

**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACION DE LAS
FAMILIAS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO INTERVENIDAS
POR EL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA
FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN EN EL PERIODO DE 2002 A 2012**

**RUTH ESTHER ARBOLEDA VALLEJO
JULIAN FERNANDO BENITEZ BASTIDAS
FREDY MARCELO CADENA TARAPUES
JUAN CAMILO D´HARO QUIROZ.**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2016**



**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACION DE LAS
FAMILIAS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO INTERVENIDAS
POR EL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA
FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN EN EL PERIODO DE 2002 A 2012**

**RUTH ESTHER ARBOLEDA VALLEJO
JULIAN FERNANDO BENITEZ BASTIDAS
FREDY MARCELO CADENA TARAPUEZ,
JUAN CAMILO D'HARO QUIROZ.**

Trabajo de grado como requisito para optar el título de Médico General

Asesor científico: Msc. Luis Eduardo González Martínez

Asesor metodológico: Dr. Andrés Salas

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN
FACULTAD DE MEDICINA
SAN JUAN DE PASTO
2016**



AGRADECIMIENTOS

Primero que todo a Dios, por su bendición y su fortaleza diaria para culminar
Con éxito este gran logro en nuestras vidas.

A la FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN por formarnos con principios y
criterios de profesionales competitivos al servicio de la comunidad en general con
base al direccionamiento de salud familiar.

DEDICATORIA

Agradezco a mis padres por todo el apoyo, a mis compañeros y asesores por apoyarme en el desarrollo de esta investigación.

A Dios que siempre me ha cuidado desde lo alto, gracias.

RUTH ESTHER ARBOLEDA VALLEJO

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi hijo Alejandro, eres mi motor, mi guía mi luz, gracias por darme la fuerza necesaria para continuar el camino cuando me siento perdido y entender a pesar de tu corta edad la vida que tu padre ha escogido, y los sacrificios que ello representa, gracias mi tesoro.

A mis padres Oscar Benítez y María Victoria Bastidas, gracias por la vida, los buenos consejos, el amor y apoyarme incondicionalmente en este proceso, sé que ha sido muy difícil, pero de no ser por ustedes no lo hubiese conseguido.

A nuestra gran amiga Elisa Coral, Jefe Elisa le agradezco por los ánimos, apoyo y guía prestada en el arduo proceso de mi formación como médico.

A mis compañeros de no ser por ellos no tendría la oportunidad de escribir estas palabras, lo logramos.

JULIAN FERNANDO BENITEZ BASTIDAS

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a Dios, por sus infinitas bendiciones y haberme permitido llegar hasta estas instancias y lograr mis objetivos. A mi madre Clara Tarapues, mi padre Luis Cadena y mi hermano Ronney Cadena por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, perseverancia y motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y apoyo incondicional.

FREDY MARCELO CADENA TARAPUES

DEDICATORIA

Primero que todo quiero dedicarle este trabajo a Dios y a mis compañeros de grupo por el excelente esfuerzo que realizamos, segundo dedicarle esto también a mi madre y toda mi familia por el apoyo incondicional que siempre me han brindado, a la universidad por habernos colaborado con las carpetas ya que sin ellas este trabajo no hubiera sido posible realizarlo. Gracias a todos y cada una de las personas que siempre estuvieron ahí colaborándonos y apoyándonos en este hermoso proyecto.

JUAN CAMILO D'HARO QUIROZ.

NOTA DE ACEPTACIÓN

Jurado 1

Jurado 2

SAN JUAN DE PASTO AGOSTO 2016

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los Autores y no compromete a la Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. PROBLEMA DE INVESTIGACION -----	18
1.1 Descripción del problema-----	18
1.2 Formulación de la pregunta de investigación-----	19
2. JUSTIFICACION -----	20
3. MARCO REFERENCIAL-----	21
3.1 Marco contextual -----	21
3.1.1 Características generales corregimiento de Cabrera-----	21
3.1.2 Características generales corregimiento de Jongovito-----	24
3.1.3 Características generales corregimiento de San Fernando-----	25
3.2 MARCO TEORICO -----	29
3.2.1 Modelo teórico -----	29
3.3 Principales factores de riesgo de enfermedad cardiovascular-----	30
3.3.1 Fisiopatología hipertensión -----	30
3.3.2 Hipocolesterolemia -----	32
3.3.3. Diabetes Mellitus -----	32
3.3.4 Tabaquismo -----	33
3.4 FACTORES PREDISPONENTES DE ENFERMEDAD CORONARIA ---	34
3.4.1 Obesidad -----	34
3.4.2 Sedentarismo -----	34
3.4.3 Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura-----	35
3.5 MARCO CONCEPTUAL -----	35
3.6 MARCO LEGAL-----	36
3.7 REFERENTES INTERNACIONALES -----	36
3.7.1 Referentes Nacionales -----	38

4.	OBJETIVOS -----	39
4.1	Objetivo General -----	39
4.2	Objetivos Específicos -----	39
5	METODOLOGIA -----	40
5.1	Enfoque del estudio-----	40
5.1.2	Tipo de estudio -----	40
5.2	Población -----	40
5.3	CRITERIOS DE SELECCIÓN -----	40
5.3.1	Criterios de inclusión-----	40
5.3.2	Criterios de exclusión -----	40
5.4	VARIABLES -----	41
5.5	FUENTES DE RECOLECCION DE INFORMACION -----	41
5.5.1	Fuente de recolección primaria -----	41
5.5.2	Fuente de recolección secundaria -----	41
5.6	TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS -----	41
5.7	CONTROL DE ERRORES Y SESGOS-----	41
5.8	PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO-----	41
5.9	CONSIDERACIONES ETICAS -----	42
6.	ANALISIS DE RESULTADOS-----	43
7.	CONCLUSIONES -----	63
8.	DISCUSION -----	65
9.	RECOMENDACIONES-----	66
	BIBLIOGRAFIA	
	ANEXOS	

LISTA DE GRAFICAS

NUMERO DE GRAFICA	NOMBRE DE LA GRAFICA	NUMERO DE PAGINA
1	SEXO	43
2	PROCEDENCIA	43
3	RAZA	44
4	SEGURIDAD SOCIAL	44
5	TENSION ARTERIAL CATEGORICA	45
6	TA ARTERIAL CATEGORICA VS CONSUMO DE TABACO	45
7	INDICE DE MASA CORPORAL CATEGORICO	46
8	SEDENTARISMO	46
9	SOBREPESO	47
10	COLESTEROL ALTERADO	47
11	CONSUMO DE ALCOHOL	48
12	CONSUMO DE DROGAS	48
13	CONSUMO DE TABACO	49
14	OBESIDAD CENTRAL	49
15	ALTERACION DE TRIGLICERIDOS	50
16	DIABETES TIPO II	50
17	ALIMENTACION NO SALUDABLE	51
18	FALLA RENAL CRONICA	51
19	LESION DE ORGANO BLANCO	52
20	ANTECEDENTE PERSONAL DE HIPERTENSION	52
21	ANTECEDENTE PERSONAL DE DIABETES	53
22	ANTECEDENTE PERSONAL DE OBESIDAD	53
23	ANTECEDENTE PERSONAL CARDIOVASCULAR	54
24	ANTECEDENTE PERSONAL DE DILIPIDEMIA	54
25	ANTECEDENTE FAMILIAR DE HIPERTENSION	55
26	ANTECEDENTE FAMILIAR DE OBESIDAD	55
27	ANTECEDENTE FAMILIAR CARDIOVASCULAR	56
28	ANTECEDENTE FAMILIAR DE DISLIPIDEMIA	56
29	ANTECEDENTE FAMILIAR DE DIABETES	57
30	INFORMACION DE LA ENCUESTA	57
31	ADULTO CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR COMPLICADA O COMPLEJA	58
32	ADULTO CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA	58
33	ADULTO CON FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR MAYOR	59
34	ADULTO CON FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR	59

	MENOR	
35	ADULTO CON RIESGO CADIOVASCULAR ALTO	60
36	ADULTO CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO	61
37	ADULTO CON ANTECEDENTE PERSONAL DE RIESGO	61
38	ADULTO CON ANTECEDENTE FAMILIARES DE RIESGO	62

LISTADO DE ANEXOS

	PAGINA
Anexo A. Cronograma	70
Anexo B. Presupuesto	71
Anexo C. Instrumentos	72
Anexo D. Variables	74
Anexo E. Artículo	77

INTRODUCCIÓN

Los factores de riesgo cardiovascular son y siguen siendo el motivo de estudio y diseño de diversas investigaciones las cuales cada día plantean una serie de teorías y mecanismos que conduzcan a la detección cada vez más temprana de aquellos factores implicados en su desarrollo.

En este orden de ideas e intereses hemos planteado esta investigación que parte del interrogante ¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular en la población de las familias de Cabrera, Jongovito y San Fernando intervenidas por el programa de salud familiar y comunitaria de la Fundación Universitaria San Martín en el periodo de 2002 a 2012?, ya que los factores de riesgo cardiovascular son el principal elemento predisponente para el desarrollo como tal de la patología y el impacto que esta puede presentar a futuro en quienes se ven expuestos a los mismos, en vista que se trata de un efecto crónico que de no detectarse a tiempo puede incrementar su impacto con el tiempo, radicando en esto la importancia de su temprana detección y oportuna intervención médica. Con el fin de evitar la aparición de eventos que puedan llevar al desarrollo de enfermedad cardiovascular establecida, complicaciones y por último la muerte. Dentro de los factores de riesgo más comunes se ha identificado, el sedentarismo, el consumo de alcohol, tabaco, hábitos alimenticios, dieta rica en grasas; Elementos con una relativa facilidad de intervención, pero solo si se detectan de manera temprana.

Como objetivo general nos planteamos identificar los factores de riesgo cardiovascular en las personas atendidas en el programa de salud familiar y comunitaria de la Fundación Universitaria San Martín en los corregimientos de Cabrera, Jongovito Y San Fernando del municipio de Pasto en el periodo de 2002 a 2012; y los objetivos específicos son determinar los factores sociodemográficos en la población objeto de estudio, describir los antecedentes personales y familiares que impliquen riesgo cardiovascular en la población objeto de estudio, identificar los factores que implican signos de peligro o riesgo y los factores protectores cardiovascular en la población objeto de estudio, y por último clasificar el riesgo cardiovascular de la población objeto de estudio.

La población de estudio que tomamos son las 122 familias cuyo registro y evidencia está contenido en las carpetas del área de salud familiar y comunitaria de la facultad de medicina de Fundación Universitaria San Martín, sede Pasto, en el periodo de 2002 a 2012.

Lo que pretendemos es conocer los factores de riesgo cardiovascular a los cuales se ven expuestos los integrantes de las familias que integran el programa de salud familiar y comunitaria, y por lo tanto verificar si el programa está cumpliendo con sus objetivos o necesita implementar nuevas medidas de promoción y prevención

ante la exposición a factores de riesgo cardiovascular y la aparición de enfermedad cardiovascular establecida y sus consecuencias.

La estrategia de comunicación es brindar información a la coordinación gestora del programa de salud familiar y comunitaria de la Fundación universitaria San Martín, y verificar en conjunto si se está realizando de una manera adecuada el plan de intervención, de ser así continuar con el programa de promoción y prevención con respecto a factores de riesgo cardiovascular, de lo contrario implementar una nueva estrategia que disminuya el impacto de esta enfermedad.

Nuestro costo total aproximado del proyecto es de 5.512.500 y el tiempo estimado a realizar la investigación es de 1 año.

Cabe aclarar también que la finalidad de la investigación no representa ningún interés en particular si no específicamente de documentación e investigación.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Un factor de riesgo cardiovascular se define como una característica biológica o un hábito o estilo de vida que aumenta la probabilidad de padecer o morir a causa de una enfermedad cardiovascular en aquellos individuos que lo presentan; los principales factores de riesgo clásicos o tradicionales pueden ser de dos grupos, primero los no modificables, que comprenden la edad, el sexo, los factores genéticos e historia familiar; y los factores modificables que incluyen, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus, el sobrepeso, la obesidad y la inactividad física. Este segundo grupo de riesgos son precisamente los de mayor interés, ya que en ellos cabe actuar de forma preventiva, cabe anotar que representan un porcentaje significativo en la población general (60%), según lo descrito puntualmente como conclusión en la Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: Prevención cardiovascular. Aten Primaria. 2008 ⁽¹⁾.

Además diversos estudios han ratificado el compromiso de los factores de riesgo modificables en el Evento Cerebrovascular, por ejemplo: Un estudio realizado en España por Rodríguez, García y Gómez en el año 2013 encontró que, de 327 sujetos con una edad media de 65 años, la hipertensión era el factor de riesgo más frecuente tanto en varones (63.8%), como en mujeres (69.7%) seguido de diabetes en varones (36.2%) y sedentarismo en mujeres (36%)⁽²⁾.

En Colombia los factores de riesgo modificables están representados por la prevalencia del consumo de cigarrillo, que actualmente en adultos entre 18 y 69 años de edad es de 12.8%, siendo mayor en los hombres que en las mujeres. Según el ministerio de salud y protección social en informe para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2014⁽³⁾. Además de la diabetes con un porcentaje del 10%, la hipertensión 25%, y alarmantemente la obesidad con el más alto porcentaje del 51% de la población general colombiana, afirmación dada por estudios realizados por el presidente y endocrinólogo de la Fundación Colombiana de la Obesidad, Dr. Iván Darío Escobar, en el segundo encuentro nacional de obesidad, estudio que fue avalado y vigilado por el gobierno nacional, Ministerio de salud y OMS, en la ciudad de Medellín en el año 2010⁽⁴⁾.

Ahora bien todas estas cifras de riesgo se traducen en los registros de los certificados individuales de defunción, consolidados en las bases de datos de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en el periodo 1998-2011 donde se registraron 628.630 muertes por Evento Cerebrovascular, que corresponde al 23.5% del total de las muertes en Colombia⁽⁵⁾.

La identificación de estos factores de riesgos en la población, permite incrementar las actividades de prevención primaria y en casos de ser necesario, la intervención medico farmacológica dirigidas a disminuir el riesgo y mortalidad por esta causa, que cada vez afecta a grupos poblacionales de menor edad.

Teniendo en cuenta la anterior información y el compromiso social de la Fundación Universitaria San Martín, con la población de Pasto y en especial con las de área rural; donde la población no cuenta con cobertura y atención médica adecuada, diseño de un programa de proyección comunitaria con énfasis en la prevención de enfermedades crónicas en las cuales está incluida la identificación de los riesgos de la patología, esta información es recopilada y almacenada en las carpetas de salud familiar protegidas por el área de proyección social.

De esta información almacenada no hay registro de tabulación o análisis, que recopile de manera específica los factores de riesgo cardiovascular presentes en la población, por lo cual esta investigación pretende identificar cuáles son esos factores de riesgo prevenibles y que, con una adecuada intervención, puedan disminuir los riesgos para el desarrollo de enfermedad cardiovascular.

1.2 FORMULACION DE LA PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores de riesgo cardiovascular en la población de las familias de Cabrera, Jongovito y San Fernando intervenidas por el programa de salud familiar y comunitaria de la Fundación universitaria San Martín en el periodo de 2002 a 2012?

2. JUSTIFICACIÓN

Las ECV son la principal causa de muerte en todo el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa. Se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria, y 6,7 millones, a los ECV. La mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre factores de riesgo comportamentales, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la obesidad, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol; Para esto se hace necesario la creación de estrategias de promoción y prevención que abarquen a toda la población. (6)

Para las personas con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de uno o más factores de riesgo, como la hipertensión arterial, la diabetes, la hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada), son fundamentales la detección precoz y el tratamiento temprano, por medio de servicios de orientación o la administración de fármacos, según corresponda.

Teniendo en cuenta la información y la evidencia clínica anterior radica el diseño principal de estrategias que incluya la identificación y orientación de los factores de riesgo modificables para la enfermedad cardiovascular en la población rural de las familias intervenidas en el programa de salud familiar de la FUSM Pasto, teniendo como único propósito el de educar y crear conciencia en estos factores totalmente evitables y por ende disminuir las cifras de compromiso y mortalidad por esta causa, además las labores de promoción y prevención constituyen un principio de la educación de la FUSM en su énfasis de medicina familiar y comunitaria.

La información recopilada en esta investigación puede ser utilizada por las diferentes entidades prestadoras de salud para que diseñen programas de promoción y prevención encaminadas a este propósito y de tal forma no trabajar en el tratamiento de la enfermedad establecida, que requiere altos costos e inversiones a largo plazo, si no en la prevención que representa menos costos. Además, también permite el desarrollo investigativo de la facultad.

3. MARCO REFERENCIAL

3.1 MARCO CONTEXTUAL

3.1.1 Características generales del Corregimiento de Cabrera.

Nombre: Cabrera, tomado del apellido de un Fraile que atravesaba esta región

Fecha de Creación: 30 de agosto de 2001

Temperatura: 11° C

Número de habitantes: 2.800

Patrono: Señor de la Buena Esperanza cuya fiesta se celebra el 29 y 30 de septiembre

Ubicación: Parte oriental a 4 Kms. De Pasto

Economía: Agricultura

Tradiciones Gastronómicas: Cuy, Conejo, Frito pastuso, Mazamorra, Helados de paila, Dulce de Chilacúan y Calabaza

Tradiciones Culturales: Danzas

Juegos Tradicionales: Cuspe

Número de Habitantes: 2.800

Localización

El corregimiento de CABRERA, se encuentra ubicado en el departamento de Nariño al sur del país al oriente de la ciudad de Pasto, a 4 Km de distancia, tiene una temperatura de 11°C y una altura de 2820 m.s.n.m., su territorio es de 19 Km², posee 6 veredas.

Históricamente se puede afirmar que antes del descubrimiento de América, el corregimiento de Cabrera debió ser uno de los tantos poblados Quillacingas del Valle de Atriz, que después de la conquista y durante el coloniaje de los Españoles, paso a ser encomienda del español encomendero y conquistados Luis Casañas, con el nombre de Aldea de Cabrera a mediados del siglo XV. III siglos después llego la guerra por la independendencia de Colombia, con la victoria de los patriotas sobre los españoles, entonces la Aldea de Cabrera paso a ser una población de campesinos.

El santo patrono del Corregimiento de Cabrera es el Señor de la Buena Esperanza, que es una hermosa estatua de Jesucristo, y que fue traída de Quito Ecuador a finales del siglo XIX. Cuentan los habitantes de Cabrera que los pobladores de la Laguna hicieron todo lo posible por llevarse el Señor de la Buena Esperanza, que en dos ocasiones lo intentaron, pero que en ambas veces hubo lluvias torrenciales que lo impidieron sostienen que el Señor quería quedarse con ellos, por eso la fe y la devoción por sus milagros es infinita.

Fiesta patronal del señor de la Buena Esperanza, Se celebra todos los años en la última semana del mes de septiembre.

Veredas

CABRERA CENTRO

Se encuentra conformada por 800 habitantes, sus principales fuentes de ingresos se basan en la agricultura y gastronomía. Su principal atractivo es el Templo, cuyo patrono es el señor de la Buena Esperanza. El cual toma su nombre, igualmente su gastronomía que deleita a todos los habitantes y visitantes los fines de semana ofreciendo platos típicos de la región; cuy, conejo, frito pastuso, choclo con queso, sancocho de gallina y gran variedad de dulces y helados de paila.

DUARTE

La vereda duarte se encuentra ubicado a 300 metros del poblado está conformada por 70 familias dedicadas a la agricultura, ganadería, siembra de cebolla, papa, cría de especies menores a la venta de flores y aromáticas.

PURGATORIO

La vereda purgatorio se encuentra ubicada a 2 km del poblado de Cabrera centro, el nombre fue tomado por que había un convento llamado madres descalzas hace unos 25 años. El camino era de herradura, hoy su propietario es el señor Hugo Benavides. Sus principales fuentes de ingresos son la agricultura, ganadería, cría de especies menores. En este lugar se encuentra el Convento Madres Descalzas con una antigüedad de más de 150 años, en el cual las madres franciscanas acudían a orar y a descansar. También se distingue la Casa Zarama por su estructura en adobe, y es una casa de las más antiguas del Corregimiento con más de 150 años.

Un atractivo turístico es El Páramo Del Fraile con caminos de herradura, a una altura de 2950 m.s.n.m. y con temperatura promedio de 10°C, no hay acceso de transporte ya que existe demasiada vegetación, tiene acceso al público, no hay un horario definido, no presta ningún servicio. Las posibles actividades a realizar por los turistas son reconocimiento de especies vegetales, observación de fauna, recorrido por senderos ecológicos y senderismo. Hace parte del gran ecosistema paramuno cumpliendo funciones de almacenamiento, regulación y purificación del agua, lo cual genera la presencia de una gran biodiversidad de flora y fauna en el área donde se conservan estos tipos de asociaciones vegetales. Ofreciéndonos un gran paisaje por su belleza y atractivo. Su nombre hace alusión a una tradicional leyenda de un Fraile que tránsito por estos lugares.

LA PAZ

Se encuentra ubicada en el centro del corregimiento, a 200 mts del poblado centro. Actualmente se encuentra conformada por 80 familias, las principales fuentes de ingresos están basadas en la agricultura, ganadería, cultivos de papa, flores y cría de especies menores.

Por la vereda se ubica la carretera que nos conduce a la cocha del fraile a una hora de esta vereda.

Entre los lugares más visitados está La capilla de la virgen de la paz cuyas fiestas se realizan en el mes de Agosto y finalizan con el concurso de cometas en el cual participan los habitantes del corregimiento y diferentes participantes del municipio de Pasto.

Otro lugar turístico es La Conchita del Fraile que es un espejo de agua ubicado en la vereda la Paz, caminos de herradura, a una altura de 2950 m.s.n.m. y con temperatura promedio de 10°C, no hay acceso de transporte ya que existe demasiada vegetación, el tiempo que dura la caminata es de 2 horas desde Cabrera, la entrada es gratuita, no presta ningún servicio. Las posibles actividades para ser realizadas por parte de los turistas son el reconocimiento de especies vegetales, observación de fauna y flora recorrido por senderos ecológicos y senderismo.

BUENA VISTA ALTO

Esta vereda se encuentra ubicada a 400 mts, del poblado centro del corregimiento, su nombre es tomado por la ubicación se localiza en la parte más alta del corregimiento que desde esta vereda se puede observar el hermoso paisaje de todas las veredas de la región. Actualmente la conforman más de 70 familias, las principales fuentes de ingresos están basado en la agricultura, ganadería, siembre de papa, cebolla, y aromáticas lo cual se realiza todo el año.

Las cruces de alto Buena Vista es uno de los puntos más visitado y está ubicado en la parte más alta de la vereda en el cerro llamado el mono, camino de herradura, a una altura de 3200 m.s.n.m. de donde se puede divisar la ciudad de Pasto, durante el recorrido se puede disfrutar de la belleza paisajística y las tradiciones ancestrales como lo son las construcciones de muros de piedra al estilo inca; lugar visitado con mayor frecuencia en el mes de mayo y en semana santa, la primera cruz fue elaborada de helecho en 1.940 por sus habitantes existente hasta el día de hoy, la segunda cruz fue elaborada por el señor Aniceto Díaz en el año de 1.946 y su material es en cemento, la tercera cruz mide 30 metros de alto; y fue elaborada en madera por la comunidad hace 13 años aproximadamente y fueron puestas en este lugar porque dicen que el viernes santo desde este lugar salía la procesión de las ánimas.

BUENA VISTA BAJO

Esta vereda se localiza a 100 mts del poblado centro, su nombre es tomado por la ubicación se localiza en la parte más baja del corregimiento y porque antes formaba parte de la vereda buena vista alto, se encuentra conformada por 60 familias, las principales fuentes de ingresos están basados en la agricultura, ganadería, cría de especies menores.

En esta vereda se ubica el restaurante de pesca deportiva llamado “fuente de la pesca”. Este restaurante posee criaderos de trucha, lo cual los visitantes se les facilita la caña de pescar y luego si desean se les prepara la trucha, en diferentes modalidades. Trucha al ajillo, trucha frita, trucha ahumada.

3.1.2 Características generales del Corregimiento de Jongovito.

Nombre: Jongovito

Fecha de Fundación: 24 de junio de 1.537 por Alonso Carrillo

Temperatura: 11 grados centígrados

Patronos: San Pedro y San Pablo cuyas fiestas conocidas también como las Guaguas de Pan se celebra los días 28 y 29 de junio

Ubicación: El corregimiento se encuentra ubicado en suroeste de Pasto a una distancia de 4 kilómetros del centro

Economía: Alfarería y Agricultura

Número de habitantes: 3.000

“La vereda de Jongovito después de una larga lucha por convertirse en corregimiento solo lo pudo lograr mediante acuerdo N° 018 del Honorable Consejo Municipal de Pasto En julio 30 del 2003”

Localización

El Corregimiento de JONGOVITO, se encuentra ubicado a 4 Km de la ciudad de Pasto, su temperatura es de 11°C, su altura es de 2900 m.s.n.m., posee 7 veredas. Fue en el pasado, vereda del Corregimiento de Catambuco.

Los límites de este corregimiento son: por el norte con la ciudad de Pasto, por el sur con el corregimiento de Gualmatan, por el oriente con el corregimiento de Catambuco y por el occidente con el corregimiento de Obonuco.

Los habitantes de Jongovito se distinguen por su espíritu dinámico y progresista, sus habitantes están dedicados en un 90% a la alfarería convirtiéndose en el principal proveedor de materiales de construcción para la ciudad de Pasto y demás Municipios del Departamento de Nariño.

En las faldas del volcán Galeras, antiguo asentamiento de los Quillacingas, se encuentra ubicada la población de San Pedro de Jongovito, Fundada el 24 de junio de Por Alonso Carrillo. La historia de la vereda de Jongovito se remonta a la época de la colonia cuando los españoles establecieron los veintiún resguardos indígenas en los alrededores de la ciudad de San Juan de Pasto, como cabecera de resguardo se mantiene hasta la década de los años 1950, cuando se desintegra por causa de presiones políticas dirigidas al fraccionamiento de sus tierras comunitarias.

Este hecho corresponde a que por la misma época en el altiplano nariñense existe una gran concentración de tierras de la mejor calidad en pocas manos, lo que da lugar a numerosas migraciones de población agrícola hacia las tierras selváticas de la Costa del Pacífico y del Putumayo.

Las comunidades que continuaron establecidas en sus territorios tradicionales, bajo un régimen de minifundio y micro minifundio, como en el caso de los habitantes de Jongovito, se vieron abocadas a las influencias de un sistema de relación de producción, basado en la oferta y la demanda de sus productos agropecuarios, artesanales, pero en especial de su mano de obra.

A finales de los años noventa Jongovito sufre fenómeno en su identidad ya que después de ser una Vereda del Corregimiento de Catambuco, pasa a ser Barrio de la Comuna 4 y termina siendo una Vereda más del Corregimiento de Obonuco, hasta el 30 de julio del año 2003 donde gracias a la invaluable colaboración del Honorable Concejo Municipal, Alcalde Municipal de Pasto y al querer de toda la Comunidad, fue reconocido como el Corregimiento No. 13 del Municipio de Pasto, mediante Acuerdo 018 del 30 de Julio de 2003.

Se conservan valores arquitectónicos como el templo de la mayor valor para los habitantes, dicho templo se construyó en reemplazo de la antigua capilla de doctrina de la época de la colonia. Sus santos patronos son: San Pedro y San Pablo, cuya fiesta se celebra los días 29 y 30 de mes de junio y el 1 del mes de julio.

3.1.3 Características generales del Corregimiento de San Fernando

Nombre: San Fernando

Fecha de creación: 16 de noviembre de 2006.

Temperatura: 10 a 14 grados centígrados

Patrono: San Fernando de castilla, cuyas fiestas se celebran el 30 de mayo.

Ubicación: a 4 km., de pasto en la parte oriental.

Economía: agricultura.

Número de habitantes: 1.600

Tradiciones gastronómicas: cuy, mazamorra, helados de paila, trucha.
Sitios de interés: cerro de la cruz

“La vereda de San Fernando se convirtió en corregimiento mediante acuerdo n° 027 de noviembre 16 de 2006 del consejo municipal de pasto”.

LOCALIZACIÓN

El corregimiento de San Fernando, se encuentra ubicado en el departamento de Nariño al sur del país a 4 km de la ciudad de pasto, muy pegada a la vía oriente, su temperatura es de 10 a 14°C, su altura es de 2800 m.s.n.m., posee 6 veredas.

los límites de este corregimiento son: por el norte con el corregimiento de cabrera, por el sur con el corregimiento de mocondino, por el oriente con el corregimiento de la laguna y por el occidente con el corregimiento de buesaquillo.

san fernando hacia parte de la vereda de pejendino reyes hasta finales del siglo xix, cuando a los moradores del sector se les ocurrió que la capilla les quedaba muy lejos para asistir a los actos religiosos y que además estaba descuidada; entonces le consultaron al obispo de pasto, si les autorizaba construir otra capilla en su sector, petición que les fue concedida.

comenzando el siglo xx y por el sistema de mingas, los campesinos lograron construir su propio templo; claro que no fue tan fácil, cuentan que la madera para su construcción la transportaron desde el encano a hombros por hombres y mujeres en largas y extenuantes jornadas, después de cerca de 3 años el templo fue terminado; con la colaboración de la jerarquía católica de pasto, los campesinos lograron traer de España una escultura de San Fernando de castilla, para colocarlo en el altar de su capilla nueva.

En un memorable acto religioso y sin precedentes en el caserío, se inauguró la nueva iglesia con una solemne misa concelebrada por el obispo de la diócesis de pasto, bautizó al poblado con el nombre de San Fernando de castilla. desde entonces los campesinos celebran la fiesta de su santo patrono el día 30 de mayo. la organización está encargada a los fiesteros que son voluntarios y se comprometen con un año de anticipación.

Veredas

SAN FERNANDO CENTRO

Está conformado por 400 habitantes aproximadamente, Sus principales fuentes de ingresos están dedicadas a la Agricultura, ganadería, cultivo de cebolla, papa, maíz, flores. Cría de especies menores.

Su principal atractivo turístico es el templo cuyo patrono es san Fernando de castilla, el cual toma su nombre y es muy visitado por personas propias de la región y foráneos.

su gastronomía que deleita a todos los habitantes y visitantes los fines de semana, ofreciendo platos típicos de la región; cuy, conejo, frito pastuso, choclo con queso, sancocho de gallina y gran variedad de dulces y helados de paila.

CAMINO REAL

La junta de acción comunal decidió cambiarle el nombre porque antiguamente se la conocía como "Camino Viejo" este camino fue uno de los caminos de la ruta libertadora; está ubicada a 200 metros. Del centro poblado corregimental, la conforman 200 habitantes aproximadamente sus principales fuentes de ingresos se basan en la agricultura y albañilería. Cría de especies menores.

Uno de sus principales atractivos es la quebrada Rio Negro, que posteriormente se une al rio pasto la cual es muy visitada para realizar la pesca deportiva.

DOLORES RETEN

Se localiza a 300mts. Del centro poblado del corregimiento, la conforman 170 habitantes aproximadamente, sus principales fuentes de ingresos se basan en la agricultura cultivos de papa, cebolla, maíz, cría de especies menores, los visitantes pueden degustar de los ricos helados de paila, y las deliciosas arepas de choclo.

LA CADENA

Ubicada a 600 metros del centro poblado del corregimiento, está conformada por 200 habitantes aproximadamente, sus principales fuentes de ingresos se basan en la agricultura, la sastrería, gastronomía, cría de especies menores.

Los visitantes pueden degustar de platos típicos de la región como el sancocho de gallina, cuy, conejo, frito pastuso, choclo con queso, y gran variedad de postres. Un lugar para visitar es el Mirador, hermoso paisaje donde podemos observar los corregimientos vecinos como la Laguna, Cabrera. Por esta esta vereda pasa el Rio pasto en donde muchos visitantes practican la pesca deportiva.

CARACOLITO

Se encuentra ubicada a 500 metros del centro poblado del corregimiento, está conformada por 150 habitantes. Sus principales fuentes de ingresos se basan en la agricultura, cultivos de papa, cebolla, flores, maíz, cría de especies menores.

En este punto se puede encontrar bosques con gran diversidad de flora y fauna y restaurante de pesca deportiva donde a los visitantes se les facilita la caña de

pescar, y se les prepara la trucha en diferentes presentaciones, trucha frita, trucha sudada.

ALTO SAN FERNANDO

Se encuentra ubicada en la parte más alta del corregimiento, a una distancia de 800 metros de la cabecera corregimental. Está conformada por 250 habitantes aproximadamente. Las fuentes de ingresos se basan en la agricultura, ganadería, cultivos de papa, flores, cebolla, maíz, cría de especies menores.

También se encuentran variedad de restaurantes los cuales son muy visitados y deleitan al cliente con platos típicos de la región; cuy, conejo, sancocho de espinazo, sancocho de gallina, y gran variedad de postres y dulces, desde aquí también se visualiza el Mirador.

EL COMÚN

Se encuentra ubicada a 100 mts de la cabecera corregimental, está conformada por 200 habitantes aproximadamente, sus principales fuentes de ingresos se basan en la agricultura, ganadería, cultivos de cebolla. Papa, flores, maíz, cría de especies menores.

La quebrada La Papaguita es uno de los sitios más visitados donde también se puede realizar la pesca deportiva. Uno de los lugares más reconocidos de todo el corregimiento es La cruz de san Fernando que en semana santa es visitada por alrededor de 50.000 personas.

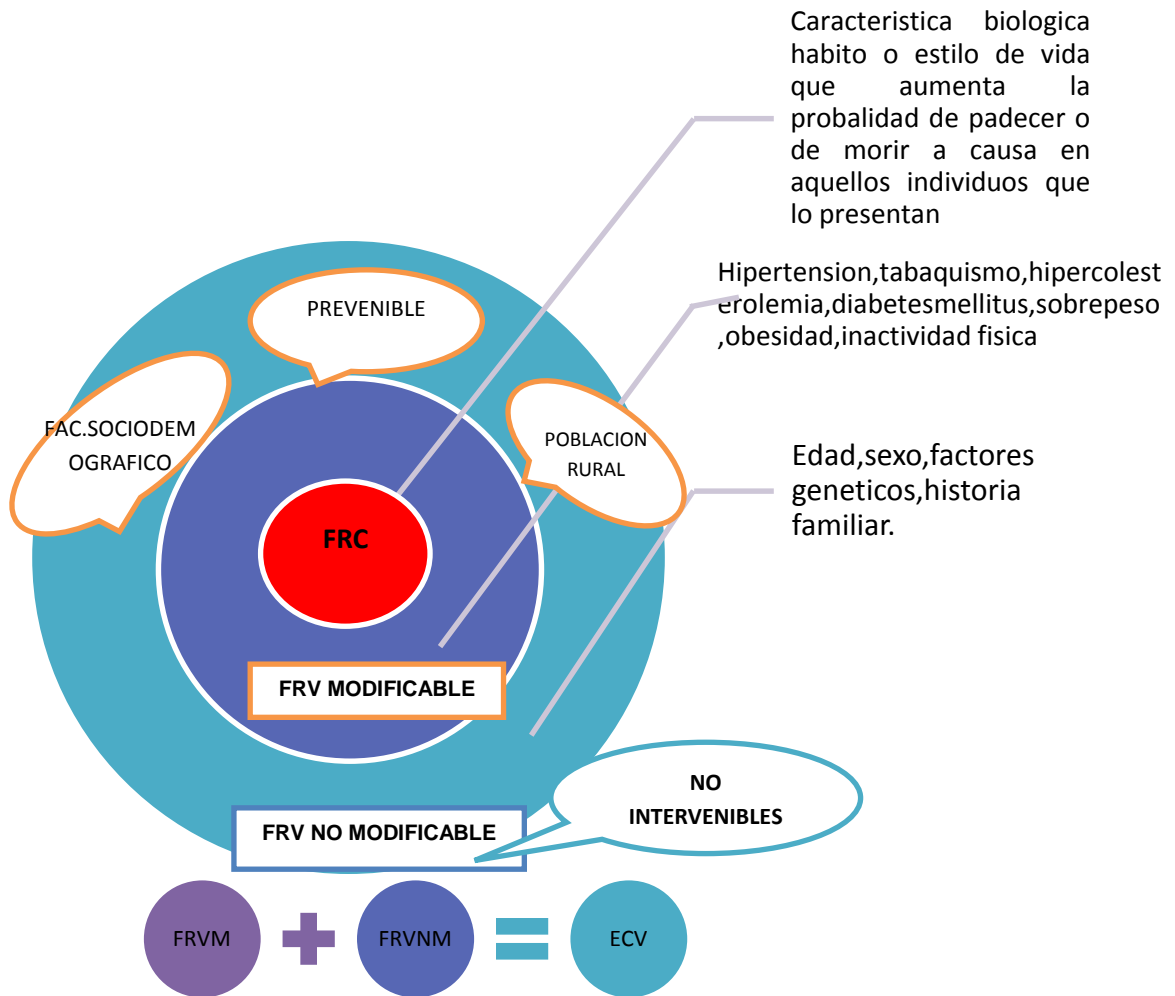
Ubicada a 800mts del centro poblado del corregimiento, a 40 minutos de la vereda el común, caminando a hora y media de la ciudad de Pasto. Su altura es de 3.100 msnm, aproximadamente, la primera cruz fue elaborada hace 22 años por la comunidad en madera pero por el mal tiempo el viento la derivo, posteriormente la construyeron en la mina y nuevamente el viento la derivo, hace 12 años la junta con la comunidad decidieron construirla en concreto midiendo 12 mts de alta, en este sitio encontramos la capilla de La Cruz construida por la comunidad, la cual es muy visitada a un más en Semana Santa por personas de varios países como Alemania, Argentina, Estados Unidos.

Desde el cerro la cruz podemos observar un hermoso paisaje como corregimientos vecinos como Catambuco, Gualmatan, Jongovito, Obonuco y la ciudad de Pasto; en Semana Santa para este año se tiene la visita de 9 párrocos a lo cual se le llama vicarias en donde el viernes santo a las 7:00 pm se realizara un Viacrucis desde el templo hasta la Santa Cruz.

Alcaldía de Pasto .2003.

3.2 MARCO TEORICO

3.2.1 MODELO TEORICO



FRC: Factor de riesgo cardiovascular

FAC: Factor

FRVM: Factor de riesgo vascular modificable

FRVNM: Factor de riesgo vascular no modificable

El pilar fundamental de intervención en los programas de promoción y prevención de la enfermedad cardiovascular son los factores de riesgo denominados modificables ya que son básicamente estilos, hábitos y malas costumbres que se pueden prevenir cuando se tiene conciencia del daño o grado de afección que ocasiona a nuestro organismo.

El riesgo cardiovascular también está integrado por aquellos factores reconocidos como no modificables que son simplemente aquellos sobre los cuales no podemos intervenir de forma directa ya que son inherentes. (7)

Y la suma o integración de cualquiera de los dos grupos de factores se traduce en el desarrollo como tal de la enfermedad cardiovascular.

3.3 PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

La hipertensión es la enfermedad cardiovascular más común en el ser humano. La prevalencia de la hipertensión en la mayor parte de los países occidentales industrializados es del 15 al 20%. La prevalencia de hipertensión entre la población de raza negra es sustancialmente más elevada, entre el 25 y 30%. Los valores de presión sanguínea se consideran hipertensos en base a los criterios epidemiológicos que muestran una elevación exponencial de la morbilidad y mortalidad cardiovascular con el aumento de las presiones sistólica y diastólica. La OMS define la presión sanguínea normal en reposo como inferior a 140/90 y la hipertensión como superior a 160/95. Los valores intermedios de presión sanguínea se definen como hipertensión leve. No obstante muchas autoridades en la materia han hecho hincapié en que los riesgos debidos a la hipertensión pueden comenzar en los valores de 135/85. VII comité de hipertensión La hipertensión es un factor de riesgo importante para la enfermedad coronaria, la crisis cardiaca y la insuficiencia cardiaca congestiva, así como la insuficiencia renal crónica. La hipertensión puede contribuir a 2 millones de fallecimientos cada 10 años.(9)

3.3.1 FISIOPATOLOGIA

La hipertensión se divide, para los propósitos clínicos en dos grupos hipertensión primaria e hipertensión secundaria. La hipertensión primaria también llamada como hipertensión esencial da razón de una elevada presión sanguínea sostenida en más del 95% de los pacientes. Existen múltiples mecanismos reguladores que contribuyen a la evolución de la hipertensión primaria, incluyendo una mediación central (simpática) anormal de resistencia periférica incrementada; el control metabólico y renal del volumen vascular; la disminución de la distensibilidad (complicancia) vascular y posiblemente el deterioro de la vaso dilatación mediada por el endotelio. En varios estudios de la hipertensión primaria, los autores informaron sobre los incrementos variables de las catecolaminas en la circulación; niveles de renina aumentados, normales y bajos; hiperinsulinemia y pruebas de un contenido de calcio anormalmente alto en las células del músculo liso vascular en los pacientes hipertensos. Todas estas alteraciones neurohumorales y

metabólicas contribuyen al incremento gradual de la resistencia vascular sistémica que es característica de la hipertensión primaria. Además, se produce una alteración de la función va receptora arterial que provoca un reajuste de los vare reflejos con objeto de nivelar los niveles de presión sistémica más elevados. En los estudios hemodinámicas con sujetos con hipertensión primaria, se aumentó la resistencia vascular sistémica en reposo y durante el ejercicio. Durante las fases iniciales de la hipertensión primaria, puede aumentar el gasto cardiaco, mientras que en fases más avanzadas el gasto cardiaco es normal o se reduce a medida que la resistencia vascular sistémica continua aumentando. Hipertensión secundaria está causada por anomalías renales o endocrinas específicas. Algunos ejemplos son los tumores de la medula superarenal, que liberan catecolaminas y los tumores de la corteza superarenal que liberan hormonas esteroideas (cortisol y aldosterona) que actúan como mediadoras de la hipertensión. La enfermedad vascular renal aumenta la producción de renina, que estimula la conversión de la angiotensina plasmática y la liberación de aldosterona. La angiotensina es un potente mediador de la vaso constricción periférica y la aldosterona estimula la retención renal de sodio y agua. La mayoría de estas causas poco habituales de hipertensión, que dan razón de menos del 5% del total de hipertensión sostenida, pueden tratarse con intervención quirúrgica o tratamiento médico. Sea cual sea la causa, el incremento de los niveles de la presión sanguínea produce un patrón predecible de procesos patológicos en órganos irrigados por arterias terminales. Los estudios electrocardiográficos en pacientes con hipertensión leve demuestran una leve hipertrofia del ventrículo izquierdo. Además, se produce un engrosamiento hipertensivo progresivo, una remodelación y una degeneración de los vasos arteriales pequeños y medianos (arteriosclerosis), resulta especialmente en la retina y en las arteriolas glomerulares renales, provocando retinopatías y nefropatías hipertensivas. La enfermedad y la rotura vascular cerebral hipertensiva producen in ictus catastrófico. Las lesiones de órganos irrigados por arterias terminales debidas a la hipertensión suelen desarrollarse a lo largo de muchos años. Los incrementos rápidos de la presión sanguínea, que habitualmente tienen lugar en la hipertensión secundaria, pueden ser mal tolerados, mientras que los incrementos graduales de la presión sanguínea y la hipertensión sistólica controlada en pacientes de mayor edad pueden ser tolerados durante largos periodos sin que se produzcan eventos mórbidos.⁽¹⁰⁾

3.3.2 HIPERCOLESTEROLEMIA

El colesterol es el lípido predominante constitutivo de la lesión arteriosclerótica. En la población norteamericana menor de 50 años, la diferencia en cuanto a riesgo en relación con las diferencias en los niveles séricos de colesterol es de más de 5

veces que los niveles de colesterol de países como Japón, y Finlandia. La hipercolesterolemia es un rasgo familiar pero rara vez es el resultado de un trastorno mono genético demostrable. Un estudio reciente ha revelado que las personas que poseen genes letales específicos para la hipercolesterolemia pueden reducir su riesgo de enfermedad coronaria mediante el cambio de su estilo de vida. No obstante se cree que el elevado nivel es el resultado de factores dietéticos los cuales aumentan los niveles séricos de colesterol a través del consumo de grasas saturadas. Por el contrario los niveles séricos de colesterol disminuyen al reducir la ingesta de estos nutrientes. Durante muchos años el colesterol y los triglicéridos fueron los lípidos observados para los estudios epidemiológicos. Actualmente los científicos han estudiado la manera en que los lípidos son transportados en la sangre; los lípidos por sí mismos son insolubles en la sangre por lo que son envueltos con una proteína para permitir su transporte a través del cuerpo. Las lipoproteínas son las proteínas que transportan los lípidos de la sangre. Dos clases de lipoproteínas causan preocupación en cuanto a enfermedades de las arterias coronarias las cuales son cLDL (lipoproteína de baja densidad) y cHDL (lipoproteína de alta densidad). Niveles altos de lipoproteínas de cLDL y niveles bajos de cHDL, sitúan a una persona en un riesgo extremadamente elevado de padecer un ataque al corazón antes de los 60 años. Un alto nivel de lipoproteína de alta densidad HDL y un bajo nivel LDL, sitúa a la persona en un bajo nivel de enfermedad cardiovascular.⁽¹¹⁻¹²⁾

3.3.3 DIABETES MELLITUS

La diabetes es un complejo trastorno metabólico con complicaciones muy diversas, caracterizadas por unos elevados niveles de glucosa en plasma y degeneración micro vascular secundaria que afectan la retina, los riñones y la circulación periférica. La diabetes se clasifica como insulino dependiente tipo I o no insulino dependiente tipo II. Las características clínicas de los pacientes con diabetes dependiente y no dependiente de la insulina se resumen en el siguiente cuadro. La diabetes tipo I suele producirse en los niños o jóvenes menores de 30 años. El predominio de la diabetes insulino dependiente en Estados Unidos está estimado en aproximadamente 1 de cada 300 o 400 personas menores de 20 años.⁽¹³⁾

3.3.4 TABAQUISMO

A nivel mundial el número de fumadores se aproxima a 2.150 millones de personas mayores de 15 años, y en países industrializados las cifras se acercan a los 200 millones de personas, cobrando con esta cifra record una de las primeras

causas por muertes prevenibles y en países en vías de desarrollo la problemática se mantiene en continuo aumento. El consumo de tabaco se reconoce como una de las adicciones más populares en el mundo y se estima que fue la causa de 4,9 millones de muertes en el año 2000. La proyección del número de muertes para el año 2030 es superior a los 10 millones de personas. El estudio de Framingham estableció que por cada 10 cigarrillos consumidos diarios se producía un incremento del 18% en la mortalidad masculina y del 31% en las mujeres. Hay que destacar los estudios de Doll y Peto, que demostraron que los fumadores de menos de 70 años tenían el doble de riesgo de muerte respecto a los no fumadores y de 5 veces más en los mayores de 70 años, lo que significaría que entre la mitad y un tercio de las muertes en fumadores se deberían directamente al tabaco. Con posterioridad, el tabaco se ha considerado como uno de los factores de riesgo cardiovascular independiente, junto con la hipertensión arterial, los valores elevados de colesterol total y colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad (cLDL), los valores bajos de colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL), la diabetes mellitus y la edad avanzada.⁽¹⁴⁾ El Informe del Surgeon General presentó datos definitivos obtenidos en estudios observacionales de seguimiento y de casos y controles que indicaban que el tabaquismo aumentaba la mortalidad cardiovascular en un 50% y elevaba a aproximadamente al doble la incidencia de enfermedad cardiovascular. Es importante señalar que hay una relación lineal entre el riesgo cardiovascular y el número de cigarrillos consumidos, de manera que el riesgo relativo se aproxima a 5,5 para los episodios cardiovasculares mortales en los fumadores intensos en comparación con los no fumadores. El estudio Whitehall demostró que la suspensión del tabaco, como única intervención, producía una reducción del 19% de la mortalidad coronaria. La mortalidad a los 5 años tras un infarto de miocardio es del 12-21% en no fumadores frente al 22-47% en pacientes fumadores. En pacientes con enfermedad cardíaca que dejan de fumar se aprecia un rápido descenso de la incidencia de acontecimientos coronarios y una disminución de la sintomatología de la enfermedad arteriosclerótica.

3.4 FACTORES PREDISPONENTES DE ENFERMEDAD CORONARIA

3.4.1 OBESIDAD

La obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa en el cuerpo hasta el punto de afectar la salud del individuo. Esta enfermedad se desarrolla debido a un proceso de balance energético positivo con una ganancia neta de peso. La distribución del acumulo de grasa es importante y no es igual en

todas las personas afectadas. Se ha comprobado que la obesidad abdominal se asocia con mayor riesgo de morbilidad cardiovascular. La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular cuya importancia aumenta cuando predomina su distribución abdominal. Se considera que el peso adecuado es el que corresponde a un índice de masa corporal (IMC) $< 25 \text{ Kg./m}^2$, que existe sobrepeso cuando el IMC oscila entre 25 y 29 Kg./m^2 y obesidad cuando el IMC es de 30 Kg./m^2 o superior. Los pacientes con IMC $> 30 \text{ Kg./m}^2$ tienen un riesgo superior al calculado con las tablas, por lo que merecen una atención individualizada, en especial cuando la obesidad es abdominal. La obesidad abdominal se define de acuerdo con una circunferencia de la cintura > 102 centímetros en los varones y a 88 centímetros en las mujeres. Aunque las bases biológicas de la relación entre la obesidad y el riesgo coronario son poco conocidas y existe una notable variabilidad en el impacto de la obesidad sobre el riesgo cardiovascular en distintas razas, hoy se admite que este trastorno es un factor de riesgo que debe incluirse en las estrategias dirigidas al control global del riesgo cardiovascular.⁽¹⁵⁾

3.4.2 SEDENTARISMO

De acuerdo con el significado del diccionario de la lengua española, se define como sedentaria a aquella actividad, oficio o estilo de vida con poco movimiento. Desde el punto de vista de las ciencias relacionadas con el ejercicio, sedentarismo es el estado que implica un nivel de actividad menor que el necesario para mantener una condición física saludable. Pero para comprender el concepto de sedentarismo es necesario definir ciertos términos asociados:

- **Actividad física:** Cualquier movimiento del cuerpo producido por el músculo esquelético que requiere un gasto de energía superior al de reposo.
- **Actividad física regular:** Cualquier AF realizada durante 30 minutos por sesión o más, cinco veces por semana o más, que induce cambios o adaptaciones en el organismo que disminuyen el riesgo de padecer enfermedades hipocinéticas (ECV, diabetes, obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias).
- **Ejercicio:** Actividad física que se refiere al movimiento repetido, planificado y estructurado, realizado para mejorar o mantener uno o más componentes de la condición física.
- **Estado físico:** Es el conjunto de atributos que posee o alcanza un individuo, que se relacionan con la capacidad para realizar actividad física.

- Estado físico saludable: Se refiere a los componentes del estado físico que se relacionan con la salud. Estos componentes son: composición corporal, capacidad o resistencia cardiovascular, flexibilidad, resistencia y fuerza muscular.⁽¹⁶⁾

3.4.3 HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR PREMATURA

Los individuos con familiares de primer grado que han padecido un episodio de enfermedad coronaria antes de los 55 años en los varones y de los 65 años en las mujeres tienen un mayor riesgo cardiovascular en todo el rango de intensidad de los restantes factores de riesgo. Para paliar la ausencia en las tablas de riesgo de los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, la Joint British recomienda que a estos pacientes el resultado de la tabla de Framingham se multiplique por 1,525. Asimismo, la historia familiar de enfermedad coronaria se incluye en el NCEP, para establecer las indicaciones del tratamiento y la intensidad de la intervención. La importancia de interrogar sobre la historia familiar se basa también en que si ésta es positiva nos ha de inducir a buscar más casos de enfermedad y valorar los factores de riesgo en los familiares de primer grado.⁽¹⁷⁾

3.5 MARCO CONCEPTUAL

FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR: Es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una de estas enfermedades dentro de un determinado plazo de tiempo y esto va a depender fundamentalmente del número de factores de riesgo que estén presentes en un individuo.

CARDIOPATÍA CORONARIA: enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco (miocardio). El Infarto agudo de miocardio y la angina de pecho son cardiopatías coronarias.

ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES: lesiones de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro.

3.6 MARCO LEGAL

El Artículo 45 Recalca que: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”. En el Artículo 52 “se reconoce el derecho de todas las personas a la recreación, a la práctica del deporte y al aprovechamiento del tiempo libre. El Estado fomentará estas actividades e inspeccionará las organizaciones deportivas, cuya estructura

y propiedad deberán ser democráticas”. Constitución política de Colombia (1991) Título II

3.7 REFERENTES INTERNACIONALES

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE.

MARTINEZ A, LEIVA A, SOTOMAYOR C, VICTORIANO T, VON CHRISMAR A, PINEDA S.

Población y diseño del estudio

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con análisis de FRCV. La muestra quedó conformada por 385 estudiantes de un universo de 1.557, que ingresaron al primer año de las carreras de pregrado de la UACH, en Valdivia el año 2007.

Caracterización de la muestra: La muestra quedó constituida por 385 estudiantes de ambos géneros, rango de edad 17-26 años, 63,4% mujeres, edad promedio $18,8 \pm 1,0$ años y 36,6% varones, edad promedio $19,0 \pm 1,3$ años. Según información de ingreso autónomo

Per-cápita del hogar proporcionada por la DAE de la UACH, el 55,8% de los estudiantes pertenecía a los tres quintiles de menor ingreso

RESULTADOS OBTENIDOS

Índice de masa corporal

El 28,6% de los estudiantes presentaba exceso de peso, de los cuales 23,4% correspondió a sobrepeso y 5,2% a obesidad; sin diferencias significativas Según género y quintil de ingreso.

Circunferencia cintura

El 6% de los estudiantes presentaba “obesidad abdominal 1”, 23,9% “obesidad abdominal 2” y 16,1% “obesidad abdominal 3”. La prevalencia de obesidad abdominal fue significativamente mayor en mujeres

Perfil lipídico

El 18,7% de los estudiantes presentaba niveles de LDL elevado y 5,7% niveles de TG elevados

Glicemia

El 2,1% de los estudiantes presentaba glicemia elevada en ayuno, sin diferencias significativas según género y quintil de ingreso. No se encontraron glicemias mayores de 126 mg/dL

Presión arterial

El 39,5% de los estudiantes presentaba PA superior al rango normal; el 35,1% presentaba

PA que podría corresponder a un estado de pre-hipertensión y 4,4% presentaba PA que podría corresponder a un estado de HTA, siendo para ambos caso significativamente mayor en varones

Síndrome metabólico

El 4,9% de los estudiantes presentaron SM, sin diferencias significativas según género y quintil de ingreso

Actividad física

El 87,8% de los estudiantes era sedentario, siendo significativamente mayor en mujeres

No se encontraron diferencias significativas según quintil de ingreso

Consumo de tabaco

El 28,3% de los estudiantes era “fumador actual”: el 26,2% era “fumador diario”, con un promedio de 4,6 cigarrillos/día y el 2,1% era “fumador ocasional”; el 13,0% era “ex-fumador”; sin diferencias significativas según género.

Conclusiones

Esta investigación evidenció que los estudiantes que ingresan a la UACH poseen estilos de vida no saludables asociados a los principales FRCV. Si bien el estudio presenta ciertas limitaciones, entre las que destacan el uso de cuestionarios simplificados en la evaluación de los estilos de vida, así como el no haber incluido estudiantes de cursos superiores, para aumentar el rango de edad de la muestra, consideramos que los resultados concuerdan con estudios a nivel nacional y reflejan la realidad de la juventud de nuestro país. Estos resultados entregan información relevante para desarrollar políticas internas orientadas a la prevención y control de FRCV en nuestros estudiantes. En este sentido, se visualiza como necesidad fundamental, la incorporación en el currículo universitario de contenidos transversales que propicien la adopción de estilos de vida saludables, con el fin de prevenir a futuro la incidencia de ECV. Por ejemplo, promoción de una alimentación saludable, desincentivo del consumo de tabaco y alcohol, aumento de la oferta de programas asociados al currículo que promuevan la práctica regular de actividad física. (8)

3.7.1 REFERENTES NACIONALES

EFFECTO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES MODIFICABLES SOBRE LOS NIVELES DE HDL EN MEDELLÍN

AUTORES: BIBIANA LUCÍA SERNA SALAZAR JOANNA MILENA MÁRQUEZ FERNÁNDEZ

POBLACION Y DISEÑO DE ESTUDIO

Realizaron un estudio secundario, tomando la información de la base de datos del estudio llevado a cabo por la Secretaría de Salud de Medellín, la Clínica Medellín y la Universidad CES “Diagnóstico del riesgo cardiovascular global: Evaluación de su impacto poblacional en Medellín y sus corregimientos 2007 – 2008”

Tipo de estudio: Se realizó un estudio de prevalencia analítico con análisis de casos y controles

Conclusiones:

En la población de Medellín se logró encontrar asociación entre niveles bajos de HDL y tabaquismo, sedentarismo y obesidad abdominal. Todos estos son factores de riesgo modificables susceptibles de ser intervenidos tanto a nivel comunitario como a nivel individual. Sin embargo estos factores explican solo parcialmente la alta frecuencia de niveles bajos de HDL, y podrían diseñarse estudios que evalúen factores genéticos, dietéticos y del estilo de vida que permitan una mejor aproximación a un factor de riesgo de alta prevalencia en nuestra ciudad.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores de riesgo cardiovascular en las personas atendidas en el programa de salud familiar y comunitaria de la Fundación Universitaria San Martín en los corregimientos de Cabrera, Jongovito y San Fernando del municipio de Pasto en el periodo de 2002 a 2012.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los factores sociodemográficos en la población objeto de estudio.
- Identificar los factores de riesgo cardiovascular en la población objeto de estudio.
- Clasificar el riesgo cardiovascular de la población objeto de estudio.

5. METODOLOGIA

5.1 ENFOQUE DEL ESTUDIO: Estudio Cuantitativo

Para la realización de este estudio de investigación se escogió un enfoque cuantitativo, porque permite obtener resultados numéricos y además recoger y analizar datos sobre variables. Esta estrategia de investigación es particularmente apropiada en el presente estudio ya que nos permite hacer una adecuada comprensión de las dimensiones sociodemográficas y clínicas de las familias con riesgo cardiovascular

5.1.2 TIPO DE ESTUDIO: Observacional – Descriptivo- Transversal:

El estudio es No Experimental de tipo Descriptivo, el diseño es de corte transversal por que se realiza en un periodo determinado, este diseño nos permitirá determinar la caracterización clínica y sociodemográfica. De las familias con riesgo cardiovascular.

5.2 POBLACIÓN

Se tomarán las evidencias recolectadas en el periodo comprendido entre 2002 al 2012, de un total de 122 familias cuyo registro y evidencia está contenida en las carpetas del área salud familiar y comunitaria de la Fundación Universitaria San Martín.

5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

5.3.1 Criterios de inclusión

- Familias intervenidas en el Programa de salud familiar por los estudiantes de la Fundación Universitaria san Martín sede pasto en el periodo de 2002 a 2012, y de las cuales exista registro de la guía de riesgo cardiovascular.

5.3.2 Criterios de exclusión

- Carpetas que se encuentren en estado de deterioro y cuya información sea ilegible.
- Carpetas que no reporten el año en el cual son diligenciadas.

5.4 VARIABLES (ver anexo)

5.5 FUENTES DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.5.1 FUENTES DE INFORMACIÓN PRIMARIA: carpetas familiares diligenciadas por los estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín sede Pasto, que incluyan en su contenido la Guía para la detección temprana y seguimiento de enfermedad cardiovascular en el adulto adecuada por la Fundación Universitaria San Martín.

5.5.2 FUENTES DE INFORMACIÓN SECUNDARIA: Revisión bibliográfica de artículos científicos, proyectos de investigación, libros, documentos, y consultas con expertos que aporten información valiosa en relación a la investigación.

5.6 TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Instrumento de recolección de información, tipo encuesta, creado para uso exclusivo de la presente investigación.

Guía para la detección temprana y seguimiento de enfermedad cardiovascular en el adulto adecuada por la Fundación Universitaria San Martín.

5.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

La información será adquirida de la revisión de los instrumentos de salud familiar contenidos en las carpetas de las familias del programa de salud familiar y comunitaria en el periodo de 2002- a 2012 y que reposan en el archivo del área de proyección social de la FUSM sede pasto.

Los posibles errores de esta medición podrán ser:

- Inadecuado diligenciamiento de los instrumentos de salud familiar.
- Bajo nivel de confiabilidad en la información proporcionada por las familias.

5.8 PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó mediante el programa de análisis estadístico Epi - Info Versión 3.4.3, y Microsoft Excel Star.

5.9 CONSIDERACIONES ETICAS

No Maleficencia: Para esta investigación no hay contacto directo con la población ya que la información fue recopilada a través de los instrumentos familiares comunitarios contenidos como registros en carpetas individuales por cada familia y ahora en custodia del archivo de proyección social de la FUSM sede Pasto. La confidencialidad de la información se garantiza ya que la revisión solo tiene un fin investigativo y de documentación por parte del grupo investigativo sin ninguna otra finalidad.

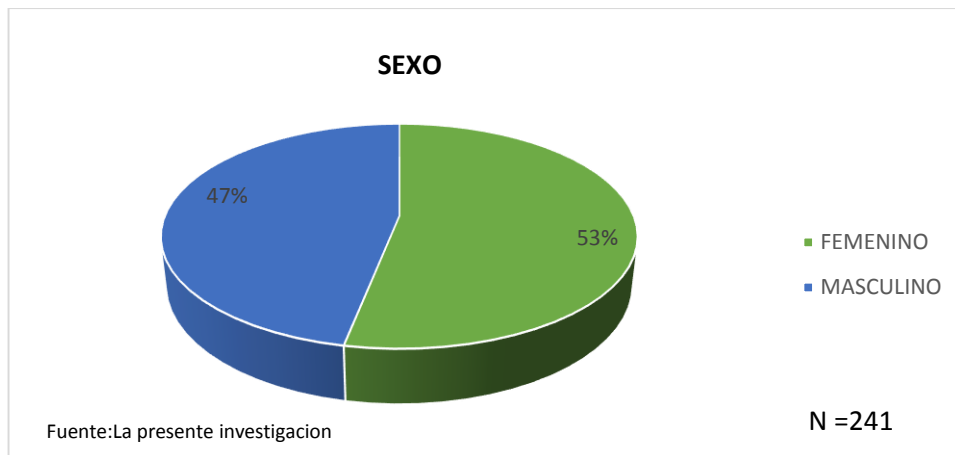
Beneficencia: se realizó una caracterización de la estrategia de familia y comunidad saludable del área Socio-humanística y el área de Proyección Social del programa de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto durante el periodo 2002 - 2012.

Justicia: La información se obtiene con consentimiento y autorización de la oficina de Proyección Social responsable de la conservación del archivo de las carpetas de salud familiar y comunitaria.

6. ALISIS DE RESULTADOS

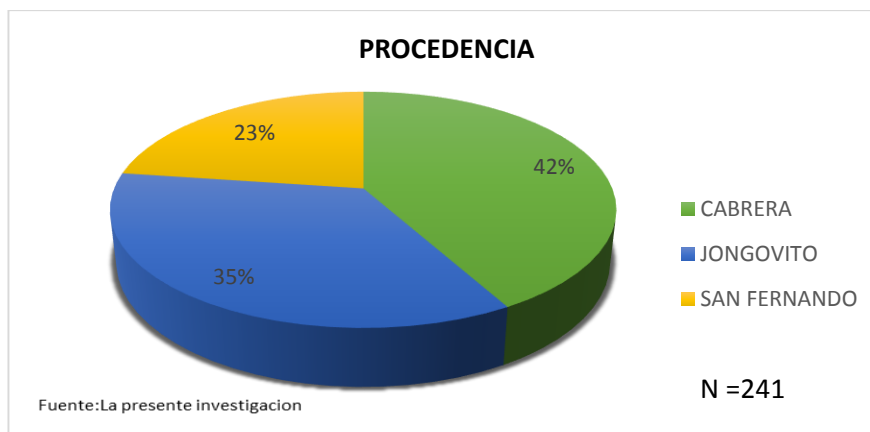
Objetivo1: Determinar los factores sociodemográficos en la población objeto de estudio.

Gráfica # 1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL SEXO



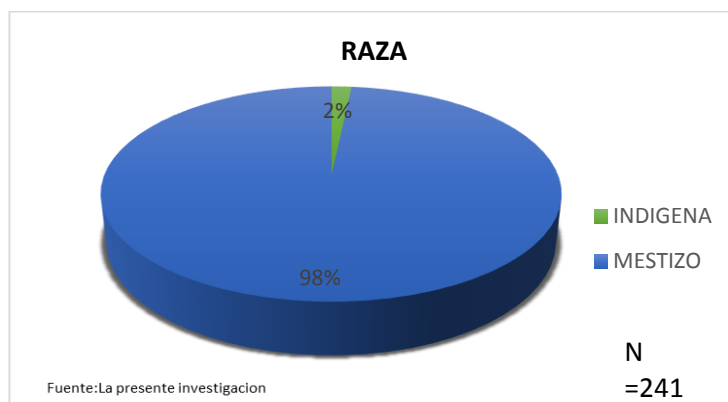
De las 241 personas estudiadas, En la variable género se observó que 128 personas que representan el (53%) son de sexo femenino y 113 personas que representan el (47%) son de sexo masculino.

Gráfica # 2 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA PROCEDENCIA



De las 241 personas estudiadas, En la variable procedencia se observó que 101 personas que representan el (42%) pertenecen a la población de Cabrera, 85 a Jongovito representando el (35%)Y 55 personas que representan el (23%) a la comunidad de San Fernando.

Gráfica # 3 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA RAZA



De las 241 personas estudiadas, En la variable Raza se observó que 237 personas que representan el (98%) son de raza mestiza y 4 personas que representan el (2%) son de raza indígena.

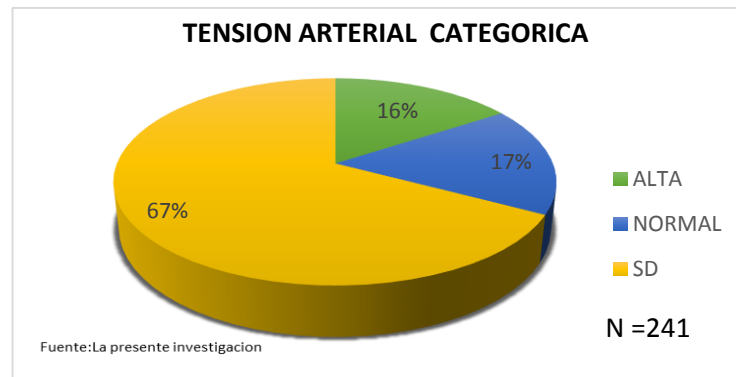
Gráfica # 4 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA SEGURIDAD SOCIAL



De las 241 personas estudiadas, En la variable seguridad social se observó que 232 personas que representan el (96%) pertenecen a régimen subsidiado, 3 personas que representan el (3%) al régimen contributivo y 2 personas que representan el (1%) al régimen especial.

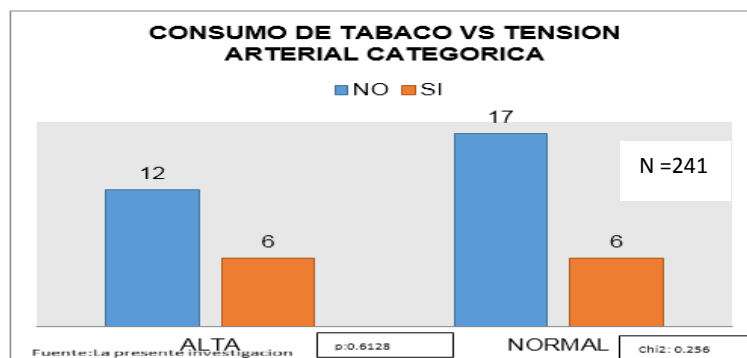
Objetivo 2: Identificar los factores de riesgo cardiovascular en la población objeto de estudio.

Gráfica # 5 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN TENSION ARTERIAL CATEGORICA



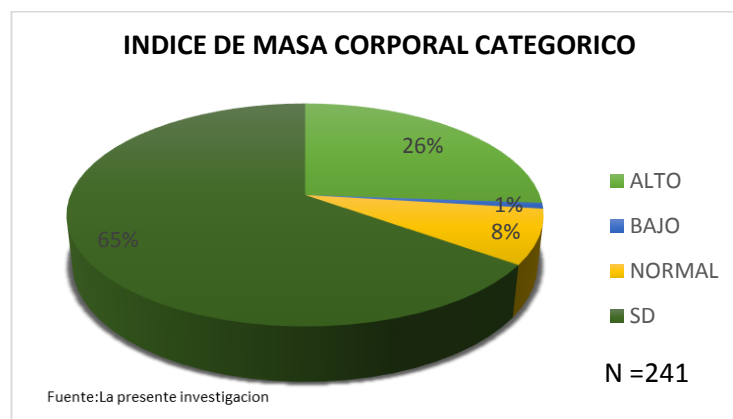
De las 241 personas estudiadas, En la variable tensión arterial categórica se observó que 162 personas que representan el (67%) no hay dato de la presión arterial, 41 personas que representan el (17%) tenían la presión normal y 38 personas que representan el (16%) tenían una presión alta.

Gráfica # 6 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN TA ARTERIAL CATEGORICA VS CONSUMO DE TABACO



De los 41 datos analizados en la variable consumo de tabaco vs tensión arterial categórica se evidencia que son independientes, esto quiere decir que nada tiene que ver el consumo de tabaco con el desarrollo de esta investigación y este dato es significativo por valor estadístico mayor de 5.

Gráfica # 7 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL CATEGORICO



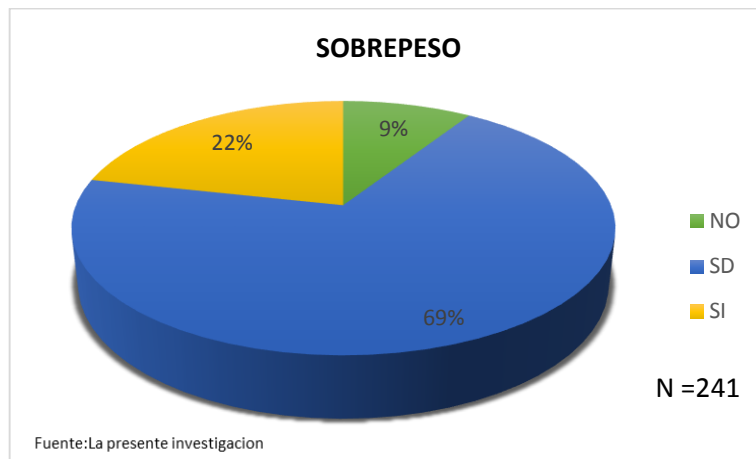
De las 241 personas estudiadas, En la variable índice de masa corporal categórico se observó que 157 personas que representan el (65%) no hay dato del índice de masa corporal, 63 personas que representan el (26%) tenían un índice de masa corporal alto, 19 personas que representan el 8%) Índice de masa corporal normal, y 2 personas que representan (1%) un índice bajo.

Gráfica # 8 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL SEDENTARISMO



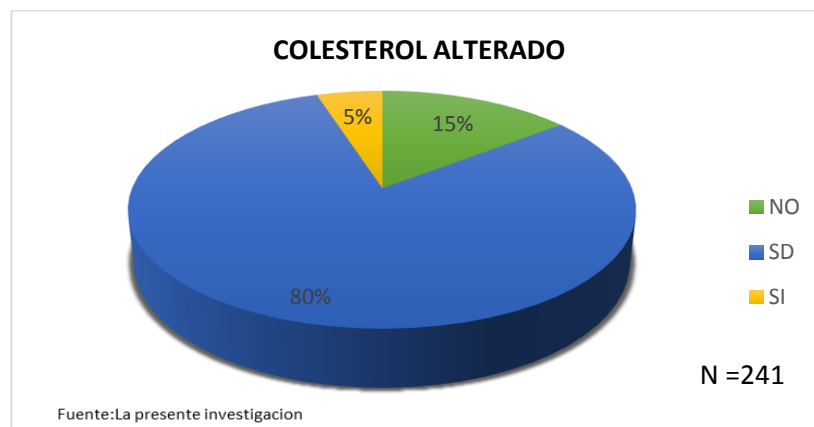
De las 241 personas estudiadas, En la variable sedentarismo se observó que 129 personas que representan el (53%) no tienen dato sobre la variable, 98 personas que representan el (41%) son sedentarias y 14 personas que representan el (6%) no lo son.

Gráfica # 9 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL SOBREPESO



De las 241 personas estudiadas, En la variable sobrepeso se observó que 167 personas que representan el (69%) no tienen dato sobre la variable, 52 personas que representan el (22%) tienen sobrepeso y 22 personas que representan el (9%) no tienen sobrepeso.

Gráfica # 10 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL COLESTEROL ALTERADO



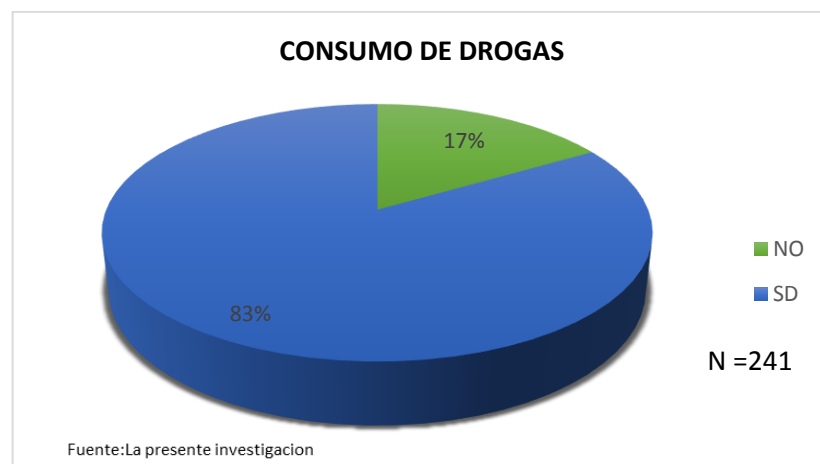
De las 241 personas estudiadas, En la variable colesterol alterado se observó que 194 personas que representan el (80%) no tienen dato sobre la variable, 35 personas que representan el (15%) no tienen colesterol alterado y 12 personas que representan el (5%) si lo tienen.

Gráfica # 11 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL CONSUMO DE ALCOHOL



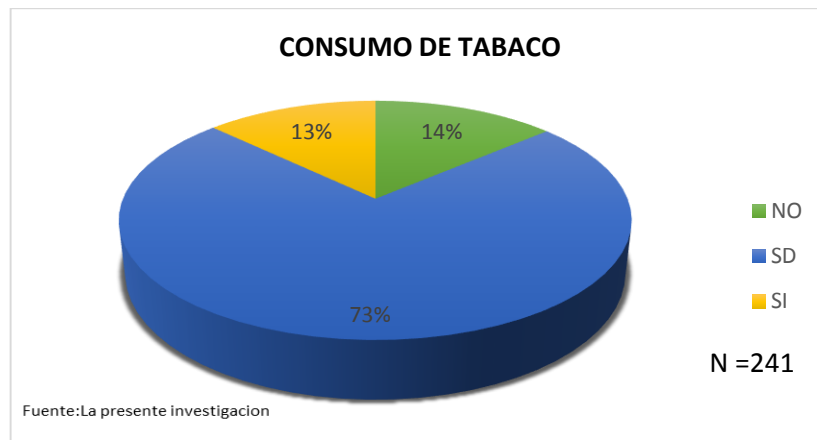
De las 241 personas estudiadas, En la variable consumo de alcohol se observó que 194 personas que representan el (80%) no tienen dato sobre la variable, 35 personas que representan el (15%) no tienen colesterol alterado y 12 personas que representan el (5%) si lo tienen.

Gráfica # 12 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL CONSUMO DE DROGAS



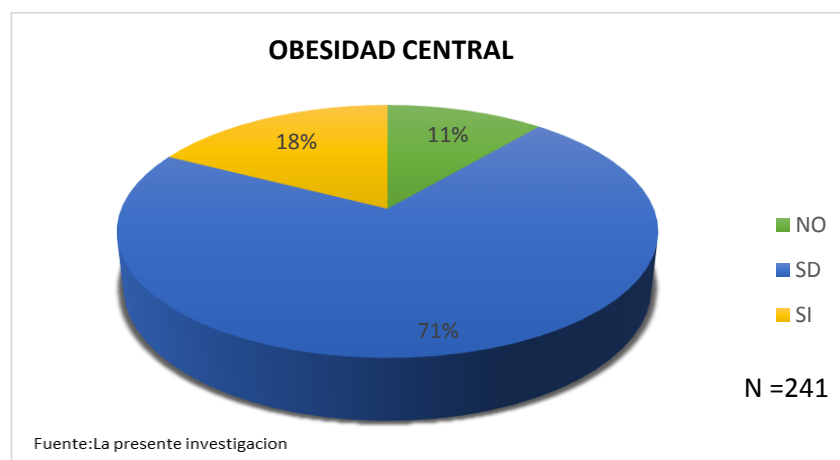
De las 241 personas estudiadas, En la variable consumo de drogas se observó que 201 personas que representan el (83%) no existe dato sobre la variable y 40 personas que representan el (17%) no consumen drogas.

Gráfica # 13 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL CONSUMO DE TABACO



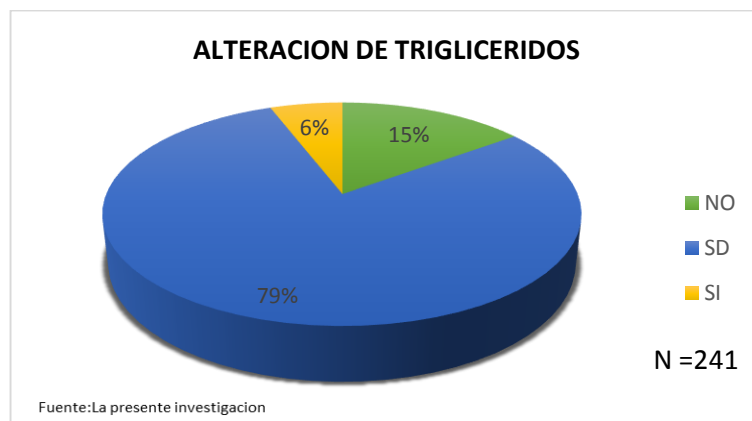
De las 241 personas estudiadas, En la variable Consumo de tabaco se observó que 177 personas que representan el (73%) no existen dato sobre la variable y 33 personas que representan el (14%) no consumen tabaco y 31 personas que representan (13%) si lo consumen.

Gráfica # 14 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA OBESIDAD CENTRAL



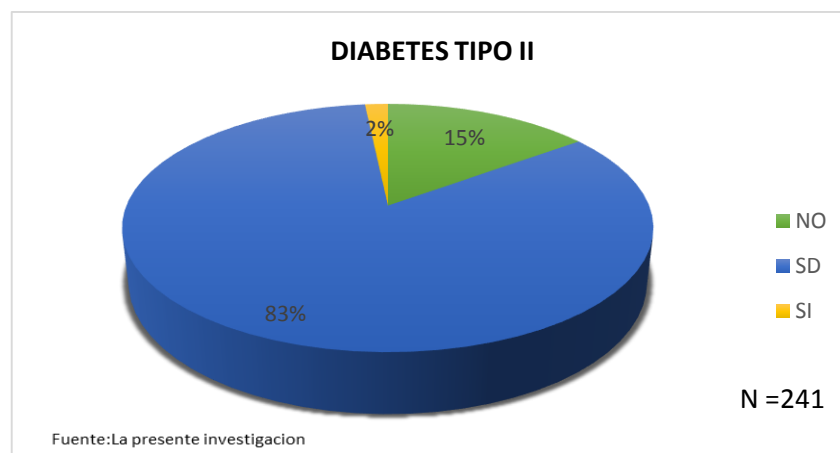
De las 241 personas estudiadas, En la variable obesidad central se observó que 172 personas que representan el (71%) no existe dato sobre la variable y 42 personas que representan el (18%) tienen obesidad central y 27 personas que representan (11%) si tienen obesidad central.

Gráfica # 15 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA ALTERACION DE TRIGLICERIDOS



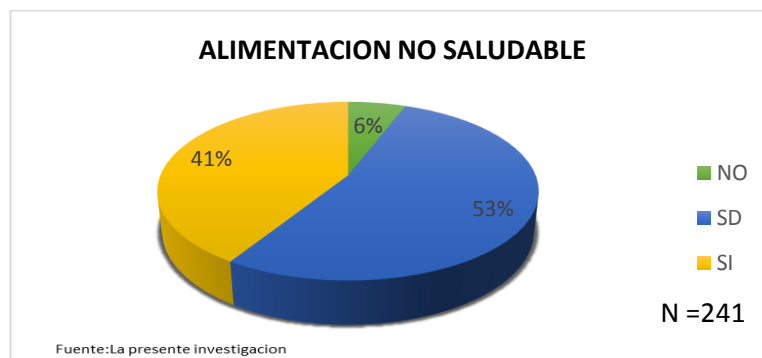
De las 241 personas estudiadas, En la variable alteración de triglicéridos se observó que 191 personas que representan el (79%) no existen dato sobre la variable y 36 personas que representan el (15%) no tienen esta alteración y 14 personas que representan (6%) si tienen esta alteración.

Gráfica # 16 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA DIABETES TIPO II



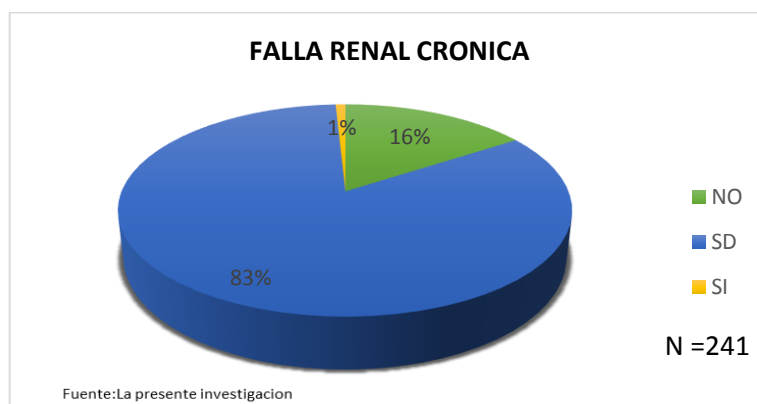
De las 241 personas estudiadas, En la variable diabetes tipo II se observó que 201 personas que representan el (83%) no existen dato sobre la variable y 36 personas que representan el (15%) no tienen esta alteración y 4 personas que representan (2%) si padecen diabetes.

Gráfica # 17 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA ALIMENTACION SALUDABLE



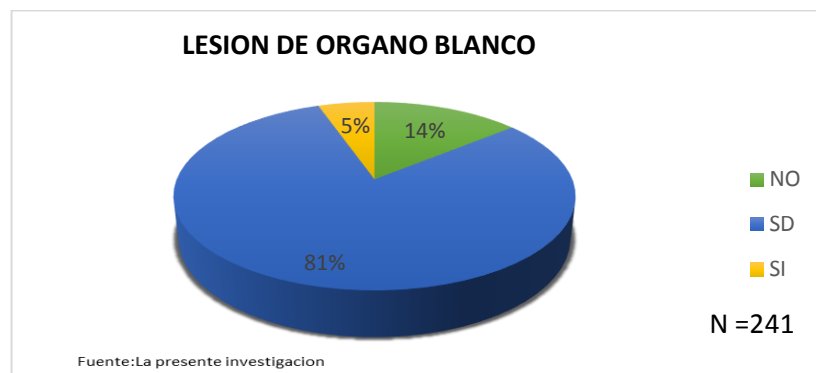
De las 241 personas estudiadas, En la variable alimentación no saludable se observó que 128 personas que representan el (53%) no existen dato sobre la variable y 99 personas que representan el (41%) si tienen una alimentación no saludable y 14 personas que representan (6%) no tienen una alimentación no saludable.

Gráfica # 18 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN FALLA RENAL CRONICA



De las 241 personas estudiadas, En la variable falla renal crónica se observó que 201 personas que representan el (83%) no tienen dato sobre la variable, 38 personas que representan el (16%) no tienen esta alteración y 2 personas que representan el (1%) si tienen falla renal crónica.

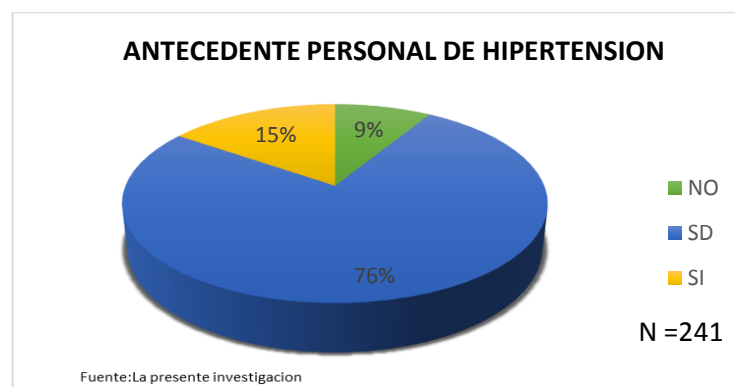
Gráfica # 19 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA LESION DE ORGANO BLANCO



De las 241 personas estudiadas, En la variable lesión de órgano blanco se observó que 191 personas que representan el (81%) no tienen dato sobre la variable, 34 personas que representan el (14%) no tienen esta alteración y 13 personas que representan el (5%) si tienen lesión de órgano blanco.

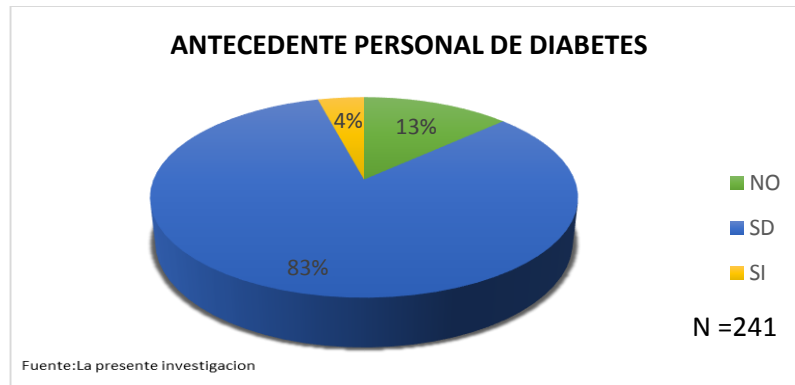
Objetivo 3: Describir los antecedentes personales y familiares que impliquen riesgo cardiovascular en la población objeto de estudio

Gráfica # 20 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL



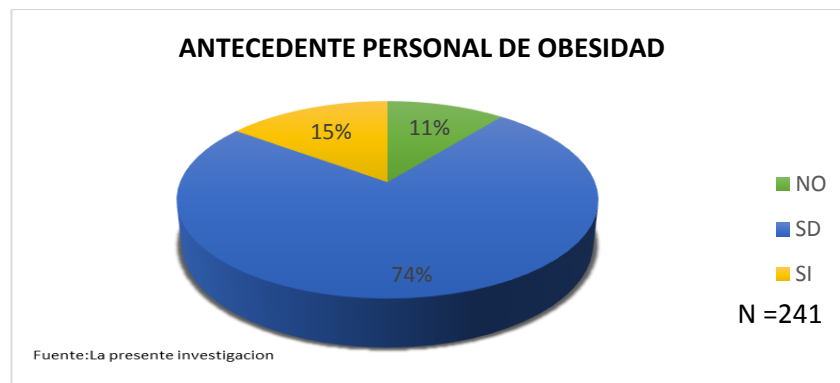
De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente personal de Hipertensión arterial se observó que 183 personas que representan el (76%) no tienen dato sobre la variable, 37 personas que representan el (15%) si tienen este antecedente y 21 personas que representan el (9%) no tienen antecedentes personales de hipertensión.

Gráfica # 21 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE DIABETES



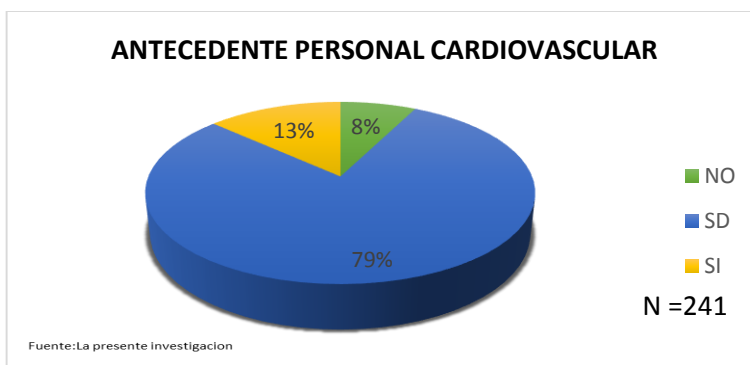
De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente personal de diabetes se observó que 199 personas que representan el (83%) no tienen dato sobre la variable, 32 personas que representan el (13%) no tienen este antecedente y 10 personas que representan el (4%) si tienen antecedentes personales de diabetes.

Gráfica # 22 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE OBESIDAD



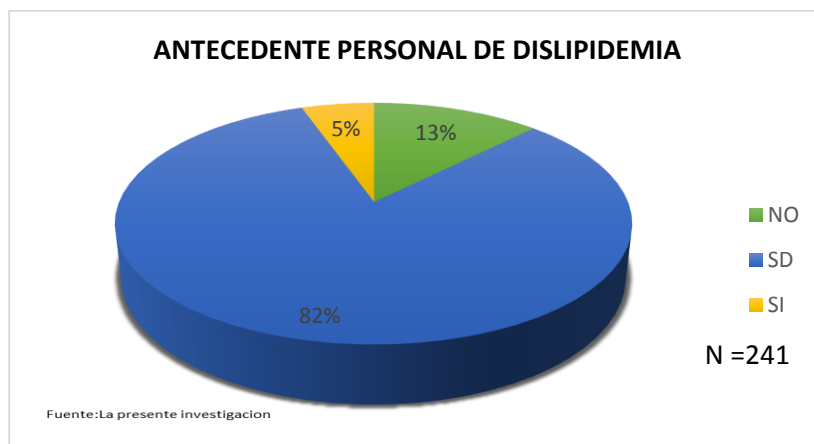
De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente personal de obesidad se observó que 179 personas que representan el (74%) no tienen dato sobre la variable, 26 personas que representan el (11%) no tienen este antecedente y 36 personas que representan el (15%) si tienen antecedentes personales de obesidad.

Gráfica # 23 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL CARDIOVASCULAR



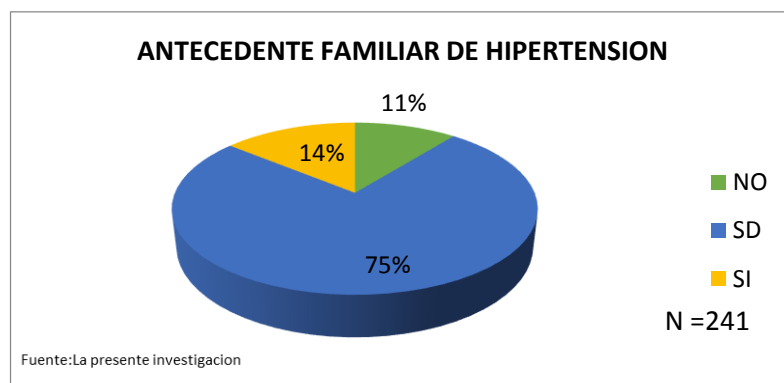
De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente personal de enfermedad cardiovascular se observó que 191 personas que representan el (79%) no tienen dato sobre la variable, 18 personas que representan el (8%) no tienen este antecedente y 32 personas que representan el (13%) si tienen antecedentes personales de enfermedad cardiovascular.

Gráfica # 24 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE DISLIPIDEMIAS



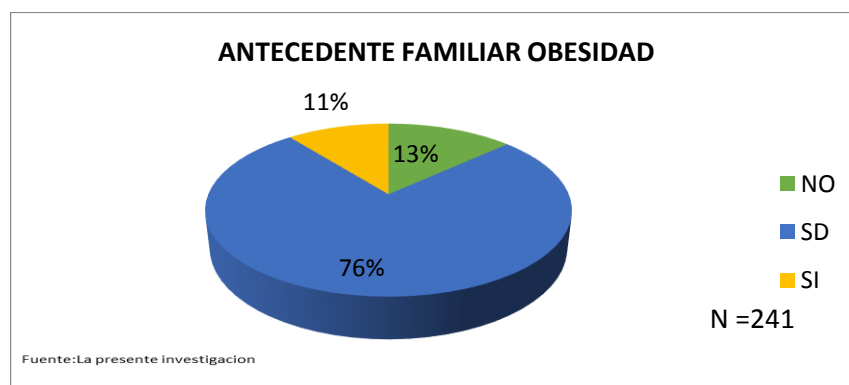
De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente personal de dislipidemia se observó que 198 personas que representan el (82%) no tienen dato sobre la variable, 30 personas que representan el (13%) no tienen este antecedente y 13 personas que representan el (5%) si tienen antecedentes personales de dislipidemia.

Gráfica # 25 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVILO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL



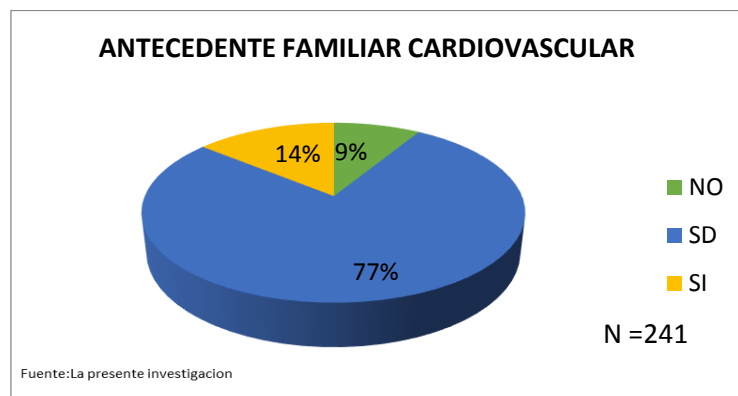
De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente familiar de hipertensión se observó que 181 personas que representan el (75%) no tienen dato sobre la variable, 26 personas que representan el (11%) no tienen este antecedente y 34 personas que representan el (11%) si tienen antecedentes familiares de hipertensión.

Gráfica # 26 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVILO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE OBESIDAD



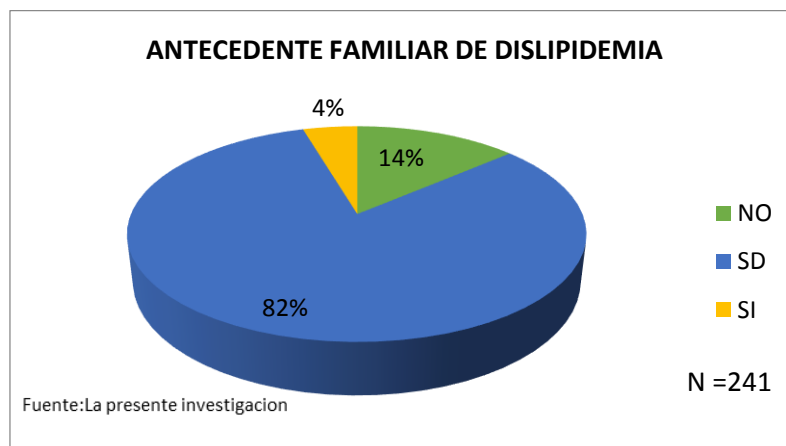
De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente familiar de obesidad se observó que 183 personas que representan el (76%) no tienen dato sobre la variable, 32 personas que representan el (13%) no tienen este antecedente y 26 personas que representan el (11%) si tienen antecedentes familiares de obesidad.

Gráfica # 27 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR CARDIOVASCULAR



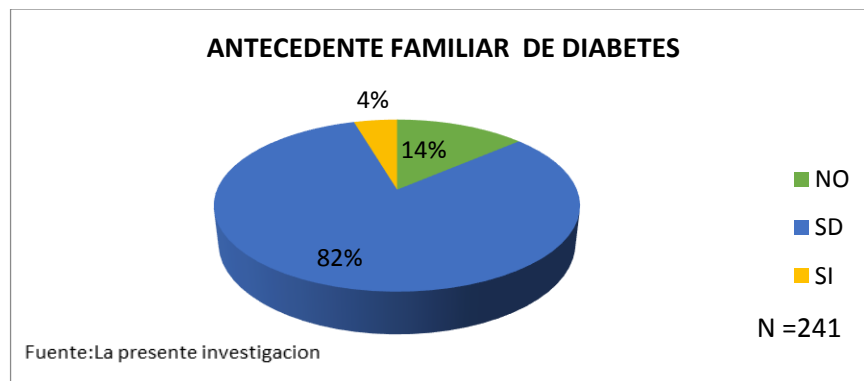
De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente familiar cardiovasculares observó que 186 personas que representan el (77%) no tienen dato sobre la variable, 21 personas que representan el (9%) no tienen este antecedente y 34 personas que representan el (14%) si tienen antecedentes familiares cardiovasculares

Gráfica # 28 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE DISLIPIDEMIA



De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente familiar dislipidemia se observó que 199 personas que representan el (82%) no tienen dato sobre la variable, 32 personas que representan el (14%) no tienen este antecedente y 10 personas que representan el (4%) si tienen antecedentes familiares de dislipidemia.

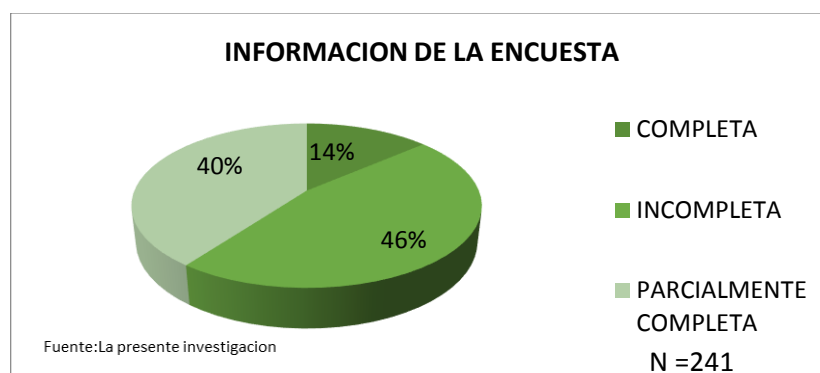
Gráfica # 29 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE DIABETES



De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente familiar de diabetes se observó que 197 personas que representan el (82%) no tienen dato sobre la variable, 33 personas que representan el (14%) no tienen este antecedente y 11 personas que representan el (4%) si tienen antecedentes familiares de diabetes

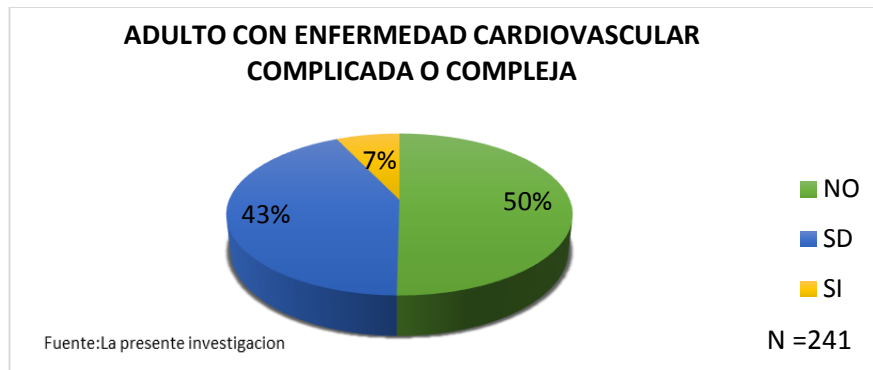
Objetivo 4: Clasificar el riesgo cardiovascular de la población objeto de estudio

Gráfica # 30 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN INFORMACION DE LA ENCUESTA



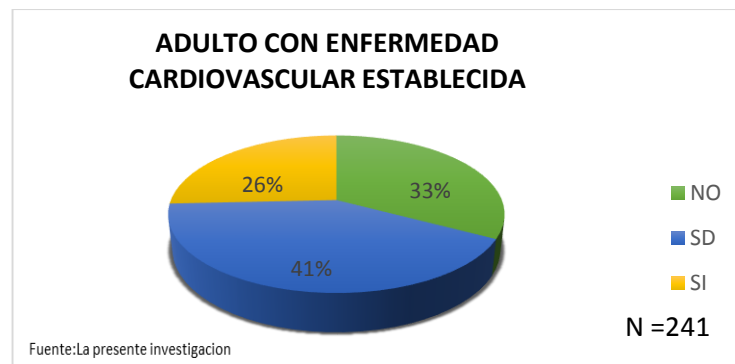
De las 241 personas estudiadas, En la variable información de la encuesta se observó que 112 personas que representan el (46%) tienen el diligenciamiento de la ficha de forma incompleta, 96 personas que representan el (40%) parcialmente completa y 33 personas que representan el (14%) son tiene el diligenciamiento de la ficha de forma completa.

Gráfica # 31 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ADULTO CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR COMPLICADA O COMPLEJA



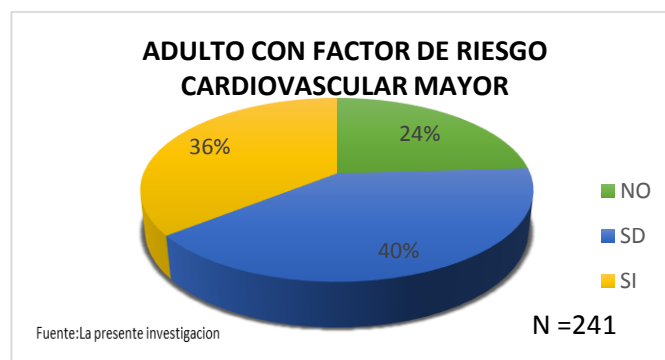
De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con enfermedad cardiovascular complicada o compleja se observó que 103 personas que representan el (43%) no tienen dato sobre la variable, 121 personas que representan el (50%) no tienen este antecedente y 17 personas que representan el (7%) son adultos con enfermedad cardiovascular complicada o compleja.

Gráfica # 32 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA



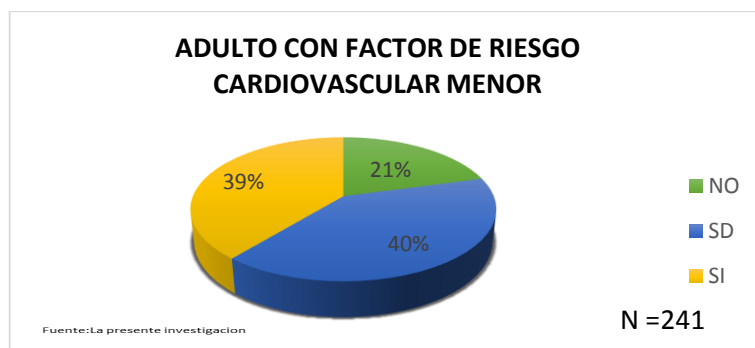
De las 241 personas estudiadas, en la variable adulto con enfermedad cardiovascular establecida se observó que 100 personas que representan el (41%) no tienen dato sobre la variable, 79 personas que representan el (33%) no tienen este antecedente y 62 personas que representan el (26%) son adultos con enfermedad cardiovascular establecida.

Gráfica # 33 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR MAYOR



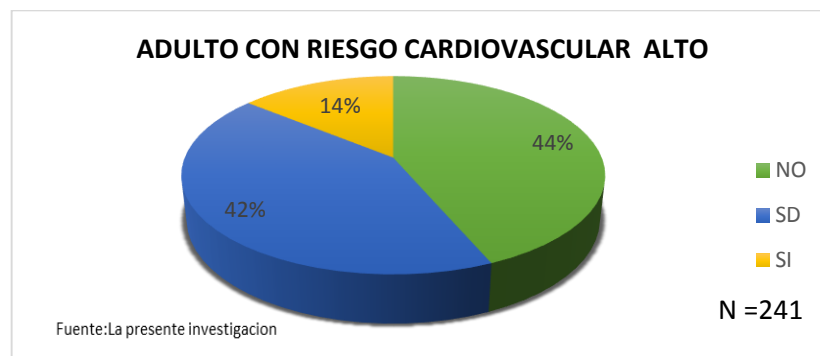
De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con factor de riesgo cardiovascular mayor se observó que 97 personas que representan el (40%) no tienen dato sobre la variable, 58 personas que representan el (24%) no tienen este antecedente y 86 personas que representan el (36%) son adultos con factores de riesgo cardiovascular mayor.

Gráfica # 34 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR MENOR



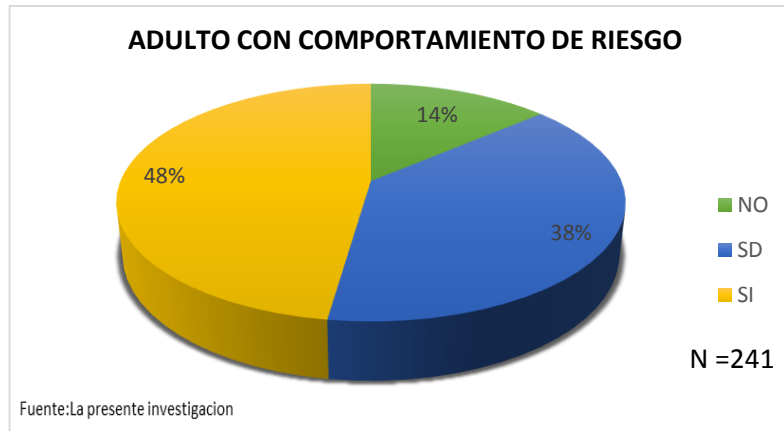
De las 241 personas estudiadas, en la variable adulto con factor de riesgo cardiovascular menor se observó que 97 personas que representan el (40%) no tienen dato sobre la variable, 50 personas que representan el (21%) no tienen este antecedente y 94 personas que representan el (39%) son adultos con factores de riesgo cardiovascular menor

Gráfica # 35 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVILO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO



De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con riesgo cardiovascular alto se observó que 102 personas que representan el (42%) no tienen dato sobre la variable, 105 personas que representan el (44%) no tienen este antecedente y 34 personas que representan el (14%) son adultos con factores de riesgo cardiovascular alto.

Gráfica # 36 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO



De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con comportamiento de riesgo se observó que 93 personas que representan el (38%) no tienen dato sobre la variable, 33 personas que representan el (14%) no tienen este antecedente y 115 personas que representan el (48%) son adultos con factores comportamiento de riesgo .

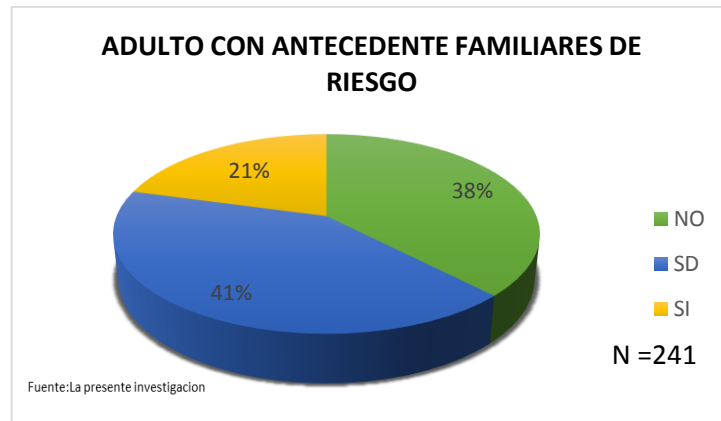
Gráfica # 37 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON ANTECEDENTES PERSONALES DE RIESGO



De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con antecedentes personales de riesgo se observó que 103 personas que representan el (43%) no tienen dato sobre la variable, 107 personas que representan el (44%) no tienen

este antecedente y 31 personas que representan el (13%) son adultos con antecedentes personales de riesgo

Gráfica # 38 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE RIESGO



De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con antecedentes familiares de riesgo se observó que 100 personas que representan el (41%) no tienen dato sobre la variable, 91 personas que representan el (38%) no tienen este antecedente y 50 personas que representan el (21%) son adultos con antecedentes familiares de riesgo.

7. CONCLUSIONES

- De las variables sociodemográficas podemos concluir que en referencia al género el más prevalente en la investigación es el femenino, con respecto a la procedencia el grupo más representativo es de Cabrera, de etnia mestiza y pertenecen en mayor proporción al régimen subsidiado.
- Dentro de las variables clínicas que incluye signos de peligro o riesgo para enfermedad cardiovascular se puede concluir que en cuanto a información de registro de tensión arterial en la mayor parte de la población no se documentó este dato, pero en los casos en que sí existe información, la tensión de mayor predominio está en rangos y límites normales, de igual forma para el índice de masa corporal donde hay predominio de un índice alto con tendencia a obesidad central y a su vez existe una tendencia a la alimentación no saludable.
- En cuanto al sedentarismo se concluye que, la mayor proporción de la población es sedentaria y se encuentra en rangos de sobrepeso, sin evidencia de niveles de colesterol alterado ni de hipertrigliceridemia en vista de que no se encontraron datos con que evaluar a la población.
- En referencia a los hábitos tóxicos, como son el consumo de alcohol y el consumo de tabaco, existe concordancia en los resultados de quienes consumen estas sustancias, evidenciando que se realizó un correcto diligenciamiento en la exploración de esta variable. Para el caso del consumo de Drogas, se concluye que no se realizó un adecuado abordaje de esta variable en vista de que no existen datos relevantes para determinar si hay un consumo de estas sustancias.
- En cumplimiento al objetivo tres que incluye antecedentes personales y familiares que impliquen riesgo cardiovascular en la población objeto de estudio, se puede concluir que en cuanto a antecedentes personales y familiares de hipertensión la mayoría de la población cuenta con dichos antecedentes que significan un riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, pero para la obesidad, diabetes y dislipidemia no se puede concluir adecuadamente la presencia de estos factores en la población, en vista que no se cuenta con la información necesaria para evaluar estas variables.
- En cuanto al objetivo específico final, el cual incluía la clasificación del riesgo cardiovascular se puede concluir que la mayoría de la población no tiene una enfermedad cardiovascular complicada o compleja, factores personales y familiares de riesgo, ni una enfermedad cardiovascular

establecida, pero cuentan con factores de riesgo alto al igual que factores cardiovasculares mayores y menores además de comportamiento de riesgo

8. DISCUSION

- Es relevante destacar en este estudio que el sobrepeso tiene un valor representativo del 22% de la población, el cual es menor al encontrado en el resultado de Enfermagem en el 2014(14), en Brasil donde encontraron que el sobrepeso equivale al 45% de la población y tienen esta variable de riesgo para enfermedad cardiovascular. (21)
- En esta investigación el sedentarismo se constituye como un factor de riesgo cardiovascular de magnitud del 41% del total de la población, lo es menor en comparación con lo presentado por Enfermagem en el 2014(14) en Brasil, donde encontraron el 68% de su población con el mismo Factor de riesgo.
- Los antecedentes personales de riesgo como hipertensión arterial, obesidad, y enfermedad cardiovascular representada en un 35% de la población objeto de estudio, se asemeja con la investigación de La revista federal de cardiología, Argentina en el 2013(15) donde significativamente evidencia un valor similar (39%)
- Es importante también destacar los antecedentes familiares como lo es de enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial que para este estudio son representativos como variables de riesgo en un 14%, la cual es menor en lo que afirma y describe López Farré, Madrid en el 2009(16) donde la cifra de su población está representada en un 35%(22)
- Los adultos Con comportamiento de riesgo en nuestra investigación tienen un valor significativo del 48%, lo cual es similar en la investigación de **Freddy Cea L, Chile en el 2015(17)** donde se estimó que el 50% de la población tiene igualmente variable de comportamiento de riesgo para enfermedad cardiovascular.(23)

9. RECOMENDACIONES

Con base a la experiencia obtenida como grupo de investigación de factores de riesgo cardiovascular en la Población de las familias de Cabrera, Jongovito y San Fernando los investigadores hacen las siguientes recomendaciones:

- Los factores de riesgo cardiovascular son, según las descripciones de diferentes investigaciones totalmente prevenibles por lo cual se recomienda, continuar con la intervención sociodemográfica realizada por el programa de Salud familiar y Comunitaria en los diferentes corregimientos del departamento de Nariño de una forma más exhaustiva, para así lograr un impacto significativo en la prevención del desarrollo de la enfermedad cardiovascular.
- Se recomienda también a la Fundación Universitaria San Martín, establecer controles en el diligenciamiento de la información contenida en las carpetas, para así garantizar una intervención adecuada en el desarrollo del programa de Salud Familiar y Comunitaria.
- En vista de la escasa destreza en el diligenciamiento del formato de evaluación empleado para el abordaje de las familias y su situación sociodemográfica, se recomienda un acompañamiento adecuado y permanente a los estudiantes por parte del cuerpo docente, como también instrucción detallada del diligenciamiento de la carpeta y su contenido, para garantizar una intervención adecuada a la población.
- Se sugiere para realizar futuras investigaciones, que se vigile el trabajo y la información consignada en las carpetas para así poder realizar estudios que aporten datos más significativos.

BIBLIOGRAFIA

1. Guijarro C, Brotons C, Camarelles F, Medrano MJ, Moreno JL, del Río A. Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: Prevención cardiovascular. Aten Primaria. 2008;40:4734.
2. Rodríguez E, García L, Gómez A, Recio J, Mora S, Pérez D, Agudo C, Escribano A, y Patino M, Prevalencia de enfermedades cardiovasculares y de factores de riesgo cardiovascular en mayores de 65 años de un área urbana: estudio DERIVA .Aten Primaria.2013; 45(7):349-357.
3. Ministerio de salud y protección social, Socialización del informe final de evaluación de necesidades para la ampliación del Convenio Marco de Control del Tabaco Cifras oficiales para Colombia. Bogotá 2014
4. Escobar I, Fundación Colombiana de la Obesidad, segundo encuentro nacional de obesidad, gobierno nacional, ministerio de salud, OMS, Medellín 2010. disponible en :www.fco.com.co
5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Libro de registro 1998- 2011. disponible en :www.organizacion mundial de la salud.org.com
6. OMS, informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. disponible en : www.organizacion mundial de la salud.org.com
7. Bustos P, Amigo H, Arteaga A, Acosta A, Rona R. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes. Rev.med Chile 2003;131:973-980.
8. Martínez A, Leiva A, Sotomayor C, Victoriano T, Von Chrismar A, Pineda S. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la universidad austral de Chile. REV Med Chile 2012;140
9. Revista en línea Riesgo Cardiovascular. Santiago de Chile (2014)
10. Manual de Consulta para el Control y la Prescripción de Ejercicio American College of Sports Medicine, Cap 16 Fisiopatología de Enfermedades Crónicas Peter Hanson. Ed Paidotribo Ed. 2005

11. Fisiología del Esfuerzo y el Deporte 5° Edición , Jack H. Wilmore y David L Costil Cap. 20 Enfermedades Cardiovasculares Edit Paidotribo 2004
12. Manual de Consulta para el Control y la Prescripción de Ejercicio American Colledge of Sports Medicine, Cap 16 Fisiopatología de Enfermedades Crónicas Peter Hanson. Ed Paidotribo Ed. 2005.
13. Fisiología del Esfuerzo y el Deporte 5° Edición , Jack H. Wilmore y David L Costil Cap. 20 Enfermedades Cardiovasculares Edit Paidotribo 2004
14. Rose G, Shipley M. Plasma cholesterol concentration and death from coronary heart disease: 10 years results of the Whitehall Study. Br Med J 1986;293:306-7.
15. Fisiología del Esfuerzo y el Deporte 5° Edición , Jack H. Wilmore y David L Costil Cap. 20 Enfermedades Cardiovasculares Pag. 23
16. Arch.argent.pediatr 2005;103(5):450-475 / Consenso http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.450-463.pdf
17. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) 2001
18. Serna b, Marquez J(2009) efecto de los factores de riesgo cardiovasculares modificables sobre los niveles de HDL en Medellín. Tesis de pregrado. Universidad CES Medellín .Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/637/2/Efecto_factores_riesgo%20cardiovascular.pdf
19. Constitución política de Colombia 1991 .TITULO II
20. Alcaldía municipal de Pasto. Información de corregimiento .subsecretaria de sistemas de información. Disponible en : www.pasto.gov.co
- 21 Leening MJG, Ferket BS, Steyerberg EW, et al Fuente: BMJ 2014; 349 Sex differences in lifetime risk and first manifestation of cardiovascular disease: prospective population based cohort study.
- 22 Paula EA, Paula RB, Costa DMN, Colugnati FAB, Paiva EP. Evaluación del riesgo cardiovascular en hipertensos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2013

23 Abraham W, Blanco G, Coloma G, Cristaldi , Gutiérrez N, Sureda L.(2013)
Estudio de los factores de Riesgo Cardiovascular en Adolescentes.
RECUPERADO DE: www.fac.org.ar/revista

Anexo C. Instrumentos



FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN SEDE PASTO FACULTAD DE MEDICINA

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACION DE LAS FAMILIAS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO INTERVENIDAS POR EL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN EN EL PERIODO DE 2002 a 2012

Ficha # _____

DATOS PERSONALES															
PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE						
SOCIODEMOGRAFICAS															
EDAD		GENERO		PROCEDENCIA			RAZA			SEGURIDAD SOCIAL					
_____ años		M	F	_____			Blanco	Mestizo	Negro	Indígena	CONT	SUB	ESP	VIN	C
							___	___	___	___	___	___	___	___	___
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR															
TA _____/_____ mmHg		COLESTEROL ALTERADO				ALTERACION TRIGLICERIDOS			DIABETES TIPO II						
		SI___ NO___				SI___ NO___			SI___ NO___						
IMC	PESO	CONSUMO DE:					ALIMENTACION NO SALUDABLE								
_____ Kg	_____ Kg	Tabaco	Alcohol		Drogas		SI___ NO___								
SEDENTARISMO		SI___ NO___	SI___ NO___	SI___ NO___	SI___ NO___		FALLA RENAL CRONICA								
SI___ NO___		SI___ NO___	SI___ NO___	SI___ NO___	SI___ NO___		SI___ NO___								
SOBREPESO		OBESIDAD CENTRAL			SI	NO	LESION DE ÓRGANO BLANCO								
SI___ NO___					___	___	SI___ NO___								
ANTECEDENTES PERSONALES DE RIESGO															
HIPERTENSION ARTERIAL		DIABTES		OBESIDAD		ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR									
SI___ NO___		SI___ NO___	SI___ NO___	SI___ NO___	SI___ NO___										
SI___ NO___		SI___ NO___	SI___ NO___	SI___ NO___	DISLIPIDEMIAS		SI___	NO___							
ANTECEDENTES FAMILIARES DE RIESGO															
DIABTES		HIPERTENSION ARTERIAL		OBESIDAD		ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR									
SI___ NO___		SI___ NO___	SI___ NO___	SI___ NO___	SI___ NO___										
SI___ NO___		SI___ NO___	SI___ NO___	SI___ NO___	DISLIPIDEMIAS		SI___	NO___							



**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
SEDE PASTO
FACULTAD DE MEDICINA**

CLASIFICACION DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR	Adulto con enfermedad cardiovascular complicada o compleja	
	Adulto con enfermedad cardiovascular establecida	
	Adulto con factores de riesgo cardiovasculares mayores	
	Adulto con factores de riesgo cardiovasculares menores	
	Adulto con riesgo cardiovascular Alto	
	Adulto con comportamiento de riesgo	
	Adulto con antecedentes personales de riesgo	
	Adulto con antecedentes familiares de riesgo	

OBSERVACIONES: _____

ANEXO D. VARIABLES

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición operacional	Nivel de medición
1.Edad	Cuantitativa discreta	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.se tomara años cumplidos según fecha de nacimiento	Razón 25 a 30 años 31 a 36 37 a 42 43 a 50
1.1.Genero	Cualitativa		Nominal Femenino Masculino otro
1.2 RAZA			
1.3 PROCEDENCIA	Cualitativa	Lugar de origen de hábitat de una persona	Nominal Urbana Rural
1.4 Tipo de Seguridad social	Cualitativa	Aseguramiento en salud	Nominal Contributivo Subsidiado Vinculado Desplazado

			Otro
2.HIPERTRIGLICERIDEMIA	NOMINAL	Niveles de triglicéridos elevados en sangre	Nominal Si No
2.1 HIPERCOLESTEROLEMIA	Nominal	Niveles elevados de colesterol en sangre	Nominal Si No
2.2 CONSUMO DE ALCOHOL	Cualitativa binomial	Consumo de alcohol de manera habitual	Nominal Si No
2.3 CONSUMO DE TABACO	Cualitativa binomial	Consumo de tabaco de manera habitual	Nominal Si No
2.4 CONSUMO DE DROGAS	Cualitativa binomial	Consumo de sustancias alucinógenas de manera habitual	Nominal Si No
2.5 DIABETES TIPO II	Cualitativa binomial	Niveles de glicemia elevados en sangre	Nominal Si No

2.6 ALIMENTACION NO SALUDABLE	Cualitativa binomial	Consumo habitual de comida no saludable	Nominal Si No
2.7 FALLA RENAL CRONICA	Cualitativa binomial	Diagnóstico Enfermedad renal	Nominal Si No
3. Antecedentes personales de riesgo para enfermedad cardiovascular			
3.1 Hipertensión arterial	Cualitativa Binominal	Tensión arterial por encima de las cifras pre establecidas como normal	Nominal Si No
3.2 Enfermedad cardiovascular	Cualitativa Binominal	Antecedente personal de enfermedad cardiovascular	Nominal Si No

1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

2. VARIABLES DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

3. VARIABLES FACTORES ANTECEDENTES DE RIESGO

ANEXO E. ARTICULO

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LA POBLACION DE LAS FAMILIAS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO INTERVENIDAS POR EL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN EN EL PERIODO DE 2002 A 2012

RUTH ESTHER ARBOLEDA VALLEJO, JULIAN FERNANDO BENITEZ BASTIDAS, FREDY MARCELO CADENA TARAPUES, JUAN CAMILO D´HARO QUIROZ.

ASESOR: Msc. Luis Eduardo González Martínez

RESUMEN

Este artículo presenta los resultados obtenidos en la Fundación Universitaria San Martín. El principal objetivo fue Identificar los factores de riesgo cardiovascular en las personas atendidas en el programa de salud familiar y comunitaria de la Fundación Universitaria San Martín en los corregimientos de Cabrera, Jongovito y san Fernando del municipio de Pasto en el periodo de 2002 a 2012.

El estudio es de enfoque cuantitativo el diseño es observacional descriptivo de cohorte transversal .lo datos se extrajeron de 122 carpetas representando cada una a una familia intervenida en el programa de salud familiar de la fundación universitaria san Martín-Pasto

MATERIALES Y METODOS

La investigación se efectuó por medio del diligenciamiento de interrogantes contenidos en el instrumento de recolección de datos que contiene las variables de caracterización clínica y demográfica de forma completa. Se tomó las evidencias recolectadas en el periodo comprendido entre 2002 al 2012, de un total de 122 familias cuyo registro y evidencia está contenida en las carpetas del área salud familiar y comunitaria de la Fundación Universitaria San Martín.

Para este estudio se tuvo en cuenta los criterios de inclusión:

Familias intervenidas en el Programa de salud familiar por los estudiantes de la Fundación Universitaria San Martín sede pasto en el periodo de 2002 a 2012, y de las cuales exista registro de la guía de riesgo cardiovascular.

Y de de exclusión:

-Carpetas que se encuentren en estado de deterioro y cuya información sea ilegible.

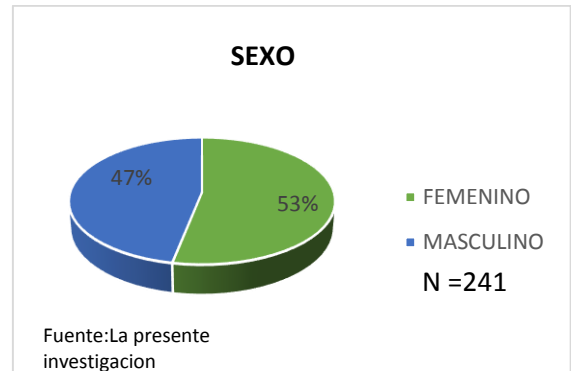
-Carpetas que no reporten el año en el cual son diligenciadas.

La información obtenida fue recopilada y procesada mediante los programas de Epi –Info y Exel star.

RESULTADOS.

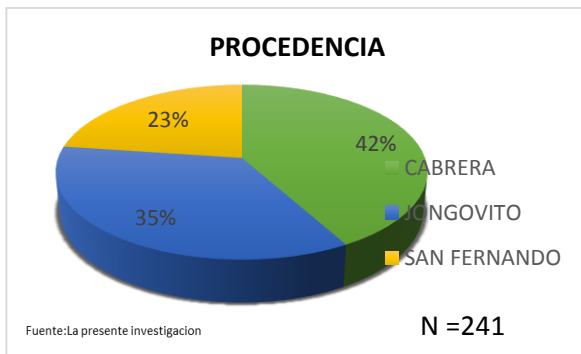
Objetivo1: Determinar los factores sociodemográficos en la población objeto de estudio.

Gráfica # 1. DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL SEXO



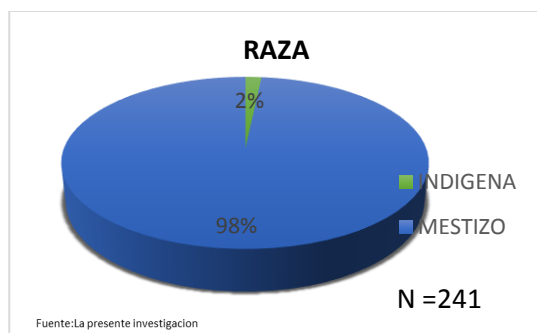
De las 241 personas estudiadas, En la variable género se observó que 128 personas que representan el (53%) son de sexo femenino y 113 personas que representan el (47%) son de sexo masculino.

Gráfica # 2 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA PROCEDENCIA



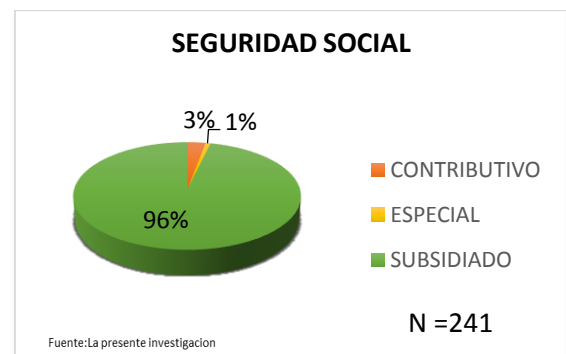
De las 241 personas estudiadas, En la variable procedencia se observó que 101 personas que representan el (42%) pertenecen a la población de Cabrera, 85 a Jongovito representando el (35%) Y 55 personas que representan el (23%) a la comunidad de San Fernando.

Gráfica # 3 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA RAZA



representan el (2%) son de raza indígena.

Gráfica # 4 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA SEGURIDAD SOCIAL



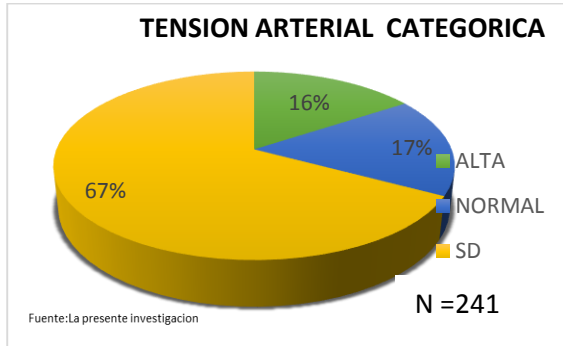
De las 241 personas estudiadas, En la variable seguridad social se observó que 232 personas que representan el (96%) pertenecen a régimen subsidiado, 3 personas que representan el (3%) al régimen contributivo y 2 personas que representan el (1%) al régimen especial.

Objetivo 2: Identificar los factores de riesgo cardiovascular en la población objeto de estudio.

Gráfica # 5 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA RAZA

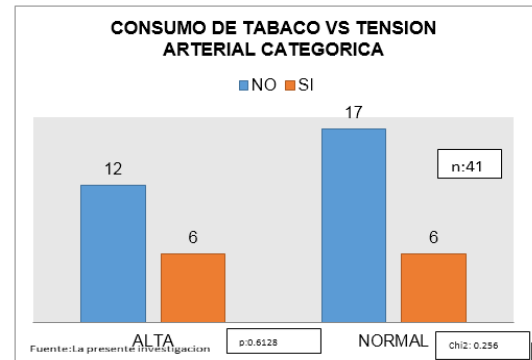
De las 241 personas estudiadas, En la variable Raza se observó que 237 personas que representan el (98%) son de raza mestiza y 4 personas que

JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN TENSION ARTERIAL CATEGORICA



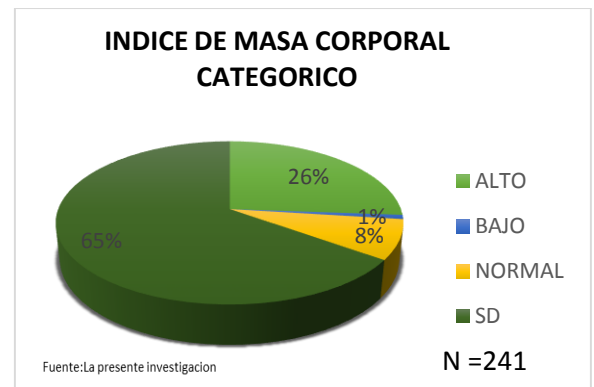
De las 241 personas estudiadas, En la variable tensión arterial categórica se observó que 162 personas que representan el (67%) no hay dato de la presión arterial, 41 personas que representan el (17%) tenían la presión normal y 38 personas que representan el (16%) tenían una presión alta.

Gráfica # 6 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN TA ARTERIAL CATEGORICA VS CONSUMO DE TABACO



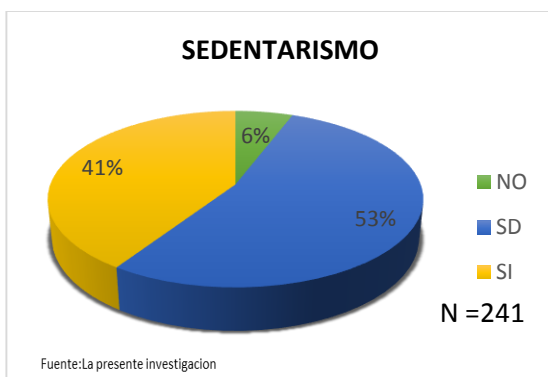
De los 41 datos analizados en la variable consumo de tabaco vs tensión arterial categórica se evidencia que son independientes, esto quiere decir que nada tiene que ver el consumo de tabaco con el desarrollo de esta investigación y este dato es significativo por valor estadístico mayor de 5.

Gráfica # 7 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN INDICE DE MASA CORPORAL CATEGORICO



De las 241 personas estudiadas, En la variable índice de masa corporal categórico se observó que 157 personas que representan el (65%) no hay dato del índice de masa corporal, 63 personas que representan el (26%) tenían un índice de masa corporal alto, 19 personas que representan el 8%) Índice de masa corporal normal, y 2 personas que representan (1%) un índice bajo.

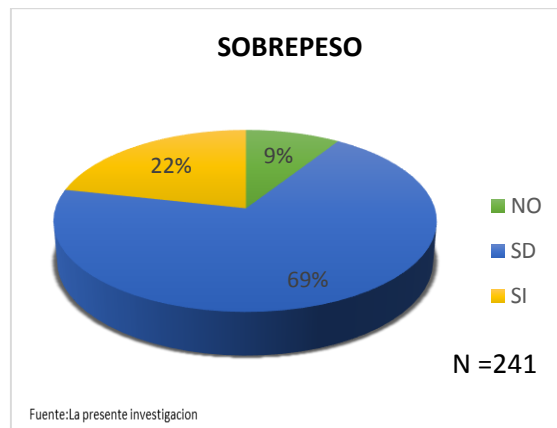
Gráfica # 8 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL SEDENTARISMO



De las 241 personas estudiadas, En la variable sedentarismo se observó que 129 personas que representan el (53%) no tienen dato sobre la variable, 98 personas que representan el (41%) son sedentarias y 14 personas que representan el (6%) no lo son.

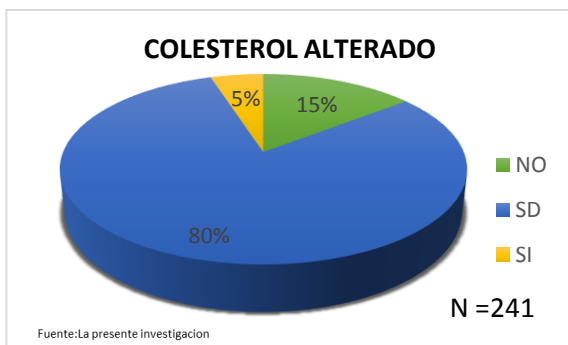
Gráfica # 9 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE

RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL SOBREPESO



De las 241 personas estudiadas, En la variable sobrepeso se observó que 167 personas que representan el (69%) no tienen dato sobre la variable, 52 personas que representan el (22%) tienen sobrepeso y 22 personas que representan el (9%) no tienen sobrepeso.

Gráfica # 10 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL COLESTEROL ALTERADO



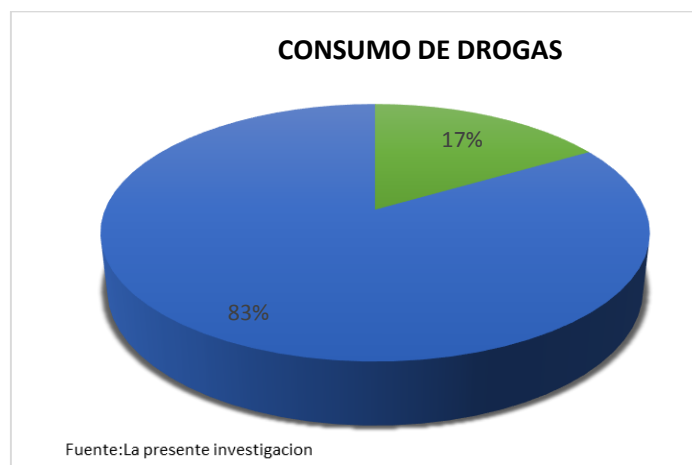
De las 241 personas estudiadas, En la variable consumo de alcohol se observó que 194 personas que representan el (80%) no tienen dato sobre la variable, 35 personas que representan el (15%) no tienen alcohol alterado y 12 personas que representan el (5%) si lo tienen.

Gráfica # 11 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL CONSUMO DE ALCOHOL



sobre la variable, 35 personas que representan el (15%) no tienen colesterol alterado y 12 personas que representan el (5%) si lo tienen.

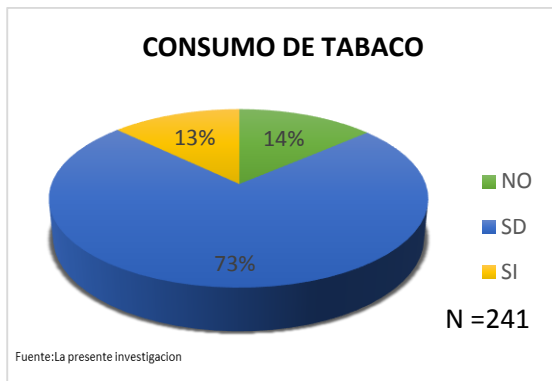
Gráfica # 12 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL CONSUMO DE DROGAS



De las 241 personas estudiadas, En la variable consumo de drogas se observó que 201 personas que representan el (83%) no existe dato sobre la variable y 40 personas que representan el (17%) no consumen drogas.

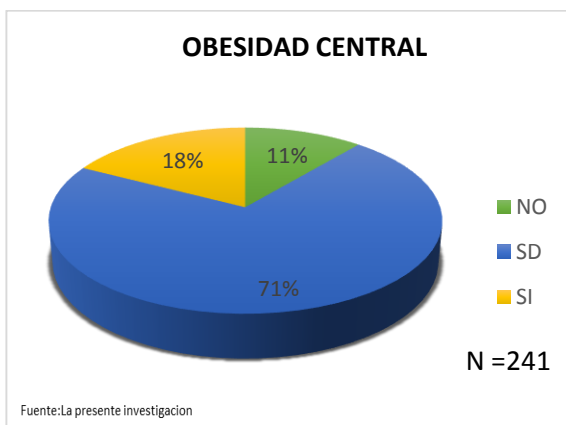
Gráfica # 13 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN EL CONSUMO DE TABACO

De las 241 personas estudiadas, En la variable consumo de alcohol se observó que 194 personas que representan el (80%) no tienen dato



De las 241 personas estudiadas, En la variable Consumo de tabaco se observó que 177 personas que representan el (73%) no existen dato sobre la variable y 33 personas que representan el (14%) no consumen tabaco y 31 personas que representan (13%) si lo consumen.

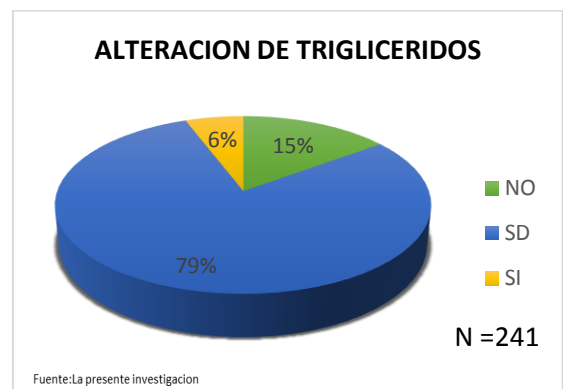
Gráfica # 14 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA OBESIDAD CENTRAL



De las 241 personas estudiadas, En la variable obesidad central se

observó que 172 personas que representan el (71%) no existe dato sobre la variable y 42 personas que representan el (18%) tienen obesidad central y 27 personas que representan (11%) si tienen obesidad central.

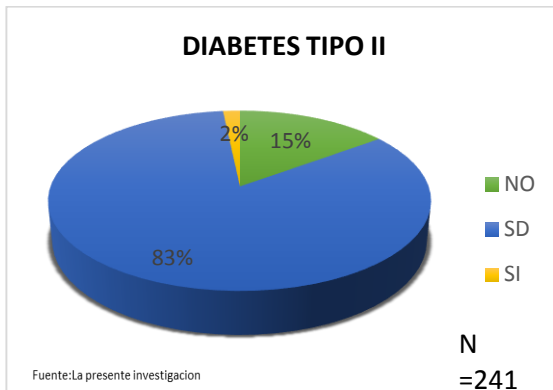
Gráfica # 15 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA ALTERACION DE TRIGLICERIDOS



De las 241 personas estudiadas, En la variable alteración de triglicéridos se observó que 191 personas que representan el (79%) no existen dato sobre la variable y 36 personas que representan el (15%) no tienen esta alteración y 14 personas que representan (6%) si tienen esta alteración.

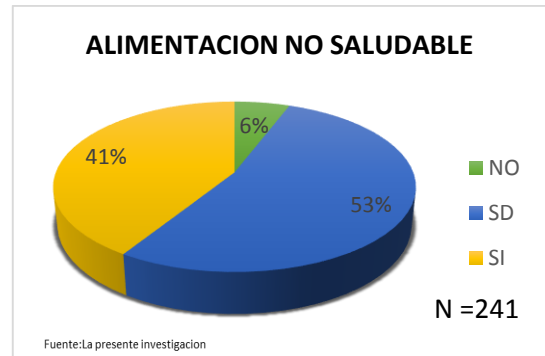
Gráfica # 16 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y

COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA DIABETES TIPO II



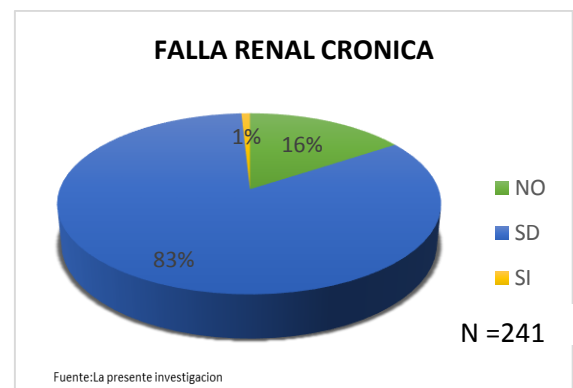
De las 241 personas estudiadas, En la variable diabetes tipo II se observó que 201 personas que representan el (83%) no existen dato sobre la variable y 36 personas que representan el (15%) no tienen esta alteración y 4 personas que representan (2%) si padecen diabetes.

Gráfica # 17 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA ALIMENTACION SALUDABLE



De las 241 personas estudiadas, En la variable alimentación no saludable se observó que 128 personas que representan el (53%) no existen dato sobre la variable y 99 personas que representan el (41%) si tienen una alimentación no saludable y 14 personas que representan (6%) no tienen una alimentación no saludable.

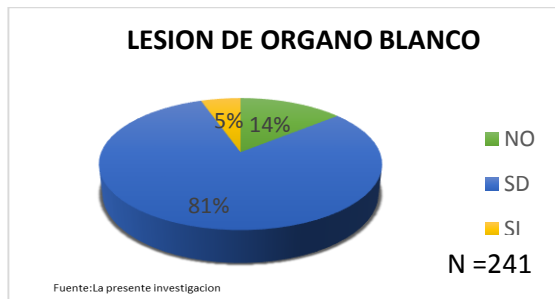
Gráfica # 18 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN FALLA RENAL CRONICA



De las 241 personas estudiadas, En la variable falla renal crónica se observó que 201 personas que

representan el (83%) no tienen dato sobre la variable, 38 personas que representan el (16%) no tienen esta alteración y 2 personas que representan el (1%) si tienen falla renal crónica.

Gráfica # 19 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN LA LESION DE ORGANO BLANCO

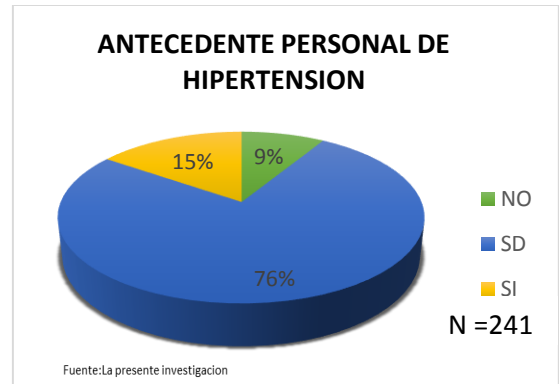


De las 241 personas estudiadas, En la variable lesión de órgano blanco se observó que 191 personas que representan el (81%) no tienen dato sobre la variable, 34 personas que representan el (14%) no tienen esta alteración y 13 personas que representan el (5%) si tienen lesión de órgano blanco.

Objetivo 3: Describir los antecedentes personales y familiares que impliquen riesgo cardiovascular en la población objeto de estudio

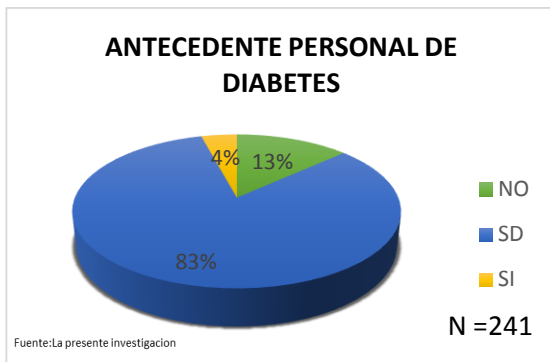
Gráfica # 20 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL

PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE HIPERTENSION ARTERIAL



De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente personal de Hipertensión arterial se observó que 183 personas que representan el (76%) no tienen dato sobre la variable, 37 personas que representan el (15%) si tienen este antecedente y 21 personas que representan el (9%) no tienen antecedentes personales de hipertensión.

Gráfica # 21 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE DIABETES



De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente personal de diabetes se observó que 199 personas que representan el (83%) no tienen dato sobre la variable, 32 personas que representan el (13%) no tienen este antecedente y 10 personas que representan el (4%) si tienen antecedentes personales de diabetes.

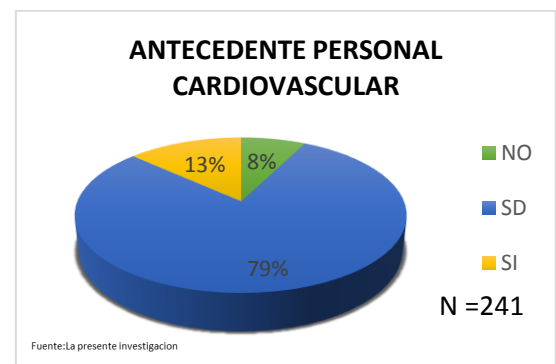
Gráfica # 22 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE OBESIDAD



De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente personal de

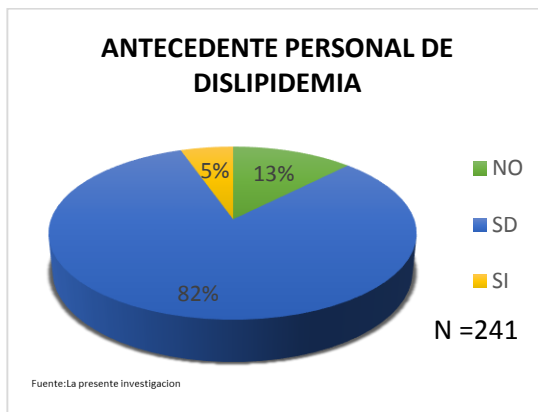
obesidad se observó que 179 personas que representan el (74%) no tienen dato sobre la variable, 26 personas que representan el (11%) no tienen este antecedente y 36 personas que representan el (15%) si tienen antecedentes personales de obesidad.

Gráfica # 23 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL CARDIOVASCULAR



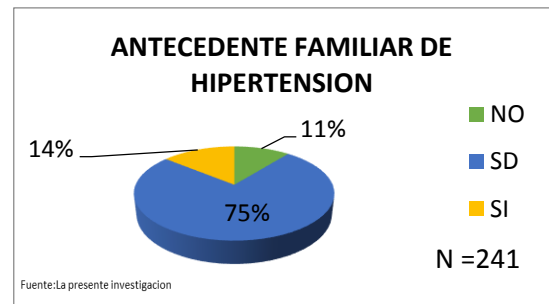
De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente personal de enfermedad cardiovascular se observó que 191 personas que representan el (79%) no tienen dato sobre la variable, 18 personas que representan el (8%) no tienen este antecedente y 32 personas que representan el (13%) si tienen antecedentes personales de enfermedad cardiovascular.

Gráfica # 24 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE DISLIPIDEMIAS



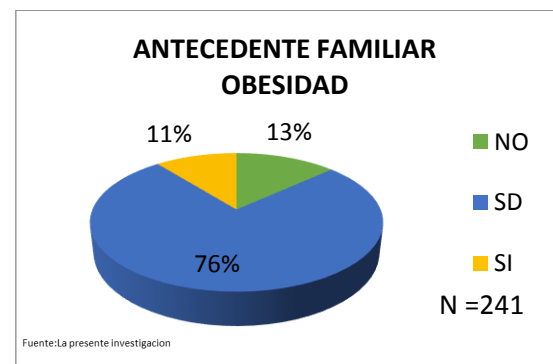
De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente personal de dislipidemia se observó que 198 personas que representan el (82%) no tienen dato sobre la variable, 30 personas que representan el (13%) no tienen este antecedente y 13 personas que representan el (5%) si tienen antecedentes personales de dislipidemia.

Gráfica # 25 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL



De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente familiar de hipertensión se observó que 181 personas que representan el (75%) no tienen dato sobre la variable, 26 personas que representan el (11%) no tienen este antecedente y 34 personas que representan el (14%) si tienen antecedentes familiares de hipertensión.

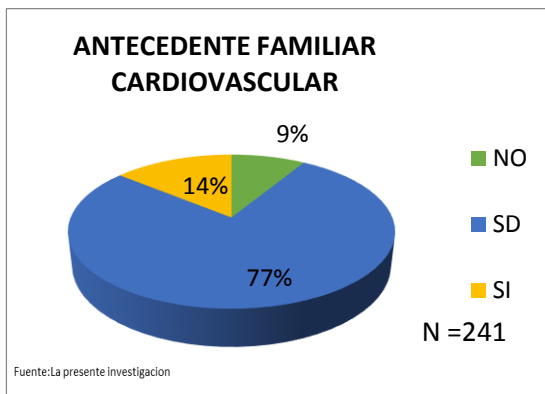
Gráfica # 26 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE OBESIDAD



De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente familiar de obesidad se observó que 183

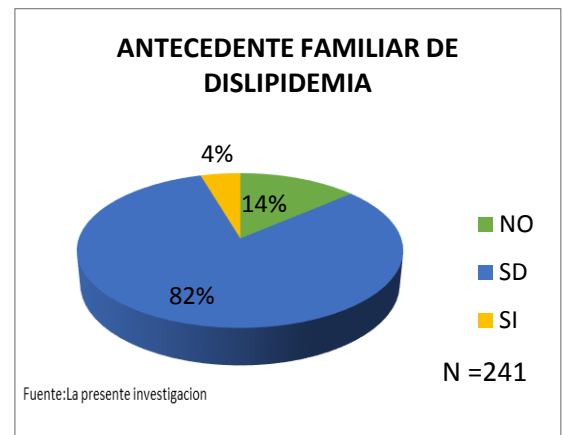
personas que representan el (76%) no tienen dato sobre la variable, 32 personas que representan el (13%) no tienen este antecedente y 26 personas que representan el (11%) si tienen antecedentes familiares de obesidad.

Gráfica # 27 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR CARDIOVASCULAR



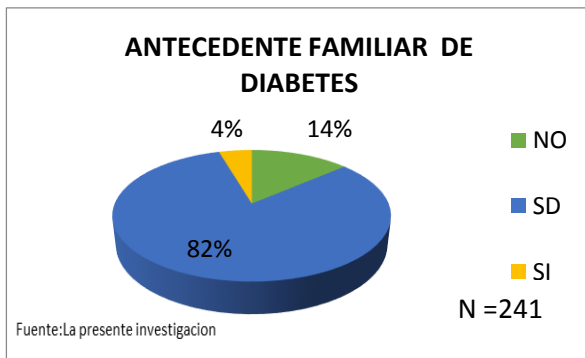
De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente familiar cardiovasculares observó que 186 personas que representan el (77%) no tienen dato sobre la variable, 21 personas que representan el (9%) no tienen este antecedente y 34 personas que representan el (14%) si tienen antecedentes familiares cardiovasculares

Gráfica # 28 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE DISLIPIDEMIA



De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente familiar dislipidemia se observó que 199 personas que representan el (82%) no tienen dato sobre la variable, 32 personas que representan el (14%) no tienen este antecedente y 10 personas que representan el (4%) si tienen antecedentes familiares de dislipidemia.

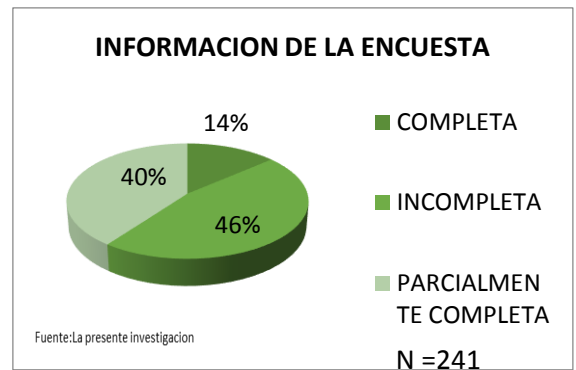
Gráfica # 29 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ANTECEDENTE FAMILIAR DE DIABETES



De las 241 personas estudiadas, En la variable antecedente familiar de diabetes se observó que 197 personas que representan el (82%) no tienen dato sobre la variable, 33 personas que representan el (14%) no tienen este antecedente y 11 personas que representan el (4%) si tienen antecedentes familiares de diabetes

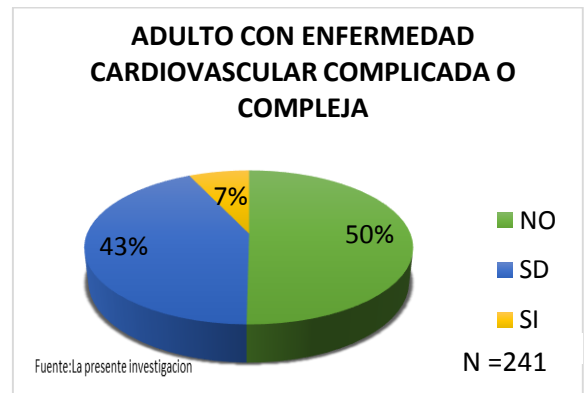
Objetivo 4: Clasificar el riesgo cardiovascular de la población objeto de estudio

Gráfica # 30 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN INFORMACION DE LA ENCUESTA



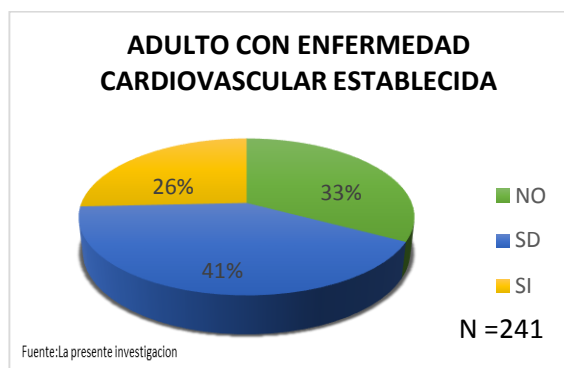
De las 241 personas estudiadas, En la variable información de la encuesta se observó que 112 personas que representan el (46%) tienen el diligenciamiento de la ficha de forma incompleta, 96 personas que representan el (40%) parcialmente completa y 33 personas que representan el (14%) son tiene el diligenciamiento de la ficha de forma completa.

Gráfica # 31 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN ADULTO CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR COMPLICADA O COMPLEJA



De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con enfermedad cardiovascular complicada o compleja se observó que 103 personas que representan el (43%) no tienen dato sobre la variable, 121 personas que representan el (50%) no tienen este antecedente y 17 personas que representan el (7%) son adultos con enfermedad cardiovascular complicada o compleja.

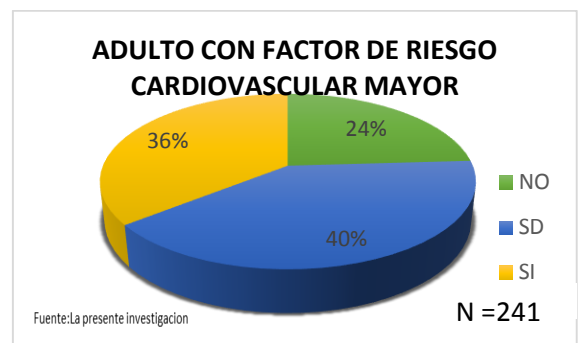
Gráfica # 32 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ESTABLECIDA



De las 241 personas estudiadas, en la variable adulto con enfermedad cardiovascular establecida se observó que 100 personas que representan el (41%) no tienen dato sobre la variable, 79 personas que representan el (33%) no tienen este antecedente y 62 personas que representan el (26%) son adultos con

enfermedad cardiovascular establecida.

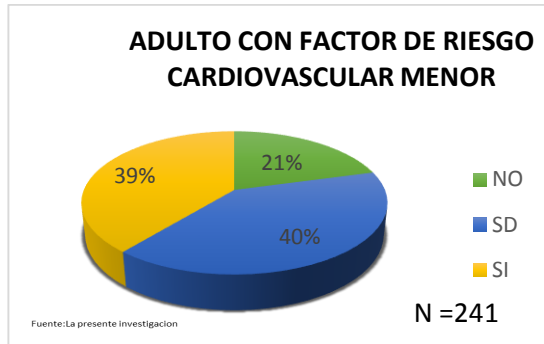
Gráfica # 33 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR MAYOR



De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con factor de riesgo cardiovascular mayor se observó que 97 personas que representan el (40%) no tienen dato sobre la variable, 58 personas que representan el (24%) no tienen este antecedente y 86 personas que representan el (36%) son adultos con factores de riesgo cardiovascular mayor.

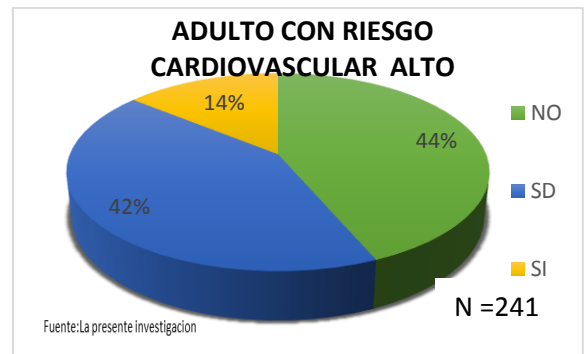
Gráfica # 34 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO

SEGÚN VARIABLE ADULTO CON FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR MENOR



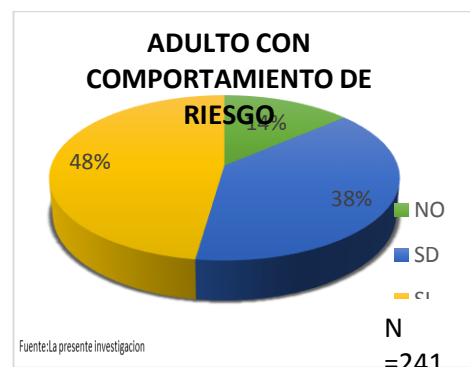
De las 241 personas estudiadas, en la variable adulto con factor de riesgo cardiovascular menor se observó que 97 personas que representan el (40%) no tienen dato sobre la variable, 50 personas que representan el (21%) no tienen este antecedente y 94 personas que representan el (39%) son adultos con factores de riesgo cardiovascular menor

Gráfica # 35 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO



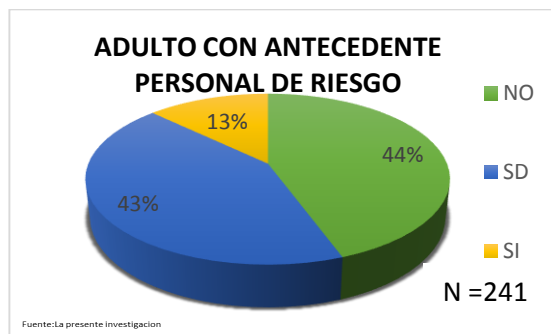
De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con riesgo cardiovascular alto se observó que 102 personas que representan el (42%) no tienen dato sobre la variable, 105 personas que representan el (44%) no tienen este antecedente y 34 personas que representan el (14%) son adultos con factores de riesgo cardiovascular alto.

Gráfica # 36 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON COMPORTAMIENTO DE RIESGO



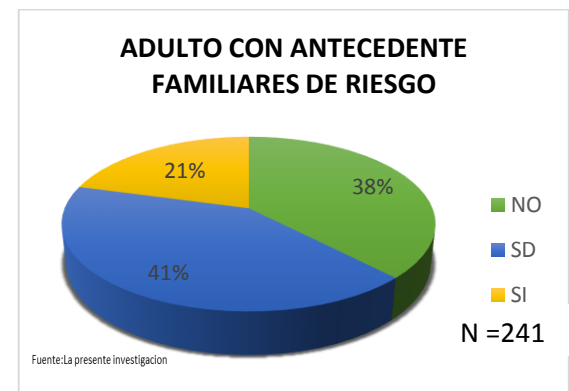
De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con comportamiento de riesgo se observó que 93 personas que representan el (38%) no tienen dato sobre la variable, 33 personas que representan el (14%) no tienen este antecedente y 115 personas que representan el (48%) son adultos con factores comportamiento de riesgo .

Gráfica # 37 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON ANTECEDENTES PERSONALES DE RIESGO



De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con antecedentes personales de riesgo se observó que 103 personas que representan el (43%) no tienen dato sobre la variable, 107 personas que representan el (44%) no tienen este antecedente y 31 personas que representan el (13%) son adultos con antecedentes personales de riesgo

Gráfica # 38 DISTRIBUCION DE LA POBLACION CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DEL PROGRAMA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LOS CORREGIMIENTOS DE CABRERA, JONGOVITO Y SAN FERNANDO SEGÚN VARIABLE ADULTO CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE RIESGO



De las 241 personas estudiadas, En la variable adulto con antecedentes familiares de riesgo se observó que 100 personas que representan el (41%) no tienen dato sobre la variable, 91 personas que representan el (38%) no tienen este antecedente y 50 personas que representan el (21%) son adultos con antecedentes familiares de riesgo.

CONCLUSIONES

De las variables sociodemográficas podemos concluir que en referencia al género el más prevalente en la investigación es el femenino, con respecto a la procedencia el grupo más representativo es de Cabrera, de etnia mestiza y pertenecen en mayor proporción al régimen subsidiado.

Dentro de las variables clínicas que incluye signos de peligro o riesgo para enfermedad cardiovascular se puede concluir que en cuanto a información de registro de tensión arterial en la mayor parte de la población no se documentó este dato, pero en los casos en que sí existe información, la tensión de mayor predominio está en rangos y límites normales ,de igual forma para el índice de masa corporal donde hay predominio de un índice alto con tendencia a obesidad central y a su vez existe una tendencia a la alimentación no saludable.

En cuanto al sedentarismo se concluye que, la mayor proporción de la población es sedentaria y se encuentra en rangos de sobrepeso, sin evidencia de niveles de colesterol alterado ni de hipertrigliceridemia en vista de que no se encontraron datos con que evaluar a la población.

En referencia a los hábitos tóxicos, como son el consumo de alcohol y el consumo de tabaco, existe concordancia en los resultados de quienes consumen estas sustancias, evidenciando que se realizó un correcto diligenciamiento en la exploración de esta variable. Para el caso del consumo de Drogas, se concluye que no se realizó un adecuado abordaje de esta variable en vista de que no existen datos relevantes para determinar si hay un consumo de estas sustancias.

En cumplimiento al objetivo tres que incluye antecedentes personales y familiares que impliquen riesgo cardiovascular en la población objeto

de estudio, se puede concluir que en cuanto a antecedentes personales y familiares de hipertensión la mayoría de la población cuenta con dichos antecedentes que significan un riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular, pero para la obesidad, diabetes y dislipidemia no se puede concluir adecuadamente la presencia de estos factores en la población, en vista que no se cuenta con la información necesaria para evaluar estas variables.

En cuanto al objetivo específico final, el cual incluía la clasificación del riesgo cardiovascular se puede concluir que la mayoría de la población no tiene una enfermedad cardiovascular complicada o compleja, factores personales y familiares de riesgo, ni una enfermedad cardiovascular establecida, pero cuentan con factores de riesgo alto al igual que factores cardiovasculares mayores y menores además de comportamiento de riesgo

BIBLIOGRAFIA

1. Guijarro C, Brotons C, Camarelles F, Medrano MJ, Moreno JL, del Río A. Primera Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España: Prevención cardiovascular. Aten Primaria. 2008;40:4734.
2. Rodríguez E, García L, Gómez A, Recio J, Mora S, Pérez D,

- Agudo C, Escribano A,y Patino M, Prevalencia de enfermedades cardiovasculares y de factores de riesgo cardiovascular en mayores de 65 años de un área urbana: estudio DERIVA .Aten Primaria.2013; 45(7):349-357.
3. Ministerio de salud y protección social,Socialización del informe final de evaluación de necesidades para la ampliación del Convenio Marco de Control del Tabaco Cifras oficiales para Colombia. Bogotá 2014
 4. Escobar I, Fundación Colombiana de la Obesidad, segundo encuentro nacional de obesidad, gobierno nacional, ministerio de salud, OMS, Medellín 2010.disponible en :www.fco.com.co
 5. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).Libro de registro 1998-2011.disponible en :www.organizacion mundial de la salud.org.com
 6. OMS,informe sobre la situación mundialde las enfermedades no transmisibles 2014.disponible en : www.organizacion mundial de la salud.org.com
 7. Bustos P, Amigo H, Arteaga A, Acosta A, Rona R. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adultos jóvenes.Rev.med Chile 2003;131:973-980.
 8. Martínez A, Leiva A, Sotomayor C, Victoriano T, Von Chrismar A, Pineda S. Factores de riesgo cardiovascular en estudiantes de la universidad austral de Chile. REV Med Chile 2012;140
 9. Revista en linea Riesgo Cardiovascular.Santiago de chile (2014)
 - 10.Manual de Consulta para el Control y la Prescripción de Ejercicio American Collegge of Sports Medicine, Cap 16 Fisiopatología de Enfermedades Crónicas Peter Hanson. Ed Paidotribo Ed. 2005
 - 11.Fisiología del Esfuerzo y el Deporte 5° Edición , Jack H. Wilmore y David L Costil Cap. 20 Enfermedades Cardiovasculares Edit Paidotribo 2004
 - 12.Manual de Consulta para el Control y la Prescripción de Ejercicio American Collegge of Sports Medicine, Cap 16 Fisiopatología de Enfermedades Crónicas Peter Hanson. Ed Paidotribo Ed. 2005.

13. Fisiología del Esfuerzo y el Deporte 5° Edición , Jack H. Wilmore y David L Costil Cap. 20 Enfermedades Cardiovasculares Edit Paidotribo 2004 .Disponible en: [http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/637/2/Efecto factores riesgo%20cardiovascular.pdf](http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/637/2/Efecto_factores_riesgo%20cardiovascular.pdf)
14. Rose G, Shipley M. Plasma cholesterol concentration and death from coronary heart disease: 10 years results of the Whitehall Study. Br Med J 1986;293:306-7.
15. Fisiología del Esfuerzo y el Deporte 5° Edición , Jack H. Wilmore y David L Costil Cap. 20 Enfermedades Cardiovasculares Pag. 23
16. Arch.argent.pediatr 2005;103(5):450-475 / Consenso http://www.sap.org.ar/staticfiles/archivos/2005/arch05_5/A5.450-463.pdf
17. Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) 2001
18. Serna b, Marquez J (2009) efecto de los factores de riesgo cardiovasculares modificables sobre los niveles de HDL en Medellín. Tesis de pregrado. Universidad CES Medellín
19. Constitución política de Colombia 1991 .TITULO II
20. Alcaldía municipal de Pasto. Información de corregimiento .subsecretaria de sistemas de información. Disponible en : www.pasto.gov.co
21. Leening MJG, Ferket BS, Steyerberg EW, et al Fuente: BMJ 2014; 349 Sex differences in lifetime risk and first manifestation of cardiovascular disease: prospective population based cohort study.
22. Paula EA, Paula RB, Costa DMN, Colugnati FAB, Paiva EP. Evaluación del riesgo cardiovascular en hipertensos. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. mayo-jun. 2013
23. Abraham W, Blanco G, Coloma G, Cristaldi , Gutiérrez N, Sureda L.(2013) Estudio de los factores de Riesgo Cardiovascular en Adolescentes. RECUPERADO DE: www.fac.org.ar/revista