

DESAFÍO Y LA REALIDAD DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN COLOMBIA

Diana Marcela Sanabria Ortiz¹ Diego Alejandro Solarte Gonzalez² Claudia Liliana Mancera Guzmán³

^{1,2} Estudiantes Administración de servicios de salud, Unipanamericana

³ Docente, Coordinadora de semilleros programa Administración de servicios de salud, Unipanamericana

Resumen

Objetivo: Determinar que la morbilidad y mortalidad cardiovascular es actualmente en Colombia una gran preocupación no solo para los médicos y los responsables de la salud pública, sino también para la población en general. **Materiales y métodos:** Se revisa la narrativa, considerando las palabras claves de búsqueda de los artículos desde 2013 hasta la actualidad. **Resultados:** Se analizaron 35 artículos sobre el impacto de diversas formas de información masiva que reflejan el propósito que impulsa a la medicina y a las administradoras y prestadores de servicios de salud a convertirse en herramientas útiles para mantener la buena salud y la impresionante acumulación de nuevos conocimientos que se han logrado sobre el tema y mejorar los posibles sobrecostos por no lograr una prevención de la enfermedad. **Conclusión:** La relevancia de la hipertensión no radica en sus características como enfermedad, sino en el mayor riesgo de enfermedad vascular que confiere, que puede controlarse mediante su reducción al ser prevenida a tiempo.

Abstract

Objective: To determine that cardiovascular morbidity and mortality is currently a great concern in Colombia not only for doctors and those responsible for public health, but also for the population in general. **Materials and methods:** The narrative is reviewed,

considering the search keywords of the articles from 2013 to the present. **Results:** 35 articles were analyzed on the impact of various forms of massive information that reflect the purpose that drives medicine and health administrators and providers to become useful tools to maintain good health and the impressive accumulation of new knowledge that have been achieved on the subject and improve the possible cost overruns for not achieving disease prevention. **Conclusion:** The relevance of hypertension does not lie in its characteristics as a disease, but in the greater risk of vascular disease that it confers, which can be controlled by reducing it as it is prevented in time.

Introducción

La hipertensión arterial siempre se habla y siempre se trata debido a enfermedad de base previa a ésta,

Resultados

¿porque hipertensión arterial?

cuando se empieza a mirar la diabetes, se encuentra realmente a la diabetes dentro del eje de riesgo cardiovascular, era una epidemia poco vista en Colombia y se empieza el observatorio de diabetes, ¿que había que hacer para abordar la diabetes en Colombia? Se genera un modelo de atención integral, que ha ido entregando a las organizaciones tanto de prestación como de aseguramiento y que permitió identificar unos puntos claves y unas

barreras que se tenían que abordar, una de ellas, es el diagnóstico tardío de diabetes. 50% de las personas con diabetes están en Colombia sin diagnóstico. Se empieza a mirar que los resultados no se daban, pero además los pacientes que tienen diabetes normalmente no tienen solamente diabetes sino que están en ese bloque de riesgo cardiovascular que además es el primer grupo priorizado por el modelo de atención integral de salud, generalmente los pacientes que tienen hipertensión arterial también tienen hipertensión aunque un poco menos visible de las patologías de riesgo cardiovascular pero es la que más se asocia probablemente con desenlaces al lado y paralelo a la diabetes. Entonces ¿qué pasa y cómo está la situación en Colombia? ¿qué datos hay en Colombia?, cuando se analiza las cuentas de los actores del sistema de salud, el riesgo cardiovascular se consume más o menos el 50% de los recursos ¿Qué estamos haciendo para gestionarlo?, es la pregunta y hablar sobre hipertensión arterial los mitos y realidades en el sector salud, surge una pregunta, ¿la hipertensión arterial es una epidemia?, poder clasificar la diferencia entre una epidemia, una pandemia o una endemia, las definiciones mundialmente aceptadas para cada uno de estos términos son los siguientes una endemia, es una aparición constante de una enfermedad de un trastorno o un agente infeccioso nocivo en un área geográfica o un grupo poblacional que también puede referirse a una prevalencia de alta crónica de una enfermedad en dicho grupo que es clave, es una aparición constante de una enfermedad o de una entidad. Una epidemia, es la ocurrencia en una comunidad o región de casos de una enfermedad comportamientos específicos relacionados con la salud u otros eventos relacionados con la salud claramente superiores a lo que normalmente se puede esperar que es lo clave en epidemia superior a lo que normalmente se puede esperar y una pandemia es una epidemia que ocurre en un área muy amplia que cruza las fronteras internacionales y que generalmente afecta a un gran número de personas.

Al evaluar datos internacionales de hipertensión son publicados por la OMS en el 2013 y no ocurre lo mismo con diabetes 2, en diabetes cada año sale una publicación de la federación

internacional de diabetes que ha pasado con la hipertensión arterial y desde el 2013 no se comienza a tener conocimiento de toda esta información. La OMS define primero que entendamos que es hipertensión y la definición de OMS para hipertensión es una afección en la cual la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta. Esta definición va más allá ya que dice que cuanto más alta es la tensión arterial más tiempo tiene que trabajar el corazón para bombear la sangre, si no se controla esta entidad puede provocar infarto de miocardio hipertrofia ventricular, que produce falla cardíaca, insuficiencia cardíaca, aneurismas y otra serie de patologías que hacen que la hipertensión arterial en algún momento termine siendo más costosa de lo que inicialmente se tenía presupuestado. Son las complicaciones de la hipertensión arterial las que generan un costo elevado para el sistema de salud, que se pensaría que si se capturan pacientes y los diagnostican tempranamente, comienza un diagnóstico farmacológico terapéutico adecuado, evitaría esas complicaciones y no sería una entidad tan altamente costosa y es lo que se cree es lo que pasa en este momento en el país, pero a la vez ¿qué conocemos del diagnóstico de hipertensión arterial?, cuando se atienden pacientes con alguna enfermedad crónica, la mayoría de las patologías crónicas pueden ser manejadas de una forma fácil, sencilla y muy barata, que son cambios terapéuticos en el estilo de vida, pero cuando se le dice a un paciente que está grave, pero se puede manejar con dieta y ejercicio, el paciente se asusta, para el paciente sería más fácil decirle que debe tomar cuatro o cinco medicamentos, pero el paciente no sabe que cuando sale del consultorio con toda la intención de tomar sus medicamentos, no va a ser adherente porque el primer día se va a tomar los cuatro medicamentos, a la semana siguiente después tres, después dos, después ya cuando se acuerda y eso hace que la hipertensión arterial sea una patología no controlada y cuando los médicos comienzan a ver pacientes con hipertensión arterial, llega un momento en donde se involucra tanto en la cotidianidad de ver pacientes crónicos, que termina viendo solamente pacientes y a esos pacientes les asigna una cifra atencional, sin tener en cuenta para dónde va, pueden encontrar pacientes en

estados de prehipertensión, tener pacientes inclusive ya con estados de hipertensión pero no se hacen diagnósticos tempranos porque para poder hacer un diagnóstico en hipertensión no es tan fácil como en diabetes; en diabetes o en dislipidemia o inclusive falla cardíaca se tiene unos paraclínicos exactos, que le definen cuando el paciente cursa con la patología o no; en hipertensión arterial depende del médico y de una toma de tensión arterial, y aun así, un médico que hace la toma en consultorio y la encuentra medianamente elevada, se pregunta si será que sí, será que el paciente está asustado por la consulta hoy o será que acabó de fumar o tomar café; entonces se define, que en ese momento el médico no le va a hacer el diagnóstico, lo va citar a control y al control el paciente puede que vuelva, puede que no vuelva o si llega llega con unas cifras tensionales que no se tomó que probablemente son inventadas muy altas o unas completamente normales y entonces el médico comienza a definir si será que si es hipertensión, será que no es hipertensión y comienza a dejar pasar baja prevalencia y aumenta el riesgo de complicaciones en los pacientes pero comienza entonces a mirar y define bueno qué es lo que está pasando. Entonces la hipertensión ¿porque se está convirtiendo en lo que podría llegar a ser una epidemia? Hay unos factores claves que definen o que aumentan la prevalencia de hipertensión arterial y son las siguientes vivienda, educación e ingresos, envejecimiento urbanización y globalización, entidades que se veían solamente en países o en naciones de recursos medios y altos, que ya inclusive se está viendo en países latinoamericanos; todos estos que son los factores de riesgo principales para enfermedades crónicas, se tienen presente en Colombia, ahora esto va asociado a una dieta malsana, tabaquismo, sedentarismo y uso nocivo de alcohol, hace que estos factores de riesgo se disparen y genere y aumente la prevalencia de patologías crónicas, en este caso hipertensión arterial, pero también obesidad, diabetes, dislipidemia.

Cuando no se comienza a preguntar en una institución, ya sea desde aseguramiento o desde prestación, lo más costoso para la institución termina siendo la hipertensión, la obesidad, la diabetes y la dislipidemia y sus complicaciones, por eso se están creando estrategias

continuamente dirigidas hacia el control de patologías crónicas, en este caso que es hipertensión arterial, esos desenlaces, generalmente son infartos agudos de miocardio, accidentes cerebrovasculares en su fingida cardíaca y nefropatías y cuando se comienza entonces hablar de nefropatías, se da cuenta que el consumo de recursos por pacientes que están en estados finales con enfermedad renal crónica, en programas de pre trasplante, programas de pre terapia, de reemplazo renal o inclusive ya en terapias de reemplazo renal, terminan siendo muy costoso y muy elevados para el país y para todas las entidades. Entonces ¿qué es lo que está pasando en Colombia?, ¿cómo están los números? ¿si están realmente con la tendencia que dice en el mundo?, pero se encuentra que los estudios o los reportes acá en Colombia no son tan elevados como se quisiera, se tiene que referir entonces a otros datos, hay un estudio muy conocido que es el estudio CARMELA es un estudio de 2011 donde definieron unas prevalencias de patologías crónicas para varios países en Latinoamérica y en ellos se encuentran lo siguiente para Colombia o para Bogotá, que fue la ciudad que participó en este estudio, se encuentra una prevalencia de hipertensión del 13.4% distribuido en sexo entre hombres y mujeres entre un 14.6% y un 12.4% respectivamente y en una literatura mundial, dice realmente, que eso es lo que se espera para Colombia, que la prevalencia hipertensión arterial está en el 13.4 pero entonces cuando se va a analizar los datos reales, se encuentra con el siguiente panorama; cuando se comienza a tomar datos de la cuenta a alto costo y por medio de rips, que se supone, que es lo más real, que se tiene para poder saber prevalencias nacionales, se encuentran datos desde el 2009 hasta el 2017, la información de ministerio de salud, dice que la prevalencia desde el 2009 y 2014 5.9 alto costo 7.7, dice hay una diferencia muy grande entre un 5.9 y un 7.7 comparado controlado que dice el estudio de CARMELA, que fue hecho en población colombiana 13.4, entonces porque nuestra prevalencia informada está tan por debajo de los datos que se esperaría el registro arrastra los datos de historias clínicas, no es tan fácil, pero cuando comienzan a cruzar otra serie de variables se establece que esta es una de las causas, esta baja prevalencia

son una de las causas de por qué la hipertensión termina siendo tan costosa, la prevalencia y la detección está muy quedada y se tiene que comenzar a crear estrategias encaminadas a aumentar prevalencia, si se habla entonces de 2014 la prevalencia para cuenta alto costo es de 5.9. Una forma de validar los datos es comparar las prevalencias con una prevalencia que si ya está comprobada que es la obesidad y por eso esta prevalencia en aumento de la obesidad es la que sirve para comprobar y confirmar que estos tienen una significancia estadística, la tasa de hipertensión arterial por departamentos son datos SISPRO 2014, confirman una prevalencia en Colombia del 5.6, pero las regiones del eje cafetero son las que más prevalencia tienen o que están más asociadas a patologías crónicas, Risaralda, Caldas, Antioquia y Bogotá por ser la capital, pero hay otras ciudades en donde la prevalencia o el reporte es bajo y aún en estos días sigue siendo baja y no se conoce si es por falta de reporte o realmente es porque la prevalencia de estas patologías crónicas no es tan alta en las regiones dispersas en Colombia, cuando se hace la comparación entre los datos de 5.6 y 5.9, hay una diferencia, ahora si es la misma población la que está en SISPRO por RIPS y la que está en cuenta de alto costo, porque hay una diferencia que es lo que pasa, que es lo que hace que esa diferencia exista, cuál va a ser los datos de referencia que se toman para definir si en la institución se esta de acuerdo a la prevalencia nacional y lo usan por debajo, entonces la prevalencia para Colombia es de 6, pero 5.6 se encuentra en alto costo, 5.9 prevalencia hipertensión arterial según el estudio carmela en bogotá del 13.4 y los datos de este análisis de hipertensión arterial para el mundo en donde definen que para los países de américa la prevalencia debería estar más o menos casi en el 35 por ciento, para las américas debería ser más o menos del 35.

Conclusiones

Referenciación ¿?

Probablemente el 30 o el 20 por ciento de los pacientes que no se diagnostican, son los que están terminando en una sala de urgencias con desenlaces fatales, con enfermedad cerebrovascular con infarto de miocardio con falla cardíaca y cuando hay un paciente con falla cardíaca las eps ips comienza a correr porque después de que un paciente tiene diagnóstico falla cardíaca la mortalidad es un 50 por ciento a 5 años y el paciente comienza a hospitalizarse y termina siendo muy costoso