

**PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS
// ADULTOS DE 20 – 44 AÑOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA (C. A. P.) DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA EN EL SEGUNDO PERIODO 2006**

SAMANTHA AGUIRRE

VIVIANA AHUMADA

GLORIA CAMARGO

ANA C. MANJARRES

MARY TEJEDOR

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
CARTAGENA DE INDIAS.**

2007

BS
I614.42861
P944

2

**PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS
// ADULTOS DE 20 – 44 AÑOS DEL ÁREA DE INFLUENCIA DEL CENTRO DE
ATENCIÓN PRIMARIA (C. A. P.) DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA EN EL SEGUNDO PERIODO 2006**

**SAMANTHA AGUIRRE
VIVIANA AHUMADA
GLORIA CAMARGO
ANA C. MANJARRES
MARY TEJEDOR**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
ELIZABETH ROMERO**

**ASESORA METODOLOGICA
ROSSANA LOPEZ**

**UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION
CARTAGENA DE INDIAS.**

2007

Insuficiencia cardíaca
Riesgo (salud)
Riesgos en salud
salud pública

AGRADECIMIENTOS

Al término del presente trabajo, son nuestros deseos más sinceros expresar agradecimiento a todas aquellas personas que de una u otra forma contribuyeron en su elaboración y presentación final y en especial a:

A la docente Rossana López, quien como asesora metodológica orientó de forma asertiva la labor realizada en la presente investigación.

Por haber creído en nosotras, por haber valorado nuestro esfuerzo y dedicación, por habernos dado las herramientas metodológicas necesarias para orientar y encaminar nuestra investigación a feliz término.

Por sus expresiones de ánimo y apoyo para con el grupo a pesar de su corto tiempo con nosotras en este proceso investigativo.

Gracias, personas como tú son para valorar, respetar y guardarles gratitud.

Imposible no plantear nuestro profundo agradecimiento a la licenciada Zuleima Cogollo, ya que una sola asesoría nos dirigió hacia la ruta del éxito en nuestro arduo trabajo.

A la docente Elizabeth Romero por haber colaborado en la realización de esta investigación.

Gracias...

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION
 FORMA DE ADQUISICION

Compra _____ Donación Canje _____ U. de C. _____

Precio \$ 10.000 Proveedor _____

No. de Acceso 108840 No. de el. _____

Fecha de ingreso: DD 27 MM 06 AA 07

CONTENIDO

	Pág.
I INTRODUCCION	8
II METODO	16
III RESULTADOS	19
VI DISCUSION Y CONCLUSION	21
V RECOMENDACIONES	24
BIBLIOGRAFIA	

[Handwritten mark]

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
BIBLIOTECA Y CENTRO DE INFORMACION Y DOCUMENTACION

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular modificables en Cartagena en el segundo periodo 2006	29
Tabla 2: Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular modificables más frecuentes según el género	29
Tabla 3: Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular modificables más frecuentes según la edad.	29

GLOSARIO

DIABETES: Consiste en un aumento de la glucosa en la sangre, desencadenado por la incapacidad del organismo para producir suficiente insulina o responder a su acción adecuadamente.

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: Es una anomalía del corazón o de los vasos sanguíneos que se puede presentar sin que el paciente lo sepa y se debe a causas congénitas, inflamatorias o de origen desconocido; estas son crónicas es decir no se curan pero pueden controlarse.

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

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

FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES: El cual no es susceptible de intervención alguna.

HIPERTENSION ARTERIAL: Es la elevación sostenida de la presión arterial por encima de los valores normales (120/80 mmHg). Es la presencia de una presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 140mmhg, una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 90mmhg o quien toma medicación antihipertensiva.

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC): estimación directa de la masa grasa, resulta de dividir el peso en Kilogramo sobre la talla en metro cuadrado.

OBESIDAD: Es el incremento del peso debido al aumento de la grasa corporal. Se produce cuando el número de calorías ingeridas es mayor que el número de calorías gastadas.

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

SEDENTARISMO: Es la inactividad física, se considera uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de las enfermedades cardíacas, incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida sedentario y la mortalidad cardiovascular.

TABAQUISMO: Es el consumo habitual de tabaco en cualquiera de sus formas de presentación (cigarros, cigarrillos, tabaco, pipa, etc.

RESUMEN

En Colombia, después de la muerte violenta, las enfermedades desencadenadas de factores de riesgo cardiovascular ocupan el segundo, tercero y cuarto lugar dentro de las cinco primeras causas de mortalidad en la población general del país. Según el DANE en el Distrito de Cartagena durante el 2004 la primera causa de mortalidad fue la hipertensión arterial y la segunda el infarto agudo del miocardio. De igual manera en el Centro de Atención Primaria (C.A.P.), se situaron los factores de riesgos cardiovasculares como la segunda causa de morbilidad. Por lo anterior se identificó la prevalencia de los factores de riesgo 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 en el segundo periodo 2006. Este estudio descriptivo, se utilizó una encuesta semiestructurada y un registro de índice de masa corporal (IMC) se hallaron 478 personas que cumplieron los criterios de inclusión como: edad de 20 a 44 años, vivir en esa zona elegida, querer colaborar y no tener enfermedad mental. Se encontró que el factor de riesgo cardiovascular con más prevalencia fue el sedentarismo 59.6%, seguido de la obesidad con el 33.2%. Se concluyó que las mujeres son más sedentarias que los hombres, hallándose estas en un 69,8%, pero los hombres presentan más obesidad que las mujeres con un 53,5%.



I. INTRODUCCION

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que aproximadamente un 80% de las muertes por enfermedades cardiovasculares se produjo en el 2003 en países de ingresos bajos y medios, la organización internacional sostiene que las enfermedades del corazón no responden a un patrón geográfico, de género ni de índole económico o social específico, con referencia a esto, está la obesidad y sus consecuencias potenciales como uno de los factores principales de riesgo para sufrir enfermedades cardiovasculares, no obstante los expertos en salud pública estiman que para el 2010 estas patologías constituirán la primera causa de muertes en los países en vías de desarrollo.(1)

A pesar de más de 30 años de cuidadosos estudios no se ha establecido la causa precisa de Enfermedades Cardiovasculares (ECV). El hecho de que el origen de las ECV no se pueda atribuir a una única causa explica en parte la dificultad para diseñar estudios que aclaren los factores que contribuyen a un número tan grande de muertes cardiovasculares al cabo de cada año. Sin embargo, datos epidemiológicos de estudios en todo el mundo han identificado constantemente valores de lípidos en sangre y ciertos factores ambientales, en particular dietéticos, que caracterizan a las poblaciones con frecuencia alta en ECV. De lo único que se puede estar seguros respecto a las enfermedades cardiovasculares es que se producen cuando coinciden un número suficiente de factores desencadenantes o "factores de riesgo"(2).

Para identificar los factores de riesgo cardiovascular se han realizado diversos estudios epidemiológicos, el más importante es el Framingham iniciado en 1949 y que aun prosigue; también se destaca el estudio de los siete países patrocinados por la Organización Mundial de la Salud (1953), gracias a ellos y otros estudios se pudo determinar que la hipertensión arterial, el habito de fumar cigarrillos, los antecedentes familiares, el sexo masculino, la edad, la diabetes, el sedentarismo, la obesidad entre otros fueron reconocidos como factores de riesgo cardiovascular, de lo cual pueden ser modificables haciendo énfasis en la promoción de la salud, la cual esta dada por elementos claves como son: el proceso evolutivo del hombre y su interrelación con el medio ambiente y ésta a la vez proporciona los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre si mismo, para alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social. Con relación a lo anterior se debe mencionar que existe un patrón fundamental como es la necesidad de brindar a las personas los medios para construir su propia forma de vida para alcanzar la salud de manera integral (3).

En los países en desarrollo, la mortalidad provocada por las enfermedades cardiovasculares ha aumentado en la última década, causando más muertes que cualquiera de las enfermedades infecciosas. En Colombia, después de la muerte violenta, las enfermedades derivadas de factores de riesgo cardiovascular ocupan el segundo, tercero y cuarto lugar dentro de las cinco primeras causas de mortalidad en la población general del país (4).

En un estudio realizado por Manzur y Arrieta (5) en la Costa Caribe Colombiana de un total de 2023 encuestados se obtuvo un resultado por edades con un promedio total de 47 años; por género 59,7% fueron mujeres y 40,3% hombres. El 11,8% presentó diabetes, el 21% padecía obesidad, de la muestra 15,4% eran fumadores; y una cifra verdaderamente elevada del 37,4% llevaba una vida sedentaria.

En un análisis estratégico de la situación del Centro de Atención Primaria (C.A.P.) 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 (6).

En Colombia según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, dentro de las 10 principales causas de muerte entre 1998 y el 2001, se encuentran: Cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, enfermedades cerebro vasculares. Igualmente en la ciudad de Cartagena, dentro de las primeras 10 causas de morbilidad y mortalidad se encuentran el infarto agudo del miocardio, la hipertensión arterial, y la enfermedad cerebro vascular.

En la ciudad de Cartagena según información suministrada por el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS) entre las primeras veinte (20) causas de mortalidad en el año 2001, la hipertensión arterial ocupa el primer lugar, reportándose un total de 319 casos, y en segundo lugar el infarto agudo del miocardio con 152. Durante el año 2002, la primera causa de mortalidad en la ciudad de Cartagena fue la hipertensión arterial con 113 casos, el infarto agudo del miocardio ocupó el tercer lugar entre las primeras veinte causas de mortalidad, con 73 casos (7).

La tasa general de mortalidad en el Distrito de Cartagena durante el 2004 fue de 452.3 por 100.000 habitantes, siendo la primera causa de mortalidad la

hipertensión arterial con 438 casos y la segunda el infarto agudo del miocardio con 301 casos (DANE).

En el Centro de Atención Primaria (C.A.P.) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, lugar de desarrollo del presente estudio, en los datos obtenidos de acuerdo a las estadísticas encontradas en el periodo de enero a junio de 2006, se situaron los factores de riesgos cardiovasculares como la segunda causa de morbilidad, con un total de 157 casos.

De acuerdo con la situación expuesta, se define como problema: **¿Cuál es la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en los adultos de 20 a 44 años en el área de influencia del centro de atención primaria (C. A. P.) de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena en el segundo periodo 2006?**

Como profesionales de enfermería es de suma importancia conocer sobre los factores de riesgo cardiovascular y los daños que ocasionan en los diferentes sistemas, debido a que en nuestra sociedad es común el tabaquismo, la obesidad, la hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión, entre otros, y a la vez se debe analizar y planear acciones de enfermería interdisciplinaria procurando fortalecer la promoción y prevención de la enfermedad cardiovascular por medio de la educación a las personas, familias y comunidad.

Por esta razón se hizo necesario Identificar la prevalencia de los factores de riesgo 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 en el segundo periodo 2006.

Identificar los factores de riesgo cardiovascular no modificables: edad, sexo, herencia; y los factores de riesgo cardiovascular modificables: hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, obesidad y sedentarismo 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 en el segundo periodo 2006.

La enfermedad cardiovascular es una anomalía fundamental del corazón o de los vasos sanguíneos que se puede presentar sin que el paciente lo sepa y se debe a causas congénitas, inflamatorias o de origen desconocido, estas son crónicas es

decir, no se curan pero pueden controlarse. El término enfermedad cardiovascular (ECV), para fines estadísticos hace referencia a las siguientes entidades: hipertensión arterial sistémica (HTS), enfermedad coronaria (EC), accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardiaca (ICC), cardiopatía reumática y aterosclerosis (8).

Los factores de riesgo cardiovascular son condiciones individuales que pueden aumentar el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular. Al hablar de factores de riesgo se debe tener en cuenta que tradicionalmente se han clasificado en modificables y no modificables.

Los factores no modificables, son constitutivos de la persona la que siempre tendrá ese factor de riesgo, no es posible revertirlo o eliminarlo, por ejemplo: edad, género o sexo, factores genéticos (personales y/o familiares).

La edad tiene una relación directamente proporcional con el desarrollo de enfermedad cardiovascular y el riesgo se eleva con el incremento de la misma. En el hombre la edad umbral a la cual se inicia un alto índice de enfermedad cardiovascular es a los 45 años y 55 años para la mujer. Se considera que en las edades de 45 a 75 años hay un incremento de 3 a 4 veces de riesgo por estas enfermedades (9).

Los hombres menores de 50 años tienen una incidencia más elevada de afecciones cardiovasculares que las mujeres en el mismo rango de edad - entre tres y cuatro veces más. A partir de la menopausia, los índices de enfermedades cardiovasculares son sólo el doble en hombres que en mujeres de igual edad.

El riesgo cardiovascular aumenta con el paso de los años. Se ha establecido que, en los hombres desde los 45 años y en las mujeres desde los 55 años, aumentan notoriamente su riesgo de desarrollar esta enfermedad (8).

Con respecto a la predisposición genética se tiene claro que la predisposición a las enfermedades cardiacas es heredada pero se debe recordar que si bien todas tienen causa genéticas; no siempre son hereditarias. La predisposición genética es activada por factores del ambiente (10).

Los miembros de familias con antecedentes de enfermedad cardíaca se consideran en una categoría de riesgo cardiovascular más alta. El riesgo en hombres con historias familiares de ECV antes de los 50 años de edad, es de 1.5 a 2 veces mayor que en quienes no aportan el factor hereditario (2).

Los factores de riesgo modificables, son aquellos que pueden ser corregidos o eliminados a través de cambios en el estilo de vida, tales como la hipertensión arterial, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo, la diabetes:

1. La Hipertensión es la elevación de la presión sanguínea, se reconoce como un factor de riesgo, a nivel cardiovascular porque si se mantiene esa elevación de forma sostenida con el tiempo se producen múltiples efectos adversos en el sistema cardiovascular, al existir hipertensión, el corazón se ve obligado a trabajar con más esfuerzo, lo que en un período de tiempo suficientemente largo puede provocar un aumento de volumen del corazón y un deterioro en la función de bombeo (deficiencia cardíaca). Por otra parte, la presión sanguínea alta mantenida contra las paredes de las arterias facilita la arteriosclerosis o endurecimiento de las arterias (11).

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

Es importante reforzar el control adecuado y permanente de los factores de riesgo modificables para hipertensión arterial, para que desarrollen cambios en su estilo de vida. Aspectos específicos de estilos de vida como conocimiento de la enfermedad, dieta, patrones de actividad física, tabaquismo, han sido representativos marcadores de efectos importantes de morbilidad y mortalidad, especialmente si se encuentran asociados a una patología en el paciente. Así, se plantea que la salud se podría prolongar modificando tales aspectos de estilos de vida por medio de las técnicas de modificación de conductas (11).

A medida que la hipertensión arterial progresa las paredes del corazón se hacen más gruesas. Como una forma de adaptarse a la sobrecarga de presión el corazón desarrolla hipertrofia ventricular izquierda, esta se asocia con enfermedad coronaria, infarto del miocardio y fibrosis miocárdica, insuficiencia cardiaca, predisposición a arritmias cardíacas y posiblemente muerte súbita.

2. La diabetes se produce por un aumento de la glucosa en la sangre, desencadenada por la incapacidad del organismo para producir suficiente insulina o responder a su acción adecuadamente. Es un factor de riesgo, ya que, este estado de hiperglicemia produce una arterosclerosis acelerada dañando progresivamente los vasos sanguíneos. La diabetes puede incrementar los triglicéridos y reducir las lipoproteínas de alta densidad. La diabetes acelera el desarrollo de arterosclerosis que incrementa el riesgo de un ataque al corazón. Los individuos con diabetes tienen mayor incidencia de presentar insuficiencia cardiaca, cardiopatía entre otros.

La diabetes aumenta notablemente el riesgo de manifestaciones de enfermedades cardiovasculares. Las personas con diabetes mal controlada tienden a tener una gama amplia de complicaciones relacionadas, lo que incluye alta concentración de lípidos en sangre, enfermedades coronarias, hipertensión y otros desordenes circulatorios. Esto afecta tanto a las grandes arterias, provocando arteriosclerosis, como a los pequeños vasos sanguíneos, provocando hemorragias en los ojos y extremidades, o lo que es más grave, incluso en el cerebro.

3. El tabaquismo es un factor de riesgo para enfermedad coronaria por si mismo e interactúa con otros, como la hipercolesterolemia y la diabetes, potenciándolos. En los fumadores se aumenta la agregación de las plaquetas, se produce espasmo de las arterias coronarias, reduciendo el suministro de sangre y aumentando la demanda de oxígeno, lo que produce isquemia del miocardio. Por otra parte, se da una lesión repetitiva de la capa interna de los vasos sanguíneos, un aumento en la adherencia plaquetaria con proliferación al músculo liso, un aumento de las lipoproteínas de baja densidad y una disminución de las de alta densidad. La presencia de estos cambios genera arteriosclerosis de aorta y vasos coronarios y un aumento dramático de la arteriosclerosis vascular periférica (12).

El tabaquismo aumenta la producción de colesterol de baja densidad, 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.

4. El sedentarismo ha sido científicamente evidenciado como un factor de riesgo de gran peso para las enfermedades cardiocerebrovasculares. Se ha demostrado que la inactividad produce cambios similares a los que produce el envejecimiento: disminución del calcio óseo, disminución del gasto cardiaco, del volumen de glóbulos rojos, de la tolerancia a la glucosa, de la masa muscular y aumento de la resistencia vascular periférica, de la presión arterial y de la grasa corporal (13).

La contrapartida del sedentarismo es la actividad física. La importancia de los efectos de la actividad física sobre la salud humana ha sido destacada por todas las especialidades médicas, pero donde se demuestran sus beneficios con mayor magnitud es en el sistema cardiovascular. El ejercicio aeróbico disminuye la frecuencia cardiaca y la presión arterial en reposo a un nivel dado de trabajo, lo que resulta en una reducción en la carga sobre el corazón. Podríamos resumir diciendo que el ejercicio incrementa la capacidad para captar, transportar y usar el oxígeno por parte de los tejidos (especialmente por los músculos ejercitados), para una mayor producción energética y mejor eliminación de desechos metabólicos. Esta capacidad es referida comúnmente como capacidad aeróbica. El ejercicio físico realizado en forma regular tiene efectos benéficos sobre la tasa de hipercolesterolemia, hipertensión arterial y diabetes, y disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, especialmente coronaria y cerebrovascular. Una condición física adecuada puede influir favorablemente sobre la trombogenicidad, disminuyendo también, por esta otra vía, las tasas de morbilidad y mortalidad de origen coronario (14).

5. La obesidad es un factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular. El peso corporal es un predictor de la cardiopatía coronaria mejor que la presión arterial, el tabaquismo o la intolerancia a la glucosa. Además, la obesidad aumenta también el riesgo de aparición de otros problemas de salud, como determinados cánceres, enfermedades digestivas, trastornos respiratorios y enfermedades articulares. La obesidad es el resultado de un consumo de calorías en la alimentación que supera el gasto calórico a lo largo de un período de tiempo prolongado. La obesidad puede definirse como un contenido excesivo de grasa corporal. El índice de masa corporal (IMC, el peso corporal en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros) es la forma que se prefiere para el cálculo de la obesidad dada su sencillez y la correlación que presenta con los trastornos asociados a la misma (15).

Las variables en este estudio son los factores de riesgos cardiovasculares no modificables y modificables con sus respectivos indicadores tales como: la edad, el sexo, la herencia, obesidad, hipertensión, diabetes, sedentarismo y el tabaquismo.



II. METODO

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es descriptivo, en el cual se identificaron los factores de riesgo cardiovascular en los adultos de 20 - 44 años del área de influencia del Centro de Atención Primaria (C. A. P.) de la facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena en el segundo periodo de 2006.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población total esta constituida por 59.946 habitantes distribuidos en los 21 barrios de la comuna 9; para el estudio se tomaron como referencia los barrios ubicados dentro del radio de acción de un kilómetro (1Km) del área de influencia del C A P la cual cuenta con 32.293 habitantes ubicados en 5.565 viviendas.

Por no contar con datos estadísticos del número de habitantes de 20 a 44 años distribuidos en los barrios, solo se tiene el del total de la ciudad de Cartagena que es el 51% de la población general. Para el estudio se trabajo con una probabilidad de 0.5 de encontrar individuos de este rango de edad en esta población, error muestral del 5%. Para una muestra de 399 habitantes. Utilizando la formula de población finita.

La muestra estuvo conformada por 478 personas seleccionadas probabilísticamente de 352 viviendas del sector.

Criterios de inclusión: Edad de 20 a 44 años, Vivir en esa zona elegida, querer colaborar y no tener enfermedad mental

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

La recolección de la información se realizó a través de una encuesta semiestructurada que permitió la identificación de los factores de riesgo en los adultos, como la edad, sexo, antecedentes familiares, tabaquismo, diabetes, sedentarismo, etc. (ver anexo N°1) este instrumento fue tomado y modificado de la investigación de Florez y Romero (16) para ser utilizada en esta investigación.

En esta investigación no se tuvo en cuentas las demás características sociodemográficas como: estado civil, escolaridad y ocupación debido a que en un comunicado de prensa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1) se declara que las enfermedades del corazón no responden a un patrón geográfico, de género y de índole económico o social específico, por lo anterior se contemplo únicamente la edad, sexo, estrato social; Caso contrario sucedería si se contemplara el estrés como factor de riesgo cardiovascular y este no es objeto de este estudio.

Se investigaron las siguientes variables en la población encuestada: sexo, edad y herencia; y los factores de riesgo cardiovascular: tabaquismo, sedentarismo, obesidad o sobrepeso, hipertensión arterial y diabetes

Para la recolección de los datos se utilizaron las siguientes definiciones, descripción y categorías de las variables antes enumeradas.

Sexo: sexo evidente del interrogado.

- Masculino.
- Femenino.

Edad: edad comprendida entre 20 y 44 años declarada por el interrogado al momento de la investigación.

Herencia: miembros de familias con antecedentes de ataques cardíacos o enfermedad cardiovascular. Se investigó si tenían algún familiar con enfermedad cardiovascular ya sea vivo o que haya fallecido.

Tabaquismo: consumo habitual de tabaco en cualquiera de sus formas de presentación (cigarros, cigarrillos, tabaco, pipa, etcétera). Siguiendo los criterios de la OMS se define como fumador habitual quien fuma 1 cigarrillo por día ó 5 por semana en el último año (17).

Sedentarismo: Para efectos de la presente investigación se consideró como sedentaria a toda persona que no realiza actividad física regular de duración mínima de 30 minutos, tres días a la semana. Se investigó si había realizado esta actividad física (deporte, ejercicios, etcétera) en el último año. Ya que la actividad física debe tener una duración mínima de 30 minutos y una frecuencia mínima de tres días a la semana”(18).

Se tomaron en cuenta las siguientes categorías de actividad física:

- Deporte, caminata o gimnasia.

Obesidad o sobrepeso: se utilizó un registro estructurado el cual corresponde al de peso y talla (ver anexo N°.2), que permitió realizar el calculo del Índice de Masa Corporal (IMC) = dividir el peso en kilogramo entre talla en metro al cuadrado, para identificar el factor de riesgo obesidad, mediante la siguiente clasificación: mayor o igual a 25. Para tallar a los participantes se utilizó el tallímetro de adultos y se tomó el peso de las personas encuestadas.

Se catalogó la Obesidad o sobrepeso en cuanto a:

-Obesidad o sobrepeso (> 25)

-Normal (< 24.9)

Hipertensión arterial y diabetes: se define hipertensión arterial como la elevación sostenida de la presión arterial por encima de los valores normales (120/80 mmHg), y la diabetes como un aumento de la glucosa en la sangre, desencadenado por la incapacidad del organismo para producir suficiente insulina o responder a su acción adecuadamente. Ambos datos fueron suministrados por los entrevistados, teniendo en cuenta personas que estén diagnosticadas.

TÉCNICAS DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

Los datos se procesaron en el software Microsoft Excel. Se calcularon frecuencias y porcentajes para cada variable estudiada.

III. RESULTADOS

La población encuestada en el área de influencia del CAP de Amberes correspondió a un total de 478 personas, concentrándose un promedio de edad de 30 años. La distribución por sexo corresponde en su mayoría al género femenino (59%). Hallándose un predominio en el estrato socioeconómico 3 (60,2%), seguido del estrato 2 (37,6%). En cuanto a la herencia se encontró que el 57% tienen antecedentes familiares de alguna enfermedad cardiovascular, en su mayoría el infarto.

Entre los hallazgos más sobresalientes se encontraron el sedentarismo y la obesidad (tabla 1), en donde se observó que del total de encuestados, 59,6% no practican ninguna actividad física. En el resto de las personas encuestadas se halló que 8,16% (39 personas), practican alguna actividad física <90 minutos a la semana y un 21,97% (105 personas), practican alguna actividad física >90 minutos por semana, los cuales siguen una rutina semanal en actividades como caminatas, aeróbicos, deportes, entre otros.

Con relación a la obesidad se observa que en la proporción de adultos encuestados se hallaron 159 personas con sobrepeso u obesos (33,2%) con relación al IMC.

En este estudio se muestra que 18,2% de personas encuestadas tienen el hábito de consumir cigarrillo, pero de ese porcentaje, el 9,02% lo hacen ocasionalmente de por lo menos 1 a 2 cigarrillos en ocasiones especiales.

Se encontró que el 7,3% (35) personas presentaron Hipertensión, de las cuales el 68,6% la controla, esto es de importancia ya que esto incrementa el factor de riesgo para enfermedad cardiovascular. También se encontró que un 2,5% (12 personas) presentaron diabetes.

Teniendo en cuenta el género el factor de riesgo hipertensión tuvo mayor prevalencia en el género femenino en un 57%, igual el sedentarismo con un 69,8%. En el género masculino los factores con mayor prevalencia fueron el consumo de cigarrillos 71,3%, y la diabetes con un 66,7%. (Tabla 2)

El factor de riesgo sedentarismo se presentó en mayor porcentaje de 17,2% en los adultos entre 29-31 años, le sigue el grupo de 26-28 años de edad con 15,4% y menor en el rango de 44-46 años con un 3,2%. En lo relacionado a la obesidad se encontró la mayoría de los casos en el rango de 29-31 años en un 18%, le sigue en un 14,5% en las edades de 26-28 y 38-40 años, en menor porcentaje de 3,8% en las edades de 44-46 años. En lo referente al consumo de cigarrillo se encontró un 24,1% en las edades de 20-22 años, seguido de 16,1% en el grupo de 23-25 años y en menor porcentaje de 4,6% en las edades de 44 años. El factor de riesgo cardiovascular hipertensión se presentó en mayor porcentaje de 22,9% en las edades de 41-43 años y no se presentó en las edades de 20-22 años. La diabetes se presentó en las edades de 35-40 años en un 25% y no se dio en los rangos de edades de 23-25, 26-28 y de 32-34 años. (Tabla 3).

IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En el presente estudio un porcentaje importante de la población estudiada presentó sedentarismo (59,6%) siendo este el factor predominante al igual que en el estudio de Amador Álvarez y cols (19), donde el 69% de la población eran sedentarias de un total de 100 hipertensos estudiados. Datos similares se observan en el estudio de Florez y Romero (16) en el cual 62,6% de los 300 adultos encuestados no practicaban ningún ejercicio físico. Coincidiendo esto con los resultados obtenidos por Moya y Corral (20) en donde el 58% de las 55.700 personas encuestadas a través de un periodo de seis años eran sedentarias. En un estudio de Cuervo y Garzón (21) el cual se halló que un 64,2% de la muestra nunca realizó alguna actividad física. En un estudio realizado por Barrera, Cerón y Ariza (22) se halló que el 54% de las personas presentaban el factor sedentarismo. Datos más elevados se hallaron por Hernández (23) en donde el 100% de las personas objeto de estudio no realizaban ninguna actividad física. Resultados diferentes se encontraron en el estudio de Manzur, Arrieta y cols. (5) donde 37.4% de las personas eran sedentarias.

El sedentarismo se convierte en un factor de riesgo cardiovascular ya que las personas sedentarias tienen un 20- 50 % mayor de desarrollar HTA y el doble de probabilidad de padecer eventos cardiovasculares, comparado con un individuo físicamente activo (24).

El 8.16% (39 personas) de las personas encuestadas en el presente estudio practican alguna actividad física <90 minutos a la semana y un 21.97% (105 personas), practican alguna actividad física >90 minutos por semana, los cuales siguen una rutina semanal en actividades como caminatas, aeróbicos, deportes, entre otros, lo que se convierte en un factor protector, ya que se considera que la actividad física aeróbica regular, como caminatas de 30 minutos diarios o trotar 30 minutos 3 veces por semana y en forma continua puede reducir el riesgo (25).

Con respecto a la hipertensión se observó que el 7.3% de personas resultó ser hipertensa, similar a los resultados encontrados en el estudio de Florez y Romero (16) donde el 10.3% de los encuestados se les detectó HTA; en el estudio realizado por Manzur, Arrieta y cols.(5), se halló un 21% de los encuestados con diagnóstico de hipertensión. Igualmente en el estudio de Moya y Corral (22), donde el 16% de las personas presentaron hipertensión. Datos similares en un estudio de Curto, Prats y cols (26), donde el 22% eran hipertensos. A diferencia Peña y Contreras (11), en un estudio hallaron un 35% de encuestados

presentaban este factor. Con relación a este factor según la edad se presentó el mayor porcentaje (25.7%) en el rango de 38 a 40 años de edad, predominando en el género femenino con un 57.1%, datos similares se hallaron en un estudio de Florez y Romero (16) donde este factor se presentó en un 40.9% en el género femenino. La HTA hace que el corazón trabaje con más esfuerzo, lo que puede provocar un aumento en el volumen del corazón, deficiencia cardíaca y facilita la arteriosclerosis (11). La relación entre HTA y riesgo de eventos cardiovasculares es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo. A mayor elevación de presión arterial, mayor posibilidad de infarto del miocardio, falla cardíaca, enfermedad cerebro vascular y enfermedad renal (27).

El factor de riesgo modificable diabetes fue reportado en 12 personas (2.5%) de la población encuestada. Datos similares encontraron Amador Álvarez y cols (21), donde la diabetes fue reportada en el 2% del grupo. Similares resultados se hallaron en un estudio realizado por Manzur, Arrieta y cols (5), donde un 5.3% presentó este factor, y en un estudio realizado por Moya y Corral (22), donde el 6% presentaron diabetes. La diabetes aumenta notablemente el riesgo de manifestaciones de enfermedades cardiovasculares, ya que el estado de hiperglicemia produce una arteriosclerosis acelerada dañando progresivamente los vasos sanguíneos, al generar un impacto directo en el sistema cardiovascular, ocasionando cambios a nivel endotelial, enzimático y alteraciones neurohormonal (28).

En lo relacionado al consumo de cigarrillo se observó en el presente estudio que el 18,2% de personas tienen este hábito, concordando con el estudio de Florez y Romero (16) donde el 17% de el total de los adultos manifestaron presentar este hábito; igualmente en el estudio de Curto y Prats (26) en donde se halló que el 25% de los entrevistados eran fumadores al momento de la encuesta; en el de Manzur, Arrieta y cols (5) en donde el 15,4% eran consumidores de tabaco; y el estudio de Moya y Corral (22) en donde el 18% de los encuestados fumaban. En contraposición con este se encuentra un estudio realizado por Cuervo y Garzón (23) en el cual se halló que el 2,4% de la población presentaban este factor.

Es importante resaltar que a pesar de el conocimiento científico acumulado acerca de los riesgos para la salud que ocasiona el cigarrillo, las tendencias de su creciente consumo son alarmantes sobre todo en la población joven (29). Además, cabe mencionar que el tabaquismo es un factor de riesgo para la enfermedad coronaria ya que se aumenta la agregación de las plaquetas, se produce espasmo de las arterias coronarias, reduciendo el suministro de sangre y aumentando la demanda de oxígeno, lo que produce isquemia del miocardio (12)

Con referencia a la obesidad se observa que 33.1% de personas la padecen, siendo estos similares al estudio de Moya y Corral (22) con un 25% de los encuestados eran obesos. Datos más elevados se encontraron en el estudio de Curto (26) donde el 53% de las personas estudiadas eran obesos, y en el de Barrera, Cerón y Ariza (24), se encontró que 64.7% de la muestra tienen obesidad, en el estudio de Hernández el 68,7% presentaron obesidad. Datos distintos se encontraron en el estudio de Manzur, Arrieta y cols (5) en donde la prevalencia de obesidad fue de 11,8%.

La obesidad es un factor de riesgo cardiovascular ya que el peso corporal es un predictor de la cardiopatía coronaria, mejor que la presión arterial o la intolerancia a la glucosa, además la obesidad aumenta también el riesgo de aparición de otros problemas de salud, por eso es importante la disminución del peso corporal ya que mejora los valores de glicemia en los diabéticos, disminuye los valores de colesterol, y triglicéridos y aumenta los niveles de HDL, factores que se hallan frecuentemente asociados (11).

En **conclusión**, las personas encuestadas fueron la mayoría adultos en el rango de 29-31 años de edad, en donde predominaba el sexo femenino y la mayor parte de las personas encuestadas presentaban antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.

El 59,6% de las personas encuestadas son sedentarios, de las cuales se presento el mayor porcentaje (17,2%) de este factor en el rango de 29-31 años de edad; y el 33,2% de la muestra presentaron obesidad, de los cuales la mayoría estaba en el rango de 29-31 años de edad con un 18,9%, la presencia de estos factores si pueden generar enfermedad cardiovascular, y concomitantemente mucho más rápido. Según el género las mujeres son más sedentarias que los hombres, hallándose estas en un 69º,8%, pero los hombres presentan más obesidad que las mujeres con un 53,5%.

El hábito de fumar en esta población se encontró que la mayoría de los que tienen este hábito lo hacen ocasionalmente y en otros estudios el porcentaje es semejante.

Con respecto a la hipertensión esta se presento en mayor porcentaje (57,1%) en el género femenino, según la edad se presento en el rango de 38-40 años de edad, con un 25,7%.



VI. RECOMENDACIONES

Promover y acrecentar los programas educativo en el CAP de Amberes, a través de el fomento de políticas en salud para lograr que el conocimiento de los factores de riesgo por la población general y por los pacientes para alcanzar estilos de vida saludables, para así disminuir la prevalencia de los factores de riesgo modificables tratados en esta investigación.

Reforzar las medidas de tipo educativo en la población general para fomentar la necesidad de abandonar el hábito de fumar, reducir el peso, combatir la hipertensión e incluso la práctica de ejercicio diario.

Implementar programas específicos en donde se empleen estrategias educativas encaminadas a la toma de conciencia sobre la responsabilidad de desarrollar conductas saludables tendientes a controlar o manejar los factores de riesgo modificables.

Organizar el grupo de "manejo y control de los factores de riesgo cardiovascular", en el CAP de Amberes liderados por parte de la facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, a través de la educación.

BIBLIOGRAFIA

- 1 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: Más Allá Del Corazón. Noticias e Información Pública, Comunicado de Prensa Organización Panamericana de la Salud: Promoviendo la salud en las Américas, Washington, D.C., (25, septiembre, 2005) www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps050923.htm [Consultado: 20/sep/2006]
- 2 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: "Prevención y tratamiento a través de la alimentación" www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-I [Consultado: 20/sep/2006]
- 3 RUFFLA, Cesar J. Prevalencia de factores de riesgos. En: Revista Argentina de Cardiología. Azcuénaga (Argentina). Vol. 60, No. 4 (Jul.-Agos.1962); p. 351.
- 4 LERMA J, BARONA N, VALENCIA A. Atención ambulatoria al adulto y el anciano. Cali; Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, 1993.
- 5 MANZUR, Fernando. ARRIETA, Carlos O. y cols. Estudio sociológico y del conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la Costa Caribe Colombiana (Estudio Caribe). En: Revista Colombiana de Cardiología. V.12 No.3 Bogota (septiembre. 2005) www.scielo.org.co/scielo.php
- 6 COLON Candelaria, PENICHE Jacinta. Análisis Estratégico del CAP de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena, 1999. Pág.4
- 7 ROMERO MASSA, Elizabeth. Intervención multidisciplinaria para la prevención de la enfermedad cardiovascular en adultos del barrio Bruselas que asisten al centro de atención primaria de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena. 2004 p. 23
- 8 BRAUNWALD, Dunglas. Tratado de cardiología. 4 ed. Interamericana Mac. Graw Hill. España 1993 p. 162.
- 9 MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de salud pública. Guía de manejo de hipertensión arterial. Bogotá. 1999. p. 222

10 TURIZO ORTIZ, Dubis. ZÚÑIGA MEJIA, Karina. Identificación de factores de riesgo cardiovascular en los conductores de COOTRANSURB. Cartagena 2003-2004 p. 20

11 PEÑA E, CONTRERAS F y otros. Ejecución de un programa para reforzar el conocimiento del control de los factores de riesgo modificables de hipertensión arterial en los trabajadores de Pequiven oficina principal. En: Revista de la Facultad de Medicina, V 24 No. 2 Caracas (jul. 2001). www.scielo.org.ve/cielo.php

12 RODRÍGUEZ, Edgar et al. Tabaco: Estadísticas de consumo en la población Colombiana. Santa fe de Bogota, Colombia : Centro de Investigación y Estudios Internacionales sobre Droga - CIDNE, 1992. p. 129

13 CUITIVA MORENO, Maritza. Nivel de actividad física y motivos que llevan a un grupo de adultos de la UBA Ramajal a practicarla. En: Avances en enfermería. Vol. XXI, No. 2 (julio- diciembre, 2003); p. 29. ISSN 0121-4500

14 KISEN BRIGER, Oscar. Sedentarismo (Fundamentos de las Recomendaciones FAC '99 en Prevención Cardiovascular) [Consultado:24 enero de 2007]

15 La obesidad como enfermedad crónica: una visión general. www.obesidad.roche.es/prof/monografia/prof_xm03cos.php [Consultado: 24/enero/2007]

16 FLOREZ TORRES, Inna. ROMERO MASSA, Elizabeth. Promoción del autocuidado en la salud cardiovascular de los adultos del área de influencia del CAP de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Cartagena 2002-2003.

17 World Health Organization (WHO). Guidelines for controlling and monitoring the tobacco epidemic. Geneva: WHO Tobacco or Health Programme; 1997.

18 SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA. Programa de actividades preventivas y promoción de la salud. Guía de educación sanitaria sobre actividad física de tiempo libre. Publicaciones PAPPS. Documento N° 2, 1995. www.papps.org/menuPublicaciones.htm. [Consulta: 5/2/05]

19 SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA, Clínica colombiana de cardiología Vol. I, 1,2,3,4. 1998 p. 97.

20 AMADOR, Jesús. y Otros Autores Factores de Riesgo Cardiovascular www.ilustrados.com [Consultado: 18/Nov/2006]

21 MOYA, Luis. CORRAL, Juan. Enfermedad coronaria: la ignorancia un factor de riesgo mayor. En: Revista Colombiana de Cardiología. Vol. 7 Suplemento 3 (octubre, 1999)

22 CUERVO, Luz. GARZON, Magda. Cambio en el estilo de vida adoptados por las personas que asisten a los programas de prevención de factores de riesgo cardiovascular. En: Actualizaciones en enfermería. Vol. 6, No. 4 Santa fe de Bogota (diciembre, 2003); ISSN 0123-5583

23 BARRERA, Esneda. CERÓN, Nancy y ARIZA, Martha. Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de hipertensión arterial. www.colombiamedica.univalle.edu.co [Consultado: 2/Nov/2006]

24 HERNANDEZ, Walter. Factores de riesgo cardiovascular en una población obrera industrial de la provincia de Cartago. En: Revista Costarricense de Salud Pública. Vol. 9, No.16 San José (julio, 2000); ISSN 1409-1429 versión impresa. www.scielo.sa.cr/scielo.php

25 DUPERLY, John, actividad física y enfermedad cardiovascular, En: revista colombiana de cardiología Vol. 8, No. 8, Marzo-Abril 2001. Pág. 353.

26 SOCIEDAD COLOMBIANA DE CARDIOLOGIA, Clínica colombiana de cardiología Vol. I, 1,2,3,4. 1998 p. 97.

27 CURTO, Sergio et al. Investigación sobre factores de riesgo cardiovascular en Uruguay En: Revista Médica del Uruguay. Vol. 20, No. 1 (marzo, 2004) www.scielo.edu.uy [Consultado: 18/Nov/2006]

28 CHOBANIAN, AV. BAKRIS, GL et al. The seventh report of the Joint Nacional Committee on Prevencion, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension 2003; 42:1206-1252

29 JARAMILO, Carlos. Factores de riesgo cardiovascular, mitos y realidades: Diabetes mellitus como factor de riesgo cardiovascular. p. 65

30 The World Bank. Curbing the Epidemic Governments and the Economics of Tobacco Control. Washington DC: The World Bank; 1999

OTRAS FUENTES CONSULTADAS

BIANCULLI, C. et al. Factores de riesgo para la salud y la situación nutricional de los adolescentes urbanos en Argentina. En: Adolescencia. Latinoamericana. v.1 n.2 Porto Alegre (jul./sep, 1998) ISSN 1414-7130 versión impresa. www.scielo.edu

LERMA J, BARONA N, VALENCIA A. Atención ambulatoria al adulto y el anciano. Cali; Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, 1993.

MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de salud pública. Guía de manejo de hipertensión arterial. Bogotá. 1999. p. 222

¿Por qué las enfermedades cardiovasculares son un grave problema en las Américas? Noticias e información del centenario: Comunicado de Prensa OPS: Promoviendo la salud en las Américas, Washington, D.C., (11, abril, 2002) www.paho.org/spanish/dpi/100/100feature15.htm [Consulta: 16/sept/06]



LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular modificables en Cartagena en el segundo periodo 2006

Factores de riesgo modificables	Si	
	Fc.	%
Sedentarismo	285	59.6
Obesidad	159	33.2
Consumo de cigarrillo	87	18.2
Hipertensión	35	7.3
Diabetes	12	2.5

Tabla 2. Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular modificables más frecuentes según el género

Factores de riesgo modificables	Femenino		Masculino	
	Fc	%	Fc.	%
Hta	20	57,1	15	42,9
Sedentarismo	199	69,8	86	30,2
Diabetes	4	33,3	8	66,7
Consumo cigarrillo	25	28,7	62	71,3
Obesidad	74	46,5	85	53,5

Tabla 3. Prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular modificables más frecuentes según la edad.

Factores de riesgo modificables	20-22		23-25		26-28		29-31		32-34		35-37		38-40		41-43		44-46	
	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%	Fc.	%
Hta	0	0,0	1	2,9	1	2,9	6	17,1	4	11,4	2	5,7	9	25,7	8	22,9	4	11,4
Sedentarismo	36	12,6	31	10,9	44	15,4	49	17,2	31	10,9	36	12,6	30	10,5	19	6,7	9	3,2
Diabetes	2	16,7	0	0,0	0	0,0	1	8,3	0	0,0	3	25,0	3	25,0	2	16,7	1	8,3
Consumo cigarrillo	21	24,1	14	16,1	7	8,0	6	6,9	4	4,6	10	11,5	10	11,5	7	8,0	4	4,6
Obesidad	7	4,4	8	5,0	23	14,5	30	18,9	22	13,8	19	11,9	23	14,5	21	13,2	6	3,8

ANEXOS

Usted ha sido seleccionado como participante de este estudio, para lograr que toda la información sea lo más exacto posible, tomaremos las precauciones para conservar todo en privado, su respuestas honestas lograrán hacer los resultados completos, exactos y valiosos.

ANEXO # 01
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA. FACULTAD DE ENFERMERIA. PROYECTO DE INVESTIGACION VIII SEMESTRE

CODIGO:

Fecha: _____

OBJETIVO: Identificar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular para el diseño de un programa educativo en busca de la promoción de estilos de vida saludable, 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 en el segundo periodo 2006

I. DATOS PERSONALES DEL ENTREVISTADO

Dirección _____
Fecha de nacimiento _____ Tel. _____

II. FACTORES DE RIESGO

Edad _____ Sexo _____

- 1) Tiene familiar(es) con problemas del corazón.
Si ___ No ___ Parentesco _____
Cual problema? _____
- 2) En su familia han muerto por problemas del corazón.
Si ___ No ___ Parentesco _____
Cual problema? _____

3) Usted ingiere alcohol SI NO

TIPO DE LICOR	# Botellas	# Vasos	# Copas	# Tragos	Otros
Cerveza ()					
Aguardiente ()					
Ron ()					
Whiski ()					
Otros ()					

Desde cuando consume bebidas alcohólicas?
de días _____ # de meses _____ # de años _____

- Usted: a) Bebe ante compromisos sociales,
b) Responde activamente ante la bebida, no solo le gusta la fiesta y demás ocasiones donde se ofrece alcohol, si no que además promueve este tipo de evento
c) Bebe porque se siente deprimido, con angustia o porque tiene problemas familiares o económicos
d) No puede dejar de beber.

4) En cuanto a su alimentación consume alimentos con alto contenido de:
Sal Si ___ No ___
Azúcar Si ___ No ___
Harinas (pan, papa) Si ___ No ___
Grasas Si ___ No ___

5) Sufre de presión alta. Si ___ La controla? ___ Toma medicación Si ___ No ___

6) Usted es diabético Si ___ No ___

7) Ha presentado niveles altos
De colesterol Si ___ No ___
De triglicéridos Si ___ No ___

8) Usted fuma Si ___ No ___ Ocasionalmente: _____
Desde hace cuanto _____
Frecuencia en el día _____
Cantidad _____

11) Usted práctica alguna actividad física tales como:
Aeróbicos () Caminatas () Montar bicicleta () Ninguno ()
Otros () Cual? _____
¿Cuántos días a la semana? _____
¿Durante cuantos minutos? _____

12) Usted práctica algún deporte tales como:
Fútbol () Baloncesto () Ciclismo () Carreras () Natación ()
Ninguno () Otro () Cual? _____
¿Cuántos días a la semana? _____
¿Durante cuantos minutos? _____

Peso: _____ Talla: _____

Encuestador: _____

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERIA
PROYECTO DE INVESTIGACION VIII SEMESTRE

