

INTRODUCCIÓN

Entendiendo que la práctica de la formación médica debe identificar los desafíos del nuevo milenio procurando armonizar las características de la demanda de profesionales a las demandas de salud de la población, para tal efecto la oferta de profesionales de la Universidad Simón Bolívar se centra en la importancia de integrar la formación en atención primaria con un currículo donde diferentes disciplinas en forma conjunta aportan para el aprendizaje del estudiante y la relevancia del trabajo interdisciplinario en planificación para que esto se refleje luego en el aprendizaje conceptual de los estudiantes, el programa de medicina con el departamento de extensión de la Universidad establece en su currículo la transversalidad el Área de la Salud Pública, estudios de la Universidad de la Sabana (Colombia) realizó una presentación de la educación médica en Colombia destacando que los currículos deben tener el entorno como escenario de aprendizaje, el aprendizaje basados en proyectos y la utilización de nuevas tecnologías. Se señala la importancia de promover la investigación en atención primaria en salud APS para darle visibilidad a las actividades de los profesionales involucrados en docencia provenientes de la APS, Francisco Lemus julio del 2008 de tal manera que un enfoque opcional integral de atención en salud, ha cobrado real vigencia e importancia durante los últimos treinta años y que por que tanto es aun mucho lo que hay por descubrir en torno a su accionar.

Consideramos convenientes luego del estudio profesional de ella, plantear por intermedio del programa los diferentes mecanismos que garanticen el ejercicio práctico y ameno de la misma, así como fundamental el cuerpo de la ciencia con nuevas estrategias que garanticen este y otros nuevos objetivos que resulten.

Los cierto es que su implementación produce modificaciones positivas en la forma contenido y la práctica de la atención en salud, consecuentemente en la calidad de vida de los intervenidos.

Abriendo estas intenciones entre otras nos decidimos efectuar el ejercicio práctico de implementar un programa dirigido al adulto mayor entendiendo que el proceso de envejecimiento genera implicaciones que se traducen en ciertos declives a nivel estructural, que disminuyen la viabilidad funcional del organismo, pero que no corresponden necesariamente a un deterioro que involucre alteraciones de índole patológica.

Por lo tanto, no sería correcto considerar las alteraciones de la salud como inherentes a la vejez, ya que la vejez, no es una condición patológica.

En espera de lograr, mediante este ejercicio las bases para consolidar hacia el futuro los elementos necesarios que garanticen luego de su implementación el sostenimiento y continuidad del mismo de un programa dirigido al adulto mayor enfocado en enfermedades crónicas no transmisibles ECNT.

Se estima que en América latina cada año las enfermedades cardiovasculares son la causa de muerte de 800.000 personas, de allí la importancia de hacer frente a este flagelo y de estudiar los factores de riesgo relacionados con estas patologías.

En América Latina se desarrolló el estudio Carmela (Cardiovascular Risk Factors Multiple Evaluation in Latin America), el cual no sólo busca confeccionar un estado de situación de los factores de riesgo vascular habituales (hipertensión arterial, diabetes, dislipemias, obesidad, tabaquismo, sedentarismo), sino que también indagará sobre el impacto de ciertos factores socioeconómicos sobre la salud cardiovascular y el nivel de consulta, de tratamiento y de adherencia a los tratamientos de los males que la ponen en jaque.

Los altos índices de Hipertensión Arterial, Colesterol y Tabaquismo observados entre los latinos del estudio epidemiológico más grande realizado hasta hoy en América latina identifican a Buenos Aires como la ciudad de la región cuyos habitantes presentan un riesgo más elevado de sufrir un infarto u otro trauma vascular. El alerta surge del estudio Carmela que evaluó la predominancia de los factores de riesgo cardiovascular en un total de 11.550 adultos de siete ciudades

de América latina: Barquisimeto, Bogotá, Buenos Aires, Lima, México DF, Quito y Santiago de Chile.

Resultados preliminares arrojan estos datos:"En Buenos Aires, el 12,1% de las personas de entre 25 y 64 años presentaron un riesgo cardiovascular elevado según el score de Framingham [escala internacional para valorar ese riesgo], lo que significa que tienen un riesgo superior al 20% de padecer un infarto o un accidente cerebrovasculares en los próximos 10 años.

"Tenemos el riesgo más alto de aterosclerosis, medido por el espesor de las paredes de la arteria carótida, que fue el más grueso de todas las ciudades - agregó-. Teniendo en cuenta que la aterosclerosis empeora con el tiempo, es preocupante descubrir que nuestros jóvenes tienen un riesgo semejante al de personas mayores de las otras ciudades del estudio." ¹

De esta manera, uno de los efectos colaterales no esperados de ese tránsito epidemiológico del país aunado al estilo de vida al problema ambiental se constituye la ECNT la epidemia del siglo XXI: las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en el Adulto (ECNT): obesidad, diabetes, hipertensión, dislipidemia, cáncer, patologías cardiovasculares, respiratorias, trastornos Neuropsiquiátricos lesiones músculo-esqueléticas (osteoporosis, tendinitis y lumbago). Se trata de enfermedades de larga gestación (entre 20 a 30 años). Sus principales causas son hábitos 17 no saludables: alimentación desequilibrada, inactividad física, falta de rutinas de higiene de sueño, bajo control del estrés y abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Ellas no sólo merman la calidad de vida de los individuos afectados, sino que aumentan la incidencia de muertes prematuras y tienen efectos económicos importantes y subestimados por las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Constituyen una epidemia mundial que afecta a hombres y mujeres por igual. Sin embargo, sólo un 20%¹⁸ de las muertes por ECNT se producen en los países de

¹ Estudio Carmela (Cardiovascular Risk Factors Múltiple Evaluation in Latin America) 2007

altos ingresos, mientras el 80% se registran en los países de ingresos bajos y medios, donde vive la mayor parte de la población mundial, constituyendo una causa subestimada de pobreza y dificultad en el desarrollo económicos de esos países, como es el caso de Colombia.

Se calcula que cada año, como mínimo, 2,6 millones de personas mueren a consecuencia de su sobrepeso u obesidad, 4,4 millones mueren como resultado de niveles de colesterol total elevados, 7,1 millones mueren por una tensión arterial elevada y 4,9 millones mueren debido al tabaquismo. Asimismo, el sedentarismo es responsable de un 10 a 16% de los casos de cáncer de pecho y colon, y del 22% de las enfermedades cardiovasculares¹⁹. Si a la inactividad se suma una mala alimentación, un sueño y descanso insuficiente, síntomas de estrés y uso de drogas, el individuo aumenta 1,5 veces el riesgo de sufrir accidentes vasculares y duplica sus posibilidades de contraer cualquier tipo de cáncer.

Esto permite proyectar que 388 millones de personas morirán en los próximos 10 años a causa de ECNT y que si no se toman medidas urgentes al respecto, de los 64 millones de personas que se estima fallecerán en 2015, 41 millones lo harán por ECNT. Las repercusiones macroeconómicas serán sustanciales. Países como China, Rusia e India podrían ver recortada su renta nacional en una cantidad situada entre los \$ 200.000 millones y los \$ 550.000 millones durante los próximos 10 años de resultante de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares y diabetes. China sola perderá \$558.000 millones durante la próxima década por concepto de ECNT.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud en Colombia muestran los siguientes resultados dados por la mortalidad y distribución de las patologías descritas dentro de las cardiovasculares.

**CAUSA DE MORTALIDAD DE ORIGEN CARDIOVASCULAR EN HOMBRES, COLOMBIA
2005. Tasa por 100.000 habitantes.**

DE 45 A 64 AÑOS	MUERTES	%	TASA
Enfermedades isquémicas del corazón	3.520	16,6	107,3
Enfermedades cerebrovasculares	1.367	6,4	41,7
Diabetes mellitus	885	4,2	27,0
DE 65 AÑOS Y MAS	MUERTES	%	TASA
Enfermedades isquémicas del corazón	10.610	21,2	867,1
Enfermedades cerebrovasculares	4.579	9,1	374,2
Diabetes mellitus	2.089	4,2	170,7
DE 45 A 64 AÑOS	MUERTES	%	TASA
Enfermedades isquémicas del corazón	1.800	12,5	50,6
Enfermedades cerebrovasculares	1.297	9,0	36,4
Diabetes mellitus	958	6,7	26,9
DE 65 AÑOS Y MAS	MUERTES	%	TASA
Enfermedades isquémicas del corazón	9.389	19,2	643,6
Enfermedades cerebrovasculares	5.746	11,8	393,8
Diabetes mellitus	3.016	6,2	206,7
Enfermedades hipertensivas	2.411	4,9	165,3

1. POBLACIÓN OBJETO:

Pacientes pertenecientes al área de influencia donde la Universidad a través del programa de extensión ejerce el compromiso y el ideal de proyectar los servicios de educación con articulación de servicios y comunidad en la población adulto mayor en ECNT con los siguientes factores de inclusión : dos o más factores de riesgo cardiovasculares y/o la presencia de estas patologías de Base: Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedad Arterial Coronaria, Enfermedad Cerebrovasculares, Enfermedad arterial periférica, Dislipidemia e Índice de Masa Corporal mayor o igual a 25 Kg. /m² , Cáncer, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Reducir la Morbimortalidad derivada de las ECNT Enfermedades Crónicas no Trasmisibles mas prevalentes en nuestro medio a saber : Hipertensión arterial, Diabetes, Enfermedad arterial coronaria, Enfermedad cerebrovascular, Dislipidemia y las relacionadas con el sobrepeso, la obesidad y el Cáncer.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.2.1 Disminuir los factores de riesgo asociados a las principales causas de morbimortalidad encontradas.

2.2.2 Establecer un programa continuo en acciones de promoción y prevención a la comunidad en general, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico encontrado y los factores de riesgos ambientales.

2.2.3 Fomentar la participación intersectorial en torno a las acciones del programa de ECNT.

2.2.4 Implementar un programa, con misión integral y Multidisciplinaria.

2.2.5 Proporcionar las herramientas necesarias a las familias intervenidas bajo un enfoque de riesgo y un enfoque poblacional las cuales se adoptan e implementan de acuerdo a las competencias de formación del programa de Salud Pública, a las líneas políticas establecidas por el Ministerio de la Protección Social, como principal responsable y gestor de las acciones dirigidas a mejorar las condiciones de salud en la población.

2.2.6 Disminuir la mortalidad en los pacientes con patologías y factores de riesgo cardiovasculares.

2.2.7 Aumentar la adherencia en los pacientes a la terapéutica instaurada por parte del programa de Riesgo Cardiovascular

2.2.8 Vincular a los pacientes y sus familias en un proceso de compromiso para el cuidado de su salud

2.2.9 Controlar los factores de riesgo cardiovascular modificables (Peso, Hipertensión arterial, Hemoglobina Glicosilada, Colesterol LDL, Colesterol HDL y Colesterol total, triglicéridos)

3. CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN DE LOS PACIENTES

3.1 Patologías de Base como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Enfermedad coronaria, Dislipidemia, Enfermedad Cerebrovascular, Síndrome Metabólico, Enfermedad arterial periférica, Sobrepeso, Cáncer, Obesidad y Enfermedades Obstructivas Crónicas.

3.2 La presencia de factores de riesgo modificables, de determinantes de salud alterados y condicionantes de salud que permitan mejorar el estado de salud de las comunidades intervenidas con ECNT para evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad:

a- Tabaquismo

b- Historia Familiar de enfermedad cardiovascular prematura Hombres menores de 55 años y mujeres menores de 65 años.

c- Edad: Hombres > de 45 años y Mujeres > de 55 años.

d- Colesterol HDL menor de 40 mg /dl.

e- Sedentarismo

f- Circunferencia Abdominal. Hombres mayores de 90cm y mujeres mayores de 80 cm.

g- Dieta rica en grasa sodio y rica en azucares refinados

4. JUSTIFICACIÓN

Durante los últimos años por diferentes motivos, se han gestado múltiples movimientos encaminados a mejorar las prácticas de asistencia en salud y en general la conceptualización de la salud.

A nivel mundial, a consecuencia de esta situación se han elaborado documentos como la carta de Ottawa y la Agenda 21 que han definido los lineamientos en Salud Pública que permitan alcanzar hacia el futuro un espacio de bienestar general amplio para los habitantes de este mundo.

En Colombia gracias al respaldo de estas entidades y a consecuencia también de varios ajustes legales, tales como la Ley 10,60 y 100 se han ido trazando las pautas a seguir para el mejoramiento de la calidad de vida, a través de estrategias de prevención y promoción primordialmente con énfasis integral y a través del respaldo intersectorial.

Pero para cumplir con estos propósitos debe ser incluido un nuevo enfoque para considerar, entre otros la integralidad en la atención y en la cobertura familiar. La integralidad en sus variados ejes además de considerar a la persona como un ser bio-psicosocial, cultural, espiritual, lo contempla en su interacción con la

familia, la sociedad y el entorno en el cual vive. La integralidad incluye el promover la salud, en mantenerla, en recuperarla y rehabilitarla cuando se ha resquebrajado y cuando se ha perdido, y cuando llega la muerte se debe ayudar a los familiares para superar esa pérdida.

La Unidad Familiar, cualquiera que sea su conformación como unidad social básica tiene un rol sustancial en la conservación de la salud o en la generación de la enfermedad según la dinámica que maneja su interior, además cada individuo como ser perteneciente a un grupo familiar, tiene responsabilidad de su propio cuidado y potencia de manera positiva o negativa los recursos que ese grupo como colectivo tiene a su interior y generar con su comunicación y contacto al exterior de su núcleo.

En este marco, la Salud Familiar, entra a jugar un rol fundamental el tener la Ley 100 un enfoque hacia la salud dentro del proceso vital humano, el cual incluye la vida, la muerte, la salud y la enfermedad.

Los cambios con la Ley 100 deben buscarse más allá del elemento cuantitativo, aunque la cobertura del nuevo régimen de Seguridad Social en virtud de la familia deberá incrementarse substancialmente.

Los cambios cualitativos toman tiempo, pero requieren intervenciones más tempranas y planificadas para percibir su impacto de una manera tangible. Estos cambios están estrechamente relacionado con los procesos educativo, que buscan variar hábitos, costumbres, actitudes que en un momento dado pueden actuar como factores de riesgo en el proceso salud- enfermedad.

Por todo lo antes expuesto es más que justificado establecer los lineamientos técnicos administrativos que garantice hacia el futuro una proyección en salud familiar dentro de nuestra comunidad con un enfoque en APS implementando el programa de ECNT de nuestras comunidades.²

² Resolución 3384 por lo cual se modifican parcialmente las resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la resolución 1078 del 2000.

5. PROPÓSITO

Apuntado a la realidad institucional, social y comunitaria que nos atañe en la actualidad, mediante la estructuración y operativización del presente programa de ECNT, pretendemos ser ejemplo demostrativos que corrobore el hecho de que en la suma de esfuerzos organizados, intersectoriales; es posible de mejor forma, mejorar las condiciones y calidad de vida de los habitantes de una comunidad, donde la familia sea el elemento en torno al cual jueguen todos los aspectos del sistema.

Misión:

Ser un Programa que desarrolla esquemas de prevención, detección oportuna, tratamiento y control para la atención, la modificación de los factores de riesgo asociados a las Enfermedades Crónicas no Trasmisible en la comunidad en el marco de la Estrategia del plan decenal de salud publica 2012-2021 del Ministerio de Salud y Protección social de la República de Colombia

Visión:

Ser un Programa que desarrolla esquemas de prevención, detección oportuna, tratamiento y control para la atención de las Enfermedades Crónicas no Trasmisible mejorando el estado de salud de las comunidades intervenidas, evitando la progresión de y los desenlaces adversos de las enfermedades crónicas no trasmisible, enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica al año 2021

VARIABLES DEFINIDAS PARA EL PROGRAMA DE (ECNT) ENFERMEDADES CRONICAS NO TRASMISIBLES

6. CRITERIOS DE DEFINICIÓN:

- **TABAQUISMO:**

Según la Organización Mundial de la Salud, es la persona que ha consumido cigarrillo diariamente. Se Incluyen tanto los individuos que consumen tabaco de forma habitual como los que lo hacen de forma esporádica durante el ultimo mes y cualquier cantidad de cigarrillos.

- **SEDENTARISMO**

Falta de actividad física con el consiguiente bajo costo energético diario. Lo cual equivale a menos de 30 minutos tres veces por semana.

- **SOBREPESO y OBESIDAD**

Trastorno metabólico caracterizado por aumento en el índice de masa corporal mayor o igual a 25 Kg/m² para definir sobrepeso y mayor o igual a 30 Kg/m² para definir Obesidad. Además

- **CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL**

Mayor a 90 cm. en hombres y mayor a 80 cm. en mujeres.

- **HIPERTENSION ARTERIAL**

Tomado del Séptimo Reporte del Comité Nacional Conjunto (Joint National Comité -JNC 7) Sobre la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la

Hipertensión arterial, mayo de 2003. Se define como un nivel de presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140 mmHg, y/o presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90 mm Hg El diagnóstico de hipertensión arterial debe basarse en la comprobación de cifras elevadas en dos o más mediciones efectuadas con procedimientos adecuados en cada una de las tomas.

Para los pacientes que presenten Diabetes y/o enfermedad renal el límite es de 130/80.

- **DISLIPIDEMIA**

Se considera hipocolesterolemia cuando se presenten cifras por encima de los valores establecidos por el ATP III. De acuerdo a la estratificación del riesgo cardiovascular

Para LDL el cual es la meta principal

Colesterol LDL

Muy alto riesgo Mayor de 70 mg/dl

Alto riesgo Mayor de 100 mg /dl

Riesgo moderado Mayor de 130 mg /dl

Riesgo bajo o latente Mayor de 160 mg /dl

Colesterol Total

Muy alto riesgo Mayor de 170 mg/dl

Alto riesgo Mayor de 170 mg /dl

Riesgo moderado Mayor de 200 mg /dl

Riesgo bajo o latente Mayor de 240 mg /dl

Colesterol HDL

En todas las categorías de riesgo Menor de 40 mg/dl

Factor de protección Mayor de 60 mg /dl

Triglicéridos

Muy alto riesgo Mayor de 150 mg/dl

Riesgo moderado Mayor de 150 mg /dl

Riesgo bajo o latente Mayor de 150 mg /dl

- **DIABETES.**

Se define como un síndrome heterogéneo, de origen multifactorial y poli génico que se caracteriza por hiperglucemia crónica. Según la ADA (American Diabetes Association) Estándar of medical care in Diabetes 2008.

Se considera diabetes cuando:

- 1- Glucemia basal en plasma venoso igual o superior a 126 mg/dl acompañado de síntomas
- 2- Glucemia en plasma venoso igual o superior a 200mg/dl a las dos horas después de una sobrecarga oral de 75gr de glucosa, acompañado de síntomas.
- 3- Glucemia al azar en plasma venosos igual o superior a 200mg/dl, en presencia de síndrome diabético (poliuria, polifagia, polidipsia, perdida inexplicable de peso)

Si los resultados de 1 y 2 no se acompañan de síntomas se debe confirmar con una glucosa al azar.

FACTORES DE RIESGO

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de ECNT, estos han sido clasificados de acuerdo a su posibilidad de intervención, en factores de riesgo modificables y no modificables para facilitar su identificación e intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (sexo, raza, edad, herencia), y los

factores de riesgo modificables pueden ser evitados, disminuidos o eliminados intervención por parte de los estudiantes.

FACTORES DE RIESGOS

FACTOR DE RIESGO	RELACION CAUSAL
FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	
EDAD	Las personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de presentar hipertensión sistólica ⁱ ,. La edad de riesgo se disminuye cuando se asocian dos o más factores de riesgo. ⁱⁱ
SEXO	La hipertensión y el accidente cerebro vascular hemorrágico es mas frecuente en mujeres menopáusicas. La enfermedad coronaria y el accidente cerebro vascular de tipo arteriosclerótico oclusivo se presenta con mayor frecuencia en el sexo masculino. ⁱⁱⁱ
ORIGEN ÉTNICO	La hipertensión arterial se presenta de manera más frecuente y agresiva en la raza negra.
HERENCIA	La presencia de enfermedad cardiovascular en un familiar hasta 2 ^a grado de consanguinidad antes de la sexta década de vida, definitivamente influye en la presencia de enfermedad cardiovascular. ^{iv}
FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	
FACTORES COMPORTAMENTALES	
TABAQUISMO	El tabaco es responsable de la muerte anual de más o menos 3.000.000 de personas en el mundo. ^v El tabaco es responsable del 25% de las enfermedades crónicas. Los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer HTA. ^{vi}
ALCOHOL	El consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1

	mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, mas elevados que los que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total. ^{vii}
SEDENTARISMO	La vida sedentaria aumenta de la masa muscular (sobrepeso), aumenta el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión.
NUTRICIONALES	Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipocolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.
PSICOLOGICOS Y SOCIALES	El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión. Asociado al estrés se encuentra el patrón de comportamiento tipo A (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápidos).
FACTORES BIOLÓGICOS	
OBESIDAD	El exceso de peso, esta asociado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un IMC > de 27. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm. en mujeres y de 9.8 cm. en hombres está asociada a mayor riesgo de Hipertensión, y a dislipidemia, etc.
DISLIPIDEMIAS	El estudio de Framingham demostró que el aumento de los

	lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión.
DIABETES MELLITUS	La diabetes aumenta de dos a tres veces el riesgo de Hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad.

INTERVENCION DE LOS FACTORES DE RIESGO

METAS EN INTERVENCION DEL RIESGO	RECOMENDACIONES
Abstenerse de fumar	Abandono del tabaquismo
Manejo del estrés	Manejo del estrés.
Reducción de peso	Mantener un peso deseable (IMC < 21-25). c/c en hombres < 0.9 y para mujeres < 0.8,
Moderación del consumo de alcohol	En lo posible debe suspenderse la ingesta de alcohol. Ingesta limite diaria de no más de 30 ml de etanol (720 ml de cerveza, 300 ml de vino, 60 ml de Whisky). En la mujer debe limitarse a 15 ml de etanol por día.
Actividad física	La actividad física aeróbica, se recomienda en general sesiones de 30 a 45 minutos de marcha rápida por lo menos 3 o 4 veces en la semana.
Moderación de la ingesta de sodio	Se recomienda un consumo diario máximo de aproximadamente 6 gr. de sal (2.4 gr. de sodio al día).
Ingesta de potasio	Aumentando en un 30% el consumo de potasio. Se considera como adecuada una ingesta aproximadamente 90 mmol / día contenidos en frutas frescas y vegetales.
Reducir la ingesta de grasa	Dieta con consumo de grasa <30%, <10% de grasa saturada, 300mg de colesterol.
Manejo de lípidos	Colesterol total <240mg/dl, y LDL<160mg/dl hasta con 1

METAS EN INTERVENCION DEL RIESGO	RECOMENDACIONES
	F.R. Colesterol total <200mg/dl, y LDL<140mg/dl con 2 o mas F.R. HDL>35mg/dl, triglicéridos<200mg/dl.

IMC=Índice de masa corporal c/c=Índice cintura-cadera ³

MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS

DIETA	EJERCICIO
<p>La dieta en lo posible debe ser baja en sal o sodio, alta en potasio y baja en calorías.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipocalórica: en caso de obesidad. • Dieta baja en sal: restricción a 6 gr. de sal o 2.4 gr. de sodio DIA, no agregar sal en la mesa, usar otras especias, hiervas y vinagres, evitar los alimentos procesados: carnes procesadas, perros calientes, quesos, pepinillos, sopas, verduras enlatadas, pescado enlatado, jugos de verduras, nueces, salsas, aderezos. Acostumbrarse a leer en la etiqueta para ver los ingredientes de los alimentos. • Consumo de potasio y calcio: los alimentos con alto contenido de potasio incluyen verduras y frutas frescas. 	<p>Un programa de ejercicio requiere de una valoración inicial, y este debe ser individualizado.</p> <p>El mejor ejercicio es el aeróbico, en el se incluyen caminar, trotar, nadar, bailar, montar bicicleta y esquiar.</p> <p>Se puede iniciar con caminata 20 a 30 minutos diarios, 3 o 4 veces por semana.</p> <p>Otra forma de realizar ejercicio es ir caminando a comprar los elementos que necesite, en vez de utilizar el auto.</p> <p>Subir y bajar escaleras</p>

³ Fundación Interamericana del Corazón, Prevención Primaria de las Enfermedades Cardiovasculares: Una propuesta para América Latina. 1998.

<ul style="list-style-type: none"> • Reducir el consumo de grasas saturadas (carnes con grasas, manteca), remplace por grasas poli-insaturadas y monosaturadas que incluyen: aceites vegetales de maíz, girasol, ajonjolí, aceite de oliva, maní, soya. Incluya en la dieta: carne magra, quesos y derivados de la leche bajos en grasa. • Alcohol: restringir consumo 	<p>Caminar durante el descanso. Bajarse del bus una o dos cuadras antes del destino y caminar.</p>
--	--

7. METAS ESTABLECIDAS PARA EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Riesgo	PA	LDL mg/dl	C-HDL mg/dl	Triglicéridos mg/dl	Glucosa ayunas	Hb. Glicosilada	Microalbuminuria
Latente		<140/90	< 160 > 40	< 150	< 100	< 7%	
Negativo							
Intermedio		<140/90	< 130 > 40	< 150	< 100	< 7%	
Negativo							
Alto		<140/90	< 100 > 40	< 150	< 100	< 7%	Negativo
Muy Alto		<130/80	< 70 > 40	< 150	< 100	< 7%	
Negativo							

8- PROCESO DE DETECCION TEMPRANA Y DIRECCIONAMIENTO

Este proceso es la puerta de ingreso al programa y esta dado por:

Proceso para el direccionamiento y la asignación de citas para el programa, para esto, se debe tener en cuenta los siguientes aspectos:

1- Desde la consulta por parte de los estudiantes y su docente del programa de Medicina Médica general y/o o por el equipo interdisciplinario estudiantes de otros programas que trabajen en el área de influencia.

2- Por demanda espontanea en la consulta externa de pacientes en los cuales se sospecha algún riesgo cardiovascular, de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o Cáncer

3- Por demanda inducida a usuarios que han sido identificados como polimedicados o post hospitalizados.

4- Para la asignación de una cita en el programa es requisito indispensable la referencia del (anexo) con visto bueno del docente y de conocimiento del jefe del área de Salud Pública y el coordinador de extensión.

5- Es importante que el médico o docente asegure que el paciente tiene todos los exámenes de laboratorio dependiendo de su patología para enviarlo al programa respectivo.

7- Se enviara al programa todo paciente con más de un factor de riesgo cardiovascular y/o patologías de base como Hipertensión, Diabetes, Dislipidemia, Enfermedad arterial coronaria, Enfermedad arterial periférica, obesidad.

8- Una vez identificado es enviado al programa y el estudiante será el responsable, para que se le asigne una consulta con su EPS.

9- todos los estudiantes de las diferentes disciplinas que rotan por el área de influencia participaran en el programa

10- Cada grupo de estudiantes no mayor de seis tiene un programa asignado.

11- El estudiante diligencia el formato de evaluación de riesgo y al final hace la clasificación del riesgo y recomendaciones generales de plan y manejo.

12- Este usuario es remitido al programa respectivo para que se inscriba en los talleres de controles de riesgos personal, familiar y ambiental modificables.

13- En el caso de los pacientes controlados seguirán siendo evaluados de acuerdo a los flujogramas de atención con relación a las guías, cada semestre, por los estudiante asignados grupal e interdisciplinariamente

14- Los pacientes que no están controlados, serán enviado a su respectiva EPS para hacerles seguimiento y el estudiante estará en la obligación de hacer seguimiento telefónico, Visita domiciliaria semanalmente el día de su rotación mientras se controlan rindiendo un informe y anotándolo en la respectiva carpeta donde incluirá copia de la epicrisis y ordenes farmacológicas y no farmacológicas encargadas por parte de estos estudiantes.

15- Cumplimiento y dificultades con relación a la dieta y al ejercicio

16- Eventos intercurrentes y su impacto sobre el control metabólico, Uso de otros medicamentos

17-Frecuencia de hipoglucemias severas, causas, frecuencia, presencia o no de síntomas de alerta, manejo.

18- Esquema de insulino terapia

19- Frecuencia y resultados del auto monitoreo

20- Control semanal durante la rotación comunitaria

En tanto el paciente se encuentre compensado, éste control puede ser realizado por el estudiante bajo la supervisión de su tutor.

El propósito de este control es la detección temprana de las complicaciones crónicas. Es mandatorio en todo paciente que haya alcanzado la pubertad y en toda persona que haya alcanzado más de cinco años de evolución con diabetes, Hipertension, obesidad y dislipidemia.

Contenidos adicionales:

Además de los contenidos descritos en el control semanal, se debe profundizar en los siguientes aspectos:

Síntomas de enfermedades intercurrentes y de complicaciones crónicas. Es importante interrogar sobre síntomas sugestivos de complicaciones crónicas como disestesias o parestesias de miembros inferiores, disfunción eréctil, llenura postprandial, diarreas de predominio nocturno, pérdida de agudeza visual, etc.

ELEMENTOS NECESARIOS PARA LA ATENCION DE LOS PACIENTES

1. Metro
2. Tensiómetro
3. Fonendoscopio
4. Equipo de órganos de los sentidos
5. Balanza.
6. Carpeta
7. Bolígrafo
8. Marcadores
9. Guías de manejo medico para enfermedades Crónicas no Trasmisibles
10. Cronograma de actividades- Indicadores de evaluación.

9- EVALUACION INICIAL

La evaluación inicial del paciente con ECNT consiste en la realización de un examen general dirigido a la detección de las complicaciones crónicas de la enfermedad y a la práctica de algunos exámenes de laboratorio complementarios

con el mismo fin, que deberán ser efectuados por su EPS detallados en el siguiente cuadro.

EVALUACIÓN CLÍNICA	EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica completa y examen clínico general • Peso • Talla • Índice de masa corporal (kg/talla²) • Relación cintura / cadera • Presión arterial (1) • Examen de los miembros inferiores • Pulsos periféricos • Exploración neurológica • Examen del pie • Examen ocular • Estado del cristalino • Agudeza visual • Fondo de ojo • Examen odontológico 	<ul style="list-style-type: none"> • Glucemia en ayunas y/o postprandial 2 horas • HbA1c • Colesterol total, HDL, LDL • Triglicéridos • Creatinina plasmática • Orina completa • Proteinuria de 24 horas (2) • Micro albuminuria en orina de 12 horas • Electrocardiograma • Rx tórax • TSH

Iniciar el programa de información, educación, ejercicio físico y enseñanza la patología con los estudiantes de los diferentes programas que asisten al área de práctica.

Evaluar la aceptación de la enfermedad y sus complicaciones.

9- IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ECNT

9.1 FASE DE CONCERTACIÓN

Esta fase tiene fin involucrar a todos los sectores en la operativización de las acciones, y llegar a acuerdos básicos con los diferentes grupos que son responsables de la salud de la comunidad, busca también informar y sensibilizar a los diferentes sectores del área objeto del programa e igualmente garantizar la participación de los diferentes grupos.

Para llevar a cabo esta parte se convocará a los siguientes entes o disciplinas fisioterapia, Psicología, a través del departamento de extensión liderado por el programa de medicina, los estudiantes y los docentes.

Para tal fin se realizarán con los actores del proceso encaminados a informarlos y sensibilizarlos con el Programa, e igualmente a buscar que las personas asistentes se conviertan en agentes dinámicos y participantes en el proceso para mejorar las condiciones de salud y los Sistemas de prestación de Servicios de Salud para su propia comunidad.

9.2 MOTIVACIÓN Y CAPACITACIÓN

En esta fase se busca motivar a la comunidad dando a conocer el Programa. Se les mostrará, sus ventajas, haciendo consiente a la población de los problemas y los factores de riesgos asociados a las ECNT y mostrándoles de que manera estas patologías pueden ser modificadas mediante la implementación del Programa de Crónicas, de manera que ellos mismos sean capaces de reconocer los beneficios que obtendrán del mismo para ellos y toda la comunidad. También es importante que sean conscientes del enfoque del manejo que se le brindará al paciente ya que va a ser tratado desde su núcleo familiar y con un enfoque integral y basado en la práctica del autocuidado familiar, encaminado a modificar sus

comportamiento frente a los factores de riesgo, fortalecimiento los factores protectores y modificando aquellos factores ambientales que inducen a la enfermedad.

Es importante indicarle o resaltar la necesidad de la participación de la comunidad para el éxito del programa, de manera que desde un principio ellos se sientan parte del programa y sean consistentes del papel que deben desempeñar para el logro de los mejores beneficios para la comunidad.

En esta fase también se capacitan a los estudiantes, la capacitación tendrá en cuenta los diferentes aspectos para el funcionamiento del programa y que este acorde con la nueva política de salud, la misión y visión del programa de Medicina. Dicha capacitación deberá realizarse con el fin de que todo el personal de los diferentes programas docentes, estudiantes, coordinador de extensión y jefe de Área salud pública que labora en la universidad se exprese en el mismo idioma, ya sea capaz de manejar unos instrumentos mínimos necesarios para el programa, se necesita que todo el personal está sintonizado en el mismo tiempo, tenga los mismos objetivos y metas.

Deben incluirse también capacitaciones de Trabajo en Equipo ya que es indispensable para este programa que el personal no solo conozca el trabajo en equipo, sino que igualmente sean personas con capacidad de conocimiento personal profundo, y con capacidad para interactuar en el grupo del resto de miembros del equipo de trabajo, ya que una persona que no reúna estas características, muy probablemente no podrá llevar a cabo una adecuada labor en el programa de Enfermedades Crónicas no Trasmisible ECNT

Para dichas capacidades, también se deberá disponer de las personas idóneas, conocedoras del tema, y con la experiencia suficiente en la materia.

9.3 DIAGNOSTICO:

Se realizará mediante la aplicación de las tarjetas de control clínico (ver anexo) las cuales nos permitirán obtener una información tanto epidemiológica como social y ambiental, que facilitará la identificación de factores de riesgo predominantes en los diferentes grupos etéreos el de clasificar las familias por ciclos Vitales, Familiares e individuales y por riesgo de padecer estas patologías y por riesgos que sean susceptibles de ser intervenidas será a través del historia general (ver anexo)

Necesariamente será de una investigación participativa en la cual se contará con el apoyo de los diferentes actores involucrados (docente, administrativo, estudiante y comunidad).

Una vez obtenida será utilizando para la adecuación de los programas, según las necesidades del área.

Estos datos deben retroalimentarse periódicamente ya que puede haber modificaciones dadas por las intervenciones que se vayan dando y además por cambios nuevos que puedan ir presentándose, una herramienta de vital importancia para tal fin sería la realización de investigaciones que se pueden realizar apoyadas por el área de investigación y extensión de la universidad.

9.4 CONFORMACION DE EQUIPOS DE SALUD

Para la conformación de dichos equipos de salud será necesario tener en cuenta:

- a) población con la cual se va a trabajar (características y tamaño de población).

- b) Recursos humanos con los que se cuenta. (De acuerdo al diagnostico hecho previamente será necesario pensar en los estudiantes divididos por grupos no mayor de seis por programa).

Para esto es importante que se tenga en cuenta al inicio de la rotación los estudiantes matriculados, por otro lado proyectar al finalizar el semestre el número de estudiantes que ingresaran al programa

c) Estudiantes que deberán conocer previamente el área y el protocolo de prácticas que contendrá el cronograma e actividades capacitándolo previamente en el Tema y que aunque no sea un especialista en dicho campo si deba manejar ciertos conceptos mínimos que le permitan llevar a cabo un trabajo de Calidad.

d) Es importante que los estudiantes que desee trabajar en el programa se sienta a gusto con lo que hace.

e) Que exista capacitación y voluntad de trabajo en equipo y multidisciplinario.

Esquema de trabajo de equipo: por los horarios de cada semestre por ejemplo en el semestre 2013-1 será los martes en la comunidad Vista mar de el municipio de puerto Colombia. Este esquema de trabajo está diseñado en base a la realidad actual del programa de Medicina, bajo los lineamientos y competencias de la asignatura.

Es también importante anotar que en la medida que el programa vaya mostrando mayores resultados en la atención Asistencial el número de los usuarios de los programas aumentara, lo cual permitirá que los estudiantes de niveles avanzados faciliten al Equipo la labor extramural. (Internado- Rurales).

10- SECTORIZACIÓN DEL AREA DE INFLUENCIA DEL PROGRAMA:

Para facilitar el trabajo que se va a realizar se hace necesario establecer una división del área de la influencia que permita agrupar ciertos subgrupos de población teniendo en cuenta:

1. Ubicación del lugar de residencia y patología que presenta.
2. Condiciones Socio ambientales comunes a cada sector (Áreas de riesgos, estilo de vida individual y familiar).
3. Características especiales que identifiquen dichas áreas (estrés laboral, consumo de alcohol, grasas azucares sedentarismo entre otros).
4. Características Socio económicas (sueldos, No. de hijos o personas a cargo etc).
5. población por atender, # de pacientes, en los posibles se debería buscar que los pacientes fuesen equitativos en cuanto a números de personas (estudiantes, docentes).
6. problemas de Salud comunes: Lo ideal sería contar previamente con un diagnostico epidemiológico de los factores de riesgos que se pudiera cruzar.

Es por lo anterior expuesto que la sectorización debe ser realizada teniendo en cuenta esta multiplicidad de factores y buscando facilitar el proceso de implementación del programa.

11- SELECCIÓN Y ASIGNACIÓN DE LOS PACIENTES

Para que se lleve a cabo esta fase se permitirá la libre inscripción de los pacientes que en el diagnostico se hayan detectado como riesgos, necesitarían una intervención rápida y quedaran automáticamente inscritas al programa. Previa conocimiento y firma del consentimiento informado (ver anexos)

12- SELECCIÓN Y ADAPTACIÓN DE PROGRAMAS DE ATENCIÓN A EL PROGRAMA

Posterior a la selección y asignación de los pacientes se hace necesario seleccionarlos por cifras tensionales, enfermedad, concomitantes y adaptar los programas de acuerdo al diagnostico que obtuvimos previamente (patologías más frecuentes, factores de riesgo socio ambiental) de acuerdo también a los ciclos vitales, entonces procederemos a diseñar la atención de acuerdo a los

diagnosticado y lo que se consideren pertinentes en cada individuo, teniendo en cuenta que habrá patología, factores de riesgo que no podrán aislarse para una etapa o la otra y que ameritan un manejo global y continuo durante todo el proceso (grupo de tercera edad) y ciclo vital familiar, patologías existentes. Hiperlipidemia, obesidad entre otras.

Hacemos énfasis en que en el diagnóstico de todas maneras hay grupos étnicos que siempre van a existir y deben haber unos lineamientos generales, y unos lineamientos específicos, y unos programas por grupos étnicos o Ciclos vitales Individuales, e igualmente debe haber unas actividades encaminadas o enfocadas por Ciclos Vitales Familiares.

Es así como a continuación en los anexos presentamos las diferentes actividades por las diferentes Enfermedades Crónicas no Trasmisibles

13- EVALUACIÓN

Es de vital importancia la evaluación del programa y de todos sus componentes se debe evaluar: Los resultados mediante el uso de indicadores de estructuras, de procesos e impacto.

Se evaluará impacto de las acciones realizadas teniendo en cuenta la situación inicial y la situación obtenida después de la implementación del Programa.

También se valuará en términos de cobertura alcanzada, eficacia, eficiencia, efectividad.

La evaluación será un proceso continuo y que se llevara a cabo a lo largo de todas las fases del Programa, con retroalimentación periódica para que pueda generar cambios.

Para dar cumplimiento a lo anterior, se utilizaran indicadores tales como:

INDICADORES PARA LE MEDICION DEL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

INDICADORES

- 1- Numero de Hipertensos controlados en el programa de RCV

TiempoX100

Total de pacientes Hipertensos en el programa de Riesgo cardiovascular.

- 2- Diabéticos Hipertensos controlados en el programa de RCV

TiempoX100

- 3- Total de pacientes Diabéticos e Hipertensos en el programa de Riesgo cardiovascular.

- 4- Diabéticos con Hb Glicosilada dentro de las metas en el programa de RCV, tiempo x100

Total de pacientes Diabéticos en el programa de Riesgo cardiovascular.

- 5- Pacientes con LDL controlados en el programa de RCV , tiempo x 100

Total de pacientes Dislipidemicos en el programa de Riesgo cardiovascular.

- 6- Tasa de Mortalidad en el programa de RCV, tiempo x 100

Total de pacientes en el programa de Riesgo cardiovascular.

- 7- Tasa de hospitalizaciones en los pacientes del programa de RCV

Tiempo X 100

total de pacientes del programa de RCV

- 8- Prevalencia de Complicaciones diabéticas en el programa de RCV,

tiempo x 100

Total de pacientes Diabéticos en el programa de Riesgo cardiovascular.

- 9- Prevalencia de Complicaciones en hipertensos en el programa de RCV

$$\frac{x \text{ tiempo} \times}{\text{Total de pacientes Hipertensos en el programa de Riesgo cardiovascular.}} \times 100$$
- 10- Tasa del personal que recibió capacitación para el programa de RCV

$$\frac{x}{\text{Total del personal que trabaja en el programa de RCV.}} \times 100$$
- 11- Numero pacientes que consultaron por el tiempo x. del programa de RCV,

$$\frac{x \quad 100 \quad (\text{frecuencia de uso})}{\text{Total de consultas durante el periodo establecido}}$$
- 12- Número de pacientes que pertenecen al programa de RCV. x 100 (cobertura)

$$\frac{x}{\text{Total de la población con factores de riesgo cardiovascular}} \times 100$$
- 13- Número de pacientes que han asistido a los a primera ronda de talleres,

$$\frac{\text{tiempo} \times 100}{\text{total de pacientes en el programa de RCV}}$$
- 14- Total de pacientes que dejaron de asistir a los charlas grupales del programa de RCV

$$\frac{\text{tiempo} \times 100}{\text{total de pacientes que se les programó consulta en el mismo tiempo}}$$
- 15- Total de pacientes que dejaron de asistir a los charlas individuales del programa de RCV

$$\frac{\text{tiempo} \times 100}{\text{total de pacientes que se les programó consulta en el mismo tiempo}}$$
- 16- Número de pacientes con riesgo cardiovascular alto (por ATP III)x 100.

$$\frac{x}{\text{total de pacientes en el programa de RCV}} \times 100.$$
- 17- Número de pacientes con riesgo cardiovascular muy alto (por ATP III)x 100.

$$\frac{x}{\text{total de pacientes en el programa de RCV}} \times 100.$$
- 18- Número de pacientes con riesgo cardiovascular moderado (por ATP III)

$$\frac{x}{\text{total de pacientes en el programa de RCV}} \times 100.$$

19- Número de personas satisfechas con el programa de RCV. tiempo x
100
total de población encuestada

a- Tener una cobertura de control del 10 % por encima de la meta esperada para Hipertensión arterial a nivel mundial.

b- Tener una cobertura de control de los niveles de Hb glicosilada para diabetes Mellitus del 10% por encima de la meta establecida a nivel mundial.

c- Tener una cobertura de control por encima del 50% de la meta establecida para Dislipidemia a nivel mundial.

EJEMPLOS DE INDICADORES DE ESTRUCTURAS

- Equipos de salud (estudiante-docentes) /# pacientes
- Personal de salud en el área / población objeto.
- De horas del equipo Médico/ pacientes diagnosticado.
- Pesos asignados al programa / # de pacientes diagnosticados.
- Pesos asignados al Programa / Total de presupuesto en salud.

EJEMPLO DE INCIDADORES DE PROCESOS:

- De miembros del Equipo Capacitados/ Total de miembros del Equipo.
- De pacientes que acudieron a la cita/ # de pacientes en el programa.
- De familias Visitadas / # de familias Asignadas

- De familias Intervenidoas /# de Familias que necesitan intervención (En Riesgo).
- De Familias en Riesgo/ # de Familias Visitadas.

EJEMPLOS DE INDICADORES DE IMPACTO:

- De pacientes inscritas /# de familias del área.
- De pacientes que asisten a las actividades /# de pacientes que han sido citados.
- De pacientes con disfunción Familiar/ # de pacientes estudiadas.
- De pacientes que mejoraron su disfunción familiar /# con Diagnostico inicial de disfunción Familiar.
- De pacientes con Hipertensión o diabetes.

Debe evaluarse periódicamente para medir efectividad, eficiencia e impacto de la atención y satisfacción, y es posible que pueda sufrir modificaciones de acuerdo a las exigencias de las situaciones que puedan presentar en el proceso mismo.

Se realizarán reuniones mensuales de los Equipos de Salud con el fin de aplicar los indicadores mencionados y tener una idea de cómo va marcando el programa y poder retomar algunas acciones que no se estén llevando a cabo de manera adecuada.

NORMAS TÉCNICAS PARA LA OPERATIVIZACION DEL PROGRAMA:

Esta parte se refiere a los aspectos organizativos del programa tales como el sistema de citas, sistemas de registro, equipo, la conformación de grupos especiales manejo del tiempo y de esta forma prestar una atención adecuada, también se mencionará un sistema de control de gasto que permitan una adecuado uso de los recursos.

RENDIMIENTO:

Para el funcionamiento del programa se estableció que el equipo atenderá pacientes por horas.

CONCENTRACIÓN:

Se estableció que los pacientes con factores de riesgo bajo se atenderán mensualmente por parte del equipo interdisciplinario respectivo

INCRIPCION

Los pacientes se inscribirán en el programa respectivo teniendo en cuenta una búsqueda pasiva y se considera activa, aquel paciente remitido por el estudiante, al cual se deberá completar la historia clínica y hacer las intervenciones necesarias.

INGRESOS

Los pacientes se considera que ha ingresado al programa cuando se tenga un consentimiento informado

INASISTENTE

Cuando un paciente falta a una cita programada.

NUEVA CITA

Si el paciente falta a una cita se le programará una nueva cita y se informará con los estudiantes a través de la visita domiciliaria

CASO CERRADO

Paciente que falte a dos o tres citas y se le practique visita y no regrese.

Paciente que no muestre interés o voluntad y manifieste no querer continuar en el programa.

Paciente que cambie de comunidad

Paciente que desaparezca por muerte.

LIMITACIONES PARA LA IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA:

Entre las limitaciones que encontramos se pueden presentar para la implementación del programa mencionamos las siguientes:

- Falta de voluntad por parte de la comunidad
- Bajo presupuesto.
- Falta de Adecuación de una sede para el programa.
- Dificultad en la concertación y participación de los diferentes programas.
- Resistencia de la comunidad a la implementación del nuevo modelo de atención en salud.

CONCLUSIONES

Para la implementación de un programa *ECNT* se tienen las siguientes consideraciones.

1. Es necesario comenzar a modificar actitudes y costumbres de los usuarios de los servicios de salud, quienes están habituados a ser atendidos por eventos patológicos y poco acostumbrados a la medicina preventiva exclusivamente, como son control de factores de riesgos, factores protectores etc.
2. La implementación de un programa *ECNT* no es fácil si el estudiante no tiene clara las competencias a ser evaluadas por lo que se hace necesario asignarle un valor de rotación que supere el 25% del seguimiento para la cual nunca tendría éxito el programa.
3. Para un programa de *ECNT* van a ser notorios a largo plazo aumentar por encima de 42.6% la prevalencia de actividad física mínima en adultos mayores (línea de base: 42.6 %) ⁴, incrementar por encima de 12.7 años la edad promedio de inicio del consumo de cigarrillos en población menor de 18 años línea de base: (12.7 años) ⁵, promover las acciones de diagnóstico temprano de la enfermedad renal crónica-ERC (línea de base por definir), promover acciones preventivas para mantener o reducir la prevalencia de limitaciones evitable (línea de base 6.4 %) ⁶ por lo tanto es un proceso que debemos iniciar lo más pronto posible en nuestro programa para poder comenzar a soñar con familiar SANAS, que den como fruto individuos SANOS para nuestra sociedad, e igualmente con una notoria disminución de las patologías asociadas que con más frecuencia afectan estas enfermedades.

⁴Fuente: ENSIN 200

⁵Fuente: Encuesta nacional de consumo de sustancias psicoactivas, escolares 2004

BIBLIOGRAFIA

1. OPS/OMS. Sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud. Enfoque de competencias, Estrategias para el desarrollo de equipos de APS. Unidad de servicios de Salud. Washington, DC, 2006.
2. OMS. Declaración de Alma – Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma –Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
3. Plan Decenal de Salud Publica 2012-2021 pacto social y mandato ciudadano-
www.minsalud.gov.co
4. RUIZ E. Envejecimiento, vejez y calidad de vida. En Plata Rueda E. Bogotá, D.C: Editorial Medica Internacional Ltda.; 1977: 203-215.
5. MARQUEZ J. La geriatría en la consulta diaria. Barranquilla. Laboratorios Incobra; 1999.
6. <http://www.framinghamheartstudy.org/>
7. LOMBARDI LICCIARDI, ESPINOZA HERNANDEZ, VICTOR JOSE. Efectividad de un programa Psicoeducativo en Hipertension Arterial
8. Ley 1122 de 2007.
9. Decreto 3039 de 2007.
10. <http://www.monografias.com/trabajos91/amor-despues-60/amor-despues-60.shtml>
