

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

Tema: Orientación técnica a líderes de las cuatro subredes del entorno institucional

Dependencia (Dirección / Oficina)	Proceso
Subdirección de Determinantes en Salud	Gestión en Salud Pública

Objetivo	Fecha: 08 de abril de 2025			
Orientar técnicamente a los líderes de las acciones para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas en el entorno institucional de las cuatro subredes en los temas de tabaco y de hipertensión arterial	Tipo de reunión	Asistencia Técnica:		
		Asesoría ()		Capacitación ()
		Orientación (X)		Acompañamiento ()
		Otro () _____		
	Modalidad:	Presencial (X)	Virtual ()	Mixta ()
	Lugar: Centro de Innovación Ciudad Maestra, CI 62 #26-41			
	Hora Inicio: 09:00 am Hora Fin: 12:00 m			
	Notas por: Paula Ramírez Barbosa			
	Próxima Reunión: 06 de mayo de 2025			
	Quien cita: Líderes entorno institucional			

TEMAS Y COMENTARIOS TRATADOS *

Se realizó desde el grupo de crónicas de la Subdirección de Determinantes en Salud de la SDS, orientación técnica a las líderes de las acciones para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas en el entorno institucional de las cuatro subredes en los temas de tabaco y de hipertensión arterial, temas seleccionados debido a que hacen parte de próximas fechas conmemorativas. Participan las profesionales Myriam Gordillo y Paula Ramírez.

Inicia la orientación la profesional Myriam Gordillo con el tema de tabaco, presentado inicialmente el contexto de la articulación estratégica y de acciones, recordando la meta del Plan de Desarrollo 2024-2027 con relación a las enfermedades crónicas: a 2027 mantener la tasa de mortalidad temprana por CCNT en personas de 30 a 70 años inferior a 125 casos por cada 100.000 habitantes, así como la meta del Plan Territorial de Salud 2024-2027 de implementar el 100% de las acciones priorizadas a cargo del sector en el Plan estratégico y operativo distrital para el abordaje integral de la población expuesta y/o afectada por condiciones crónicas. Procede a mencionar el Plan estratégico y operativo para el abordaje de las CCNT, en el cual se encuentran los 7 nodos: 5 nodos intersectoriales: 1. Nodo de seguridad alimentaria y nutricional, 2. Nodo de actividad física, espacio público y movilidad, 3. Nodo de exposiciones a riesgos ambientales. 4. Nodo de exposición a consumos nocivos. 5. Salud bucal, visual y auditiva y comunitaria y dos sectoriales: 6. Nodo de atención en salud ante la presencia de exposiciones de riesgo o eventos precursores y 7. Nodo de atención en salud ante la presencia de condiciones desenlace; haciendo énfasis que el tema del tabaco se relaciona principalmente con el nodo 3 debido a la exposición por humo de segunda mano y el nodo 4 debido al consumo de cigarrillo y otros productos de tabaco. Así mismo realiza el contexto de Modelo +MAS Bienestar en Bogotá con cuatro pilares fundamentales: intersectorialidad para el bienestar, toma de decisiones para la gobernanza, gestión integral del riesgo y participación social transformadora. Se hace relevancia en lo valioso del último pilar ya que la participación social transformadora ya que permite que la historia

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

sea contada desde la voz del usuario, no desde el sistema. Por eso es tan importante su percepción: se busca el empoderamiento de las asociaciones de usuarios y líderes comunitarios, con el fin de fortalecer la corresponsabilidad frente al entorno y a los determinantes sociales de salud. Esto es fundamental, ya que es importante tanto la voluntad política como la voluntad comunitaria y social, siendo esta última incluso más fuerte y consecuente. Estos espacios son clave para visibilizar temas relevantes desde la gestión del riesgo colectivo, en particular sobre condiciones crónicas. La comunidad juega un papel central en la tarea de frenar el consumo de tabaco y productos derivados.

Con respecto a la intersectorialidad para el bienestar, mediante la cual se trabaja en conjunto con otras entidades para intervenir en las comunidades. Estrategias como las Manzanas del Cuidado, la apuesta cultural del IDRD, la Secretaría de Cultura y otras propuestas similares pueden marcar una gran diferencia frente al consumo.

Se aclara que el objetivo de las acciones no es ir en contra de las personas, sino del consumo. La idea es intervenir antes de que inicien. En este punto, surge una pregunta: ¿qué causa que, pese a las advertencias visuales y comunicativas, los niños y adolescentes -grupos en los que más se incrementa el consumo- comiencen a fumar?

Las instituciones tienen una gran responsabilidad en los fenómenos sociales, especialmente en la forma como se informa o educa, el talento humano en salud debe ser ejemplo ante el consumo.

Se reitera acá el tema de la participación social transformadora, a pesar de la comunicación sobre los daños del consumo, este persiste. Una de las apuestas desde las condiciones crónicas implica hablar simultáneamente de salud mental. La educación debe ir acompañada de autocuidado y del análisis de causas comportamentales. Es crucial profundizar en cómo se socializa un mensaje, evaluarlo adecuadamente y basarse en datos confiables.

Respecto a la Gestión Integral del Riesgo: si no se solicita ni se exige la información relacionada con el tabaco, esta no será entregada y por ende no podrá ser analizada. Idealmente, se debe conocer en qué zonas de cada localidad se concentra el mayor consumo. Desde lo comunitario, hay un instrumento importante: la caracterización poblacional, fundamental para posicionar mejor las jornadas frente a otras estrategias en desarrollo.

Se menciona además la necesidad de aumentar las canalizaciones cuando así se requiere, tanto en activar rutas como para identificar barreras de acceso. Los indicadores de salud actuales no reflejan un proceso efectivo de canalización, por lo que se sospecha que no todos los casos que cumplen condiciones están siendo canalizados.

Desde la mesa de crónicas, se solicita mensualmente cuántos tamizajes han diligenciado los entornos. Además, en la historia clínica debe descargarse el código Z720 (relacionado con consumo de tabaco), que permite ver qué pacientes han sido reportados por unidad. Lo mismo aplica para enfermedades respiratorias, lo cual permite hacer seguimiento.

Se menciona que el tabaco se encuentra ubicado en la fase de reducción del riesgo, especialmente cuando se habla de agentes cancerígenos. La OMS, a través del IARC establece el listado de sustancias y exposiciones cancerígenas. La idea es trabajar sobre estas para reducirlas o protegerse de ellas.

Dentro del Plan de Choque de Cáncer, enmarcado en el Código iberoamericano y latinoamericano, las dos primeras recomendaciones son: no fumar y mantener espacios libres de humo. Estas son clave no solo en la comunicación y educación, sino también en las acciones concretas que se desarrollen. Así mismo, la Resolución 3280 establece tecnologías para intervenir el riesgo colectivo, como la caracterización social y ambiental en los entornos cotidianos, lo cual permite priorizar la intervención.

Las acciones de información, educación y comunicación deben enfocarse tanto en quienes consumen como en quienes aún no lo hacen, como medida de prevención con enfoque diferencial. Se deben conformar y fortalecer redes familiares y comunitarias, estrategia que ha demostrado su impacto.

También es clave identificar el riesgo y el consumo, y aplicar consejería basada en las cinco A. Se propone una

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

capacitación para entrenar a los profesionales de los entornos en esta consejería breve, como parte de la estrategia para frenar el consumo. Se destaca la importancia de la rehabilitación basada en la comunidad.

No está claro si la responsabilidad social, por sí sola, sea una motivación suficiente para que los consumidores dejen de fumar, por ello, la estrategia también contempla la necesidad de ofrecer apoyo para el abandono del tabaco, advertir sobre sus peligros y hacer cumplir las normativas vigentes relacionadas con su expendio y venta.

Continúa la profesional Paula Ramírez con el tema de la hipertensión arterial (HTA en adelante) indicando que la HTA es el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedad cardiovascular, de enfermedad cerebrovascular, es precursora de enfermedad renal crónica. Sin embargo, es un factor de riesgo modificable. Su intervención reduce morbilidad y mortalidad cardiovascular (CV) y el riesgo CV aumenta de forma consistente con la elevación de la presión arterial, por el aumento de cada 20 mmHg de presión sistólica (PS) o 10 mmHg de presión diastólica (PD), aumenta dos veces el riesgo de enfermedad coronaria fatal y ACV. Es además denominado el “enemigo silencioso” debido a que no da señales o síntomas claros.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de muerte a nivel mundial, y se cobran aproximadamente 17,9 millones de vidas cada año. Las ECV son un grupo de trastornos del corazón y los vasos sanguíneos que incluyen la cardiopatía coronaria, la enfermedad cerebrovascular, la cardiopatía reumática y otras afecciones. Más de cuatro de cada cinco muertes por ECV se deben a infartos y accidentes cerebrovasculares, y un tercio de estas muertes se producen de forma prematura en personas menores de 70 años. Se reitera que el principal factor de riesgo en el mundo y en Colombia es la HTA.

Se estima que en el mundo hay 1.280 millones de adultos de 30 a 79 años con hipertensión y que la mayoría de ellos (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos. Según los cálculos, el 46% de los adultos hipertensos desconocen que padecen esta afección. La hipertensión se diagnostica y trata a menos de la mitad de los adultos que la presentan (solo al 42%). Apenas uno de cada cinco adultos hipertensos (el 21%) tiene controlada la afección. La meta mundial es reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% en 2030 con respecto a los valores de referencia de 2010 (OMS/OPS).

Se presentan datos generales con relación a la mortalidad prematura por enfermedad cardiocerebrovascular en Bogotá D.C (30 a 70 años), 2024p, siendo Sumapaz, Tunjuelito, Los Mártires, Ciudad Bolívar y La Candelaria aquellas localidades con más altas tasas.

Se presentan algunos aspectos nuevos sobre la HTA de acuerdo con la guía más reciente que es la Guía de la Sociedad Europea de Cardiología del 2024 y algunos cambios con respecto a versiones previas que como profesionales de salud son importantes de conocer:

Nombre: cambia de solo Hipertensión arterial a Presión arterial elevada e hipertensión. El riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) atribuible a la presión arterial (PA) es una exposición continua, no una categorización binaria de normotensión frente a hipertensión. El término “arterial” se ha eliminado de la guía de 2024, ya que la hipertensión arterial también puede darse en las arterias pulmonares, y no se aborda en el documento.

Valores: En la guía de 2024 se mantiene la definición de hipertensión en la consulta como una PA sistólica de ≥ 140 mmHg o una PA diastólica de ≥ 90 mmHg. Sin embargo, se introduce una nueva categoría, “PA elevada”. La PA elevada se define como una PA sistólica en la consulta ≥ 120 -139 mmHg o una PA diastólica 70-89 mmHg. No se habla de “pre-hipertensión” o de “grados de hipertensión”.

Metas: Objetivo de PA sistólica 120-129 mmHg en los adultos con tratamiento farmacológico antihipertensivo. Para ciertos casos individuales seleccionados en los que no se persiga un objetivo de PA de 120-129 mmHg, bien debido a intolerancia

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

o a la presencia de situaciones clínicas que favorezcan un objetivo de PA más laxo, recomiendan un objetivo de PA tan bajo como sea razonablemente posible. También se enfatizan la toma de decisiones clínicas personalizada y la toma de decisiones conjunta con el paciente.

Medición: recomienda medir la PA con un dispositivo validado y calibrado para reforzar la técnica correcta de medición y aplicar un método consistente de medición de la PA a cada paciente. Recomienda la medición de la PA fuera de la consulta con propósitos diagnósticos, especialmente porque se puede detectar hipertensión clínica aislada (o de bata blanca) e hipertensión enmascarada. Cuando no sea posible la medición de la PA fuera de la consulta por motivos logísticos o económicos, se recomienda que el diagnóstico se confirme con la repetición de la medición de la PA empleando la técnica de medida estandarizada correcta.

REQUERIMIENTOS PARA OBTENER UNA LECTURA PRECISA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

1. Usar monitores automáticos validados o, si no disponibles, aneroides calibrados..
2. Medir la presión arterial en un lugar tranquilo y libre de ruidos.
3. Seguir el protocolo que viene debajo:
 - No conversar. Hablar o escuchar de forma activa agrega hasta 10 mmHg
 - Apoyar el brazo a la altura del corazón.No apoyar el brazo agrega hasta 10 mmHg
 - Colocar el manguito en el brazo sin ropa. La ropa gruesa agrega hasta 5-50 mmHg
 - Usar el tamaño de manguito adecuado. Un manguito pequeño agrega de 2 a 10 mmHg
 - Apoyar los pies. No apoyar los pies agrega hasta 6 mmHg
 - No cruzar las piernas. Tener las piernas cruzadas agrega de 2 a 8 mm Hg
 - Tener la vejiga vacía. Tener la vejiga llena agrega hasta 10 mmHg
 - Apoyar la espalda. No apoyar la espalda agrega hasta 6 mmHg



Tamizaje y Diagnóstico: el tamizaje oportunista de la PA elevada y la hipertensión se debe considerar: • Al menos cada 3 años para los adultos de <40 años. • Al menos una vez al año para los adultos de ≥40 años. Para el diagnóstico eEn los pacientes con riesgo aumentado de ECV o en quienes la PA en la consulta sea 120–139/70–89 mmHg se recomienda medir la PA fuera de la consulta utilizando la MAPA (monitorización ambulatoria) y/o la AMPA (automedida de la PA) o, si no fuese logísticamente posible, medir la PA de forma repetida en distintas visitas.

Tratamiento: escogencia de medicación basado en beneficio cardiovascular no solo en reducción de PA. Si se confirma HTA se instaure manejo farmacológico si se determina PA alta se debe evaluar el riesgo CV para definir el manejo farmacológico, en ambos casos se deben instaurar medidas no farmacológicas.

Se menciona lo relacionado con el cálculo del riesgo cardiovascular a través de la tamización, reforzando estas acciones que se realizan desde los diferentes entornos y son una de las principales acciones colectivas con relación a las CCNT:

En Europa la guía recomienda para la tamización del riesgo cardiovascular el SCORE2, en Colombia y Latinoamérica se utiliza especialmente el ASCVD o el Framingham con factores de corrección, la resolución 3280 recomienda la clasificación de la OMS y el uso de las tablas de riesgo de Framingham, sin embargo ¿por qué en espacios como Cuidaté, sé feliz ou otros espacios dentro del accionar en los entornos utilizamos las tablas y calculadora de riesgo de la OMS? Esto se debe a que la OMS diseñó este tipo de cálculo para países de medianos y bajos ingresos, que en muchos casos tenían dificultades para contar con resultados de laboratorio como el perfil lípido, OMS permite calcular conociendo el nivel de colesterol total o en su lugar usando el Índice de Masa Corporal, así mismo la OMS diseñó tablas para diferentes regiones del mundo, para el caso de Latinoamérica se utilizan aquellas que tienen la sigla AMR y más específicamente para Colombia se utiliza la AMR-B, esto se diseñó de tal manera por la evidencia de resultados subestimados o sobreestimados de las escalas europeas o norteamericanas.

Aunado a lo anterior, se presenta brevemente lo relacionado con la estrategia HEARTS como una iniciativa liderada por la Organización Mundial de la Salud donde participan diversos actores globales: entre ellos los Centros de Control y

 <p>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD</p>	<p>DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO ORGANIZACIONAL DIRECCIÓN PLANEACIÓN INSTITUCIONAL Y CALIDAD SISTEMA DE GESTIÓN CONTROL DOCUMENTAL</p>				
	<p>ACTA DE REUNIÓN</p>				
	<p>Código:</p>	<p>SDS-DFO-FT-001</p>	<p>Versión:</p>	<p>1</p>	
<p>Elaborado por: Nury Leguizamón Amaya, Alvaro Amado Camacho / Revisado por: Samir Andrés Salazar / Aprobado por: Luz Angela Manquillo Erazo</p>					

Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) y Resolve to Save Lives, entre otros. El Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lidera la implementación de HEARTS en la Región de las Américas. Asegurando que las acciones de implementación estén alineadas con las prioridades estratégicas de la Región, especialmente con la Resolución de la cobertura universal de salud, el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, específicamente aquellos relacionados con la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. HEARTS se está implementando y expandiendo en 33 países de la Región para incluir 6.052 centros de salud, que en conjunto cubren aproximadamente 39 millones de adultos en las áreas de captación respectivas. HEARTS será el modelo de manejo del riesgo cardiovascular incluyendo la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia, en la atención primaria de la salud en la Región de las Américas para el 2025.

Finalmente se dan pautas relacionadas con actividad física, alimentación saludable, restricción en el consumo de sal, limitar el consumo de alcohol, no fumar.

Otras recomendaciones menos conocidas: Técnicas adecuadas de respiración, de relajación. Hidratación. Consumo de alimentos ricos en potasio y magnesio. Manejo del estrés. Mensaje “Si puedes compra un tensiómetro y ve a controles”.

Se finaliza la orientación con una plenaria corta revisando las propuestas de estrategias y acciones de conmemoración para el día conmemorativo (17 de mayo) y la semana conmemorativa de la HTA (15 de mayo a 19 de mayo) y el día mundial sin tabaco (31 de mayo).

COMPROMISOS*

ACCIÓN	RESPONSABLE	FECHA
Planeación de la jornada por subred de servicios de salud en formatos enviados desde la SDS al correo vidasaludable@saludcapital.gov.co	Líderes de cada subred	05 de mayo de 2025

REVISIÓN Y APROBACIÓN DEL ACTA

No	NOMBRES Y APELLIDOS	CORREO	TELÉFONO	DIRECCIÓN/ OFICINA/ ENTIDAD	FIRMA
1	Myriam Gordillo	M1gordillo@saludcapital.gov.co	3103032921	SDS -SDSS	
2	Paula Ramírez	pxramirez@saludcapital.gov.co	3134031929	SDS -SDSS	

ASISTENTES

Anexo listado de asistencia SDS-PYC-FT-002.

Nota: Cuando la asistencia es igual o superior a 10 personas, se debe hacer uso del formato Listado de asistencia a reuniones SDS-PYC-FT-002, según lineamiento SDS-PYC-LN-011

