

Mortalidad y morbilidad por enfermedades cardiocerebrovasculares y diabetes en Santa Fe de Bogotá

Por: Gladys Espinosa García, bacterióloga, M.Sc.
epidemiología; Área de Vigilancia en Salud Pública. SDS.

Introducción

Por "enfermedades crónicas" se conoce un grupo importante de eventos incurables que se caracterizan por tener largos periodos de latencia, curso prolongado con deterioro progresivo a incapacidad y una etiología no completamente dilucidada atribuible a múltiples factores de riesgo. Aquí se incluyen las enfermedades neoplásicas, las enfermedades cardiovasculares (aquellas relacionadas con daños al corazón y los vasos sanguíneos como las enfermedades de las arterias coronarias, el infarto agudo del miocardio, la hipertensión y la enfermedad reumática cardíaca), las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas del pulmón (bronquitis, enfisema y asma, entre otras), las enfermedades metabólicas entre las que se destacan la diabetes, los trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y las enfermedades crónicas del hígado como la cirrosis. Adicionalmente, se consideran en este grupo la artritis y otras enfermedades musculoesqueléticas, así como algunos desórdenes neurológicos.

Tomando como base los datos históricos recopilados por la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, en el presente artículo se analizan la mortalidad y la morbilidad ocasionadas por enfermedades cardiocerebrovasculares (ECCV) y diabetes, según las variables edad, sexo y localidad durante el periodo 1986-1997.

La situación en Colombia¹

Las enfermedades cardiocerebrovasculares ocuparon el primer lugar entre las causas de muerte en Colombia durante la década comprendida entre 1985 y 1995, lo cual



representa cerca de 30% del total de muertes. Por otra parte, las ECCV fueron responsables de 12.6% del total de años de vida perdidos por muerte (Avisa) en 1991, lo cual las ubicó en segundo lugar en la carga de enfermedad del país después de los homicidios.

La carga de enfermedad causada en estos eventos se incrementa notablemente con la edad. En los niños entre 0 y 14 años, las ECCV representaron 10% de los Avisa y ocuparon el segundo lugar como causa de muerte. En el grupo entre 15 y 59 años, originaron 36% de los Avisa con igual posición en la mortalidad; finalmente, en personas de 60 y más años, las ECCV ascendieron a casi la mitad (52%) de los Avisa y constituyeron la primera causa de mortalidad².

¹ Ministerio de Salud. Programa de enfermedades generales, degenerativas y crónicas.

² Ministerio de Salud. La carga de enfermedad en Colombia, 1994.

CONTENIDO

Introducción.....	Pág.1
La situación en Colombia.....	Pág.1
La mortalidad por ECCV y diabetes en Santa Fe de Bogotá.....	Pág.3
La morbilidad por ECCV en Santa Fe de Bogotá.....	Pág.6
Prevalencia de factores de riesgo.....	Pág.6
Reflexiones sobre la prevención y manejo de las ECCV en Santa Fe de Bogotá.....	Pág.7

Boletín Epidemiológico Distrital

Secretaría Distrital de Salud
Beatriz Londoño Soto

Subsecretario
Delio Castañeda Zapata

Directora de Salud Pública
Ana María Peñuela Poveda

Área de Acciones en Salud Pública
Stella Vargas Higuera

Área de Vigilancia en Salud Pública
Elkin Osorio Saldarriaga

Comité editorial
Beatriz Londoño Soto
Ana María Peñuela Poveda
Elkin Osorio Saldarriaga
Orlando Scoppetta Díaz Granados
Gladys Espinosa García
Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinación
Gladys Espinosa García

Coordinación editorial
Oficina de Comunicaciones en Salud

Impresión
J P Producciones

McGraw-Hill Interamericana actúa en la preparación editorial y la producción del boletín y no asume ninguna responsabilidad por el contenido ni las opiniones expresadas por los autores.

Secretaría Distrital de Salud
Dirección de Salud Pública
Área de Vigilancia en Salud Pública
Transversal 23 No. 56-00 piso 3
Teléfono 347 65 65
Extensiones 3401-3402-3306-3310
Santa Fe de Bogotá D.C.

En el cuadro 1 se aprecia que, entre 1983 y 1995, las enfermedades isquémicas coronarias (EIC) representaron la primera causa de muerte por ECCV en Colombia; el mayor peso se atribuyó al infarto agudo del miocardio.

La segunda causa de muerte la ocuparon las enfermedades cerebrovasculares (ECV) seguidas de las enfermedades hipertensivas (EH). Sin embargo, durante 1995 se observó un cambio significativo en este comportamiento, con una disminución aparente de la tasa de mortalidad por EIC y un aumento concomitante de la mortalidad por EH. Ello podría explicarse por modificaciones del proceso de diligenciamiento y/o codificación de la causa básica de muerte, aunque se requeriría un estudio más detallado para validar dicha aseveración.

Cuadro 1. Tasas de mortalidad por ECCV*. Colombia, 1983-1995

CAUSAS	1983	1985	1987	1989	1991	1995
Enfermedad hipertensiva	15	14	12	17	14	33
Enfermedad isquémica coronaria**	45	53	50	51	52	13
Enfermedad cerebrovascular	36	39	36	33	32	33
Otras ECCV	40	43	37	39	40	49
Total muertes por ECCV	38.142	43.572	41.297	44.145	45.76	49.601
Tasa general por ECCV	135	148	135	139	139	128
Porcentaje del total muertes	27.2	28.3	27.2	28.5	27.9	28.7

* Tasas por cada 100.000 habitantes.DANE, mortalidad 1983-1995.

** Incluye infarto agudo del miocardio.

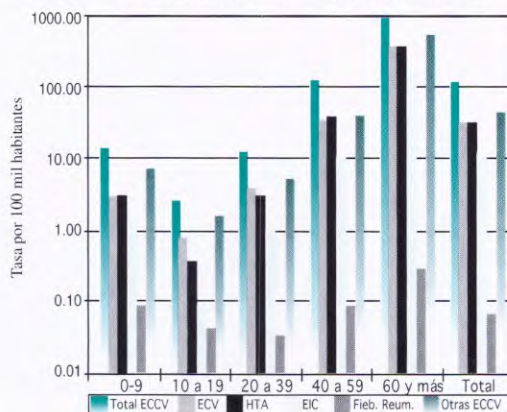
Fuente: Ministerio de Salud, Programa de enfermedades generales, degenerativas y crónicas.

El gráfico 1 fue diseñado en escala logarítmica con el fin de mostrar que, en 1995, el conjunto de las ECCV ocasionaron la muerte a uno de cada mil habitantes de nuestro país; en ese año, las ECV y las EH compartieron el primer lugar y desplazaron aparentemente a la EIC, posiblemente por las razones expuestas antes. Este comportamiento es constante para todos los grupos de edad a partir de los 40 años de vida.

En adultos entre 20 y 39 años, las tasas de mortalidad por ECCV alcanzaron valores cercanos a uno por cien mil habitantes, principalmente a causa de ECV y EH. Cabe resaltar la importancia que reviste este grupo de enfermedades en personas mayores de 60 años, pues se les atribuye la muerte de algo más de uno por cada cien ancianos colombianos (tasa de 1.572 por cada cien mil habitantes mayores de 60 años).

Por último, en dicho gráfico se observa que las secuelas ocasionadas por la fiebre reumática se mantienen como causa importante de mortalidad, especialmente en el grupo de ancianos; por lo tanto, se deben dirigir esfuerzos para su prevención durante la niñez y adolescencia.

Gráfico 1. Mortalidad por causas específicas de ECCV según grupos de edad. Colombia, 1995



Fuente: Ministerio de Salud, Programa de enfermedades generales, degenerativas y crónicas.



En los servicios ambulatorios, la morbilidad por ECCV fue responsable de 3.2% de la consulta externa general en el periodo 1983-1992; la mayoría de dichas consultas (75%) correspondió a hipertensión arterial o enfermedad hipertensiva (HTA o EH). Se resalta que en la actualidad la morbilidad por esta última condición se encuentra en aumento, convirtiéndola en una de las causas más frecuentes de consulta externa y urgencias, principalmente en la población urbana.

El *Estudio nacional de salud 1977-1980*, reportó que en el país la HTA presentaba una prevalencia de 11.6% en personas mayores de 15 años. Catorce años más tarde, la encuesta CAP ISS-Profamilia³ estableció dicha prevalencia en 14%, cifra probablemente subvalorada puesto que se calculó a partir de autorreportes. Por otra parte, estudios realizados en grupos específicos de individuos como los conductores de bus en Medellín, informan una prevalencia de HTA de 42.4%. En consecuencia, en el país existen variaciones regionales y ocupacionales aún no bien precisadas en la frecuencia de esta enfermedad.

Los egresos hospitalarios debidos a ECCV representaron 4.1% de las hospitalizaciones totales en el periodo 1983-1992. Entre ellas, se destacan la EH y la ECV como las principales causas de egresos, con 21% cada una; por su parte, el infarto agudo del miocardio alcanzó 7.6% del total de egresos por ECCV. En 1994 se estimó la carga económica generada por las ECCV en \$220 mil millones anuales, en especial por gastos de atención hospitalaria, y asumiendo que 6.7% de las hospitalizaciones se originó en esas enfermedades. De otro lado, algunos estudios específicos de costos que proyectó el Ministerio de Salud en 1995, mostraron que, para un control y manejo adecuados de la HTA en el país, es necesario comprometer cuatro unidades de pago por capitación (UPC) en cada paciente.

La mortalidad por ECCV y diabetes en Santa Fe de Bogotá

Una de las formas de medir la mortalidad en una población es el cálculo de los años de vida perdidos por muerte (Avisa por mortalidad), índice que destaca la mortalidad prematura derivada de aquellas enfermedades que inciden en la salud de niños y jóvenes, es decir, los grupos que más años de vida pueden perder. Así mismo, a través de la estimación de tasas de mortalidad específicas causadas por los problemas de salud que más afectan a los grupos de mayor edad; éstas se expresan como un número de fallecidos por un determinado número de personas⁴.

Avisa totales por mortalidad y discapacidad

En el periodo 1985-1996, las enfermedades crónicas representaron entre 34% y 60% de los Avisa totales, y entre 30% y 45% de los Avisa por mortalidad. Con excepción del lapso comprendido entre 1991 y 1994, en el cual las lesiones superaron a las ECCV, estas últimas originaron el mayor número de Avisa en el periodo total.

En las mujeres bogotanas, las enfermedades cerebrovasculares (ECV) ocasionaron muerte prematura en los grupos de 15 a 44 años. En mujeres mayores de 60 años, además de las ECV, fueron causas de muerte prematura la cardiopatía isquémica coronaria (EIC), la enfermedad hipertensiva y otras enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar. Por su parte, la EIC, la ECV y otras enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar, generaron Avisa en los hombres sólo a partir de los 60 años; ello indica el notorio peso que tienen los años de vida perdidos prematuramente por lesiones en los hombres jóvenes, una de las causas más importantes de muerte que ocurre en ese grupo.

En el periodo comentado, las ECCV oscilaron entre 69% y 85% del total de Avisa vividos con discapacidad. Al contrario de lo que sucedió con los Avisa por mortalidad, en los hombres se originaron Avisa por discapacidad que se imputó a EH en los grupos jóvenes (15 a 44 años) y a EIC en el grupo de 60 años y más⁵.

Tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares específicas

A continuación se numeran las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Santa Fe de Bogotá, según edad y sexo, durante el periodo 1986-1997⁶. En este grupo de enfermedades se consideran aquellas condiciones isquémicas del corazón diferentes al infarto agudo del miocardio (patología que hasta 1996 se codificó por separado), así como otras enfermedades del corazón y la circulación pulmonar, además de la enfermedad hipertensiva.

Enfermedades isquémicas del corazón

Cuando no se incluye el infarto agudo del miocardio, este grupo de eventos es, en apariencia, el que menos aporta a la mortalidad total por ECV, pues exhibieron las menores tasas y se mantuvieron estables (alrededor de una por cada diez mil habitantes) durante todo el periodo. En 1997 se observa un incremento importante de la mortalidad por EIC, hecho que corresponde al inicio de la codificación en este grupo del infarto agudo del miocardio, según lo recomendado en la décima revisión de la CIE.

El riesgo de morir por una EIC se incrementa notablemente con la edad hasta en 630% para el grupo de 45 a 59 años, en comparación con el grupo de 15 a 44 años; este riesgo asciende a 1.687% en los mayores de 60 años frente al grupo de 45 a 59. Los hombres fallecieron más por esta causa que las mujeres: en 1996 murió uno por cada diez mil hombres, comparado con 0.82 por cada diez mil mujeres; en 1997 fallecieron 1.70 por cada diez mil hombres y 2.03 por cada diez mil mujeres.

3 Allí se preguntó a los encuestados si alguna vez se les diagnosticó hipertensión arterial.
4 Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá. La carga de enfermedad en Santa Fe de Bogotá, 1998.

5 *Ibidem*.

6 Hasta 1996, estas patologías se hallaban codificadas en la lista tabular de 171 causas de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE de la OMS (9ª revisión); a partir de 1997 se codifican en la lista tabular de 103 causas publicada en la 10ª revisión.

Infarto agudo del miocardio

En Santa Fe de Bogotá, el infarto agudo del miocardio es la patología que más mortalidad aporta dentro de las enfermedades cardiovasculares. Las tasas en el periodo considerado presentaron una clara tendencia al incremento, pues pasaron de 3.76 por cada diez mil habitantes en 1986 a 5.46 en 1996. Ello se observa en el gráfico 2.

Por rangos de edad, las tasas fueron estables para los grupos de 15 a 44 y de 45 a 59 años (0.40 y 7.0 por mil habitantes, respectivamente); sin embargo, en el grupo mayor de 60 años mostraron un incremento hasta de 40% entre el inicio del periodo y 1996; la tasa correspondiente se elevó de 56 a 77 por cada diez mil habitantes. Desde 1997, el infarto agudo del miocardio se incluye dentro de las enfermedades isquémicas del corazón. Para estimar la mortalidad según el sexo, se dispuso de datos sólo para 1996 y 1997; se observa que los hombres presentaron mayores tasas que las mujeres (5.93 por cada diez mil hombres y 5.07 por cada diez mil mujeres, respectivamente). El cuadro 2 recoge tal situación.

Otras enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar

Este grupo de eventos sigue en orden de importancia a los anteriores por la significativa mortalidad que ocasiona; presentaron tasas que oscilaron entre dos y 2.3 por cada diez mil habitantes en todo el periodo. Según rangos de edad, se observa que el grupo de 45 a 59 años presenta el mayor riesgo de morir por esta causa (hasta 600%) frente al grupo de 15 a 44 años, siendo 7 la razón entre las tasas de estos dos grupos en el periodo analizado. El grupo de 60 y más años tiene 1.200% más riesgo que el grupo de 45 a 59 años. A diferencia de lo observado en el caso del infarto agudo del miocardio, los hombres presentaron tasas menores que las mujeres, tanto en 1996 como en 1997, según se ve en el cuadro 2.

Cuadro 2. Tasas de mortalidad específica por ECCV y diabetes según sexo*/100 mil habitantes. Santa Fe de Bogotá, 1996-1997

Evento	1996		1997	
	Tasa* en hombres	Tasa* en mujeres	Tasa* en hombres	Tasa* en mujeres
Infarto agudo del miocardio**	5.93	5.07		
Enfermedades isquémicas del corazón	1.00	0.82	6.02	4.85
Otras enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar	2.16	2.37	1.70	2.03
Enfermedades hipertensivas	1.42	1.92	1.22	1.73
Enfermedades cerebrovasculares	3.61	4.43	3.34	4.25
Diabetes	1.02	1.17	1.25	1.50

* Tasas por cada 10.000 habitantes, con población proyectada del censo de 1985.

** Para 1997 el infarto agudo del miocardio está incluido en enfermedades isquémicas del corazón.

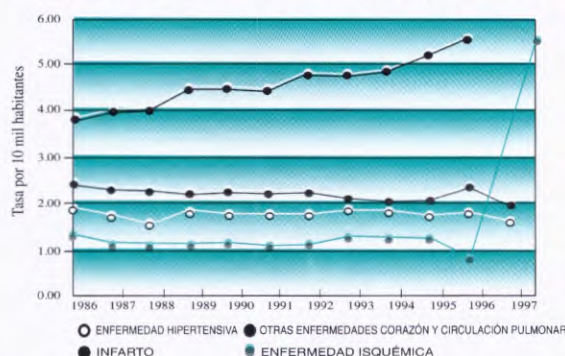
Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, certificados de defunción.

Enfermedades hipertensivas

Las enfermedades hipertensivas (EH) son a la vez eventos mórbidos y factores de riesgo en la ocurrencia de ECCV.

La mortalidad debida a estas patologías mostró tendencia a la estabilidad a lo largo del periodo con pequeñas variaciones de la tasa, cuyo mayor valor se presentó en 1986 (1.81 por cada diez mil habitantes) según el gráfico 2. El comportamiento de la tendencia fue similar para los grupos de 15 a 44 y de 45 a 59 años, mientras que en la población de 60 años y más las tasas fueron mayores al inicio del periodo que al final del mismo (29.6 en 1986 y 26.6 en 1987, frente a 24.7 en 1995 y 25.8 en 1996 por cada diez mil habitantes). En 1996, las mujeres presentaron 35% más riesgo de morir por hipertensión que los hombres, siendo 1.35 la razón entre las tasas; en 1997, dicho riesgo se incrementó a 41% y la razón entre las tasas fue de 1.41.

Gráfico 2. Tendencia de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y enfermedad hipertensiva. Santa Fe de Bogotá, 1986-1997

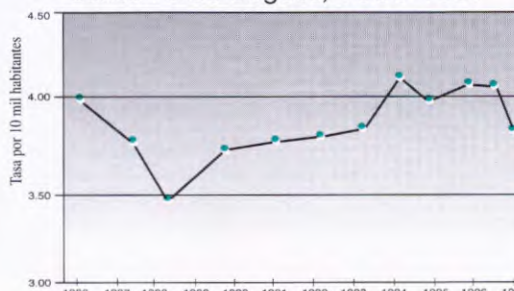


Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, certificados de defunción.

Tasas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares

La mortalidad derivada de enfermedades cerebrovasculares (ECV) permaneció estable durante el periodo considerado; las tasas fluctuaron entre 3.6 y 4.0 por diez mil habitantes, de acuerdo con el gráfico 3. Por intervalos de edad, los mayores de 60 años tienen hasta 70% más riesgo de morir por esta causa en comparación con el grupo de 45 a 59 años; a su vez, el último grupo presenta hasta 90% más riesgo que los de 15 a 44 años. En 1996, las mujeres presentaron 22% más riesgo de morir por ECV que los hombres; también en 1997 el exceso de riesgo fue mayor para ellas (27%) como se ve en el cuadro 2.

Gráfico 3. Tendencia de la mortalidad por enfermedades cerebrovasculares. Santa Fe de Bogotá, 1986-1997

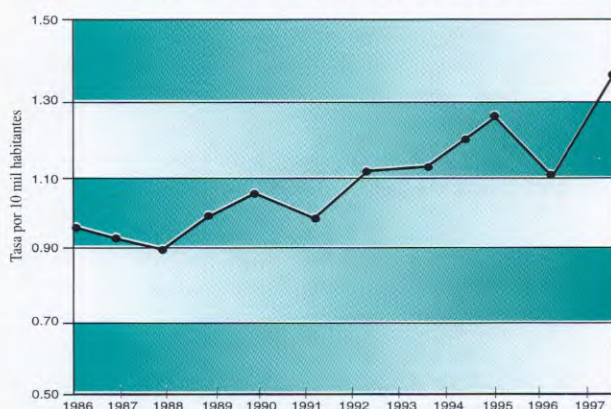


Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, certificados de defunción.

Tasas de mortalidad por diabetes

La mortalidad por diabetes reveló una tendencia al incremento en el periodo analizado, pues las tasas pasaron de 0.95 por diez mil habitantes en 1986 a un valor máximo de 1.39 por diez mil habitantes en 1997, lo cual se observa en el gráfico 4. El comportamiento de la mortalidad por diabetes en los grupos etáreos de 15 a 44 y de 45 a 59 años, permaneció estable durante todo el periodo; las tasas estuvieron cerca de 0.16 por diez mil habitantes para el primer grupo y dos para el segundo. Los mayores de 59 años presentaron tasas alrededor de catorce por diez mil habitantes para los primeros años del periodo, las cuales luego se incrementaron paulatinamente hasta alcanzar valores cercanos a dieciséis por diez mil habitantes al final del mismo. Las mujeres presentaron mayores tasas de mortalidad por diabetes que los hombres: 1.17 en 1996 y 1.50 por cada diez mil habitantes en 1997.

Gráfico 4. Tendencia de la mortalidad por diabetes. Santa Fe de Bogotá, 1986-1997



Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, certificados de defunción.

Tasas de mortalidad por ECCV y diabetes según localidad

El análisis de las tasas de mortalidad por localidades se lleva a cabo con el objeto de determinar si la población residente en alguna de ellas presenta mayor riesgo de morir por ECCV y diabetes. A tal efecto, las comparaciones se realizaron teniendo en cuenta las variaciones de la estructura poblacional en cada localidad respecto de la edad y las tasas de mortalidad específicas, mediante el cálculo de tasas ajustadas y utilizando como población estándar la de Santa Fe de Bogotá.

Este análisis presenta ciertas limitaciones relacionadas con fallas en el diligenciamiento del certificado de defunción; por ejemplo, entre 30 y 40% de los certificados no reportan la variable "residencia habitual del fallecido". Por otra parte, en un porcentaje no estimado de certificados, la residencia habitual corresponde a la de la localidad donde está ubicada la institución prestadora de servicios de salud (IPS) que atendió el caso. Esta situación puede conducir a un sobrerregistro de muertes en aquellas localidades que cuentan con redes de servicios que concentran varios prestadores de tercer nivel de complejidad, y probablemente a

un subregistro en las localidades donde este tipo de servicios es limitado.

Teniendo en cuenta lo anterior, localidades como Chapinero (en donde se encuentran IPS como los hospitales Militar y San Ignacio), Usaquén (hospital Simón Bolívar, clínica Reina Sofía, Fundación Santafé), Los Mártires (clínica San Pedro Claver, hospital San José) y Antonio Nariño (hospital San Juan de Dios, Hospital Santa Clara), podrían verse afectadas por el sobrerregistro de las tasas de mortalidad.

La estandarización de las tasas no mostró ajustes en 1996 pero sí en 1997, lo que hace pensar que las proyecciones de población calculadas por la Secretaría Distrital de Salud para 1996 —a partir del censo de 1993—, no utilizan parámetros suficientes que permitan diferenciar la distribución por edad de la población en cada localidad. La estandarización en 1997 no mostró ajustes para las localidades de Usaquén, Kennedy, Fontibón, Engativá, Tunjuelito, Rafael Uribe, Sumapaz y Suba, lo que permite deducir que la estructura poblacional de esas localidades según edad sería similar a la de Santa Fe de Bogotá.

Cuadro 3. Tasas de mortalidad estandarizadas para ECCV y diabetes por localidad. Santa Fe de Bogotá, 1996-1997

	LOCALIDAD	TASA ESTANDARIZADA											
		Enf. isquémica		Enf. hipertensiva		Otras enf. coraz.		Infarto	Diabetes	Cerebrovas.			
		1996	1997*	1996	1997	1996	1997	1996	1996	1997	1996	1997	
	Santa Fe de Bogotá	0.93	5.41	1.69	1.49	2.28	1.87	5.48	1.11	1.39	4.04	3.84	
1	Usaquén	1.11	4.96	1.03	1.12	1.58	1.44	4.15	0.71	1.12	3.06	2.85	
2	Chapinero	3.16	7.90	4.84	1.94	5.81	2.59	14.52	2.65	1.35	11.10	4.60	
3	Santafé	1.07	8.63	2.53	2.34	4.09	3.38	8.59	1.76	1.62	6.21	5.80	
4	San Cristóbal	0.37	4.22	1.54	1.48	1.59	1.33	4.40	0.97	1.18	3.53	3.08	
5	Usme	0.18	2.93	0.50	0.81	0.55	1.23	1.37	0.11	0.52	0.77	2.51	
6	Tunjuelito	0.54	4.11	1.23	1.41	2.01	1.24	4.85	1.32	1.30	3.38	2.81	
7	Bosa	0.38	3.93	0.79	1.04	1.43	1.31	3.58	0.60	0.84	1.28	1.83	
8	Kennedy	0.35	2.56	0.86	0.63	0.92	0.66	2.84	0.41	0.62	1.59	1.82	
9	Fontibón	1.01	5.39	2.43	1.18	2.23	1.96	7.34	1.06	1.57	4.65	3.45	
10	Engativá	0.85	4.25	1.94	1.59	2.32	1.92	5.29	1.02	1.24	3.68	3.36	
11	Suba	1.21	4.23	1.44	1.34	2.14	1.30	5.72	1.16	0.96	4.69	2.47	
12	Barrios Unidos	1.41	5.15	1.26	1.26	2.32	1.33	4.91	1.14	1.25	2.59	3.06	
13	Teusaquillo		5.21		1.02		1.09			0.67		3.24	
14	Los Mártires	1.45	6.54	2.37	1.06	2.19	1.48	7.95	1.34	1.69	4.95	3.65	
15	Antonio Nariño	1.02	6.16	1.65	1.74	1.57	1.45	7.00	0.79	1.67	4.17	4.00	
16	Puente Aranda	0.59	4.31	1.39	1.42	2.11	1.47	5.26	0.81	1.07	2.57	3.14	
17	La Candelaria		0.97		0.73		0.24			0.00		1.19	
18	Rafael Uribe	0.37	3.35	1.28	1.11	1.42	0.73	3.55	0.62	1.08	2.70	2.32	
19	Ciudad Bolívar	0.13	3.98	0.55	0.92	0.56	1.33	1.80	0.30	1.05	1.03	2.36	
20	Sumapaz	0.00	4.00	1.78	0.00	3.55	2.10	6.49	2.93	2.10	3.55	0.00	

* Incluye infarto agudo del miocardio.

Fuente: Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, certificados de defunción.

Algunas localidades como Chapinero, Santafé, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda y La Candelaria, presentan tasas crudas para las enfermedades estudiadas por encima de la tasa ajustada, probablemente porque su estructura por edades tiene una composición con mayor proporción de población joven comparada con la población total de Santa Fe de Bogotá. Por el contrario, San Cristóbal, Usme, Bosa y Ciudad Bolívar arrojaron tasas crudas por debajo de las tasas ajustadas, lo que podría señalar que su estructura por edades tiene una mayor proporción de población vieja comparada con la población total de Santa Fe de Bogotá.



A partir de la razón entre tasas para los eventos estudiados, y exceptuando el infarto, las cuales se obtuvieron al relacionar la tasa de cada localidad frente a la tasa de Santa Fe de Bogotá en 1997, las localidades se clasificaron como de alto riesgo, aquellas que presentaron cuando menos una razón por encima de uno; de mediano riesgo, las que obtuvieron una razón entre 0.5 y 0.99, mientras que las de bajo riesgo son aquellas cuya razón de tasas para todos los eventos estuvo por debajo de 0.5.

Como se observa en el cuadro 3, la población de las localidades que presentan alto riesgo de morir por ECCV fueron Chapinero, Santafé, Los Mártires, Antonio Nariño, Fontibón, Engativá, San Cristóbal y Sumapaz; por su parte, las localidades con bajo riesgo fueron Kennedy, La Candelaria y Usme. Las demás localidades se consideran de mediano riesgo respecto a la mortalidad por ECCV.

La morbilidad por ECCV en Santa Fe de Bogotá

En el periodo analizado, las ECCV motivaron en promedio 2.46% de las consultas en los servicios ambulatorios; entre ellas, la enfermedad hipertensiva ocasionó algo más de la mitad de las consultas (55.6%). Los egresos hospitalarios debidos a ECCV representaron 5.36% del total de hospitalizaciones durante el periodo considerado. Entre dichas causas se destacaron, con 33.9% de los motivos de egreso, otras enfermedades del corazón y de la circulación pulmonar como razón principal de la hospitalización. Les siguen la enfermedad isquémica del corazón con 26.2% y la enfermedad cerebrovascular con 15.7%.

Prevalencia de factores de riesgo

Los múltiples factores de riesgo descritos para las ECCV se clasifican en modificables y no modificables. Entre los factores modificables se cuentan la hipertensión arterial, altos niveles de colesterol, el tabaquismo y la inactividad física o sedentarismo. Otros factores modificables son la diabetes, la obesidad, la exposición ambiental al tabaco, algunos rasgos de personalidad y el estrés.

También se consideran factores de riesgo modificables para las ECCV los relacionados con el consumo excesivo de alimentos de gran densidad energética, ricos en grasas y azúcares refinados simples (los cuales agrupan monosacáridos, disacáridos y otros azúcares de cadena corta producidos mediante refinación de carbohidratos), la desmedida ingestión de sal y el abuso del alcohol.

Los factores no modificables ocurren especialmente en la población considerada de alto riesgo e incluyen, entre otros, factores genéticos, raciales y de edad. La prevalencia de factores de riesgo tradicionalmente se ha identificado mediante la aplicación de encuestas periódicas. En 1993 el ISS y Profamilia realizaron la Encuesta sobre conocimientos,

actitudes y prácticas para enfermedades cardiocerebrovasculares (CAP-ECCV), tomando a Santa Fe de Bogotá como una región y llevando a cabo muestreos en forma representativa. A continuación se presentan los resultados de la prevalencia para algunos factores de riesgo obtenidos en esa encuesta.

Hipertensión arterial

En Santa Fe de Bogotá, 90.5% de la población se había tomado la presión arterial alguna vez (93.2% de las mujeres y 87.3% de los hombres); esta cifra fue la más alta del país. La proporción de personas que se practicaron examen de la presión arterial aumentó con el incremento de la edad y con el nivel educativo. El estado conyugal también influyó, pues se encontró que los solteros y las personas en unión libre se la toman con menor frecuencia.

En cuanto a la prevalencia de hipertensión arterial en Santa Fe de Bogotá, la encuesta halló que 14% de las personas indagadas manifestó que la última vez que le tomaron la presión se la encontraron alta. Las mujeres presentaron mayor prevalencia que los hombres con 15.6% y 12% respectivamente.

El tiempo transcurrido desde el diagnóstico de hipertensión varió entre menos de un mes y más de un año, con proporciones de 32.4% para menos de un mes, 47.1% para uno a seis meses, 5.7% para siete a doce meses y 19.5% para más de un año.

Dentro de la población a la que se le diagnosticó presión arterial alta, únicamente toma medicamentos 26.2% (30.9% de los hombres y 23% de las mujeres) y se controla por lo menos una vez al año 62.6% (62.8% de los hombres y 62.5% de las mujeres). Con respecto a todo el país, los bogotanos entre 50 y 69 años son el grupo que en mayor proporción (81%) controla su presión arterial.

Actividad física y práctica deportiva

De la población bogotana encuestada en 1993, únicamente 30.2% (33.7% de los hombres y 27.1% de las mujeres) realizaba algún tipo de ejercicio físico como aeróbicos, caminar o trotar.

La frecuencia del ejercicio osciló entre 69.8% para quienes nunca hacían ejercicio hasta un 4.0% que lo practicaba dos o tres veces por semana, pasando por un 14% de personas que realizaban ejercicio una vez a la semana y por 12.2% que lo hacía diariamente. Respecto de la actividad física según el sexo, se observaron diferencias que favorecieron a los hombres con 16% de más.

Del total de encuestados, sólo 26.7% practicaba algún deporte. En esta variable se encontraron diferencias por sexo mucho más marcadas que las citadas para el ejercicio físico, pues los hombres realizaban casi cuatro veces más deporte que las mujeres y con mayor frecuencia: respectivamente, 7.04% y 0.9% para la práctica diaria; 6.1% y 1.5%, dos a tres veces semanales; 30.2% y 8.9%, una vez por semana.

Tabaquismo

Existen varias encuestas nacionales recientes que han investigado sobre prevalencia de tabaquismo y también se dispone de una muestra representativa de la población de Santa Fe de Bogotá. Aunque ambas reportan datos similares, su metodología y población objetivo no son los mismos, lo cual impide llevar a cabo un cabal seguimiento; no obstante, permiten acercarse al conocimiento de la prevalencia de este factor de riesgo.

Según la encuesta CAP-ECCV, desarrollada por el ISS y Profamilia en 1993, la prevalencia de punto de tabaquismo alcanzó 22.7%; entre las personas que fumaban en el momento de la encuesta, la mayor proporción correspondió a los hombres en relación con las mujeres (30.1% y 16.1% respectivamente). El Estudio sobre consumo de alcohol y cigarrillo que realizó la Dirección Nacional de Estupefacientes en 1996, encontró una prevalencia de 21.6% (31.3% en hombres y 13.1% en mujeres); finalmente, el segundo Estudio sobre salud mental y consumo de sustancias psicoactivas que se realizó en 1997, mostró una prevalencia de tabaquismo de 27.9%.

En la encuesta del ISS y Profamilia se investigó la prevalencia de tabaquismo según modalidad de consumo (pipa, tabaco y cigarrillo); se encontró que la mayor proporción de los encuestados en Santa Fe de Bogotá fumaban cigarrillo con 22.7% (30.1% de los hombres y 16.1% de las mujeres) y que 59.6% de las personas iniciaron el consumo entre los 15 y 19 años. En los fumadores habituales, la intensidad del consumo osciló entre uno y cuarenta cigarrillos diarios, con una mayor proporción de los que fumaban entre uno y dos (33.6%) seguida por el consumo entre tres y cinco cigarrillos diarios (32.8%).

Reflexiones sobre la prevención y manejo de las ECCV en Santa Fe de Bogotá

La problemática expuesta alrededor de la mortalidad, la morbilidad y la prevalencia de factores de riesgo para las ECCV en el Distrito Capital amerita el diseño y la implementación, coherente y sostenida, de políticas públicas en varios aspectos. A manera de aporte editorial se sugieren algunas acciones:

1. *Mejoramiento de la calidad del certificado de defunción.* Contar con datos más confiables que contribuyan a caracterizar la magnitud del daño producido por las ECCV (por localidad, sexo, edad, ocupación, etc.), constituye un requisito indispensable para focalizar acciones de salud pública según las particularidades de cada evento.

2. *Ampliación de la cobertura del sistema de información sobre morbilidad.* Aunque las IPS privadas hacen parte de la red de servicios de las aseguradoras en los regímenes contributivo y subsidiado, en la actualidad éstas no se encuentran

incluidas en el sistema de información de salud. Es necesario que estas entidades aporten información para mejorar el conocimiento de la magnitud y las características de la población afectada por ECCV y, además, informen acerca de otros tópicos como los costos de atención por estas enfermedades.

3. *Reestructuración de la información en los programas de prevención y control de ECCV.* Se debe hacer un seguimiento eficaz de algunos índices entre los que se cuentan:

- Prevalencia de la hipertensión arterial por edad y sexo, según periodos.
- Prevalencia de hipertensos controlados según estadios y terapéutica.
- Prevalencia de hiperglicemia por edad y sexo.
- Prevalencia de niveles de colesterol total, colesterol HDL, lipoproteínas LDL y triglicéridos, por edad y sexo.

4. *Actualización de la información sobre prevalencia de factores de riesgo e identificación de factores protectores.* Realización de investigaciones cuyos resultados deberán servir de base en estudios de seguimiento específicos o en la estructuración de los sistemas de vigilancia.

5. *Aplicación de la investigación evaluativa.* Aspecto metodológico de utilidad en los programas de promoción y prevención ya existentes, y en el diseño de aquéllos nuevos que se implementen.

6. *Fortalecimiento de los programas de promoción en salud.* Es necesaria la participación de diferentes sectores sociales, como el educativo y el productivo, en estos programas, con el fin de lograr beneficios colectivos como el acceso a alimentos saludables y al conocimiento óptimo sobre las formas de protegerse contra las ECCV, mediante la práctica de hábitos saludables, patrones de consumo sanos y actividad física adecuada, entre otros.

7. *Desarrollo permanente de programas de educación en salud.* Se ha demostrado que el uso de medios masivos para fomentar la educación en salud tiene un excelente potencial en la reducción de los factores de riesgo al interior de la comunidad; ello implica la implementación de estrategias de comunicación en las que participen los beneficiarios.

8. *Estrategias individuales de promoción.* Las acciones para promover estilos de vida saludables, fomentar la actividad física y el ejercicio, reducir el tabaquismo y el consumo de alcohol, y mejorar las condiciones de nutrición, deberían aplicarse indistintamente a personas sanas y a aquéllas afectadas por los factores de riesgo.

9. *Fortalecimiento de programas preventivos.* La optimización de las actividades de diagnóstico precoz y prevención primaria en personas sanas, hace posible detectar la población en estados tempranos de enfermedad. Deberá incrementarse la cobertura de esas actividades a través del POS.

