,22	30	10,00	48	14,58
	35 - 44	19	10,53	80	16,25	99	15,15
	45 - 54	86	20,93	165	18,79	251	19,52
	55 - 64	139	18,71	247	23,89	386	22,02
Zona	RURAL	30	20,00	81	18,52	111	18,92
	URBANO	232	18,97	441	20,63	673	20,06
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	14	14,29	40	10,00	54	11,11
	1. PRIMARIA	85	15,29	243	21,40	328	19,82
	2. SECUNDARIA	92	21,74	184	20,11	276	20,65
	3. ESTUD SUPERIORES	53	18,87	38	23,68	91	20,88
	4. POSGRADOS	12	25,00	5	20,00	17	23,53
	5. NS / NR	6	33,33	12	25,00	18	27,78
Total		262	19,08	522	20,31	784	19,90

ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS

ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS

El número de personas que sufren diabetes en las Américas podría aumentar de 55 millones en el año 2000 a 83 millones en el año 2030, lo que representa un aumento del 50% en las personas que padecen esta enfermedad, según datos de la Federación Internacional de Diabetes. La diabetes es una enfermedad crónica compleja que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza de manera eficaz la insulina que produce. Esta es una hormona que regula el azúcar (glucosa) en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo lesiona gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente el tejido nervioso y los vasos sanguíneos. La diabetes tipo 2 representa el 90% de los casos mundiales y se debe, en gran medida, al sobrepeso, la obesidad y a la inactividad física. Este tipo de diabetes está en aumento a nivel global y en las Américas (17).

Según la Encuesta Nacional de Salud 2007 (2), la prevalencia de diabetes referida por entrevista resultó en 3,51 % para el ámbito nacional. En el departamento de Antioquia sin Medellín y el área metropolitana, el 2,2 % de la población encuestada refirió haber sido diagnosticada como diabética por un médico y en Medellín y el área metropolitana la prevalencia de esta patología fue de 3,0 %.

En nuestro estudio, la prevalencia de la diabetes mellitus encontrada en el departamento de Antioquia fue del 6,15 %, para ambos sexos, encontrándose una prevalencia en los hombres del 5% y en las mujeres del 6,95 %. El grupo poblacional con la prevalencia más alta se encuentra en las personas mayores de 45 años (Tabla N° 41). También se encontró que de las personas con diagnóstico confirmado de diabetes, el doble de estas residen en el área urbana al compararse con quienes residen en el área rural (6,54 % y 3,76 % respectivamente). La mayor proporción de personas con diagnóstico de diabetes son las que o no tienen

ningún nivel de escolaridad o solamente cursaron la primaria o algún grado de este nivel educativo.

Tabla N° 41. Medición y Diagnóstico de Azúcar en Sangre						
Variable	Categoría	Ambos sexos				
		n	% Nunca medida	% Le han dicho sufre de diabetes	% Le han dicho sufre diabetes en últimos 12 meses	% Le han dicho sufre diabetes antes de últimos 12 meses
Grupo de edad (años)	25 - 34	873	42,73	2,41	1,03	1,49
	35 - 44	790	37,09	3,54	3,16	0,38
	45 - 54	1029	32,65	6,03	5,15	0,87
	55 – 64	888	23,09	12,27	10,47	1,80
Zona	URBANO	3075	31,71	6,54	5,30	1,27
	RURAL	505	45,94	3,76	3,37	0,40
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	120	44,17	10,00	9,17	0,83
	1. PRIMARIA	1130	37,61	8,32	7,26	1,06
	2. SECUNDARIA	1638	33,70	4,64	3,72	0,98
	3. ESTUDIOS SUPERIORES	547	25,59	5,12	3,29	1,83
	4. POSGRADOS	86	26,74	4,65	3,49	1,16
	5. NO SABE / NO RESPONDE	59	23,73	10,17	8,47	1,69
Total		3580	33,72	6,15	5,03	1,15

La proporción de personas diagnosticadas con diabetes y que están recibiendo actualmente tratamiento con insulina es del 16,8 % para ambos sexos, no encontrándose diferencias significativas con relación al género. Esta proporción es alta si se compara con las tendencias mundiales, ya que solo el 10 % de los diagnosticados como diabéticos reciben este tipo de tratamiento, pudiendo tratarse de pacientes que teniendo diagnóstico de diabetes tipo 2 requieren el uso de insulina por encontrarse en etapas avanzadas o en manejo de alguna complicación asociada con su patología. (Tabla N° 42).

Tabla N° 42. Actualmente en tratamiento con insulina prescrita para diabetes entre aquellos con diagnóstico previo							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	7	0,00	14	21,43	21	14,29
	35 - 44	7	28,57	21	0,00	28	7,14
	45 - 54	2	16,67	38	21,05	62	19,35
	55 - 64	4	16,22	72	19,44	109	18,35
		7					
Zona	RURAL	3	33,33	16	0,00	19	5,26
	URBANO	7	15,28	12	19,38	20	17,91
		2		9		1	
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	3	0,00	9	33,33	12	25,00
	1. PRIMARIA	2	8,00	69	20,29	94	17,02
	2. SECUNDARIA	5	19,23	50	16,00	76	17,11
	3. ESTUD SUPERIORES	2	25,00	12	0,00	28	14,29
	4. POSGRADOS	6	33,33	1	0,00	4	25,00
	5. NS / NR	3	0,00	4	0,00	6	0,00
		2					
Total		7	16,00	14	17,24	22	16,82
		5		5		0	

La proporción de personas que actualmente se encuentran recibiendo tratamiento con medicamentos orales prescritos para diabetes y que tienen diagnóstico previo en el departamento es del 66 % global, sin diferencias marcadas entre los sexos, pero si entre los grupos de edades, ya que este tipo de tratamiento se encontró en mayor proporción entre la población mayor de 45 años (Tabla N° 43), sin encontrarse marcadas diferencias entre las zonas de residencia o en el nivel educativo.

Tabla N° 43. Actualmente en tratamiento con medicamentos orales prescritos para diabetes entre aquellos con diagnóstico previo							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	7	14,29	14	28,57	21	23,81
	35 - 44	7	57,14	21	52,38	28	53,57
	45 - 54	24	83,33	38	65,79	62	72,58
	55 - 64	37	72,97	72	75,00	109	74,31
Zona	RURAL	3	33,33	16	87,50	19	78,95
	URBANO	72	70,83	129	62,02	201	65,17
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	3	66,67	9	55,56	12	58,33
	1. PRIMARIA	25	68,00	69	84,06	94	79,79
	2. SECUNDARIA	26	65,38	50	52,00	76	56,58
	3. ESTUD SUPERIORES	16	75,00	12	16,67	28	50,00
	4. POSGRADOS	3	66,67	1	100,00	4	75,00
	5. NS / NR	2	100,00	4	50,00	6	66,67
Total		75	69,33	145	64,83	220	66,36

El seguimiento de una dieta adecuada en las personas con diagnóstico de diabetes hace parte fundamental del tratamiento de esta patología y generalmente es ordenada por el médico tratante, con recomendaciones y seguimiento por parte del profesional de apoyo, en este caso del nutricionista, con el propósito de conseguir las metas adecuadas en el control de la glicemia; sin embargo, la prescripción de este tipo de manejo, como se observa en la tabla N° 44 solo le es ordenada al 76 % de las personas con diabetes mellitus, es decir que una cuarta parte de los pacientes no reciben esta recomendación fundamental como parte de su tratamiento. Se observa que las personas con mayor nivel educativo fueron quienes mayoritariamente manifestaron no recibir esta recomendación por parte de su médico tratante o del profesional de la salud, sin encontrarse diferencias marcadas entre los grupos de zona de residencia.

Tabla N° 44. Consejo por parte de un médico o trabajador de la salud para la prescripción de una dieta especial entre aquellos previamente diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	7	42,86	14	64,29	21	57,14
	35 - 44	7	85,71	21	80,95	28	82,14
	45 - 54	24	83,33	38	81,58	62	82,26
	55 - 64	37	59,46	72	83,33	109	75,23
Zona	RURAL	3	66,67	16	0,00	19	94,74
	URBANO	72	68,06	129	78,29	201	74,63
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	3	66,67	9	100,00	12	91,67
	1. PRIMARIA	25	72,00	69	85,51	94	81,91
	2. SECUNDARIA	26	73,08	50	76,00	76	75,00
	3. ESTUD SUPERIORES	16	62,50	12	58,33	28	60,71
	4. POSGRADOS	3	33,33	1	100,00	4	50,00
	5. NS / NR	2	50,00	4	75,00	6	66,67
Total		75	68,00	145	80,69	220	76,36

En la tabla N° 45 se puede observar como la recomendación de un manejo adecuado del peso, más específicamente con la prescripción de perder peso al grupo de personas con diagnóstico de diabetes mellitus solo se le realiza al 70 % de las personas diagnosticadas. Es importante que este factor de riesgo se encuentre controlado en todos los pacientes con diabetes, principalmente en los pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, ya que uno de los pilares básicos del tratamiento de la diabetes es el mantenimiento de un peso corporal saludable. Muchas personas tienen sobrepeso cuando se les diagnostica diabetes tipo 2. El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de que una persona adquiera diabetes tipo 2. Si una persona ya tiene diabetes tipo 2 y aumenta de peso será aún más difícil para él o ella controlar su nivel de azúcar en la sangre. Las personas con diabetes tipo 2 tienen una condición denominada resistencia a la insulina. Pero la pérdida de peso, el consumo de comidas en porciones más saludables y el ejercicio pueden revertir la resistencia a la insulina. Para las personas con diabetes tipo 2, revertir la resistencia a la insulina les permite

alcanzar niveles determinados de azúcar en la sangre más fácilmente, y en algunos casos, la habilidad del cuerpo humano para controlar el azúcar en la sangre puede incluso normalizarse.

Tabla N° 45. Consejo por parte de un médico o trabajador de la salud para perder peso entre aquellos previamente diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	7	42,86	14	50,00	21	47,62
	35 - 44	7	71,43	21	76,19	28	75,00
	45 - 54	24	62,50	38	84,21	62	75,81
	55 - 64	37	64,86	72	73,61	109	70,64
Zona	RURAL	3	33,33	16	81,25	19	73,68
	URBANO	72	63,89	129	73,64	201	70,15
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	3	33,33	9	88,89	12	75,00
	1. PRIMARIA	25	68,00	69	75,36	94	73,40
	2. SECUNDARIA	26	57,69	50	74,00	76	68,42
	3. ESTUD SUPERIORES	16	81,25	12	58,33	28	71,43
	4. POSGRADOS	3	33,33	1	100,00	4	50,00
	5. NS / NR	2	0,00	4	75,00	6	50,00
Total		75	62,67	145	74,48	220	70,45

Existen múltiples trabajos y publicaciones que evidencian los efectos nocivos del tabaco sobre la salud en general. Pero una población especialmente sensible a sus efectos perjudiciales es la de las personas diabéticas, En agosto de 2004 la OMS publicó un estudio que se extendió a lo largo de las décadas de los años 80 y 90 en 21 países en el cual se afirma que los fumadores con edades entre 35 y 39 años tienen un riesgo 5 veces mayor de experimentar ataques cardíacos que los no fumadores de edades similares.

Es conveniente recordar que la patología cardíaca a edades tempranas es más frecuente entre pacientes diabéticos, que se convierten, de este modo, en una

categoría de personas con riesgo cardiovascular aumentado. De este modo, el cigarrillo se convierte en uno de los principales factores de riesgo cardíaco, con el importante agregado de que se trata de un factor de riesgo evitable, a diferencia de otros factores, como los genéticos, sobre los que no se pueden adoptar medidas activas para contrarrestarlos.

El cigarrillo no sólo produce alteraciones cardíacas como las ya mencionadas. La Asociación Americana de Diabetes estableció que sólo el hecho de fumar y ser diabético implica 14 veces más probabilidades de experimentar padecimientos cardíacos, en relación con los no diabéticos no fumadores, y que otros órganos y sistemas pueden verse afectados. En efecto, también se ha descrito un mayor riesgo de desarrollo de micro-albuminuria, que son el primer paso en el desarrollo de las complicaciones renales en diabéticos tipo 1 y 2. El cigarrillo también se asocia con la retinopatía y la neuropatía diabéticas. El uso de tabaco, en sus diversas modalidades, constituye una conducta adversa para la salud de todos, aun para los no fumadores que están en contacto cotidiano con personas que fuman, que se transforman en fumadores pasivos. Pero en el caso particular de los diabéticos, este tipo de hábito resulta especialmente peligroso. De este modo, todos los esfuerzos que se hagan en pos de evitar el inicio de esta práctica como el abandono del hábito, será una inversión importante en términos de salud, calidad de vida e incluso costos derivados de la asistencia de enfermedades, y por ello, la importancia de las recomendaciones y consejos que se deben realizar a las personas diabéticas desde el inicio de su control en relación al hábito del cigarrillo.

Esta recomendación solo se le hace al 32,7 % de las personas que tienen diagnóstico previo de diabetes mellitus en el departamento de Antioquia (Tabla N° 46), no encontrándose diferencias significativas en grupos etáreos por edad, sexo, zona de residencia o grado de escolaridad.

Tabla N° 46. Consejo por parte de un médico o trabajador de la salud para dejar de fumar entre aquellos previamente diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	7	28,57	14	21,43	21	23,81
	35 - 44	7	42,86	21	28,57	28	32,14
	45 - 54	24	33,33	38	42,11	62	38,71
	55 - 64	37	24,32	72	34,72	109	31,19
Zona	RURAL	3	33,33	16	50,00	19	47,37
	URBANO	72	29,17	129	32,56	201	31,34
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	3	33,33	9	55,56	12	50,00
	1. PRIMARIA	25	20,00	69	39,13	94	34,04
	2. SECUNDARIA	26	34,62	50	26,00	76	28,95
	3. ESTUD SUPERIORES	16	25,00	12	25,00	28	25,00
	4. POSGRADOS	3	66,67	1	0,00	4	50,00
	5. NS / NR	2	50,00	4	50,00	6	50,00
Total		75	29,33	145	34,48	220	32,73

Tabla N° 47. Consejo por parte de un médico o trabajador de la salud para realizar más ejercicio entre aquellos previamente diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	7	71,43	14	42,86	21	52,38
	35 - 44	7	71,43	21	76,19	28	75,00
	45 - 54	24	87,50	38	92,11	62	90,32
	55 - 64	37	83,78	72	88,89	109	87,16
Zona	RURAL	3	66,67	16	93,75	19	89,47
	URBANO	72	83,33	129	82,17	201	82,59
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	3	66,67	9	100,00	12	91,67
	1. PRIMARIA	25	80,00	69	89,86	94	87,23
	2. SECUNDARIA	26	84,62	50	78,00	76	80,26
	3. ESTUD SUPERIORES	16	81,25	12	58,33	28	71,43
	4. POSGRADOS	3	100,00	1	100,00	4	100,00
	5. NS / NR	2	100,00	4	75,00	6	83,33
Total		75	82,67	145	83,45	220	83,18

La práctica de actividad física de manera regular es parte importante del manejo de las personas con diabetes, particularmente en aquellos individuos con

diagnóstico de diabetes tipo 2. El ejercicio, practicado de manera adecuada reduce el riesgo de muchas enfermedades a las cuales las personas con diagnóstico de diabetes se encuentran predispuestas y dentro de las cuales se incluyen la hipertensión arterial, la obesidad y el sobrepeso y la enfermedad coronaria aguda y crónica, además, la actividad física puede facilitar unos niveles adecuados y óptimos de glicemia y lípidos, como coadyuvante en el manejo del peso y prevenir las complicaciones. Los beneficios a largo y mediano plazo de la práctica regular de actividad física contribuyen a disminuir los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad de origen cardiovascular, a través de la mejora del perfil lipídico, la normalización de las cifras de presión arterial, al aumento de la circulación colateral, la disminución de la frecuencia cardiaca en estado de reposo y también durante el ejercicio. Durante el ejercicio, además se estimula el consumo de glucosa por parte del tejido muscular, disminuyendo los niveles plasmáticos de insulina.

En la tabla N° 47 se puede observar que al 83 % de los pacientes previamente diagnosticados con diabetes se les hace la recomendación de incrementar la práctica de actividad física. Es fundamental que esta recomendación se haga de manera prioritaria al 100% en este grupo de pacientes por los efectos protectores que tiene su práctica.

En las tablas N° 48 y 49 se muestran las prevalencias de las personas que han visitado curanderos tradicionales y las que consumen como tratamiento para la diabetes algún tipo de remedio a base de hierbas. El 10 % del total de las personas diagnosticadas como diabéticas y el 24 % respectivamente tengan este tipo de costumbres; esto indica que cerca de una cuarta parte de los diabéticos residentes en el departamento tienen un manejo inadecuado de su patología, con los riesgos que esto acarrea en el mediano y largo plazo. Estos comportamientos se presentan con mayor proporción en las poblaciones con un bajo nivel educativo. De igual manera, el consumo de tratamientos con base en remedios herbales o tradicionales se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino (Tabla N° 49) (27,5 %). Se debe resaltar que aún no existe evidencia científica que

Tabla N° 48. Personas que han visto a un curandero tradicional entre aquellos previamente diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	35 - 44	7	0,00	14	14,29	21	9,52
	45 - 54	7	71,43	21	19,05	28	32,14
	55 - 64	24	4,17	38	26,32	62	17,74
	25 - 64	37	16,22	72	22,22	109	20,18
Zona	RURAL	3	33,33	16	6,25	19	10,53
	URBANO	72	6,94	129	11,63	201	9,95
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	3	33,33	9	22,22	12	25,00
	1. PRIMARIA	25	8,00	69	10,14	94	9,57
	2. SECUNDARIA	26	11,54	50	12,00	76	11,84
	3. ESTUD SUPERIORES	16	0,00	12	8,33	28	3,57
	4. POSGRADOS	3	0,00	1	0,00	4	0,00
	5. NS / NR	2	0,00	4	0,00	6	0,00
Total		75	8,00	145	11,03	220	10,00

Tabla N° 49. Personas toman algún remedio herbal o tradicional entre aquellos previamente diagnosticados							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	7	14,29	14	14,29	21	14,29
	35 - 44	7	0,00	21	23,81	28	17,86
	45 - 54	24	29,17	38	23,68	62	25,81
	55 - 64	37	13,51	72	33,33	109	26,61
Zona	RURAL	3	0,00	16	31,25	19	26,32
	URBANO	72	18,06	129	27,13	201	23,88
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	3	0,00	9	33,33	12	25,00
	1. PRIMARIA	25	16,00	69	27,54	94	24,47
	2. SECUNDARIA	26	19,23	50	32,00	76	27,63
	3. ESTUD SUPERIORES	16	18,75	12	16,67	28	17,86
	4. POSGRADOS	3	0,00	1	0,00	4	0,00
	5. NS / NR	2	50,00	4	0,00	6	16,67
Total		75	17,33	145	27,59	220	24,09%

Asegure de manera concluyente y sistemática, que este tipo de tratamientos son mejor o igual en cuanto a eficacia y eficiencia en el manejo de la diabetes mellitus.

Cerca de un 20 % de las personas diagnosticadas como diabéticas en el departamento fueron examinadas por última vez por parte de un profesional o un trabajador de la salud hace más de un año o nunca lo han sido (Tabla N° 50). En el grupo poblacional de 25 a 34 años estos valores son aún más altos (61 %). Como dato relevante, la última vez que le fueron examinados los pies a este tipo de pacientes, se encontró que el 39 % lleva más de un año sin que le fuera practicado este tipo de examen o nunca se lo han efectuado. Nuevamente el grupo poblacional de 25 a 34 años muestra unas cifras muy altas, cercanas al 80% (Tabla N° 50).

Tabla N° 50. Última vez que fueron examinadas las personas previamente diagnosticadas con diabetes								
Variable	Categorías	n	Ambos sexos					
			Última vez examinado para control diabetes			Última vez que los pies fueron examinados como parte de control de diabetes		
			% En último año	% Hace más de un año	% Nunca	% En último año	% Hace más de un año	% Nunca
Grupo de edad (años)	25 - 34	21	38,10	42,86	19,05	19,05	19,05	61,90
	35 - 44	28	82,14	17,86	0,00	60,71	3,57	35,71
	45 - 54	62	83,87	16,13	0,00	67,74	8,06	24,19
	55 - 64	109	86,24	10,09	3,67	65,14	6,42	28,44
Zona	RURAL	19	89,47	5,26	5,26	68,42	0,00	31,58
	URBANO	201	79,60	16,92	3,48	60,20	8,46	31,34
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	12	83,33	16,67	0,00	66,67	8,33	25,00
	1. PRIMARIA	94	87,23	10,64	2,13	72,34	5,32	22,34
	2. SECUNDARIA	76	77,63	18,42	3,95	53,95	6,58	39,47
	3. ESTUD SUPERIORES	28	67,86	21,43	10,71	42,86	14,29	42,86
	4. POSGRADOS	4	75,00	25,00	0,00	25,00	25,00	50,00
	5. NS / NR	6	66,67	33,33	0,00	66,67	16,67	16,67
Total		220	80,45	15,91	3,64	60,91	7,73	31,36

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES

Existen algunos factores de riesgo para las ECNT con los que nacemos o, lo que es peor, que nos acompañan toda la vida, e incluso estos factores de riesgo aumentan con el paso de los años sin que podamos hacer mucho al respecto. Estos factores de riesgo no modificables son:

- Sexo
- Edad
- Herencia o antecedentes familiares

Los miembros de familias con antecedentes de ataques cardíacos se consideran en una categoría de riesgo cardiovascular más alta. El riesgo en hombres con historias familiares de ECV antes de los 50 años de edad es de 1,5 veces a 2 mayor que en quienes no aportan el factor hereditario. En cambio, parece ser que la cuestión genética influye en menor medida en las mujeres. De igual manera se puede hablar de que existe un riesgo algo más elevado para las otras patologías asociadas a las ECNT como el cáncer y la diabetes mellitus.

Todavía queda por aclarar si la correlación existente entre antecedentes familiares de cardiopatías, cáncer o diabetes y un mayor riesgo para desarrollar estas patologías se debe exclusivamente a los factores hereditarios o si esto podría tratarse más bien como el resultado de la transmisión de unos hábitos y un estilo de vida de padres a hijos. Si bien es cierto que las personas con una historia familiar con alguna o algunas de estas patologías no pueden cambiar sus factores heredados, sí pueden tomar determinadas medidas con el fin de reducir las probabilidades de sufrir alguna de estas patologías, ya que a pesar de no ser modificables, el conocimiento sobre su comportamiento permite orientar las actividades de intervención hacia los grupos que presentan un riesgo más alto. Para la prevención eficaz y el control de la epidemia de enfermedades cardiovasculares que estamos viviendo y en general de las ECNT, se necesita una combinación de estrategias orientadas a la población y a los individuos para

reducir el riesgo en ambos. Las estrategias dirigidas a toda la población, como el control del tabaquismo y la promoción de un régimen alimentario saludable y de la actividad física, son costo-efectivas en todos los países.

En el departamento de Antioquia, al indagarse por antecedentes familiares relacionados con enfermedades crónicas no transmisibles o por sus factores de riesgos, se registraron datos relevantes: el 65 % en ambos sexos manifestó tener historia familiar de hipertensión arterial, el 42 % manifestó antecedentes familiares de diabetes mellitus; de cáncer o algún tumor maligno, el 46 % y de infarto cardíaco temprano, el 25 %. Las mujeres informaron un riesgo familiar más alto que los hombres, en todas las patologías mencionadas (Tabla N° 51).

Tabla N° 51. Resumen de antecedentes familiares						
Antecedente familiar	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	n	%	n	%	n	%
Antecedentes familiares de diabetes o azúcar en la sangre	1493	37,04	2087	46,29	3580	42,43
Antecedentes familiares de presión arterial elevada o hipertensión	1493	58,54	2087	70,77	3580	65,67
Antecedentes familiares de derrame cerebral o trombosis	1493	22,17	2087	25,54	3580	24,13
Antecedentes familiares de cáncer o tumor maligno	1493	37,91	2087	52,52	3580	46,42
Antecedentes familiares de colesterol elevado	1493	34,70	2087	45,52	3580	41,01
Antecedentes familiares de infarto cardíaco temprano	1493	21,77%	2087	27,46%	3580	25,08%

ANÁLISIS DE SALUD

ANÁLISIS DE SALUD

Examen de sangre oculta en heces

El cáncer de colon ocupa la tercera causa de muerte por cáncer en el mundo, después del cáncer de pulmón y de mama, con una mortalidad del 8,1 % del total de las muertes por cáncer y ocupa también el tercer lugar en la incidencia con un 9,8 % del total de los casos nuevos diagnosticados, detrás de los casos nuevos de pulmón y de mama, según Globocan 2008 (18). Si se ajustan las tasas, a nivel mundial, ocuparía el quinto lugar en mortalidad y en incidencia el cuarto lugar.

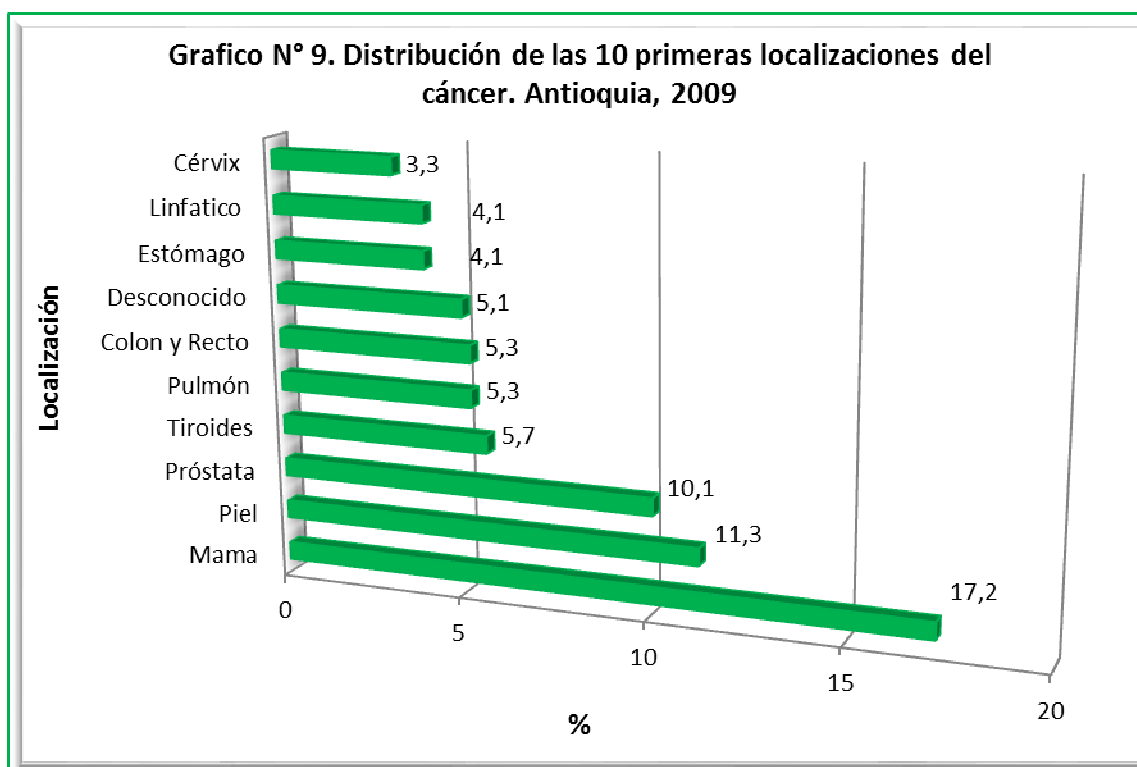
En la región de las Américas, el cáncer de colon es la cuarta causa de muerte por cáncer, con un 8,7 % del total de las muertes por cáncer, detrás de los cánceres de próstata, mama y pulmón, y su incidencia es la cuarta causa de los casos nuevos en la región con 9,6 % de los casos nuevos diagnosticados, siguiendo a los cánceres de próstata, mama y pulmón (19).

En Colombia, el cáncer de colon es la cuarta causa por defunciones por cáncer con un 7 % del total de muertes por cáncer, siguiendo a los cánceres de estómago, pulmón y próstata. Con relación a la incidencia, ocupa el sexto lugar en los casos nuevos diagnosticados por cáncer, con un 7 % detrás de los cánceres de mama, estómago, próstata, cérvix y pulmón (20).

En el Departamento de Antioquia, las principales causas de morbilidad por tumores malignos, según el número de casos reportados para el año 2009, fueron: mama, piel, próstata, tiroides, pulmón, colon y recto, desconocido, estómago, linfático y cérvix en su respectivo orden. Estas localizaciones presentaron variaciones significativas, ya que el cáncer de cérvix hasta el año 2006 era la primera causa, pasando a ser la décima en el año 2009 y el ingreso del cáncer colorrectal al grupo de las diez primeras causas, así como al ascenso del cáncer de tiroides como la cuarta causa por neoplasias en el Departamento (Grafico N°9).

Lo anterior sirve para ilustrar, la importancia que tiene la detección temprana de algunas patologías cancerosas, incluyendo el cáncer de colon, ya que si se tiene

en cuenta que a partir de los 50 años de edad, tanto hombres como mujeres con un riesgo promedio de cáncer colorrectal, se deben someter a algún tipo de examen del colon con el fin de poder detectar a tiempo patologías de tipo precanceroso o canceroso en este órgano; estas pruebas de fácil acceso en nuestro medio serían: una prueba anual de sangre oculta en heces fecales cada año y una colonoscopia cada diez años. En las personas con riesgo elevado, estas pruebas se deben realizar con mayor frecuencia.



Fuente: Registro poblacional de Cáncer de Antioquia, SSSA, 2007-2009

En el departamento de Antioquia, el examen de sangre oculta en heces se le ha practicado al 26,9 % del total de la población, con cifras en los mayores de 50 años entre el 29 % y el 32 % de la población. Esta prueba se la ha practicado en mayor proporción a las personas con mayor grado de escolaridad, como puede observarse en la tabla N° 52. No se encontraron diferencias de sexo en la práctica de este tipo de examen, así como tampoco de procedencia geográfica.

Tabla N° 52. Personas a quienes se les ha practicado el examen de sangre oculta en heces							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	378	19,58	495	19,8	873	19,7
	35 - 44	320	25,31	470	25,32	790	25,32
	45 - 54	426	30,75	603	28,52	1029	29,45
	55 - 64	369	35,5	519	30,44	888	32,55
Zona	RURAL	221	20,36	284	21,83	505	21,19
	URBANO	1272	29,25	1803	26,9	3075	27,87
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	53	20,75	67	20,9	120	20,83
	1. PRIMARIA	447	22,37	683	21,23	1130	21,68
	2. SECUNDARIA	650	28	988	26,72	1638	27,23
	3. ESTUD SUPERIORES	275	35,64	272	32,35	547	34
	4. POSGRADOS	50	50	36	63,89	86	55,81
	5. NS / NR	18	5,56	41	31,71	59	23,73
Total		1493	27,93	2087	26,21	3580	26,93

Tabla N° 53. Personas a quienes se les ha practicado examen de colonoscopia							
Variable	Categorías	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	378	3,97	495	5,45	873	4,81
	35 - 44	320	8,75	470	9,36	790	9,11
	45 - 54	426	11,5	603	11,28	1029	11,37
	55 - 64	369	13,55	519	13,1	888	13,29
Zona	RURAL	221	7,24	284	8,8	505	8,12
	URBANO	1272	9,91	1803	10,09	3075	10,02
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	53	5,66	67	10,45	120	8,33
	1. PRIMARIA	447	6,71	683	8,64	1130	7,88
	2. SECUNDARIA	650	8	988	9,31	1638	8,79
	3. ESTUD SUPERIORES	275	16	272	14,34	547	15,17
	4. POSGRADOS	50	26	36	16,67	86	22,09
	5. NS / NR	18	0	41	9,76	59	6,78
Total		1493	9,51	2087	9,92	3580	9,75

En cuanto a la colonoscopia, en la tabla N° 53 se puede observar que solo se le ha practicado al 9,7 % de la población del departamento, con cifras en los mayores de 50 años, entre el 11 % y el 13 %. Se observa, como el nivel educativo

influye de manera positiva para el ordenamiento de este examen, ya que se encontró que la mayor proporción de personas que se han practicado este examen se encuentran en los niveles educativos más altos. No se encontraron diferencias significativas con relación a la zona de residencia.

Autoexamen de seno

El autoexamen del seno es una opción para las mujeres después de cumplir 20 años de edad. Se debe orientar a las mujeres acerca de los beneficios y las limitaciones que tiene el autoexamen de los senos (21).

Diversas investigaciones han demostrado que el autoexamen de los senos tiene una función menor en el descubrimiento del cáncer de seno al ser comparado con el descubrimiento accidental o fortuito de una masa o bulto en los senos, o simplemente con el ser consciente de lo que es normal en cada mujer. Algunas mujeres se sienten muy cómodas haciendo el autoexamen de los senos regularmente (por lo general, una vez al mes después del periodo menstrual), lo que demanda la realización de un procedimiento sistemático paso a paso con el fin de examinar la apariencia y palpar sus senos. Otras mujeres se sienten mejor simplemente observando y palpando sus senos en un método menos sistemático, por ejemplo, al bañarse o vestirse o realizándose esporádicamente un examen más completo. Realizarse el autoexamen de los senos de manera habitual permite a las mujeres saber cómo se sienten y lucen normalmente sus senos, así como palpar cualquier cambio en ellos. El diagnóstico precoz es, por tanto, una garantía importante del éxito en el tratamiento del cáncer de mama. En ese sentido, la mujer presta una relevante contribución al realizarse el auto-examen de las mamas mensualmente, por su capacidad de reconocer lo que es normal por la repetición sucesiva de la palpación de su mama, lo que hace más probable la detección de alteraciones.

En las mujeres que decidan hacerse el autoexamen de los senos, el profesional de la salud debe revisar, durante el examen físico, la técnica que ellas emplean para

hacerse el autoexamen de los senos. Es aceptable que las mujeres opten por no hacerse el autoexamen de los senos o no hacerlo de forma periódica. Sin embargo, si una mujer se realiza este examen de manera regular, por medio de la observación y la palpación, puede conocer el aspecto normal de sus senos y detectar con más facilidad cualquier signo o síntoma si se produce algún cambio, tal como el origen de una masa o protuberancia, hinchazón, irritación o formación de hoyuelos o hendiduras en la piel, dolor o retracción (contracción) de los pezones, enrojecimiento o escamosidad de los pezones o de la piel de los senos, o una secreción que no sea de leche materna (21).

En el departamento de Antioquia, se encontró que el porcentaje de mujeres a quienes se les ha enseñado como realizarse el autoexamen de los senos con el fin de detectar alteraciones fue del 85,67 %. Esta cifra fue mucho más alta en quienes tenían un nivel educativo más alto y también mayor entre quienes residían en zona urbana, no encontrándose diferencias significativas entre las edades. En la tabla N° 54 se puede inferir que al 15 % de las mujeres mayores de 25 años y residentes en el departamento, nunca se les ha enseñado este procedimiento.

Tabla N° 54. Mujeres a quienes se les ha enseñado como examinarse los senos o mamas para buscar bultos o alteraciones			
Variable	Categorías	n	%
Grupo de edad (años)	25 - 34	495	82,42
	35 - 44	470	88,09
	45 - 54	603	87,89
	55 - 64	519	84,01
Zona	RURAL	284	77,82
	URBANO	1803	86,91
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	67	71,64
	1. PRIMARIA	683	77,75
	2. SECUNDARIA	988	89,78
	3. ESTUD SUPERIORES	272	92,65
	4. POSGRADOS	36	94,44
	5. NS / NR	41	87,8
Total		2087	85,67

En la tabla N° 55 se puede observar como cerca del 11 % de las mujeres entre los 25 y los 64 años de edad, residentes en el departamento de Antioquia, o nunca se han realizado el autoexamen de senos o llevan más de un año sin hacérselo.

Tabla N° 55. Cuando se realizaron las mujeres el último autoexamen de senos							
Variable	Categorías	n	% Mujeres nunca se han realizado autoexamen	% Autoexamen hace un año o menos	% Autoexamen entre 1 y 2 años	% Autoexamen hace más de 2 años	% NS / NR
Grupo de edad (años)	25 - 34	495	19,19	70,71	5,66	2,42	2,02
	35 - 44	470	14,47	75,96	4,26	3,62	1,7
	45 - 54	603	13,1	75,46	4,15	4,81	2,49
	55 - 64	519	18,88	68,4	5,78	5,2	1,73
Zona	RURAL	284	23,24	67,61	4,23	3,17	1,76
	URBANO	1803	15,2	73,49	5,05	4,22	2,05
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	67	5,97	56,72	4,48	2,99	29,85
	1. PRIMARIA	683	4,69	65,01	4,39	2,34	23,57
	2. SECUNDARIA	988	5,36	76,11	4,45	1,92	12,15
	3. ESTUD SUPERIORES	272	2,94	84,56	1,47	1,47	9,56
	4. POSGRADOS	36	8,33	63,89	5,56	2,78	19,44
	5. NS / NR	41	7,32	73,17	4,88	0	14,63
Total		2087	4,94	72,69	4,07	2,01	16,29

Mamografía

Una mamografía es una radiografía (imagen de rayos X) de los tejidos dentro del seno. Por lo general, las mamografías pueden detectar un bulto en el seno antes de que éste pueda palparse. También pueden mostrar una agrupación de partículas muy pequeñas de calcio. Estas partículas se llaman microcalcificaciones. Los bultos o las partículas pueden deberse al cáncer, a células precancerosas o a otras causas.

Antes de que presente síntoma, una mujer debe realizarse mamografías de detección en forma periódica para detectar temprano el cáncer de seno:

- Las mujeres de 40 años y más deberán hacerse una mamografía cada uno o dos años.
- Las mujeres menores de 40 años y que tienen factores de riesgo de padecer cáncer de seno deberán preguntar al médico o al profesional de la salud si necesitan hacerse mamografías y con qué frecuencia.

Hacerse con regularidad una mamografía selectiva de detección de alta calidad y un examen clínico de los senos por un profesional médico son las formas más efectivas para detectar el cáncer de seno cuando empieza.

Tabla N° 56. Cuando se realizaron las mujeres la última mamografía							
Variable	Categorías	n	% Mujeres nunca se han realizado mamografía	% Mamografía hace un año o menos	% Mamografía entre 1 y 2 años	% Mamografía hace más de 2 años	% NS/NR
Grupo de edad	25 - 34	495	85,66	7,88	1,01	2,63	2,83
	35 - 44	470	75,74	13,62	3,62	4,47	2,55
	45 - 54	603	52,57	29,19	8,62	7,63	1,99
	55 - 64	519	33,33	40,08	11,18	13,87	1,54
Zona	RURAL	284	70,77	12,32	5,28	8,1	3,52
	URBANO	1803	59,29	25,07	6,49	7,15	2
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	67	67,16	14,93	2,99	10,45	4,48
	1. PRIMARIA	683	56,66	24,89	7,17	9,22	2,05
	2. SECUNDARIA	988	63,36	22,17	6,48	5,97	2,02
	3. ESTUD SUPERIORES	272	63,97	23,9	4,41	5,51	2,21
	4. POSGRADOS	36	50	25	5,56	16,67	2,78
	5. NS / NR	41	48,78	34,15	7,32	4,88	4,88
Total		2087	60,85	23,33	6,32	7,28	2,2

En el departamento de Antioquia, un 60 % de las mujeres entre 45 y 54 años, o nunca se les ha realizado una mamografía o llevan más de 2 años sin hacérsela y en el grupo de mujeres con edades entre los 55 y los 64 años al 47 % nunca se han realizado este examen o llevan más de dos años sin hacérselo (Tabla N° 56).

Citología vaginal

En cuanto a pruebas de tamizaje y detección temprana, la citología vaginal es la que más extendido tiene su uso a nivel mundial. Sin embargo, en el departamento de Antioquia, esta prueba de tamizaje nunca se la han realizado el 60 % de las mujeres entre los 25 y 64 años y un 13 % de las mujeres encuestadas llevan más de uno o dos años de no realizárselo (Tabla N° 57). El grupo etáreo por edad que presento más alta esta proporción fue de los 25 a 34 años, resultando un 85% quienes nunca se han realizado este examen. La tendencia con la edad es que entre más joven es la mujer mayor es la proporción de quienes nunca se han realizado la citología vaginal. Solo un 23 % de las mujeres encuestadas se habían realizado este examen en el último año o menos.

Tabla N° 57. Cuando se realizaron las mujeres la última citología vaginal							
Variable	Categorías	n	% Mujeres nunca se han realizado citología vaginal	% Citología vaginal hace un año o menos	% Citología vaginal entre 1 y 2 años	% Citología vaginal hace más de 2 años	% NS/NR
Grupo de edad (años)	25 - 34	495	85,66	7,88	1,01	2,63	2,83
	35 - 44	470	75,74	13,62	3,62	4,47	2,55
	45 - 54	603	52,57	29,19	8,62	7,63	1,99
	55 - 64	519	33,33	40,08	11,18	13,87	1,54
Zona	RURAL	284	70,77	12,32	5,28	8,1	3,52
	URBANO	1803	59,29	25,07	6,49	7,15	2
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	67	67,16	14,93	2,99	10,45	4,48
	1. PRIMARIA	683	56,66	24,89	7,17	9,22	2,05
	2. SECUNDARIA	988	63,36	22,17	6,48	5,97	2,02
	3. ESTUD SUPERIORES	272	63,97	23,9	4,41	5,51	2,21
	4. POSGRADOS	36	50	25	5,56	16,67	2,78
	5. NS/NR	41	48,78	34,15	7,32	4,88	4,88
Total		2087	60,85	23,33	6,32	7,28	2,2

Examen digital del recto

Cuando se habla de detección temprana se hace referencia a las pruebas que se realizan con la finalidad de encontrar una enfermedad, como el cáncer, en personas que no manifiesten síntomas de esa enfermedad. En algunos tipos de cáncer, las pruebas de detección pueden servir de ayuda para encontrar cánceres en estadios tempranos, cuando son más fáciles de curar (22).

Frecuentemente es posible encontrar el cáncer de próstata en sus estadios tempranos por medio del análisis de la cantidad de antígeno prostático específico o prueba de PSA, en la sangre. El cáncer de próstata también se puede encontrar durante un la realización del examen del tacto rectal, en donde el médico se coloca un guante para insertar un dedo en el recto y palpar la glándula prostática. Este examen es incómodo, pero no es doloroso y sólo toma poco tiempo realizarlo. Si los resultados de una de estas pruebas resultan anormales, se necesitan hacer pruebas adicionales para determinar si se trata de cáncer. Si se encuentra cáncer de próstata mediante las pruebas de detección PSA o tacto rectal, probablemente este cáncer se encuentre en una etapa inicial, que es más tratable que la etapa de un cáncer que no se hubiese detectado con estas pruebas (22). La tasa de mortalidad por cáncer de próstata ha disminuido desde que el uso de las pruebas de detección temprana del cáncer de próstata se ha vuelto bastante común (desde 1990). Sin embargo, aún no está claro si esta reducción es resultado directo de las pruebas de detección o es causada por otro factor, como mejoras en el tratamiento.

En el departamento de Antioquia, el examen de tacto rectal le fue practicado al 38,2 % de los hombres encuestados, mayores de 39 años (Tabla N° 58). Este examen le fue realizado en mayor proporción a los hombres residentes en la zona urbana (41 %) que a los residentes en zona rural (22,7 %). También se encontraron diferencias en el nivel educativo, ya que a medida que aumentaba el nivel educativo se encontraron proporciones más altas de la realización del

examen digital rectal y entre mayor era la edad de los hombres, a una mayor proporción de estos se les había realizado este examen.

Tabla N° 58. Hombres mayores de 39 años que les han realizado el examen de tacto rectal			
Variable	Categorías	n	%
Grupo de edad (años)	40 - 44	162	12,35
	45 - 54	426	36,85
	55 - 64	369	51,22
Zona	RURAL	145	22,76
	URBANO	812	41,01
Nivel de escolaridad	0. NINGUNO	46	17,39
	1. PRIMARIA	347	33,43
	2. SECUNDARIA	360	36,67
	3. ESTUD SUPERIORES	152	51,97
	4. POSGRADOS	38	55,26
	5. NS/NR	14	71,43
Total		957	38,24

MEDICIONES FÍSICAS

PRESIÓN ARTERIAL

Los valores de la presión arterial sistólica varían entre 72 y 244 mm Hg con una media de 124,1 mm Hg. Los valores de la presión arterial diastólica varían entre 36 y 165 mm Hg con una media de 73,8 mm Hg (Tabla N° 59).

La presión arterial aumenta claramente con la edad, pero este aumento es lento en las primeras décadas y se acentúa drásticamente a partir de los 50 años. La presión arterial es unas 3 – 6 unidades más alta en los hombres que en las mujeres tanto para la presión sistólica como para la diastólica. Si bien se trata de una diferencia pequeña, esta es consistente y significativa (Tablas N° 59 y 60).

La educación aparece como un posible factor protector. La presión arterial disminuye en la medida en que es más alto el nivel educativo. Esta disminución es más notable en la presión arterial sistólica, con una diferencia cercana a los 20 puntos entre el nivel educativo más bajo y el más alto (Tabla N° 59).

La proporción de personas que en el momento de la medición presentan la presión arterial alterada excluyendo aquellos con medicación para presión arterial elevada fue del 36,5 %, siendo esta proporción mayor en hombres (47 %) que en mujeres (31,5 %). (Tabla N° 61).

La proporción de personas que en el momento de la medición presentan la presión arterial alterada, incluyéndose aquellos que se encuentran recibiendo medicación para la presión arterial elevada fue del 17,5 %, siendo de igual manera, más alta esta proporción en las personas de sexo masculino (21,9 %) que en las de sexo femenino (14,3 %) (Tabla N° 62).

A un 21,9 % de los encuestados le han dicho alguna vez que sufre de la presión alta (25% en las mujeres y 17,5 % en los hombres. Este dato es cercano a la proporción de personas que en el momento de la medición presentaban la presión arterial alterada incluyéndose aquellos que se encontraban recibiendo medicación para la presión arterial elevada y equivale a casi la mitad de la proporción de

personas que en el momento de la medición presentaban la presión arterial alterada excluyéndose aquellos con medicación para la presión arterial elevada, que fue del 36,5 %.

Tabla N° 59. Promedios de las presiones sistólica, diastólica y del ritmo cardiaco							
		PROMEDIO PA SISTOLICA		PROMEDIO PA DIASTOLICA		PROMEDIO RITMO CARDIACO	
		n	Media	n	Media	n	Media
Zona	RURAL	505	126,5	505	74,5	505	77,5
	URBANO	3.075	123,7	3.075	73,7	3.075	79
Sexo	HOMBRE	1.493	127,9	1.493	75,3	1.493	77,4
	MUJER	2.087	121,4	2.087	72,8	2.087	79,8
Grupo de edad	25 - 29	489	117,9	489	69,7	489	79,8
	30 - 39	742	118,7	742	71,7	742	78,6
	40 - 49	979	123,4	979	74,8	979	78,7
	50 - 59	948	128,7	948	75,9	948	78,8
	60 - 64	422	132	422	75,4	422	78,4
Nivel académico	NINGUNO	120	130,6	120	75,2	120	76,8
	PRIMARIA	3	150,1	3	79,6	3	75,1
	PRIMARIA	1.127	126,8	1.127	74,8	1.127	78,5
	SECUNDARIA	1.638	122,4	1.638	73,3	1.638	79,2
	EST SUPER	547	122,6	547	72,9	547	78,8
	POSGRADOS	86	123,2	86	74,4	86	78,4
	NS/NR	59	123,2	59	72,5	59	80,2
	Total	3.580	124,1	3.580	73,8	3.580	78,8

Tabla N° 60. Proporción de personas con presiones arteriales sistólica y diastólica normales y alteradas									
		Presión arterial sistólica				Presión arterial diastólica			
		< 140		>= 140		< 90		>= 90	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Zona	RURAL	409	81,00	96	19,00	461	91,30	44	8,70
	URBANO	2615	85,00	460	15,00	2871	93,40	204	6,60
	Total	3024	84,50	556	15,50	3332	93,10	248	6,90
Sexo	HOMBRE	1205	80,70	288	19,30	1361	91,20	132	8,80
	MUJER	1819	87,20	268	12,80	1971	94,40	116	5,60
	Total	3024	84,50	556	15,50	3332	93,10	248	6,90
Grupo de edad	25 - 29	457	93,50	32	6,50	475	97,10	14	2,90
	30 - 39	692	93,30	50	6,70	710	95,70	32	4,30
	40 - 49	848	86,60	131	13,40	906	92,50	73	7,50
	50 - 59	740	78,10	208	21,90	864	91,10	84	8,90
	60 - 64	287	68,00	135	32,00	377	89,30	45	10,70
	Total	3.024	84,50	556	15,50	3.332	93,10	248	6,90
Nivel académico	NINGUNO	89	74,20	31	25,80	110	91,70	10	8,30
	PRIMARIA	1	33,30	2	66,70	3	100,00	0	0,00
	PRIMARIA	915	81,20	212	18,80	1040	92,30	87	7,70
	SECUNDARIA	1424	86,90	214	13,10	1532	93,50	106	6,50
	ESTUD SUPER	472	86,30	75	13,70	514	94,00	33	6,00
	POSGRADOS	76	88,40	10	11,60	79	91,90	7	8,10
	NS/NR	47	79,70	12	20,30	54	91,50	5	8,50
	Total	3024	84,50	556	15,50	3332	93,10	248	6,90

Tabla N° 61. PAS \geq 140 y/o PAD \geq 90 mmHg, excluyendo aquellos con medicación para presión arterial elevada

Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	n	%	n	%	n	%
25-34	6	50,00	14	21,43	20	30,00
35-44	13	38,46	54	20,37	67	23,88
45-54	67	38,81	130	27,69	197	31,47
55-64	114	52,63	221	37,10	335	42,39
25-64	200	47,00	419	31,50	619	36,51

Tabla N° 62. PAS \geq 140 y/o PAD \geq 90 mmHg, incluyendo aquellos con medicación para tensión arterial elevada

Grupo de edad (años)	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	n	%	n	%	n	%
25-34	378	12,96	495	5,05	873	8,48
35-44	320	17,81	470	7,23	790	11,52
45-54	426	23,24	603	16,25	1029	19,14
55-64	369	33,06	519	27,55	888	29,84
25-64	1493	21,90	2087	14,37	3580	17,51

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Las variables antropométricas que se consideran en el presente estudio con el fin de realizar una estimación del estado nutricional y los factores de riesgo que se asocian con la sobrealimentación, no dan cuenta de la acumulación específica de tejido adiposo en el organismo. No obstante se realizan algunos acercamientos a partir de ellas.

En la Encuesta Nacional de Salud Nutricional en Colombia (ENSIN 2010) (2), más de la mitad de la población de 18 a 64 años, presentó algún grado de exceso de peso, (51,2 %), de la cual e, 34,6 % se encontró en sobrepeso o pre-obesidad (IMC mayor o igual a 25,0 y menor o igual a 30) y el 16,5 % se encontró en el rango de obesidad (IMC mayor o igual a 30). A nivel nacional, el exceso de peso

fue más prevalente en mujeres que en hombres (55,2 % frente a 45,6 %), en especial la obesidad (20,1 % frente a 11,5 % respectivamente) siendo mayor a mayor edad. En la ENSIN 2010, los adultos de las áreas urbanas presentaron mayor exceso de peso con relación a los de las áreas rurales (52,5% frente a 46,9%)

Los niveles de sobrepeso y obesidad (Tabla N° 63) son ligeramente más altos en la población Antioqueña. Al menos el 56 % de la población excede los niveles de referencia comúnmente aceptados (Índice de masa corporal y relación cintura / cadera).

El valor del sobrepeso en la población Antioqueña es de 38,5 % global (Tabla N° 63), sin diferencias significativas entre los sexos o la zona de residencia. Sin embargo, en cuanto al sobrepeso si existen diferencias entre los grupos de edades, siendo más altos los valores de sobrepeso en las personas de más edad, lo que indica que con la edad, las personas tienen tendencia a aumentar de peso. Este proceso ocurre en forma continua desde la adolescencia hasta la edad adulta. El nivel educativo, en el sobrepeso no actúa en nuestra población como un factor protector, pues que no se encontraron diferencias significativas con respecto al sobrepeso entre los diferentes grupos.

Con respecto a la obesidad, el porcentaje de la población del departamento con esta condición fue del 18,4 %, (Tabla N° 63), con ciertas particularidades entre las variables estudiadas. Se presenta en mayor proporción en la zona rural (21,6 %) que en la urbana (17,8 %). También es más común en el sexo femenino (21,4 %) con relación al masculino (14,1 %) (Grafico N° 10). De igual manera la proporción de personas obesas es mayor entre las personas entre los 50 y los 64 años de edad (Grafico N° 11) y por último se comporta de manera contraria al sobrepeso en relación con el nivel educativo, ya que la obesidad tiene una prevalencia más alta entre las personas con nivel educativo más bajo (Grafico N° 12).

TABLA N° 63. CLASIFICACIÓN DEL IMC											
		- 18.5		18.5 - 22		22.1 - 25		25.1 - 30 (sobrepeso)		Más de 30 (Obesidad)	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zona	RURAL	4	0,80	80	15,80	127	25,10	185	36,60	109	21,60
	URBANO	34	1,10	462	15,00	838	27,30	1193	38,80	548	17,80
	Total	38	1,10	542	15,10	965	27,00	1378	38,50	657	18,40
Sexo	HOMBRE	15	1,00	251	16,80	438	29,30	578	38,70	211	14,10
	MUJER	23	1,10	291	13,90	527	25,30	800	38,30	446	21,40
	Total	38	1,10	542	15,10	965	27,00	1378	38,50	657	18,40
Grupo de edad	25 - 29	8	1,60	130	26,60	159	32,50	141	28,80	51	10,40
	30 - 39	5	0,70	115	15,50	219	29,50	276	37,20	127	17,10
	40 - 49	5	0,50	111	11,30	249	25,40	439	44,80	175	17,90
	50 - 59	12	1,30	126	13,30	220	23,20	376	39,70	214	22,60
	60 - 64	8	1,90	60	14,20	118	28,00	146	34,60	90	21,30
	Total	38	1,10	542	15,10	965	27,00	1.378	38,50	657	18,40
Nivel académico	NINGUNO	1	0,80	10	8,30	34	28,30	40	33,30	35	29,20
	PRIMARIA	17	1,50	160	14,20	278	24,60	436	38,60	239	21,20
	SECUNDARIA	12	0,70	270	16,50	442	27,00	627	38,30	287	17,50
	ESTUD SUP	4	0,70	80	14,60	174	31,80	222	40,60	67	12,20
	POSGRADOS	1	1,20	10	11,60	24	27,90	31	36,00	20	23,30
	NS/NR	3	5,10	12	20,30	13	22,00	22	37,30	9	15,30
	Total	38	1,10	542	15,10	965	27,00	1378	38,50	657	18,40

Grafico N° 10. Proporción de Índice de masa corporal en la población según sexo.
Antioquia 2011.

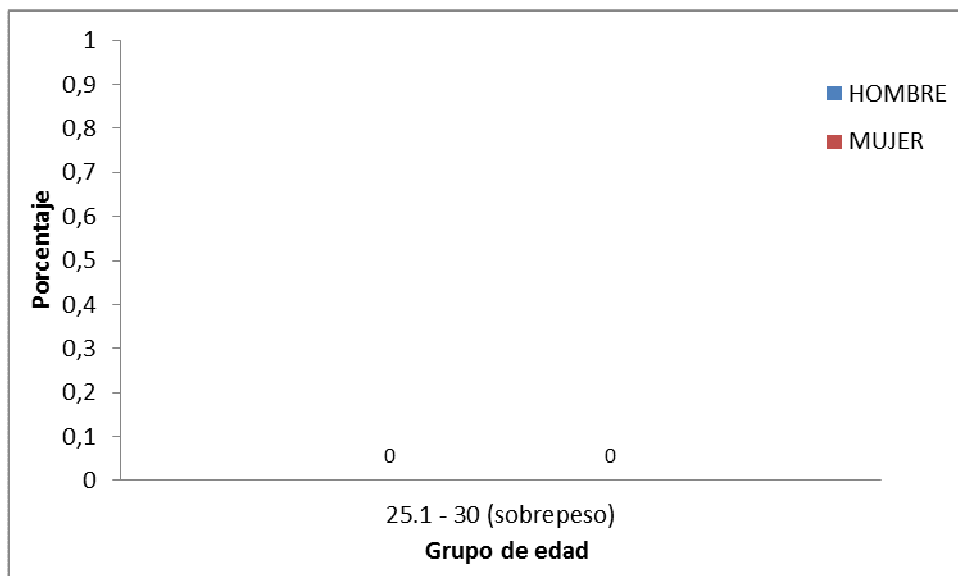


Grafico N° 11. Proporción del sobrepeso y la obesidad en la población según grupos de edad. Antioquia 2011.

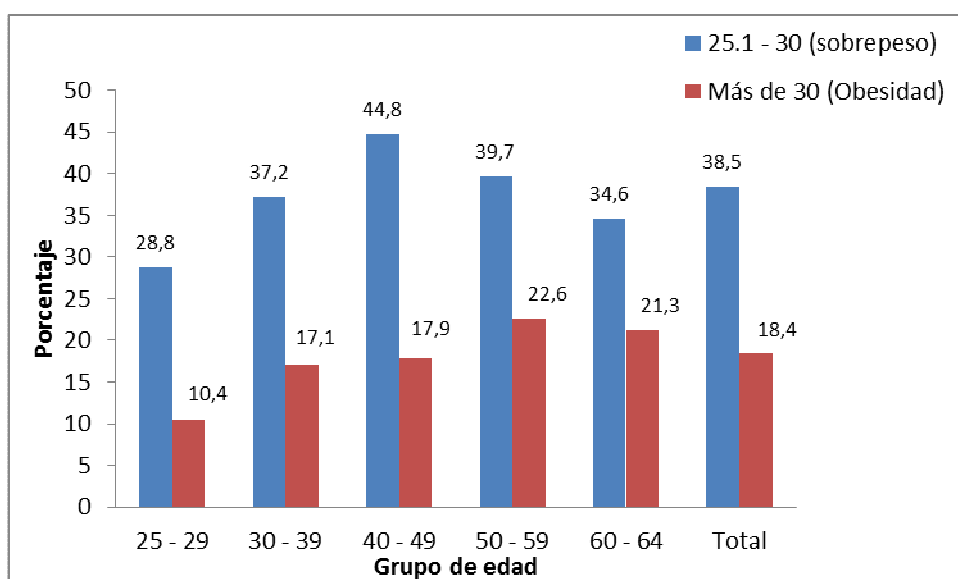
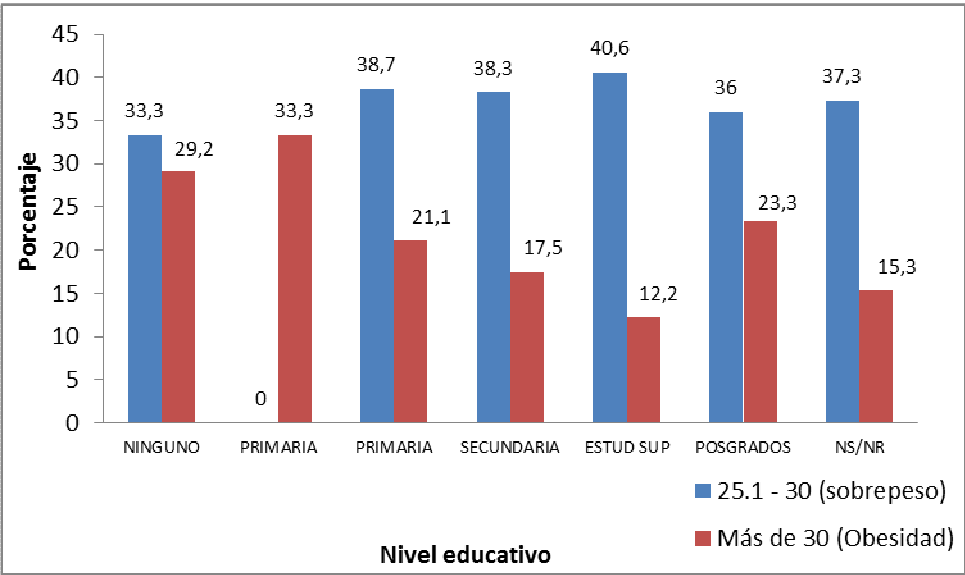


Grafico N° 12. Proporción del sobrepeso y la obesidad en la población según el nivel educativo. Antioquia 2011.



DISCUSIÓN

En el departamento de Antioquia, la proporción de personas que son sedentarias entre la población es muy alta, y ésta característica se encuentra aún más acentuada en el sexo femenino. Independientemente de que se indague sobre actividad física moderada o vigorosa o sobre cualquier clase de actividades asociadas con el ejercicio, ya sean estas de carácter laboral, recreativo o relacionadas con el deporte, la respuesta es mayoritariamente la misma: un gran porcentaje de los habitantes del departamento de Antioquia son sedentarios. 7 individuos de cada 10 no realizan actividad física en los niveles de intensidad y duración realmente necesarios para proteger la salud.

El sedentarismo se ha convertido en una característica que define a la sociedad actual. Somos una civilización que se caracteriza por ser sedentaria y llevamos camino de serlo cada vez más, a juzgar por los comportamientos sociales y culturales que hemos adquirido y que se han venido diseminando en la época contemporánea. Tanto las personas adultas, así como los jóvenes, han venido cambiando de manera progresiva sus hábitos de actividad física, dedicando cada vez más un mayor número de horas a ver la televisión, a sentarse delante del computador o, en el caso de los más jóvenes, a dedicarse a los videojuegos en su tiempo libre. La comodidad y la ausencia de esfuerzo de estas formas de entretenimiento superan el atractivo que pueda tener la actividad física, la cual se ha venido abandonando de manera progresiva a menos que se imponga una decidida concientización personal sobre el beneficio que para la salud tiene el deporte.

La falta de actividad física se encuentra muy arraigada desde las edades más tempranas y esto plantea aún mayores dificultades, pues el sedentarismo es un factor de riesgo modificable y que puede ser causa coadyuvante para el desarrollo de patologías de origen cardiovascular y otra serie de trastornos y enfermedades crónicas como son la diabetes mellitus tipo 2, cáncer (principalmente de colon y

mama) obesidad, hipertensión, osteoporosis, osteoartritis y depresión. Además la prevalencia del sedentarismo en la población del departamento de Antioquia (66%), es mayor que la de ningún otro riesgo modificable.

El sobrepeso y la obesidad también presentan prevalencias muy altas en la población del departamento de Antioquia, sin diferencia en los sexos en cuanto al sobrepeso, pero con relación a la obesidad, esta es más marcada en las mujeres. La acumulación en exceso de grasas seguramente se presenta como resultado del consumo excesivo de alimentos con alto contenido calórico y con altos contenidos de grasas saturadas, todo esto acompañado de un muy bajo egreso energético por la falta de actividades musculares intensas o vigorosas que permitan un gasto adecuado y conveniente del exceso de calorías ingeridas.

Factores de riesgo como sedentarismo, sobrepeso, obesidad y excesos en la alimentación surgen en la época contemporánea relacionados de manera directa con los estilos de vida de las personas, quienes en la sociedad urbana actual encuentran mayor accesibilidad a las comidas que vienen ya preparadas y además con menores exigencias de tipo físico tanto en las actividades laborales como en las del tiempo libre.

El consumo de frutas y verduras en la dieta diaria y semanal presenta cifras muy bajas. El hábito del consumo de estos alimentos, debe ser promovido de manera masiva y sistemática, resaltando la acción conjunta de todos sus componentes nutricionales, y más importante aún sería el logro en la disminución del consumo de otro tipo de alimentos a los que las frutas y verduras desplazarían o reemplazarían en su consumo.

En el departamento de Antioquia siete de cada diez personas han consentido en fumar, en cualquier momento de su vida y actualmente dos de cada diez lo hacen. Este hábito nocivo se viene a agregar a los otros condicionantes llevando a agravar aún más el perfil del riesgo global para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles, como las cardiovasculares y del pulmón o respiratorias. Deberán intensificarse los programas de prevención; estos tendrán que incluir

actividades de control sobre este comportamiento adverso que sumándose al consumo de alcohol, el cual también es más prevalente en la población de sexo masculino, nos llevan a determinar que los hombres se encuentran mayormente expuestos a factores de riesgo que tienen relación con los hábitos de consumo y las mujeres tienen una mayor predisposición a la exposición de factores de riesgo que se relacionan con el exceso de alimentación y la inactividad física.

La diabetes mellitus presenta prevalencia para ambos sexos y globales relativamente elevadas en comparación con la prevalencia nacional y es una de las más altas, si se comparan con los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2007 por departamentos. Otros factores de riesgo tales como la hipertensión arterial presentan prevalencias con valores similares a otros departamentos del país y deben ser también tenidas en cuenta si se quieren conseguir disminuciones en las prevalencias de los factores de riesgo para las ECNT

Se debe hacer notar un dato muy importante y es el hecho de que en la medida que aumenta la edad se presenta un incremento en las prevalencias en los diferentes factores de riesgo estudiados. Este proceso considerado como “natural” podría verse disminuido e inclusive revertirse esta situación al exponer al organismo a factores de tipo protector tales como estilos de vida saludable, es decir, realizar actividad física de manera regular, llevando una alimentación saludable e insistiendo en la cesación de los hábitos de consumo perjudiciales para la salud.

Una fortaleza que se debe resaltar y que se encontró de manera reiterada en el presente estudio, al igual que es mencionado en otros similares, es el efecto que tiene como factor protector la educación en las personas, el cual está completamente relacionado y vinculado con la mayoría de los factores de riesgo, lo que da una idea del inmenso potencial y valor agregado que debe tenerse en cuenta al momento de ejecutar intervenciones de carácter preventivo en la colectividad y al desarrollar programas de impacto en salud pública relacionados con las enfermedades crónicas no transmisibles.

CONCLUSIONES

La población residente en el departamento de Antioquia se encuentra hoy en día expuesta a una diversidad de factores de riesgo que la hacen más vulnerable a las patologías conocidas como las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Cuatro de estos factores de riesgo se nos presentan como los de mayor impacto sobre la población por su elevada frecuencia: la falta de actividad física o sedentarismo (66,9 %), el sobrepeso y la obesidad (56,9 %), la diabetes (6,15 %) y el muy bajo consumo diario de frutas y verduras al día (1,4 porciones/día). Cerca del 70 % de las personas residentes en el departamento fumó o ha consentido en fumar en algún momento de su vida. La hipertensión arterial se presenta en un 21,9 % de la población. También se presenta una alta prevalencia en el consumo de alcohol.

La prevalencia con la que se presentan en la comunidad este grupo de factores de riesgo para las Enfermedades Crónicas no Transmisibles es lo que los hace aún más determinantes y categóricos para la Salud Pública del departamento.

La importancia adquirida por los factores de riesgo asociados al desarrollo de las ECNT y las opciones concretas de prevención que presentan, los ubican como prioritarios, e indican que es urgente tomar acción para enfrentarlos. Esta prioridad se ve refrendada por los resultados de los diferentes estudios relacionados con el tema y adelantados en el país, que demuestran que la prevalencia de los factores de riesgo mencionados es muy alta en la población adulta del departamento. Estos factores tienen una muy estrecha relación con el estilo de vida que las personas llevan en sus comunidades y hacen parte de una cadena de eslabones en una secuencia lógica de hechos que fisiopatológicamente pueden degenerar en la aparición de este tipo de enfermedades, que hoy en día se han constituido en la primera causa de muerte y enfermedad en el departamento de Antioquia.

Con base en los informes anuales que se vienen presentando por parte de los entes territoriales, como lo son, por ejemplo, los indicadores básicos, podemos

afirmar que las tasas de mortalidad y morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles continuaran en ascenso, a menos que se decidan tomar medidas que permitan corregir esta situación y más aún, a sabiendas de que cuando en otras comunidades se han tomado este tipo de medidas preventivas, de control y de promoción, han demostrado ser efectivas y eficaces.

Se debe realizar una intervención amplia de base comunitaria que involucre dos estrategias básicas relacionadas con la prevención: la estrategia poblacional y la estrategia de alto riesgo. La estrategia poblacional busca realizar intervenciones en la población general pretendiendo que toda ella se desplace hacia una situación más favorable. La estrategia de alto riesgo, en cambio, busca identificar grupos con riesgo elevado y realizar en ellos acciones más intensivas. Este tipo de intervenciones, u otras similares se nos presentan hoy en día como una necesidad urgente con el fin de mitigar o detener el ascenso en las tasas de mortalidad y morbilidad, y las diferentes mediciones que se han realizado en el presente estudio podrían servir de línea basal para que en el corto y mediano plazo se realicen evaluaciones del impacto que habrán tenido los programas que decidan adelantarse a nivel comunitario en el departamento.

RECOMENDACIONES

1. Implementar la estrategia Steps como mecanismo de vigilancia epidemiológica en el departamento de Antioquia, adaptándola al entorno. La base de la prevención de las enfermedades crónicas continúa siendo la identificación de los principales factores de riesgo, su prevención y control. Esta metodología es de gran ayuda, ya que por medio de ella se logra la recopilación de datos coherentes en la región evaluada, permite hacer comparaciones en el transcurso del tiempo y es útil para vigilar y evaluar las intervenciones en toda la población.
2. Se hace ineludible continuar e intensificar las estrategias de sensibilización tanto a grupos comunitarios como a los individuos con relación a la magnitud y amenaza del problema relacionado con las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, primordialmente por su característica de enfermedades esencialmente mortales y de alta discapacidad, por el incremento que presentan en sus tendencias, por sus elevadas tasas de prevalencia en la población antioqueña y por la oportunidad que tienen este tipo de patologías de eventualmente poder ser detenidas y controladas.
3. Instituir un programa de priorización de alternativas que han ser planteadas con el fin de seleccionar un orden de importancia, con el objetivo de que las intervenciones comunitarias e individuales se ejecuten de una manera ordenada y efectiva. Con respecto a la prevalencia, los factores de riesgo más críticos son el sedentarismo, el consumo de alcohol, la diabetes mellitus, el sobrepeso y la obesidad y el bajo consumo de frutas y verduras.
4. Con respecto al sedentarismo y los bajos niveles de actividad física, en las categorías de formación deportiva, recreativa y en el trabajo, se hace necesario desarrollar e intensificar programas y proyectos de colaboración y participación con una extensa base social con el fin de incrementar los niveles de actividad física en la población del departamento.

5. Desarrollar estrategias orientadas específicamente a darle a la comunidad las herramientas suficientes y necesarias en el tema de alimentación y nutrición saludable, las cuales deberán ir encaminadas a armonizar de manera creativa tres aspectos básicos en el tema, como son: los gustos personales, la cultura gastronómica de la región antioqueña y así mismo que se tengan en cuenta las evidencias científicas más actualizadas en el tema de los factores tanto de riesgo como de protección de la alimentación.
6. En los aspectos relacionados con el tabaquismo, se deben realizar campañas que tengan en cuenta los aspectos legislativos, informativos, educativos, atención terapéutica, actividades de formación al personal de la salud y actividades de investigación, además de reforzar las campañas de espacios libres de humo la cual es una estrategia fundamental de participación y sirve de apoyo a todas las anteriores.

Si se emprenden iniciativas comunitarias, es importante organizar la comunidad, evaluar su capacidad e identificar en el periodo de su desarrollo, los individuos y las organizaciones interesadas en apoyar los objetivos del proyecto relacionados con el tabaquismo. El tabaquismo necesita ser reconocido por la comunidad como un tema importante. Se recomienda fuertemente reclutar miembros de la comunidad con aptitudes para el trabajo con grupos diversos y para la educación sanitaria, como personal de las coaliciones y de los grupos de tareas y para supervisar la puesta en práctica de los programas. Integrar las coaliciones demora varios meses y un año o más para que lleguen a ser agentes de cambio efectivos en su comunidad. Las intervenciones para reducir el tabaquismo entre los adultos necesitan ser mantenidas por varios años, por lo que los recursos para el abandono del hábito de fumar y para el apoyo para permanecer sin fumar deben estar fácilmente disponibles en toda la comunidad y se deben desarrollar estos servicios si fuera necesario. El uso de los medios masivos de comunicación (impresos, radio y televisión) es especialmente útil para modelar el cambio de comportamientos, y para cambiar las normas de la

comunidad en cuanto a fumar. Es también importante incluir, adiestrar y prestar servicios de remisión para el abandono del hábito de fumar y recursos a los profesionales de la salud. El suministro del tratamiento de reemplazo de nicotina u otro fármaco eficaz para ayudar a los fumadores a que dejen de fumar, a poco o ningún costo, está tornándose cada vez más importante (23).

7. Organizar, promover y desarrollar campañas en el ámbito comunitario que tengan como finalidad la detección, control y prevención de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, reforzando las ya existentes.
8. Implementar programas relacionados con el consumo de alcohol que tengan como objetivo el facilitar un adecuado enfoque del fenómeno del uso y el abuso del alcohol y dotar de estrategias de intervención que permitan el actuar como agentes educativos dentro de los espacios comunitarios y familiares, enmarcando las actividades dentro del ámbito de la educación para la salud, identificación de los factores de riesgo, con información clara y acertada sobre lo que es el alcohol y sus efectos, identificación de los factores de protección frente al consumo de alcohol, conocer y potenciar los factores de protección en los más jóvenes, dar a conocer las formas y modos de participar en diversos entornos, como comunidad, escuelas, colegios y universidades como ámbitos de prevención y por último, analizar cómo se deben abordar los problemas que genera el alcohol.
9. Implementar la creación y el desarrollo de una alianza contra la obesidad que tenga en cuenta los siguientes aspectos: capacitación para facilitar una alimentación saludable e inocua, campañas de comunicación social sobre actividad física y alimentación saludable, acciones tendientes a elevar el nivel de actividad física, acciones que permiten una alimentación saludable; este plan debe contar con indicadores de evaluación que permitan evaluar su efectividad en el tiempo.

10. Deben diseñarse indicadores positivos de salud, que sean válidos y aplicables, los cuales deben ser difundidos con el fin de que se logre un adecuado seguimiento a los avances que vayan presentando los diferentes programas de promoción y prevención de las ECNT en el departamento y los datos de la presente investigación podrían ser útiles en la formulación y defensa de la política de las ECNT y su plan de acción en Antioquia.

BIBLIOGRAFIA

1. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Iniciativa para liberarse del tabaco. [Sitio de internet]. Disponible en: [http:// www. who. int/tobacco /healt _priority/es/index.html](http://www.who.int/tobacco/health_priority/es/index.html) Consulta: 2 de diciembre de 2011.
2. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados por Departamento: Antioquia. [Sitio de internet]. Disponible en: [http:// www .minproteccionsocial .gov.co/salud/Documents /Antioquia.pdf](http://www.minproteccionsocial.gov.co/salud/Documents/Antioquia.pdf) Consulta: 2 de diciembre de 2011.
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Nota descriptiva N° 349 del Alcohol. [Sitio de internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/index.html> Consulta: 2 de diciembre de 2011.
4. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Documento de la OPS- Alcohol y Salud Pública en las Américas. Un caso para la acción. 2007. [Sitio de Internet]. Disponible en: [http://www.paho.org/Spanish /DD /PIN / A &SP.pdf](http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/A&SP.pdf) Consulta: 3 de diciembre de 2011.
5. Ministerio de la Protección Social. Biblioteca de salud Pública. Biblioteca Virtual para la Vigilancia en Salud Pública en Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia – 2008. Informe final. [Sitio de internet]. Disponible en: [http://www.bvs-vspcol. Bvsalud .org / php / index.php](http://www.bvs-vspcol.Bvsalud.org/php/index.php) Consulta: 5 de diciembre de 2011.
6. Ortega RM, Requejo AM, Andrés P, y Cols. El rombo de la alimentación. Guía útil en la planificación de dietas ajustadas a las pautas recomendadas. Nutr. Clin. 1998;16:35-43
7. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report a Joint FAO/WHO/ONU expert consultation. WHO. Technical report Series N° 916. Geneva. [Sitio de

internet]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/> Consulta: 6 de diciembre de 2011.

8. Lampe JW. Health effects of vegetables and fruits: assessing the mechanisms of action in human experiments studies. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999;70:S475-90
9. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Encuesta Nacional de Salud Nutricional ENSIN 2010. [Sitio de internet]. <http://www.icbf.gov.co/icbf/directorio/portel/libreria/php/03.030811.html> Consulta: 5 de diciembre de 2011.
10. Red Panamericana de Actividad Física RAFA-PANA. Recomendaciones Mundiales sobre Actividad Física para la Salud. Organización Mundial de la Salud OMS. 2010. [Sitio de internet]. http://www.rafapana.org/files/attachments/248_Guias%20de%20Actividad%20Fisica%20OMS%202010%20version%20Espanolpdf.pdf Consulta: 6 de diciembre de 2011.
11. Pate R R, Pratt M, Blair S N, Haskell W L, et al. Physical Activity and the Public's Health: A Recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995; 273:402-407.
12. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet.* 2005 Jan 15-21;365(9455):217-23.
13. Chobanian AV, Barkis GL, Black HR et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *Jama.* 2003 May 21;289(19):2560-72
14. McGuire HL, Svetkey LP, Harsha DW et al. Comprehensive lifestyle modification and blood pressure control: a review of the PREMIER trial. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2004. Jul;6(7):383-90.
15. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Indicadores básicos de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2011. [Sitio de Internet]. de la Organización Panamericana de la Salud. <http://new.paho.org/hq/index>.

php?option=com_content&task=view&id=1512&Itemid=1663 Consulta: 9 de Diciembre de 2011.

16. Secretaría de salud. Alcaldía de Medellín. [Sitio de internet]. Consultada el 2 de Diciembre de 2011. Diagnóstico del riesgo cardiovascular global. Evaluación de su impacto poblacional. Medellín y sus corregimientos 2007-2008. [Sitio de internet]. <http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal%20del%20Ciudadano/Salud/Secciones/Publicaciones/Documentos/2009/Diagnostico%20Riesgo%20Cardiovascular.pdf> Consulta: 4 de diciembre de 2011.
17. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Diabetes: Disease on the Rise in the Americas. [Sitio de internet]. http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6182&Itemid=259 Consulta: 12 de diciembre de 2011.
18. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CÁNCER. Global cancer statistics. Globocan 2008. [Sitio de Internet]. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=900> Consulta: 13 de diciembre de 2011.
19. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CÁNCER. Global cancer statistics. Globocan 2008. [Sitio de Internet]. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=992> Consulta: 13 de diciembre de 2011.
20. INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CÁNCER. Global cancer statistics. Globocan 2008. [Sitio de Internet]. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=170> Consulta: 13 de diciembre de 2011.
21. American Cancer Society. Guía detallada del cáncer de seno. [Sitio de internet]. <http://www.cancer.org/Espanol/cancer/cancerdeseno/Guía%20detallada/cancer-de-seno-inicial-deteccion> Consulta: 7 de diciembre de 2011.
22. American Cancer Society. Guía detallada del cáncer de próstata. [Sitio de internet]. <http://www.cancer.org/Espanol/cancer/Cancerdeprostata/Guía%20de>

tallada/cancer-de-prostata-early-detection Consulta: 7 de diciembre de 2011.

23. Biblioteca Cochrane Plus. Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. Intervenciones comunitarias para reducir el tabaquismo en adultos (Revisión Cochrane traducida). [Sitio de internet]. <http://www.update-software.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD001> 745
Consulta: 12 de diciembre de 2011.

Glosario

Actividad física moderada

Ejercicio físico que involucra una baja proporción de masa muscular en el individuo y que se realiza a intensidades medias, con poca o moderada agitación cardiovascular y respiratoria. Ocasionalmente activa la sudoración, ej.: caminar, baile lento, natación o ciclismo recreativo, gimnasia de bajo impacto, etc.

Actividad física vigorosa

Esfuerzo físico que involucra una buena proporción de masa muscular en el individuo y que se realiza con una intensidad capaz de agitar los sistemas cardiovascular y respiratorio, por lo general induce a sudoración, ej.: trotar, baile moderno, correr, subir escalas, caminar rápido, ascender en bicicleta, etc.

Aleatorización

Proceso estadístico que busca seleccionar muestras completamente al azar, es decir, eliminando la influencia de factores que alteren la representatividad. Se considera un factor de calidad y validez de los datos cuando se garantiza que la muestra sea lo más parecida cualitativamente a la población total.

Antropometría

Medición de características corporales tales como longitudes, pesos, diámetros, circunferencia, pliegues, etc. Las medidas corporales son indicadores útiles para el análisis del estado nutricional, el crecimiento, el desarrollo y la composición corporal de los seres humanos.

Colesterol

Sustancia química perteneciente al grupo de los lípidos que en los seres humanos es precursora de ácidos biliares y hormonas esteroideas. Es un constituyente clave de las membranas celulares, condicionando su fluidez y permeabilidad. La

mayor parte se sintetiza en el hígado, pero cierta proporción se absorbe de fuentes dietéticas. Se transporta en el plasma por lipoproteínas específicas. El colesterol puede acumularse anormalmente en los ateromas vasculares y en los cálculos biliares.

Demografía

Disciplina técnica que estudia o describe información relacionada con todos los hechos vitales de una población, tales como: número de habitantes, sexo, edad, educación, estrato socioeconómico, ocupación, credo religioso, estado civil, nacimientos, defunciones, indicadores sociales, etc.

Diabetes

Enfermedad metabólica, estrechamente relacionada con la obesidad, que implica alteraciones en la función de la insulina, por lo cual el organismo no incorpora eficientemente la glucosa a los procesos energéticos intracelulares. La hiperglicemia es el rasgo característico de los diabéticos sin tratamiento.

Enfermedad crónica

Afectación de la salud que se desarrolla muy lentamente en el organismo, y que acompaña a las personas a través de los años, causando sufrimiento, incapacidad, hasta que al final sobreviene la muerte. Las enfermedades crónicas implican altos costos para los sistemas de prestación de servicios de salud de todos los países. Las enfermedades cardiovasculares están consideradas como las enfermedades crónicas que más mortalidad generan en el mundo.

Factor de riesgo

Característica que se asocia con una mayor frecuencia de patologías, es decir que cuando está presente se aumenta la probabilidad de que ocurran eventos desfavorables para la salud, tales como enfermedad, incapacidad o muerte.

Hipertensión arterial

Elevación de la presión sanguínea por encima de los valores de referencia tanto para la presión sistólica como para la diastólica. Se suele considerar como hipertenso a quien tiene la PAS mayor de 140 mmHg o la PAD mayor de 90 mmHg, o quien tiene ambas presiones aumentadas.

Índice de masa corporal

(IMC = peso / estatura²), también llamado índice de Quetelet en honor a la persona que lo propuso, hace más de cien años. Es igual al peso corporal (en Kg) dividido por la estatura (en metros) elevada al cuadrado. Es un indicador ampliamente utilizado para estudiar el sobrepeso en los estudios poblacionales, aunque no distingue si el exceso de peso es por el aumento de la grasa, es decir, obesidad, o por aumento de la masa muscular como ocurre en los individuos que realizan trabajos físicos de fuerza.

Morbilidad

Es todo lo relacionado con la enfermedad. Con este término se designa a la descripción de los signos, los síntomas clínicos y en general todos los indicadores de salud pública relacionados con las consultas médicas, las urgencias, los egresos hospitalarios y la incapacidad. Hace alusión a los diversos tipos de enfermedad y sus consecuencias.

Muestra

Subconjunto de individuos o elementos que, tomados de una población, considera las características fundamentales de esta. Es como si fuera la misma población pero en un número o tamaño reducido. La ventaja de estudiar una muestra radica en la eficiencia, dado que se puede llegar a las mismas conclusiones pero con un ahorro considerable de recursos, tiempo y energía. El proceso que garantiza que una muestra sea representativa de una población se llama aleatorización.

Mortalidad

Se refiere a la muerte. Relaciona en general la descripción de las diversas causas de defunción en una comunidad, bien en términos absolutos o en tasas referenciadas a grupos poblacionales.

Pirámide poblacional

Ilustración gráfica que reporta la proporción de habitantes en una población según género y edad. El nombre de pirámide se adopta porque en la base del gráfico se acostumbra colocar a los más jóvenes, que son los grupos más numerosos, y en el vértice se coloca a los adultos mayores y ancianos, que suelen ser muy pocos.

Presión arterial diastólica

Presión sanguínea mínima alcanzada durante el ciclo cardiaco regular, fase de relajación o diástole. Suele considerarse alta cuando excede los 90 mmHg.

Presión arterial sistólica

Presión sanguínea máxima alcanzada durante el ciclo cardiaco regular, fase de contracción o sístole. Suele considerarse alta cuando excede los 140 mmHg.

Prevalencia

Proporción de casos de enfermedad que se registran en una población en un momento dado.

Riesgo

Probabilidad de que ocurra un hecho desfavorable para la salud. En epidemiología el riesgo suele medirse a través de las proporciones, las prevalencias o las tasas que se presentan en una determinada población, bien sea de enfermedad o de muerte.

Sedentarismo

Estado habitual en el cual se realiza muy poca actividad física, se evitan los esfuerzos y se prefieren la quietud y la vida contemplativa. Actitud que desdeña los deportes y las actividades físicas laborales o recreativas.

Sobrepeso

Exceso de tejido corporal por encima de las cantidades y las proporciones que se consideran normales. A pesar de que el peso corporal involucra componentes óseos, muscular, graso y visceral, lo que realmente se desea detectar es el exceso de grasa corporal, por lo tanto el exceso de peso global del organismo no es en realidad un indicador muy sensible y valido para diagnosticar obesidad.

Triglicérido

Compuesto consistente en tres moléculas de ácido graso esterificadas con glicerol. Es una grasa neutra sintetizada a partir de los hidratos de carbono para el almacenamiento en las células adiposas animales. Al someterla a hidrolisis enzimática libera ácidos grasos libres en la sangre.