

**DIPLOMADO DE PROFUNDIZACIÓN**

**UNIDAD 4 TAREA 6 SOCIALIZACIÓN**

**LEDY YOHANA MUÑOZ COD: 1.082.774.342**

**MERY JASMÍN PAIPA COD: 1058274986**

**LEIDY PAOLA RUBIANO COD: 1.077.147.490**

**YESENIA VELANDIA CARO COD: 40.047.770**

**LEIDY YANIRA ESPINOSA COD: 1079233040**

**CODIGO 151007\_4**

**TUTORA: NIDIA CAROLINA NARANJO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA – UNAD**

**TECNOLOGIA EN REGENCIA DE FARMACIA**

**ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**MAYO DE 2018**

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>PAG.</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>4</b>
<b>OBJETIVO GENERAL.....</b>	
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>	
<b>CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA.....</b>	<b>5</b>
<b><i>ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO.....</i></b>	<b>8</b>
<b><i>COMPLICACIONES.....</i></b>	<b>11</b>
<b><i>CAUSAS.....</i></b>	<b>12</b>
<b><i>VALORACIÓN DEL RIESGO.....</i></b>	<b>13</b>
<b><i>HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y ESTADÍSTICAS.....</i></b>	<b>14</b>
<b>DISCUSIÓN DE LOS REPORTES ESTADÍSTICOS .....</b>	<b>20</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>32</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>34</b>

## INTRODUCCIÓN

El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA, se ha creado para realizar la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población colombiana.

Con el desarrollo de este trabajo analizaremos los datos más relevantes en cuanto a las enfermedades circulatorias en el departamento de Cundinamarca en los últimos 10 años, evolución, historia, reportes estadísticos, los programas y estrategias implementadas para prevenir dicha enfermedad; ya que esta enfermedad tiene un alto porcentaje en mortalidad y morbilidad en la Región Cundinamarqués.

Las enfermedades del Sistema Circulatorio hacen parte de las enfermedades no transmisibles (ENT), son un conjunto de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos. Por lo cual consideramos importante esta enfermedad ya que como se podrá analizar en las evidencias recopiladas durante las últimas décadas, podemos identificar que es una enfermedad que afecta a la gran parte del país; de acuerdo con la OMS.

## **PALABRAS CLAVES**

Enfermedad, Sistema circulatorio, Cundinamarca, Estadística, Población, Genero, Prevención, Estrategia, Programas, Mortalidad, Circulación, Hipertensión, Corazón, Estilo de vida, Causas.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

Analizar las principales causas y estadísticas de morbilidad y mortalidad que causan las Enfermedades del Sistema Circulatorio en el Departamento de Cundinamarca.

### **Objetivos específicos:**

- Realizar investigación de la historia las Enfermedades del Sistema Circulatorio en el Departamento de Cundinamarca.
- Describir el comportamiento estadístico de las Enfermedades del Sistema Circulatorio en el Departamento de Cundinamarca durante los últimos 10 años

- Identificar las estrategias y programas implementados por las diferentes instituciones de salud para prevenir y realizar control sobre esta enfermedad.

## **CONTEXTOS TERRITORIAL Y DEMOGRÁFICO DEL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA**

El departamento de Cundinamarca se encuentra localizado en el área central del país, sobre la cordillera Oriental, y hace parte de la región Andina, extendiéndose desde la margen oriental del río Magdalena hasta el piedemonte Llanero. Comprende todos los pisos bioclimáticos. Posee el mejor suelo productivo.

El departamento de Cundinamarca está conformado por 116 municipios agrupados en 15 provincias Almeidas, Alto Magdalena, Bajo Magdalena, Gualivá, Guavio, Magdalena Centro, Medina, Oriente, Rionegro, Sabana Centro, Sabana Occidente, Soacha, Sumapaz, Tequendama y Ubaté, y el Distrito Capital de

Bogotá.



**Población:** según el DANE, el departamento de Cundinamarca cuenta con una población de 2.680.041 en 2015

**Economía:** Los recursos naturales más sobresalientes son el carbón y la sal, principalmente en Zipaquirá, Nemocón y Tausa. También se cuenta con cal, hierro, azufre, esmeraldas, cuarzo, plomo, yeso, cobre y mármol. Los principales productos agrícolas son café, maíz, caña de azúcar, papa, cebada, trigo, yuca, algodón, arroz, frijol y frutas, el departamento es el primer productor de caña de azúcar panelera del país. La lechería se halla muy desarrollada especialmente en la Sabana de Bogotá y en el valle de Ubaté. En la ciudad capital y sus

alrededores, se encuentra uno de los sectores más industrializados del país con industrias metalúrgica, farmacéutica, textil y grandes cultivos de flores de explotación. Algunas zonas sufren de alta contaminación ambiental como es el caso de las riberas del río Bogotá y aquellas de alta concentración industrial, como Soacha, Bosa y Zipaquirá

**Principales causas de mortalidad:** En cuanto a las principales causas de mortalidad 2005 – 2013, se encuentra en primer lugar, las Enfermedades del sistema circulatorio que representaron el 35% de las muertes, prácticamente un tercio de la mortalidad general, en segundo lugar se encuentran las del grupo de las demás causas, con el 26% en tercer lugar las neoplasias que representan el 16% de la mortalidad del Departamento

## **MARCO TEÓRICO**

### ***ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO***

El sistema circulatorio humano, está formado por el corazón, los vasos sanguíneos (venas, arterias, capilares) y el líquido circulante que es la sangre. La función de este sistema es hacer circular la sangre por todo el organismo, llevando los nutrientes y oxígeno a cada una de las células y también recoger de las células el dióxido de carbono y vapor de agua, para luego ser expulsados al exterior a través del sistema respiratorio.

La enfermedad cardíaca se refiere únicamente a las enfermedades del corazón y del sistema de vasos sanguíneos del corazón. La enfermedad cardiovascular se refiere a las enfermedades del corazón y a las enfermedades del sistema de vasos sanguíneos (arterias, capilares, venas) de todo el organismo, tales como el cerebro, las piernas y los pulmones. "Cardio" se refiere al corazón y "vascular" al sistema de vasos sanguíneos.

El corazón es un músculo fuerte que actúa como bomba y es un poco más grande que el puño. Bombea sangre continuamente a través del sistema circulatorio, que es la red de tubos elásticos que permiten que la sangre fluya por todo el organismo. El sistema circulatorio comprende dos órganos principales, el corazón y los pulmones, así como los vasos sanguíneos (arterias, capilares y venas.)

Las arterias y capilares transportan la sangre, rica en oxígeno y nutrientes, del corazón y los pulmones a todas las partes del cuerpo. Las venas regresan la sangre, reducida en oxígeno y nutrientes, al corazón y los pulmones. Los problemas del corazón y los vasos sanguíneos no suceden rápidamente. Con el tiempo, las arterias que llevan la sangre al corazón y al cerebro pueden obstruirse, debido a la acumulación de células, grasa y colesterol (placa.)

La disminución en el flujo de sangre al corazón debido a obstrucciones en las arterias ocasiona ataques cardíacos. La falta de flujo de sangre al cerebro ocasionada por un coágulo de sangre o una hemorragia en el cerebro debido a la rotura de los vasos sanguíneos es lo que ocasiona un derrame cerebral.

Las enfermedades del sistema circulatorio son un conjunto de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos. Pueden causar la necrosis -o muerte de las células- de un órgano o parte de él por falta de riego sanguíneo debido a una obstrucción o estenosis (estrechez) de la arteria correspondiente. Entre ellas se encuentran: Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas, Enfermedades hipertensivas, isquémicas del corazón, cardiopulmonar, Paro cardíaco, Insuficiencia cardíaca, insuficiencia cerebrovasculares, Aterosclerosis.

<b>Aterosclerosis</b>	Disminución del diámetro de las arterias debido a la acumulación de sustancias. Se provoca una isquemia (suspensión
-----------------------	---

	de riesgo sanguíneo)
<b>Infarto</b>	Muerte de las células del cerebro o del corazón
<b>Trombosis</b>	Un coagulo se transforma en tapón y evita el paso de la sangre
<b>Embolia</b>	Un trombo que circula por la sangre obstruye un vaso que irriga a un órgano vital
<b>Anemia</b>	Disminución de glóbulos rojos
<b>Pericarditis</b>	Es una enfermedad producida por la inflamación del pericardio.
<b>Infarto del miocardio</b>	Riego sanguíneo insuficiente en una parte del corazón, producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias, frecuentemente por ruptura de una placa de ateroma vulnerable
<b>Hipertensión</b>	Es un síndrome caracterizado por incremento de las cifras de presión arterial.
<b>Enfermedad cardíaca reumática</b>	es una condición de daño permanente a las válvulas cardíacas

**Signos y Síntomas:** En la mayoría de las ocasiones no se presentan todos los síntomas, sino una combinación variable de algunos de ellos: Habitualmente dolor tipo peso en la zona del esternón que no se modifica con los movimientos ni con la respiración, bastante intenso y en ocasiones se irradia hacia mandíbula, cuello y espalda, brazo izquierdo, y en algunos casos brazo derecho. Se puede asociar a sudor frío y mareo. Otras veces se manifiesta con dolor en la parte alta del abdomen, dificultad para respirar, ganas de vomitar y pérdida de conocimiento.

**Complicaciones:** fibrilación ventricular, arritmias, insuficiencia cardiaca y shock cardiogénico, complicaciones mecánicas, insuficiencia mitral, comunicación intraventricular, rotura de la pared libre ventricular, aneurisma ventricular, pericarditis, infarto del ventrículo derecho.

**Consecuencias:** Si el infarto agudo de miocardio es muy extenso, es posible sufrir de por vida insuficiencia cardiaca, a veces con congestión pulmonar. Si el infarto agudo de miocardio es de pequeña extensión, se puede llevar una vida normal, eso sí, controlando los factores de riesgo para evitar un nuevo infarto.

### **Causas**

- alimentación balanceada
- actividad física

- consumo de tabaco
- sedentarismo
- obesidad
- síndrome metabólico
- diabetes Mellitus
- alteraciones en el colesterol y triglicéridos
- Hipertensión arterial
- Aterosclerosis
- trombosis-espasmos coronarios.
- Estrés
- Tabaquismo

-----

**PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN COLOMBIA.**

Factor de riesgo	Hombres (%)	Mujeres (%)
Sedentarismo en adolescentes de 13 a 17 años	27,6	24,2
Sedentarismo en adultos entre 18 y 64 años	38,1	46,4
Tabaquismo	26,8	11,3
Hipertensión arterial informada por el paciente	11,5	13,0
Diabetes mellitus tipo II	1,3	2,6
Sobrepeso en adultos entre 18 y 64 años	31,1	33,0
Obesidad en adultos entre 18 y 64 años	8,8	16,6

## **VALORACIÓN DE RIESGO.**

### ***Clasificación en riesgo muy alto:***

- Pacientes con enfermedad coronaria, vascular cerebral o vascular periférica y cualquiera de las siguientes condiciones: diabetes mellitus, síndrome coronario agudo, factores de riesgo de difícil control o síndrome metabólico.

### ***Clasificación riesgo Global Alto:***

- Historia de la enfermedad coronaria
- Historia de la enfermedad vascular cerebral
- Historia de enfermedad vascular periférica aterosclerótica
- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con un algún factor de riesgo adicional.

### ***Clasificación en riesgo latente***

- un factor de riesgo

si no existen antecedentes para la clasificación automática del paciente se aplica el índice de riesgo propuesto por el ATP III. Este tiene en cuenta la edad del paciente, colesterol total, tabaquismo. Colesterol HDL, y tensión arterial. Además, tiene en cuenta el sexo, ya que existen tablas diferentes para hombres y mujeres.

## **HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD Y ESTADISTICAS**

En el siglo XVII **Harvey** (1628, cuyo precursor es **Servet** (1509-1553) descubre la circulación de la sangre, confirmada por Malpighi en 1661, con sus estudios sobre los capilares sanguíneos y alveolo pulmonar.

En Colombia, desde finales de los años sesenta las enfermedades cardiovasculares empiezan a ser reconocidas como causa de morbilidad y mortalidad. A comienzos de la década de los ochenta adquieren relevancia epidemiológica y a partir de ese momento y durante los siguientes 30 años han ocupado los cinco primeros puestos en la lista de las diez principales causas de mortalidad para el país.

En la actualidad, la enfermedad isquémica cardiaca, el accidente cerebro vascular, la diabetes y la enfermedad hipertensiva ocupan los puestos 1°, 3°, 8° y 9° dentro de las diez principales causas de mortalidad en Colombia.

Los factores de riesgo a los que se le atribuyen son poco modificables, debido a la herencia, el sexo, la edad y la etnicidad. Y modificables al variar los hábitos, ambiente, y las costumbres de las personas: la obesidad la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

## Incremento proporcional de la mortalidad por enfermedades no transmisibles. Colombia, 1998-2008

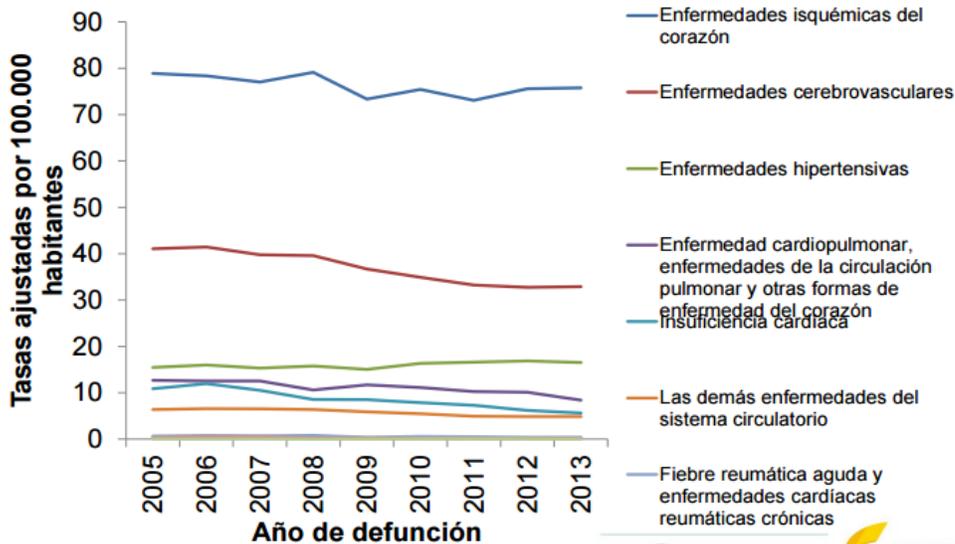
Grupo de enfermedad	Tasa de mortalidad por 100.000 en 1998	Tasa de mortalidad por 100.000 en 2008	Incremento proporcional 1998-2008
Cardiovasculares	106	117	10%
Tumores malignos	64	76	19%
Vías respiratorias inferiores	20	26	30%
Diabetes Mellitus	15	17	13%

MINSALUD

TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Fuente: Estimado a partir de DANE, Registro de estadísticas vitales. Datos disponibles en el cubo de defunciones de SISPRO

## Mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio\*. Colombia, 2005-2013



\*Lista corta de tabulación de la mortalidad 6/67 OPS

Fuente: Estimado a partir de DANE, Registro de estadísticas vitales. Datos disponibles en el cubo de defunciones de SISPRO

MINSALUD

TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS  
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

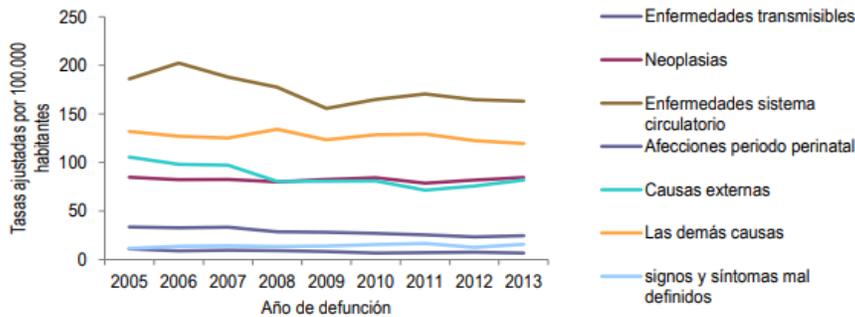
Las tasas de mortalidad por 100 mil habitantes de infarto entre 2005 y 2010 más elevadas se registraron en los departamentos de Tolima (84,53), Caldas

(81,72), Quindío (74,53), Risaralda (70,50), Huila (68,17), Cundinamarca (64,74), Antioquia (63,58), Santander (62,44), Valle del Cauca (59,72), Meta (59,43), Magdalena (58,82), Atlántico (54,83), Norte de Santander (54,54), Cesar (53,03), Arauca (52,43), Sucre (52,28), Boyacá (52,18) y Caquetá (49,51).

Las enfermedades del sistema circulatorio, inician su incremento después de los 40 años de edad, teniendo una tasa de mortalidad para los adultos de 40 – 44 de 27.9, aumentando para la población de 45 – 49 años a 45.4 muertes por cada 100.000 habitantes, llegando a las tasas más altas después de los 50 años cuando se observan tasas superiores a 99 por cada 100.000 habitantes, con la afectación principal a los grupos de edad de 70 a 74 años, que presentan una tasa de 1608 muertes por cada 100.000 personas y el grupo de 80 años y más donde la tasa alcanza a 5043 muertes por cada 100.000 personas. Estos indicadores del Departamento de Cundinamarca reflejan la problemática que se presenta a nivel mundial donde se reporta la enfermedad isquémica cardíaca y las enfermedades cerebrovasculares como la primera y segunda causa de muerte.

Las principales causas de mortalidad en el departamento de Cundinamarca de los años 2005 – 2013, se encuentra en primer lugar, las Enfermedades del sistema circulatorio que representaron el 35% de las muertes, prácticamente un tercio de la mortalidad general después de los 45 años de edad.

**Figura 18 Tasa de mortalidad ajustada según grandes grupos en la población del departamento de Cundinamarca, 2005 – 2013**

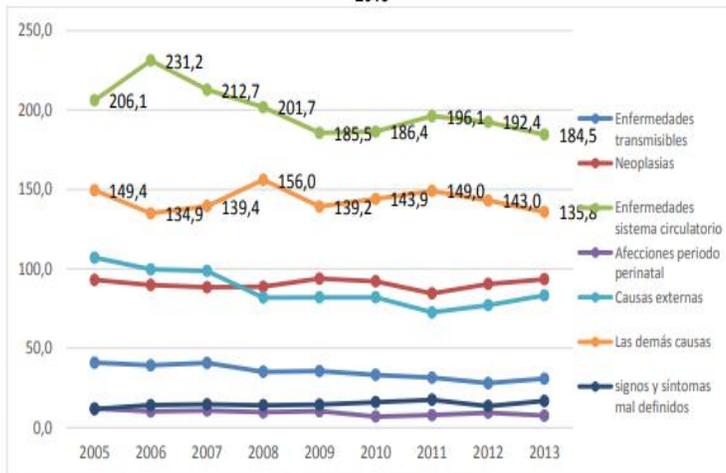


Fuente: DANE - bodega de datos SISPRO 2005 – 2013

En el año 2005, teniendo una tasa de mortalidad para los adultos de 45 – 49 de 66.47 en comparación con la de 40 – 44 que fue de 26.97, para el año 2013 esta distancia se disminuye de 28.41 a 47.24, aun así se mantiene el comportamiento de incremento vertiginosos.

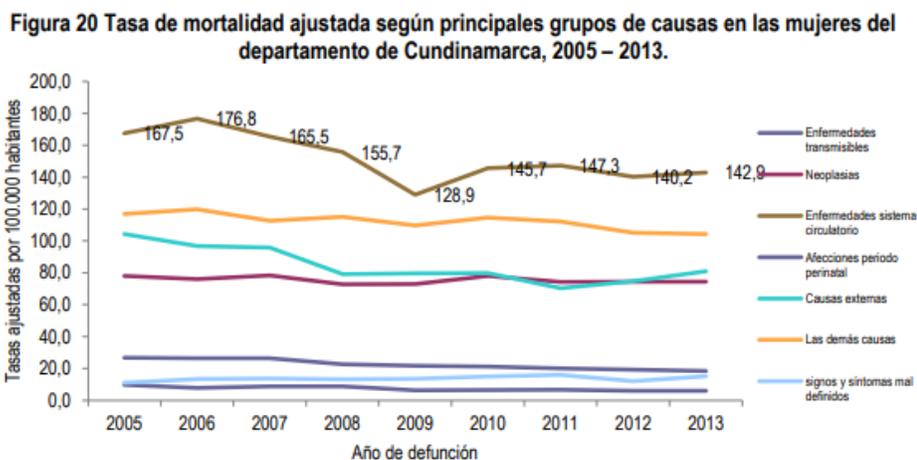
Al comparar por sexo los hombres son los que presentan mayores tasas que las mujeres y la causa más incidente para ambos sexos son las enfermedades isquémicas del corazón

**Figura 19 Tasa de mortalidad ajustada para los hombres del departamento de Cundinamarca, 2005 – 2013**



Fuente: Fuente: EEVV, DANE 2005 – 2013.

Las enfermedades del sistema circulatorio concentraron el mayor número de muertes, su tendencia general para el periodo de años es hacia el descenso, empero lo anterior en el año 2005 pico de 231.1 que disminuye a 196,1 defunciones por cada 100.000 hombres en el 2011 y en los años 2012 a 2013 el incremento es mínimo. El riesgo de morir por enfermedades del sistema circulatorio en los hombres inicia a incrementarse desde los 30 años en adelante, con tasas de mortalidad que se incrementan, duplicándose cada 5 años en la mayoría de los grupos de edad; para los hombre entre 30 – 34 años se cuenta con tasas de 9 a 11, entre los 50 a 54 años se reportan tasas entre 112 y 162, con un descenso a partir del año 2011 pasando de 127 a 119 muertes por cada 100.000 habitantes al año 2013, mientras que en la población entre 70 a 74 años las tasas están entre 1100 a 1300 muertes y en la población mayor de 80 años cuenta con tasas de mortalidad ente 4600 a 5800 entre el año 2005 a 2013.



Las enfermedades del sistema circulatorio concentraron el mayor número de muertes y las tasas más altas para el periodo 2005 – 2013, sin embargo su tendencia es hacia la disminución, pasando de 167.5 a 142.9 defunciones por

cada 100.000 mujeres. El riesgo de morir se incrementa rápidamente a partir de los 55 años de edad con tasas desde 121 en el grupo de 55 a 59 años, hasta 4911 defunciones por cada 100.000 mujeres en el grupo llegar a los a las mujeres mayores de 80 y más.

**Tabla 16 Tasa de mortalidad ajustada por Enfermedades del sistema circulatorio en la población general (Hombre - Mujer) del departamento de Cundinamarca durante los años 2005 a 2013.**

<i>Enfermedades del sistema circulatorio</i>	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<i>Enfermedades isquémicas del corazón</i>	93,33	98,01	91,77	89,56	80,27	87,26	93,07	90,44	89,96
<i>Enfermedades cerebrovasculares</i>	38,3	40,52	39,16	36,2	30,8	30,63	31,88	28,62	31,13
<i>Enfermedades hipertensivas</i>	16,74	19,58	18,5	19,33	14,83	18,54	18,68	21,84	19,92
<i>Enfermedad cardiopulmonar, enfermedades de la circulación pulmonar</i>	15,97	16,56	15,51	13,04	12,1	13,55	13,5	11,59	9,5
<i>Insuficiencia cardíaca</i>	14,64	18	15,15	10,23	9,77	8,1	7,49	6,98	5,16
<i>Las demás enfermedades del sistema circulatorio</i>	6,35	8,32	6,86	7,99	7,07	5,98	5,5	4,24	5,34
<i>Fiebre reumática aguda y enfermedades cardíacas reumáticas crónicas</i>	0,74	0,72	0,6	0,91	0,4	0,75	0,26	0,45	0,35
<i>Paro cardíaco</i>	0	0	0	0	0,1	0,04	0,04	0,13	0
<i>Aterosclerosis</i>	0	0,66	0,24	0,24	0,28	0,09	0,04	0,25	0,04

Fuente: Bodega de Datos de SISPRO (SGD) – Registro de Estadísticas Vitales 2009 – 2013 DANE, información consultada el 01/12/2015.

Las enfermedades isquémicas del corazón, son la principal causa de muerte en la población de Cundinamarca en el grupo de enfermedades del sistema circulatorio, observándose una tendencia a la disminución con tasa de 93 a 89 por cada 100.000 personas para el periodo 2005 a 2013, en segundo lugar están las enfermedades cerebrovasculares don tendencia a la disminución en el periodo año 2005 – 2013, con tasas de 38 a 31 muertes por cada 100.000 cundinamarqueses.

## DISCUSIÓN DE LOS REPORTES ESTADÍSTICOS

En las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio el incremento vertiginoso se presenta a partir de los 45 años de edad, y es mayor en los hombres que en las mujeres, situación que se debe en su mayoría a las enfermedades isquémicas del corazón, esta situación está asociada a los hábitos de vida, como por ejemplo, falta de alimentación balanceada, hábitos de alimentación adecuados, actividad física, consumo de tabaco, sedentarismo, y condiciones morbilidad como sobrepeso-obesidad, síndrome metabólico, diabetes, alteraciones en el colesterol y triglicéridos, Hipertensión arterial, y demás patologías relacionadas, es estrés familiar y laboral. Esta situación del Departamento de Cundinamarca, es congruente con la problemática que se presenta a nivel mundial donde se reporta la enfermedad isquémica cardiaca y las enfermedades cerebrovasculares como la primera y segunda causa de muerte.

La evidencia recopilada durante las últimas décadas, de acuerdo con la OMS, indica que la exposición a estrés crónico hace más propensas a las personas a enfermar y morir de ECV, además de doblar el riesgo de aparición de un infarto agudo de miocardio.

Las tasas de mortalidad por 100 mil habitantes de infarto entre 2005 y 2010 más elevadas se registraron en los departamentos de Tolima (84,53), Caldas (81,72), Quindío (74,53), Risaralda (70,50), Huila (68,17), Cundinamarca (64,74), Antioquia (63,58), Santander (62,44), Valle del Cauca (59,72), Meta (59,43), Magdalena (58,82), Atlántico (54,83), Norte de Santander (54,54), Cesar (53,03), Arauca (52,43), Sucre (52,28), Boyacá (52,18) y Caquetá (49,51).

## **PROGRAMAS Y ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS**

Para el control de los principales factores de riesgo, desde el nivel político se ha dispuesto de acciones contenidas en normas:

- La política nacional de seguridad alimentaria y nutricional que incluye la promoción y protección de la salud y la nutrición, y fomento de estilos de vida saludable.

Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional con el objetivo de contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de toda la población colombiana, en especial, de la más pobre y vulnerable.

- Ley 1335 de 2009 que dictó disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador y sus derivados en la población colombiana.

El objeto de la presente ley es contribuir a garantizar los derechos a la salud de los habitantes del territorio nacional, especialmente la de los menores de 18 años de edad y la población no fumadora, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados, así como la creación de programas de salud y educación tendientes a contribuir a la disminución de su consumo

- Ley 1355 de 2009 en la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

Las determinaciones establecidas en esta ley serán aplicables a las Entidades y Organizaciones del Estado a nivel nacional y territorial responsables de promover los ambientes sanos, la actividad física, la educación, la producción y la distribución de alimentos; así como a las entidades encargadas de la prestación y la garantía de los servicios de salud y los sectores de transporte, planeamiento y seguridad vial. Serán beneficiarios de esta ley la población colombiana, en especial los grupos vulnerables.

El Estado a través de los Ministerios de la Protección Social, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes, el ICBF y Departamento Nacional de Planeación, promoverá políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información.

- El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 que en la dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles incluye los componentes de

modos, condiciones y estilos de vida saludables y las condiciones crónicas prevalentes.

El PDSP se considera un contrato entre diferentes actores y sectores, públicos y privados, que de manera conjunta, tienen como objetivo principal el abordaje de los procesos de salud y enfermedad, de manera efectiva y positiva, mediante la intervención de los determinantes sociales (socioeconómicos y políticos, estructurales e intermedios), recogiendo los aciertos y limitantes existentes y haciendo un análisis crítico de la situación actual del panorama de la salud, para finalmente garantizar el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia.

Plan Decenal de Salud Pública 2013-2021<sup>12</sup> establece dentro de sus metas para el 2021, aumentar el acceso a terapia farmacológica y asesoría para personas de 40 años o más con riesgo cardiovascular, a partir de la línea de base definida en el 2014. Dadas estas cifras de mortalidad a causa de enfermedades cardiovasculares, diferentes organismos de salud a nivel Bogotá y Colombia han realizado campañas de sensibilización y educación con respecto a este tipo de patologías, no obstante "las actividades desarrolladas en este ámbito no siempre presentan la efectividad esperada, ni se traducen en un impacto adecuado en la población", esto se debe a la interrelación entre actitudes y comportamientos que modulan la conducta del ser humano. Por tal razón, a pesar de los esfuerzos del personal de salud para mejorar aspectos socio-culturales que impiden la correcta asociación de la educación brindada y la traducción a conductas saludables, siguen siendo insuficientes por no abarcar adecuadamente a las poblaciones específicas.

- 29 de septiembre - Día Mundial del Corazón.

La Federación Mundial del Corazón con el apoyo de la OMS y la UNESCO ha designado el día 29 de septiembre Día Mundial del Corazón. Esto obedece, a una estrategia para poder tener la oportunidad de dar a conocer masivamente las enfermedades cardiovasculares, su prevención control y tratamiento. El 29 de septiembre de 2000, fue la primera vez que se celebró, a nivel planetario y de forma coordinada entre todos los países.

- **Autocuidado en la enfermedad cardiovascular**

El autocuidado en salud es fundamental para que los profesionales puedan realizar diagnósticos tempranos que permitan promover estilos de vida que eviten el padecimiento de la enfermedad cardiovascular. Por lo tanto, hay diferentes actitudes de autocuidado dependiendo del lugar donde se haya desarrollado el individuo, ya que reacciona de forma particular a los estímulos de su entorno, caracterizando su comportamiento humano para tomar decisiones de autocuidado, donde algunos los consideran determinantes, como lo expresa Espitia. Así mismo, refiere que para la teoría de Orem son denominados factores básicos condicionantes del autocuidado y dadas la influencia que estos ejercen de manera positiva o negativa sobre las actitudes y comportamientos de autocuidado.

Por ende, es imperativo indagar cómo estos factores se presentan en los individuos a la hora de promocionar estilos de vida saludables. Además, es de

gran importancia direccionar las acciones educativas del profesional de enfermería hacia el cambio en las actitudes y prácticas de autocuidado que deben ser implementadas para prevenir y controlar el desarrollo de la enfermedad. Para disminuir la incidencia de la enfermedad se requiere realizar intervenciones educativas en salud eficaces y productivas; es necesario que durante la atención de estos pacientes el profesional de enfermería muestre una actitud de escucha y atención hacia las manifestaciones de la realidad vivida por los individuos, que conlleven a la búsqueda de acciones de autocuidado acordes a los recursos disponibles y al contexto en el que se desenvuelve cada paciente.

- **Capacidad de agencia de autocuidado en la prevención de la enfermedad**

La intervención de enfermería a partir de las teorías sobre autocuidado favorece el bienestar y la salud humana, contribuyendo a la disminución de la brecha entre la teoría y la práctica. Además, da solidez al conocimiento derivado de la investigación generando conceptos principalmente en la teoría de enfermería de Dorothea Orem en sus tres ámbitos: persona, entorno, y enfermero. Es posible determinar de un modo cualitativo las causas que generan actitudes y comportamientos de riesgo frente a las enfermedades cardiovasculares en la mujer.

Denominada Teoría de Autocuidado, constructo muy utilizado en la disciplina enfermera, desde que Dorotea Orem<sup>25</sup> lo conceptualizó en la Teoría General de Enfermería, tiene un gran potencial para la educación en salud por los sistemas de enfermería de apoyo-educación con la distinción de un seguimiento, tanto sobre la modificación de hábitos como de la efectividad de la educación suministrada y difundida por diferentes medios como parte de la evidencia científica y modelo de intervención construido al interior de la disciplina porque "Los seres humanos requieren estímulos continuos, deliberados, de ellos y de su entorno para sobrevivir y funcionar de acuerdo con las leyes de la naturaleza."

- Reducir el peso corporal si tiene sobre peso
- Reducir el consumo de sal a 4-6 gr al día
- Reducir la ingesta de alcohol
- Realizar ejercicio físico preferentemente pasear. Correr moderadamente, nadar o ir en bicicleta, de 30 a 45 minutos 3 veces por semana.
- Reduce el consumo de café y no consuma mas de 3 a 2 al día.
- Consume alimentos ricos en potasio, como legumbres, frutas y verduras
- Abandonar el hábito de fumar

- Sigue una dieta rica en ácidos grasos poliinsaturados y pobre en grasas saturadas

### ***Estrategias***

La prevención de las EECCVV de origen arterioesclerótico se basa en tres estrategias basadas principalmente en dos hechos científicos:

- ✓ El primero es el que el riesgo cardiovascular es una variable continua, es decir que la probabilidad de enfermedad aumenta a medida que aumenta el nivel de riesgo.
- ✓ El segundo hecho es que la mayoría de los nuevos casos de cardiopatía isquémica o ictus se producen en los niveles medios de riesgo.
- ✓ La denominada **estrategia poblacional** o de salud pública. El objetivo de esta estrategia es disminuir el nivel medio del riesgo cardiovascular de toda la población mediante acciones de salud pública dirigidas al colectivo con el objetivo de cambiar los estilos de vida actuando sobre los determinantes sociales y económicos que son las causas subyacentes de que las enfermedades cardiovasculares sean un problema de salud masivo. Ejemplos de este tipo de acciones sería la Ley 28/2005 de medidas sanitarias contra el tabaquismo, la promoción de dietas equilibradas y saludables en los comedores escolares, políticas agrícolas y comerciales que promocionen alimentos saludables o políticas de promoción y acceso a polideportivos y gimnasios. También sería un ejemplo de este tipo de

estrategia, las políticas de conciliación de la vida personal y laboral para disponer de tiempo libre para la práctica de ejercicio físico.

- ✓ **La estrategia de alto riesgo.** El objetivo de esta estrategia es proporcionar cuidados, consejos y medidas preventivas basadas en la evidencia científica, para las personas que tienen un riesgo elevado, principalmente a través de los servicios de atención primaria. Ejemplos serían la identificación del riesgo cardiovascular, el tratamiento médico de la hipertensión arterial o del colesterol elevado, o la intervención para dejar de fumar en las mujeres que toman la píldora. Las recomendaciones actuales de las Sociedades científicas europeas, también adoptadas en España, aconsejan tratar a todas las personas, hombres o mujeres, cuyo riesgo cardiovascular en 10 años es superior al 5%.
  
- ✓ La estrategia de **prevención secundaria.** El objetivo de esta estrategia es evitar recidivas y la progresión hacia formas graves de la enfermedad, a través de los tratamientos médicos de los factores de riesgo y de la sintomatología cardiovascular a través de los servicios médicos especializados y de la atención primaria.

### ***Consideraciones sobre algunos tratamientos farmacológicos***

Referente a las dos últimas estrategias, es necesario recordar que la **aspirina** un medicamento muy eficaz para la prevención primaria de infartos en los hombres, pero no parece serlo tanto en las mujeres. Lo contrario es cierto para la prevención de la enfermedad cerebrovascular o ictus. Igualmente, según una revisión de metaanálisis de 13 ensayos (Pignone, 2003), en las mujeres sin enfermedad isquémica previa, los fármacos **hipolipemiantes** (estatinas) no parecen contribuir a disminuir la mortalidad total o la coronaria, aunque existen indicios de que estos fármacos podrán disminuir los episodios vasculares no mortales. Las pruebas de momento son insuficientes porque no ha habido estudios de suficiente tamaño en las mujeres. Sin embargo, en el grupo de mujeres con enfermedad cardiovascular previa, el tratamiento farmacológico para disminuir el colesterol es efectivo para reducir episodios y la mortalidad coronarios, el infarto no mortal y la necesidad de revascularización, aunque no disminuye la mortalidad total.

Aunque en los estudios observacionales, las mujeres postmenopáusicas tratadas con terapia hormonal sustitutiva (estrógeno/progestágeno) tenían menos riesgo de enfermedades cardiovasculares, los ensayos clínicos posteriores han mostrado lo contrario, es decir que la **terapia hormonal sustitutiva** en mujeres postmenopáusicas que ya sufrían de enfermedades cardiovasculares, de hecho, proporciona una mayor probabilidad de episodios cardiovasculares en el primer año de tratamiento.

Aunque este exceso de riesgo desapareció a los cuatro años de tratamiento, no se considera indicado utilizar este tipo de hormonas para la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares, puesto que existen otros fármacos más eficaces.

En el año 2002, una fase del ensayo clínico Women's Health Initiative (WHI, Iniciativa para la Salud de las Mujeres) demostró que las mujeres posmenopáusicas sanas, con útero, que tomaban el tratamiento hormonal combinado de estrógeno y progestágeno, de hecho, aumentaron el riesgo de cáncer de mama, ictus y enfermedad coronaria. Por consiguiente, los investigadores del estudio recomendaron que no se iniciara ni continuara ese tratamiento combinado de estrógeno y progestágeno exclusivamente para prevenir las enfermedades del corazón en estas mujeres. De todos modos, la terapia hormonal sustitutiva sigue estando indicada para tratar, bajo estricta supervisión médica, los síntomas típicos de la menopausia como palpitaciones, sofocaciones, insomnio o sequedad vaginal o para la prevención de la osteoporosis.

### ***Atención en los episodios cardiovasculares agudos***

La atención sanitaria en la fase aguda de la enfermedad (**infarto agudo de miocardio, ictus**) debe ser rápida y sin demora por dos razones. La primera es que se trata de la afectación de los órganos vitales (**corazón, cerebro**). La

segunda es que el margen de tiempo para desobstruir la arteria(s) por medios farmacológicos (**trombólisis**) o quirúrgicos (**stent**) responsables del infarto es muy corto, **6 horas** a lo sumo, y en el caso del cerebro, tres horas para el ictus de tipo isquémico. **Ante cualquier sospecha, de un episodio vascular agudo se debe acudir a un servicio de urgencias hospitalario de inmediato.**

<p><b>Consuma una dieta sana.</b></p>	<p><b>Haga ejercicio regularmente.</b></p>	<p><b>Mídase los lípidos en la sangre.</b></p>
		
<p><b>Evite el consumo de tabaco.</b></p>	<p><b>Mídase la tensión arterial.</b></p>	<p><b>Mídase el azúcar en la sangre.</b></p>
		
	<p><b>Verifique y controle su riesgo cardiovascular.</b></p>	

## CONCLUSIONES

- Las enfermedades del sistema circulatorio son un conjunto de trastornos que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos. Entre las enfermedades del sistema circulatorio más frecuentes se encuentran la aterosclerosis, la hipertensión, y el infarto de miocardio. Hoy en día se desarrollan a cualquier edad sin importar la condición socioeconómica y cultural de la sociedad.
- El Instituto Nacional de Salud es la entidad encargada de llevar el control y estadísticas de los eventos que se presentan a diario al igual que implementar programas y políticas para su control, prevención, seguimiento y evaluación de la salud pública.

- Las principales causas de mortalidad en el departamento de Cundinamarca son las Enfermedades del sistema circulatorio, ya que representaron el 35% de las muertes, se presentan después de los 45 años de edad.
- Las causas principales de las enfermedades del sistema circulatorio están asociada a los hábitos de vida: falta de alimentación balanceada, hábitos de alimentación adecuados, actividad física, consumo de tabaco, sedentarismo, y condiciones morbilidad como sobrepeso-obesidad, síndrome metabólico, diabetes, alteraciones en el colesterol y triglicéridos, Hipertensión arterial, y demás patologías relacionadas, es estrés familiar y laboral.
- Con los reportes estadísticos podemos identificar la problemática que se presenta en el país, donde se reporta la enfermedad isquémica cardiaca y las enfermedades cerebrovasculares como la primera y segunda causa de muerte.
- Como futuras Regentes de Farmacia se considera de relevante importancia conocer las causas, signos y síntomas, historia y reportes estadísticos de las enfermedades del sistema circulatorio, ya que con nuestro conocimiento podemos orientar y educar al paciente con el fin de prevenir estas enfermedades y lograr disminuir la tasa de mortalidad en nuestro país.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Ministerio de salud y protección social. (2011). Plan de Acción para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares 2011-2020. Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/4%20Plan%20de%20Cardiovasculares%20en%20detalles.pdf>
- Ministerio de salud y protección social. (2013). Plan Decenal de Salud Publica 2012 – 2021 Recuperado de
- <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/Documento-completo-PDSP.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (Octubre de 2017), Centro de Prensa – Nota descriptivas “Enfermedades transmitidas por vectores” <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs387/es/>

- Organización panamericana de la salud - Organización Mundial de la Salud (Agosto de 2016), “Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)” [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10836%3A2015-enfermedades-transmitidas-por-alimentos](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10836%3A2015-enfermedades-transmitidas-por-alimentos)
- Orjuela, L. (2009). Educación para la salud: programas preventivos. Bogotá, CO: Editorial El Manual Moderno Colombia. Recuperado de <http://bibliotecavirtual.unad.edu.co:2077/lib/unadsp/reader.action?docID=10914758>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Prevención enfermedades NO transmisibles. Enfermedades cardiovasculares. Última actualización: domingo, 20 de mayo de 2018. Bogotá. D.C. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-cardiovasculares.aspx>
- [Revista Cubana de Enfermería](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400020) versión On-line ISSN 1561-2961. Rev cubana Enfermer vol. 32 nro. Ciudad de la Habana oct.-dic. 2016. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192016000400020](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400020)

Enfermedades Cardiovasculares. Ministerio de sanidad y servicios. 7 modulo\_06.pdf [Instituto d' Estudios de la Salud, Barcelona. Susanna Sans Menéndez. [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo\\_06.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf)