

CARACTERIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR PARA INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN UNA POBLACION ENTRE 40–80 AÑOS EN EL SECTOR DE LA GALERIA DE MANIZALES, CALDAS

Abstract

In the present study 198 people 65 women and 133 men of the sector of the gallery of Manizales, between 40 and 80 years old were studied. There was a real not floating population of 706 people. The study was made by surveys carried out in the month of August of 2003. The extracted data allowed to characterize the risk factors more implied in pathology under study such as: arterial hypertension, diabetes mellitus, sedentarism, tabaquism, dislipidemia, stress, alcoholism, previous heart disease and the index of corporal mass. A high prevalence of cardiovascular risk factors was met in these population, and the necessity to implant prevention programs was determined.

LINA MARIA ESTRADA GUTIERREZ
JUAN CARLOS GOMEZ
ALVARO MEJIA CASTRILLÓN
ALFREDO MIRANDA BUCHELLY
ADRIANA LISET SEGOVIA
JOSE JAIME CASTAÑO CASTRILLON

Introduccion

Motivados por el deseo de construir identidad local, regional y nacional para la recuperación de la cultura, apropiación del saber científico internacional y dar solución a problemas significativos de carácter multifactorial en la comunidad a nivel social, cultural, político y económico se emprendió el estudio Caracterización de los Factores de Riesgo Cardiovascular para infarto agudo de miocardio en una población entre los 40 – 80 años en el sector de la Galería de Manizales Caldas, el cual hizo parte de un proyecto a gran escala que actualmente realiza la universidad de

Manizales llamado «Desarrollo Humano y Social para la población vulnerable y en riesgo de la plaza de Manizales» en el cual se identificó como uno de los principales problemas sociales la falta de una cultura de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, es por ello que bajo este indicador se articula con el proyecto que adelanta la Universidad de Manizales con la convicción de que la educación y el tamizaje Vs atención intrahospitalaria representa un gran ahorro en vidas humanas y recursos económicos, además de la creación de una cultura de la salud en nuestra realidad cotidiana.(3)

Desde hace más de 50 años como resultado de diversos estudios de tipo observacional y epidemiológico se ha descrito la importancia de diversos factores de riesgo para el desarrollo de enfermedad Cardiovascular en los hábitos comunes de los seres humanos,(21) estudios como Framingham (4) (1948), ATP III (2001) (4-24-25) identificaron factores que se asociaban de forma inequívoca a procesos

ateroscleróticos a diez años, posteriormente otros estudios como el CPPT (Coronary Prevention Primary), MRFIT (Multiple Risk Factor intervention Trial), DRECE (dieta y riesgo Cardiovascular) coinciden con la estrecha relación de los factores de riesgo previamente identificados tales como: hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemia, y sedentarismo con el desarrollo de enfermedad cardiovascular e infarto agudo de miocardio, con un mayor espectro de presentación entre los 40 – 80 años de edad, además de aparición de otros factores que influyen de forma prevalente tales como alcoholismo, estrés, antecedentes familiares de enfermedad coronaria y antecedentes previos de algún tipo de enfermedad coronaria.(5)

Es por esta razón que el objetivo general del estudio fue caracterizar la prevalencia de los factores de riesgo para infarto agudo de miocardio en lo relacionado con hipertensión (HTA), diabetes, sedentarismo, tabaquismo, dislipidemia, estrés, alcoholismo, enfermedad coronaria previa y antecedentes familiares de enfermedad coronaria a través de encuestas que conlleven a disminuir la incidencia de infarto agudo de miocardio en el sector de la Galería de Manizales, Caldas.

La promoción de salud implica la participación activa de la población para identificar sus necesidades de salud acorde a sus condiciones de vida, con énfasis en promover actividades y actitudes que lleven a una vida sana,(23) esta es la razón por la cual los factores de riesgo cardiovascular son clasificados como no modificables (historia familiar de enfermedad coronaria, edad, sexo, raza, anomalías congénitas) y modificables (habito de fumar, dislipidemia, HTA, sedentarismo, diabetes, obesidad, estrés).(7)

Debido a esto los esfuerzos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud deben centrarse en los factores de riesgo modificables y prevenibles caracterizados por medio de encuestas permitiendo de esta forma

caracterizar la prevalencia de los diversos factores de riesgo mencionados en individuos entre 40 – 80 años del sector de la Galería de Manizales Caldas. Esta caracterización proporcionará las herramientas para la elaboración de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que disminuirá la incidencia de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), además permitirá estratificar el rango con mayor frecuencia de aparición de infarto agudo de miocardio en la población de estudio.(5)

Materiales y métodos

Esta es una investigación de tipo no-experimental, correlacional, retrospectiva. La población en estudio estuvo integrada por un grupo de 198 empleados de la Galería de Manizales Caldas, que son integrantes de la Cooperativa Mercar, se encontraban ubicados en sus respectivos puestos de venta dentro del sector de la Galería de Manizales Caldas ubicada entre las carreras 15 y 17 y las calles 22 – 24 (pabellones y zonas aledañas), con una población estimada real (locatarios en pabellones) de 706 personas distribuidas de la siguiente forma:

- Pabellón N 1: frutas, verduras, hortalizas y plantas medicinales con 104 locatarios.
- Pabellón N 2: granos y abarrotes con 153 locatarios.
- Pabellón N 3: queso, pescado, ropa de segunda y zapatería: 206 locatarios
- Pabellón N 4: carnes, frutas y verduras: 133 locatarios
- Pabellón N 5: (Sótano) 110 locatarios.

Además de una población flotante de la cual no existen datos reales pero si aproximados, se cree que entre 1794-2294 personas pertenecen a esta población distribuida entre ven-

dedores ambulantes, residentes aledaños, reductores, cantineras, etc., lo que da un total aproximado de una población entre 2500-3000 personas.

El grupo estaba compuesto por empleados entre los 40 – 80 años de edad y de ambos sexos que aceptaron participar del estudio en forma voluntaria y que no pertenecían a la población flotante del sector de la Galería, ellos fueron entrevistados e interrogados para dar respuesta a una encuesta que contenía las siguientes preguntas:

1. Datos de identificación
2. Sexo
3. Peso
4. Talla
5. Edad
6. Estilo de vida que fue dividido en consumo de alcohol, frecuencia de consumo de alcohol en número de veces por mes y tipo de alcohol ingerido; consumo de cigarrillo, frecuencia de consumo de acuerdo al número por día y a la clasificación de fumador en la cual se define al consumo como: menos de 5 cigarrillo día moderado, entre 5 y 19 cigarrillo día alto, y más de 20 cigarrillo día muy alto, además del tipo de cigarrillo es decir con filtro o sin filtro.(19)
7. Antecedentes familiares de enfermedad coronaria, punto en el cual se indagó por hipertensión arterial, diabetes mellitus y enfermedad coronaria previa en los padres.
8. Actividad física y mental: en las cuales se interrogó al sujeto si realizaba ejercicio y si su respuesta era afirmativa, se determinó la frecuencia en número de veces a la semana y el tiempo de duración en minutos de su actividad física de acuerdo con los parámetros establecidos donde:
 - Persona con actividad baja se considera como sedentario o en muy alto riesgo de estarlo

- Con actividad moderada con riesgo alto y moderado

- Actividad alta como por ejemplo deportista con riesgo bajo.

Se preguntó además en este punto si el sujeto tenía percepción subjetiva de estrés de cualquier tipo y por cualquier causa.

9. Patología previa personal: indagando la presencia de hipertensión arterial previamente diagnosticada por médico general o especialista, el tipo de hipertensión determinada como primaria o secundaria y el tiempo de evolución en años, presencia de diabetes mellitus previamente diagnosticada por médico general o especialista, tipo de diabetes mellitus (tipo I o tipo II) y el tiempo de evolución en años; igualmente se indagó por la presencia de dislipidemias previamente diagnosticadas por médico general y/o especialista bajo parámetros de laboratorio clínico, tipo de dislipidemia de acuerdo al predominio de triglicéridos, colesterol sérico y/o lipoproteínas de alta densidad, baja densidad o muy baja densidad y el tiempo de evolución en años; además se consultó acerca de la presencia de enfermedad coronaria previa en el sujeto, de acuerdo al evento coronario presentado y el tiempo transcurrido desde el último episodio.

10. Finalmente se determinó el índice de masa corporal a cada uno de los sujetos dividiendo el peso sobre la talla al cuadrado y se les clasificó de acuerdo a lo establecido internacionalmente como(18)

IMC entre 19 – 24.9 como riesgo moderado

IMC entre 25 – 26.9 como riesgo alto

IMC > a 27 riesgo muy alto. (Obeso)

Una vez recolectados los datos, las encuestas fueron analizadas, tabuladas y graficadas de acuerdo a cada factor de riesgo por medio de la prueba de χ^2 , a un nivel de significancia $\alpha=0,05$, se probó la independencia entre el género y los diferentes factores de riesgo

cardiovascular, y por medio de la prueba t para grupos independientes, a un nivel de significancia $\alpha=0,05$, se probó la diferencia entre promedios de talla, peso, edad e índice de masa corporal con respecto al género, utilizando el programa estadístico SPSS versión 10.0.

La encuesta empleada es manejada por la asociación colombiana de cardiología, y fue facilitada por el DR. Óscar Castaño Valencia, decano de la facultad de medicina de la universidad de Manizales, la cual consta de 22 puntos donde cada uno de los cuales son calificados de 1—4 dando como total 64 puntos de los cuales más de 8 son requisito para incluirse en un programa de Rehabilitación Cardiovascular.

Encuesta para tamizaje de pacientes con factores de riesgo

DATOS BÁSICOS

Nombre del Médico

Fecha

Nombre del Paciente

Teléfono

Dirección

No. De la historia

Peso

Talla

EDAD: HOMBRES

30 años a 39	1 punto	
40 años a 48	2 puntos	
49 años a 53	3 puntos	
54 años y más	4 puntos	

EDAD: MUJERES

42 años a 44	1 punto	
45 años a 54	2 puntos	
55 años a 73	3 puntos	
74 años y más	4 puntos	
Menopausia sin reemplazo hormonal	4 puntos	

IMC: Peso/talla ²	25-27	1 punto	
	>27	2 puntos	
	>27 ANDROGENO CENTRAL	4 puntos	

ESTILO DE VIDA

ALCOHOL	2 Puntos	
TABAQUISMO	4 Puntos	

ACTIVIDAD FÍSICA MENTAL

SEDENTARISMO	4 Puntos	
ESTRÉS	4 Puntos	

ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIA HIPERTENSA	1 Puntos	
FAMILIA DIABÉTICA	2 Puntos	
ENF. CORONARIA PRECOZ	4 Puntos	

PATOLOGÍA ESPECÍFICA

HIPERTENSIÓN	4 Puntos	
DIABETES MELLITUS	4 Puntos	
HIPERLIPIDEMIA	4 Puntos	

PUNTAJE TOTAL:

Dr:

Si el puntaje es mayor de 8, incluir paciente en el programa Nacional de Factores de Riesgo.

Los resultados y el diseño metodológico de la investigación fueron sometidos a evaluación externa por el Gerente del Hospital de Caldas quien avaló el proyecto, además fueron tenidas en cuenta todas las consideraciones éticas pertinentes basadas en los siguiente principios:(29)

1. Respeto a la Autonomía

Cada una de las personas participantes como sujeto de la investigación, fueron informadas completamente de las implicaciones del proyecto, de sus posibles consecuencias, y tuvieron la libertad de decidir en participar o no, incluso retirarse cuando lo desearan; así como fueran ellos mismos quienes decidieran tomar iniciativas para disminuir el riesgo cardiovascular si es que lo tenían.

2. Beneficencia

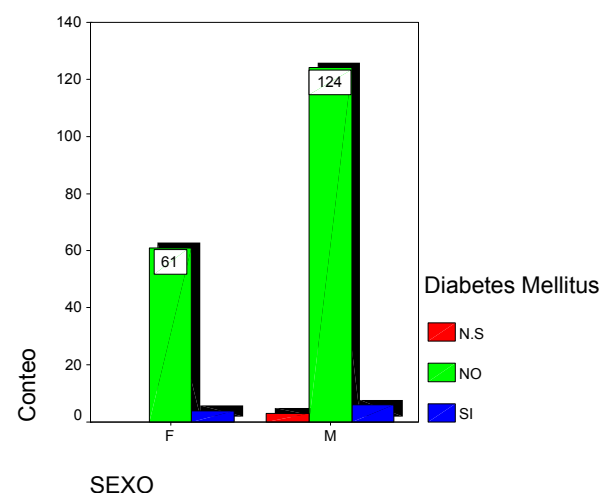
Las personas participantes en el estudio recibirán un beneficio por su colaboración voluntaria, se les informará de su estado general y se hará énfasis en comentar con los mismos los factores de riesgo modificables que tuvieron.

3. Justicia

Todos los participantes recibirán un trato justo y equitativo, se les dará toda la información que requieran y respuesta a todas sus inquietudes; los beneficios de la investigación serán divulgados a todos, y cada uno de ellos tendrá derecho a asistir a las conferencias de salud y recibir instrucción para control y prevención de la enfermedad.

Resultados

De las 198 personas encuestadas 65 fueron mujeres que representan el 32,83% de la muestra y 133 hombres que representan el 61,17% de la muestra total y entre ellos se encontró de acuerdo a cada factor de riesgo que:



Gráfica 1. Incidencia de diabetes mellitus tipo I y II de acuerdo al sexo en el sector de la Galería de Manizales, Caldas

Diabetes mellitus (DM)

De las 65 mujeres encuestadas ninguna tenía diabetes mellitus tipo I, y solo 4 mujeres tenían diabetes mellitus tipo II, que equivalen a 44,4% de los casos encontrados en toda la

muestra, y al 6,2% respecto al sexo por que la gran mayoría de mujeres no tenía DM tipo II o I; de los 133 hombres solo 1 tenía diabetes tipo I y 5 tenían DM tipo II que equivalen al 55,6% del total de casos de diabetes encontrados en la muestra y 3 hombres no sabían si tenían DM. (ver grafica # 1)

Dislipidemia

De las 65 mujeres, 8 presentaron dislipidemia que representan el 29,6% de todos los casos encontrados de dislipidemia en toda la muestra y el 12,3% de todas las mujeres, 6 a expensas de colesterol, y 2 de colesterol y triglicéridos, de los 133 hombres 19 presentaron dislipidemia que representan el 70,4% de todos los casos encontrados de dislipidemia en toda la muestra y el 14,3% de todos los hombres, 14 de ellos a expensas del colesterol, 2 de colesterol y triglicéridos y 3 de triglicéridos.

Enfermedad coronaria previa

De las 65 mujeres 12 presentaron enfermedad coronaria las cuales representan el 42,9 % de todos los casos encontrados de enfermedad coronaria en toda la muestra y el 18,5% con respecto al sexo, 10 mujeres presentan angina, 1 mujer soplo y 1 taquicardia; de los 133 hombres 16 presentaron enfermedad coronaria que representa el 57,1% de todos los casos encontrados de enfermedad coronaria en toda la muestra y el 12,0% de los hombres, 12 hombres presentan angina, 2 hombres IAM, 1 insuficiencia cardíaca y 1 taquicardia.

Antecedentes familiares

De las 65 mujeres encuestadas 27 presentan antecedentes de padres hipertensos, 12 presentan antecedentes de padres dia-

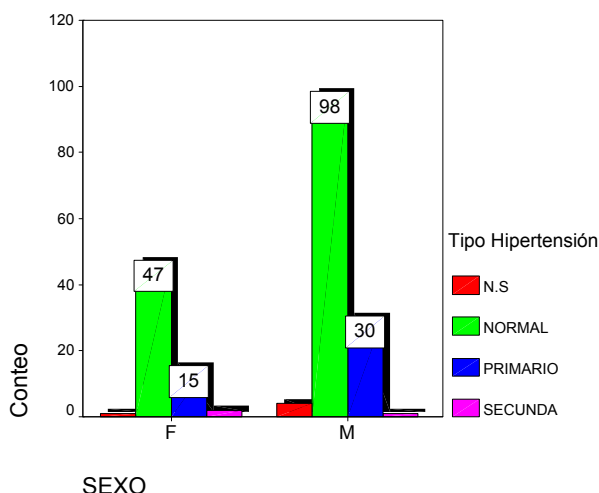
béticos y 22 padres hipertensos representan el 37,5% de todos los casos encontrados y el 41,5% de las mujeres, los padres diabéticos equivalen al 35,3% de toda la muestra y 18,5% de las mujeres, los padres enfermos coronarios son el 32,4% de la muestra y el 33,8% de las mujeres; de los 133 hombres encuestados 45 presentan antecedentes de padres hipertensos que representan el 62,5% de todos los casos y 33,8% de los hombres; 22 presentan antecedentes de padres diabéticos que representan el 64,7% de todos los casos encontrados de antecedentes de padres diabéticos en toda la muestra y 16,5% de los hombres; 46 presentan antecedentes de padres con enfermedad coronaria que representan el 67,6% de todos los casos de la muestra y 34,6% de los hombres.

Estrés

De las 65 mujeres 45 presentan estrés que representan el 69,2% de las mujeres y el 37,8% con respecto al total de todos los casos encontrados en toda la muestra y de los 133 hombres 74 presentan estrés que son el 55,6% de los hombres y el 62,2% del total de todos los casos encontrados en la muestra.

Hipertension

De las 65 mujeres, 17 presentaron HTA que representan el 35,4% de todos los casos encontrados de HTA en toda la muestra y el 26,2% de todas las mujeres, 15 presentan HTA primaria y 2 HTA secundaria; de los 133 hombres 31 presentan HTA que representa el 64,6% de todos los casos encontrados de HTA en toda la muestra y el 23,3% de todos los hombres, 30 presentan HTA primaria y 1 HTA secundaria. (Ver grafica # 2)



Gráfica 2. : Incidencia de hipertensión arterial de acuerdo al sexo y tipo en el sector de la Galería de Manizales, Caldas

Sedentarismo

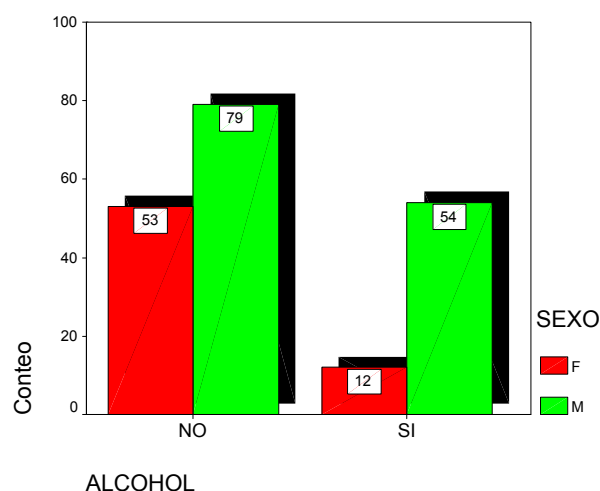
De las 65 mujeres, 44 fueron determinadas como sedentarias que representan el 67,7% de las mujeres y el 29,3% con respecto a todos los casos encontrados en toda la muestra; de los 133 hombres, 106 fueron determinados como sedentarios representando el 79,7% y el 70,7% con respecto a todos los casos encontrados de sedentarismo en toda la muestra.

Tabaquismo

De las 65 mujeres 21 consumen cigarrillo que representa el 28,0% de todos los casos encontrados de consumo en toda la muestra y el 32,3% de las mujeres, 6 lo hacen moderadamente, 7 en forma alta, y 8 en forma muy alta; de los 133 hombres, 54 de ellos consumen cigarrillo que representan el 72,0% de todos los casos encontrados de consumo en toda la muestra y el 40,6% de los hombres, de ellos 10 lo hacen moderadamente, 26 en forma alta y 18 en forma muy alta.

Alcoholismo

De las 65 mujeres encuestadas, 12 consumen alcohol que representan el 18,5% de las mujeres y el 18,2% con respecto a todos los casos encontrados de alcoholismo en toda la muestra; de los 133 hombres, 54 consumen alcohol de los cuales representan el 40,6% de los hombres y el 81,8% con respecto a todos los casos encontrados de alcoholismo en toda la muestra. Este fue el único factor de riesgo que mostró relación con el sexo ($p < 0.01$), como se observa en la gráfica 3.



Gráfica 3. Relación entre consumo de alcohol y sexo para una muestra poblacional del sector de la Galería, Manizales, Caldas

De acuerdo con los resultados y el análisis estadístico de las encuestas realizadas, se determinó que las personas catalogadas con mayor riesgo cardiovascular son aquellas que obtuvieron un puntaje de 8 o mayor a él (estándar estipulado por la Asociación Colombiana de Cardiología), lo cual indica que de las 198 personas pertenecientes al sector de la Galería de Manizales, Caldas deben ser incluidas en un programa de Factores de Riesgo Cardiovascular las siguientes: 38 mujeres que representan el 58,5% de las mujeres encuestadas el 19,2% del total de la población estudiada y 101 hombres que representan el 75,9% de los hombres encuestados y el 51%

del total de la población estudiada, lo que da como resultado un 70,2% de la población total encuestada y que requiere del programa de Factores de Riesgo Cardiovascular, arriba mencionado.

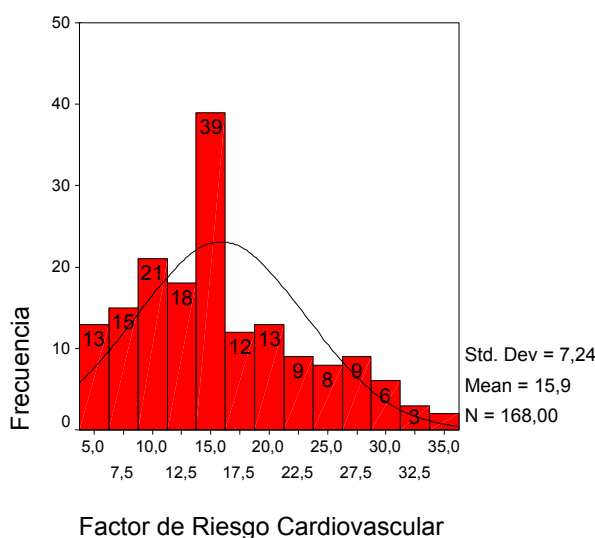
Las personas encuestadas obtuvieron una talla promedio de 163 cm, con 165,7 cm. para hombres y 157,6 cm. para mujeres; un peso promedio de 68,19 kg (desviación estándar DE de 11,44), siendo 71,1 Kg (DE 12,26) para hombres y 62,28 Kg (DE 10,63) para mujeres; una edad promedio de 53,65 años (DE 11,13), siendo 55,83 años para hombres y 49,18 años para mujeres; y un IMC promedio de 25,62 (DE 4,3), siendo de 25,9 (DE 4,21) para mujeres y 25,04 (DE 3,92) para hombres. Es de anotar que todas las variables anteriores, exceptuando el índice de masa corporal, presentan diferencia significativa ($p < 0,001$) con relación al sexo. El índice de masa corporal no presenta diferencia significativa.

La gráfica 4 muestra la distribución de frecuencia del Factor de Riesgo Cardiovascular.

Discusión y conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos y el análisis estadístico, se concluye que los factores de riesgo analizados en el estudio se presentan de manera significativa en la comunidad de la Galería, los cuales se presentan mediados fundamentalmente por un componente ambiental, es así como la diabetes, con una mayor incidencia de DMII, la dislipidemia a expensas especialmente de colesterol, el sedentarismo y el estrés revelan de manera clara como los hábitos de vida inciden directamente en la enfermedad cardiovascular; por otra parte el factor cultural determinado específicamente por el rol que desempeñan tanto el hombre como la mujer, en su contexto social, también afecta en la manera como se encuentran incidiendo algunos factores de riesgo. Es así como en la muestra de hombres el

sedentarismo con el 79,7%, el tabaquismo con el 40,6% y el alcoholismo con el 40,6% presentaron una mayor incidencia con respecto a la muestra de mujeres, mientras que en las mujeres el estrés tuvo una mayor incidencia, con un 69,2% de las mujeres encuestadas. Los antecedentes familiares de hipertensión, diabetes y enfermedad coronaria encontrados significativamente en la población se encuentran influenciados por el componente genético; por ultimo es de mencionar el factor de riesgo hipertensión el cual sería el que más se encuentra influenciado por el componente biológico, debido a la alta incidencia de HTA tipo I y la enfermedad coronaria como producto de una alteración biológica y como resultado de la combinación de los factores de riesgo anteriormente mencionados.



Gráfica 4. Puntaje obtenido según la encuesta para factor de riesgo Cardiovascular en hombres y mujeres de la población de la Galería de Manizales, Caldas.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio realizado a la población de la Galería de Manizales, Caldas, se dedujo que más de la mitad de la población del estudio requiere ser incluida en un programa de educación cardiovascular, cifra que resulta importante para una población tan desprotegida y con una tasa tan representativa de morbilidad

futura, sustentando así la patología cardiovascular como una de las principales causas de mortalidad nacional y mundial.

Hallazgos similares han sido descritos por estudios anteriores a nivel nacional como el «factores de riesgo de la población colombiana en general» y a nivel local como el «factores de riesgo en la ciudad de Manizales»(30-31) que coincide con la HTA, diabetes mellitus, estrés, dislipidemia, antecedentes familiares, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y enfermedad coronaria como los 9 primeros factores de riesgo de la población Colombiana y de la ciudad de Manizales, y dentro de estos factores la dislipidemia, sedentarismo y estrés como los de mayor prevalencia, debido a que los esfuerzos para el control y diagnóstico precoz de la hipertensión, la disminución del consumo de tabaco y alcohol han tenido efectos benéficos sobre estos factores al lograr el objetivo de reducir la morbilidad por causa de estos,(6) pero han permitido que se hagan más evidentes los 3 factores antes mencionados en razón de que aún no se centran en ellos campañas agresivas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

Teniendo en cuenta que existen factores de riesgo modificables y no modificables, los cuales a pesar de los adelantos de la ciencia no se encuentran al alcance de ser intervenidos,(7) se hace pertinente gestionar procesos de desarrollo en lo relacionado con la disminución de los factores de riesgo modificables, más aún, cuando teniendo en cuenta que esta es una sociedad subdesarrollada agobiada por una crisis económica que no permite tratar de una manera eficaz y efectiva la patología cardiovascular.(16)

Es así como el papel protagónico de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, sustentados por los nuevos lineamientos de las políticas de la salud, serán las estrategias necesarias para disminuir la incidencia de patología cardiovascular en el sector de la Galería. Se plantea el interro-

gante a manera de desafío de determinar la forma en la cual dichas estrategias serán lo suficientemente efectivas para sensibilizar y concientizar a la comunidad de la importancia de disminuir y/o suprimir hábitos de vida que atentan con el adecuado funcionamiento cardiovascular; para ello no solamente es necesario orientar e informar cómo los factores de riesgo inciden perjudicialmente en la presentación de patología cardíaca, si no que se hace pertinente indagar más allá, es decir saber el por qué se presentan; para ello se hace necesario indagar la estructura logística de la cultura, como lo refiere el Doctor Andrés Suárez en la revisión de tema ABC sobre factores de riesgo modificables(32), en el que sostiene que *“la epidemiología que es la materia que da razón de este enfoque de factores de riesgo y que pretende promover un combate en la patología de una población determinada, choca con las realidades individuales”*, es entonces, como no interesa tanto si está presente un determinado factor de riesgo sino que desde el punto de vista cultural, es mas interesante el saber el por qué se encuentra presente como un hábito conociendo lo perjudicial que este puede ser. Es así como se requiere generar procesos de cambio no solo desde una visión netamente epidemiológica, en la cual se evidencie una disminución en la incidencia de enfermedad cardíaca y vascular, sino que de igual manera es importante intervenir directamente los delineamientos culturales que inciden de alguna manera u otra para que los factores de riesgo presentes en la comunidad sean vistos por ésta como un evento normal dentro de su cotidianidad; de esta manera no solamente se hace necesario mirar la intervención de los factores de riesgo cardiovascular desde una visión netamente biológica sino que también entran a jugar un papel protagónico áreas del saber como la Psicología, la Antropología, la Sociología, entre otras, para que desde una óptica interdisciplinaria se pueda construir procesos investigativos y de desa-

rollo que generen un cambio social en beneficio de la calidad de vida de los habitantes de la Galería, sin estropear los lineamientos fundamentales de su Cultura.

Resumen

En la presente investigación se estudiaron 198 personas 65 mujeres y 133 hombres, entre los 40 y 80 años de edad, pertenecientes al sector de la Galería de Manizales. Se encontró una población real no flotante de 706 personas. El estudio se efectuó por medio de encuestas realizadas en el mes de agosto del 2003. De estas se extrajeron datos que permitieron caracterizar los Factores de Riesgo Cardiovascular implicados en la patología en estudio, tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, tabaquismo, dislipidemia, estrés, alcoholismo, enfermedad coronaria previa y el índice de masa corporal,

antecedentes familiares de enfermedad coronaria, diabetes mellitus e hipertensión arterial. Se encontró una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en esta población y se determinó la necesidad de implementar programas de prevención.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración prestada por la Dra. Claudia Alarcón Ossa, Ingeniero Agrónomo, gerente de la Cooperativa Mercar del sector de la Galería, por la gran colaboración prestada en la realización de la presente Investigación.

Igualmente agradecen a la Dra. Myriam Salazar, Investigadora Principal del Proyecto Galerías de la Universidad de Manizales, por el apoyo y la ayuda prestada en la realización de la presente investigación.

Literatura citada

1. Sociedad Española de arteriosclerosis, sociedad Española de medicina interna y liga de la lucha contra la hipertensión arterial. Recomendaciones para la prevención primaria de la enfermedad Cardiovascular. España. 2001.
w.w.w.searteriosclerosis.org/recomendaciones/recom2.htmNºINDICE.
2. Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, Jameson, Harrison.Principios de medicina interna.15ª edición, volumen 1 y 2,2002.
3. Bernal J.D. Algunos factores de riesgo que favorecen la aparición del infarto agudo del miocardio. Cuba.1998;14(3): 243-249.

4. Framingham report of the national cholesterol education program expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. JAMA.
5. Instituto de cardiología y cirugía Cardiovascular. Dr. Giselle Debs Pérez. ¿Aumentan los factores de riesgo coronario el riesgo de muerte después de 5 años?. Revista Cubana Cardiol Cir Cardiovas 2001; 15(1):6-13.
6. Solón Navarrete Hurtado. Epidemiología de la enfermedad Aterotrombótica. Clínicas Colombianas de cardiología volumen 5 N° 1.2001.
7. Peñalver Hernández E, Dueñas Herrera A, Dieste Sánchez W, Nordet Cardona P. Influencia de los Factores de Riesgo Coronario en la Incidencia de Cardiopatía Isquémica, Rev Cubana Med Gen Intergr 1999;15(4):368-71.
8. J Marrugat, I Hurtado de Saracho, I Rohlf, V García, J Hervada, S Carretero, J Contreras, E Bermejo, H Vanaclocha por los investigadores del IBERICA. Proporción de pacientes con un primer IAM sin factores de riesgo Cardiovascular. Su relación con la letalidad a 28 días. Estudio IBERICA. Reunión científica de la sociedad española de epidemiología. 2001.
9. Caraballo García D.I. detección oportuna de enfermedad coronaria en mujeres de la Universidad de Antioquía, enviadas al programa de enfermedades Cardiovasculares. Trabajo de investigación de la Universidad de Antioquía-Medellín Colombia. 1998.
10. Ramachandran S. Vasan and Daniel Levy. The role of hypertension in the pathogenesis of heart failure a clinical mechanistic overview. C. Copyright American Medical Association 1998.
11. Mahía Vilas Miriam. Instituto Nacional de angiología y cirugía vascular. La diabetes Mellitus y sus complicaciones vasculares: Un problema social de salud. Rev. Cubana Angiol y Cir Vasc 2000; (1), 68-73.
12. Sarah E Capes, Derek Hunt, Klas Malmberg and Hertz C Gerstein. Estrés hyperglycaemia and increased risk of death after myocardial infarction in patients with and without diabetes: a systematic overview. C. Copyright 2000. The Lancet Ltd.
13. Adam D Timmis. Diabetic heart disease: clinical considerations. (Statistical Data Included). C. Copyright 2001 British Medical Association.
14. Stephanie Cooper and James H. Caldwell. Coronary artery disease in People With Diabetes: Diagnostic and Risk Factor Evaluation. C. Copyright 1999 American diabetes association.
15. Licea Puig M.E. Hiperinsulinismo como factor de riesgo Cardiovascular. Rev Cubana Endocrinol 1998;9(1):40-46.
16. Gálves Urbano, JM; Silva, Carina; Lima, Silvia; Aguilar, J. Retrospective Study of the Acute Heart Attack Cases Hospitalized in the Cardiology Area of a Country hospital. 2001.
17. García Ferrera Waldo Orlando , Rodriguez de Miranda Adelaida, Escobar Capote María del Pilar, Haedo Castro Dora , y Medina González Teresa. La obesidad como problema de salud en la comunidad. Rev Cubana Med Gen Inegr 1998; (12) 4.
18. Serra Grima J. Ricardo y colaboradores. Ejercicio físico y enfermedad Cardiovascular. Catalunya. 2000.
19. Agramontes Pereira Servando, Gutierrez Aguilera Orlando, Cordovés Sagás Rolando y González Polledo Ulises . Influencia del ejercicio físico sobre algunos factores de riesgo de la cardiopatía Isquémica. Revista Cubana Invest Biomed 1998; 17(3): 214-21.
20. Miller MD. et. al normal trygliceride levels and coronary artery disease events: the baltimore coronary observational long-term study (colts). jacc.31.1252.1998.
21. Medina. O. Arteriopatía Coronaria (castelli wp:cholesterol and lipids in the risk of coronary artery disease). 2001.
22. J.A. Gómez-Gerique. Reverse cholesterol transport (lipid research clinics folow-up study). 2001.
23. Guyton Arthur, Tratado de fisiología medica. 15ª Edición. 1994.
24. expert report on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III) JAMA 2001.
25. Aschner P, lipiddigest latinoamerica, volen 8, No 1 junio 2002.
26. Revista de la Asociacion Latinoamericana de Diabetes (ALAD). Edición extraordinaria. Suplemento N 1, 2000
27. Bernaw Robert Md. Andrew J. Fletcher. Manuel Merck. Novena edición. Editorial Océano Centrum, 1996
28. Lozano Jorge. Mejia Arango Gabriel. Semiología General. Sexta edición. Editorial Andina. Manizales, 2001
29. Franco Restrepo Jorge Md. Maya Mejia José Maria Md. Fundamentos de salud Publica tomo III. Epidemiología Básica y Principios de investigación. Primera edición. Editorial CIB
30. Castaño Valencia O. et. al. Factores de riesgo de la población Colombina en General. Archivos de Medicina, 2001, N° 1 Universidad de Manizales, pp 27-31.
31. _____ Factores de riesgo en la ciudad de Manizales. Archivos de Medicina, 2001 N° 3 Universidad de Manizales, pp. 17-22.
32. _____ ABC sobre Factores de riesgo modificables. Archivos de Medicina, 2002, N° 5 Universidad de Manizales, pp. 31-40