

Enfermedad coronaria: Dos riesgos que toda mujer puede evitar

Una lectura a la luz de los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo para el cuidado de la salud cardiovascular en la mujer

Enfermedad coronaria: Dos riesgos que toda mujer puede evitar

Una lectura a la luz de los determinantes sociales de
la salud y los factores de riesgo para el cuidado de la
salud cardiovascular en la mujer

Carmen Ofelia Narváez Eraso
Alexander Efraín Díaz Delgado

2019

Enfermedad coronaria: Dos riesgos que toda mujer puede evitar

Carmen Ofelia Narváez Eraso

Alexander Efraín Díaz Delgado

Editor: Luz Elida Vera Hernández, Editorial UNIMAR

Fecha de publicación: 20 de septiembre de 2019

Páginas: 100

ISBN: 978-958-8579-49-8

Existencias

1 Libro Biblioteca Nacional – Libros

Enfermedad coronaria: Dos riesgos que toda mujer puede evitar

Carmen Ofelia Narváez Eraso

Alexander Efraín Díaz Delgado

Entidad editora: Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Fecha de publicación: 20 de septiembre de 2019

Páginas: 100

ISBN: 978-958-8579-49-8

Edición: Primera

Formato: 13,5 x 21,5 cm

Colección: Resultado de Investigación

Materia: Promoción de la salud

Materia tópico:

Palabras clave: Enfermedad coronaria, mujer, salud

País/Ciudad: Colombia / San Juan de Pasto

Idioma: Español

Menciones: Ninguna

Visibilidad: Página web Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

Tipo de contenido: Enfermedad coronaria: Dos riesgos que toda mujer puede evitar

© Editorial UNIMAR, Universidad Mariana

© Carmen Ofelia Narváez Eraso

© Alexander Efraín Díaz Delgado

Universidad Mariana

Hna. **María Teresa González Silva** f.m.i.

Rectora

Nancy Andrea Belalcázar Benavides

Vicerrectora Académica

Luis Alberto Montenegro Mora

Director Centro de Investigaciones

Luz Elida Vera Hernández

Directora Editorial UNIMAR

Editorial UNIMAR

Luz Elida Vera Hernández

Directora Editorial UNIMAR

Leidy Stella Rivera Buesaquillo

Corrección de Estilo

David Armando Santacruz Perafán

Diseño y Diagramación

Correspondencia:

Editorial UNIMAR, Universidad Mariana
San Juan de Pasto, Nariño, Colombia, Calle 18 No. 34 – 104
Tel: 7314923 Ext. 185
E-mail: editorialunimar@umariana.edu.co

Depósito Legal

Biblioteca Nacional de Colombia, Grupo Procesos Técnicos, Calle 24, No. 5-60 Bogotá D.C., Colombia.

Biblioteca Luis Carlos Galán Sarmiento, Congreso de la República de Colombia, Dirección General Administrativa, Carrera 6 No. 8-94 Bogotá D.C., Colombia.

Biblioteca Central Gabriel García Márquez, Universidad Nacional de Colombia, Ciudad Universitaria, Carrera 45 No. 26-85 Bogotá D.C., Colombia.

Centro Cultural Leopoldo López Álvarez – Área Cultural del Banco de la República de Pasto, Calle 19 No. 21-27 San Juan de Pasto, Colombia.

Biblioteca Rivas Sacconi, Instituto Caro y Cuervo, Sede Centro, Calle 10 No. 4-69 Bogotá D.C. y sede Yerbabuena, Kilómetro 24 autopista Norte Bogotá D.C., Colombia.

Centro Cultural y Biblioteca Julio Mario Santo Domingo, Calle 170 No. 67-51 Bogotá D.C., Colombia.

Parque Biblioteca España, Cra. 33B # 107^a – 100, Medellín, Colombia.

Biblioteca Hna. Elisabeth Guerrero N. f.m.i. Calle 18 No. 34-104 Universidad Mariana, San Juan de Pasto, Colombia.

Biblioteca Alberto Quijano Guerrero, Universidad de Nariño, Calle 18 Carrera 50, Ciudad Universitaria Torobajo, San Juan de Pasto, Colombia.

Disponible:

Cítese como: Narváez, C. y Díaz, A. (2019). *Enfermedad coronaria: Dos riesgos que toda mujer puede evitar*. San Juan de Pasto: Editorial UNIMAR.

Las opiniones contenidas en el presente libro no comprometen a la Editorial UNIMAR ni a la Universidad Mariana, puesto que son responsabilidad única y exclusiva de los autores, de igual manera, ellos han declarado que en su totalidad es producción intelectual propia, en donde aquella información tomada de otras publicaciones o fuentes, propiedad de otros autores, está debidamente citada y referenciada, tanto en el desarrollo del documento como en las secciones respectivas a la bibliografía.

El material de este libro puede ser reproducido sin autorización para uso personal o en el aula de clase, siempre y cuando se mencione como fuente su título, autora y editorial. Para la reproducción con cualquier otro fin es necesaria la autorización de la Editorial UNIMAR de la Universidad Mariana.

“La mujer y el libro que han de influir en una vida,
llegan a las manos sin buscarlos”.

Enrique Jardiel Poncela.

Dedicatoria

*A quienes me inspiran diariamente, Dios y mi
Amada familia:*

*Mi hijo, madre, hermanos(as), sobrinos.
y desde el cielo, el alma de mi querido padre.*

A todas las mujeres: adultas, jóvenes y niñas.

Carmen O.

*“A Dios por ser tan bueno, y entregarnos a su tesoro
máspreciado: Su hijo Jesucristo.*

Alexander E. Díaz

Agradecimientos

Especial agradecimiento a las Instituciones de Salud, por autorizar la ejecución del trabajo en sus sedes.

A las enfermeras jefes de servicio por su gestión y colaboración.

A las mujeres hospitalizadas en las instituciones nombradas.

Índice

	Introducción	19
1.	Algunos Precedentes sobre Enfermedad Coronaria en la Mujer	23
2.	Conceptos de Interés	29
2.1	Enfermedad coronaria (EC)	31
2.2	Determinantes sociales de la salud (DSS)	31
2.3	Factores de riesgo (FR) individuales	33
3.	El Contexto: Departamento de Nariño	37
4.	Como se investigó el Tema: La Puesta en Marcha para Comprender la Realidad.	41
4.1	Los objetivos: Las piezas fundamentales	43
4.2	Las Hipótesis de Trabajo: Los supuestos de la verdad	44
4.3	Metodología	44
4.3.1	Diseño de Casos y Controles: Encontremos las diferencias	44
4.3.2	Población y Muestra	45
4.3.3	Mujeres que ingresaron y no ingresaron al Estudio	46
4.3.4	Variables Trazadoras	47
4.3.5	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información	47
4.3.5.1	Técnicas de Recolección de Información	48
4.3.5.2	Instrumentos de Recolección de Información	48
4.4	Técnicas de Procesamiento de la Información	48

4.5	Control de Sesgos	48
4.6	Análisis de Datos	49
4.7	Consideraciones Éticas	50
5.	Resultados: ¿Qué encontramos de nuevo?	51
5.1	Descripción de los Grupos: Caso y Control	53
5.2	Características Demográficas, Sociales y Culturales encontradas en Casos y Controles	58
5.3	Modelo Explicativo de la Enfermedad Coronaria.	65
6.	Discusión: ¿Cómo estamos?	69
6.1	Limitaciones del estudio	76
7.	Conclusiones	79
8.	Recomendaciones: ¿Qué hacemos ahora?	83
	Referencias	88
	Anexos	95

Lista de Tablas

Tabla 1. Distribución porcentual de las mujeres encuestadas, según grupo de investigación.	53
Tabla 2. Distribución porcentual de los Casos, según diagnóstico de cateterismo cardiaco.	54
Tabla 3. Distribución porcentual de los Controles, según diagnóstico médico (CIE-10)	54
Tabla 4. Distribución porcentual de las mujeres encuestadas, según grupo de investigación y predicción del riesgo AMRD de la OMS/ISH	56
Tabla 5. Distribución porcentual de comorbilidades: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad, según grupo de investigación	56
Tabla 6. Distribución porcentual de los antecedentes familiares de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), según grupo de investigación	57
Tabla 7. Edad promedio en años de las mujeres, según grupo de investigación	57
Tabla 8. Asociación de la Variable Edad, según grupo de investigación	58
Tabla 9. Variables Demográficas y Enfermedad Coronaria	59
Tabla 10. Variables Sociales y Enfermedad Coronaria	61
Tabla 11. Variables Culturales y Enfermedad Coronaria	62
Tabla 12. Variables asociadas a la presencia de Enfermedad Coronaria	64
Tabla 13. Regresión logística de las variables significativas, para Enfermedad Coronaria.	66

Lista de Figuras

Figura 1.	Enfermedad coronaria en la mujer, influencia de dos factores de riesgo: cigarrillo y la hipertensión arterial.	25
Figura 2.	Determinantes Sociales de la salud.	33
Figura 3.	El cigarrillo como factor determinante para EC	50
Figura 4.	Los hallazgos: Hipertensión arterial y cigarrillo	67
Figura 5.	Determinantes sociales de la hipertensión arterial	75
Figura 6.	Ser fumador pasivo o activo, efecto sobre la enfermedad coronaria.	76
Figura 7.	El control también está en tus manos.	77

Introducción

El aumento de la enfermedad coronaria (EC) en los últimos años es preocupante, especialmente en países en vía de desarrollo, si bien, se concebía como propia de los países industrializados, en la actualidad no lo es. Hoy afecta a países de bajos y medianos recursos, con variaciones en la incidencia de un lugar a otro. Precisamente esas variaciones en la distribución geográfica han sido trascendentales para la búsqueda de los factores responsables de las diferencias.

Muchos estudios epidemiológicos sobre EC han aportado al avance de la ciencia en el estudio de los factores de riesgo, pero aún se presentan fenómenos que se deben comprender desde el punto de vista de la prevención. Según la Organización Mundial de la Salud (2011)¹ esos fenómenos son las situaciones dentro de las cuales los factores de riesgo toman más fuerza y magnitud, por lo cual es necesario y prescindible realizar ajustes regionales para implementar recomendaciones internacionales y de prevención según la diversidad del entorno.

La investigación buscó identificar precisamente esos factores característicos en mujeres de la región, con el fin de plantear recomendaciones que permitan trabajar en la disminución de la morbilidad y mortalidad por esta causa. Así, en la primera parte del texto se describe en forma general los antecedentes del tema, el marco referencial, la metodología con el abordaje de la temática mediante un diseño epidemiológico de casos y controles; finalmente, se presentan los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Los hallazgos nos comprometen a aunar esfuerzos para que la enfermedad coronaria en la mujer no siga su camino ascendente y para que la prevención comience desde las edades tempranas, especialmente en el control del consumo activo o pasivo del cigarrillo, y otro problema, que en la actualidad también se acrecienta por influencia de los múltiples problemas sociales y de estilos de vida que se vivencian en el medio: la hipertensión arterial.



1.

**Algunos precedentes sobre
enfermedad coronaria en la mujer**





Figura 1. Enfermedad coronaria en la mujer, influencia de dos factores de riesgo: cigarrillo y la hipertensión arterial.

Fuente: Pixabay

Hoy en día la esperanza de vida para los seres humanos se ha incrementado; el proceso de transición demográfica ha traído consigo el envejecimiento de la población, pero también cambios en los estilos de vida (tabaquismo, dislipidemias, dieta, obesidad, sedentarismo, estrés etc.) y aumento de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre ellas, la enfermedad cardiovascular, responsable de la mayor parte de muertes en el mundo¹.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)² manifestó que las tasas de mortalidad global por ECNT

son similares en hombres y mujeres, no obstante, los estudios muestran una feminización creciente de las ECNT, especialmente de la enfermedad cardiovascular y dentro de esta categoría, la enfermedad coronaria en la mujer, la cual se considera un problema de salud pública por las cifras mundiales de morbilidad, puesto que se reporta como la primera causa de muerte en > 45 años, y por infarto agudo de miocardio (IAM) en mujeres de 35-54 años^{3 4 5}.

Se ha considerado que los factores de riesgo para la enfermedad coronaria se acentúan en la población femenina; se cita que, la mujer presenta un estilo de vida con mayor tendencia al sedentarismo y las tasas de obesidad han llegado a ser mayores que en los hombres. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2010 la prevalencia de sobrepeso y obesidad, como factores de riesgo para enfermedad coronaria, tuvieron una prevalencia importante, superior al 50 % en todos los países de las Américas⁶. Igualmente, se ha demostrado el nexo entre los factores psicosociales y económicos con aquellos de riesgo y enfermedad coronaria, determinando que las mujeres que tienen bajos ingresos con un estado socioeconómico bajo y/o que se desempeñan en ocupaciones no jerárquicas, presentan mayores tasas de enfermedad coronaria. Narváez et al³ manifiesta que, existe además evidencias que sugieren que el carácter personal, el escaso apoyo social, la carga de responsabilidades son factores de riesgo para la mujer.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud² refiere que también hay otros factores que contribuyen a maximizar la incidencia y que están constituidos por los determinantes sociales: las inequidades de género, educación, situaciones de índole social cultural y del contexto, donde se desarrolla la vida de la mujer, que de alguna forma condicionan la aparición de nuevos casos.

En Colombia, la encuesta “Mujer y enfermedad cardiovascular” en el año 2008, mostró que la mujer no percibe la enfermedad coronaria como el problema de salud más importante, y considera en primer lugar el cáncer, en sexto lugar la enfermedad cardíaca/infarto cardíaco con un 4 %, además, consideran que “la enfermedad cardíaca puede pasar fácilmente desapercibida”. Para Rincón⁶, a mayor edad y estrato, mayor el porcentaje del ítem; el 19 % cree que no hay nada que se pueda hacer para evitar la enfermedad cardíaca, este porcentaje va creciendo a medida que aumentan los años y va decreciendo a medida que sube el estrato.

Desde otro punto, los modelos biomédicos de la salud, si bien buscan disminuir las consecuencias adversas de las enfermedades, son insuficientes para mejorar la salud a nivel individual y general, y tampoco actúan sobre las inequidades, esto permite deducir que la atención médica no es el condicionante principal de la salud de las personas. Influyen en ella múltiples factores con los cuales la persona vive y trabaja^{7 8}. Comprender entonces que existen otras razones a las cuales atribuirles las diferencias en la distribución de la EC puede contribuir a su control y prevención.

Al respecto el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012–2021, proyecta la ejecución de estrategias de intervención colectiva e individual basadas en un sistema participativo e intersectorial y tiene como eje transversal la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para lograr un impacto positivo en los determinantes sociales y económicos de la salud en el país, entre esos abordajes se incluye el de los determinantes sociales de la salud y enfoque diferencial⁹.



2.

Conceptos de Interés

2.1 Enfermedad Coronaria (EC)

El Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre (*National Heart, Lung, and Blood Institute*)¹⁰ también la denomina enfermedad de las arterias coronarias, se produce cuando una placa ateromatosa, formada por colesterol, grasa, calcio y otras sustancias, obstruye las arterias que llevan sangre al corazón, y que produce una angina de pecho o lo que es más grave un ataque cardiaco. Desde el punto de vista epidemiológico se reconocen tres formas importantes de enfermedad coronaria: angina de pecho, infarto del miocardio y muerte súbita.

Narváez et al.¹¹ refieren que comúnmente la EC en las mujeres suele presentar síntomas atípicos que cursan con disnea súbita, menor dolor en extremidades superiores y menor sudoración profusa con relación a los hombres.

2.2 Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

La organización Mundial de la Salud¹² define que los DSS son las situaciones, condiciones o circunstancias en las que cada individuo nace, crece, trabaja, vive

y envejece, sobre las cuales influyen las fuerzas y sistemas que rodean y condicionan su vida diaria, tales como: las políticas económicas, agendas de desarrollo económico, lo cultural, normas sociales, políticas y sistemas políticos. Los DSS son responsables de que existan desigualdades en salud, las diferencias e injusticias que se pueden evitar en lo que se refiere a las condiciones de salud de un país y entre los países en el mundo, enfermedades crónicas ligadas a la vida urbana insalubre, malnutrición, tabaquismo, inactividad física, estrés, etc.

Los aspectos sociales y culturales no actúan de manera independiente o unilateral en un individuo, guardan relación con características biológicas propias de la persona¹³. Según Casanova¹⁴, los factores culturales son los conceptos socialmente construidos desde la niñez y permiten entender las conductas en los espacios educativos, familiares y sociales, conocimientos, experiencias, actitudes, prácticas, y valores alrededor de la salud y la enfermedad, los cuales finalmente van a determinar la conducta humana, puesto que hacen referencia a patrones que se han aprendido tiempo atrás. Dichos factores han trazado una importante incidencia en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares, con mayor razón deben tenerse en cuenta en las sociedades con alto nivel de desigualdad y niveles de estrés colectivo, derivados de la inseguridad y un franco deterioro social, de la pobreza, la violencia, la industrialización y la desigualdad, y en forma general, la política, la comunicación, el medio ambiente, la salud, la economía, etc.¹⁵

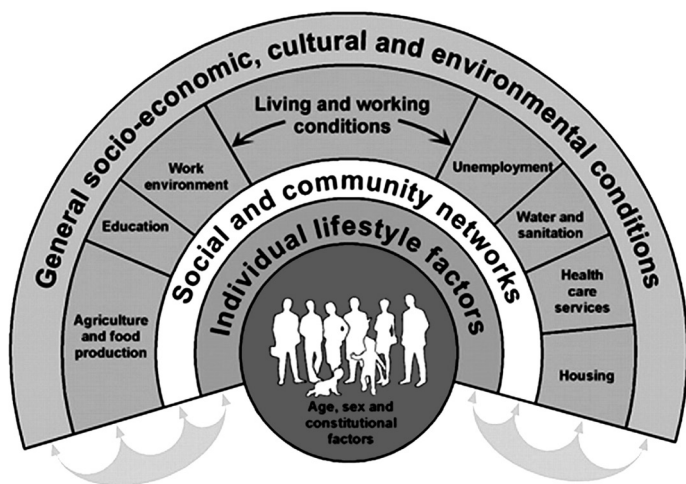


Figura 2. Determinantes Sociales de la salud.

Fuente: <http://insteractua.ins.gob.pe/2017/09/los-determinantes-sociales-de-la-salud.html>

2.3 Factores de Riesgo (FR) individuales para Enfermedad Coronaria

El factor de riesgo (FR) se define como aquella característica innata o adquirida que se asocia con una mayor probabilidad de padecer una enfermedad¹⁶, para el presente caso: la enfermedad coronaria. El estudio precursor para ésta denominación fue el estudio de Framingham, el cual identificó una serie de factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular, tales como la diabetes, la hipertensión, el tabaquismo y las dislipidemias, los cuales actúan como inductores en la formación de ateromas. Sin embargo, la investigación experimental ha permitido conocer otros factores, como las alteraciones en el metabolismo del fibrinógeno y otras inherentes a las proteínas plaquetarias que favorecen la formación de la placa ateromatosa¹⁷.

A pesar de que aún existe discusión entre diferentes autores sobre la importancia de cada uno de los FR, no

hay duda sobre su existencia y asociación causal. Hurst¹⁸ los clasifica de la siguiente manera:

a) *Factores no modificables.*

- Edad.
- Sexo.
- Historia familiar de enfermedad coronaria prematura.

b) *Factores Modificables:*

Mayores:

- Lípidos del suero elevados (colesterol y triglicéridos).
- Dieta alta en calorías totales, grasas saturadas, colesterol, carbohidratos refinados y sal.
- Hipertensión Arterial.
- Hábito de fumar cigarrillo.
- Intolerancia a los carbohidratos.

Menores:

- Obesidad.
- Vida sedentaria.
- Tipo de personalidad.
- Tensiones psicosociales.

Globalmente, los nueve factores de riesgo cardiovascular medibles y modificables son: tabaquismo, hipertensión

arterial, sobrepeso corporal, perímetro abdominal mayor de 90 cm, hiperlipidemias por aumento de colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL y triglicéridos, e hiperglucemia, representan el 90 % del riesgo atribuible a la población para hombres y el 94 % para mujeres, con estimaciones similares en la mayoría de las regiones del mundo, incluyendo a Colombia, India, China y otras partes de Asia¹⁹.



3.

El Contexto:

Departamento de Nariño



El departamento se ubica en el suroccidente colombiano, su posición geográfica se considera estratégica y privilegiada por ser frontera de Colombia con los países de Sur América y el mar Pacífico.²⁰ Administrativamente está organizado en 13 subregiones integradas por los 64 municipios de la siguiente manera: Sanquianga, Pacífico Sur, Telembi, Pie de Monte Costero, Ex provincia de Obando, Sabana, Abades, Guambuyaco, Occidente, Cordillera, Centro, Juananbú y Río Mayo²¹.

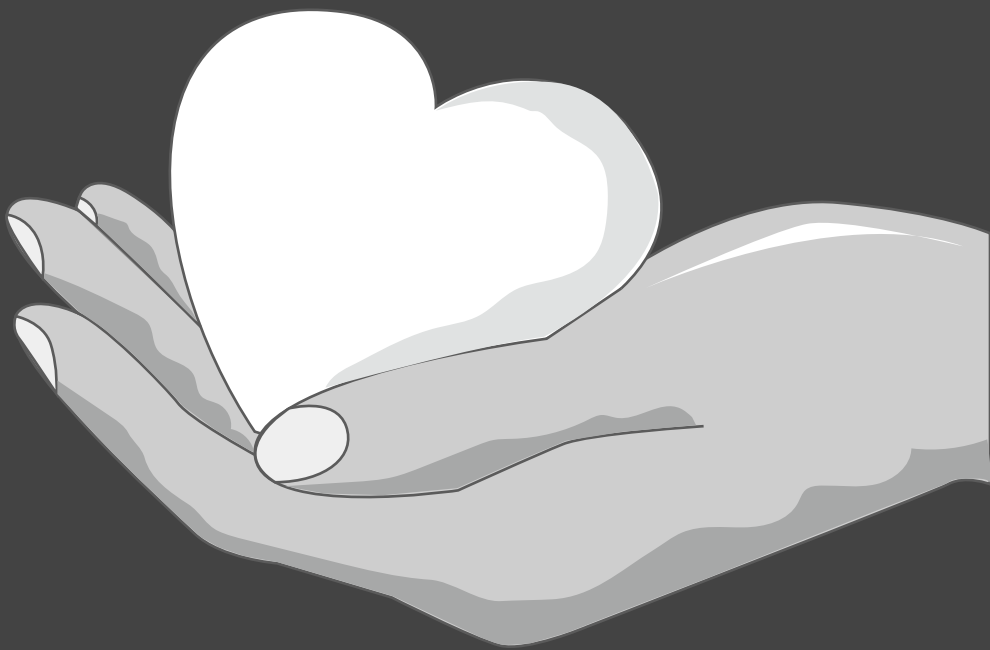
Según el Departamento Nacional de estadística DANE- Proyecciones de población – 2018, el departamento de Nariño tiene “una población urbana de 907.590 (50,2 %) habitantes y una población rural de 901.526 (49,8 %) habitantes”²¹, lo anterior permite visualizar que, en la actualidad la mayoría de la población Nariñense reside en áreas urbanas de los diferentes municipios, y se encuentran rezagos en las áreas rurales. Esta concentración de población en las áreas urbanas puede deberse a muchos fenómenos, entre ellos el migratorio.

Las transformaciones sociales del país en los últimos años debido a las migraciones por desempleo, las condiciones climáticas, los desplazamientos forzados,

la falta de oportunidades en el campo, determinan las condiciones de salud de sus habitantes, ya que modifican los perfiles de morbilidad y de mortalidad de quienes ya residen y de los nuevos habitantes de estas zonas urbanas²².

No obstante, Nariño ha realizado inversiones sociales en las competencias de salud, educación y agua potable siendo la más representativa del gasto. (...). “El control y la vigilancia de los factores de riesgo del ambiente, el consumo y la zoonosis, permite garantizar unas mejores condiciones de vida”²³. A lo largo de la historia Nariño ha presentado una economía tradicional basada en el sector rural. “Los sectores económicos: secundario (industria manufacturera) y terciario (servicios), presentan menor grado de desarrollo. (...). El mayor dinamismo de la economía nariñense se concentra en el sector terciario, especialmente en el comercio, restaurantes y hoteles”²¹.

A pesar de todos los esfuerzos de las administraciones gubernamentales, Nariño es un departamento que aún afronta problemas socioeconómicos, desempleo, subempleo, carencia de empresas generadoras de trabajo, un alto porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas, en donde los ingresos económicos son menores alcanzando lo mínimo, lo cual genera problemas sociales, como: delincuencia, prostitución y violencia intrafamiliar. Asimismo, no se puede dejar de lado el sector salud, el cual resulta afectado en la calidad y en los servicios que presta, por falta de recursos económicos y más aún por la falta de empoderamiento por parte de la población con respecto a su autocuidado. La situación de la salud en la población Nariñense corresponde estructuralmente a sus condiciones de vida, que para la mayoría son precarias²¹⁻²².



4.

Cómo se investigó el Tema:

La Puesta en Marcha para
Comprender la Realidad

Frente a la necesidad de identificar aspectos regionales que contribuyan a buscar soluciones a la tendencia del incremento de la enfermedad cardiovascular como un tema de salud, el cual se encuentra priorizado en el departamento de Nariño como segundo tema en importancia (enfermedades del sistema circulatorio), se decidió estudiar en forma comparativa los factores de riesgo y las características sociales y culturales en mujeres diagnosticadas con EC y en mujeres ausentes de ella, desde un análisis que involucre los DSS.

4.1 Los objetivos: las piezas fundamentales

Mediante el proceso investigativo se buscó determinar los factores demográficos, sociales y culturales asociados a la enfermedad coronaria en mujeres del departamento de Nariño. Para ello fue necesario describir y analizar cada una de las variables asociadas con la EC en dos grupos de mujeres: las que poseen EC y las ausentes de ella, para finalmente encontrar los factores que mejor explican la presencia de enfermedad coronaria en mujeres del departamento de Nariño.

4.2 Las hipótesis de trabajo: Los supuestos de la verdad

Se pensó entonces que frente al supuesto de que no hay asociación entre los factores sociales, demográficos, culturales con la enfermedad coronaria en las mujeres estudiadas (Ho) se debía demostrar que existe asociación entre los factores sociales, demográficos, culturales con la enfermedad coronaria en un grupo de mujeres del departamento de Nariño (Ha), para ello se diseñó una ruta metodológica.

4.3 Metodología

Se realizó un estudio observacional, analítico con diseño de casos y controles, bajo el siguiente direccionamiento: Factor de Riesgo – Efecto – Observación (Fr-E-O)¹⁶.

4.3.1 Diseño de Casos y Controles: Encontramos las diferencias.

Tal como lo expresa Londoño²⁴, la estrategia de los estudios de casos y controles consiste en comparar la exposición de un grupo de personas que presenta el evento de interés o desenlace, que usualmente es la enfermedad o muerte, con la exposición de otro grupo comparable de controles que no presenta tal evento.

Se considera que, si la “exposición” de los casos ha sido mayor que en los controles, se tiene una sospecha de que ésta actúa como un factor de riesgo para la enfermedad¹⁶. El diseño del estudio considera que los casos son todos los que se han presentado en cierta población (o en una muestra de ellos) y los controles son todas las personas (o en una muestra de ellas) que permanecen sanas en la misma población. La debida comprensión del contexto espacial y temporal en el

cual se genera la información propia de estos estudios es un requisito indispensable para su ejecución e interpretación.

Para el presente estudio, los casos fueron mujeres nariñenses con arteriografías positivas para enfermedad coronaria diagnosticadas en un centro de referencia para el departamento de Nariño y con riesgo alto o muy alto para evento cardiovascular según las tablas de predicción del riesgo AMRD de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Internacional de Hipertensión (ISH siglas en inglés), para la subregión de las Américas, en los contextos en los que no se cuenta con la medición del colesterol sanguíneo. (Ver Anexo B).

Los controles hospitalarios fueron seleccionados de un centro de referencia para el departamento de Nariño, con diagnóstico diferente a enfermedad coronaria y riesgo bajo según las tablas de predicción del riesgo AMRD de la OMS y la ISH, para la subregión de las Américas, en los contextos en los que no se cuenta con la medición del colesterol sanguíneo (ver Anexo B). La relación casos por control fue de 1:3, para un mejor control de sesgos.

4.3.2 Población y muestra.

La población objeto de estudio fueron las mujeres diagnosticadas con enfermedad coronaria y las mujeres hospitalizadas en un hospital de cuarto nivel durante el periodo de estudio. La muestra fue calculada en el programa para análisis de datos epidemiológicos: EPIDAT 3.1 con un nivel de confianza de 95 %, un poder de 80 %, asumiendo una proporción de enfermedad en los no expuestos de 30 %; una prueba unilateral y un riesgo relativo de 3 referido por estudios previos.

Se aplicó métodos de muestreo no probabilístico, mediante el cual las pacientes fueron captadas a conveniencia durante 12 meses de estudio. En total la muestra estuvo representada por 35 casos (mujeres con EC diagnosticada) y 105 controles (mujeres sin EC diagnosticada).

4.3.3 Mujeres que ingresaron y no ingresaron al Estudio.

Criterios de inclusión para grupo casos:

- Mujeres que en las tablas de predicción del riesgo AMRD de la OMS-ISH tuvieron un riesgo cardiovascular mayor al 10 %.
- Arteriografía positiva para enfermedad coronaria.
- Hemodinámicamente estable, consciente, y con patrón de comunicación conservado.
- Procedente y residente en Nariño.

Criterios de inclusión para grupo controles:

- Mujeres que en las tablas de predicción del riesgo AMRD de la OMS-ISH indicaron un riesgo cardiovascular menor al 10 %.
- Hemodinámicamente estable, consciente, y con patrón de comunicación conservado.
- Que se encuentren hospitalizadas en el hospital de referencia para Nariño, con diagnóstico diferente a enfermedad coronaria.
- Procedentes y residentes en Nariño.

Criterios de exclusión:

- Fallecimiento durante el curso de la investigación.

4.3.4 Variables trazadoras.

VARIABLES CLÍNICAS: diagnósticos de identificación de EC en casos, diagnósticos médicos en controles, predicción del riesgo para casos y para controles, comorbilidad por hipertensión arterial, diabetes, obesidad en casos y en controles, Antecedentes familiares para EC e infarto agudo de Miocardio (IAM) en casos y en controles.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS: edad, estado civil, procedencia, residencia actual, estrato socioeconómico, escolaridad, ocupación, ingresos (para ambos grupos).

VARIABLES SOCIALES: apoyo social, rol que desempeña la mujer en el núcleo familiar (para ambos grupos).

VARIABLES CULTURALES: religión, etnia cultural, afrontamiento frente a la enfermedad, comportamientos de alto riesgo: cigarrillo, licor, sedentarismo (para ambos grupos).

VARIABLE DE INTERÉS (DESENLACE) PARA EL ESTUDIO: enfermedad coronaria (EC).

4.3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de la información.

La fuente de información para el presente estudio fue primaria, apoyada en una secundaria; se empleó la historia clínica y la base de datos de pacientes atendidas en la Unidad Cardioquirúrgica, por medio de la cual se hizo una filtración a las mujeres que cumplieron los criterios de inclusión.

4.3.5.1 Técnicas de recolección de información.

- Revisión documental: Historia clínica
- Encuesta.

Se encuestó a los casos incidentes del periodo de estudio. Para los controles se recolectó los censos hospitalarios de cada servicio (medicina interna, urgencias, especialidades régimen contributivo, ginecobstetricia), y se identificó a las mujeres que cumplieran los criterios de inclusión.

4.3.5.2 Instrumentos de recolección de información.

- El cuestionario de factores demográficos, sociales y culturales, asociados a la EC, para casos y controles, revisado por experto y sometido a prueba piloto.
- Las tablas de predicción de riesgo para las Américas AMRD de la OMS-ISH, para los contextos en los que no se cuenta con la medición del colesterol sanguíneo.

4.4 Técnicas de Procesamiento de la Información

La digitación de la información se hizo con la aplicación SPSS versión 18 con licencia amparada por la Universidad CES, con el fin de suministrar los datos respectivos para presentar los resultados con herramientas estadísticas pertinentes. Igualmente, se utilizó el programa estadístico gratuito Epidat 3.1 y 4.1 y la hoja de cálculo Microsoft Excell 2010, licencia de la Universidad Mariana de Pasto.

4.5 Control de sesgos

Con el fin de no llegar a conclusiones erróneas, se mantuvo control de los sesgos de información en el

encuestador y el encuestado, de selección, detección y memoria. Para las variables de confusión se realizó aplicación de modelos multivariados, con el fin de estimar el efecto de la exposición, manteniendo constantes los valores del factor confusor.

4.6 Análisis de Datos

Con el fin de obtener resultados determinantes de los datos encontrados se hizo uso del programa estadístico SPSS versión 18, con licencia de la Universidad CES, mediante el cual se obtuvo frecuencias, tablas y gráficas, simplificando de esta manera los datos. Inicialmente, se realizó una exploración de los datos mediante resúmenes y gráficos, con el fin de hacer una evaluación general de ellos, identificar datos atípicos, extremos y datos perdidos. Para variables cualitativas, los datos se resumen mediante tablas de frecuencias y proporciones; para variables cuantitativas, con medidas de tendencia central (media, mediana) y gráfico de barras. Con las anteriores técnicas estadísticas se realizó la caracterización clínica de las mujeres sujetos de estudio.

Para determinar la fuerza de asociación de las variables demográficas, sociales y culturales con la enfermedad coronaria en la mujer se calcularon los ODDS ratio (OR), con el fin de identificar la asociación entre los factores descritos y la variable dependiente: tener o no enfermedad coronaria (casos-contrroles). Se utilizó la prueba estadística de Chi cuadrado asumiendo un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Se hizo uso de modelos estadísticos multivariados, como la regresión logística, con el fin de determinar la relación y el comportamiento de cada una de las variables con el curso de la EC. Con ello se identificó

variables de confusión y variables modificadoras. La medición del resultado fue a través del cálculo de los OR ajustado, con su respectivo intervalo de confianza del 95 %.

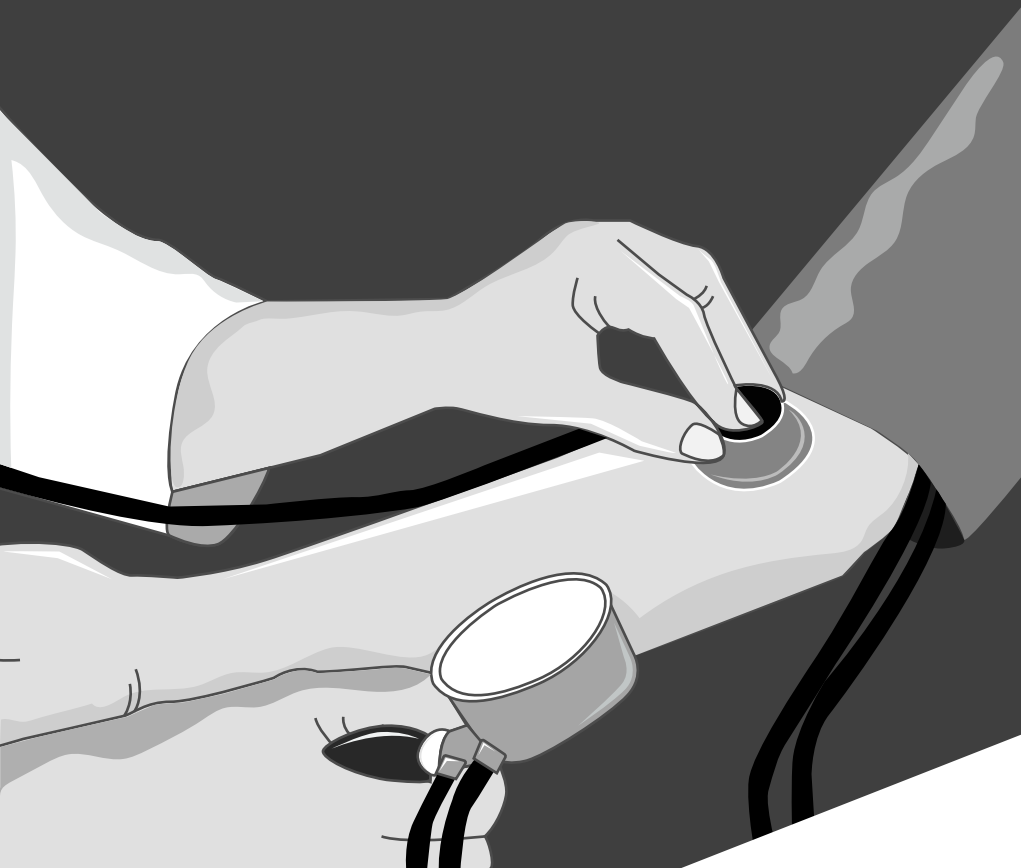
4.7 Consideraciones éticas

De acuerdo con el Artículo 11 de la Resolución 008430, este estudio se clasificó como una investigación “sin riesgo”, porque no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas y sociales de las mujeres que participaron en el estudio.

El estudio respetó los principios éticos fundamentales contemplados en la declaración de Helsinki. Contó con la aprobación de los comités de investigación (Acta 125) y ética de la Universidad CES (Acta 81) y comités de ética de las instituciones participantes (C0615). Todas las mujeres incluidas en el estudio dieron su consentimiento informado para las preguntas complementarias.



Figura 3. El cigarrillo como factor determinante para EC.



5.

Resultados:
¿Qué encontramos de nuevo?

5.1 Descripción de los Grupos: Caso y Control

Se diligenciaron en total 140 cuestionarios para explorar la asociación entre los factores de riesgo y la enfermedad coronaria (EC), en 105 mujeres (control) y 35 mujeres (casos). (Ver Tabla 1).

Tabla 1. *Distribución porcentual de las mujeres encuestadas, según grupo de investigación*

Grupo de investigación	N	%
Casos	35	25
Controles	105	75
Total	140	100

Fuente: elaboración propia.

Los diagnósticos positivos para EC, según reporte de cateterismo cardíaco, evidenciaron la presencia de 7 modalidades de diagnósticos de acuerdo con el número, severidad y porcentaje de vasos obstruidos. El mayor número de casos (37,10 %) presentaron Enfermedad Coronaria Aterosclerótica (ECAS) de un vaso. ECAS de un vaso principal (17,10 %) y de 2 – 3 vasos (17,10 %). (Ver Tabla 2).

Tabla 2. *Distribución porcentual de los Casos, según diagnóstico de cateterismo cardiaco*

Diagnóstico	n	%
ECAS de la rama secundaria	1	2,90
ECAS 1 vaso	13	37,10
ECAS 1 vaso principal	6	17,10
ECAS 2 vasos	6	17,10
ECAS 2 vasos principales	1	2,90
E.C.A.S.3 vasos	6	17,10
E.C.A.S.3 vasos + 1 vaso principal	1	2,90
E.C.A.S.3 vasos principales	1	2,90
Total	35	100

Los diagnósticos médicos en los controles corresponden a los incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE-10). En los controles se evidenció: Enfermedades del sistema digestivo (37,10 %), diferentes tipos de neoplasias (17,10 %), enfermedades del sistema nervioso con Glasgow 15/15 sin alteraciones de la memoria, juicio y raciocinio (12,40 %); enfermedades circulatorias (7,60 %), de la piel y de tejido subcutáneo (7,60 %), endocrinas y nutricionales (4,80 %), genito urinarias (4,80 %), traumatismos y envenenamientos (2,90 %), del sistema respiratorio (1,90 %), infecciosas y parasitarias (1,90 %), del sistema osteomuscular y tejido conectivo (1,0 %), de ojo y sus anexos (1,0 %). (Ver Tabla 3).

Tabla 3. *Distribución porcentual de los Controles, según diagnóstico médico (CIE-10)*

Título CIE-10	Diagnósticos	n	%
L00-L99	Enfermedades de la piel y del tejido Subcutáneo	8	7,60

Título CIE-10	Diagnósticos	n	%
M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conectivo	1	1
C00-D48	Neoplasias	18	17,10
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	2	1,90
G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso	13	12,40
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	39	37,10
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	2	1,90
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	5	4,80
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	8	7,60
S00-T98	Traumatismos, envenenamientos, y algunas otras consecuencias de causa externa	3	2,90
N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario	5	4,80
H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos	1	1
Total		105	100

Según las tablas de predicción de riesgo cardiovascular de la OMS, los casos presentaron riesgo “alto” y “muy alto” para enfermedad coronaria en un 74,3 %, fue “bajo” o “moderado” en 25,7 %. El 100 % de los controles

presentó “riesgo bajo” 87,60 % y “moderado” 12,40 %. (Ver Tabla 4).

Tabla 4. *Distribución porcentual de las mujeres encuestadas, según grupo de investigación y predicción del riesgo AMRD de la OMS/ISH*

Riesgo según OMS	Grupo Caso	Grupo Control
	n %	n %
Riesgo bajo	514,30	9287,60
Riesgo moderado	411,40	1312,40
Riesgo alto	822,90	00
Riesgo muy alto	851,40	00
Total	35 100	105 100

Fueron hipertensas el 82,90 % (casos) y 33,3 % (controles), obesas el 31,40 % (casos) y 15,2 % (controles), diabetes tipo II un 22,9 % (casos) y 14,3 % (controles) (ver Tabla 5). Antecedentes familiares para EC en primer grado de consanguineidad en padres y hermanos 42,90 %, (casos) y 13,3 % (controles) (ver Tabla 6). La edad presentó una distribución normal ($p=0,88$) (S-W) (casos). No distribuyó normalmente ($p= 0,01$) (K-Smirnov) (controles). La mediana de la variable edad no tuvo diferencias significativas ($p=0,23$). (U Mann Whitney). No poseen cónyuge 42,8 % (casos) y 49,5 % (controles). (Ver Tablas 7 y 8).

Tabla 5. *Distribución porcentual de comorbilidades: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus y Obesidad, según grupo de investigación*

Comorbilidades	Grupo Caso	Grupo Control
	n %	n %
Hipertensión Arterial		

Si	29	82,90	35	33,30
No	6	17,10	70	66,70
Diabetes Mellitus				
Si	8	22,90	15	14,30
No	27	77,10	90	85,70
Obesidad				
Si	11	31,40	16	15,20
No	24	68,60	89	84,80
Total	35	100	105	100

Tabla 6. Distribución porcentual de los antecedentes familiares de Infarto Agudo de Miocardio (IAM), según grupo de investigación

Antecedentes Familiares de IAM	Grupo Caso		Grupo Control	
	n	%	n	%
Si	15	42,90	14	13,30
No	20	57,10	91	86,70
Total	35	100	105	100

Tabla 7. Edad promedio en años de las mujeres, según grupo de investigación

Grupo	Promedio (DE)	Mediana	Moda	Mínima	Máxima	Intervalo Confianza 95 %
Caso	66,69 (12,21)	67	75	35	95	62,50 - 70,88
Control	63,38 (14,27)	63	72	40	97	60,62 - 66,14

Tabla 8. Asociación de la Variable Edad, según grupo de investigación

Variable	Caso (n=35)		Control (n=105)		U Man-Whitney	Valor p
	No. DE	No. DE	No. DE	No. DE		
Edad						
X (DE)	66,69	12,21	63,38	14,27	1589,00	0,23
M (Rq)	67	16	63	22		

5.2 Características Demográficas, Sociales y Culturales encontradas en Casos y Controles

En la Tabla 9 se aprecia aquellas características que mostraron relación estadística con las enfermedades coronarias: residencia actual, 80 % (casos) y 62 % (controles) viven en área urbana ($p < 0,05$), pertenecen al estrato 1 y 2 el 71,4 % (casos) y 85,8 % (controles) respectivamente ($p < 0,05$). La percepción del apoyo social recibido de familiares o vecinos fue de 57,1 % (casos) y 73,30 % (controles) ($p < 0,05$).

Con respecto al afrontamiento, se evidencia que el 28,6 % (casos) y 22,9 % (controles) callan para no preocupar por su enfermedad ($p < 0,05$). Frente a los hábitos de riesgo, consumen cigarrillo 34,3 % (casos) y 2,9 % (controles) ($p < 0,05$). (Ver Tabla 10).

Tabla 9. Variables Demográficas y Enfermedad Coronaria

Variable	Caso (n=27)		Control (n=70)		OR	IC (OR)	χ^2	P Valor
	No. %	No. %	No. %	No. %				
Estado Civil							0,88	0,83
Soltera	7	20	23	21,90	1,16	0,34-4,01		
Casada	15	42,90	44	41,90	1,31	0,45-3,82		
Unión Libre	5	14,30	9	8,60	2,13	0,52-8,77		
Viuda	6	17,10	23	21,90	1	-		
Separada	2	5,70	6	5,70	1,28	0,20-8,01		
Procedencia								
Rural	14	40	55	52	0,54	0,24-1,18	2,44	0,08
Urbana	21	60	50	48	1	-		
Residencia actual								
Rural	7	20	40	38	1	-		
Urbana	28	80	65	62	2,46	1,98-6,16	3,85	*0,04
Estrato Socioeconómico							11,85	*0,02

Uno	13	37,10	66	62,90	1	-
Dos	12	34,30	24	22,90	2,54	1,02-6,33
Tres	7	20	14	13,30	2,54	0,86-,51
Cuatro	1	2,90	1	1	5,08	0,29-86,45
Cinco	2	5,70	0	0	0,00	NA
Escolaridad					0,03	0,99
Sin escolaridad	4	11,40	11	10,50	1	-
Primaria	21	60	63	60	0,92	0,26-3,19
Bachillerato	7	20	22	21	0,87	0,21-3,64
Tec-tecnólogo	1	2,90	4	3,80	0,69	0,06-8,14
Universidad	2	5,70	5	4,80	1,100	0,15-8,12
Ocupación					3,45	0,17
Empleada	5	14,3	9	8,60	2,05	0,63-6,72
Independiente	7	20	11	10,50	2,35	0,82-6,74
Ocupación elemental	23	65,70	85	81	1	-
Ingresos					1,27	0,74
Sin ingresos	5	14,30	14	13,30	1	-

Menos de un mínimo	15	42,90	55	52,40	0,76	0,24-2,46
Un salario mínimo	9	25,70	19	18,10	1,33	0,36-4,83
Mayor de un mínimo	56	17,10	17	16,20	9,22	2,90-29,32

* Valor p <0,05, 1: Población de referencia.

Tabla 10. *Variables Sociales y Enfermedad Coronaria*

Variable	Caso (n=27)		Control (n=70)		OR	IC (OR)	χ^2	Valor P
	No. %	No. %	No. %	No. %				
Apoyo Social							10,08	*0,02
Familiares y Vecinos	7	20	14	13,30	0,35	0,08-1,54		
Familiares o Vecinos	20	57,10	77	73,30	0,18	0,05-0,65		
No Sale/Recibe visita	1	2,90	9	8,60	0,08	0,01-0,84		
No Sale /No Recibe visita	7	20	5	4,80	1	-		
Rol en núcleo familiar							0,54	0,76
Jefe	18	51,40	54	51,40	1	-		
Cónyuge	15	42,90	41	39	1,10	0,49-2,43		

Otra	2	5,70	10	9,50	0,60	0,12-2,10
------	---	------	----	------	------	-----------

* Valor p <0,05, 1: Población de referencia

Tabla 11. *Variables Culturales y Enfermedad Coronaria*

Variable	Grupo		Control (n=70)	OR	IC (OR)	χ^2	P
	Caso (n=27)	No. %					
Religión						0,03	0,98
Católica	31	88,60	94	89,50	1	-	
Ninguna	1	2,90	3	2,90	1,01	0,10-10,07	
Otra	3	8,60	8	7,60	1,14	0,28-4,55	
Grupo social o etnia						0,11	0,52
Mestiza	32	91,40	94	89,50	1	-	
Otra	3	8,60	11	10,50	1,25	0,327-4,76	
Afrontamiento a la enfermedad						3,60	*0,04

Callar/no preocupar	10	28,60	24	22,90	1	-
Controlarse a sí misma	9	25,70	46	43,80	0,47	0,17-1,31
Busca ayuda médica	16	45,70	35	33,30	1,10	0,43-2,82
Hábitos						
Al Cigarrillo						
Si	12	34,30	3	2,90	17,74	4,63-67,99
No	23	65,70	102	97,10	1	-
Al licor						
Si	5	14,30	5	4,80	3,33	0,90-12,29
No	30	85,70	100	95,20	1	-
Actividad Física						
Frecuentemente	12	34,30	23	21,90	3,88	1,35-11,11
Ocasionalmente	16	45,70	30	28,60	3,96	1,46-10,72
Nunca	7	20	52	49,50	1	-

* Valor p <0,05, 1: Población de referencia

Según el análisis exploratorio realizado, se encontró que las variables: Hipertensión Arterial, Obesidad, Antecedentes de familiares con enfermedad coronaria –IAM-, Estrato socioeconómico, Apoyo social, Residencia actual, Afrontamiento de la sintomatología de la enfermedad coronaria y Consumo de cigarrillo, mostraron asociación estadística para EC. Cabe resaltar que, de éstas, el Diagnóstico de Hipertensión arterial y el Consumo de cigarrillo tienen diferencias significativas ($P < 0,05$), que las convierte en variables de interés para determinar el modelo que mejor explique la enfermedad coronaria en el estudio. (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Variables asociadas a la presencia de Enfermedad Coronaria

Variables	OR Crudo	Intervalo Confianza 95 %	OR Ajustado	Intervalo Confianza 95 %
Diagnóstico HTA	9,67	3,67-25,45	9,47	2,87-31,23
Diagnóstico Obesidad	2,55	1,05-6,21	2,06	0,65-6,53
Antecedente EC-IAM	4,87	2,03-11,69	4,41	1,35-14,44
Estrato socioeconómico	-		1,39	0,66-2,92
Uno	1	-		
Dos	2,54	1,02-6,33		
Tres	2,54	0,86-7,51		
Cuatro	5,08	0,29-86,45		
Cinco	0,00	NA		

Apoyo social				
Familiares y vecinos	-	-	1,72	0,84-3,49
Familiares o vecinos	0,35	0,08-1,54		
No sale/recibe visitas	0,18	0,05-0,65		
No sale/no recibe visitas	0,08	0,01-0,84		
	1			
Residencia actual				
Rural	1	0,98-6,16	0,98	0,26-3,73
Urbana	2,46			
Afrontamiento EC				
Callar/no preocupar	1		1,45	0,46-4,63
Controlarse a sí misma	0,47	0,17-1,31		
Busca ayuda médica	1,10	0,43-2,82		
Consumo Cigarrillo				
	17,74	4,63-67,99	21,12	3,97-112,26

5.3 Modelo Explicativo de la Enfermedad Coronaria

En el primer modelo saturado, fueron incluidas todas las variables del estudio, luego se fueron retirando las variables que no indicaron asociación estadística, hasta llegar al modelo que mejor explica la aparición de la enfermedad coronaria.

La asociación más fuerte para enfermedad coronaria se observó con el consumo de cigarrillo (criterio de Doll y Hill), el cual mostró un incremento de 3,37 al ajustarse por las variables más significativas del estudio (OR 21,11; IC 95 % 3,97-112,26) entre los factores asociados. La hipertensión arterial mostró un OR crudo de 9,67 y se disminuyó en un 0,20 al ajustarse por los demás factores (OR=9,472; IC 95 %, 2,87-31,23), después del riesgo encontrado para el consumo de cigarrillo. Los antecedentes familiares para EC mostraron un OR ajustado de 4,41, el cual disminuyó en un 0,46 con relación al dato crudo (OR= 4,41; IC 95 % 1,35-14,44) (ver Tabla 13).

Tabla 13. Regresión logística de las variables significativas, para Enfermedad Coronaria

Variables	OR	Valor p	Intervalo Confianza 95 %
Diagnóstico HTA	9,47	0,00*	2,87-31,23
Diagnóstico Obesidad	2,05	0,22	0,65-6,53
Antecedente EC-IAM	4,41	0,01*	1,35-14,44
Estrato socioeconómico	1,39	0,38	0,66-2,92
Apoyo social	1,71	0,13	0,84-3,49
Residencia actual	0,98	0,98	0,26-3,73
Afrontamiento	1,45	0,52	0,46-4,63
Consumo Cigarrillo	21,11	0,00*	3,97-112,26

* Valor p <0,05

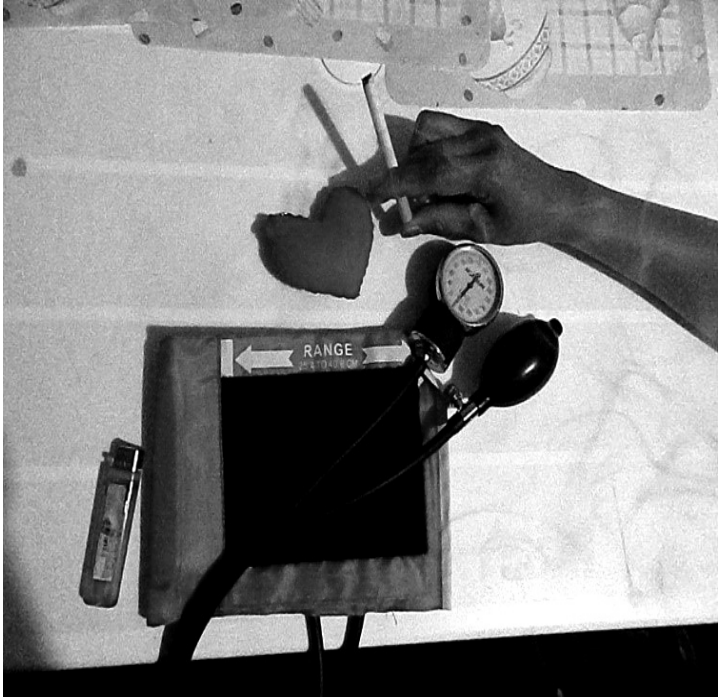
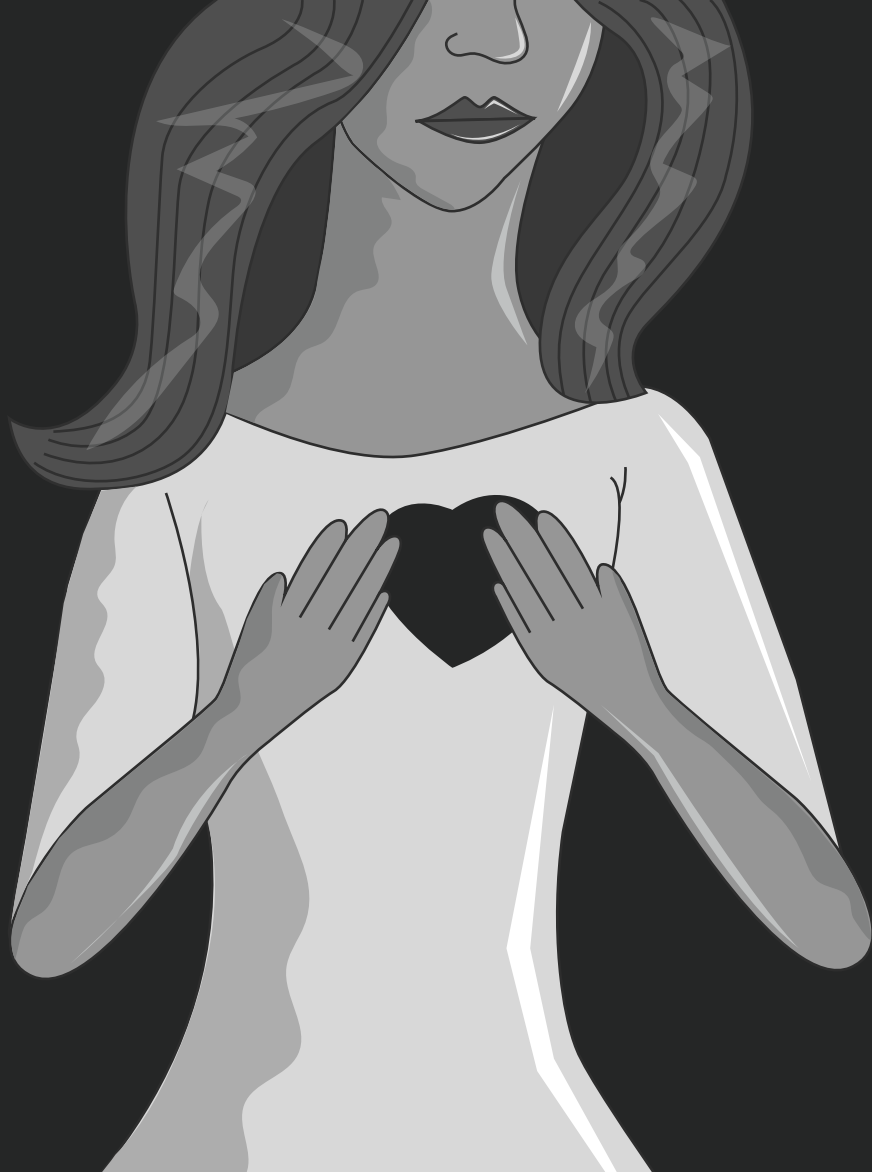


Figura 4. Los hallazgos: Hipertensión arterial y cigarrillo.



6.

Discusión:
¿Cómo estamos?



El Consumo de Cigarrillo:

Fue bastante notorio el consumo de cigarrillo en las mujeres pertenecientes al grupo casos, dado que proporcionó un riesgo de 21 veces más para desarrollar la enfermedad, confirmando así los hallazgos de otros estudios.²⁵ En cuanto a las mujeres, fumar un solo cigarrillo aumenta 57 % el riesgo de enfermedad coronaria y 31 % el riesgo de ACV, comparado con quienes no probaron nunca el tabaco²⁶. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que “8. 595 muertes causadas por las enfermedades isquémicas de corazón son atribuibles al consumo de tabaco”²⁷.

Con respecto a la cantidad de cigarrillos fumados, hoy en día se acepta que fumar un solo cigarrillo diariamente agrega la mitad del riesgo de enfermedad coronaria y ataque cerebrovascular (ACV) igual que si se fumara 20 cigarrillos diarios. Al parecer el fumar poco ofrece más peligro de lo que se cree²⁶. En los países en desarrollo se nota una tendencia al aumento de fumadores en la población, especialmente, entre las mujeres y los jóvenes. A pesar de las leyes impuestas en diferentes países para el control del mismo, cada vez son más las mujeres jóvenes que fuman²⁸.

En este orden de ideas, el hábito de fumar se constituye en una mala conducta social y en un peligroso factor de

riesgo en la génesis de la EC, sin embargo, es un riesgo posible de prevenir en el mundo²⁶, incluso la mortalidad total entre los fumadores desciende hasta casi igualar la de los no fumadores 15 años después de haber dejado de fumar²⁶.

Desde la década de 1950 surgieron los primeros estudios epidemiológicos, en los cuales asociaron diferentes enfermedades con el hábito de fumar; desde entonces aparece la transición, que ha evidenciado como el tabaquismo pasó de ser un hábito de glamour a considerarse una plaga social de dimensiones incalculables²⁹, algunos autores lo consideran una de las epidemias de los siglos XX y XXI²⁹.

La cultura influye en la distribución socioepidemiológica de las enfermedades, ya que ella moldea el comportamiento de las personas³⁰, en este sentido, sería importante ahondar sobre el tema de las causas del consumo del cigarrillo, ya que el afrontamiento frente a las situaciones cotidianas y el estrés pueden ser condicionantes que incrementen el problema y expongan a la mujer al riesgo de sufrir posteriormente EC. En lo regional, estudios previos han reportado la existencia de una cultura del aguante y del “callar y no preocupar”¹¹ como un modo de afrontamiento, lo asumen como el “mantener una cultura del aguante”¹¹.

Si se analiza la situación desde el estrato socioeconómico, los resultados mostraron una asociación fuerte y significativa en el análisis bivariado ($p < 0,02$), entre el estrato socioeconómico y la EC, los estratos bajos muestran mayor tendencia al consumo de cigarrillo, tal como se encontró en el estudio realizado en Bucaramanga³¹.

Se presume que, el hábito de fumar en estratos bajos podría catalogarse como una conducta inducida por situaciones diversas, de índole familiar, social

ocupacional, que la mujer debe enfrentar, posiblemente asociado a hábitos y estilos de vida que han sido adoptados³¹. Todos estos aspectos agudizan los comportamientos no cardio saludables (cigarrillo), derivados de la exposición involuntaria a un entorno social, poco adecuado para la salud; la exposición a una angustia emocional crónica, los traumas psicológicos y el síndrome: angustia- ira- hostilidad⁶, evidentes en mujeres, quienes por patrones culturales se someten a factores de riesgo para la enfermedad coronaria sin percibir la determinación de los mismos en el futuro de su salud cardiovascular.

Por otra parte Ferreira-González³² considera que la edad es un predictor fuerte para la enfermedad coronaria y el estudio confirmó su presencia en mujeres de edades avanzadas (menopausias), teniendo en cuenta que, la menopausia aumenta la rigidez arterial con relación a la edad en la fase posmenopáusica temprana, probablemente por el déficit estrogénico³³. Los predictores de que ocurriría calcificación de la arteria coronaria 14,6 años después fueron el colesterol LDL y el hábito de fumar. Los mismos fueron factores premenopáusicos, que predijeron una posterior calcificación de la aorta, además del incremento de la presión arterial sistólica³³.

Así las cosas, se podría entender que el grupo caso arribó a la edad avanzada (menopausia) con otros riesgos proporcionados por otros factores, como: **fumar cigarrillo o sufrir diabetes y/o hipertensión arterial**, e incluso con antecedencia familiar para enfermedad coronaria, fijando así un panorama sombrío para la mujer. Cabe anotar que llamó la atención el porcentaje de mujeres con esposo o cónyuge fumador (casos), en el sentido de que se comportaron como fumadoras pasivas (22,90 %). Tajer denomina a éste fenómeno, como “modelo de vulnerabilización específica, basado en la sobreestimación de los imperativos de la realidad, por encima de sus propios deseos y necesidades”³⁴.El

cigarrillo produce daño no solo para el fumador sino también para cualquier persona que se exponga a la aspiración del humo²⁸.

La Hipertension Arterial:

Al comparar la procedencia con la residencia actual se observa un incremento de los casos en las áreas urbanas, posiblemente debido a fenómenos de desplazamiento voluntario o involuntario hacia la ciudad, donde las mujeres se enfrentan a nuevas culturas y hábitos, derivados de los problemas de urbanización y desigualdad social, ligada a la vida urbana insalubre, malnutrición, tabaquismo, inactividad física, estrés, etc.¹⁵ y donde posiblemente el apoyo social también sea escaso. La residencia actual (urbana) también se podría considerar una situación modificadora de la tensión arterial, ya que estudios previos citan que, “las poblaciones rurales con características sociales poco alteradas, presentan cifras tensionales más bajas a lo largo de su vida”³⁵, fenómeno contrario a lo observado en regiones urbanas. En el estudio, la hipertensión arterial (HTA) estuvo presente en el 82,9 % de los casos que viven en el área urbana y proporcionó un riesgo 9,47 veces más para las mujeres que presentaron EC.



Figura 5. Determinantes sociales de la hipertensión arterial.

Fuente: Pixabay

En los diabéticos, la prevalencia de hipertensión es 1,5 a 3 veces mayor que en el no diabético ^(36,37) y los factores de riesgo asociados con la hipertensión en estas poblaciones son principalmente sobrepeso, sedentarismo, fumar y dislipidemias^(33,36).

Por otra parte, es destacado el efecto protector directo y amortiguador del apoyo social contra la enfermedad, la integridad física y psicológica de la persona a lo largo de su ciclo de vida, incluso se ha encontrado que su ausencia desempeña un papel importante en la progresión hacia la muerte por EC pos (IAM)³⁷. El apoyo social en el estudio fue más frecuente en el grupo control. Asimismo, se ha explicado que, pacientes aislados de estratos sociales bajos experimentan mayor estrés y muestran hostilidad, los cuales serían factores de riesgo significativos. Además, aquellas personas que padecen la enfermedad y reportan aislamiento social tienen mayor riesgo de mortalidad temprana³⁸.



Figura 6. Ser fumador pasivo o activo, efecto sobre la enfermedad coronaria.

Estos factores deberían ser tenidos en cuenta en las sociedades transformadas por las políticas sociales con niveles de desigualdad, altos niveles de estrés colectivo, inseguridad y un franco deterioro social, tal como ocurre en los países en vía de desarrollo¹⁵.

6.1 Limitaciones del estudio

- Las derivadas del autorreporte.
- Limitaciones propias de los estudios de casos y controles en que la asociación causal es débil.
- El marco muestral y tipo de muestreo influyen en la amplitud de los intervalos encontrados.
- No se exigió arteriografía coronaria para los controles por situaciones éticas.



Figura 7. El control también está en tus manos.



7.

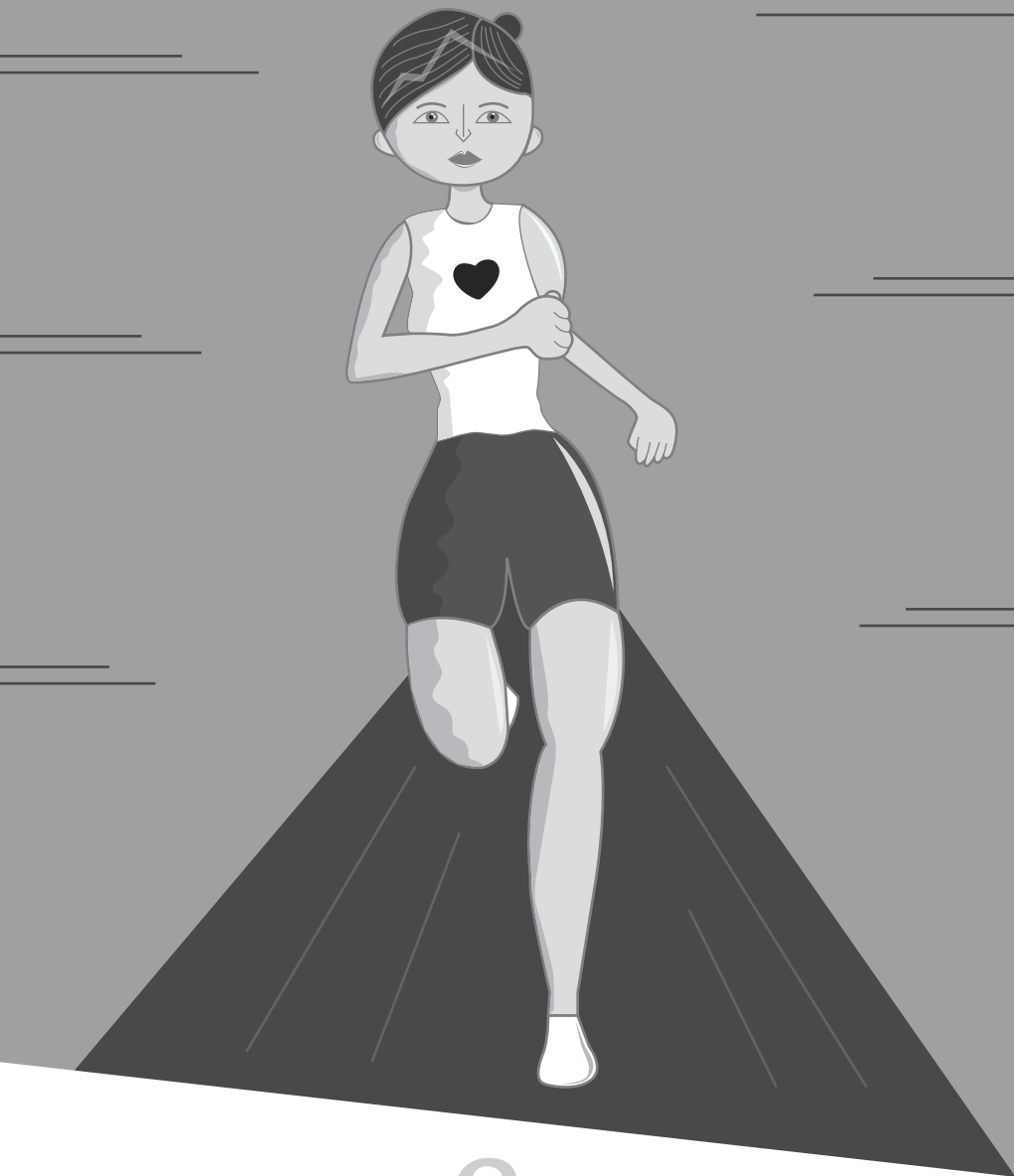
Conclusiones



El promedio de edad de mujeres coronarias y no coronarias fue de 66,70 y 63,40 años respectivamente; viven en área urbana (80,00 % casos, 62,00 % controles); sus domicilios corresponden a los estratos uno y dos (71,4 % casos, 85,8 % controles); viven con cónyuge o compañero (57,20 % casos, 50,50 % controles). Ambos grupos poseen nivel básico primaria (60,00 %), se dedican a ocupaciones elementales (65,70 % casos, 81,00 % controles), con ingresos inferiores a un salario mínimo (42,90 % casos, 52,40 % controles).

El análisis bivariado mostró diferencias estadísticas para: consumo de cigarrillo, comorbilidad por hipertensión arterial, antecedentes familiares de enfermedad coronaria, apoyo social, afrontamiento, residencia actual y estrato socioeconómico.

Las variables que mejor explican la presencia de enfermedad coronaria en la mujer fueron: el consumo de cigarrillo OR 21,12 IC 95 % (3,97-112,26), la hipertensión arterial OR 9,47 IC 95 % (2,87-31,23), los antecedentes familiares OR 4,41 IC 95 % (1,35-14,44).



8.

Recomendaciones:
¿Qué hacemos ahora?



- Educación persuasiva, regular y mantenida, brindada a través de diferentes medios masivos de comunicación, que difunda “señales de alerta temprana de la enfermedad coronaria”.
- Incluir apoyo **social** (la familia) en el proceso de aplicación de “las guías de atención y recomendaciones”, para actuar en la prevención de EC en los diferentes niveles de atención en salud, el seguimiento mediante procesos investigativos puede aclarar las hipótesis sobre ésta influencia.
- Educar desde las edades tempranas en instituciones preescolares, básica primaria y secundaria sobre prácticas cardioprotectoras para el cuidado del corazón de la mujer puede generar a futuro estudios observacionales sobre estas cohortes así intervenidas. Pese que a nivel nacional se han adoptado medidas de control para el consumo, se continúan observado estrategias comerciales que inducen a fumar y atraer este hábito hacia las poblaciones más jóvenes. Colombia posee políticas al respecto, pero no se cumplen a cabalidad, es así como se sigue mirando en locales comerciales la

tendencia a ubicar las cajetillas de cigarrillos junto a dulces y juguetes, lo cual genera en los infantes que no lo asocian como algo peligroso, sino por el contrario como algo que les puede gustar y que es apto para el consumo.

- Brindar soporte a las mujeres mediante estrategias que les permita actuar con un rol de modelo de estilos de vida saludable, que a su vez influirá sobre su familia, hijos, amigos, asimismo, extender dichos estilos a los colegios, lugar de trabajo y al resto de la comunidad.
- Articular acciones entre los programas de violencia a la mujer y de ECNT, ejecutar investigación de género y con medidas en salud pública, programas educacionales y registro estandarizados de las diferencias de género. Mayor interacción entre las diversas disciplinas que trabajan la salud mental de la mujer que provean datos específicos de género para “las guías de enfermedad cardiovascular”.
- La ausencia de etnias: afrodescendientes e indígenas en los grupos de estudio sugiere estudiar la EC entre las mujeres de estas poblaciones.
- Desde el componente de enfermería existen propuestas desde la disciplina y el modelo de cuidado por taxonomías, las cuales sería importante tener en cuenta, sobre todo en aquellas mujeres poseedoras del hábito de fumar. Bajo la intervención denominada “ayuda para dejar de fumar”, codificada con el número 4490 de las Taxonomías de la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), y que

aparece definida como: la ayuda a un paciente para que deje de fumar.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2011. [citado 13 de ene 2016]. Disponible en: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf?ua=1
- 2 Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedades Cardiovasculares en la Región de las Américas-Salud en las Américas 2007 [Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007. [citado 20 de ene 2016]. Disponible en: <http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/dmdocuments/salud-americas-2007-vol-1.pdf>
- 3 Narváez CO, Benavides FP, Rosales R. Angina de pecho en mujeres del departamento de Nariño. Av. enferm. 2012; 30(2): 108-114.
- 4 Ministerio de Educación Nacional. Centro virtual de noticias (CVN). La enfermedad coronaria es subestimada un grupo de mujeres colombianas [Internet]. 06 de diciembre de 2013. [Consultado ene 24 2015]. Disponible en: <http://www.mineduacion.gov.co/cvn/1665/w3-article-336188.html>
- 5 Gómez JE. Cardiovascular morbidity and mortality in the world. Rev. Colomb. Cardiol [Internet]. 2012 [citado 29 ene 2015]; 19(6). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-56332012000600005&script=sci_arttext
- 6 Rincón F. La enfermedad coronaria en la mujer: un asunto de cuidado. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2013.

- 7 Di Cesar M, Khang YH, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar T, et al. Inequalities in non- communicable diseases and effective responses. Lancet [Internet]. 2013 [citado 29 ene 2015]; 381(9866):585-97. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61851-0
- 8 Monteiro L, Pellegrini A, Solar O, Rígoli F, Malagon L, Castell-Florit P, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. Universal Health Coverage in Latin Ameica [Internet]. 2015 [citado 20 ene 2015]; 385 (9975): P1343-1351.
- 9 Carmona Z., Parra-Padilla D. determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. Rev. Cient. Salud Uninorte [Internet]. 2015. [citado 20 ene 2015]; 31(3). Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/7685/8569>
- 10 Enfermedad coronaria [Internet]. National Heart, Lung, and Blood Institute. [citado 5 de enero de 2015]. Disponible en: <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/espanol/enfermedad-coronaria>
- 11 Narváez-Eraso CO, Benavides-Acosta FP, Rosales Morales. Cuando el corazón de la mujer falla. San Juan de Pasto: Editorial Unimar; 2012.
- 12 Organización Mundial de la salud. Determinantes sociales de la salud [Internet]. s.f. [citado 5 feb 2015]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/es/
- 13 Historias y biografías. Enfermedades sociales Alcoholismo Tabaquismo Drogadicción Estress [sitio en Internet]. 2014. [citado 10 feb 2015]. Disponible en: [NOhttps://historiaybiografias.com/salud_medio2/](https://historiaybiografias.com/salud_medio2/)

- 14 Casanova-Ríspoli E. Bioética, cultura y patrones de conducta. *Pers. bioét* [Internet]. 2009. [citado 17 oct 2017]; 13(1): 34-41. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pebi/v13n1/v13n1a04.pdf>
- 15 Salinas CA. Factores de riesgo sociales de la enfermedad cardiovascular, Temas de interés general, Servicio de cardiología. Hospital Público Solidario «Dr. Marcial Vicente Quiroga». México; 2002. Disponible en: <http://pcvc.simnter.com.ar/revista/02v31n4/int-gral/inge01/salinas.htm>
- 16 Colimon K. Fundamentos de epidemiología. 3ª ed. Medellín, Colombia: Fondo Editorial CIB; 2018.
- 17 Gupta S, Camm AJ. Is there an infective aetiology to atherosclerosis? *Drugs Aging*. [Internet]. 1998 [citado 10 feb 2015]; 13(1):1-7. doi: 10.2165/00002512-199813010-00001
- 18 Vélez H, Borrero J, Restrepo J, Rojas W. Fundamentos de medicina. Cardiología. 7ª ed. Medellín [Colombia]: Corporación para investigaciones biológicas. 2010. p.386-7.
- 19 Gómez LA. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica* [Internet]. 2011. [citado 5 feb 2011]; 31(4). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v31n4/v31n4a01.pdf>
- 20 Gobernación de Nariño. Plan participativo de desarrollo departamental Nariño corazón del mundo 2016-2019 [Internet]. 2016. [citado 25 ene 2015]. Disponible en: https://xn--nario-rta.gov.co/inicio/files/PlanDesarrollo/Plan_de_Desarrollo_Narino_Corazon_del_Mundo_2016-2019.pdf
- 21 Instituto Departamental de Salud de Nariño. Informe de gestión Programa de vigilancia de la calidad del

- agua año 2018 [Internet]. 2013. [citado 25 ene 2015]. Disponible en: http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/sambiental/2019/INFORME_DE_GESTION_DE_VIGILANCIA_2018.pdf
- 22 Instituto Departamental de Salud de Nariño. Análisis de la situación de salud con el modelo de los determinantes sociales ASIS [Internet]. 2014. [citado 5 feb 2015]. Disponible en: http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/epidemiologia/documentos/asis_nari%C3%B1o_2014.pdf
- 23 Instituto Departamental de Salud de Nariño. Análisis de la situación de salud del departamento de Nariño con el modelo de los determinantes sociales ASIS Nariño 2016 [Internet]. 2017. [citado 5 feb 2015]. Disponible en: http://idsn.gov.co/site/web2/images/documentos/epidemiologia/asis/asis_depto_narino_1.pdf
- 24 Londoño JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5ª ed. Bogotá: Manual Moderno; 2014.
- 25 Lanaz F, Seron S. Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2012; 23(6): 699-705.
- 26 Hackshaw A, Morris JK, Boniface S, Tang JL, Milenković D. Low cigarette consumption and risk of coronary heart disease and stroke: meta-analysis of 141 cohort studies in 55 study reports. *BMJ.* 2018; 4(360): j5855. doi: 10.1136/bmj.j5855
- 27 Organización Panamericana de la Salud. Generación más: somos más sin tabaco [Internet]. s.f. [citado 5 feb 2015]. Disponible en: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1594:generacion-mas-somos-mas-sin-tabaco&Itemid=460

- 28 Fernández M, Figueroa D. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2018 [citado 21 Jun 2019]; 17(2): 225-235. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2044>
- 29 Sánchez P, Lisanti N. Prevalencia de tabaquismo y actitud hacia ese hábito entre médicos de Azuay, Ecuador. *Rev. Panam Salud Pública*. 2003; 14 (1): 25-30.
- 30 Anierte N. La Salud y el contexto cultural [Internet]. 2001. [citado 27 sep 208]. Disponible en: http://www.anierte-nic.net/apunt_sociolog_salud_2.htm
- 31 Campos-Arias A, Díaz-Martínez L. Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en mujeres adultas de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Colombiana Obstetricia Ginecología*. 2006; 57(4): 236-244.
- 32 Ferreira-González I. Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Rev. Esp. Card*. 2014; 67(2): 139-144.
- 33 Pacheco-Romero J. Hipertensión arterial en diferentes edades de la mujer. *An. Fac Med*. 2010; 71(4): 257-264.
- 34 Tajer D. Cuestiones de género en la enfermedad cardiaca. Página 12 (República Argentina). 9 de marzo de 2006. Disponible en: <http://salud.ciee.flacso.org.ar/files/flacso/pdf/Tajer.pdf>
- 35 Ciruzzi M. Prevalencia de los Factores de riesgo coronario en una muestra de la población argentina. Estudio REDIFA (Relevamiento de los Distritos de la Sociedad Argentina de Cardiología de los factores de riesgo coronario). *Rev. Arg. Card*. 2002; 70(4): 300-311.

- 36 Burlando G, Sánchez RA, Mogensen CE, Zanchetti A. Latin American consensus on diabetes mellitus and hypertension. *J. Hypertens.* 2004; 22(12): 2.229-2.241
- 37 Almagiá E. "Apoyo social, estrés y salud." *Psicología y salud* 14.2 (2014): 237-243.
- 38 Arias C., Díaz-Martínez L.A. Prevalencia y factores asociados con el consumo diario de cigarrillo en mujeres adultas de Bucaramanga, Colombia. *Rev. Colom. Obstetricia Ginecología.* 2006; 57(4): 236-244.

Anexo A. Cuestionario

Factores Demográficos, Sociales y Culturales

Casos - Controles

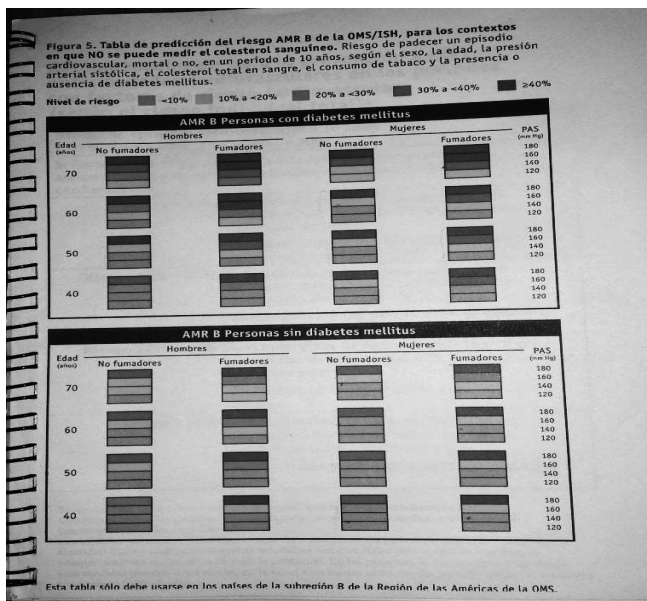
<p>1.Fecha de nacimiento:</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">2.1 Soltera</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>2.2 Casada</td><td></td></tr> <tr><td>2.3 Unión libre</td><td></td></tr> <tr><td>2.4 Viuda</td><td></td></tr> <tr><td>2.5 Separada, Viuda</td><td></td></tr> </table> <p>2-Estado civil:</p>	2.1 Soltera		2.2 Casada		2.3 Unión libre		2.4 Viuda		2.5 Separada, Viuda		<p>3. Diagnóstico de hipertensión arterial:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">3.1 Si</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>3.2 No</td><td></td></tr> <tr><td>3.3 S.R</td><td></td></tr> </table>	3.1 Si		3.2 No		3.3 S.R			
2.1 Soltera																				
2.2 Casada																				
2.3 Unión libre																				
2.4 Viuda																				
2.5 Separada, Viuda																				
3.1 Si																				
3.2 No																				
3.3 S.R																				
<p>4-Diagnóstico de diabetes</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">4.1 Si</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>4 . 2 No</td><td></td></tr> <tr><td>4 . 3 S.R</td><td></td></tr> </table>	4.1 Si		4 . 2 No		4 . 3 S.R		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">5.1 Si</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>5.2 No</td><td></td></tr> <tr><td>5.3 S.R</td><td></td></tr> </table> <p>5- Diagnóstico de Obesidad:</p>	5.1 Si		5.2 No		5.3 S.R		<p>6. Familiares con EC-IAM</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">6.1 Si</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>6.2 No</td><td></td></tr> <tr><td>Parentesco</td><td></td></tr> </table>	6.1 Si		6.2 No		Parentesco	
4.1 Si																				
4 . 2 No																				
4 . 3 S.R																				
5.1 Si																				
5.2 No																				
5.3 S.R																				
6.1 Si																				
6.2 No																				
Parentesco																				
<p>7. Procedencia:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">7.1 Rural</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>7.2 Urbana</td><td></td></tr> <tr><td>Lugar:</td><td></td></tr> </table>	7.1 Rural		7.2 Urbana		Lugar:		<p>8. Estrato socioeconómico:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">8.4 Cuatro</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>8.5 Cinco</td><td></td></tr> <tr><td>8.6 Seis</td><td></td></tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 80%;">8.1 Uno</td><td style="width: 20%;"></td></tr> <tr><td>8.2 Dos</td><td></td></tr> <tr><td>8.3 Tres</td><td></td></tr> </table>		8.4 Cuatro		8.5 Cinco		8.6 Seis		8.1 Uno		8.2 Dos		8.3 Tres	
7.1 Rural																				
7.2 Urbana																				
Lugar:																				
8.4 Cuatro																				
8.5 Cinco																				
8.6 Seis																				
8.1 Uno																				
8.2 Dos																				
8.3 Tres																				

9. Apoyo social:		10. Ingresos:	
9.1 Familiares y vecinos		10.1 Un salario mínimo	
9.2 Familiares ó vecinos		10.2 Mayor a un salario mínimo	
9.3 No sale del domicilio no recibe visitas		10.3 Menos de un salario mínimo	
9.4 No sale y no recibe visitas		10.4 Sin ingresos	

11. Residencia actual:	12. Escolaridad	13. Religión	14. Grupo social o etnia
11.1 Rural	12.1 Universidad	13.1 Católico	14.1 Indígena
11.2 Urbana	12.2 Téc-Tecnólogo	13.2 Protestante	14.2 Afrodescendiente
Lugar	12.3 Bachillerato	13.3 Ninguna	14.3 Mestiza
	12.4 Primaria	13.4 Otra	14.4 Mulata
	12.5 Sin escolaridad		

<p>15. Ocupación</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="135 215 267 277">15.1 Em-pleada</td> <td data-bbox="267 215 319 277"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="135 277 267 341">15.2 Inde-pendiente</td> <td data-bbox="267 277 319 341"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="135 341 267 428">15.3 Ocupación Elemental</td> <td data-bbox="267 341 319 428"></td> </tr> </table>	15.1 Em-pleada		15.2 Inde-pendiente		15.3 Ocupación Elemental		<p>16. Rol que desempeña en el núcleo familiar:</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="337 272 456 310">16.1 Jefe</td> <td data-bbox="456 272 503 310"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="337 310 456 373">16.2 Cón-yuge</td> <td data-bbox="456 310 503 373"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="337 373 456 410">16.3 Hija</td> <td data-bbox="456 373 503 410"></td> </tr> </table>	16.1 Jefe		16.2 Cón-yuge		16.3 Hija		<p>17. Afrontamiento frente a la sintomatología de EC.</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="540 302 659 418">17.1 Ca-llar para no preo-cupar.</td> <td data-bbox="659 302 702 418"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="540 418 659 506">17.2 controlarse a sí misma</td> <td data-bbox="659 418 702 506"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="540 506 659 594">17.3 Bus-car ayuda médica</td> <td data-bbox="659 506 702 594"></td> </tr> </table>	17.1 Ca-llar para no preo-cupar.		17.2 controlarse a sí misma		17.3 Bus-car ayuda médica		<p>18. Consumo cigarrillo en el último año:</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="739 272 858 310">18.1 Si</td> <td data-bbox="858 272 895 310"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="739 310 858 397">18.2 Oca-sional-mente</td> <td data-bbox="858 310 895 397"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="739 397 858 461">18.3 Nun-ca</td> <td data-bbox="858 397 895 461"></td> </tr> </table>	18.1 Si		18.2 Oca-sional-mente		18.3 Nun-ca	
15.1 Em-pleada																											
15.2 Inde-pendiente																											
15.3 Ocupación Elemental																											
16.1 Jefe																											
16.2 Cón-yuge																											
16.3 Hija																											
17.1 Ca-llar para no preo-cupar.																											
17.2 controlarse a sí misma																											
17.3 Bus-car ayuda médica																											
18.1 Si																											
18.2 Oca-sional-mente																											
18.3 Nun-ca																											
<p>19. Consumo Licor en el último año.</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="135 727 267 790">19.1 Fre-cuente</td> <td data-bbox="267 727 319 790"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="135 790 267 854">19.2 Ocasio-nalmente</td> <td data-bbox="267 790 319 854"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="135 854 267 891">19.3 Nunca</td> <td data-bbox="267 854 319 891"></td> </tr> </table>	19.1 Fre-cuente		19.2 Ocasio-nalmente		19.3 Nunca		<p>20. Actividad física en el último año</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="337 727 456 790">20.1 Fre-cuente</td> <td data-bbox="456 727 503 790"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="337 790 456 891">20.2 Oca-sional-mente</td> <td data-bbox="456 790 503 891"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="337 891 456 966">20.3 Nun-ca</td> <td data-bbox="456 891 503 966"></td> </tr> </table>	20.1 Fre-cuente		20.2 Oca-sional-mente		20.3 Nun-ca			<p>1. CASO 0. CONTROL</p>												
19.1 Fre-cuente																											
19.2 Ocasio-nalmente																											
19.3 Nunca																											
20.1 Fre-cuente																											
20.2 Oca-sional-mente																											
20.3 Nun-ca																											

Anexo B. Tabla de predicción de Riesgo Cardiovascular OMS-ISH, para contextos en que no se puede medir el colesterol sanguíneo



Fuente: Prevención de Enfermedades Cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo Cardiovascular, 2008.

