

1

**PROMOCION DEL AUTOCUIDADO EN LA SALUD CARDIOVASCULAR DE
LOS ADULTOS DEL AREA DE INFLUENCIA DEL CAP DE LA FACULTAD
DE ENFERMERIA, UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.**

CARTAGENA, 2002-2003

INFORME FINAL

Requisito para ascenso en el escalafón Docente.

ELIZABETH ROMERO MASSA

Especialista en Enfermería Cardiológica

Especialista en Docencia Universitaria

INNA ELIDA FLOREZ TORRES

Especialista en Enfermería Médicoquirúrgica

Con énfasis en Urgencias

CARTAGENA DE INDIAS D.T Y C

2003

2

**PROMOCION DEL AUTOCUIDADO EN LA SALUD CARDIOVASCULAR DE
LOS ADULTOS DEL AREA DE INFLUENCIA DEL CAP DE LA FACULTAD
DE ENFERMERIA, UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.**

CARTAGENA, 2002-2003

ELIZABETH ROMERO MASSA

Especialista en Enfermería Cardiológica

Especialista en Docencia Universitaria

INNA ELIDA FLOREZ TORRES

Especialista en Enfermería Medicoquirúrgica

Con énfasis en Urgencias

Diplomado en Docencia Universitaria.

PIEDAD PEREZ CÉSPEDES

Asesor

CARTAGENA DE INDIAS D.T. Y C

2003.

B.S.
T.1.
610.73691
R763

1

CONTENIDO

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO	
CENTRO DE INFORMACIÓN	ENTRADA
FORMA DE	
Compra	Donación ☒ C. de C.
Precio \$ 10000	Proveído
No. de Acceso 86212	Nº
Fecha de ingreso: DD 27	MM 07 AA 04

	PAG
Enfermería cardiología INTRODUCCION.....	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
2. JUSTIFICACIÓN.....	12
3. OBJETIVOS.....	14
4. MARCO TEORICO.....	15
5. METODOLOGÍA.....	29
6. MODELO DE ATENCIÓN SALUD PARA LA PROMOCION DEL AUTOCUIDADO EN LA SALUD CARDIOVASCULAR	31
7. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	41
8. DISCUSIÓN.....	60
9. RECOMENDACIONES.....	63

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

LISTA DE GRAFICAS

	Pág
Gráfica 1 Relación Adultos de 20 a 44 años, según Sexo y Edad.	41
Gráfica 2 Distribución Adultos entre 20 a 44 años según Sexo y factor De Riesgo Cardiovascular No Modificable: Raza.	42
Gráfica 3 Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular No Modificable: Herencia.	42
Gráfica 4 Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Ingesta de Alcohol.	43
Gráfica 5 Distribución Adultos de 20 a 44 años de Sexo Masculino según Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Cantidad de Consumo de Alcohol.	44
Gráfica 6 Distribución Adultos de 20 a 44 años de Sexo Femenino según Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Cantidad de Consumo de Alcohol.	44
Gráfica 7 Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Tabaquismo.	45
Gráfica 8 Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Sedentarismo.	46
Gráfica 9 Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Dieta y/o Hábitos Alimenticios, Consumo de Sodio.	47
Gráfica 10 Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Terapia Hormonal.	48
Gráfica 11 Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo cardiovascular Modificable: Obesidad.	49
Gráfica 12 Frecuencia de control de la Presión Arterial en los Adultos de 20 a 44 años de edad.	50
Gráfica 13 Clasificación de la Hipertensión Arterial detectada en los Adultos de 20 a 44 años de edad.	51

Gráfica 14 Distribución de los Adultos Hipertensos según factores de Riesgo cardiovasculares no modificables: Sexo y Edad. Cartagena. 2002-2003.	52
Gráfica 15 Distribución de los Adultos Hipertensos según factores de Riesgo cardiovasculares no modificables: Sexo y Raza. Cartagena. 2002-2003.	53
Gráfica 16 Distribución de los Adultos Hipertensos según factores de Riesgo cardiovasculares no modificables: Sexo y Herencia. Cartagena. 2002-2003.	53
Gráfica 17 Distribución de los Adultos Hipertensos según factores de Riesgo cardiovasculares modificables: Obesidad, Cartagena, 2002-2003.	54
Gráfica 18 Distribución de Hipertensos por Sexo según riesgo Cardiovascular modificable , Ingesta de Alcohol,. Cartagena, 2002- 2003.	54
Gráfica 19 Distribución de Hipertensos por Sexo según riesgo Cardiovascular modificable , Tabaquismo. Cartagena, 2002- 2003.	55
Gráfica 20 Distribución de Hipertensos por Sexo según riesgo Cardiovascular modificable , Actividad Física. Cartagena, 2002- 2003.	55
Gráfica 21 Distribución de los Adultos Hipertensos por Edad según Factores de riesgo cardiovascular modificables: Sedentarismo, Cartagena, 2002-2003.	57
Gráfica 22 Distribución de los Adultos Hipertensos por edades según factores de riesgo cardiovascular modificables. Consumo de Cigarrillo y Alcohol, Cartagena. 2002 – 2003.	58

GLOSARIO

AUTOCAUIDADO: Acciones que hacen los individuos por su propio bien para mantener la vida, la salud y el bienestar.

CULTURA DE LA SALUD: Es todo lo que el hombre ha hecho y hace para cultivar la vida humana sus potencialidades físicas, mentales y sociales.

CAUIDADO DE ENFERMERIA: Es el cuidado de una vida humana; se desarrolla en el contexto del proceso vital humano que es un proceso dinámico, inicia con la vida y termina con la muerte, donde la salud y la enfermedad se encuentran dentro de este proceso.

DIAGNOSTICO PRECOZ: consiste en determinar y tratar lo más pronto posible las enfermedades que no fueren evitadas, debido a que no existen medidas para atacar esa enfermedad en un nivel anterior o porque dichas medidas no fueron aplicadas.

EDUCAR: Capacitar a la persona para actuar en una forma adecuada frente a situaciones de la vida.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: Existencia de una anomalía fundamental del corazón o de los vasos sanguíneos que se puede presentar sin que el paciente lo sepa.

FACTOR DE RIESGO: Es el conjunto de fenómenos de los cuales depende la ocurrencia de un evento o de una enfermedad.

FACTOR DE RIESGO MODIFICABLE: Donde la intervención oportuna puede hacer que el mismo desaparezca o disminuya mejorando el pronóstico de riesgo del paciente.

FACTOR DE RIESGO NO MODIFICABLE: El cual no es susceptible de intervención alguna.

HIPERTENSIÓN: presencia de una presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mm/Hg, una presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mm/Hg o quien toma medicación antihipertensiva.

INCIDENCIA: mide la rapidez con que ocurre la enfermedad, o sea la frecuencia con que se agregan nuevos casos de una enfermedad.

INDICE DE MASA CORPORAL (I.M.C.): Estimación indirecta de la masa grasa, resulta de dividir el peso en kilogramos sobre la talla en metros cuadrados.

OBESIDAD: Exceso de masa grasa que ocasiona efectos adversos para la salud.

PREVALENCIA: es el número de casos de una enfermedad, ocurridos en una población determinada, sin distinción alguna entre casos nuevos o viejos.

PREVENCIÓN PRIMARIA: Es toda actividad que tenga lugar antes de las manifestaciones de la enfermedad.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD: Es la reducción y control de los riesgos que atentan contra la salud de la población con el fin de evitar aparición de la enfermedad.

Son las acciones de educación y concientización ofrecidas preferencialmente por equipos de profesionales de salud, dirigidos a nivel individual, familiar y grupal, según su estado de salud y entorno, con el objeto de mantener la salud, lograr nuevos estilos de vida saludable y fomentar el autocuidado.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: Es lo que se hace para dificultar o retardar la progresión de una enfermedad o de las secuelas en cualquier punto después de su comienzo.

PROMOCION DE LA SALUD. Es un proceso de los individuos y comunidades para mejorar su estado de salud a través del ejercicio del control sobre los factores determinantes de ésta.

TABAQUISMO: Se define como el hábito de fumar.

INTRODUCCIÓN

Durante la última década, la situación de salud en las Américas ha seguido mejorando de manera continua. Ello es un reflejo de diversos factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos, así como de la mayor disponibilidad de servicios de atención en salud y de programas de salud pública. Este mejoramiento no ha mostrado las mismas características en todos los países, ni en todos los grupos humanos de un mismo país. En algunos casos persisten los tradicionales problemas de salud asociados con la pobreza, las deficiencias del medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida. En otros se incrementaron otras enfermedades y problemas relacionados con el envejecimiento de la población, la urbanización acelerada y los modos de vida perjudiciales para la salud.

En nuestro país se ha establecido prioridad a la revisión de los modelos de atención haciendo hincapié en la integración de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; en la coordinación de los programas de atención de la salud; en la incorporación de enfoques intersectoriales y en la participación social efectiva. La promoción de la salud y la prevención y control de las enfermedades son estrategias fundamentales para el mejoramiento de la salud y las poblaciones. Ello supone la aplicación de intervenciones dirigidas a producir cambios en el nivel de vida de las poblaciones marginadas y eliminar las desigualdades evitables en términos de salud y bienestar individual y colectivo.

La calidad de la práctica y, por ende, de la prestación de servicios se convierte en un reto importante para la enfermera, y constituye un elemento esencial para el logro de los cambios en los sistemas de prestación de servicios. La calidad de la intervención de enfermería no se transmite, se construye, y la verdadera construcción se hace en la realidad en los establecimientos de salud, en las comunidades, trabajando hombro a hombro con las personas para que ellas a su vez construyan su saber de salud que les va a permitir alcanzar mejores niveles de vida y desarrollo.

Las enfermedades del corazón, no solo son endémicas en el mundo industrializado, también plantean un problema grave en los países en desarrollo como Colombia, las víctimas de estas enfermedades ya no son solo personas mayores de 40 años sino que se presentan hasta en menores de 30 años, es un asesino silencioso que se manifiesta por lo general en mayores de 60 años.

La juventud constituye entonces la época ideal para prevenir la enfermedad cardiovascular, ya que es durante esta etapa de la vida, donde se adquieren los valores culturales que conllevan a la adopción de estilos de vida, sin

embargo, es necesario la promoción de la salud cardiovascular a partir de la niñez; ya que el joven necesita conocer el significado de frases como "corazón sano, vida sana" para la toma de decisiones relacionadas con su salud cardiovascular.

La enfermedad cardiovascular continua siendo la principal causa de muerte en todo el mundo, dentro de ella la cardiopatía isquémica ocupa un lugar preponderante; pudiendo estimarse que la amplia mayoría puede ser relacionada a esta enfermedad. En 1999 ocasionaron el 30% de la mortalidad, los países con bajo y mediano desarrollo aportaron el 78% de los muertos por enfermedad cardiovascular y las proyecciones para el año 2010 son aún más desalentadoras.

Es de esperar que nos veamos abocados a enfrentar con más frecuencia las diferentes patologías crónicas asociadas a enfermedad cardiovascular, demandando por lo tanto un conocimiento profundo y actualizado, fundamentado en la evidencia disponible sobre como prevenir, retardar su progresión y tratarla.



1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Promoción de la Salud en el sentido de elevar el nivel de vida, es aplicable en cualquier nivel de complejidad del Sistema de salud y en cualquier nivel de prevención; al respecto, el término Promoción está fuertemente relacionado y a veces confundido con Prevención y no es para menos, ya que los dos conceptos buscan que la gente vivan mejor; la **prevención primaria** trabaja enfatizando la protección de la salud y controlando los factores de riesgo; esto indica que trabajan con grupos poblacionales, especialmente los que se ven expuestos a algunos riesgos, con la meta de evitar que se enfermen y esto es un aporte para elevar la calidad de vida; podríamos decir que trabaja controlando posibilidades "*negativas*"; la **promoción** trabaja con posibilidades "*positivas*" de la vida cotidiana de las personas, de la comunidad en general, que tienden a ejercer un mayor control sobre los factores que influyen en su salud y a través de éste, desarrollar su potencial de salud.¹

Para llegar a ésta etapa se requiere que las personas sean capaces de identificar sus propias necesidades y aspiraciones; esto implica ejercer un cierto nivel de autonomía genuina, emanada de su ambiente y cultura, no de los modelos instaurados por los medios de comunicación y el mercadeo de los "*estilos de vida*".

Entender que la Promoción de la salud puede ser estrategia, política o filosofía en determinadas circunstancias y que puede ser el respaldo que guíe claramente intencionada de un servicio de salud, implicaría que, por ejemplo, en las instituciones de salud se debería estructurar mecanismos menos biológico y más socializador para el cuidado de las personas con enfermedad cardiovascular y sus familiares, de forma que se constituya en una experiencia para la construcción de otras opciones y modos de vivir, ya que los utilizados han demostrado su insuficiencia. también, quienes "*damos atención*" en esas áreas hemos demostrado no entender la magnitud del concepto "*calidad de vida*", que repetimos constantemente cuando respaldamos nuevas tecnologías.

El cuidado para promover la salud requiere de la acción participativa del ser cuidador y de la persona cuidada, para que este proceso se de es necesario que se establezca una relación intersubjetiva y empática entre los dos. Es decir, en esta relación de cuidado debe haber un crecimiento de la vida misma que trascienda lo personal y busque la reciprocidad.

Estas reflexiones se respaldan en la Promoción de la salud como una estrategia que vincula fuertemente a las persona con su entorno y que a través de la responsabilidad social y **autocuidado** reflejado en elecciones saludables,

¹ GRUPO DE CUIDADO; Dimensiones del Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 1998. p.41.

11

busca un futuro facilitador de su desarrollo como persona y ciudadano. Como ciudadano se preocupa también por modificar el entorno para fortalecer los factores " *protectores de salud*" es decir, que favorecen los estilos de vida saludables o para modificar otros que la dificultan.²

Ante este panorama, tenemos el deber de continuar el camino de quienes desde hace muchos años están librando su batalla personal o grupal para elevar el nivel de bienestar de las comunidades.

El reto para los profesionales de atención en salud es identificar y tratar el problema en forma temprana si deseamos mejorar las estadísticas de enfermedad coronaria en nuestro país. Es la enfermera como participe activa del desarrollo de programas encaminados a satisfacer las necesidades de prevención de la enfermedad cardiovascular y promoción de la salud, quien lidera la realización de diagnósticos situacionales de la comunidad y la ejecución de programas de detección temprana de factores de riesgos cardiovascular, para satisfacer sus necesidades y ofrecerle alternativas de cambio, hacia la búsqueda de estilos de vida saludable tanto personales como laborales; que reduzcan el riesgo de enfermedad cardiovascular.

De esta manera el profesional de enfermería, en la prevención primaria, no solo contribuye con su labor a disminuir el costo del manejo de la enfermedad coronaria y sus complicaciones sino también la morbilidad asociadas; con medidas menos molestas para el individuo, controlando al mismo tiempo otros factores de riesgo modificables para la enfermedad coronaria.

De acuerdo con la situación expuesta, se hace imperiosa la necesidad de establecer un lenguaje común que permita a su vez un mejor registro de la tendencia epidemiológica de estas patologías, definir estrategias de prevención y manejo de fácil aplicación al común de la población. Permittiéndonos enunciar el problema de investigación en los siguientes términos:

¿ La implementación de un Modelo de atención tendiente a la promoción de la salud contribuirá a prevenir la enfermedad cardiovascular en los adultos de 20 a 44 años del área de influencia del Centro de Atención Primaria (C.A.P.) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena 2002-2003 ?

² GRUPO DE CUIDADO, Dimensiones del Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 1998. p. 42

2. JUSTIFICACIÓN

Como parte de la cultura general, la cultura de la salud permite al hombre obtener certezas de supervivencia; vivir la necesidad, transformarla o satisfacerla, imaginar el futuro y proyectar cambios, reelaborar el sentido social, manejar la conciencia de la aparición de la muerte, orientar sus relaciones consigo mismo, con los demás y con el entorno, determinar sus modos de desarrollo y prolongar sus expectativas de vida creativa y disfrutarla.

Hoy se reconoce que el cuidado de enfermería de la persona, en forma integral, la familia y grupos de la comunidad es el objetivo vital de la enfermería y constituye un elemento esencial de la atención de la salud. El sujeto del cuidado de enfermería es la persona, por lo tanto el respeto de la dignidad, el valor de su vida, los derechos que tiene como ser humano a la salud, al bienestar, la seguridad, la paz, la educación, el trabajo y la recreación, son directrices que orientan la dimensión del cuidado de enfermería. Se ofrecen cuidados de enfermería a la persona para ayudarla a mantenerse saludable, o para ayudarla a afrontar los riesgos o manifestaciones de un problema de salud, o para adaptarse a vivir con limitaciones.

El profesional de enfermería actúa de manera significativa en la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular; mediante acciones tendientes a la identificación precoz de los factores de riesgo cardiovascular a nivel ambulatorio, utilizando recursos de la comunidad; que nos permita proporcionar la educación, apoyo y control necesarios.

La enfermedad cardiovascular constituye la primera causa de mortalidad en las sociedades occidentales de los países desarrollados. La hipercolesterolemia, la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaquismo y el sedentarismo son los principales factores de riesgo cardiovascular. Se sabe que, a corto o largo plazo, en la gran mayoría de las personas, dichos factores provocarán arteriosclerosis y sus complicaciones cardíacas, cerebrales o periféricas. Infarto del miocardio, angina de pecho, apoplejía, trombosis y embolias son términos, bien conocidos en la actualidad, que reflejan el grado de información y el interés de la población por este tema.

Dado que las enfermedades del corazón son la principal causa de mortalidad y puesto que se han establecido con precisión los factores de riesgo cardiovascular potencialmente previsibles, es necesario hacer el máximo esfuerzo para que la población adquiera conciencia del riesgo que implica la existencia de uno o varios factores en una persona en particular, así como de los beneficios que proporciona su control en cuanto a una mayor esperanza de vida y una mejor calidad de la misma.

Dejar de fumar, controlar la presión arterial, mantener un peso corporal dentro de los límites aceptables para evitar la obesidad, vigilar el aumento de los niveles de colesterol y realizar ejercicio diariamente son recomendaciones básicas para reducir el impacto de los factores de riesgo cardiovascular sobre la salud de cada individuo. La introducción de sencillas modificaciones en el estilo de vida, en la alimentación y en los hábitos personales permite obtener un gran beneficio en ese sentido.

Un análisis estratégico de la situación actual del centro de atención primaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena realizado en 1999, en el cual se partió de un diagnóstico de salud, donde se determinaron las necesidades sentidas por la comunidad y la demanda de servicios, reveló la notable mortalidad por enfermedades cardiovasculares, encontrándose en un 28.5% por infarto y en igual cantidad para los accidentes cerebrovasculares.³

Entre los programas que ofrece este centro de atención primaria en relación con la enfermedad cardíaca están: la atención al hipertenso y al diabético, encaminados en la prestación de los servicios de atención primaria a través de la promoción, educación para la salud, curación y rehabilitación de los habitantes de la comuna 9, de la zona centro de Cartagena, Bolívar.

Teniendo en cuenta que uno de los objetivos plasmados en el anterior análisis estratégico del CAP es fortalecer los servicios de salud en Atención Primaria con participación multidisciplinaria de las diferentes facultades de la Universidad de Cartagena a la comuna 9 de Cartagena dentro del contexto de la ley 100 con calidad integral, humanizada, oportuna y segura para disminuir niveles de morbilidad y mortalidad al usuario, familia y comunidad. Se hace necesario la intervención con lineamientos y acciones preventivas desde temprana edad para llegar al control de las enfermedades cardiovasculares ya que plantea un problema serio de salud pública, considerando, además, que el impacto de la prevención primaria no ha sido reflejado sobre las tasa de enfermedad coronaria, debido a una implementación inadecuada o la poca disponibilidad de programas de intervención multidisciplinaria en salud para la detección precoz de enfermedad cardiovascular.

³ COLON Candelaria, PENICHE Jacinta. Análisis Estratégico del CAP de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, 1999. p. 4

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Implementar un Modelo de Atención en salud tendiente a la promoción del autocuidado para prevenir la enfermedad cardiovascular en los adultos de 20 a 44 años del área de influencia del Centro de Atención Primaria (C.A.P.) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena. 2002-2003.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Diseñar un Modelo de Atención en salud tendiente a la promoción del autocuidado para prevenir la enfermedad cardiovascular en los adultos de 20 a 44 años del área de influencia del Centro de Atención Primaria (C.A.P.) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena. 2002-2003.
2. Determinar las acciones en salud de la enfermera en la promoción de la salud cardiovascular y detección de enfermedad cardiovascular en los adultos de 20 a 44 años, del área de influencia del C.A.P. de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena
3. Identificar factores de riesgo cardiovascular no modificables: edad, sexo, raza y herencia que influyen a la presencia de enfermedad cardiovascular, en los adultos de 20 a 44 años, del área de influencia del Centro de Atención Primaria (C.A.P.) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cartagena. 2002-2003.
4. Identificar factores de riesgo cardiovascular modificables: ingesta de alcohol, tabaquismo, sedentarismo, hábitos alimenticios y terapia hormonal, que influyen a la presencia de enfermedad cardiovascular, en los adultos de 20 a 44 años, del área de influencia del Centro de Atención Primaria (C.A.P.) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cartagena. 2002-2003.
5. Identificar la presencia de Hipertensión Arterial y Obesidad, como factores de riesgo modificables determinantes de enfermedad cardiovascular en los adultos de 20 a 44 años, del área de influencia del Centro de Atención Primaria (C.A.P.) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena. 2002-2003.
6. Identificar factores de riesgo no modificables y modificables en los hipertensos adultos de 20 a 44 años detectados, del área de influencia del Centro de Atención Primaria (C.A.P.) de la Facultad de Enfermería de la Universidad Cartagena. 2002-2003.

4. MARCO TEORICO

4.1 ANTECEDENTES LEGALES:

La ley N° 266 de 1996, por la cual se reglamenta la Profesión de Enfermería en el país, la define como profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo ejercicio tiene como propósito general "promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona".⁴

De otra parte en su artículo 17, define entre otras como competencias de la Profesional de Enfermería, la participación en formulación, diseño, implementación y control de las políticas, programas, planes y proyectos de atención en salud, la dirección de instituciones y programas de atención primaria en salud.

La resolución N° 4288 de 1996 del Ministerio de Salud, define y reglamenta el Plan de Atención Básica, el cual forma parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100/93); en ella se contemplan actividades, intervenciones y procedimientos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad. Todas las actividades que se derivan de estos componentes, tienen de una u otra manera relación con las funciones desempeñadas por los profesionales de enfermería, en los diferentes espacios de gestión e intervención.

Al analizar esta legislación de salud, se aprecia que el estado sentó las bases para cambios profundos en las formas de atender la salud de los ciudadanos y que ha pesar de los decretos reglamentarios de la ley 100, el énfasis se ha hecho más en los procesos organizativos, de descentralización, y de hacer productivas las instituciones, que en el verdadero sentido constitucional y de cambio en la prestación de la atención de salud y por ende del cuidado de enfermería.

Enfermería navega en esta situación de transformación que pone en peligro la noción de cuidado, la esencia de enfermería que encaja en el sentido de identidad profesional.

Con el objeto de reglamentar el ejercicio de la profesión de enfermería el gobierno nacional sancionó como ley de la república la 266 de 1996, a través de la cual se establecen los principios, el ámbito de ejercicio, los criterios de

⁴ GRUPO DE CUIDADO, Dimensiones del Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 1.998.



atención, derechos de los profesionales y autoridades encargadas de regular su actividad.

QUE ES LA ENFERMERIA?

Acorde con lo que se establece en el artículo 30 de la mencionada ley, es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socio culturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar.

CUAL ES EL PROPÓSITO DE ESTA PROFESIÓN?

Se tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona.

Frente a cada paciente se buscará realizar dentro de la óptica de su profesión todas las actividades encaminadas a salvaguardar su vida a mejorar las condiciones de salud del mismo, actuando de manera coordinada con cada uno de los demás profesionales de salud que intervienen en su tratamiento..

La Práctica de Enfermería:

La práctica de enfermería puede ser definida como una serie de acciones llevadas a cabo por diferentes niveles de personal dirigido a la promoción de la salud preventiva de la enfermedad, la recuperación y la rehabilitación. Weaver define práctica de enfermería como el poder a disposición de los sistemas humanos servicios de enfermería de una manera culturalmente aceptable para optimizar modos de vida saludables.

Se pone énfasis en la promoción, el mantenimiento y recuperación de la salud en la prevención de la enfermedad y en el aprendizaje que sea importante para una conducta relacionada con la salud. El estudio multicéntrico " la reforma del sector salud y sus implicaciones en la práctica, la regulación y la educación de enfermería" en el que participaron Argentina, Galveston, Texas, Riberáo Preto, Colombia y México, definió Enfermería como *una profesión, vocación y trabajo gratificante que utiliza la ciencia y el conocimiento para cuidar, servir, ayudar, educar y asistir a personas sanas y enfermas*. Enfermería es una profesión humanística que a través de relaciones interpersonales promueve el bienestar de las personas, familias y la comunidad. Enfermería se articula con otros profesionales y trabajadores de la salud para proporcionar cuidado integral.

Baykesnoki (1989) describe cinco dominios de la práctica de enfermería: Manejo de la salud y la enfermedad, monitoreo y desarrollo de una práctica de calidad, competencia organizativa, competencia educativa efectiva y manejo

efectivo de situaciones cambiantes, para Gordon (1987) la práctica de la Enfermería profesional incluye los siguientes elementos:

- Una definición clara de la naturaleza y el alcance de la práctica.
- Legislación y regulación de dicha práctica.
- Investigación para el progreso científico y tecnológico y la formulación de marcos conceptuales.
- Desarrollo profesional y permanente autoridad y poder para la propia regulación y propia dirección. Comunicación efectiva con la comunidad, otros profesionales, auxiliares, técnicos que trabajan en el área de la salud.
- Imagen positiva de los servicios que presta.
- Desarrollo profesional permanente.

La práctica es, así mismo, la base y la esencia de la profesión y el sustento.

En el presente siglo, se espera que la enfermera, así como otros miembros del equipo, asuma papeles diferentes dentro de las nuevas orientaciones de la atención de salud, que persiguen la equidad, la eficiencia, costo-efectividad y calidad de los servicios de salud.

Deben iniciarse movimientos para la construcción de marcos conceptuales y teóricos cuyos lineamientos estén acordes con la realidad latinoamericana, con enfoques de familia y colectividad donde la relación salud-enfermedad-contexto- desarrollo humano y participación social sean los pilares fundamentales.

Este nuevo paradigma de enfermería se vislumbra partiendo de los conceptos de promoción y prevención de la salud, tomando en cuenta los siguientes aspectos:

- Salud vista como componente y consecuencia del desarrollo humano.
- La equidad como valor fundamental a ser lograda por los servicios de salud y un medio para conseguir la responsabilidad social.
- La participación social como elemento esencial del proceso para la construcción de un nuevo paradigma de salud en el cual el colectivo se convierte en sujeto y conductor del proceso.

REFERENTES TEÓRICOS: AUTOCUIDADO DE LA SALUD:

El nuevo modelo social de salud expuesto por el departamento de recursos humanos de Chile (1987) establece que lo esencial para que un individuo se

sienta sano, es que tenga un sentido de pertenencia y bienestar en sus relaciones. Este enfoque plantea como sus objetivos principal, ayudar a las personas a manejar su situación de salud, modifica el esquema tradicional de atención en salud y se basa en los siguientes supuestos:

- Los usuarios no sólo son consumidores, sino también proveedores de atención en salud.
- La autoconfianza que es una expresión de dignidad y de desarrollo humano, debe ser estimulada en el individuo, para que asuma la responsabilidad de su salud, elemento muy importante para el autocuidado de la salud y base de la relación; usuario personal de salud.⁵

Diferentes investigadores han demostrado que existe una asociación entre enfermedades, estilos de vida y prácticas de salud contribuyen a la disminución de tasas de morbilidad y mortalidad.

Bellow y Breslow (1972) describieron algunas prácticas de salud, que afectan positivamente la salud física de las personas, como dormir entre 7 y 8 horas al día, desayunar, no comer a deshoras, mantener un peso adecuado, realizar actividad física periódica, evitar la ingesta de alcohol y no fumar.

Las enfermeras también han estado interesadas en promover la salud, basándose en la relación existente entre estilos de vida y morbilidad. Un grupo de enfermeras liderado por Walker, con el marco conceptual de la teoría de Orem "Enfermería para el autocuidado" y el modelo de Lawrence Green "Estilos de vida saludables" realizó un trabajo en el cual se identifican seis factores que se relacionan significativamente con estilos de vida saludable:

- Autorrealización.
- Responsabilidad en salud
- Ejercicio
- Nutrición
- Apoyo interpersonal
- Manejo del estrés.

Según Orem, las conductas de autocuidado que hacen las personas, son aprendidas e implican autoresponsabilidad y para Green, el autocuidado y la responsabilidad en salud se consideran el punto central de los estilos de vida saludables, lo que sugiere que las prácticas de autocuidado para estilos de vida saludables, requieren de autoresponsabilidad por parte de las personas.

La teoría de Orem, concibe el autocuidado como las acciones que hacen los individuos por su propio bien para mantener la vida, la salud y el bienestar.

⁵ GRUPO DE CUIDADO, Dimensiones del Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 1.998. p.166

estas acciones posiblemente las pueden realizar de manera más fácil, aquellas personas que tienen un foco de control interno de la salud más alto y que creen que la persona es y se vuelve saludable o enfermo como resultado de su comportamiento.⁶

COMPORTAMIENTOS RELACIONADOS CON LA SALUD:

- La dimensión interna que se presenta cuando el ser humano cree que el sitio de control para la salud es interno y que él es y se vuelve saludable o enfermo, como resultado de su comportamiento.
- La cuestión de oportunidad, que se presenta cuando la persona asume que los factores determinantes de su salud o enfermedad, son aquellos como la suerte, el destino, las oportunidades, o algo mágico, sobre lo que tienen poco control.
- Los factores influyentes, se presentan cuando la persona cree que su salud depende de los demás, es decir, de su familia, médicos, enfermeras y demás equipo de salud.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR:

Algunos especialistas definen la enfermedad cardiovascular como la existencia de una anomalía fundamental del corazón o de los vasos sanguíneos que se pueden presentar sin que el paciente lo sepa y se debe a causas congénitas, inflamatorias o de origen desconocido.

El término enfermedad cardiovascular (ECV), para fines estadísticos, hace referencia a las siguientes entidades: hipertensión arterial sistémica (HTA), enfermedad coronaria (EC), accidentes cerebrovasculares (ACV), enfermedad arterial periférica, insuficiencia cardíaca (ICC), cardiopatía reumática, cardiopatías congénitas y aterosclerosis.⁷

En Europa, este grupo de padecimientos produce el 49% de todas las muertes (55% en mujeres y 43% en hombres), lo cual equivale a más de 4 millones de defunciones al año; del total de estas muertes, la mitad es producida por enfermedad coronaria, que por sí sola ocasiona 2 millones de muertes al año, de tal manera que uno de cada 5 mujeres (22%) y hombres (21%) mueren por otra causa.⁸

⁶ GRUPO DE CUIDADO, Dimensiones del Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 1.998. p. 166.

⁷ BRAUNWALD, Tratado de Cardiología, 4ª edición, Interamericana, Mc. Graw Hill, España, 1993.

⁸ CLÍNICAS COLOMBIANAS DE CARDIOLOGÍA, Vol 1 Números 1,2,3,4. Sociedad Colombiana de Cardiología, Bogotá, 1998.

La enfermedad cardiovascular es la primera causa de mortalidad en mujeres en todos los 49 países de Europa, alcanzando más del 50% en 27 países. Para los hombres es también la primera causa de muerte en 48 países, quedando excluido Francia de ese liderazgo.

Según Heart and Stroke Fundation of Canadá en ese país mueren 77.000 personas al año por enfermedad cardiovascular, es decir 8 millones, sufre algún tipo de enfermedad cardiovascular, el costo anual por esta enfermedad es de US\$ 17 billones.

Un estudio realizado por estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Colombia realizado en 1997 sobre " Propuesta de intervención en salud ocupacional para la prevención de enfermedad cardiovascular en el personal de una aerolínea Colombiana se encontró que el rango de edad de los trabajadores osciló entre 41 y 50 años de edad, predominando cifras normales de tensión arterial en 78% y solo el 2% presentó cifras de (HTA), el 50% de los trabajadores con hallazgos electrocardiográficos anormales presentó síntomas de enfermedad cardíaca, tales como opresión precordial, palpitaciones edema.

Cansancio, vértigo y cefaleas, confirmando que estas constituyen entidades silenciosas, incluso cuando se compromete la función cardíaca.

A pesar de altos porcentajes en la distribución de antecedentes cardiovasculares familiares y personales para HTA y la presencia de consumo de sal, café y cigarrillo en forma moderada, no se encontró una proporción alta de personas con aumento de las cifras tensionales posiblemente porque en su mayoría la población es joven y no han alcanzado el deterioro cardiovascular⁹

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

La enfermedad cardiovascular aparece por la interacción de factores genéticos que proporcionan la susceptibilidad, y por factores del medio ambiente y del modo de vida que actúan como precipitantes. Las personas con gran carga genética necesitan pocos factores ambientales para desarrollar enfermedad cardiovascular y viceversa fundamentada en las diferentes clasificaciones de riesgo para enfermedad cardiovascular.

Dos individuos con enfermedad cardiovascular ocultan en su interior diferencias enormes: Diferencias en su estado endocrino, renal, control del tono vascular, gasto cardíaco, masa del ventrículo izquierdo y respuesta a estímulos ambientales. El estado metabólico puede marcar la diferencia en la predisposición al daño cardiovascular.

Lo importante de un factor de riesgo se basa en tres relaciones fundamentales:

⁹SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA, clínicas colombianas de cardiología, Vol 1 Números 1,2,3,4. Bogotá, 1998

- Conexión biológica entre el factor y el proceso de enfermedad Cardiovascular.
- Fuerza estadística de su asociación con futuros eventos cardiovasculares (riesgo relativo)
- Magnitud en la que modificaciones del factor de riesgo inciden en el curso clínico de la enfermedad.¹⁰

A largo plazo, los efectos de la influencia genética y ambientales sobre el control hemodinámico y metabólico explican la frecuente asociación vista en seres humanos de varias entidades cardiovasculares.

➤ *Clasificación de los factores de riesgo:*

tradicionalmente se han clasificado a los factores de riesgo como modificables y no modificables. La importancia de los factores de riesgo se ha demostrado en varios estudios en donde se intervinieron diversos factores de riesgo con modificaciones tanto en el estilo de vida como con medicamentos, obteniéndose disminución de los eventos cardiovasculares, morbilidad, mortalidad y progresión de la enfermedad.

□ *Factores de riesgo No modificables:*

Constituidos por todos aquellos factores inherentes al huésped o a la persona por ejemplo: edad, género o sexo, factores genéticos personales y/o familiares y la raza.

• *EDAD:*

En la mayoría de poblaciones, los riesgos de enfermedad cardiovascular se elevan con el incremento de la edad, se considera que en las edades de 45 a 75 años, hay un incremento de 3 a 4 veces la muerte por enfermedad cardiovascular por cada década.¹¹

La edad tiene una relación directamente proporcional con el desarrollo de enfermedad coronaria. En hombres la edad umbral a la cual se inicia el incremento de la enfermedad coronaria es a los 45 años y 55 años para la mujer.

• *SEXO:*

En la mayoría de edades, los riesgos de enfermedad cardiovascular son mayores en hombres que en mujeres, aunque esta diferencia declina con el incremento de la edad y es mayor para la cardiopatía coronaria que para el accidente cerebrovascular.

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD. Guía de Manejo de la Hipertensión Arterial. Dirección General de salud pública. 1.999.

¹¹ MINISTERIO DE SALUD. Guía de Manejo de la Hipertensión Arterial. Dirección General de salud pública. 1.999.

Los hombres alrededor de la cuarta década de la vida cuadriplican el riesgo de enfermedad coronaria con respecto a las mujeres; sin embargo, hacia la séptima década los riesgos se igualan.

Existe una estrecha relación entre la menopausia y la enfermedad coronaria y por tanto la edad umbral propuesta para el sexo femenino es de 55 años, el efecto protector de la mujer son los estrógenos que entre otras acciones disminuyen el aumento de LDL, aunque existen otros mecanismos

- RAZA:

La raza también está potentemente relacionada con el riesgo de enfermedad cardiovascular. Existe evidencia de que los Afroamericanos están generalmente en mayor riesgo de accidente cerebrovascular.

No se sabe que tanto estas diferencias étnicas con riesgo pueden ser adscritas a diferentes niveles de factores de riesgo establecidos para enfermedades cardiovasculares.

- PREDISPOSICION GENETICA:

Es claro que la predisposición a las enfermedades cardiovasculares es heredada, pero se debe recordar que si bien todas las enfermedades tienen causa genética, no siempre son hereditarias. La predisposición genética es activada por factores del ambiente.

Una mutación en el gen del angiotensinogeno representa el único caso hasta ahora reconocido de un gen que tiene relación demostrada con la hipertensión en los humanos

- Factores de Riesgo Modificables

Son aquellos adoptados del medio ambiente, tales como: tabaquismo, obesidad, dislipidemias, ingesta de alcohol, sedentarismo, y alta ingesta de sodio y grasas.

- TABAQUISMO

Se reconoce como un factor de riesgo, a nivel cardiovascular aumenta la producción de colesterol de baja densidad, se facilita el depósito de grasa en la íntima de las arterias, favoreciendo la aterosclerosis y aumenta la adhesión plaquetaria incrementando el índice de infarto de miocardio. La nicotina acelera el ritmo del corazón y produce vasoconstricción, lo que hace que se aumente el gasto cardiaco. El riesgo es proporcional al número de cigarrillos fumados por día y al tiempo que se mantiene el hábito.

Existe una relación lineal entre el riesgo cardiovascular y el número de cigarrillos consumidos, fumar acelera el proceso aterogénico; dependiendo de



la duración y de la dosis. Un fumador promedio muere 3 años antes que un no fumador; una persona en alto riesgo de enfermedad coronaria, si es fumador, muere 10 a 15 años anticipadamente.

El tabaquismo es uno de los factores de riesgo más fuertes para enfermedad coronaria (90), dejar de fumar es una de las modificaciones más importantes en la reducción de riesgo de enfermedad coronaria.

- OBESIDAD

Se define como un exceso de masa grasa que ocasiona efectos adversos para la salud, el incremento de peso por encima del peso saludable está relacionado con una mayor incidencia de enfermedad cardiovascular: a mayor tejido adiposo, mayor necesidad de riego, aumento del volumen sanguíneo, del gasto cardíaco y de la tensión arterial. Estudios epidemiológicos como el de Framingham ha comprobado la relación entre obesidad e hipertensión; no podemos deslindar el papel del exceso de sodio. A mayor ingesta de alimentos ricos en sodio, aumento de peso, mayor ingreso de sodio, hipertensión y obesidad. Este riesgo es independiente de otros factores como hipertensión o hiperlipidemia.

La obesidad central genera una serie de cambios en las concentraciones plasmáticas de lipoproteínas, debido a una mayor actividad de la enzima lipasa de triglicérido. Como resultado de ello se produce disminución en los niveles plasmáticos de lipoproteína de alta densidad e incremento de las concentraciones circulantes de triglicéridos, lo que a su vez favorece la síntesis hepática de lipoproteínas de baja densidad.

- SEDENTARISMO

La falta de actividad física duplica la probabilidad de tener sobrepeso. A su vez el corazón de personas sedentarias ejerce un esfuerzo extra en cada contracción; aumentándose la presión de las arterias. La inactividad física además, del sobrepeso, conlleva a desarrollar hipertensión arterial y a que los riesgos de ésta sean mayores.

El ejercicio aeróbico regular reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular. Se ha observado que los individuos que realizan aproximadamente 20 minutos de ejercicio de intensidad leve a moderada al día tienen aproximadamente un riesgo 30% mas bajo de muerte por enfermedad cardiovascular que los individuos sedentarios.¹²

Los individuos sanos sedentarios tienen un 20 a 50% de riesgo mayor a desarrollar hipertensión arterial que la población más activa, se recomienda en general sesiones de 30 a 45 minutos de marcha rápida por lo menos tres veces a la semana.

¹² SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA, clínicas colombianas de cardiología, Vol 1 Números 1,2,3,4. Bogotá, 1998.

• INGESTA DE ALCOHOL

El riesgo de enfermedad cardiovascular parece ser menor entre los consumidores regulares de alcohol. Por esta razón se ha considerado una ingesta límite superior diaria de no más de 30ml de etanol, 720 ml de cerveza, 300ml de vino, 60ml de whisky. Se debe tener en cuenta que la mujer absorbe mayor cantidad de etanol y por su menor peso tiene mayor susceptibilidad a los efectos del mismo, por lo que su ingesta debe limitarse a 15 ml de etanol por día (2). En general los consumidores diarios de alcohol tienen un riesgo de 30-40% mas bajo de muerte por enfermedad cardiovascular que los no bebedores. Sin embargo, los altos niveles de consumo de alcohol pueden causar otras enfermedades cardíacas y se asocian con riesgo incrementados de accidente cerebrovascular, particularmente después de beber habitualmente, así como los niveles de presión arterial más altos y riesgos más altos de varias enfermedades y daños no vasculares.¹³

Diferentes estudios aleatorizados y algunos estudios retrospectivos han demostrado que la ingesta excesiva de alcohol se ha asociado con elevaciones de la presión arterial así como con resistencia a la terapia antihipertensiva; además el consumo excesivo es un factor de riesgo para eventos cerebrovasculares.¹⁴

• INGESTA DE SAL:

Se recomienda un consumo diario de aproximadamente 6gms de sal (2,4 g de sodio al día). La ingesta alta de sal en la dieta contribuye a la elevación de la presión arterial. El efecto parece aumentarse por la baja ingesta en la dieta de alimentos que contienen potasio. El objetivo de la reducción de sodio en la dieta debe ser lograr una ingesta de menos de 100 mmol al día o menos de 6 gr de cloruro de sodio. Los pacientes deben ser aconsejados para que eviten agregar sal, los alimentos salados, particularmente los procesados y para que consuman más comidas cocinadas directamente de ingredientes naturales. El contenido alto sodio-bajo potasio de muchos alimentos preservados está dado por la industria de alimentos. Los diferentes estudios epidemiológicos han mostrado una asociación positiva entre la ingesta de sodio y el nivel de presión arterial.

ESTRATIFICACION DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

La evaluación de los pacientes se inicia con los datos clínicos obtenidos en el interrogatorio, por los datos aportados en la encuesta para determinar factores

¹³SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA, clínicas colombianas de cardiología, Vol 1 Números 1,2,3,4. Bogotá, 1998

¹⁴SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA, clínicas colombianas de cardiología, Vol 1 Números 1,2,3,4. Bogotá, 1998

de riesgo modificables y no modificables, determinación de peso y superficie corporal y por los datos aportados por los exámenes de laboratorio de perfil lipídico, toma de tensión arterial y electrocardiograma.

Los factores de riesgo (FR) predisponentes, psicosociales y condicionales, aunque son importantes, aún no se ha cuantificado su influencia en el riesgo relativo y absoluto; de los FR predisponentes.

□ Riesgo Global (RG):

Cada FR mayor, si no se trata durante varios años, tiene un potencial para producir enfermedad coronaria (EC). Mediante las observaciones del Framingham Heart Study ha sido posible cuantificar y dar valores en puntos según su severidad a la influencia de cada FR mayor. Al sumar los puntos que aporta cada uno de los FR mayores coexistentes se obtiene el riesgo global (RG).¹⁵

□ Riesgo Absoluto (RA):

Es la probabilidad de desarrollar EC durante un periodo determinado, por lo general 10 años.

□ Riesgo Relativo (RR):

Es la relación entre el RA de una persona o grupo dado y otro grupo de riesgo bajo. Hay disponible tablas muy prácticas para los cálculos de riesgo, que permiten la identificación rápida de las personas con riesgo alto para su intervención inmediata, la motivación de los pacientes para su adherencia a programas de reducción de riesgo y la modificación de la intensidad de los esfuerzos de reducción de riesgo basados sobre el riesgo total estimado.

Estratificación del Riesgo:

El riesgo de enfermedad cardiovascular está dado por la presencia o ausencia de factores de riesgo y el daño de órgano blanco. Estos factores modifican de forma independiente el riesgo de sufrir de una enfermedad cardiovascular subsecuente y su presencia o ausencia se determinan durante la evaluación de rutina de pacientes (es decir, historia, examen físico, exámenes de laboratorio y otros), con base en esta evaluación se puede determinar el grupo de riesgo del paciente; esta clasificación estratifica los pacientes en grupos de riesgo para las decisiones terapéuticas.

□ HIPERTENSION ARTERIAL:

Definición:

¹⁵ ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA INTERNA. Problemas Frecuentes en Medicina Interna, editora Guadalupe, Bogotá, 2001-p.67

La hipertensión se define como una presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm Hg o mayor, una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm de Hg o mayor, o estar tomando fármacos antihipertensivos. (Sexto Informe del comité Nacional Conjunto Sobre la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial).

Consiste en un nivel más alto de presión arterial con un mayor riesgo de complicaciones cardiovasculares. Afecta al 20% de los adultos; el 70% de ellos tienen elevación leve de la presión y también un menor riesgo. Es una enfermedad crónica, muy asintomático, a pesar de lo silencioso del problema, los órganos son afectados y deteriorados progresivamente. Las personas hipertensas no tratadas reducen sus expectativas de vida de unos 10 a 20 años por los daños mecánicos sobre el sistema cardiovascular más el impulso que le da a la aterosclerosis.

CATEGORÍAS DE CLASIFICACION POR GRADOS DE PRESION ARTERIAL EN ADULTOS:

CATEGORÍA	P SISTOLICA	P DIASTOLICA
OPTIMA	MAYOR 120	MAYOR 80
NORMAL	MAYOR 130	MAYOR 85
NORMAL ALTA	130-139	85-89
HIPERTENSION		
ESTADO 1	140-159	90-99
ESTADO 2	160-179	100-109
ESTADO 3	180 O MÁS	110 O MÁS

Fuente: I consenso nacional de hipertensión arterial, siguiendo las recomendaciones del Sexto comité Nacional conjunto y la sociedad británica de hipertensión.

Los pacientes se clasifican en tres grupos de riesgo: A, B y C

GRUPO DE RIESGO A:

Se incluyen a los pacientes con PA normal alta o estado 1, 2 ó 3 pero sin evidencia clínica de enfermedad cardiovascular, daño a órgano blanco u otros factores de riesgo. En este grupo de riesgo a los hipertensos en estado 1 se les hará modificaciones intensivas en su estilo de vida y controles de su PA durante un año; si al término del mismo no se ha alcanzado las metas de PA se iniciará tratamiento farmacológico.

GRUPO DE RIESGO B:

Corresponde a pacientes con factores de riesgo que no incluyan diabetes; sin enfermedad cardiovascular ni daño en órgano blanco. La mayoría de los hipertensos caen en este grupo. Si concurren múltiples factores de riesgo cardiovascular, se puede considerar el inicio inmediato de tratamiento farmacológico asociado a estrictas modificaciones del estilo de vida.

GRUPO DE RIESGO C:

Corresponde a hipertensos con enfermedad cardiovascular asociada, diabetes o daño a órgano blanco. Independiente del estado de la HTA, estos pacientes deben recibir tratamiento farmacológico tan pronto se confirme el diagnóstico y asociarse a rigurosas modificaciones del estilo de vida. Estos pacientes son los que requieren seguimiento más estricto y cumplimiento de metas; no solo de presión arterial sino también de todos los demás factores de riesgo cardiovascular. Se ha demostrado que ellos se benefician de los programas de rehabilitación cardíaca.¹⁶

Con base en estos hallazgos, se puede realizar una evaluación del riesgo absoluto. Existen disponibles tablas, formulas, programas para computador y lugares en la red mundial de Internet para calcular el riesgo cardiovascular en pacientes individuales mediante los datos de estudios epidemiológicos.

INTERVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO:

Metas de Intervención de riesgo	Recomendaciones
Abstenerse de Fumar	Abandono del tabaquismo
Manejo del estrés	Manejo del estrés
Reducción de Peso	Mantener un peso deseable (IMC < 21-25)
Moderación del consumo de Alcohol	En lo posible debe suspenderse la ingesta de alcohol. Ingesta límite diaria de no más de 30 ml de etanol (720 ml de cerveza, 300 ml de vino, 60 ml de whisky). En la mujer debe limitarse a 15 ml de etanol por día.
Actividad física	La actividad física aeróbica, se recomienda en general sesiones de 30 a 45 minutos de marcha rápida por lo menos 3 ó 4 veces en la semana.
Moderación de la ingesta de sodio	Se recomienda un consumo diario máximo de aproximadamente 6 gr de sal (2.4 gr de sodio al día).
Ingesta de potasio	Aumentando en un 30% el consumo de potasio. Se considera como adecuada una ingesta aproximada de 90mmol/ día, contenidos en frutas frescas y vegetales.
	Dieta con consumo de grasa < 30%, < 10% de grasa saturada; 300mg de

¹⁶ MINISTERIO DE SALUD. Guía de Manejo de la Hipertensión Arterial. Dirección General de salud pública. 1.999

Reducir la ingesta de grasa.	colesterol.
Manejo de lípidos.	Colesterol total <240 mg/dl, y LDL <160 mg/dl. HDL > 35 mg/dl, triglicéridos <200mg/d.

Fuente: Fundación interamericana del corazón, prevención primaria.1998.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse solo al control de las cifras tensionales con metas de 140/90, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco.

- ❖ La elección del tratamiento farmacológico debe ser individualizado y escalonado.
- ❖ Se recomienda el uso de diuréticos y betabloqueadores como fármacos de iniciación.
- ❖ El medicamento debe tener buen perfil hemodinámico, baja incidencia de efectos colaterales, proteger órgano blanco.
- ❖ Es preferible usar un solo medicamento, monoterapia, y una sola dosis, esto da comodidad y mejor adherencia al tratamiento.
- ❖ En caso de inadecuado control de cifras de tensión arterial después de uno o dos meses, con buena tolerabilidad al tratamiento iniciado, se procede a aumentar la dosis del medicamento.
- ❖ En caso de no obtener control adecuado con dosis máxima se debe considerar un segundo fármaco de grupo diferente, que preferiblemente podría ser un diurético.
- ❖ La persona que ha iniciado farmacoterapia deben tener controles individualizados con médico general entrenado hasta lograr adherencia al tratamiento y una vez se estabilice puede iniciar controles de enfermería cada dos meses.

METODOLOGÍA

El presente estudio es Descriptivo, prospectivo de corte transversal, que permitió diseñar e implementar un modelo de atención en salud que conduzca a la prevención de la enfermedad cardiovascular, mediante la identificación de los factores de riesgo que favorecen la aparición de la enfermedad cardiovascular. clasificar a los adultos objetos de estudio de acuerdo a los diferentes estadios de clasificación de la hipertensión arterial; como también se determinó obesidad; para orientar, educar a cerca de estilos de vida saludables que prevengan la aparición y por ende minimicen las complicaciones, secuelas y muerte por esta patología. Atendiendo el carácter preventivo en el tema y a la intención que anima al equipo de enfermeras, corresponde esta investigación a la línea de atención primaria de cuidado al adulto.

Población y Muestra:

La población objeto de estudio la constituyeron los adultos de 20 a 44 años del área de influencia del C.A.P. (Centro de Atención Primaria de la Facultad de Enfermería, Universidad de Cartagena). Los 2 grupos evolutivos de la comuna 9 de la zona centro de la ciudad de Cartagena son los jóvenes de 20 a 29 años y los adultos jóvenes de 30 a 44 años.

De esta población se seleccionó una muestra de 300 adultos de 20 a 44 años según criterio estadístico, considerando un grado de confiabilidad del 95% ($cc= 95\%$), un margen de error del 5.5% ($e= 5.5\%$). Para tal efecto la selección se realizó tomando a los adultos objeto de estudio usuarios del Centro de Atención Primaria antes mencionado, facilitando la aplicación de los instrumentos.

Criterios de Inclusión:

Los adultos que tengan la edad comprendida entre 20 y 44 años, que proporcionen un consentimiento informado para ser incluido en el estudio, que no presenten enfermedad cardiovascular (ateroesclerosis, infarto agudo del miocardio, isquemia coronaria), hipertensos y obesos sin terapia farmacológica.

Variables

La variable que se tuvo en cuenta en el presente estudio fue:

1. Factor de riesgo cardiovascular, con sus dimensiones, factores de riesgo no modificables y modificables; y los indicadores: edad, sexo, raza y herencia, hipertensión, obesidad, ingesta de alcohol, tabaquismo, sedentarismo, terapia de reemplazo hormonal y hábitos alimenticios.

Recolección de la información:

Se realizó a través de los siguientes instrumentos: una (1) encuesta (ver anexo 1), que brindó información sobre los factores de riesgo de los adultos de 20 a 44 años, que permitió diseñar e implementar el modelo de atención en salud, dos (2) registros estructurados, uno para registro de la presión arterial (ver anexo 2), que permitió determinar la presencia de hipertensión arterial, con base en los resultados de la toma de presión arterial se clasifica en grados; un registro de peso y talla de pacientes (ver anexo 3), que mediante la estimación indirecta del I.M.C (Índice de masa corporal), permitió detectar la obesidad.

Una vez aplicados estos instrumentos en el tiempo estipulado con la información recibida y posteriormente tabulada manual y electrónicamente, se procedió a diseñar las tablas para su respectivo análisis.

Teniendo en cuenta que se trató de un estudio descriptivo y de variables nominales, ordinales y de razón, el análisis estadístico se fundamentó en el cálculo de porcentajes, diseño de tablas y gráficas apropiadas.

Limitaciones:

Intervenir los factores de riesgo en forma individualizada a la población estudio y evaluarlos requiere de la disposición de un equipo de profesionales de la salud multidisciplinario (médico, bacteriólogos, nutricionista y psicólogos), capacitados y comprometidos, en la educación, detección temprana y atención oportuna de los factores de riesgo cardiovascular.

5. MODELO DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCION DEL AUTOCAUIDADO EN LA SALUD CARDIOVASCULAR .

Desarrollar acciones que conduzcan a la prevención de la enfermedad cardiovascular en los adultos de 20 a 44 años de edad residentes en la comuna 9 de la ciudad de Cartagena, mediante acciones preventivas, desarrollo de programas con participación comunitaria.

La prevención y el tratamiento de la enfermedad cardiovascular representa uno de los principales retos para la salud pública en nuestro país. Nuestra labor como enfermeras se basa especialmente en la detección precoz de factores de riesgo, seguimiento, educación individual y grupal, referencia para tratamiento médico y nutricional.

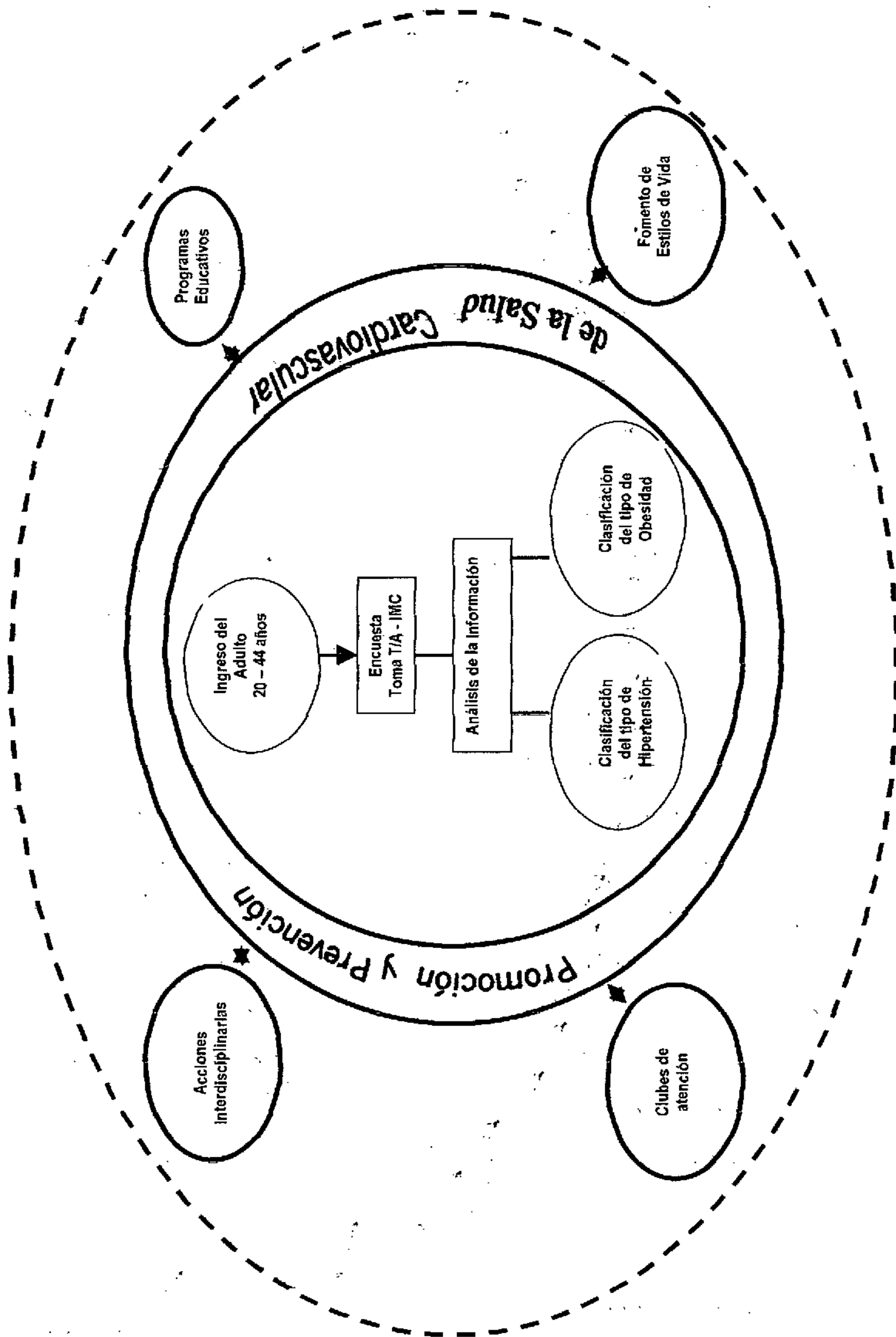
OBJETIVOS:

- Identificar factores de riesgo para enfermedad cardiovascular
- Incrementar el conocimiento y la detección de Hipertensión arterial y obesidad.
- Disminuir la incidencia de enfermedad cardiovascular.
- Prevenir el aumento de la presión arterial con la edad.
- Aumentar el control de la hipertensión.
- Mejorar el conocimiento de la importancia de la presión arterial normal alta.
- Incrementar programas de educación en salud.
- Aumentar el reconocimiento de la importancia de cambiar los estilos de vida.

ELEMENTOS:

- El diagnóstico de las necesidades de la población, entendiendo como necesidad la falta de conocimiento o el desconocimiento de factores protectores que conducen a conductas saludables.
- La construcción de un perfil educativo que se refiere a los contenidos o temas, reflexión y acciones.
- Plan de acción que se refiere al desarrollo de actitudes y habilidades para transformar la cotidianidad hacia una cultura saludable.
- La evaluación y retroalimentación que permite la continuidad del proceso y la apropiación ante los nuevos comportamientos.

MODELO: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR



3.1 I ETAPA : ROL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR: DIAGNOSTICO PRECOZ.

Consiste en realizar acciones tendientes a identificar factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y detección oportuna de hipertensión y obesidad en los adultos de 20 a 44 años de la comuna 9 de la zona centro de la ciudad de Cartagena.

TIEMPO DE EJECUCIÓN: 4 meses, Octubre de 2002 a Enero de 2003

RESPONSABLES: 2 enfermeras docentes investigadoras, 3 estudiantes de enfermería de V semestre de la facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

- IDENTIFICACION FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES

RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN:

Actividades:

Jornada de Aplicación de los instrumentos del estudio a los adultos. Que este registro, posteriormente haga parte de su expediente clínico, para su posterior estratificación del riesgo.

Instrumentos:

Una encuesta, 1 registro estructurado para detección de pacientes con hipertensión y 1 registro estructurado para detección de pacientes con obesidad. Los registros de historia clínica del CAP.

Participantes:

300 adultos usuarios del C.A.P (Centro de Atención Primaria de la Universidad de Cartagena, que residen en la comuna 9, de la zona centro de la ciudad de Cartagena. La selección de los participantes se realizará de acuerdo a los criterios de inclusión de los adultos en el estudio.

- DETECCIÓN Y CONFIRMACIÓN:

La detección de la enfermedad cardiovascular comienza con una medición adecuada de la presión arterial, y estimación indirecta de la evaluación de la masa grasa, para lo cual se elaboraron protocolos para la realización de estos procedimientos

Actividades:

Jornada de toma casual de presión arterial a los 300 usuarios del centro de atención Primaria de la facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena.

Reactivar y fortalecer clubes de hipertensos.

- DETECCIÓN DE HIPERTENSION ARTERIAL:

Protocolo para Medición de la Presión Arterial

Definición

Es la medición adecuada de la presión arterial que se debe obtener en cada control, proporcionando información valiosa para la evaluación inicial de los adultos con hipertensión y para vigilar las posibles respuestas al tratamiento.

Procedimiento:

- ❖ Los adultos deben sentarse en una silla con espaldas y sus brazos deben estar desnudos y apoyados a nivel del corazón.
- ❖ Los adultos no deben fumar o ingerir cafeína en los 30 minutos antes de la medición.
- ❖ La medición debe comenzar después de al menos 5 minutos de reposo.
- ❖ Utilizar un brazalete de tamaño apropiado para asegurarse de una medición exacta. El manguito inflable del brazalete debe cubrir al menos el 80% del brazo.
- ❖ Las medidas se deben realizar preferiblemente con un esfigmomanómetro de mercurio; de otra forma se puede utilizar un manómetro aneróide calibrado recientemente.
- ❖ Se debe registrar tanto la presión arterial sistólica (PAS) como la presión arterial diastólica (PAD). La primera aparición del sonido se utiliza para definir la PAS. La desaparición del sonido se utiliza para definir la PAD.
- ❖ Se debe obtener el promedio de dos lecturas separadas por dos minutos, si difieren en más de 5 mmhg, se debe obtener una lectura adicional y obtener el promedio. Anotar en el instrumento.
- ❖ Se le explicará a los adultos el significado de las lecturas de su presión arterial.
- ❖ Se darán las recomendaciones para el seguimiento con base al resultado de la medición inicial de la presión arterial de los adultos.

Las enfermeras informan del resultado de la toma de la presión arterial, dan orientación y educación sobre estilos de vida saludables y proporcionan las fechas del programa educativo y las citas para continuidad en los controles de la presión arterial.

• DETECCIÓN DE LA OBESIDAD:

Actividades:

Jornada de medición de peso y talla a los 300 usuarios del centro de atención Primaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, para realizarles la estimación indirecta de evaluación de la masa grasa.

Protocolo de Estimación Indirecta de Evaluación de la Masa Grasa,

Definición

Es el procedimiento mediante el cual se emplea la medición del peso en kilogramos y la talla en metros al cuadrado, estableciéndose mediante una formula el índice de masa corporal (IMC). Este parámetro se calcula al dividir el peso en kilogramos por la talla en metro cuadrados.

- ❖ Para la medición del peso existen una variedad de pesos disponibles comercialmente, que son confiables, convenientes, fáciles de usar y exactos mientras estén calibrados o en balanza. generalmente proporcionan mediciones en kilogramos.
- ❖ Para pesar a los adultos estos deben despojarse de prendas y elementos que alteren el peso.
- ❖ Para la medición de la talla, el paciente debe estar de pie de manera cómoda.

ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Basados en la información obtenida en la etapa preliminar, se procede a su respectivo análisis.

1. Establecer los factores de riesgo no modificables para enfermedad cardiovasculares como son: Edad, genero, herencia y raza de los adultos de 20 a 44 años de la comuna 9 de la Ciudad de Cartagena.
2. Identificar los factores de riesgo modificables para Enfermedad cardiovascular como son: tabaquismo, obesidad, alcohol, sedentarismo, dietas alta en sal, grasas y harinas, y el uso de terapia hormonal de los adultos objeto de estudio.
3. Clasificar a los adultos de 20 a 44 años de la comuna 9 de la ciudad de Cartagena, mediante patrones de medición para la hipertensión y la obesidad. (medición de la presión arterial y el índice de masa corporal)

CLASIFICACION Y MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN y OBESIDAD.

El comité de guías de la OMS-SIH ha acordado adoptar en principio la clasificación de hipertensión; así como también los límites inferiores del grupo limítrofe de hipertensión leve.

Las nuevas guías, enfatizan que la decisión para disminuir la presión elevada no se basa sola sino sobre la evaluación del riesgo cardiovascular total en ese individuo.

CATEGORÍA	P SISTOLICA	P DIASTOLICA
OPTIMA	MAYOR 120	MAYOR 80
NORMAL	MAYOR 130	MAYOR 85
NORMAL ALTA	130-139	85-89
HIPERTENSIÓN		
ESTADO 1	140-159	90-99
ESTADO 2	160-179	100-109
ESTADO 3	180 O MÁS	110 O MÁS

Estos criterios son para individuos que no están tomando medicación y que no tienen enfermedad aguda.

Recomendaciones:

- ❖ Presión Arterial Optima o Normal: en caso de personas con presión arterial óptima o normal, sin factores de riesgo asociados, se hacen los registros correspondientes, se da educación en estilos de vida saludables y se cita para un nuevo control en cinco años.
- ❖ Presión arterial Normal con factores de riesgo y presión Arterial normal alta. A estas personas se citan a control en dos años y con presión normal alta con factores de riesgo, se citan a control en un año, en ambos casos se da educación en estilo de vida saludable y se intervienen los factores de riesgo en forma individualizada, con el profesional correspondiente.
- ❖ Hipertensión arterial estado 1,2 y 3. como en los anteriores casos las personas con estos grados de hipertensión, el médico realiza el control de la tensión arterial confirmatorio, incluyendo anamnesis, examen físico completo y en caso necesario solicita los laboratorios de rutina. Todas las personas deben recibir educación en estilos de vida saludables y en caso de tener factores de riesgo se deben intervenir en forma individualizada.

CLASIFICACION DE LA OBESIDAD EN ADULTOS SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL

CLASIFICACION	IMC (KG/ M2)	RIESGO COMORBILIDAD
PESO BAJO	MENOR DE 19	BAJO
IDEAL O RANGO NORMAL	19 - 24	PROMEDIO
SOBREPESO	25- 29	PREOBESIDAD
OBESIDAD	MAYOR DE 30	MODERADO

Estos resultados serán de gran importancia para continuar la siguiente etapa.

En la actualidad se considera la obesidad como una enfermedad con múltiples facetas cuyo tratamiento debe ser de por vida. Una de las reglas básicas del tratamiento de la obesidad consiste en enfocarse a objetivos que puedan alcanzarse.

Recomendaciones:

Alcanzar el peso corporal ideal es una ilusión para la mayoría de los pacientes y la nutricionista debe insistir a los pacientes que aunque quizás no llegaran a ser tan delgados como ellos lo desean, esto no debe ser motivo para renunciar al tratamiento, pues incluso una reducción de peso de un 5-10% puede producir mejoras importantes en la hipertensión y por consiguiente, reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

Las principales recomendaciones son las siguientes:

Los pacientes obesos deben realizar una actividad física moderada, hasta alcanzar 30 minutos o más; preferiblemente todos los días o tres veces a la semana. La reducción exclusiva de grasa alimentaria, sin reducir las calorías totales, no produce una baja de peso.

Sin embargo, disminuir la ingesta de grasa puede ayudar a disminuir las calorías y es saludable para el corazón: el objetivo inicial del tratamiento debe ser reducir alrededor del 10% del peso corporal actual del paciente, lo cual disminuye los factores de riesgo.

Si se tiene éxito y las condiciones del paciente lo permiten, se debe intentar una reducción de peso adicional. Seis meses de tratamiento es un tiempo razonable para reducir de 1 a 2 libras de peso por semana, la conservación del peso alcanzado debe ser una prioridad después de los primeros seis meses de tratamiento para la reducción de peso.

El médico debe tratar al paciente, por lo menos durante seis meses, con una terapia centrada en el mejoramiento de sus hábitos de vida (alimentación, ejercicio físico y salud mental, antes de iniciarse en una terapia de medicamentos.

El régimen de alimentación debe estar encaminado a establecer una dieta de reducción de calorías paulatina y a la vez una educación en los hábitos alimentarios, de tal manera que al finalizar la reducción de peso, el paciente ya tenga inculcados sus nuevos hábitos alimentarios.

Las drogas aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) para reducción de peso y uso prolongado, pueden prescribirse como parte de un programa integral que incluye dietoterapia, actividad física y soporte psicológico, en pacientes cuidadosamente seleccionados (IMC > 30 sin factores de riesgo adicional, IMC > 27 con dos o máx. factores de riesgo adicional) y que no han podido bajar de peso o mantenerlo con las terapias convencionales sin medicamentos.

La terapia con medicamentos puede continuarse durante la fase de mantenimiento del peso alcanzado con el tratamiento convencional. Sin embargo, aun no se ha establecido la efectividad y seguridad del uso de medicamentos por más de un año de tratamiento continuo.

3.2 II ETAPA .ROL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN PRIMARIA Y PROTECCIÓN ESPECÍFICA: PROGRAMA EDUCATIVO Y PROMOCION DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES:

Para alcanzar un buen control de la enfermedad Cardiovascular es necesario establecer metas las cuales pueden ser alcanzadas mediante un proceso educativo que abarque diferentes aspectos que constituirán la piedra angular del tratamiento.

- **PROGRAMA EDUCATIVO**

RESPONSABLES: Enfermera Coordinadora Grupo de Trabajo Elizabeth Romero
Enfermera líder : Inna Florez, estudiantes Facultad de enfermería.
Nutricionista.

TIEMPO: seis meses, enero - junio 2003.

OBJETIVOS GENERAL:

Proporcionar educación, apoyo y control necesarios a los adultos objeto de estudio, en el fomento del autocuidado para la prevención de la enfermedad cardiovascular, recomendando la adopción de modificaciones del estilo de vida, particularmente los que presentan factores de riesgo para enfermedad cardiovascular prematura, mediante un abordaje sistemático con los profesionales y los recursos de la comunidad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Desarrollar un programa educativo dirigido a los adultos a convencerlos para que adopten y mantengan los cambios conductuales necesarios para garantizar un control óptimo de la enfermedad cardiovascular.

2. Promocionar factores protectores y prevenir factores de riesgo mediante estrategias de educación, información y comunicación que contribuyan a disminuir la incidencia de la enfermedad cardiovascular.
3. Educar a los adultos sobre la enfermedad cardiovascular; e involucrarlos a ellos y a sus familias en el hogar.
4. Mantener contacto con los pacientes.

ACTIVIDADES:

Programar una charla educativa de 15 minutos. Cada 15 días.

Entregar folletos alusivos a la prevención de la enfermedad cardiovascular a los adultos objeto de estudio.

Remitir los hipertensos y obesos a la consulta médica.

Integrar los hipertensos detectados al club de hipertensos del C.A.P de la Facultad de Enfermería.

CONTENIDO:

- ❖ Factores de riesgo cardiovascular.
- ❖ Importancia de la actividad Física.
- ❖ Hábitos de vida saludable.
- ❖ Beneficios del autocuidado.
- ❖ Plan de Alimentación y su importancia,
- ❖ Moderación con el Alcohol.
- ❖ Abstinencia del tabaco.
- ❖ Reducción de peso.
- ❖ Control de la Hipertensión arterial y la obesidad.

METODOLOGÍA:

Las sesiones de educación son de tipo grupal o individual, con material audiovisual y carteles.

PAUTAS CLAVES EN EL PROGRAMA EDUCATIVO:

- Escuchar inquietudes.
- Manejar un lenguaje apropiado. Y autóctono
- Hacer participar a todo el equipo de salud.
- Incorporar a la familia y a su entorno inmediato en el proceso educativo.
- Controlar la eficacia y eficiencia de las medidas de la educación.

- Valorar periódicamente los cambios de actitudes del paciente que reflejan una conciencia sobre la necesidad de prevenir la enfermedad cardiovascular.

3.3 IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN PARA LA PROMOCION DEL AUTOCUIDADO EN LA SALUD CARDIOVASCULAR:

Se concluyeron las dos etapas cumpliéndose con los objetivos trazados en el tiempo estipulado, con la infraestructura del CAP, su recurso humano y apoyo de los líderes comunitarios de la comuna 9 de la zona centro de la ciudad de Cartagena.

Fue de mucha importancia para el éxito de estas etapas, la planeación de las actividades con todas las personas que la ejecutarían para ello fue necesario reuniones del grupo investigador y unificar pautas que permitieron llevar a cabo las acciones prestando una atención de calidad a los participantes.

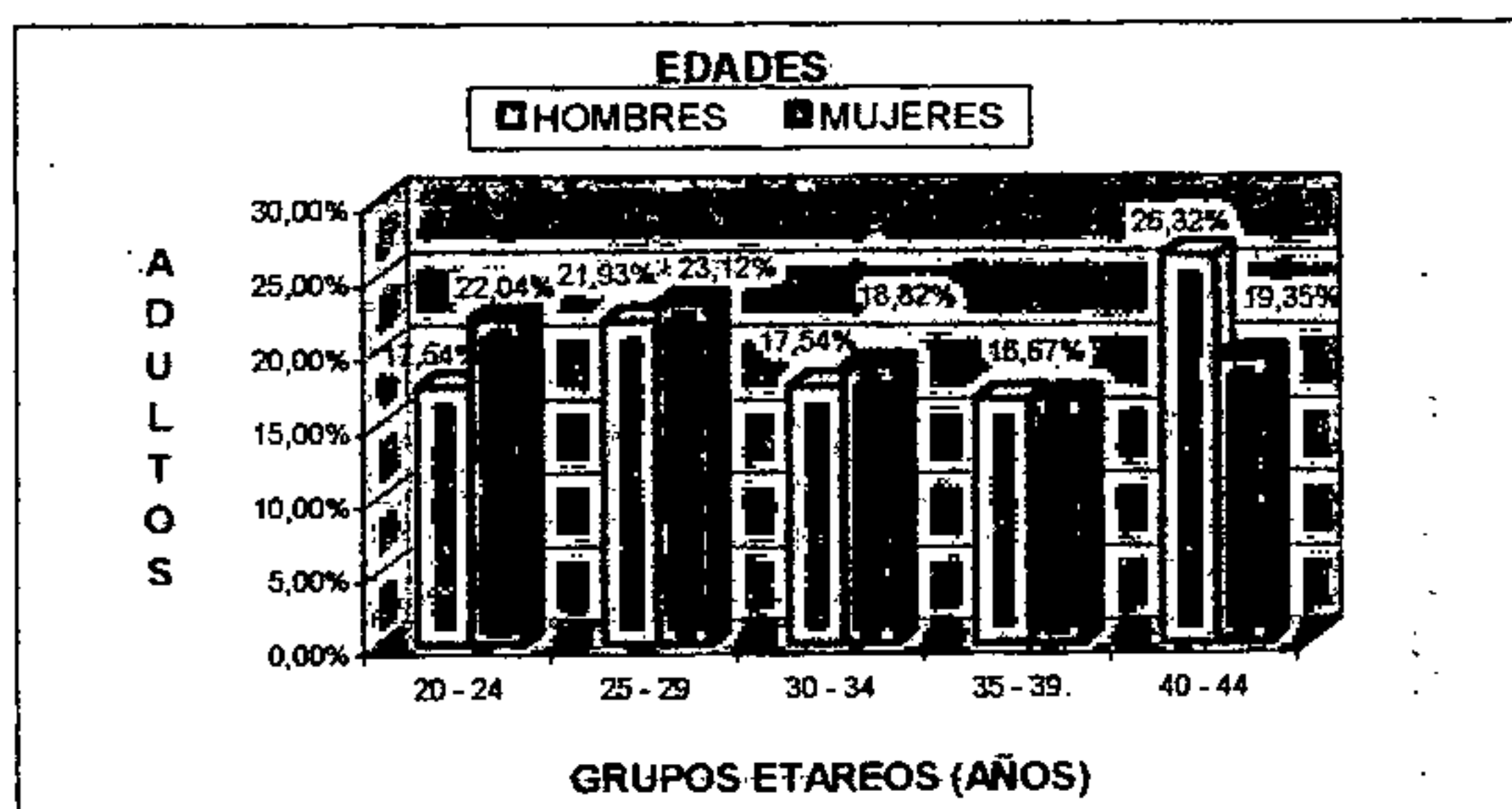
Reunida la información se identifican los adultos con factores de riesgo cardiovascular, y se les invita a participar en el programa educativo, asistiendo un promedio de 60 personas a cada charla programada y reciben impresos alusivos a las charlas. (ver anexos del N° 4 al 10), a los hipertensos se les remitió a la consulta médica y se inscribieron en el club de hipertensos del C.A.P. se consignaron los datos más importantes de cada adulto incluido en el estudio en un instrumento que permitió llevar un control a los que han sido atendidos en la consulta médica, posteriormente se instaló la base de datos del programa de Prevención de la Enfermedad cardiovascular en el computador del CAP, que va a permitir en un futuro clasificar por riesgos a los adultos usuarios de este centro de atención. (ver anexos N° 11 al 13)

4. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

La información analizada se presentará en 21 gráficas, a continuación de cada tabla se encuentra la explicación de las mismas y su respectivo análisis.

4.1 ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Gráfica 1 Relación Adultos de 20 a 44 años, según Sexo y Edad Cartagena, 2002 -2003.



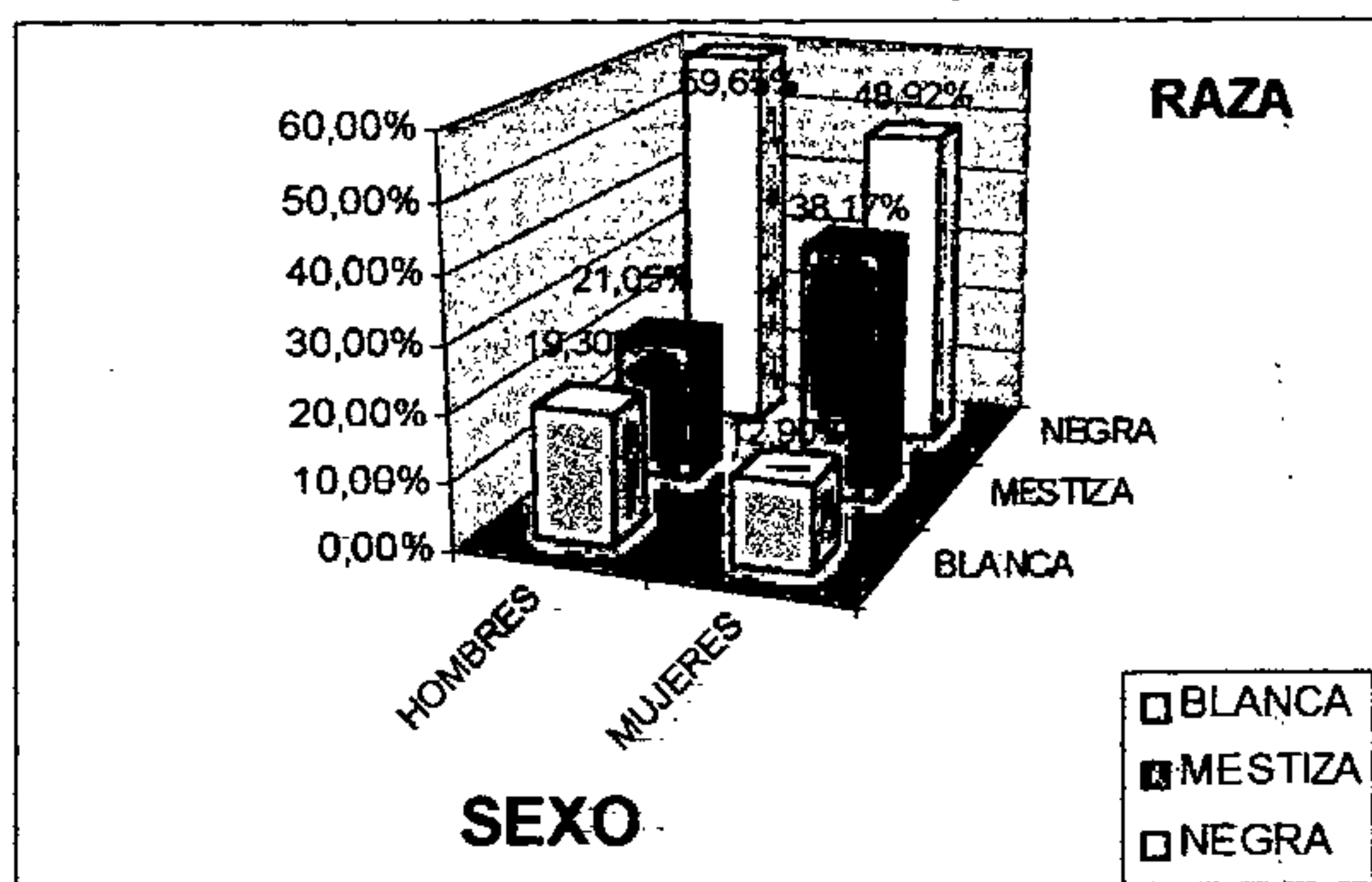
Del total de adultos usuarios encuestados del centro de Atención primaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, El mayor porcentaje correspondió a 186 (62%) del sexo femenino y al sexo masculino le correspondió 114 (38%); guardando esta relación con los datos de la comuna 9, zona centro de la ciudad de Cartagena, en que la población del sexo femenino es mayor que la del masculino.

En este estudio se encontró que los porcentajes más altos de acuerdo a edad y sexo le correspondieron a los adultos del sexo masculino con edades comprendidas entre 40 a 44 años de edad con el 26.32%, Mientras que los adultos del sexo femenino, el mayor porcentaje le correspondió al grupo de edades entre 25 y 29 años con el 23.12%. Se pudo observar que los porcentajes de los adultos objeto de este estudio por grupos etáreos son muy similares, lo que permite afirmar que estos adultos tienen interés por conocer su estado de salud. (ver tabla 1, en anexo 11)

En los hombres la edad umbral a la cual se inicia el incremento de la enfermedad cardiovascular es de los 45 años a los 55, los hombres alrededor de la cuarta década de la vida cuadriplican el riesgo de enfermedad coronaria con respecto a las mujeres, hacia la séptima década los riesgos se igualan.²²

²² OMS, Guías para el manejo de la Hipertensión. revista colombiana de cardiología, Vol 7 Suplemento 2, noviembre, 1999. P.225.

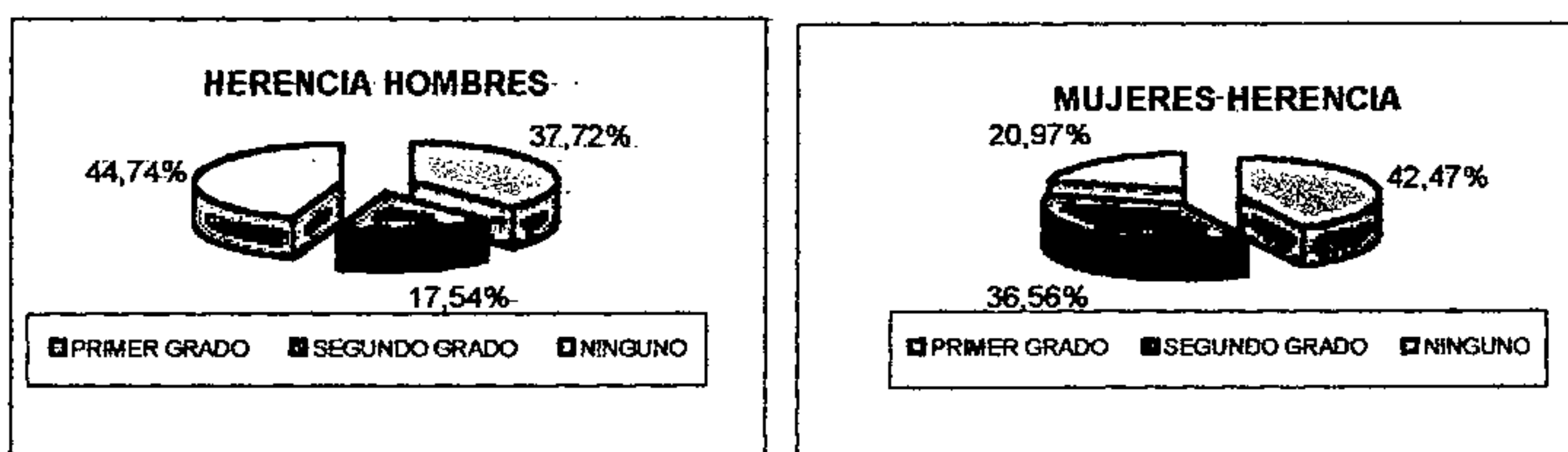
Gráfica 2 Distribución Adultos entre 20-44 años según factor de riesgo cardiovascular no modificable: Raza y Sexo Cartagena, 2002-2003



En relación con sexo y raza en los adultos encuestados, hay un mayor porcentaje de hombres de raza negra correspondiendo a 59.65% y mujeres de raza negra 48.92%.

La raza negra está potencialmente relacionada con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, los afroamericanos tienen mayor riesgo de muerte e incapacidad generada por enfermedad cardiovascular que los blancos, en parte porque tienen mayor incidencia de hipertensión arterial. Los asiáticos e hispanos también tienen mayor riesgo.²³

Gráfica 3 Distribución Adultos de 20 a 44 años según factores de riesgo cardiovascular no modificable: Sexo y Herencia, Cartagena, 2002-2003.



La gráfica anterior permite establecer que del total de adultos, el mayor porcentaje 41% en ambos sexos (ver tabla 3 en anexos), tienen familiares en primer grado de consanguinidad (padres, hermanos e hijos) que padecen, o han fallecido de enfermedad cardiovascular, de los cuales 79 (42.47%), el

²³ OMS, Guías para el manejo de la Hipertensión. revista colombiana de cardiología, Vol 7 Suplemento 2, noviembre, 1999. pág 227.

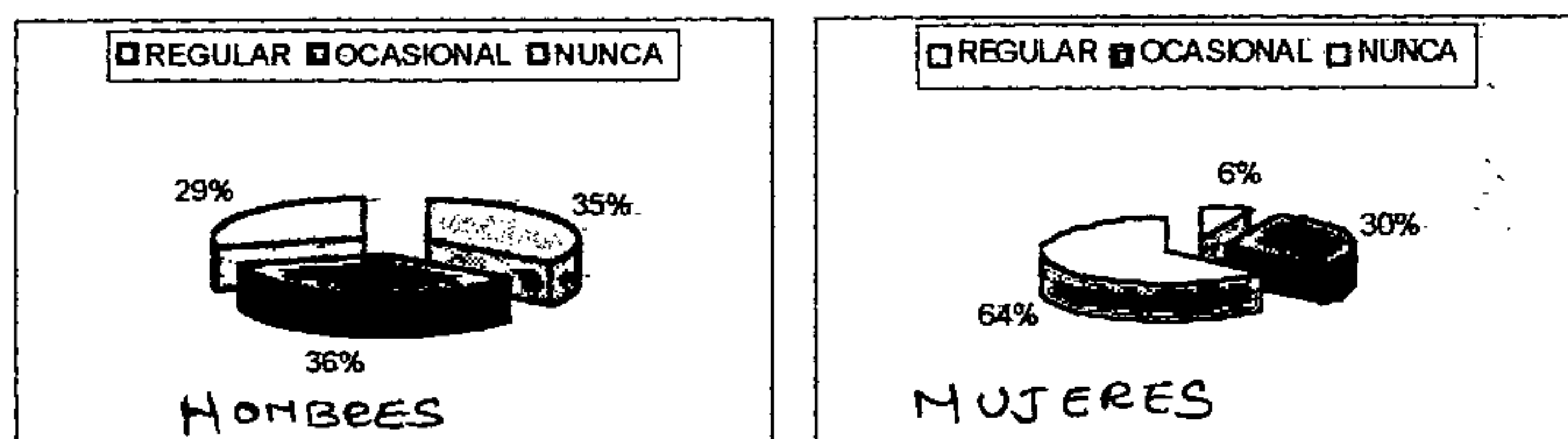
mayor porcentaje correspondió al sexo femenino y 43 (37.72%) al sexo masculino respectivamente.

El 29% de hombres y mujeres tienen familiares en segundo grado de consanguinidad (abuelos, tíos y primos), de este total 20 (17.54%) son del sexo masculino y 68 del sexo femenino con el 36.56%.

El 30% del total de adultos de ambos sexos no tienen historia familiar de enfermedad cardiovascular, correspondiendo el 44.74% a los hombres y 20.97% a las mujeres respectivamente.

Se considera historia familiar si ha habido un familiar en primer grado hombre con enfermedad cardiovascular antes de los 55 años o de 65 años.²⁴

Gráfica 4 Adultos de 20 a 44 años según Sexo y factor de riesgo cardiovascular modificable: ingesta de alcohol, Cartagena, 2002-2003.



El 32.3% de encuestados de ambos sexos consumen bebidas alcohólicas en forma ocasional y el 17.3% en forma frecuente o regular. (Ver tabla 4 en anexos)

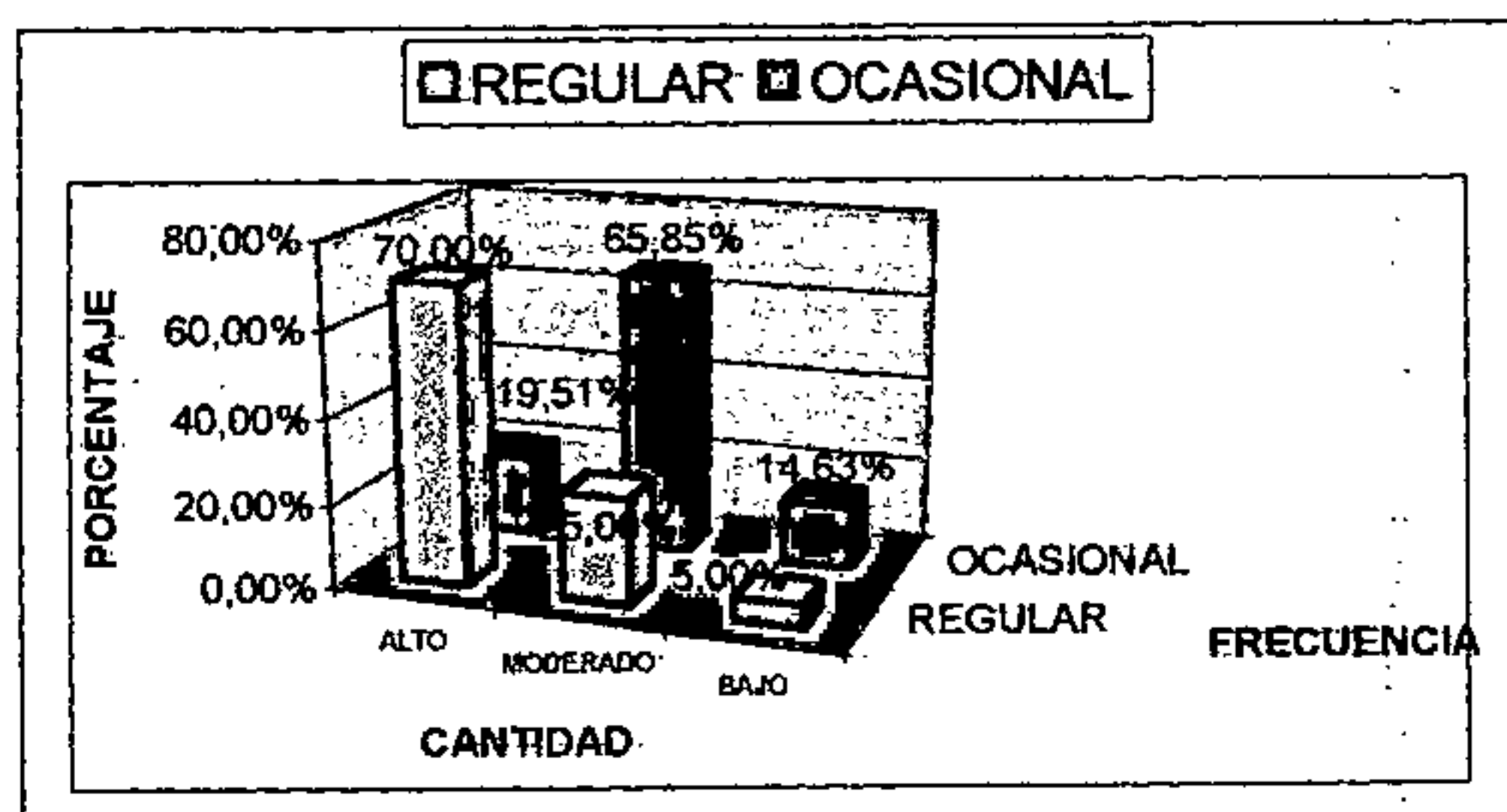
Observando el comportamiento por sexos en el masculino el mayor porcentaje 36% consumen bebidas alcohólicas en forma ocasional y en un 35% en forma regular. En el grupo de mujeres se observa que el 30% las consume en forma ocasional y en menor porcentaje 6% consume regularmente alcohol.

Diferentes estudios aleatorizados y algunos estudios retrospectivos han demostrado que la ingesta excesiva de alcohol se ha asociado como factor de riesgo para eventos cardiovasculares.²⁵

²⁴ ibid. P. 146

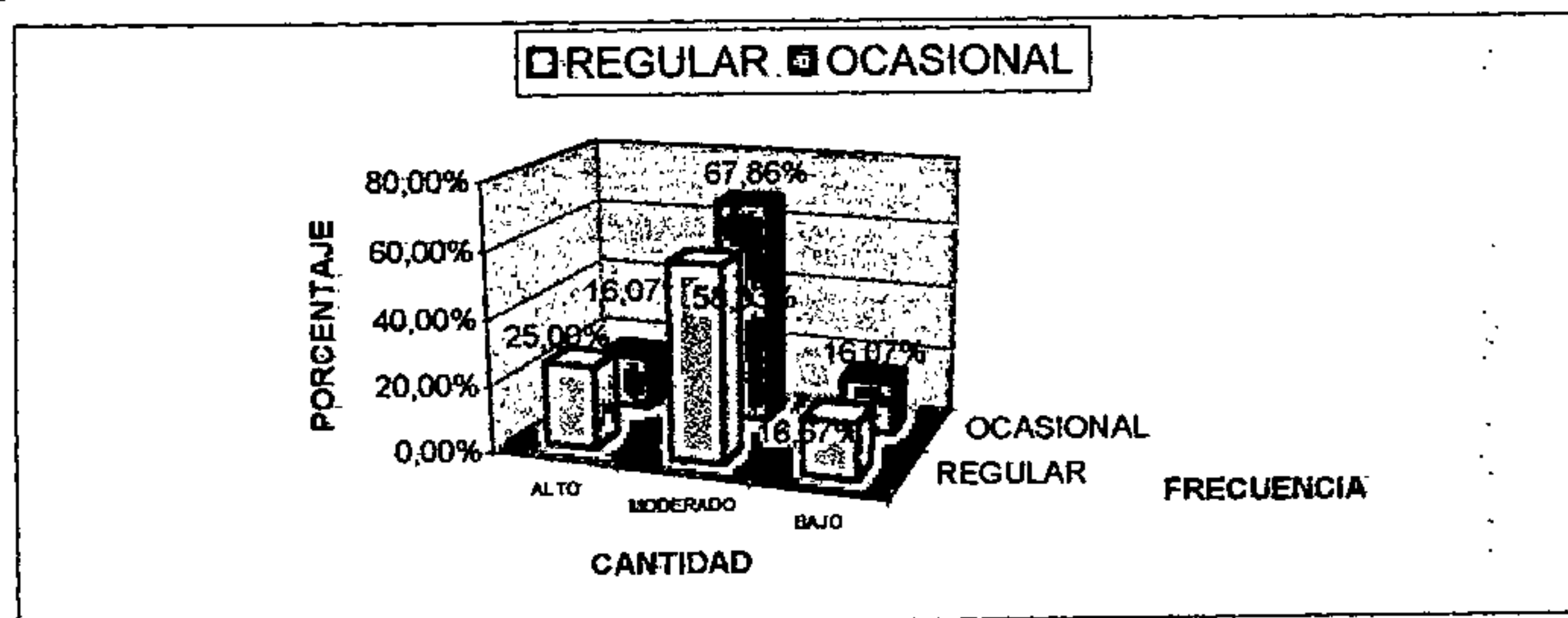
²⁵ ibid p.97

Gráfica 5 Distribución Adultos de 20 a 44 años de Sexo Masculino según factor de riesgo cardiovascular modificable: Cantidad y Frecuencia de consumo de Alcohol, Cartagena, 2002-2003.



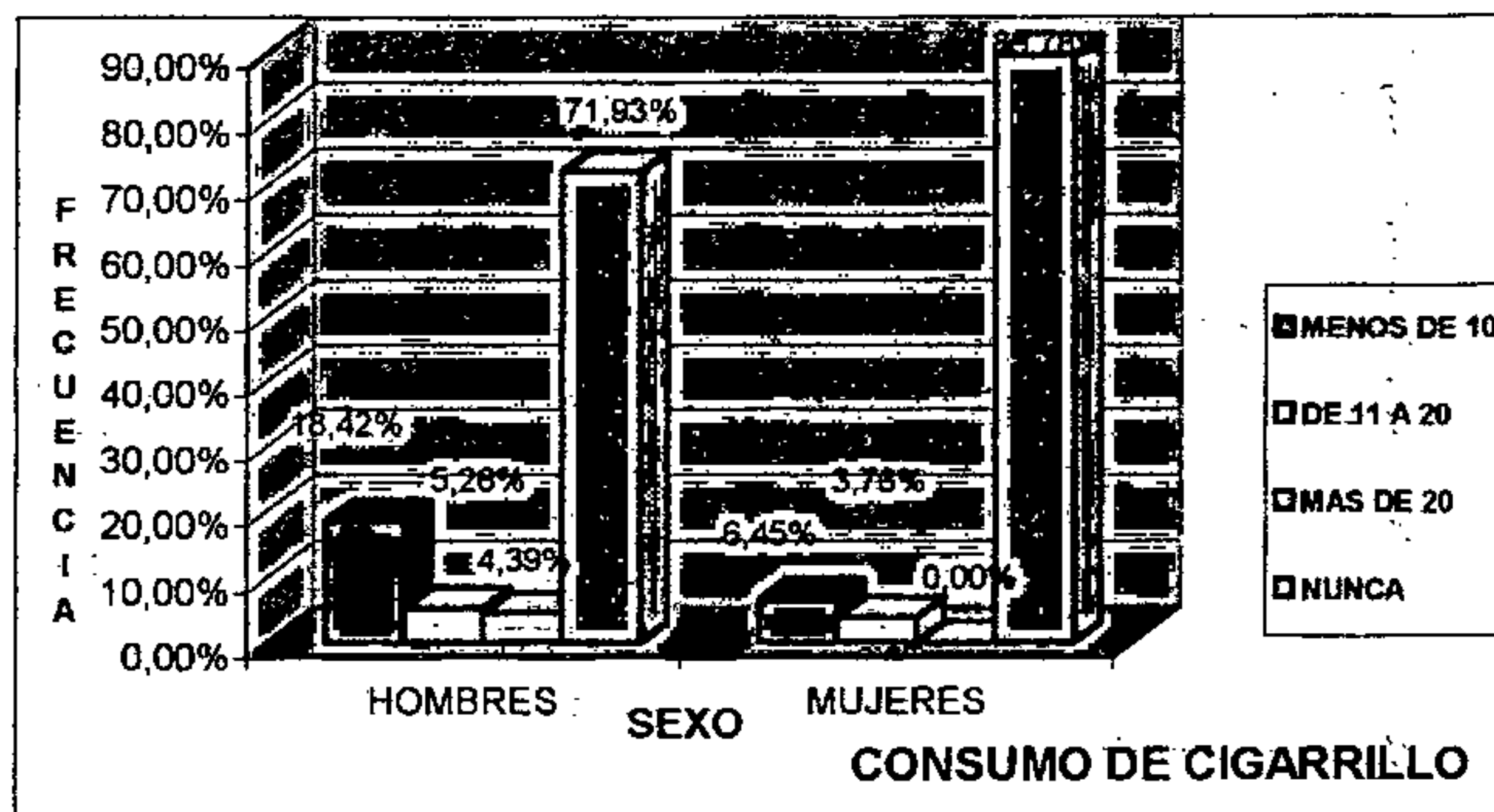
Se observa que el sexo masculino consume bebidas alcohólicas en alta cantidad en forma regular en un 70% y ocasionalmente en un 19,5%. En relación a el consumo en cantidad moderada el 65,85% lo realiza en forma ocasional y el 25% en forma regular. (ver tabla 5 en anexos)

Gráfica 6 Distribución Adultos de 20 a 44 años del Sexo Femenino según factor de riesgo cardiovascular modificable: Cantidad y frecuencia de consumo de Alcohol, Cartagena, 2002- 2003.



En el sexo femenino en menor porcentaje en cuanto a frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas en relación al masculino, se pudo observar que las consumen en alta cantidad en un 16,07% en forma ocasional y 25% en forma regular. Las mujeres en moderada cantidad consumen estas bebidas en un alto porcentaje 67,86,5% en forma ocasional y 16,67% en forma regular.

Gráfica 7 Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y factor de riesgo cardiovascular modificable: Tabaquismo, Cartagena, 2002-2003.



En la presente gráfica se puede observar que del total de encuestados en ambos sexos un porcentaje de 17% tienen el hábito de fumar. En los adultos del sexo masculino el 30% tienen el hábito de fumar, el 18.42% fuman diariamente menos de 10 cigarrillos por día, y los menores porcentajes fuman de 10 a 20 cigarrillos en un 5.26% y 4.39% consumen más de 20 cigarrillos al día. Las mujeres tienen el hábito de fumar diariamente en un porcentaje de 16%, consumen menos de 10 cigarrillos al día en un 6.45%, y consumen de 11 a 20 cigarrillos en un porcentaje de 3.76% (ver tabla 7 en anexos)

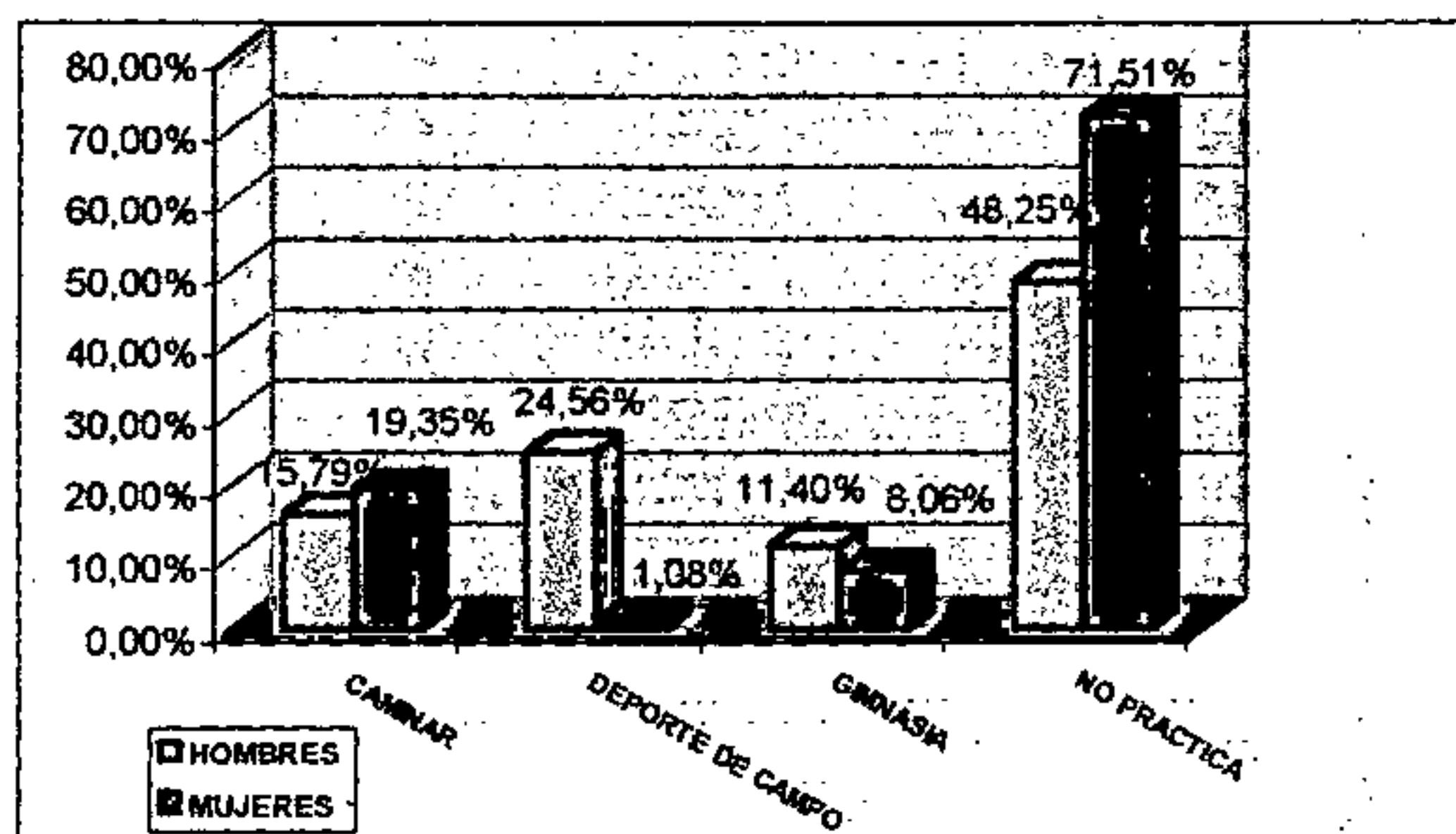
El hábito de fumar cigarrillo incrementa el riesgo de muerte cardiovascular en todas las edades, pero en particular importancia en las personas más jóvenes.²⁶

El tabaquismo incrementa la mortalidad cardiovascular en 50% y duplica la incidencia de enfermedad cardiovascular. Existe una relación lineal entre el riesgo cardiovascular y el número de cigarrillos consumidos, fumar acelera el proceso aterógeno, dependiendo de la duración y de la dosis. Fumar amplifica el efecto de otros factores de riesgo, acelerando la aterosclerosis e influyendo en la producción de eventos cardiovasculares agudos. Los factores dietarios, hiperlipidemia e hipertensión, incrementan el efecto del tabaquismo sobre la morbilidad coronaria.²⁷

²⁶ Ibid. p. 225.

²⁷ Ibid. p. 142

Gráfica 8 Adultos de 20-44 años según Sexo y factor de riesgo cardiovascular modificable: Sedentarismo, Cartagena, 2002- 2003.



Se observó que del total de encuestados, un gran porcentaje 62.67% no practica ejercicio físico (ver tabla 8), siendo las mujeres en un 71.51% quienes no practican esta actividad, un 19.35% de ellas caminan, 8.06% realizan gimnasia y 1.08% practican deporte; mientras que los hombres en un 48.25% llevan una vida sedentaria, 24.76% realizan deporte, 15.79% caminan y un 11.40% hacen gimnasia.

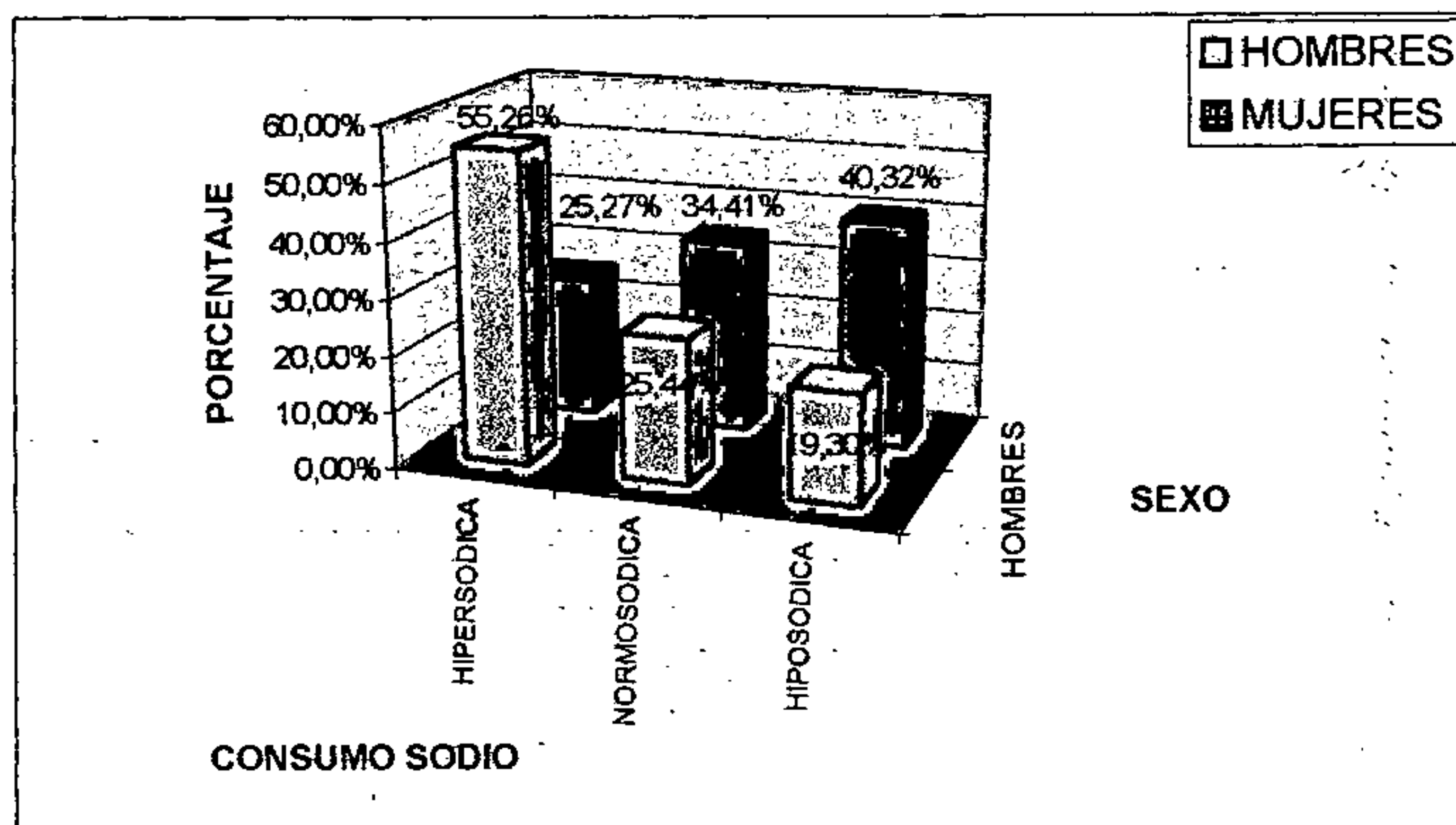
En general los individuos sedentarios tienen un riesgo del 20 al 50% mayor de desarrollar hipertensión y el doble de probabilidad de padecer evento cardiovascular, comparado con un individuo físicamente activo.²⁸

Se ha considerado que la actividad física aeróbica regular, esto es caminar 30 minutos diarios o correr 30 minutos tres veces por semana y en forma continua puede reducir el riesgo cardiovascular y la mortalidad total, probablemente mediado por aumento del HDL, disminución del LDL, reducción de la intolerancia a la glucosa y disminución de peso. También el ejercicio tiene una acción importante sobre la optimización del consumo de oxígeno miocárdico. Por otra parte los individuos sanos sedentarios tienen un 20 a 50% de riesgo mayor de desarrollar hipertensión arterial que la población más activa.²⁹

²⁸ DUPERLY, John. Actividad física y enfermedad cardiovascular, revista Colombiana de cardiología, Vol 8, N° 8, marzo- abril, 2001. pág 353.

²⁹ SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA, Clínicas colombianas de cardiología, Vol 1, N° 1, 2,3,4, 1998. p.97

Gráfica 9 Distribución Adultos de 20- 44 años según Sexo y factor de riesgo cardiovascular modificable: Dieta y/o Hábitos Alimenticios, Consumo de sodio, Cartagena 2002 – 2003.

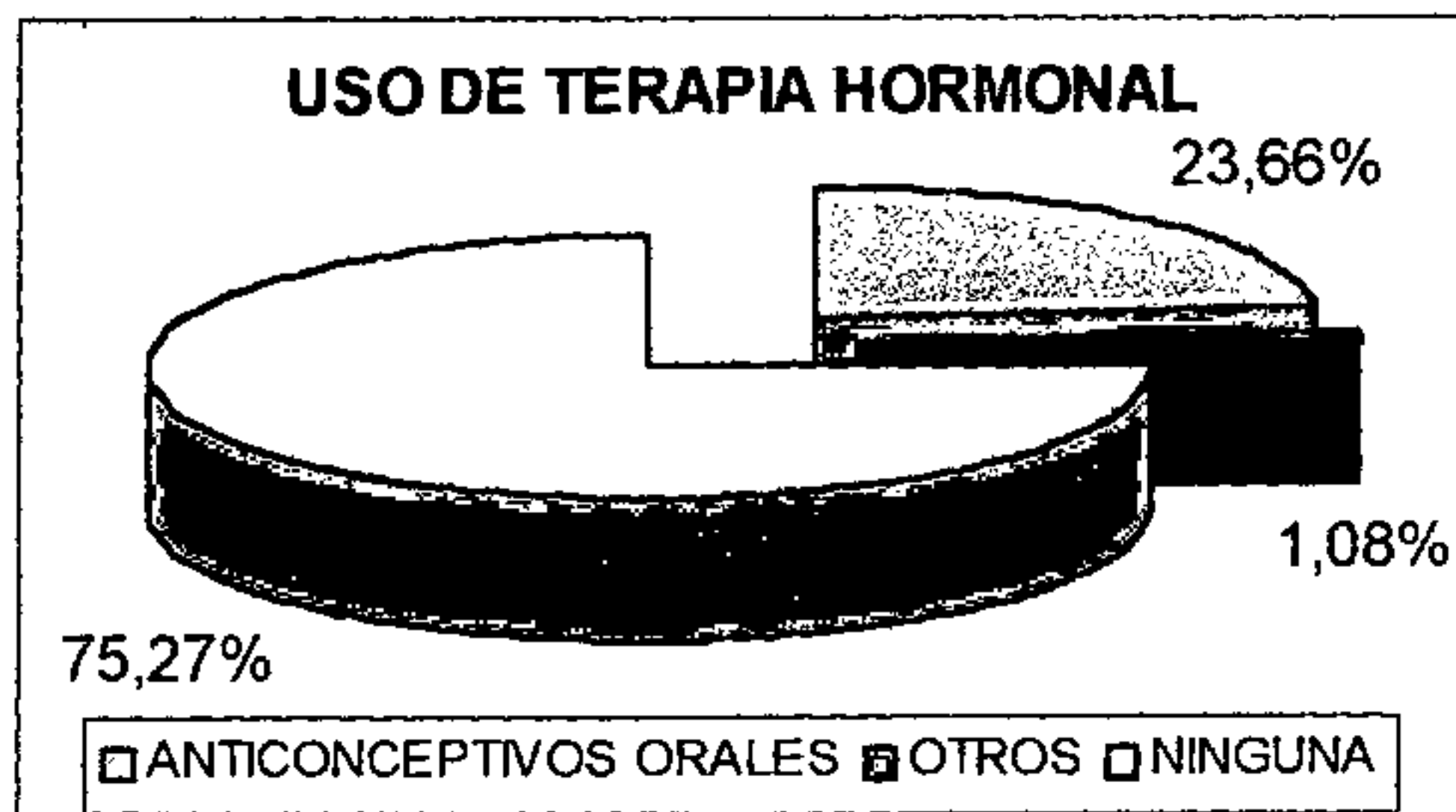


El 36.67% del total de encuestados usuarios del Centro de Atención Primaria de la Facultad de Enfermería, consume alimentos con altos contenidos de sal, siendo el sexo masculino en un 55.26%, el grupo que mayor ingesta de sodio presentó, al sexo femenino le correspondió el 25.27% respectivamente. (ver tabla 9 en anexos

Los datos epidemiológicos actuales demuestran una asociación positiva entre la ingesta de sal y el nivel de presión arterial y si asociamos al índice de obesidad y sobrepeso encontrados, con los porcentajes de consumos elevados de grasas y harinas, se hace necesaria la adopción de medidas encaminadas a mejorar los hábitos alimenticios que sugieran la reducción de sal y calorías de la población a estudio.³⁰

³⁰OMS, Guías para el manejo de la Hipertensión. revista colombiana de cardiología, Vol 7 Suplemento 2, noviembre, 1999. pág 241.

Gráfica 10 Distribución Adultos de 20 –44 según Sexo Femenino y factor de riesgo cardiovascular modificable: Terapia Hormonal, Cartagena.2002 – 2003.



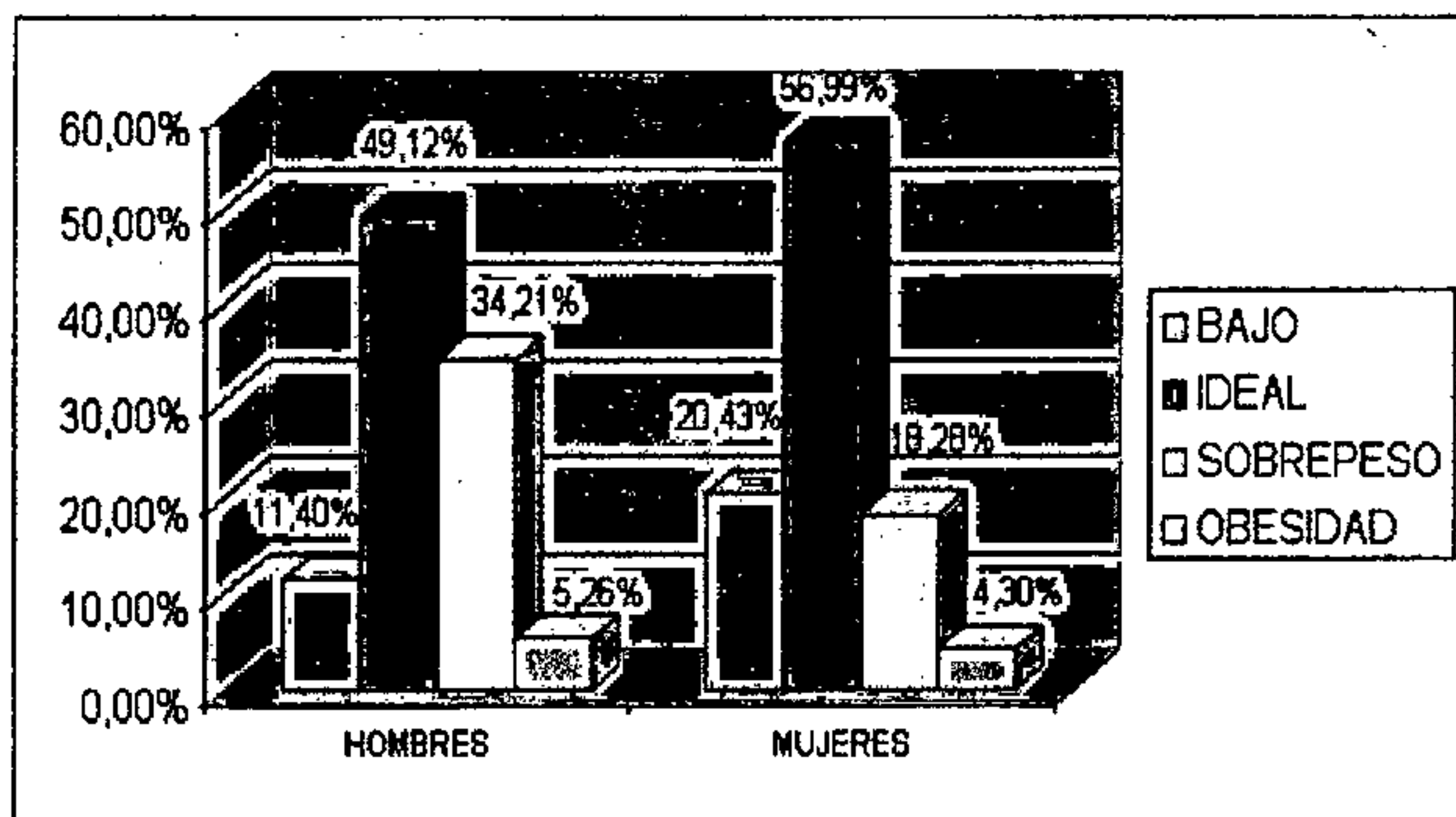
El 23.66% del total de mujeres encuestadas recibe anticonceptivos orales, las mujeres que toman anticonceptivos orales presentan un aumento considerable tanto en la presión arterial sistólica como en la diastólica. Se ha demostrado que la hipertensión es 2 a 3 veces más común en mujeres que toman anticonceptivos orales especialmente en las obesas y las mayores que en aquellas que no la reciben.³¹ Un porcentaje tan bajo de 1.08% de mujeres reciben terapia de reemplazo hormonal se explica por las edades de la población en estudio (20 a 44 años) ya que aún no han iniciado la menopausia. estudios recientes revelan que menos del 10% de las mujeres inician su menopausia antes de los 46 años, solamente un 1% antes de los cuarenta años; lo cual guarda relación con las edades de esta población femenina.

La incidencia de la enfermedad cardiovascular, en especial la cardiopatía isquémica, es mínima en las mujeres antes de la menopausia y tiende a aumentar después de la menopausia. Algunos datos sugieren que la deficiencia estrogénica puede ser responsable de dicho incremento.

³¹ OMS, Guías para el manejo de la Hipertensión. revista colombiana de cardiología, Vol 7 Suplemento 2, noviembre, 1999. pág 226.

4.2 DETECCIÓN DE LA OBESIDAD E HIPERTENSIÓN EN LOS ADULTOS DE 20 -44- AÑOS

Gráfica 11 Distribución Adultos de 20 a 44 años , según Sexo y factor de riesgo cardiovascular modificable: Obesidad, Cartagena 2002-2003.

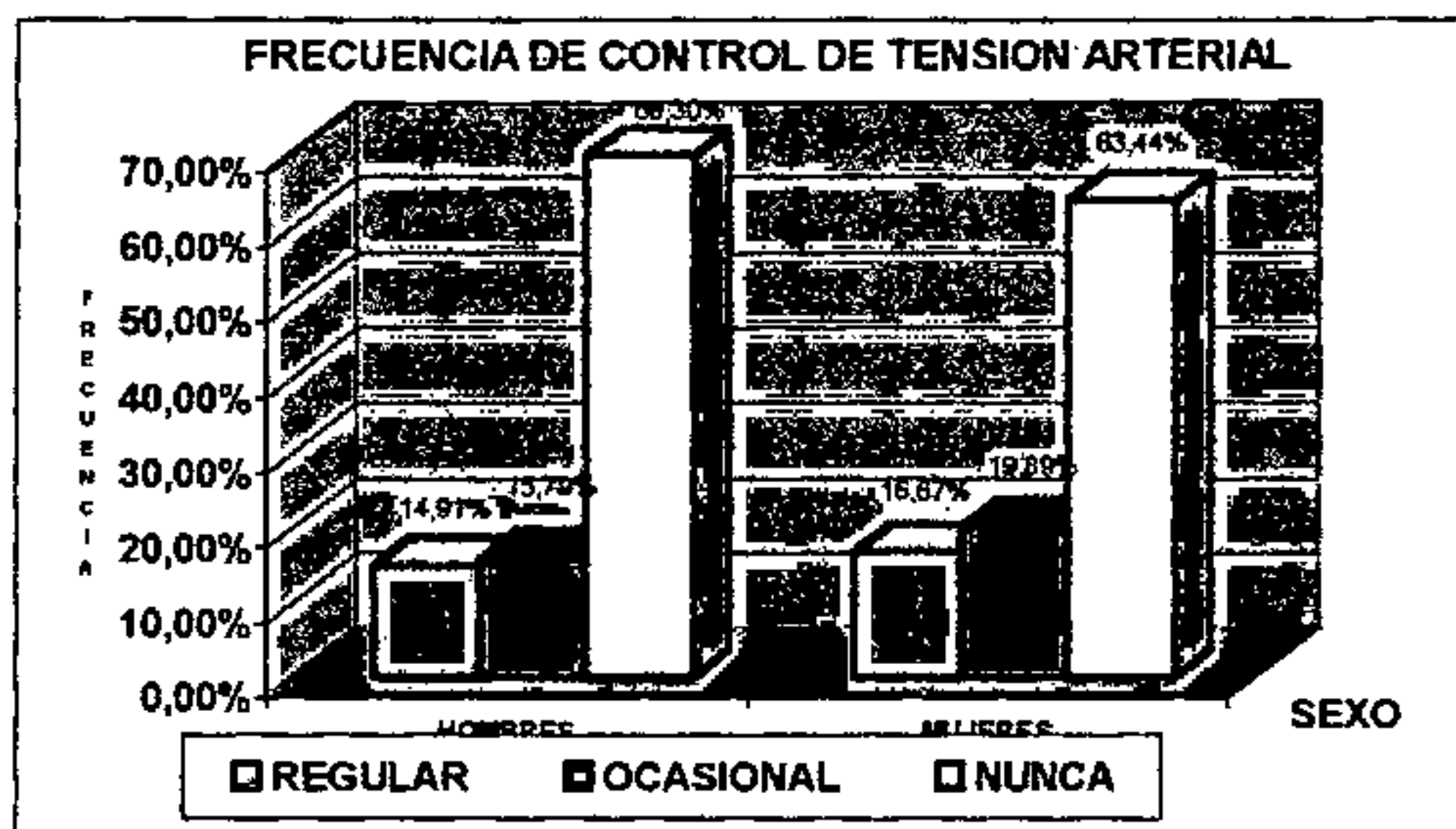


Luego de realizar la estimación indirecta del índice de masa corporal, se establece la clasificación de la obesidad en los adultos de 20 a 44 años. De acuerdo a esta clasificación el 24.3% del total de los adultos tienen sobrepeso, 34,21% son del sexo masculino y 18.28% pertenecen al sexo femenino. Se encontraron que del total de adultos el 4.6% presentan obesidad, en el presente estudio 6 hombres son obesos (5.26%) y 8 mujeres que correspondió al 4.30% (ver tabla 11, en anexos).

La obesidad tiene una influencia adversa sobre todos los factores de riesgo, que incluyen presión arterial, LDL y HDL, colesterol total, TG y tolerancia a glucosa. Esto explica, en gran parte, su efecto sobre la morbilidad cardiovascular.³²

³² ibid: P.368

Gráfica 12 Control de la Presión Arterial en los adultos de 20 a 44 años, Cartagena, 2002-2003.



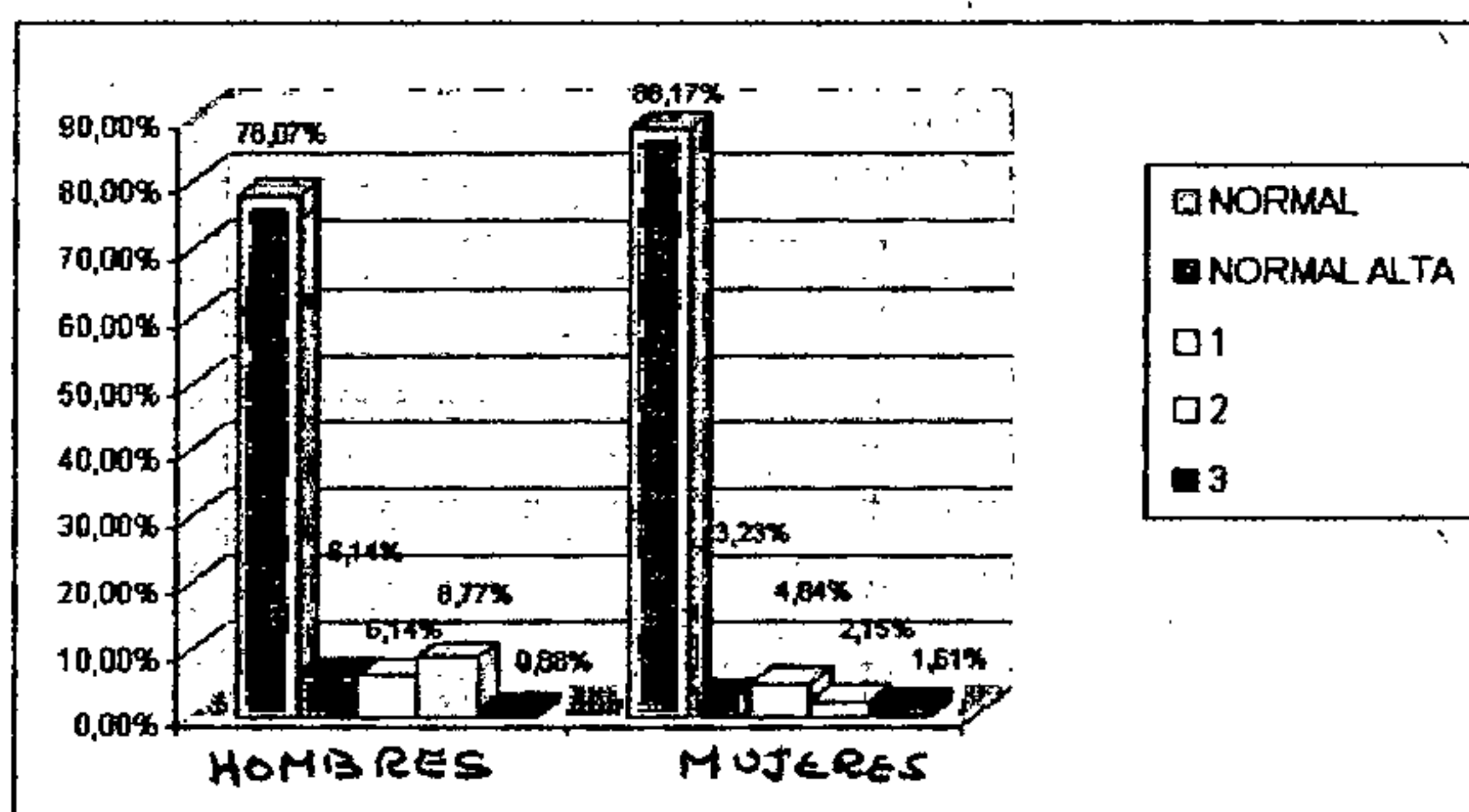
Se observó que del total de los adultos encuestados 65.67% (ver tabla 12 en anexos) no realizan controles de sus cifras tensionales, de los cuales le correspondió al sexo masculino el 69.30% y al femenino 63.44%, cifra representativa para dar respuesta a la necesidad de esta población de iniciar prevención primaria, con el objetivo de detectar precozmente la hipertensión y disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular. El 18.3% de los encuestados se toma ocasionalmente la presión arterial. Observando el fenómeno por sexos podemos decir que las mujeres se controlan en mayor porcentaje 19.89% la presión arterial en forma ocasional mientras que los hombres en un 15.79%. Un solo 16% del total de adultos controla sus cifras tensionales en forma regular de los cuales un 16.67% corresponde al sexo femenino y un 14.01% al masculino.

La detección de la hipertensión comienza con una medición adecuada de la presión arterial, las mediciones repetidas determinan si las elevaciones iniciales persisten y requieren una atención rápida o han retornado a lo normal y solo requieren control periódico.

La III Encuesta Nacional para Examen de salud y Nutrición realizada entre 1991 a 1994, mostró que solo 68% de los pacientes con valores de la presión arterial superiores a 140/90 sabían que tenían hipertensión arterial, y solo 55% se encontraban en tratamiento. Desafortunadamente apenas 27% de pacientes tratados tienen un buen control de su presión arterial. Como profesionales al cuidado de la salud, debemos realizar una mejor labor de identificación de los pacientes con hipertensión y prescripción de tratamiento que prevengan la morbilidad producidas por la enfermedad.³³

³³ SORRENTINO, Matthew. Hipertensión una epidemia nacional. Medicina de posgrado, Vol 6. Nº 11, Dic, Orlando Florida. 1999.

Gráfica 13 Clasificación de la Hipertensión Arterial detectada en Adultos de 20-44 años, Cartagena. 2002-2003.



Se observa el comportamiento de la hipertensión en este grupo de adultos de 20 a 44 años de la siguiente manera: El 10.3% del total de encuestados se les detectó Hipertensión Arterial cifra muy significativa en los adultos en estas edades, el 4.3% se encuentra en el estadio de presión normal alta (ver tabla 13 en anexo 14).

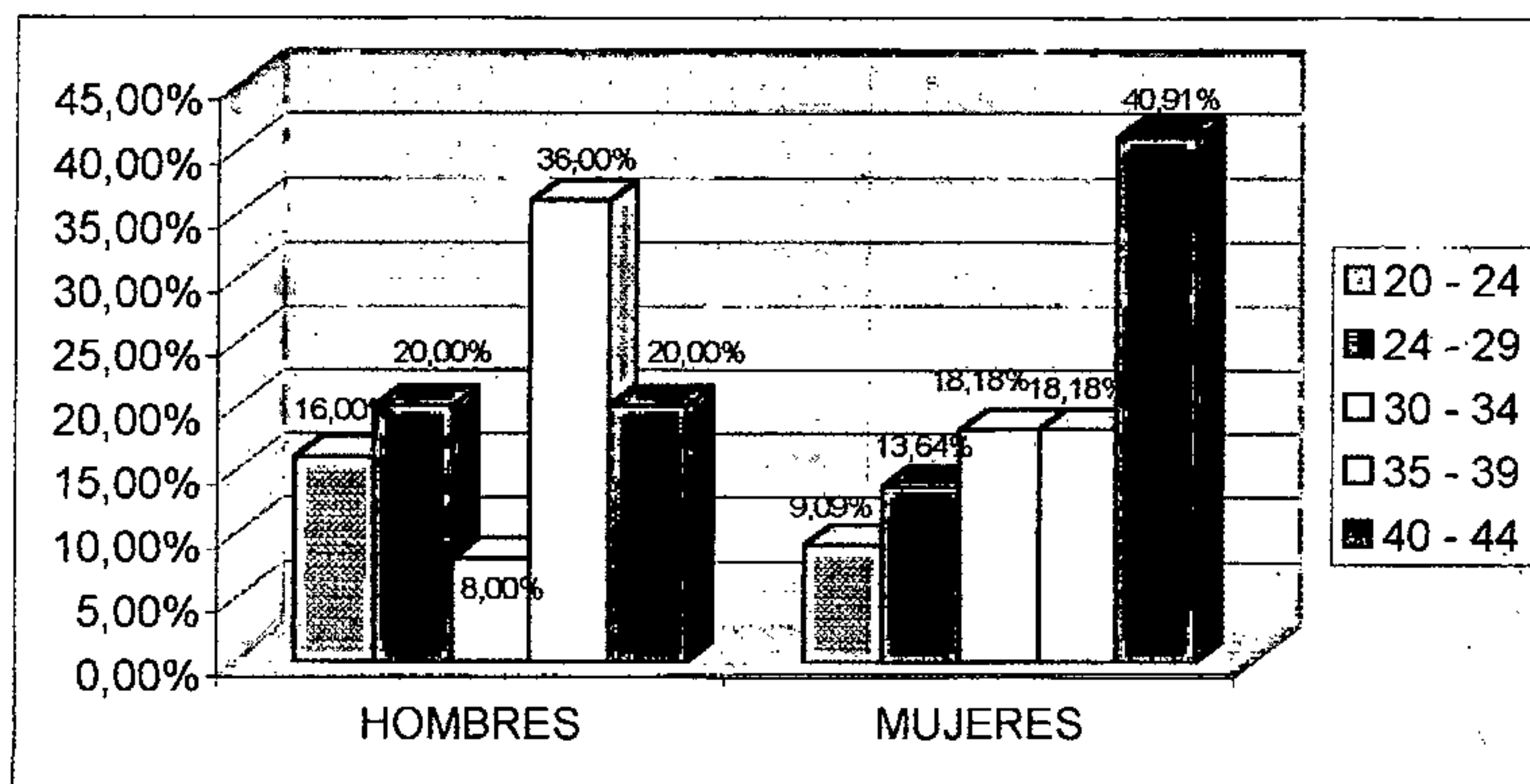
En el sexo masculino el mayor porcentaje (8.77%) presentaron hipertensión arterial en estadio 2, le sigue el 6.14% en el estadio 1 y el menor porcentaje (0.88%) se encuentran en el estadio 3 de la hipertensión arterial. En cuanto al sexo femenino se pudo observar que el mayor porcentaje (4.84%) se encontró en estadio 1 de hipertensión arterial, el 2.15% esta en estadio 2 de hipertensión arterial y el menor porcentaje (1.61%) se encuentran en el estadio 3 de la hipertensión arterial.

En la clasificación de la hipertensión arterial (presión normal alta) el mayor porcentaje correspondió al sexo masculino presentándose en el 6.1%, mientras que en el femenino se encontró en un 3.2%.

Según los datos de mortalidad del DANE en nuestro país (995), la enfermedad hipertensiva ocupó el 9º lugar aportando el 3.95% del total de defunciones por todas las causas, y según el Sistema de información del Ministerio de Salud, la enfermedad hipertensiva fue la octava causa de morbilidad en consulta externa en 1997 en el total de la población, siendo la primera causa para la población de 45-59 años con el 10.97% de los casos, y para la población de 60 y más años con el 14.8% de los casos de consulta.³⁴

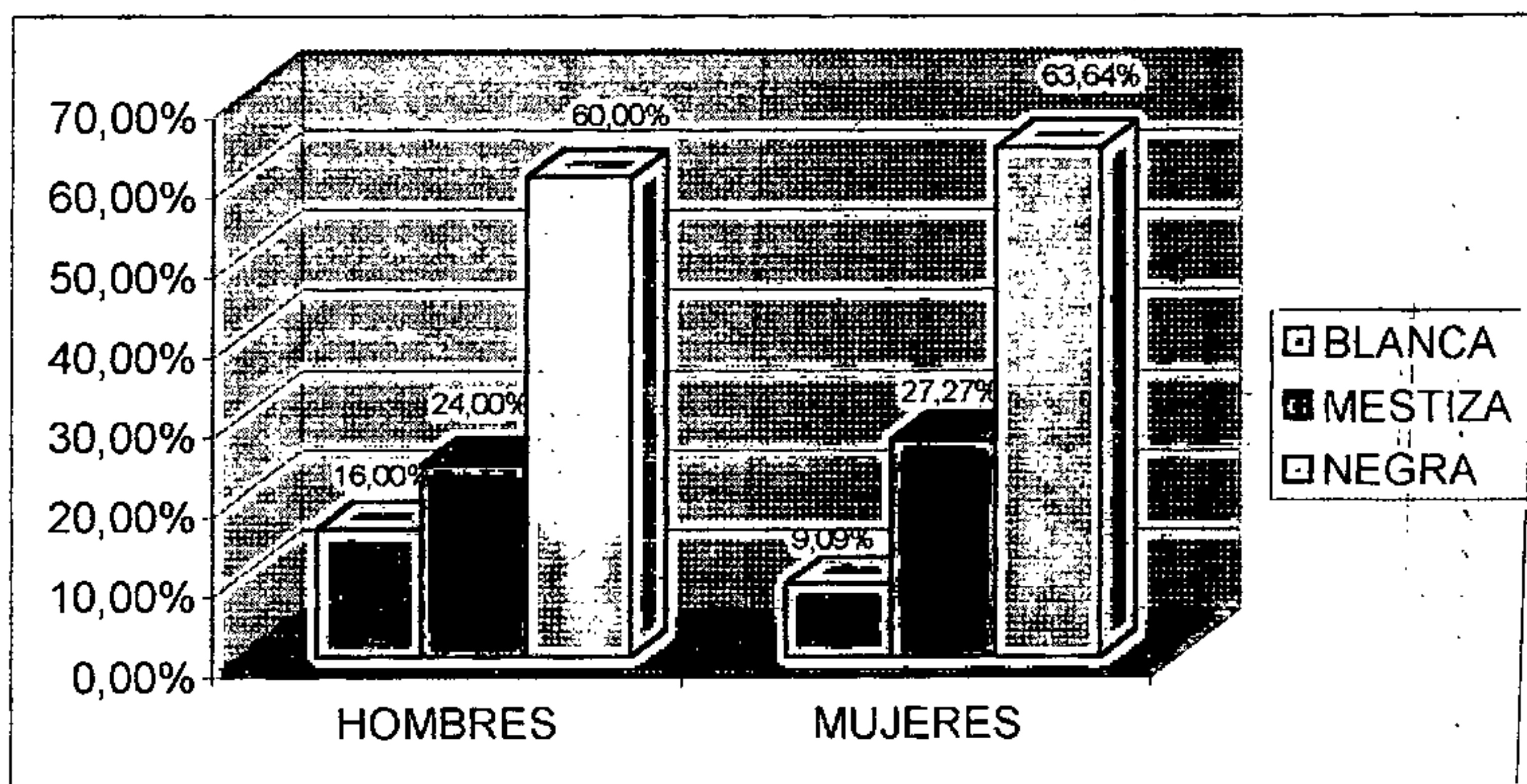
³⁴ MINISTERIO DE SALUD, Guías de atención de la hipertensión arterial 1999. p.33.3

Gráfica 14 Distribución de los Adultos Hipertensos según factores de riesgo cardiovasculares no modificables: Sexo y Edad. Cartagena. 2002-2003.



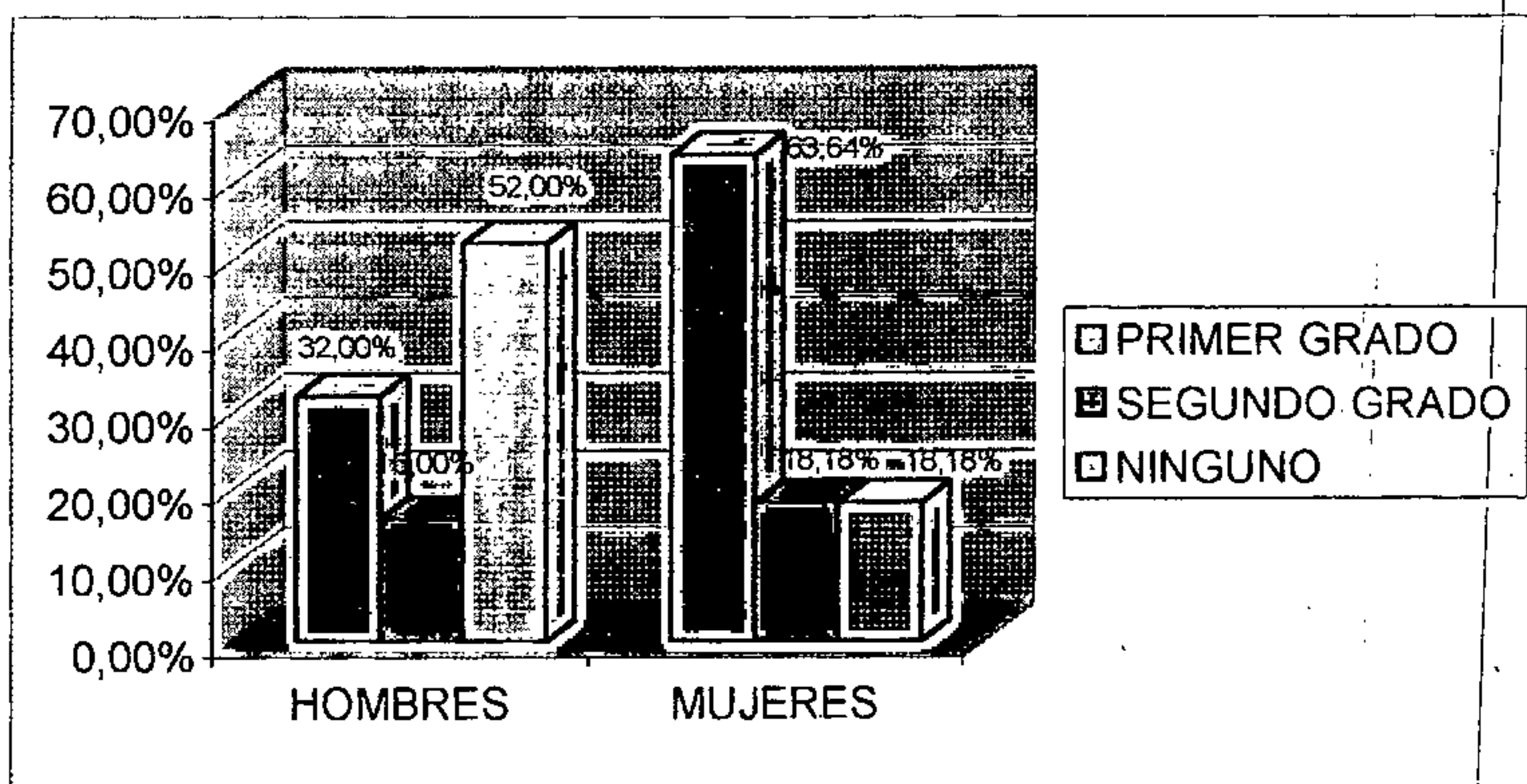
En el sexo masculino se observó que la hipertensión arterial se presentó en mayor porcentaje en las edades entre 35-39 años con el 36%, llama la atención que en los grupos etareos de 24-29 años y el de 40-44 años en igual porcentaje (20%) presentaron hipertensión arterial, el grupo de 20-24 años le correspondió el 16% y el menor porcentaje (8%) lo ocupó el grupo etáreo de 30-34 años. En cuanto al sexo femenino, la hipertensión arterial esta presente en un porcentaje significativo (40.91%) en el grupo etáreo de 40-44 años, le siguen en importancia en igual porcentaje (18.18%) los hipertensos en los grupos etareos de 30-34 y 35-39 años respectivamente.

Gráfica 15 Distribución de los Adultos Hipertensos según factores de riesgo cardiovasculares no modificables: Sexo y Raza. Cartagena. 2002-2003.



Los hombres de raza negra hipertensos les correspondió el mayor porcentaje (60%), en el sexo femenino al igual que en el masculino predominaron los hipertensos de raza negra en un 63.64%.

Grafica 16 Distribución de los Adultos Hipertensos según factores de riesgo cardiovasculares no modificables: Sexo y Herencia. Cartagena. 2002-2003.

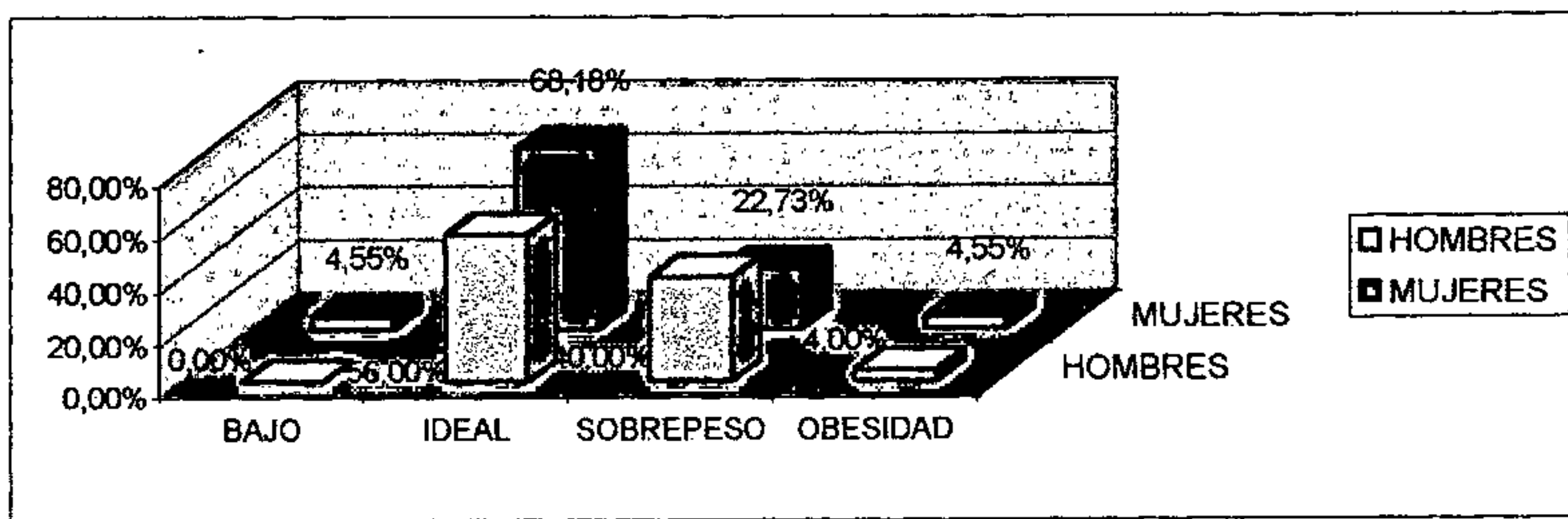


El sexo masculino en un porcentaje significativo 32% tienen familiares en primer grado de consanguinidad con antecedentes de enfermedad

cardiovascular y el 16% tienen familiares en segundo grado de consanguinidad relacionados con esta enfermedad.

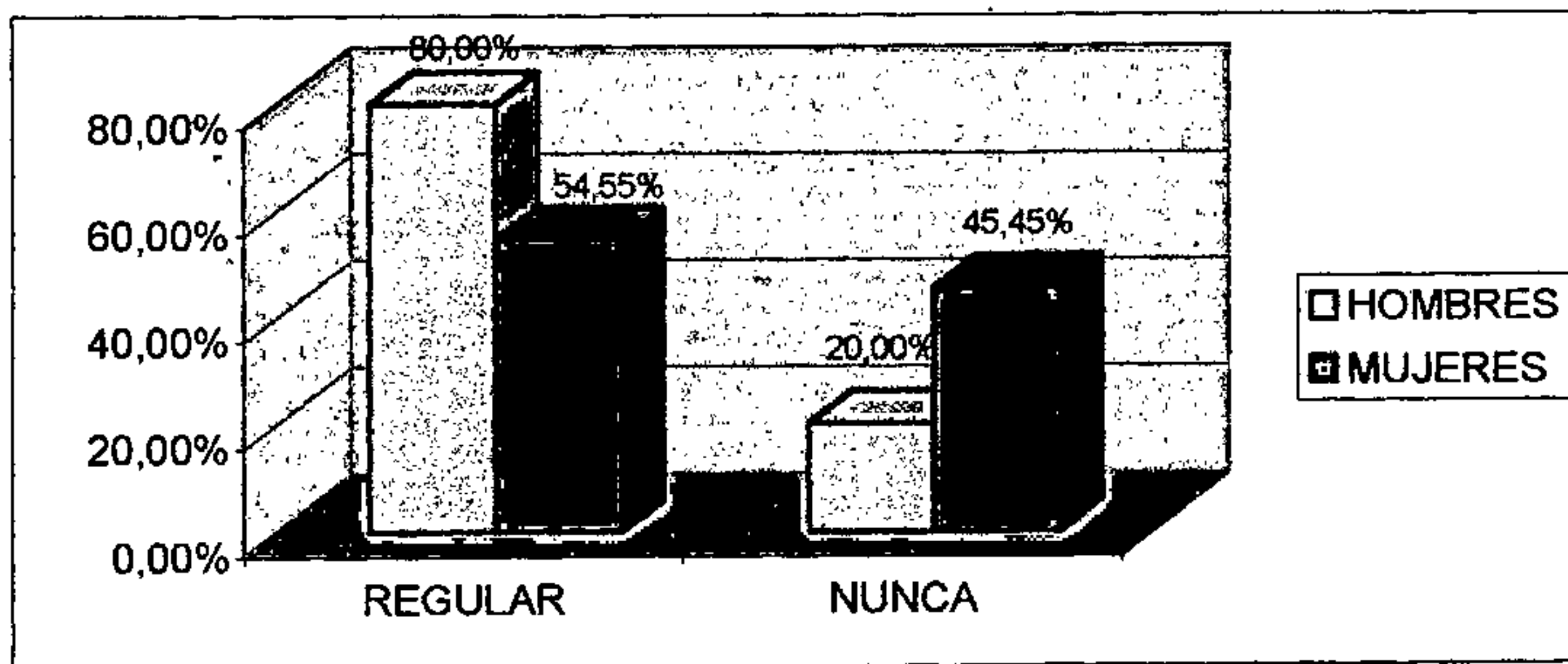
En el sexo femenino llama poderosamente la atención que el 63.64% de las hipertensas tienen familiares en primer grado de consanguinidad con antecedentes de enfermedad cardiovascular, le siguen en iguales porcentajes 18.18% las hipertensas que tienen familiares en segundo grado de consanguinidad con antecedentes de esta enfermedad y los que no tienen familiares con estos antecedentes:

Gráfica 17 Distribución de los Adultos Hipertensos según Sexo y factores de riesgo cardiovasculares Modificables: Obesidad. Cartagena, 2002-2003.



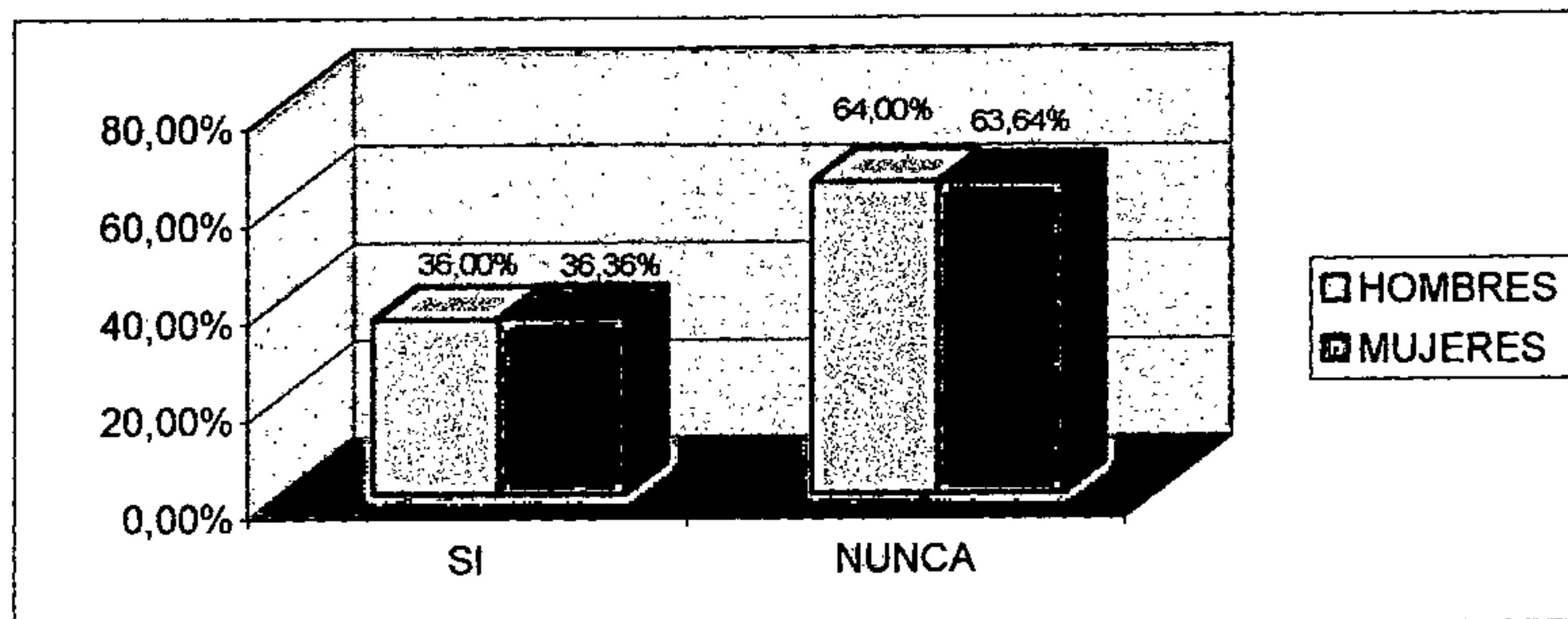
En el análisis de los hipertensos del sexo masculino, en relación a la obesidad, se encontró que un 40% tienen sobrepeso y el 4.00% presentan obesidad, Las hipertensas en 22.73% se encuentran en sobrepeso, un bajo porcentaje (4.55%) presentó obesidad.

Gráfica 18 Distribución de los Adultos Hipertensos según Sexo y factores de riesgo cardiovasculares Modificables: Ingesta de Alcohol, Cartagena, 2002-2003.



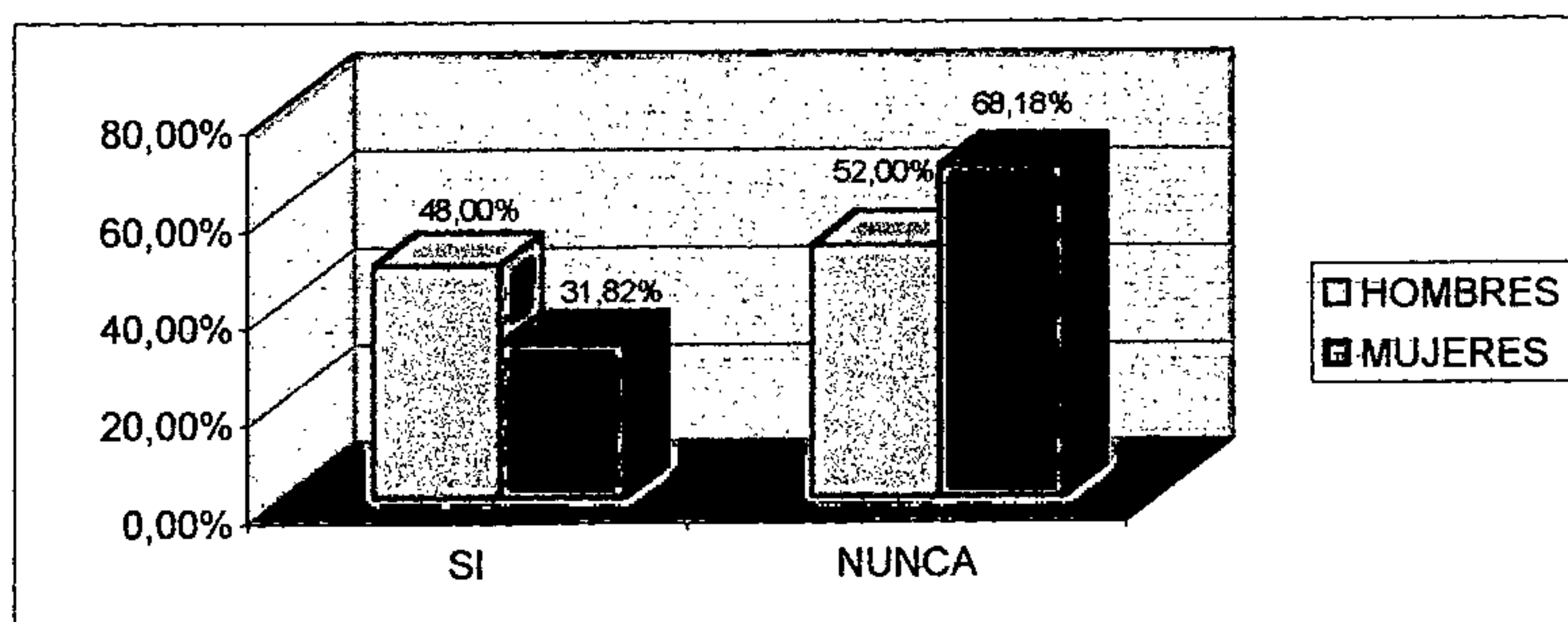
los hombres hipertensos ingieren bebidas alcohólicas en forma regular en un gran porcentaje correspondiéndole el 80%, solo el 20% no las ingieren. Las mujeres hipertensas ingieren bebidas alcohólicas en forma regular en un alto porcentaje, correspondiéndole al 54.55%

Gráfica 19 Distribución de los Adultos Hipertensos según Sexo y factores de riesgo cardiovasculares Modificables: Tabaquismo, Cartagena, 2002-2003.



Consumen cigarrillo en un 36% los hombres hipertensos, el mayor porcentaje las mujeres en igual porcentaje tienen el hábito de fumar (36.36%),

Gráfica 20 Distribución de los Adultos Hipertensos según Sexo y factores de riesgo cardiovasculares Modificables: Actividad Física, Cartagena, 2002-2003.



No realizan actividad física en el 68.18% las mujeres y en un 52.00% los hombres son sedentarios.

TABLA 1 Distribución de Hipertensos por Sexo según riesgo cardiovascular modificable Dietas. Cartagena, 2002- 2003.

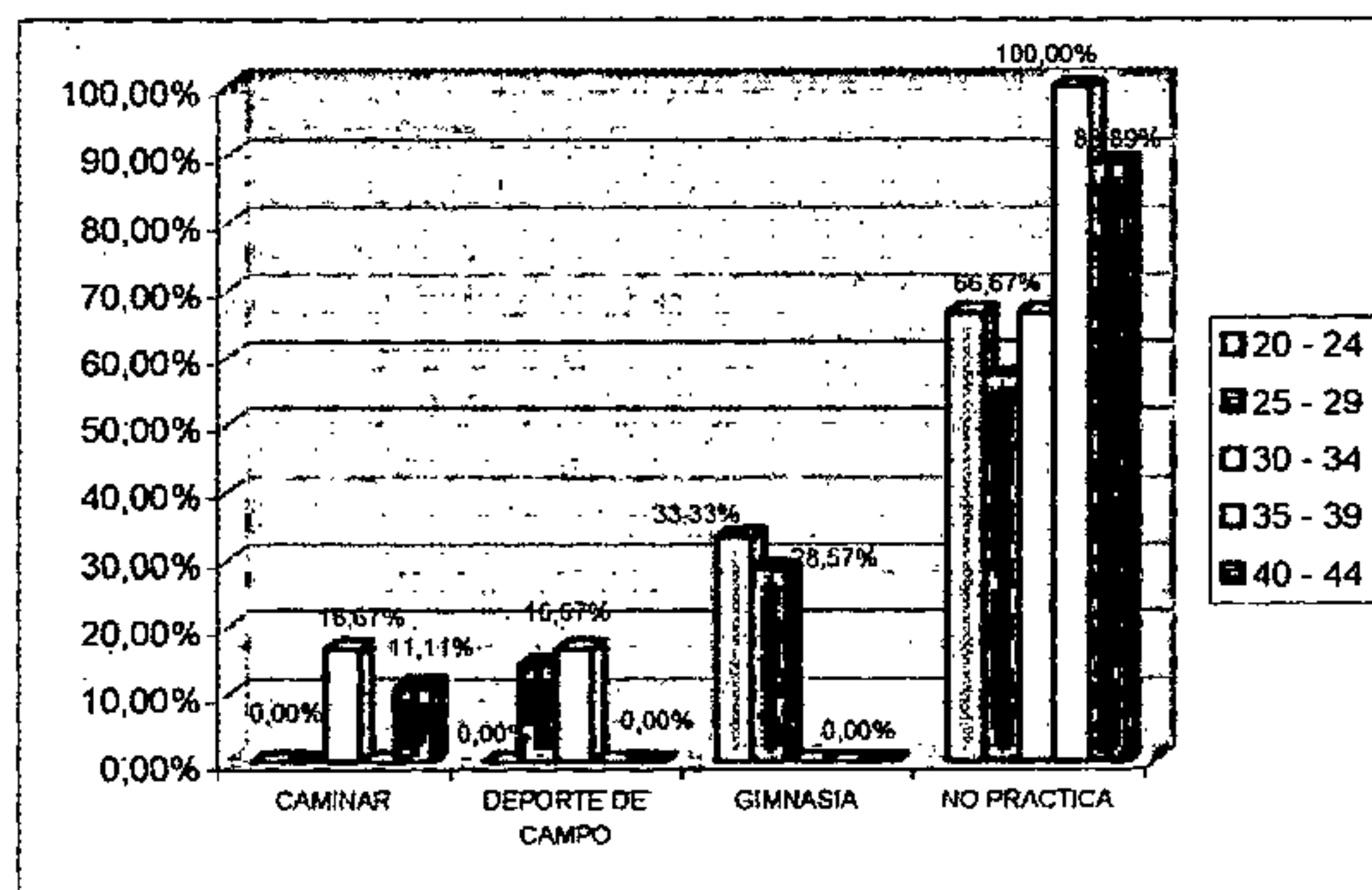
DIETA		HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONSUMO DE SODIO	HIPERSODICA	15	60,00%	7	31,82%	22	1
	NORMOSODICA	6	24,00%	8	36,36%	14	1
	HIPOSODICA	4	16,00%	7	31,82%	11	0
TOTAL		25	100,00%	22	100,00%	47	2
CONSUMO DE LÍPIDOS	HIPERLIPIDICA	17	68,00%	11	50,00%	28	1
	NORMOLIPIDICA	5	20,00%	8	36,36%	13	1
	HIPOLIPIDICA	3	12,00%	3	13,64%	6	0
TOTAL		25	100,00%	22	100,00%	47	2
CONSUMO DE CARBOHIDRATOS	ALTA	22	88,00%	13	59,09%	35	1
	NORMAL	2	8,00%	6	27,27%	8	0
	BAJA	1	4,00%	3	13,64%	4	0
TOTAL		25	100,00%	22	100,00%	47	2

Los hipertensos del sexo masculino en un alto porcentaje consumen la dieta hipersódica en un 60%, hiperlipídica en 68% y consumen alto contenido de carbohidratos en un 88%, normosódica la consumen el 24%, normolipídica el 20% y normalmente consumen carbohidratos en un 8%.

En relación al sexo femenino se pudo observar que el 32% ingiere dieta hipersódica, un 50% dieta hiperlipídica y un porcentaje muy significativo (59%) consume alimentos altos en carbohidratos, en cuanto a las dietas normales las ingieren en un porcentaje de 36% normosódica, 36% normolipídica y 27.3% normal en carbohidratos. (ver tabla)

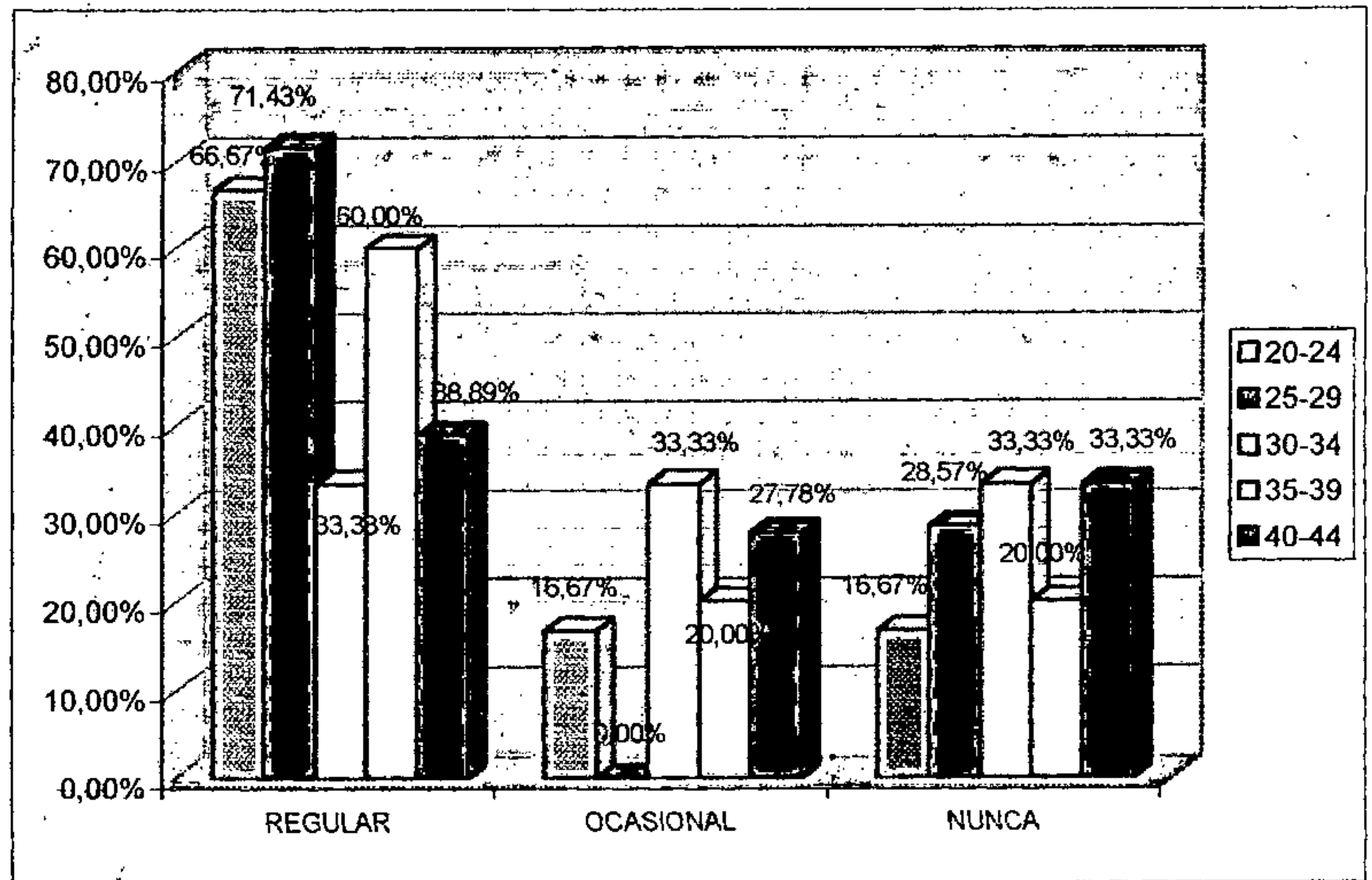
4.3 RELACION DE LOS HIPERTENSOS POR EDAD Y FACTORES DE RIESGO

Gráfica 21 Distribución de los Adultos Hipertensos por Edades según factores de riesgo cardiovascular modificables: sedentarismo, Cartagena, 2002- 2003.



Relacionando la edad de los adultos de 20 –44 años hipertensos con la obesidad y el sedentarismo, La obesidad es marcada en el grupo de 30 a 34 años correspondiéndole el 50%, el sobrepeso es más frecuente en los grupos de edad de 35 a 39 años de edad con el 40%, en los de 40 a 44 años en 33.3% respectivamente, en el grupo de hipertensos de 25 a 29 años el 28.7% tienen sobrepeso y 14.1% son obesos. Del total de estos adultos un alto porcentaje en todas las edades no realizan ejercicio físico correspondiéndole al 80.8%. llama la atención en forma abrumadora que en el grupo de edades de 35 a 39 años el 100% y en los de 40-44 años un 88.7% llevan una vida sedentaria, no practican gimnasia y no realizan deporte de campo, es alarmante que del total de adultos objetos de este estudio el 80.8 no realizan ejercicio regular.

Gráfica 22 Distribución de los Adultos Hipertensos por edades según factores de riesgo cardiovascular modificables. Consumo de Cigarrillo y Alcohol, Cartagena. 2002 – 2003.



El consumo de cigarrillo lo realizan en forma regular en mayor porcentaje con el 40% los adultos en edades entre 35 a 39 años, le sigue el grupo de edades entre 30 y 34 años en un 33.3%, llama la atención el grupo de 40 a 44 años que no consumen cigarrillos en forma regular y muy bajo porcentaje en forma ocasional; del total de hipertensos el 74.5% no tiene este hábito. El consumo de alcohol lo realizan los hipertensos regularmente en mayor porcentaje con el 71.5% en el grupo de edades comprendidas entre 25-29 años, le siguen con el 66.7% los adultos entre 20-24 años y ocasionalmente ingieren bebidas alcohólicas con el mayor porcentaje 33.3% el grupo de 30 a 34 años y 27.7% el grupo de 40 a 44 años.

TABLA 2 Distribución de los Adultos Hipertensos por Edades según factor de riesgo cardiovascular modificables. Dietas, Cartagena 2002 – 2003.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES (DIETA)		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 44		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONSUMO SODIO	HIPERSODICA	3	50	5	71.5	5	83.3	7	70	9	50	29	61.7
	NORMOSODICA	3	50	2	28.5	1	16.7	3	30	9	50	18	38.3
TOTAL		6	100	7	100	6	100	10	100	18	100	47	100
CONSUMO LÍPIDOS	HIPERLIPIDICA	3	50	6	85.7	3	50	7	70	12	66.7	31	66
	NORMOLIPIDICA	3	50	1	14.3	3	50	3	30	6	33.7	16	34
TOTAL		6	100	7	100	6	100	10	100	18	100	47	100
CONSUMO CARBOHIDRATOS	ALTA CARBOHID.	4	66.7	5	71.5	5	83.3	9	90	11	61.1	34	72.3
	NORMAL CARBOHID.	2	33.3	2	28.5	1	16.7	1	10	7	38.9	13	27.7
TOTAL		6	100	7	100	6	100	10	100	18	100	47	100

En cuanto a los hábitos alimenticios, los adultos hipertensos en edades entre 30 y 34 años en un 83.3% y el de 25-29 años con 71.5% ingieren dieta hipersódica, del total de los hipertensos el 61% consumen los alimentos con alto contenido de sal. En cuanto a los hipertensos que ingieren dieta hiperlipídica es más notorio en los grupos de 25 a 29 con el mayor porcentaje (85.7%) le siguen el grupo de edad de 35-39 años con 70% y el de 40 - 44 años en un 66.7%, consumen un alto contenido de carbohidratos en mayor proporción correspondiéndole al 90% los adultos en edades de 35 a 39 años, los hipertensos entre 30 y 34 años de edad consumen dieta alta en carbohidratos en un 83.3%, del total de estos hipertensos llama la atención que un alto porcentaje el 72.3% ingieren los alimentos con alto contenido de carbohidratos.

5. DISCUSION

Los resultados encontrados en el presente estudio con los adultos en edades de 20 a 44 años usuarios del C.A.P. Centro de Atención Primaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena en relación a los factores de riesgo cardiovascular mayores fueron los siguientes: en el sexo masculino se encontraron 60% hombres de raza negra, con familiar en primer grado de consanguinidad con enfermedad cardiovascular en un 38%, ingieren bebidas alcohólicas en un 71%, tienen el hábito del tabaquismo en un 28% y son sedentarios en un 48% e ingieren dietas altas en sal el 55.3%.

En el sexo femenino, con una población mayor de encuestados se observó el fenómeno de la siguiente manera: 49% de mujeres son de raza negra, con familiar en primer grado de consanguinidad con enfermedad cardiovascular en un 42.5%, ingieren bebidas alcohólicas en un 50%, son fumadoras de cigarrillo en un 10%, y no realizan actividad física en un 71.5%, tienen ingesta de dieta con alto contenido de sal en un 25.3%.

En el sexo masculino se encontraron 34.2% adultos con sobrepeso y el 5.3% son obesos y un porcentaje de 15.9% son hipertensos. En el sexo femenino 18.3% tienen sobrepeso y 4.3% son obesas, el 8.6% son hipertensas.

La modificación favorable de los factores de riesgo tradicionales conocidos como mayores, estos son: historia familiar de enfermedad cardiovascular y la edad de 45 años en adelante para hombres y mayores de 55 años para las mujeres, tabaquismo, la hipertensión arterial, la obesidad, el estado postmenopáusico y la inactividad física, afectan de manera incuestionable y más allá de toda evidencia la historia natural de la enfermedad cardiovascular, facilitando opciones de manejo y resultados finales.¹

Es necesario hacer la detección de obesos e hipertensos para tomar decisiones acerca de las estrategias adoptadas tanto para la prevención como para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares. Desde hace muchos años se conoce la relación entre obesidad e hipertensión arterial (HTA). Muchos estudios epidemiológicos lo han confirmado, sin embargo teniendo en cuenta que tanto obesidad como HTA comparten mecanismos hereditarios y pueden tener las mismas influencias ambientales en el presente estudio consideramos importante estudiarlas en este grupo de adultos, encontrando que en el sexo masculino se encontraron 34.2% adultos con sobrepeso y el 5.3% son obesos y un porcentaje de 15.9% son hipertensos. En el sexo femenino 18.3% tienen sobrepeso y 4.3% son obesas, el 8.6% son hipertensas.

¹ SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA, Guías de manejo de hipertensión, 1999. p:142

Estos resultados reflejan una alta incidencia de hipertensión en la población de adultos de 20 a 44 años de la zona centro de la ciudad de Cartagena, en las edades en que se presentó este riesgo con mayor intensidad fue en los adultos en edades comprendidas entre 40 - 44 años con el 29.7% y en las edades de 35 a 39 años con el 27.6%; guardando relación con los resultados de un estudio realizado en la ciudad de Cartagena por MANZUR, Fernando, en el año 2000, en una población de adultos entre 25 y 70 años de edad, en los que se presenta este riesgo en más alto grado en los jóvenes de 25 - 34 con el 13% y en el grupo de 35 - 44 con el 19% respectivamente.³⁶ La obesidad en el estudio antes mencionado, se encontró en un 23% en los adultos con intervalos entre 35 - 44 años de edad; en el presente estudio el sobrepeso en los adultos estudiados se encontró en mayor porcentaje con un 24.3% y el 4.67% presenta obesidad, estos hallazgos son consistentes con los resultados del estudio de MANSSUR, Fernando en que la obesidad se encontró en un 23% de los adultos con intervalos de edad entre 35 y 44 años.³⁷

Diversos estudios poblacionales han mostrado que el peso corporal está positivamente asociado al nivel de presión arterial, en un estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga por BAUTISTA, Leonelo. VERA Lina. sobre Factores de Riesgo asociados a la prevalencia de hipertensión arterial en adultos, (1993), encontraron que por cada 1.0 Kg de aumento de peso y talla, aumentan 3.4 y 2.1 mmHg la presión arterial y la prevalencia de sobrepeso en los adultos estudiados fue de 20.4%.³⁸

La obesidad juega un doble papel, por un lado, es un reconocido factor de riesgo cardiovascular, por otro es un "potenciador" de hipertensión y día a día cobra mayor importancia por su cada vez mayor incidencia. Se considera que más de 30% de la población del mundo occidental presenta obesidad.³⁹

Controlar la hipertensión arterial significa controlar el riesgo de enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular, mejorar la expectativa de vida en la edad adulta, con énfasis en la calidad de la misma, y sobre todo, una ganancia efectiva de años de vida saludables para el conjunto de colombianos, lo que permitirá acercarnos en este campo a los países desarrollados.

Por esta razón consideramos conveniente en el presente estudio identificar y relacionar los factores de riesgo cardiovascular en los adultos hipertensos detectados, lo que posiblemente pueden ser los condicionantes a la presencia de la hipertensión arterial.

³⁶ MANZUR, Fernando, Factores de Riesgo, incidencia y prevalencia de enfermedades cardiovasculares, revista colombiana de cardiología, Vol 8, N°8, marzo- abril, 2001. p. 367

³⁷ Ibid: p. 368.

³⁸ BAUTISTA, Leonelo. VERA, Lina. Factores de Riesgo asociados a la prevalencia de hipertensión arterial en adultos en la ciudad de Bucaramanga, revista Cardiología al día, Vol 2, N° 2, septiembre. 1999. p. 57

³⁹ SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGÍA, Clínicas colombianas de cardiología, Vol. 1; N° 1, 2, 3, 4, 1998. p. 96

Los altos porcentajes encontrados en ambos sexos y en relación a la edad muestran la alta incidencia de los factores de riesgo determinantes en la presencia de la hipertensión en los adultos de 20 a 44 años de edad, objeto del presente estudio, se hará referencia a lo más significativo encontrado. En relación a los hipertensos con la obesidad se pudo observar que 32% tienen sobrepeso, 4.2% son obesos en ambos sexos, el sobrepeso fue mayor en un 40% en los adultos en edades de 35 a 39 años, y la obesidad en un 14.1 fue más frecuente en el grupo de 25 a 29 años de edad, la hipertensión arterial se encontró en 36% en edades de 35-39 años en el sexo masculino y 41% en las edades de 40 a 44 años en el sexo femenino, tienen el hábito de fumar el 36%, es más frecuente el consumo de cigarrillo en las edades de 35 a 39 años correspondiéndole el 40%, no realizan actividad física el 60% y los adultos en el intervalo de edades entre 35 y 39 años en un 100% son sedentarios.

El sexo masculino presentó mayor porcentajes de hipertensos en relación al femenino, guardando relación con el estudio de MANSSUR, que se encontró en el 53% la hipertensión en este sexo, y en el estudio de BAUTISTA que encontró el 25% en hombres y el 18% en mujeres.

Frecuentemente los individuos con hipertensión arterial presentan factores de riesgo (obesidad, tabaquismo y sedentarismo) que conjuntamente producen un riesgo cardiovascular exageradamente alto para enfermedad cardiovascular.

En conclusión, se ha determinado la incidencia de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en los adultos jóvenes de la zona centro de Cartagena, y la incidencia de hipertensión arterial y obesidad como factores de riesgo determinantes. Estos resultados sugieren un gran potencial para la reducción de su incidencia y su efecto sobre la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares.

El control de la hipertensión es sin embargo un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones. La detección temprana se fundamenta en la posibilidad de la población de acceder a la toma de la presión arterial, a la intervención no farmacológica de los factores de riesgo, que según los grandes estudios han demostrado un mayor beneficio en la reducción de accidentes cerebrovasculares y cardiopatías coronarias.

RECOMENDACIONES

- ✓ Las modificaciones del estilo de vida, por su potencial para prevenir la hipertensión arterial, pueden reducir otros factores de riesgo cardiovascular. Por lo tanto, si se implementan estrategias para prevenir en la población el desarrollo de estas enfermedades, se disminuiría la morbi-mortalidad cardiovascular.
- ✓ Fortalecer el programa de Atención al Hipertenso en los aspectos de detección temprana de la enfermedad ya establecida en los adultos jóvenes, para garantizar un control adecuado y su permanencia en el mismo.
- ✓ Entrenar a los estudiantes de Enfermería de salud comunitaria en la prevención de la enfermedad cardiovascular mediante el presente modelo expuesto, como multiplicadores y promotores de campañas educativas de estilo de vida sana.
- ✓ Motivar y capacitar a los profesionales de enfermería del CAP de la Facultad de Enfermería comprometidos con el buen desarrollo del programa, a prestar atención de calidad a los usuarios del programas en los tres niveles de atención.
- ✓ Los resultados del presente estudio deberán tenerse presentes en el diseño de los planes distritales de salud que se adelantan en la ciudad de Cartagena, con el animo de contribuir al mejoramiento de la salud de la población.
- ✓ En los adultos jóvenes; es importante tener en cuenta, que si bien se observa, esta edad debe seguirse considerando como una etapa crítica para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, por lo que debe reforzarse la vigilancia sobre los factores y procesos que ponen en riesgo la salud de los jóvenes y que de paso crean las condiciones apropiadas para que el deterioro continúe en la edad adulta.
- ✓ El seguimiento de estos adultos de 20 a 44 años, e identificación de otros factores de riesgo determinantes (dislipidemias, diabetes) y la estratificación de riesgo para enfermedad cardiovascular, sería motivo de implementación de un modelo de intervención multidisciplinaria para la prevención de la enfermedad cardiovascular.

BIBLIOGRAFIA

AHUMADA, Justina. Epidemiología e Investigación en salud; Gráficas Lourdes Ltda., Barranquilla, 1993.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA INTERNA. Problemas Frecuentes en Medicina Interna, editora Guadalupe, Bogotá, 2001.

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE MEDICINA INTERNA. Prevención y tratamiento en el adulto, Prisma asociados, Bogotá. 2003.

BERTOLASI, C. Cardiología Clínica, Intermedia, Montevideo, Uruguay, 1988.

BRAUNWALD. Tratado de Cardiología, 4ª edición, Interamericana, Mc. Graw Hill, España, 1993.

BRODERICK J, BROTT y otros The Greater Cincinnati / Northern Kentucky Stroke Study: Preliminary First-ever annual total incidence rates of stroke among blacks. Stroke 1998;29: 416-421

CARMONA, Francesca. Todas las medicinas, Circulo de Lectores, 2001

COLON Candelaria. PENICHE Jacinta. Análisis Estratégico del CAP de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, 1999.

DANE, Archivos maestros de Defunciones, 1985, 1991 y 1995

GRUPO DE CUIDADO, Dimensiones del Cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, 1.998.

GOMEZ, Rafael. Obesidad y Factores de riesgo, porque aumenta la obesidad el riesgo cardiovascular, revista Hospital Practice, Orlando, Florida, vol 4, N° 6, 2000. p. 19 – 21.

GOMEZ, Rafael. Efectos de la obesidad en la enfermedad cardiovascular y la función cardiaca. revista Hospital Practice, Orlando, Florida, vol 4, N° 6, 2000. p. 24 – 25.

HURTS W, Schalant. El corazón, 7ª Ed. Interamericana, Mexico, 1994.

JÁUREGUI REINA, Cesar Alberto. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad, enfoque de salud familiar, medica Internacional, Bogotá, 1998.

MARQUES, Vidal. Hipertensión awareness, Treatment and control in the community: is the rule of halves still valid? Hum Hipertem, 1993, p 213-220.

MARQUES, Vidal. Hipertensión awareness, Treatment and control in the community: is the rule of halves still valid? Hum Hipertem, 1993, p 213-220.

MANZUR, Fernando. OLIVO, Carlos. Factores de Riesgo, incidencia y prevalencia de enfermedades cardiovasculares, revista colombiana de cardiología, Bogota, Vol 8, N° 8, Marzo- Abril, 2001. p. 363 – 368.

MINISTERIO DE SALUD. Guia de Manejo de la Hipertensión Arterial. Dirección General de salud pública. 1.999

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD, las condiciones de salud en las Américas, Washington, DC; OPS, 1998:1 publicación científica, p 569.

RIMM, E R. Review of Moderate Alcohol consumption and reduce risk of coronary heart disease, 1996; p. 312, 731

ROZO, R. Merchan, A. Cardiología, 1ª edición, Bogotá, 1999.

SORRENTINO, Matthew. Hipertensión: una epidemia nacional, revista Postgraduate medicina, Orlando florida, Vol 6, N° 11, 1.999. p. 11 - 12

VELEZ, H, Rojas W y otros Cardiología 5ª Ed, Medellín. 1998, p. 241

WANNAMETHEE, Sg SHASPER, Pattenmsof. Alcohol Intake and risk of stroke in middle- aged British men, stroke 1996; 27:10-33.

ANEXOS

ANEXO 1
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ORGANISMO DE SALUD: CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

Código E

--	--	--

ENCUESTA

OBJETIVO: recolectar información que nos permita detectar factores de riesgo cardiovascular en los adultos de 20 a 44 años de la comuna 9, zona centro de Cartagena, la información obtenida será de carácter confidencial.(previamente se le informará a cada una de las personas participantes los objetivos de la investigación.

fecha-----

DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombre-----Dirección-----

Teléfono----- Nivel Socioeconómico:-----

Ocupación-----

Estado Civil: Soltero----- Casado----- Unión libre----- Viudo-----

FACTORES DE RIESGO

Edad----- Sexo----- Raza-----

Tiene familiar con problemas del corazón-----han muerto por problemas del corazón en su familia Si--- No--- cual problema-----

Controla su presión arterial si-----no-----resultados último control-----

Conoce su peso: Si--- No--- cuanto Pesa-----

Presenta aumento en su peso----- se ha incrementado últimamente-----cuanto-----

Ha presentado niveles altos de colesterol si---no----- triglicéridos si----- no-----

Último control-----recuerda cifras-----

Acostumbra a ingerir alimentos con recargado contenido de::

Sal----- grasas----- harinas----- azúcar-----

Fuma si----- no----- desde cuando-----

Número de cigarrillos al día-----suspendió habito-----Hace cuanto-----

Practica algún ejercicio rutinario si----- no-----cual-----

Frecuencia en la semana-----cuanto tiempo-----

Acostumbra a ingerir bebidas alcohólicas ----- frecuencia-----

Cantidad----- no-----

Recibe terapia hormonal----- recibe anticonceptivos-----

DETECCION DE PACIENTES
REGISTRO DE PESO- IMC Y SC

Imc= Índice de masa corporal sc= superficie corporal

[illegible]

ANEXO 4

ASISTENCIA AL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA SALUD CARDIOVASCULAR

Cartagena, Enero 28, 2003

Recibí información sobre: Enfermedad Cardiovascular y afiches alusivos al tema, un folleto ilustrando el tema.

Alexander Vidor	Katherine Bolivar Gamba
Cecilia Gilman	LITIANA BOLIVAR Gamba
Claudia Ocampo	Florinda Sanchez
Fredy Cabeza	Dociz Herrera
Jader Diaz	Esther Salvando
Jelly Ballarín	Nuria Herrera Gomez
José Romero	Roberto Rivera
Amador Caballero	Ruth Ma Davis Amador
Enck G. Almeyda	
Eduardo Tejeda	
Orlando Romero	
Juan Carlos Blanco	
Milena Giménez	
Kelle Zamora Pérez	
Maria Novoa	
Clara Torres Chiquillo	
Edith Pardo	
Paula Guzman Pérez	
Carolina Wesp	
Lara Buitrago	
Marcelo Rodríguez	
Camilo Torres	
Nidia Lopez	
Edwin Jarama	
Leandro Romero	
Maria Virginia Romero	
Ing. Cinza Jimenez Puella	
Rosa Elena Jimenez Puella	
Hibis Ramirez Atencia	
Nabís Ramirez Menéndez	
Orlando Jimenez	
ANELIA CUOBRA	
Imar Cardillo Qui	
Rosa Elxi Cuadros	
Alfredo Ouyco Herrera	
Georgina Reyes Romero	
Indira Amara Jaloff Romero	

ANEXO 5

ASISTENCIA AL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA SALUD CARDIOVASCULAR

Cartagena, Febrero 11, 2003

Recibí información sobre: Factores Riesgo para Enfermedad Cardiovascular y afiches alusivos al tema, un folleto ilustrando el tema.

Alexander Vides	Katherine Bolivar Gof
Gedalei Giller	Liliana Bolivar Gambini
Claudia Ocampo	Marida Sanchez
Fredy Cabeza	Joy Anna Aguilar
José Díaz	Esther Sabarido
José Rodríguez	Nubia Mesa ylorre
José Romero	Roberto Rivera
Enrique Alarín	Ruth Maria Davis Ahumada
Maria Cabrer	
Mildred Mamilla	
Eduardo Tejedor St.	
Juan Carlos Blanco	
Milena Jimenez	
Kelle J. Samora Perez	
Mario Navarro	
Elagola Aguirre Chiquillo	
Enrique Jimenez	
Carmen Mica	
Dora Buitrago	
Geosaby Chacón	
Carmelo Rayne	
Nacelo Lopez	
Eduma Romero	
Yara Vergara Romero	
Luz Elena Jimenez Puello	
Dora Elena Puello	
Yuri Jimenez	
Hibis Ramirez Atencia	
Nubia Ramirez Atencia	
ANGELA CUADRO	
Brenda Blanqueth	
Rosa Elvira Guadros	
Luz Claudio Lamer	
Rosaura Medina Tulio	
ALFREDO OROZCO HERRERA	

ANEXO 6

ASISTENCIA AL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE AUTOCUIDADO
EN LA SALUD CARDIOVASCULAR

Cartagena, Febrero 18 2003

Recibí información sobre: Hábitos Alimenticios para prevenir la Enfermedad Cardiovascular y afiches alusivos al tema, un folleto ilustrando el tema.

Alexander Vider	Katherine Bolivar
Geobaldo Giller	Liliana Delivas Gumbin
Claudia Ocampo	Marida Sanchez
Fredy Cabeza	Ruthmaria Davis Alvarado
Isabel Diaz	
Amy Barrio	
Jose Romero	
Amor Salas	
Enrique Alvarez P	
Milena Simenez	
Kelle J. ZAMORA Perez	
Maria Navarro	
Magala Aguirre Chiquilla	
Erith Leizaola Guzman	
Judith Guzman Diaz	
Carleen Reyes	
Dora Buitrago	
Geosaby Chacon	
Carmelo Ayala	
Nidia Lopez	
Edwin Floran	
Belma Romero	
Yara Vergara Romero	
San Elmo Hernandez Puella	
Rita Elena Puella	
Marina Mesa	
Hibis Ramirez Atencia	
Nabiz Ramirez Atencia	
Alfonsa Chango Villanueva	
ANGELA CHADRO H.	
Brenda Chango Molina	
Rosa Elina Guadalupe	
Alvaro Cortes Camp	
Alfredo Orozco Herrera	
Indira Amira Jaffrom	

ANEXO 7

**ASISTENCIA AL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE AUTOCUIDADO
EN LA SALUD CARDIOVASCULAR**

Cartagena, Marzo 11 de 2003

Recibí información sobre: Estilos de Vida Saludables y afiches alusivos al tema, un folleto ilustrando el tema.

Alexander Vides

Globaldi Giller

Claudio Ocampo

Fredy Cabeza

José Rojas

Julio Gómez

José Gómez

Enrique Pérez

María Trinidad

Eduardo Tejedor

Amelia Barrios

Kelle J. ZANOTTA PEREZ

Maria Navarro

Carmen Mesa

Nidia López

Edwin Jordán

José Jordán

Leiliana Romero

Yara Nigara Romero

María Jimenez Puella

María Elena Puella

María Amnera

Hibis Ramirez Atencia

Nabís Ramirez Atencia

Roberto de Urquiza Villanueva

ANGELA CUADRO H.

Brenda Blanquez de Molina

Rosa Elena Guzmán

Alvaro Paredes Carr

Rosaura Medina Tilio

José Helen

Georgina Orozco Reyes

Indira Anna Jara F. Romero

Katherine Belivar Gab
Liliana Polivar Guzmán

ANEXO 8

ASISTENCIA AL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE AUTOCUIDADO
EN LA SALUD CARDIOVASCULAR

Cartagena, Abril 8 2003

Recibí información sobre: La Hipertensión arterial y afiches alusivos al tema, un folleto ilustrando el tema.

Alexander Vides

Gedaliah Giller

Claudia Ocampo

Freddy Cabrera

Jadys Dea

Judy Robinson

Judy Romero

Judy Pabon

Enrique Adams P

Nilsred Manilla

Eduardo Tejedor Jr.

Amelia M. M. M.

Juan Lopez Blum

Kelle J. ZAMORA PEREZ

Milena JIMENEZ

Napoleo Aguirre Chiquillo

Enith Peña Jarama

Judy Robinson

Carmen Sierra

Dora Buitrago

ANEXO 9

ASISTENCIA AL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE AUTOCUIDADO
EN LA SALUD CARDIOVASCULAR

Cartagena, Mayo 13 2003

Recibi información sobre: La Obesidad y afiches alusivos al tema, un folleto
ilustrando el tema.

Alexander Vides
Gabriel Beller
Claudio Ocampo
Freddy Cabeza
Jadys Rojas
Jorge Ballester
Jorge Romero
Enel Alvarado
Justin Muzumby Pérez
Carmen Méndez
Carmelo, Rafael
Nicolás López
Edwin Jorjón
Juan Carlos Jarama Puello
Rosa Elena Puello
Hibis Ramírez Atencia

ANEXO 10

**ASISTENCIA AL PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE AUTOCUIDADO
EN LA SALUD CARDIOVASCULAR**

Cartagena, Junio 17 2003

Recibí información sobre: El Tabaquismo y afiches alusivos al tema, un folleto ilustrando el tema.

Alexander Vides	Katherine Bolivar Gutierrez
Caballero Ballester	Liliana Bolivar Ramirez
Claudia Ocampo	Rulmaria Dario Amunada
Fredy Cabeza	Doris Herrera Amunada
Jose Rojas	Nubia Helena
Gilberto Ballonino	Esther Salgado
Jose Rojas	
Amara	
Eril G. Alvarez	
Yara Vergara Du	
La Elena Muenes Puella	
Rosa Elena Puella	
Hibis Ramirez Atencia	
Judith Hernandez Lopez	
Enith Bana Gomez	
Dora Contreras	

ANEXO 11

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
ORGANISMO DE SALUD: CENTRO DE ATENCION PRIMARIA

DETECCION DE PACIENTES

NOMBRE	No DE HISTORIA	EDAD	TELEFONO	T/A	PESO TALLA
Arelys teheran	001	29	6570520	150-100	65
Yoselis Campos	002	20	6624469	100-70	58
Claudia Ocampo	003	25	6624469	90-60	55
Alexander Vides	004	22	6537244	120-75	64
Rita Pardo Marrugo	005	26	6752671	130-90	68
José G Teheran	006	28	6615626	110-80	62
Rina Miranda G	007	28	6691479	100-60	
Geobaldi Gillen	008	21	6623819	120-80	65
Uriel castellón jaba	009	44		140-100	82
Arnold castellón J	010	37	6620868	110-80	97
Elsa Castellon	011	41	mismo	100-70	65
Fredy Cabeza	012	25	mismo	120-90	55
Justo Romero	013	42	6624634	150-100	90
Jadis Rojas	014	29	6722282	90-60	
Aily Baldovino	015	44		130-80	87
Amaury palacios	016	43	6628764	120-60	70

NOMBRE	No HISTORIA	edad	TELEFONO	P/A	PSO TALLA
Augusto Guerrero	017	39	6628764	100-60	58
Iris Hernández	018	37	6624833	100-60	
Willian Saltarin	019	25	6624177	140100	
Rosiris Osorio	020	32	6752192	90-70	
Marta Hernandez	021	34	6623483	160- 100	44
Luz E Jimenez	022	23	6691832	120-90	
Yosiris Jiménez	023	28	6691832	90-60	
Ana Dimas S	024	39	6753778	130-90	58
Jazmín jimenez	025	25	6691832	90-60	80
Leonardo Pacheco	026	27	6624272	150-95	82
Marisol Colomna	027	26	6624272	130-90	
Hipólita Peña	028	43	6623483	110-80	55
Mirna Florez C	029	39		100-60	
Judy castro	030	42	6741692	140-95	
Victor hernandez	031	40		130-90	68
Marelvís Reyes	033	36	6744998	114095	69
Edith Simancas	033	44	6294828	160100	60
Aniana Quiñones	034	42	6812354	90-60	60
Ana Novoa Alvarez	035	24	6676355	100-80	54
Liliana Castillo C	036	29	6753435	120-80	64

Elianith Cabrales	037	26	6767988	100-70	26
NOMBRE	No de HISTORIA	EDAD	TELEFONO	P/A	PESO TALLA
Genys Guerrero	038	40	6530892	120-70	62
Erick Alvarez	039	44	6640748	130-85	75-169
Yanis Mendoza	040	43	6536622	140100	58
Yaneth Zuñiga	041	37	6741136	140-80	78
Ersilia Escandòn	042	30	6752737	130-90	85
Dora Martinez	043	23	6720153	90-70	55
Tania Ledesma	044	26	6753739	100-70	67
Miguel Perez	045	40	6621725	130-95	68
Candelaria Burgos	046	44		140-90	53
Ana IMendoza	047	21	6627604	90-60	59
Hector Perez	048	33	6744597	110-70	72
Hugo Perez	049	31	6744597	120-80	75
Jorge Hernàn Gil	050	44	6744597	130-70	90
Angel Pinilla Julio	051	42	6744597	120-80	80
Luz Cordoba Mena	052	24	Tiendq los caballitos	110-70	
Euclides Berdugo	053	24	6620992	120-70	90
Jorge A Montes	054	20	6620992	110-70	95
Carlos A Balseiro	055	25	6620992	120-80	70
Antonio Guzman	056	40	6622986	130-70	80

ANEXO 14

TABLA 1. Relación Adultos de 20 a 44 años, según Sexo y Edad, Cartagena 2002 –2003

GRUPOS ETAREOS (AÑOS)	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 – 24	20	17,54%	41	22,04%	61	20,33%
25 – 29	25	21,93%	43	23,12%	68	22,67%
30 – 34	20	17,54%	35	18,82%	55	18,33%
35 – 39	19	16,67%	31	16,67%	50	16,67%
40 – 44	30	26,32%	36	19,35%	66	22,00%
TOTAL	114	100,00%	186	100,00%	300	100,00%

TABLA 2 Distribución Adultos entre 20 a 44 años según Sexo y factor de Riesgo Cardiovascular No-Modificable: Raza, Cartagena 2002 –2003

ESTADO CIVIL	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
SOLTERO	34	29,82%	51	27,42%	85	28,33%
CASADO	33	28,95%	49	26,34%	82	27,33%
UNION LIBRE	44	38,60%	78	41,94%	122	40,67%
VIUDO	0	0,00%	2	1,08%	2	0,67%
SEPARADO	3	2,63%	6	3,23%	9	3,00%
TOTAL	114	100,00%	186	100,00%	300	100,00%

TABLA 3. Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular No Modificable: Raza, Cartagena 2002 –2003

RAZA	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BLANCA	22	19,30%	24	12,90%	46	15,33%
MESTIZA	24	21,05%	71	38,17%	95	31,67%
NEGRA	68	59,65%	91	48,92%	159	53,00%
TOTAL	114	100,00%	186	100,00%	300	100,00%

TABLA 4. Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular No Modificable: Herencia., Cartagena 2002 –2003

HERENCIA (CONSANGUINIDAD)	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRIMER GRADO	43	37,72%	79	42,47%	122	40,67%
SEGUNDO GRADO	20	17,54%	68	36,56%	88	29,33%
NINGUNO	51	44,74%	39	20,97%	90	30,00%
TOTAL	114	100,00%	186	100,00%	300	100,00%

TABLA 5. Distribución Adultos de 20 a 44 años de Sexo según Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Frecuencia Consumo de Alcohol, Cartagena 2002 –2003

FRECUENCIA CONSUMO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
REGULAR	40	13,33	12	4,00	52	17,33
OCASIONAL	41	13,67	56	18,67	97	32,33
NUNCA	33	11,00	118	39,33	151	50,33
TOTAL	114	38,00	186	62,00	300	100,00

TABLA 6 Distribución Adultos de 20 a 44 años de Sexo Masculino según Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Cantidad de Consumo de Alcohol, Cartagena 2002 –2003

CANTIDAD CONSUMO ALCOHOL	REGULAR		OCASIONAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO	28	70,00%	8	19,51%	36	44,44%
MODERADO	10	25,00%	27	65,85%	37	45,68%
BAJO	2	5,00%	6	14,63%	8	9,88%
TOTAL	40	100,00%	41	100,00%	81	100,00%

TABLA 7 Distribución Adultos de 20 a 44 años de Sexo Femenino según Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Cantidad de Consumo de Alcohol., Cartagena 2002 –2003

CANTIDAD CONSUMO ALCOHOL	REGULAR		OCASIONAL		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ALTO	3	25,00%	9	16,07%	12	17,65%
MODERADO	7	58,33%	38	67,86%	45	66,18%
BAJO	2	16,67%	9	16,07%	11	16,18%
TOTAL	12	100,00%	56	100,00%	68	100,00%

TABLA 8 Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Tabaquismo, Cartagena 2002 –2003

FRECUENCIA	Nº CIGARRILLOS DIARIOS	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
DIARIO	< 10	21	18,42%	12	6,45%	33	11,00%
	11 - 20	6	5,26%	7	3,76%	13	4,33%
	> 20	5	4,39%	0	0,00%	5	1,67%
NUNCA	0	82	71,93%	167	89,78%	249	83,00%
TOTAL		114	100,00%	186	100,00%	300	100,00%

TABLA 9. Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Sedentarismo, Cartagena 2002 –2003

PRACTICA EJERCICIO FISICO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CAMINAR	18	15,79%	36	19,35%	54	18,00%
DEPORTE DE CAMPO	28	24,56%	2	1,08%	30	10,00%
GIMNASIA	13	11,40%	15	8,06%	28	9,33%
NO PRACTICA	55	48,25%	133	71,51%	188	62,67%
TOTAL	114	100,00%	186	100,00%	300	100,00%

TABLA 10. Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Dieta y/o Hábitos Alimenticios, Consumo de Sodio. Cartagena 2002 –2003

CONSUMO SODIO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
HIPERSODICA	63	55,26%	47	25,27%	110	36,67%
NORMOSODICA	29	25,44%	64	34,41%	93	31,00%
HIPOSODICA	22	19,30%	75	40,32%	97	32,33%
TOTAL	114	100,00%	186	100,00%	300	100,00%

TABLA 11. Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo Cardiovascular Modificable: Terapia Hormonal, Cartagena 2002 –2003

USO DE TERAPIA HORMONAL	Nº	%
ANTICONCEPTIVOS ORALES	44	23,66%
OTROS	2	1,08%
NINGUNA	140	75,27%
TOTAL	186	100,00%

TABLA 12 Distribución Adultos de 20 a 44 años según Sexo y Factor de Riesgo cardiovascular Modificable: Obesidad, Cartagena 2002 –2003

PESO	INDICE DE MASA CORPORAL (Kg/m2)	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJO	< 20	13	11,40%	38	20,43%	51	17,00%
IDEAL	20 - 24	56	49,12%	106	56,99%	162	54,00%
SOBREPESO	25 - 29	39	34,21%	34	18,28%	73	24,33%
OBESIDAD	30 Y MAS	6	5,26%	8	4,30%	14	4,67%
TOTAL	TOTAL	114	100,00%	186	100,00%	300	100,00%

TABLA 13 Frecuencia de control de la Presión Arterial en los Adultos de 20 a 44 años de edad, Cartagena 2002 -2003

CONTROL TENSION ARTERIAL	FRECUENCIA (ANUAL)	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
REGULAR	> 3	17	14,91%	31	16,67%	48	16,00%
OCASIONAL	< 3	18	15,79%	37	19,89%	55	18,33%
NUNCA	0	79	69,30%	118	63,44%	197	65,67%
TOTAL		114	100,00%	186	100,00%	300	100,00%

TABLA 14. Clasificación de la Hipertensión Arterial detectada en los Adultos de 20 a 44 años de edad, Cartagena 2002 -2003

ESTADIO	SISTOLICA (mmHg)	DIASTOLICA (mmHg)	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
			Nº	%	Nº	%	Nº	%
NORMAL	< 130	< 85	89	78,07%	164	88,17%	253	84,33%
NORMAL ALTA	130 - 139	85 - 89	7	6,14%	6	3,23%	13	4,33%
1	140 - 159	90 - 99	7	6,14%	9	4,84%	16	5,33%
2	160 - 179	100 - 109	10	8,77%	4	2,15%	14	4,67%
3	180 Y MAS	110 Y MAS	1	0,88%	3	1,61%	4	1,33%
TOTAL			114	100,00%	186	100,00%	300	100,00%

TABLA 15 Distribución de los Adultos Hipertensos según factores de riesgo cardiovasculares no modificables: Sexo, Edad, Raza y Herencia, Cartagena. 2002-2003

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES		HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
EDAD	20 - 24	4	16,00%	2	9,09%	6	12,77%
	24 - 29	5	20,00%	3	13,64%	8	17,02%
	30 - 34	2	8,00%	4	18,18%	6	12,77%
	35 - 39	9	36,00%	4	18,18%	13	27,66%
	40 - 44	5	20,00%	9	40,91%	14	29,79%
TOTAL		25	100,00%	22	100,00%	47	100,00%
RAZA	BLANCA	4	16,00%	2	9,09%	6	12,77%
	MESTIZA	6	24,00%	6	27,27%	12	25,53%
	NEGRA	15	60,00%	14	63,64%	29	61,70%
TOTAL		25	100,00%	22	100,00%	47	100,00%
HERENCIA	PRIMER GRADO	8	32,00%	14	63,64%	22	46,81%
	SEGUNDO GRADO	4	16,00%	4	18,18%	8	17,02%
	NINGUNO	13	52,00%	4	18,18%	17	36,17%
TOTAL		25	100,00%	22	100,00%	47	100,00%

TABLA 16 Distribución de Hipertensos por Sexo según riesgo cardiovascular modificable Dietas. Cartagena, 2002-2003.

DIETA		HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONSUMO DE SODIO	HIPERSODICA	15	60,00%	7	31,82%	22	1
	NORMOSODICA	6	24,00%	8	36,36%	14	1
	HIPOSODICA	4	16,00%	7	31,82%	11	0
TOTAL		25	100,00%	22	100,00%	47	2
CONSUMO DE LÍPIDOS	HIPERLIPIDICA	17	68,00%	11	50,00%	28	1
	NORMOLIPIDICA	5	20,00%	8	36,36%	13	1
	HIPOLIPIDICA	3	12,00%	3	13,64%	6	0
TOTAL		25	100,00%	22	100,00%	47	2
CONSUMO DE CARBOHIDRATOS	ALTA	22	88,00%	13	59,09%	35	1
	NORMAL	2	8,00%	6	27,27%	8	0
	BAJA	1	4,00%	3	13,64%	4	0
TOTAL		25	100,00%	22	100,00%	47	2

TABLA 17 Distribución de los Adultos Hipertensos según Edades y factores de riesgo cardiovasculares no modificables: Obesidad y Actividad Física, Cartagena, 2002-2003.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 44		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BAJO PESO	< 20	0	0,00%	0	0,00%	1	16,67%	0	0,00%	0	0,00%	1	2,13%
PESO IDEAL	20 - 24	5	83,33%	4	57,14%	2	33,33%	6	60,00%	10	55,56%	27	57,45%
SOBREPESO	25 - 29	1	16,67%	2	28,57%	0	0,00%	4	40,00%	6	33,33%	13	27,66%
OBESIDAD	30 Y MAS	0	0,00%	1	14,29%	3	50,00%	0	0,00%	2	11,11%	6	12,77%
TOTAL		6	100,00%	7	100,00%	6	100,00%	10	100,00%	18	100,00%	47	100,00%
EJERCICIO FISICO	CAMINAR	0	0,00%	0	0,00%	1	16,67%	0	0,00%	2	11,11%	3	6,38%
	DEPORTE DE CAMPO	0	0,00%	1	14,29%	1	16,67%	0	0,00%	0	0,00%	2	4,26%
	GIMNASIA	2	33,33%	2	28,57%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	8,51%
	NO PRACTICA	4	66,67%	4	57,14%	4	66,67%	10	100,00%	16	88,89%	38	80,85%
TOTAL		6	100,00%	7	100,00%	6	100,00%	10	100,00%	18	100,00%	47	100,00%

TABLA 18. Distribución de los Adultos Hipertensos según Edad y factores de riesgo cardiovasculares no modificables: Tabaquismo y Consumo de Alcohol, Cartagena, 2002-2003.

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 44		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONSUMO DE CIGARRILLO	REGULAR	1	16,67%	1	14,29%	2	33,33%	4	40,00%	0	0,00%	8	17,02%
	OCASIONAL	1	16,67%	1	14,29%	1	16,67%	0	0,00%	1	5,56%	4	8,51%
	NUNCA	4	66,67%	5	71,43%	3	50,00%	6	60,00%	17	94,44%	35	74,47%
	TOTAL	6	100,00%	7	100,00%	6	100,00%	10	100,00%	18	100,00%	47	100,00%
CONSUMO DE ALCOHOL	REGULAR	4	66,67%	5	71,43%	2	33,33%	6	60,00%	7	38,89%	24	51,06%
	OCASIONAL	1	16,67%	0	0,00%	2	33,33%	2	20,00%	5	27,78%	10	21,28%
	NUNCA	1	16,67%	2	28,57%	2	33,33%	2	20,00%	6	33,33%	13	27,66%
	TOTAL	6	100,00%	7	100,00%	6	100,00%	10	100,00%	18	100,00%	47	100,00%

TABLA 19. Distribución de los adultos hipertensos por Edades según factores de riesgo cardiovascular modificables: dietas, Cartagena 2002 -2003

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES (DIETA)		20 - 24		25 - 29		30 - 34		35 - 39		40 - 44		TOTAL	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CONSUMO SODIO	HIPERSODICA	3	50	5	71.5	5	83.3	7	70	9	50	29	61.7
	NORMOSODICA	3	50	2	28.5	1	16.7	3	30	9	50	18	38.3
TOTAL		6	100	7	100	6	100	10	100	18	100	47	100
CONSUMO LÍPIDOS	HIPERLÍPIDICA	3	50	6	85.7	3	50	7	70	12	66.7	31	66
	NORMOLÍPIDICA	3	50	1	14.3	3	50	3	30	6	33.7	16	34
TOTAL		6	100	7	100	6	100	10	100	18	100	47	100
CONSUMO CARBOHIDRATOS	ALTA CARBOHID.	4	66.7	5	71.5	5	83.3	9	90	11	61.1	34	72.3
	NORMAL CARBOHID.	2	33.3	2	28.5	1	16.7	1	10	7	38.9	13	27.7
TOTAL		6	100	7	100	6	100	10	100	18	100	47	100

Hipertensión

Usualmente no importa cuál sea la causa de la hipertensión (presión arterial alta). Lo importante es dar algunos pasos sencillos para conservar su presión arterial bajo control. Estos pasos pueden reducir su riesgo de enfermedad cardíaca—y ayudarlo a vivir una vida más sana.

Qué significan los números en una lectura de la presión arterial?

Si usted sufre hipertensión, es probable que su presión arterial sea 140/90 o más, lo cual se lee como 140 "sobre" 90. (La presión arterial promedio para un adulto sano es alrededor de 120/80. El primer número se denomina presión sistólica. Este número representa la cantidad de presión en sus arterias cuando la sangre es bombeada dentro de ellas cada vez que late su corazón. El segundo número—la presión diastólica—muestra la cantidad de presión en sus arterias cuando su corazón descansa entre los latidos.

Qué causa la presión arterial alta?

Cuando se desconoce la causa específica de la presión alta, se dice que una persona tiene hipertensión primaria. Ocasionalmente, la hipertensión se relaciona con otra condición—una enfermedad de los riñones o del sistema nervioso central, por ejemplo. Esto se denomina hipertensión secundaria. Pero sin tener en cuenta la causa, es importante mantener bajo control la presión arterial alta.

Qué sucede si no se controla la hipertensión?

La hipertensión no controlada puede conducir a enfermedad cardíaca, la cual puede producir como resultado un infarto cardíaco o falla cardíaca. La hipertensión también puede llevar a un accidente cerebrovascular (derrame cerebral) o falla renal.

Qué se puede hacer para reducir la presión arterial alta?

Muchos de los pasos que ayudarán a controlar su hipertensión también son buenas ideas para mejorar su salud global. A continuación se mencionan cómo mantener su presión arterial baja.

Deje de fumar.—Además de reducir otros riesgos de salud global, suspender el cigarrillo lo hará tener menos probabilidad de sufrir un derrame cerebral, aún si tiene hipertensión.

Controle su peso.—Las libras extra constituyen un riesgo adicional para su corazón.

Consuma una dieta sana.—Evite los alimentos salados. Existe una relación entre la alta ingesta de sal e hipertensión.

Reduzca su consumo de alcohol.—El alcohol aumenta la presión en sus arterias.

Elja un programa de ejercicio al cual se pueda adherir—y de verdad lo haga! Puede ser algo tan sencillo como caminar 20 minutos al día.

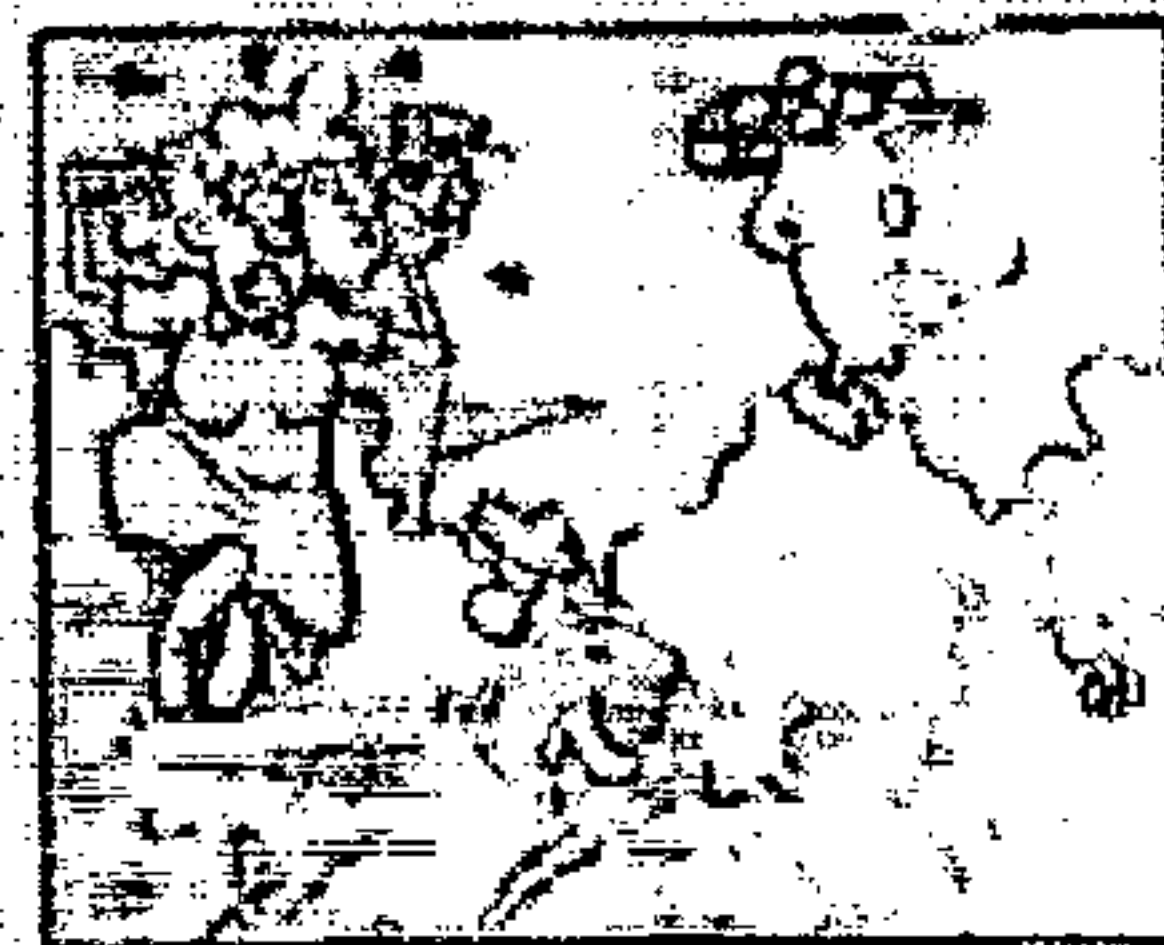
Tome su medicamento exactamente como se lo prescribieron. No omita ninguna dosis—aún si se siente de maravilla. Si piensa que la dosis de su medicamento se debe cambiar por cualquier razón, asegúrese de consultar a su médico.



EVITE COMIDAS SALADAS



HAGA EJERCICIO REGULARMENTE Y DEJE EL CIGARRILLO



TOME SUS MEDICAMENTOS EXACTAMENTE COMO SE LO PRESCRIBIO EL MEDICO

Adaptado de Post-Graduate Medicine. © 1998 McGraw-Hill Inc.

Recuerde: Usted es único. Siempre consulte a su médico cuando tenga interrogantes sobre el control de su presión arterial. Esta información no tiene la intención de sustituir el tratamiento médico.

Muchas veces la enfermedad del corazón se presenta como "SÍNTOMA SILENCIOSO". Aunque usted no sienta ningún síntoma el ciclo tal vez ya comenzó, siga los consejos de su médico ahora para que no tenga que ayudarlo después.

FACTORES DE RIESGO QUE DAN INICIO AL CICLO

HIPERTENSION: La alta presión de la sangre cuando recorre los vasos sanguíneos constituye un alto riesgo y puede provocar un gran daño a la pared arterial. Hágase tomar su presión arterial con regularidad.



COLESTEROL LDL ELEVADO: Este fenómeno contribuye al estrechamiento de las arterias. Hágase un perfil lipídico completo 2 veces al año.



TABAQUISMO: El humo del cigarrillo causa un daño enorme al endotelio, la capa que recubre las arterias por dentro. Lleve a cabo un programa para suspenderlo.



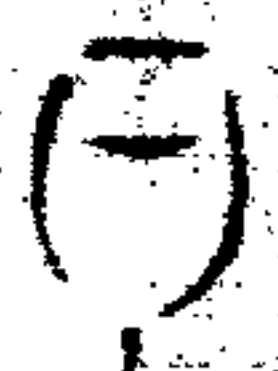
SOBREPESO: El sobrepeso es una de las primeras causas de hipertensión y daño arterial. Siga una dieta adecuada, vigilada por su médico o nutricionista.



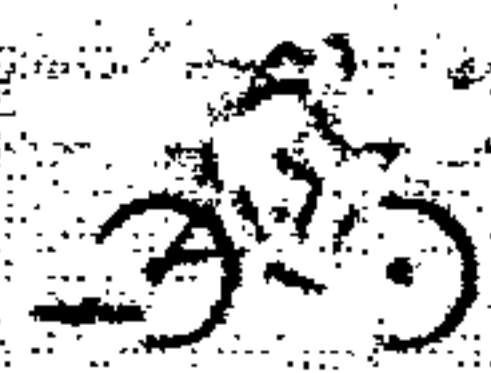
DIABETES MELLITUS: El manejo inadecuado de esta enfermedad conduce a alteraciones del CICLO CARDIOVASCULAR. Siga los consejos de su médico.



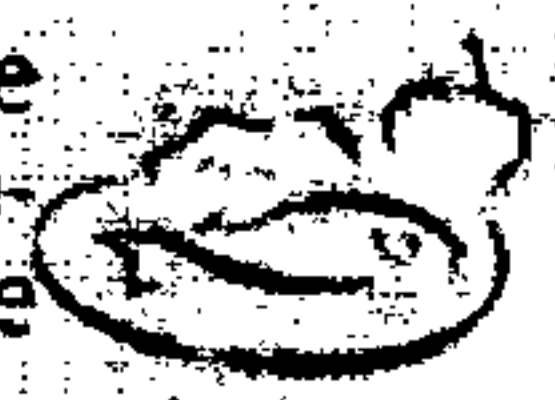
ALCOHOL: El consumo de alcohol es un importante factor de riesgo que conduce también a problemas cardíacos y que interfiere con sus medicaciones. Limite su consumo a una copa diaria.



FALTA DE EJERCICIO: Un nivel moderado de ejercicio físico con estiramiento y calentamiento previos reduce el riesgo de hipertensión en un 50%. Una caminata de 30 minutos 3 ó 4 veces a la semana ayuda a mantenerse en forma.



DIETA: Una dieta saludable reduciendo el exceso de grasas disminuye el riesgo de aterosclerosis y taponamiento de las arterias.



Existen otros factores de riesgo que usted no puede controlar pero que debe tener presentes como son: la edad avanzada y antecedentes en su familia de enfermedad cardíaca.

**LLEVE UNA VIDA SANA
Y EVITE ENTRAR EN EL
CICLO DE LA ENFERMEDAD DEL CORAZON**

Cortésia de:



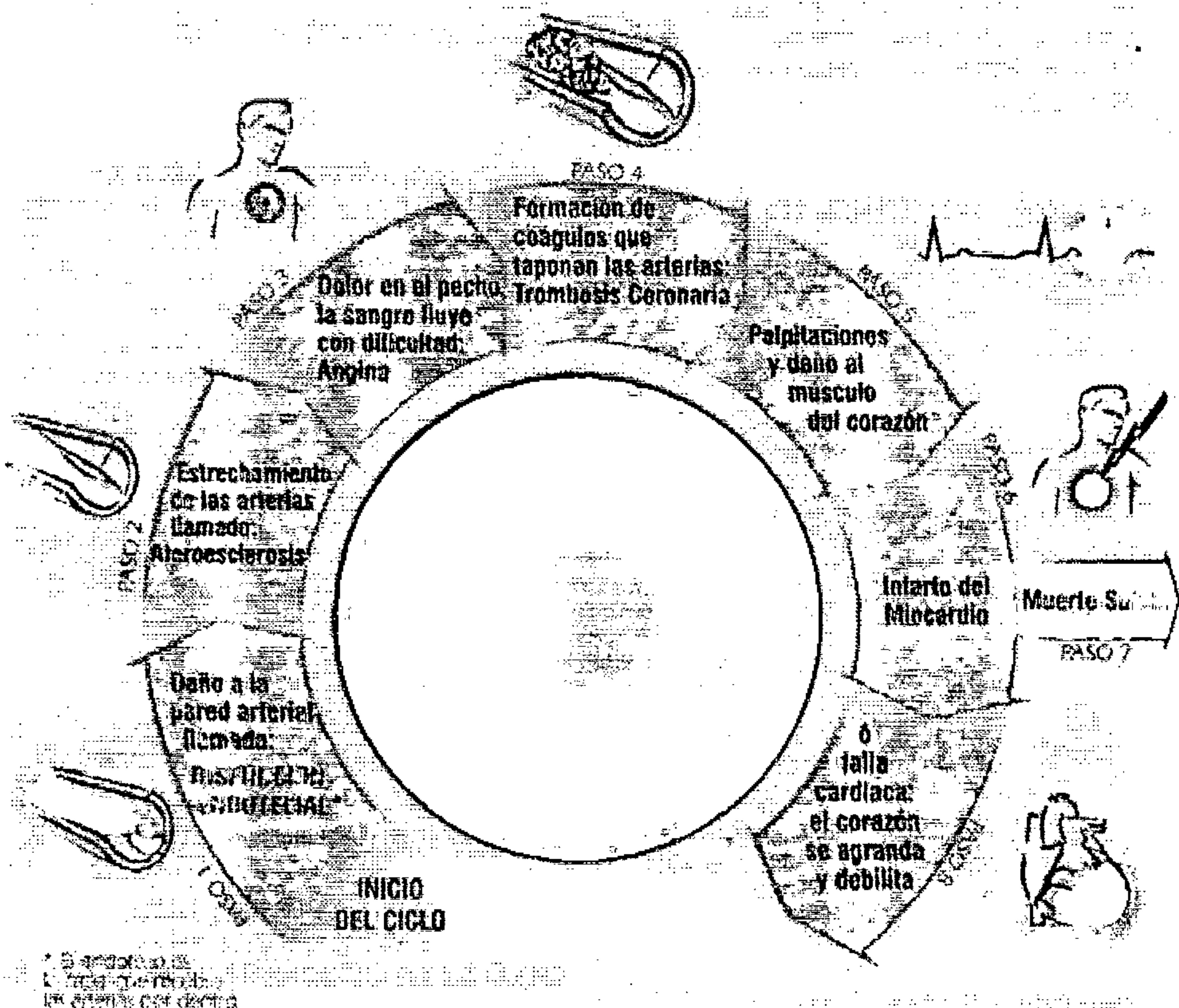
A.A. 1814 Cali.

Es usted fumador ?
 Colesterol LDL alto ?

Tiene sobrepeso ?
 Es diabético ?

Hipertenso ?

ESTOS FACTORES DE RIESGO PUEDEN CONDUCCIRLO AL



CICLO DE LA ENFERMEDAD DEL CORAZON