

**LOS DESÓRDENES VENOSOS CRÓNICOS EN JARDÍN ANTIOQUIA Y  
FACTORES ASOCIADOS AL ESTILO DE VIDA**

**Sebastián Higueta Castro**

**Tesis de grado para optar a título de antropólogo**

**Asesor**

**Javier Rosique Gracia**

**PhD Antropología física**

**Universidad de Antioquia**

**Facultad de Ciencias Sociales y Humanas**

**Departamento de Antropología**

**Medellín**

**2018**

## TABLA DE CONTENIDO

	Págs.
1. Resumen.....	7
2. Introducción.....	8
2.1. Transición epidemiológica .....	9
2.2. Salud y enfermedad como proceso social e histórico .....	11
3. Enfermedad Cardiovasculares: problema de salud mundial .....	14
4. Desórdenes venosos crónicos (DVC), el otro espectro.....	17
5. Patrón alimentario y actividad física como factores de riesgo de ECV y DVC.....	30
6. Objetivo del estudio .....	33
7. Metodología.....	34
7.1. Tipo de estudio .....	34
7.2. Población y Muestra .....	34
7.3. Trabajo de campo y recolección de datos .....	35
7.4. Estudio etnográfico .....	37
7.5. Antropometría.....	38
7.6. Procedimiento de análisis.....	40
8. Resultados y Discusión .....	46
8.1. Metasíntesis de los DVC como enfermedad crónica y su epidemiología.....	46
8.2. Estilos de vida, como se percibe y se vive la enfermedad .....	48
8.3. Información sociodemográfica y ocupación .....	58
8.4. Caracterización de comportamientos de riesgo relacionados con la salud .....	63
8.5. Actividad física, sedentarismo y alimentación.....	66
8.6. Factores de riesgo cardiovascular: obesidad general y distribución de grasa central 82	
9. Conclusiones.....	91
10. Referencias.....	93

## LISTADO DE FIGURAS

	Págs.
Figura 1. Cuadro de clasificación CEAP .....	18
Figura 2. Diligenciamiento de encuesta sociodemográfica.....	36
Figura 3. Cronograma de actividades mes de septiembre.....	37
Figura 4. Toma de medidas antropométricas. El pliegue de la pantorrilla fue bilateral (derecha/izquierda) .....	39
Figura 5. Flujograma.....	48
Figura 6. Representación gráfica del estrato socioeconómico .....	59
Figura 7. Alfabetización (saber leer) .....	61
Figura 8. Alfabetización (saber escribir).....	62
Figura 9. Numero de cigarrillos a la semana por persona fumadora .....	64
Figura 10. Representación gráfica de actividad intensiva en tiempo libre .....	68
Figura 11 Actividad física moderada en el tiempo libre .....	69
Figura 12. Representación gráfica de consumo de sal adicional .....	81

## LISTADO DE TABLAS

	Págs.
Tabla 1. Lista de categorías y subcategorías .....	41
Tabla 2. Definición de subcategorías entrevistado .....	42
Tabla 3. Definición de subcategorías percepción del campo .....	42
Tabla 4. Definición subcategorías migración .....	43
Tabla 5. Definición subcategorías condiciones de vida .....	43
Tabla 6. Definición subcategorías alimentación.....	43
Tabla 7. Definición subcategorías medidas de prevención .....	44
Tabla 8. Definición subcategorías desórdenes venosos .....	44
Tabla 9. Definición subcategorías percepción del envejecimiento .....	45
Tabla 10. Metasíntesis base de datos Excel .....	46
Tabla 11. Resumen del proceso de metasíntesis.....	47
Tabla 12. Distribución por Sexo.....	58
Tabla 13 Edad (años cumplidos) .....	58
Tabla 14. Distribución por sexo y grupo etario .....	59
Tabla 15. Estrato socioeconómico .....	60
Tabla 16. Nivel educativo .....	60
Tabla 17. Dedicación a los diferentes sectores productivos.....	63
Tabla 18. Tabaquismo en función del consumo habitual de cigarrillos .....	64
Tabla 19. Distribución del tabaquismo por sexo .....	64
Tabla 20. Consumo de bebidas alcohólicas.....	65
Tabla 21. Consumo de bebidas alcohólicas por sexo .....	65
Tabla 22. Bebida habitual, unida de bebida, frecuencia de consumo y cantidad de consumo .....	66
Tabla 23. Hora de pie con poco movimiento y horas sentado por sexo .....	67
Tabla 24. Percepción de intensidad del trabajo físico en horas laborales por sexo .....	67
Tabla 25. Actividad física intensiva en el tiempo libre por sexo .....	69
Tabla 26. Actividad física moderada en tiempo libre por sexo .....	70
Tabla 27. Actividad física por desplazamiento .....	70

Tabla 28. Distribución por sexo de actividades de corta duración: camina o usa bicicleta 10 minutos/día .....	71
Tabla 29. Valores descriptivos de los días a la semana de actividad física con desplazamiento por sexo .....	71
Tabla 30. Valores descriptivos del tiempo realizando actividad física en el desplazamiento .....	71
Tabla 31. Actividades sedentarias por sexo y grupo etario .....	72
Tabla 32. Horas al día de actividades sedentarias por sexo y grupo etario .....	73
Tabla 33. Consumo semana de cereales, raíces, tubérculos, plátanos y derivados .....	74
Tabla 34. Consumo semanal de verduras y frutas .....	75
Tabla 35. Consumo semanal de leche y productos lácteos .....	75
Tabla 36. Consumo semanal de carnes, vísceras, frutos del mar y huevos .....	77
Tabla 37. Consumo semanal de leguminosas y frutos secos .....	78
Tabla 38. Consumo semanal de grasas .....	79
Tabla 39. Consumo semanal de azúcares .....	80
Tabla 40. Distribución del consumo semanal de comidas rápidas .....	81
Tabla 41. Valores descriptivos del Índice de Masa Corporal (IMC kg/m <sup>2</sup> ) .....	82
Tabla 42. Distribución de frecuencias para las categorías de IMC .....	83
Tabla 43. Distribución por sexo de las categorías de IMC .....	83
Tabla 44. Valores descriptivos del Índice cintura cadera (ICC) distribuido por sexo .....	84
Tabla 45. Distribución de riesgo para el ICC .....	84

## AGRADECIMIENTOS

Este largo proceso de cinco años que culmina con la realización de este trabajo está dedicado a mi bella familia, en especial a mi madre Luz Elena que desde hablamos de que iba estudiar no dudo en ningún momento en apoyarme sin ninguna condición. En general a la familia Higueta y Castro que siempre se preocuparon por mi bienestar y tuvieron para mí los mejores deseos.

A Felipe y Jeimy con los que compartí muy buenos momentos, quienes también estuvieron en los momentos difíciles y en los momentos cruciales del trabajo donde necesité sus palabras de apoyo, sus buenos deseos y a veces regaños para salir de esos bloqueos mentales que surgieron en este proceso.

Al maestro Javier Rosique con el que tuve la oportunidad de hacer varios cursos a lo largo de la carrera y me brindó la oportunidad de participar en este gran proyecto al que se articula este trabajo, sus orientaciones fueron siempre precisas para la construcción del presente. Una persona de un conocimiento inmenso, siempre atento y siempre de la mejor de las formas estuvo guiándome este año y medio. Maestro mil gracias, siempre estaré agradecido por lo que hizo por mí.

A Andrés García al que también considero un maestro y con quien también tuve la oportunidad de hacer otros cursos, los cuales fueron fundamentales para mi proceso académico en general y este en particular, de las conversaciones extra clase y de su excelente forma de ser de las cuales también me enriquecí enormemente.

A los médicos vasculares, a Pablo que con su forma de ser convirtió el trabajo de campo en uno más agradable, al equipo de apoyo Mónica, Andrea y Mateo, a mi compañera Valentina con la que más tiempo compartí, finalmente, a Edison al que considero un amigo y respeto mucho.

## 1. Resumen

Si bien la primera causa de mortalidad por enfermedad a nivel mundial y del país está representada por las enfermedades cardiovasculares, como consecuencia de la alta prevalencia de enfermedades isquémicas del corazón, especialmente, en el otro lado del espectro de las patologías vasculares se encuentran las enfermedades vasculares periféricas (EVP), un conjunto de entidades que afectan el sistema circulatorio de los miembros y del territorio esplácnico, donde se incluyen los desórdenes venosos crónicos (DVC) y la enfermedad arterial obstructiva crónica (EAOC). En las zonas rurales, donde la población es mucho más vulnerable en términos socio-económicos, la información sobre causas de mortalidad, morbilidad y los factores de riesgo (FR) asociados al estilo de vida es escasa, señalando una brecha tanto en el diagnóstico como en la atención en salud que reciben sus pobladores.

Los desórdenes venosos crónicos afectan a gran parte de la población mundial, predominan en los adultos, en especial del género femenino. La mayor parte de casos de insuficiencia venosa crónica son del sistema venoso superficial, pero el profundo también puede ser afectado (Ahumada y Vioquie 2004). Se calcula que un 30 a 70% de la población mundial sufre algún grado de afección. En algunos individuos con várices los síntomas están ausentes, en otros son muy significativos hasta el punto de determinar dolor crónico, ausentismo laboral, retraimiento social carga familiar, discapacidad e invalidez. (Eklöf et al., 2009). La severidad y el impacto de los desórdenes venosos crónicos se encuentra subestimados tanto a nivel internacional como nacional, desconociendo que esta patología puede producir una considerable morbilidad, demandar enormes recursos del presupuesto de salud y ocasionar hasta incapacidad. En consecuencia, el objetivo del presente es dar una mirada antropológica a los principales factores de riesgo para los DVC en la población rural de Jardín, Antioquia

## **2. Introducción**

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de morbilidad en los países occidentales, determinando más del 45% de todos los fallecimientos acaecidos después de los 65 años (Teresa Sáez et al., 1998) aunque el desarrollo de los recursos y las políticas sanitarias está reduciendo su tasa de incidencia y su aparición. Sin embargo, un caso muy distinto ocurre en los países menos fuertes económicamente, donde paradójicamente está creciendo este proceso hasta ser la causa de mortalidad mundial más importante (Pérez Jiménez., 2015). La OMS define estas enfermedades como desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos, entre los que incluye: la cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares y arteriopatías periféricas. Se calcula que en el 2012 murieron por estas causas 17.5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. Además, más de tres cuartas partes de las defunciones por ECV se producen en los países de ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud, 2015).

Si bien la primera causa de mortalidad por enfermedad a nivel mundial y también en nuestro país está representada por las enfermedades cardiovasculares, como consecuencia de la alta prevalencia de enfermedades isquémicas del corazón, especialmente, en el otro lado del espectro de estas patologías se encuentran las enfermedades vasculares periféricas (EVP), un conjunto de entidades que afectan el sistema circulatorio de los miembros y del territorio esplácnico, donde se incluyen los desórdenes venosos crónicos (DVC) y la enfermedad arterial obstructiva crónica (García A.F, 2015). La presente investigación se centra en el estudio bioantropológico de los DVC en población adulta. Este tipo de patologías son frecuentes en la población tanto colombiana como latinoamericana y en general están presentes en todas las poblaciones humanas. En la clasificación de enfermedades crónicas, forman parte de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Aunque hay mucha bibliografía sobre ECV por representar una de las causas de mortalidad más importantes, los DVC no han recibido tanta atención en la investigación biomédica y menos en población general, que previamente no haya sido diagnosticada. Por este motivo, los estudios con enfoque antropológico tienen mucha importancia para conocer cuestiones

básicas de los factores de riesgo, de la epidemiología de la enfermedad y de los itinerarios curativos.

## **2.1.Transición epidemiológica**

La teoría de la transición epidemiológica (TE) tiene como primer antecedente el análisis demográfico realizado en la década del 40 del siglo pasado, en la que se pretendía explicar los descensos en la mortalidad registrados en Europa en los últimos 200 años. En ese momento se acuñó con el término de “transición demográfica” para referirse a la variación conjunta de tres indicadores: la tasa bruta de mortalidad que bajó de 40% a menos del 10, la tasa de fecundidad que descendió del 50% a menos del 10% y la esperanza de vida, que aumentó de 30 a más de 70 años. Estos cambios se interpretaron como la transición de un perfil demográfico de países preindustriales a un perfil moderno ligado al crecimiento económico (Rubén Darío Gómez A, 2001, pag 3) en este contexto surgieron dos hipótesis, una atribuía la disminución de la mortalidad a los avances de la salud pública, principalmente en el campo de la tecnología médica, y otra que daba mayor importancia al mejoramiento de los recursos socioeconómicos.

En 1978 el epidemiólogo Thomas McKeown en su análisis concluyó que los cambios en la mortalidad en Europa durante este último periodo, obedecían principalmente a la capacidad para resistir a las infecciones, hecho derivado a su vez del mejoramiento de los niveles nutricionales de población (Rubén Darío Gómez A, 2001, pag 3).

Sin embargo, Frederiksen planteo que los patrones de mortalidad, morbilidad, fertilidad y la organización de los servicios de salud, sucedían en estrecha relación con los procesos económicos, configurando una TE en cuatro etapas: tradicional, la transicional temprana, la transicional tardía y la moderna.

Finalmente, el epidemiólogo egipcio Abddel R. Omran con la publicación de su artículo transición epidemiológica, una teoría del cambio poblacional, en 1971, refinó el concepto con su análisis de la situación europea, concluye que las poblaciones pasan de una etapa donde los niveles de mortalidad son elevados, principalmente por enfermedades

infecciosas, hambrunas, desnutrición severa y donde la mortalidad se concentra en niños y mujeres, a otra etapa donde la mortalidad se reduce significativamente y las enfermedades degenerativas son la principal causa de muerte y la morbilidad comienza a eclipsar la mortalidad como indicadora de salud.

Paralelo a este proceso europeo donde se experimentó un incremento cada vez mayor de las enfermedades crónicas y degenerativas durante el siglo XX, en Colombia las enfermedades más frecuentes siguieron siendo de origen infeccioso y aquellas relacionadas con la desnutrición. Por ejemplo, la viruela continuó siendo un problema sanitario a nivel nacional, parejo al paludismo, la fiebre amarilla, las fiebres del Magdalena, el tifo y la tuberculosis. Así que, el perfil patológico nacional a lo largo de la primera mitad del siglo XX según la denominación por etapas de Omran, se encontraría en la primera etapa, denominada: “pestilencias y hambrunas” (Álvaro Javier Idrovo, Juan Carlos Eslava, Myriam Ruiz-Rodríguez, Jorge Martín Rodríguez, 2008).

En 2012, Carlos Enrique Ramos, médico, magíster en Salud Pública y docente de la Universidad de Cartagena publicó una descripción del proceso de transición demográfica y epidemiológica en Colombia (Ramos 2012), a partir de datos publicados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) entre 1985 y 2020. En su análisis se presenta lo siguiente:

Para el año de 1985 la población colombiana era de más de 30 millones de habitantes y los indicadores demográficos que definen la transición demográfica daban valores para la tasa bruta de mortalidad de 6,77 por mil habitantes, tasa bruta de natalidad 28,8 por mil habitantes, tasa de general de fecundidad 112,6 por mil mujeres en edad fértil y una esperanza de vida al nacer de 67,9 años. En la actualidad se estima que la población colombiana es de más de 46 millones de habitantes y la tasa bruta de mortalidad es de 5,8, la tasa bruta de natalidad 18,9, tasa de general de fecundidad 71,5 y una esperanza de vida al nacer de 75,2 años. En consecuencia, se modificó la pirámide poblacional del país convirtiéndola de una pirámide con base ancha y vértice agudo a una estructura de base un poco más estrecha con un cuerpo y vértice más ensanchado. Respecto a las principales causas de muerte en Colombia, se observa que las enfermedades crónicas o transmisibles ocupan el primer lugar (Ramos-Clason Enrique Carlos, 2012).

## **2.2. Salud y enfermedad como proceso social e histórico**

A finales de la década de los 70's surgió una polémica respecto al carácter de la enfermedad, se comenzó a discutir si esta era esencialmente biológica o, por el contrario, hay en ella también un carácter social. Una de las causas que da origen al cuestionamiento del paradigma dominante médico-biologista, que busca sólo causas biológicas, se encuentra en la dificultad de generar conocimientos nuevos, que contribuyan a la comprensión de los principales problemas de salud que hoy aquejan a la mayoría de los países del mundo, eso es, como las enfermedades cardiovasculares. En la práctica médica parece claro y, más acentuado aun en el horizonte de los países en vías de desarrollo, que la medicina clínica no ofrece solución satisfactoria al mejoramiento de las condiciones de salud de la mayor parte de la colectividad. Pero al mismo tiempo la corriente de la medicina social que sostiene que la enfermedad puede ser entendida también como un proceso social, tiene la obligación de comprobar su planteamiento y utilidad en la práctica.

En un artículo publicado por la investigadora Asa Laurell una de las figuras más representativas de la corriente de la medicina social, comenta que la primera tarea para demostrar que la enfermedad efectivamente tiene un carácter histórico y social consiste en, comprobar el carácter social de los conceptos de salud y enfermedad. Y una segunda tarea de esta corriente es definir el objeto de estudio, para profundizar en la comprensión del proceso salud-enfermedad como proceso social.

En cuanto al primer problema, el mejor modo de comprobar empíricamente el carácter histórico-social de la enfermedad es observando la forma característica de enfermar y morir de los grupos humanos, con los perfiles patológicos que presentan los grupos sociales. De este modo, es posible comprobar diferencias en los perfiles patológicos a lo largo del tiempo como el resultado de diferentes transiciones en la vida de la sociedad. Además, dentro de una misma sociedad las diferentes clases que la componen mostraran diferentes condiciones de salud debido a su proceso histórico-social y la etapa de transición en que se encuentren.

Para demostrar lo anterior, la autora Asa Laurell hace una comparación de las principales causas de muerte entre México, Cuba y Estados Unidos en un mismo momento histórico

(1972) para mostrar que la TE en estos países no puede explicarse como un resultado simplemente del desarrollo médico. Eventualmente habría que buscar la explicación no en la biología o en la técnica médica sino en las características de las formaciones sociales en cada uno de los momentos históricos.

En el patrón patológico de México dominan las enfermedades infecto-contagiosas como la neumonía o la influenza y las infecciones intestinales. Al mismo tiempo, las enfermedades consideradas típicas de la sociedad moderna, enfermedades crónicas, comienzan a ocupar un lugar importante en el perfil patológico. También se destaca la mortalidad por cirrosis hepática, hecho debido a la malnutrición y el alcoholismo. Por otra parte, en el perfil de Cuba el peso de las enfermedades infectocontagiosas es mucho menor. La neumonía y la influenza solo constituyen el 11% de las casusas de muerte, las principales están representadas por enfermedades cardiovasculares y tumores malignos. Asimismo, el análisis del perfil de los EEUU revela semejanzas importantes con el de Cuba. Los padecimientos cardiovasculares son los más comunes seguidos por los tumores malignos y los accidentes (Laurell 1982). Lo anterior, pone en evidencia el carácter social de la enfermedad ya que la relación mecánica entre el grado de desarrollo económico y condiciones colectivas de salud pierde importancia, desmiente la fatalidad patológica de la pobreza promedio y centra el análisis en las relaciones sociales que existen en cada sociedad. Ahora bien, aunque el perfil patológico de Cuba y EEUU son similares, cuando se analiza la frecuencia con la cual se presentan estas patologías en el mismo grupo de edad, las enfermedades isquémicas del corazón son 3 veces más frecuentes en los EEUU que en Cuba, también los tumores malignos y accidentes son el 50% más frecuentes, y finalmente, la diabetes un 80% y las cirrosis 2,5 veces más comunes en EEUU (Laurell 1982). En síntesis, la evidencia demuestra que el patrón patológico cambia para una misma población según las características del momento histórico-social.

Respecto al segundo problema, la definición de un objeto de estudio Laurell aclara que es necesario ir más allá del objeto directo de la medicina clínica y de la epidemiología y construir un objeto que permita el estudio empírico del problema planteado. Para ello, se puede partir del hecho de que el carácter social del proceso de salud-enfermedad se manifiesta más claro a nivel de la colectividad, y no en el individuo. Esto indica que el objeto de estudio se ubica en los grupos contruidos en función de sus características sociales (Laurell 1982). Abordar el estudio del proceso de salud enfermedad con este enfoque histórico-social permite no solo describir la salud de un grupo, sino también articularla con sus propias condiciones sociales.

### **3. Enfermedad Cardiovasculares: problema de salud mundial**

La epidemia de las enfermedades crónicas (EC) es una prioridad sanitaria mundial porque constituyen la principal causa de muerte, amenazan el desarrollo económico y social y la vida y la salud de millones de personas y en casi todos los países. De los 58 millones de muertes que se presentaron en el mundo en el año 2005, 35 millones fueron atribuibles a enfermedades crónicas como cardiopatías, cánceres, enfermedades pulmonares, osteomusculares y genito-urinarias. Esta cifra duplica el número de defunciones debidas a todas las enfermedades infecciosas (incluida la infección por el VIH, la malaria y la tuberculosis), las condiciones maternas y perinatales y las carencias nutricionales. Si bien se calcula que las defunciones por las enfermedades infecciosas, las afecciones perinatales y las carencias nutricionales disminuirán un 3% en los próximos 10 años, se prevé que las muertes debidas a las enfermedades crónicas aumentarán el 17% para 2015 (Robledo Martínez y Escobar Díaz, 2010).

Las enfermedades crónicas, se definen como un trastorno orgánico funcional de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, obligando a una persona a modificar su estilo de vida (Robledo Martínez y Escobar Díaz 2010). Estas enfermedades generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Respecto a la etiología, es múltiple y no hay mayor claridad, existe una serie de factores que en conjunto dan inicio a la enfermedad, entre estos factores está el ambiente, la herencia y los estilos de vida (Vinancia Alpi y Quiceno, 2012).

Dentro de este panorama de las enfermedades crónicas resalta el incremento de las enfermedades cardiovasculares (ECV). Éstas son la principal causa de muerte en los países occidentales, aunque el desarrollo de los recursos y las políticas sanitarias está reduciendo su tasa de incidencia y sobretodo retrasando su aparición. Sin embargo, en los países con bajos y medianos ingresos, paradójicamente, está creciendo este proceso hasta ser la causa de mortalidad más importante. Los motivos parecen ser la mayor esperanza de vida, los efectos de la globalización mediados por el mercadeo agresivo y la comunicación masiva, que invitan a estas poblaciones a estilos de vida que pueden incrementar el riesgo

cardiovascular: tabaquismo, consumo de alcohol, dietas no saludables, etc. (Robledo Martínez y Escobar Díaz 2010). Es más, existen razonables argumentos para pensar que esta tendencia continuará, ante el espectacular aumento de la obesidad en el mundo, pudiendo volver a incrementarse incluso en los países en los se estaba controlando (Díaz-Realpe et al. 2007, pág. 65).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad cardiovascular (ECV) es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo. Cada año mueren más personas por ECV que por cualquier otra causa, se calcula que en 2012 murieron por esta causa 17,5 millones de personas, lo cual representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. La ECV es responsable de 32 millones de eventos coronarios y accidentes cerebro-vasculares, de los cuales entre el 40-70 % son fatales en países desarrollados. Se estima que este problema es mucho mayor en países en vía de desarrollo y se considera que millones de personas padecen los factores de riesgo (Díaz-Realpe et al. 2007, pág. 65)

La ECV es incapacitante y costosa, siendo responsable a nivel mundial 43 millones de años vividos con discapacidad y la pérdida de más de 147 millones de años de vida saludable. En Latinoamérica, es responsable de 3 millones de años de discapacidad y de 9 millones de años de vida saludable. Asimismo, la ECV produce estrés a nivel financiero, sensaciones negativas hacia sí mismo y las propias capacidades, como cambios en la filosofía de vida y problemas de conducta y emocionales. Al nivel de hogar, altera el nivel de comunicación e interacciones, como también la afinidad entre familiares, además de altos niveles de incertidumbre por las posibles consecuencias de la enfermedad (Vinancia Alpi y Quiceno 2012).

La frecuencia de las enfermedades es directamente proporcional a la incidencia poblacional de los denominados factores de riesgo, de los que algunos son modificables y otros no, como la herencia, sin embargo, la importancia de cada factor de riesgo es relativa y puede variar en las diferentes poblaciones. En Colombia como ya se mencionó, el proceso TE ha ido disminuyendo la mortalidad por enfermedades infecciosas para darle paso a las enfermedades EC. Contrario a lo que se pueda pensar, la muerte violenta no es la principal causa de muerte en Colombia, aunque persistan actores armados y los actos criminales

están en aumento. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el periodo 2000-2007 en Colombia se presentaron 66 muertes por enfermedad isquémica del corazón en mujeres y 80 en hombres por cada 100. 000 habitantes (Carmona Arias 2012). Según el DANE la principal causa de defunción es la enfermedad isquémica del corazón (infartos), de las 202.199 muertes en el año 2015 el 16,3% fueron por esta causa. Otro dato relevante del informe del DANE es que entre los fallecimientos el 54,6% fueron hombres y el 45,4% fueron mujeres, siendo Bogotá, Antioquia y el Valle del Cauca los más afectados con una concentración del 40%.

#### 4. Desórdenes venosos crónicos (DVC), el otro espectro

Si bien la primera causa de mortalidad por enfermedad a nivel mundial y del país está representada por las enfermedades cardiovasculares, como consecuencia de la alta prevalencia de enfermedades isquémicas del corazón, en el otro lado del espectro de las patologías vasculares se encuentran las enfermedades vasculares periféricas (EVP), un conjunto de entidades que afectan el sistema circulatorio de los miembros y del territorio esplácnico, donde se incluyen los DVC y la enfermedad arterial obstructiva crónica (EAOC). Tradicionalmente este conjunto de enfermedades se han referenciado por las implicaciones en la morbilidad y calidad de vida (CV) de las personas como consecuencia de las complicaciones derivadas en fases avanzadas de la enfermedad que constituye el problema más frecuente en la consulta diaria de los centros de atención primaria (AP), además de ser un problema estético en el paciente, a menudo causa dolor crónico y ausencia laboral (Smith, 1999) (Jaramillo Jaramillo y López Carrera, 2014). En algunos casos puede comprometer la vida de las personas al desarrollarse la enfermedad tromboembólica, por lo tanto, estas patologías tienen un importante impacto socioeconómico en la población, convirtiéndose en un problema de salud pública que se pone de manifiesto por la necesidad frecuente de ingresos hospitalarios en los individuos afectados y con alto costo para el paciente, la familia y el estado.

Este conjunto de enfermedades se describe desde tiempos remotos. Su origen data de tres a cuatro millones de años, cuando el *Pitecanthropus erectus* adoptó su posición erguida y esto pudo transformarle en un hombre *phlebopaticus* (Eberhard Rabe y Eva Bock, 2003). Los desórdenes venosos se definen como una anomalía del funcionamiento del sistema venoso causada por una incompetencia valvular asociada o no a la obstrucción del flujo venoso. Puede afectar el sistema venoso superficial, el sistema venoso profundo o ambos (M.A. Palomino-Medina et al, 2004) tienen una presentación clínica de gran espectro, que va desde las telangiectasias, presentes aproximadamente en el 80% de la población adulta, hasta los cuadros severos de cambios tróficos y ulceración de las extremidades inferiores que usualmente se agrupan bajo la denominación de insuficiencia venosa crónica en 1-2% de la misma población (Pizano, 2009) (Alvares, et al, 2008)

(Buitriago, 2008). Otros autores hablan de una prevalencia que oscila entre el 30% al 70% de la población adulta (Eklöf, et al, 2009) (Buitrago, 2008) (Aleuy, 2010).

En la actualidad se cuenta con poca información sobre la epidemiología de los DVC y las implicaciones en el deterioro de la calidad de vida (CV) de las personas, y el costo social y económico de su tratamiento en las formas severas. Con el propósito de facilitar la comunicación acerca de los desórdenes venosos y contar con un criterio consistente para el análisis científico del problema venosos, en 1994 se realizó la Sexta Reunión Anual de *American Venous Forum* (AVF) en la que un comité ad hoc, presidido por Andrew Nicolaides y representantes de Australia, Europa y los Estados Unidos dio como resultado el primer documento de consenso CEAP, modificado ligeramente 10 años después (Eklöf et al., 2004). Inicialmente dicho consenso comprendía dos partes: una clasificación de los DVC (Figura 1) basados en las manifestaciones clínicas (C), sus factores etiológicos (E), la distribución anatómica de la enfermedad (A) y los hallazgos fisiopatológicos subyacentes (P), la segunda parte incluía un sistema de puntuación de la severidad compuesto de tres elementos: el número de segmentos anatómicos afectados, la clasificación de los signos y síntomas de la discapacidad (Eklöf et al., 2004).

Figura 1. Cuadro de clasificación CEAP

Clasificación CEAP		
<b>C</b>	Clínica	C0: sin signos visibles ni palpables C1: telangiectasias o venas reticulares C2: varices C3: edema C4: cambios cutáneos sin úlcera C5: cambios cutáneos con úlcera cicatrizada C6: cambios cutáneos con úlcera activa A: asintomático S: sintomático
<b>E</b>	Etiología	Ec: congénita Ep: primaria Es: secundaria (postraumática o postrombótica)
<b>A</b>	Anatomía	As: venas del sistema superficial Ad: venas del sistema profundo Ap: venas perforantes
<b>P</b>	Fisiopatología	Pr: reflujo Po: obstrucción Pro: reflujo y obstrucción

Fuente: “Insuficiencia venosa primaria”, Baez D., & Bastidas E., 2011, Universidad central del Ecuador, Facultad de ciencias médicas, Cátedra de cirugía vascular

Sin embargo, a pesar de una considerable riqueza de conocimiento adquirido en los últimos 25 años, la historia natural, la delineación de factores de riesgo externos y de la herencia, la prevención y el tratamiento de estas manifestaciones comunes de enfermedad venosa, son para una proporción significativa de médicos, personal de salud aliado, administradores de la atención médica y, lo más importante, para el público en general desconocidos (McLafferty, R.B et al, 2007).

Tradicionalmente, la atención de estas patologías se reparte entre los diferentes niveles de asistencia, sin que haya un criterio médico claro y explícito, es muy frecuente que el diagnóstico y el tratamiento del padecimiento recaiga sobre la atención primaria (AP), todavía sin disponer de la dotación instrumental adecuada. Por lo tanto, es común que para acceder a la atención especializada (AE), o tratamiento quirúrgico, el enfermo concorra a demandas. Luego, dentro de la AE el escenario no varía mucho, ya que la responsabilidad asistencial puede recaer en cirujanos vasculares, cirujanos generales e incluso, en algunos casos, otros especialistas (Fernández A et al., 2006). Lo anterior, se traduce en un déficit en la apreciación de la magnitud de los DVC como problema de salud por parte de los gestores sanitarios, responsables de ofertar los medios necesarios para desarrollar una atención adecuada.

El metasíntesis realizado en este estudio sobre los desórdenes venosos en población general sin diagnosticar anteriormente. Este método de investigación que cuenta con un protocolo riguroso permite confrontar, integrar y crear nuevo conocimiento. De todo lo anterior han tomado conciencia especialista alrededor del mundo, llevando a cabo estudios sobre la prevalencia de los desórdenes venosos como enfermedad crónica en poblaciones sin diagnosticar, para determinar exactamente cuál es la realidad de estas patologías y así poder ponerla en perspectiva.

En España se han realizado varios estudios teniendo en cuenta esta situación y es el país con mayor número de estudios originales, el primero, llevado a cabo por la Junta Directiva de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), quienes coordinaron la realización de una encuesta epidemiológica, con el fin de tener un conocimiento más preciso de la realidad de la insuficiencia venosa crónica (IVC) en España. Se trató de un estudio epidemiológico de carácter transversal, compuesto por una muestra de 21.566

pacientes a los que les fue realizada una anamnesis espontánea y dirigida, para IVC por 1.068 médicos de Atención Primaria repartidos entre 16 Comunidades Autónomas, sin aplicar ningún método de selección específico. Se tuvieron en cuenta factores de riesgo (FR) para la IVC como antecedentes familiares, antecedentes de trombosis venosa, sobrepeso, embarazos, tratamiento hormonal, profesión de riesgo (considerando como tal la que implica largos períodos en bipedestación o en posición sentada, así como exposición al calor) y vida sedentaria. Además de tenerse en cuenta los siguientes síntomas compatibles con la insuficiencia venosa crónica: la pesadez de piernas, prurito, parestesias, sensación de quemazón, piernas inquietas, calambres nocturnos, dolor, enrojecimiento de piel, cambios tróficos, úlcera venosa, varículas, varices, hinchazón al final del día y edema constante. En los resultados hallados, la edad media de los 21.566 participantes en el estudio fue 51,4, siendo el 62,6% mujeres. Cuando se clasificó por grupos de edad 11,4% fueron menores de 25 años, un 26,7% entre 25-45 años, un 33,7% entre 45-65 y un 28,3% mayores de 65 años. La distribución de los grupos de edad por sexo fue homogénea. El 80,7% de los individuos mostraron algún factor de riesgo, el 28,5% de los hombres manifestó tener antecedentes familiares del padecimiento y las mujeres 44,5%, el 3% de los hombres presentó antecedentes de trombosis venosa y las mujeres 6,3%, el 29,2% y 42% de los hombres y mujeres tenía sobrepeso respectivamente, el 33,8% de los hombres y el 50,4% de las mujeres lleva una vida sedentaria, el porcentaje de profesión de riesgo en hombres fue de 18,7% y en mujeres de 20,4%, el 67% de las mujeres había estado en estado de embarazo, 15% había pasado por tratamientos hormonales. Destaca que en las mujeres un 49,4% presentó más de dos factores de riesgo frente a un 12,7% de los varones. Los que habían manifestado algún síntoma, presentaron también algún signo en el examen clínico. Estos fueron significativamente más frecuentes en las mujeres (86,5%) que en los varones (66,6%). Los signos más prevalentes entre los que manifestaron algún síntoma fueron las varículas (70,9%), seguido de las varices (44%), edema (20,5%) cambios tróficos (18,5%) y la úlcera venosa (2,6%). Para el diagnóstico se utilizó la parte clínica de la clasificación CEAP, encontrándose que hay un predominio en los hombres en la clase 0 con 64%, en cuanto las mujeres predominan las clases 0, 1 y 2. Finalmente, los porcentajes en cada clase siempre es mayor en mujeres que en hombres (Gesto R et al., 2001).

El segundo, llevado a cabo igualmente por la Junta Directiva de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular (SEACV), realizó una encuesta epidemiológica sobre la prevalencia de los DVC en la atención primaria en España para determinar la realidad de estas patologías. Se conformó una muestra de 16.186 con los pacientes que acudían por uno u otro motivo a una consulta de AP. El 64% fueron mujeres y un 36% hombres. Respecto a la edad, la media fue de 52,3. Como factores de riesgo se consideraron la edad, el sexo, antecedentes familiares, episodios de trombosis venosa, el sobrepeso y la obesidad, los embarazos, tratamientos hormonales, profesiones de riesgo y tener una vida sedentaria. En los resultados, se obtuvo que el 82% de los sujetos presentaron algún FR, y la media era de dos FR por encuestado. El 71% manifiesta tener algún síntoma dependiente de la IVC, como la pesadez de piernas y varículas. La úlcera venosa, que es el trastorno más limitante y con más consecuencias económicas sobre la salud, tuvo una prevalencia del 3% de los sujetos. Al terminar el diagnóstico de acuerdo a la clasificación CEAP, 38% se encontraban en la clase 0, 24% en la 1, 19% en la 2, 6% en la 3, 10% en la 4, 2% en la 5 y 1% en la 6 (Álvarez L.J et al., 2006).

Tercero, un estudio transversal realizado entre mayo de 2009 y junio de 2010, en el cual fueron seleccionados 999 médicos de atención primaria, reclutó 20 pacientes que hubieran consultado por cualquier motivo, mayores de 18 años. Fueron recopilados datos demográficos y de factores de riesgo de desórdenes venosos, datos clínicos sobre síntomas de la patología de acuerdo a la clasificación CEAP. En total se incluyeron 19.800 pacientes, con un promedio de edad de 53 años. El 45% fueron mujeres económicamente activas. El índice de masa corporal promedio en hombres fue de  $26,6 \pm 4$  y en mujeres de  $26 \pm 5$ . El 67% presentaron algún signo compatible con los desórdenes venosos crónicos, con una medida por paciente de  $2,3 \pm 2$  síntomas. Los síntomas más frecuentes fueron la sensación de piernas pesadas (55%), dolor en las piernas (46%) e hinchazón (36%). Los síntomas se intensificaron al final del día, en verano, en la noche o después de permanecer un periodo prolongado de pie. La prevalencia de la patología fue el 48,5% y fue significativamente mayor en las mujeres (58,5%) que en los hombres (32,1%). Cuando se incluyeron las categorías C0, es decir, presencia de síntomas relacionados con la DVC, pero sin signos, la prevalencia aumentó al 67,7%. La prevalencia también, aumentó notablemente con la edad

y, de la misma manera, la enfermedad presentó etapas más avanzadas a mayores edades (Escudero J et al. 2014).

Alemania es el segundo país con mayor número de estudios originales sobre prevalencia de desórdenes venosos como enfermedad crónica en poblaciones sin diagnóstico previo. Un estudio analizó la prevalencia de las pequeñas venas cutáneas (SCV) ya que aún se discute su relevancia clínica. Es un estudio de corte transversal que reclutó de las ciudades Duesseldorf y Essen 9.100 individuos a quienes se les aplicó un cuestionario y fueron examinados clínicamente. Respecto a los resultados, el 57% eran hombres y el 43% mujeres. La media de la edad fue de  $41 \pm 10$  años. En los exámenes clínicos se observa que de acuerdo a la clasificación CEAP, el 64% fueron asignados a la clase 0, el 10% a la clase 1, el 26% restante tenía formas más profundas de venas varicosas. En cuanto a los síntomas compatibles con SCV, generalmente se quejaban de hinchazón de la pierna y calambres musculares durante la noche, inflamación de la pierna, calambres en las piernas y piernas inquietas (Kroger K et al, 2002).

Otro estudio se ocupó de la prevalencia del linfedema en las extremidades inferiores de la población general ya que en gran parte se desconoce, haciendo uso del signo clínico de Stemmer que se define como la ampliación del pliegue cutáneo por encima del segundo dedo del pie. Durante el 2000 y 2002, se llevó a cabo el estudio de Bonn Vein para investigar la prevalencia de DVC en una población residencial urbana y rural de Alemania. Paralelo a esto, también se investigó el signo Stemmer con el objetivo de describir la prevalencia de este signo en una población sin diagnósticos previos. Se reclutaron sujetos entre 18 y 79 años conformando una muestra de 3.055, teniendo una proporción de respuesta mayor en las poblaciones rurales que en la ciudad de Bonn. En el 15,9% de la población, se encontró un signo positivo de Stemmer con una prevalencia general ligeramente más alta en las mujeres. De los que tenían el padecimiento, el 14,1% se encontró en el grado 1, los grados más severos 2 y 3 estuvieron presentes en el 1,8%. La prevalencia del signo de Stemmer aumentó con la edad del 3,2% hasta el 35,9% en la población de 70-79 años. La prevalencia del signo de Stemmer positivo también fue mayor en los estadios C superiores de la clasificación CEAP 5,8% en C0 a 77,8% en C5 (Pannier F, 2007).

Un tercer estudio alemán es la investigación de Bonn Vein para estimar la prevalencia y gravedad de los DVC, que ya se ha mencionado brevemente, se reclutaron 3072 sujetos de la ciudad de Bonn y las zonas rurales de Alfter y Wachtberg. La proporción de hombres y mujeres fue de 1350 y 1722 respectivamente. La edad media fue de 48 años, tanto para hombres como para mujeres con una desviación estándar en ambos de 16 años. En áreas rurales, la edad promedio fue de 49 años y en el área urbana de 48 años. En cuanto a los resultados físicos, el peso corporal de las mujeres fue en promedio de 70 kg, los hombres tuvieron un promedio de 83 kg. Los sujetos del área rural fueron 2 kg más pesados que los urbanos. Con la edad, la altura del cuerpo disminuyó de 175 cm a 166,3 cm y el peso aumentó de 68,6 kg a 78,7 kg en los 60-69 años de edad. El índice de masa corporal para las mujeres fue de 25,6 kg / m<sup>2</sup> en promedio y para los hombres de 26,3 kg / m<sup>2</sup>. El índice de masa corporal aumento de 22,2 a 27,8 kg / m<sup>2</sup> con la edad hasta los 69 años y luego cae a 27,2 kg / m<sup>2</sup>. Respecto a los resultados clínicos, se observó una prevalencia de reflujo significativamente mayor para las venas superficiales en las mujeres, mientras que, para las venas profundas, la prevalencia de reflujo fue significativamente mayor en los hombres. Para las mujeres, se encontró un reflujo  $\geq 500$  ms, con mayor frecuencia para la gran vena safena (GSV) 16,4% vs 11,8% en hombres, mientras que para los hombres los reflujos fueron más frecuentes en la vena femoral 14,7% vs 11,1% en mujeres) y en vena poplítea 11,0% vs 7,2%. Se encontró que la prevalencia de reflujo en el sistema venoso superficial aumenta marcadamente con la edad. Este aumento es más fuerte en las mujeres que en los hombres. En cuanto, en el sistema venoso profundo, no se observan cambios claros con la edad en la prevalencia de reflujo en ninguno de los sexos. Finalmente, según la clasificación CEAP se encontró que el 9,6% fueron clasificados C0, 59,0% C1, 14,3% C2, 13,5% C3, 2,9% C4, y 0,7% C5-C6. Las diferencias entre las venas superficiales en relación con las venas varices eran más frecuentes en la población femenina con un 25,8% comparado con los hombres que era un 19,9%. El peso también influía en la prevalencia de la insuficiencia venosa (Maurins U, 2008).

Estados Unidos es el tercer país con mayor número de estudios sobre la prevalencia de estas patologías con dos publicaciones, la primera se trata de un informe piloto sobre la prevalencia de desórdenes venosos llevada a cabo en 2005. Este programa consistió en una evaluación del riesgo de tromboembolismo venoso (TEV) coordinado por American

Venous Forum, para la cual se hizo un examen dúplex para la obstrucción venosa y reflujo, inspección de los signos de insuficiencia venosa crónica por un profesional capacitado o un médico para clasificar las extremidades inferiores utilizando el sistema de clasificación CEAP y una entrevista final. Esta investigación fue coordinada por miembros del American Venous Forum. Se asignaron puntajes basados en la severidad del factor de riesgo para TEV y fueron sumados para un puntaje final. El riesgo de TEV se clasificó entonces como de bajo riesgo de 0% a 0,4%, riesgo moderado 0,5% a 4%, alto riesgo 5% a 10% y riesgo muy alto 10 % a 20%. Los puntos totales necesarios para cada categoría de riesgo fueron de 0 a 1, 2, 3 a 4 y mayor a 4, respectivamente. Diecisiete instituciones evaluaron a 476 personas, 78% fueron mujeres y el 22% restante hombres. Al considerar el riesgo de trombosis venosa, 22 participantes (5%) tenían bajo riesgo, 87 (18%) eran de riesgo moderado, 186 (39%) eran de alto riesgo y 179 (38%) estaban en riesgo muy alto. Cuando los individuos fueron examinados por signos de IVC en oposición a la extremidad izquierda o derecha, las venas varicosas estaban presentes en el 32%, edema sin cambios en la piel en el 11%, cambios en la piel atribuibles a enfermedad venosa en el 8% y úlceras de estasis venosa activada 1,3%. En cuanto a los datos demográficos, la única diferencia que se encontró fue que los fumadores tenían una probabilidad significativamente mayor de tener reflujo en una o ambas piernas en comparación con los no fumadores (McLafferty R.B et al, 2007).

El segundo estudio, evaluó los resultados del Programa nacional de detección venosa (NVSP) ampliado, coordinado igualmente por el American Venous Forum. En esta ocasión ochenta y tres médicos de 40 estados participaron en el examen de detección de enfermedades venosas en los Estados Unidos. Como en la prueba piloto, el instrumento NVSP incluyó datos demográficos, evaluación del riesgo de tromboembolismo venoso (TEV), evaluación de la calidad de vida, ecografía dúplex para reflujo y obstrucción e inspección clínica. En total se incluyeron 2234 personas, la media de la edad fue de 60 años, 77% eran mujeres, en primero el puntaje de IMC fue de 29, el 40% fuman o lo habían hecho en algún momento. En cuanto al riesgo de TEV, el 40% de los participantes eran de bajo riesgo, el 22% eran de riesgo moderado, el 21% eran de alto riesgo y el 17% tenían un riesgo muy alto. Ahora bien, de acuerdo a la clasificación CEAP de 0 a 6 se obtuvieron los siguientes porcentajes 29%, 23%, 10%, 9%, 1,5%, 0,5%, respectivamente. Sobre la base de

las respuestas afirmativas y el puntaje acumulativo, la evaluación de riesgo de TEV para los participantes que se colocaron en una situación de alto riesgo se distribuyó de la siguiente manera, el 17% de las personas evaluadas tenían un riesgo muy alto ( $\geq 5$  puntos); 21% estaban en alto riesgo (3-4 puntos); 22% tenían un riesgo moderado (2 puntos); y 40% tenían bajo riesgo (0-1 punto). En cuanto a la distribución del reflujo y la obstrucción descubierta en la vena femoral común, la unión safenofemoral de la vena y la vena poplítea para cada pierna para toda la muestra, 37% por ciento de los participantes tenían uno o más segmentos de reflujo, y 5% tenían uno o más segmentos de obstrucción. Finalmente, la distribución de la clase clínica (CEAP) el 29% se encuentra en C0, 29% en C1, 23% en C2, 10% en C3, 7% en C4, 1,5% en C5 y 0,5% en C6 (McLafferty R.B et al, 2008).

Se encontró una investigación sobre la prevalencia en población general de Arabia Saudita, en este estudio llevado a cabo durante el 2004, se tuvo como propósito estimar la prevalencia de la insuficiencia venosa crónica en la población saudita e indagar por la relación con posibles factores de riesgo. La investigación se realizó en dieciséis centros de atención primaria de salud (APS) de las ciudades Jeddah, Makkah y Damman. Los pacientes seleccionados habían visitado los centros por cualquier otro motivo. Se recolectaron datos como antecedentes familiares, datos demográficos y factores de riesgo, además de realizar un examen clínico para diagnosticar la insuficiencia venosa de acuerdo con la clasificación CEAP. Se incluyeron 2350 individuos (1099 hombres y 1251 mujeres). La media de edad para los hombres fue de  $41.5 \pm 15,8$  y la de las mujeres fue  $37,6 \pm 13,4$ . En cuanto al índice de masa corporal promedio (IMC) fue significativamente menor entre los hombres en comparación con las mujeres. El 7,1% de la población manifestó tener antecedentes familiares de la enfermedad, 34,8% declararon tener una ocupación que requería estar tiempos prolongados de pie, el 27,6% de las mujeres informo haber pasado por terapias hormonales por lo más de un año. En cuanto al examen clínico, la prevalencia de IVC en la población de estudio fue de 45,6% cuando se consideraron todas las clases de CEAP, incluyendo la clase 0 (sin signos visibles). Las mujeres con IVC tienen un mayor número promedio de embarazos que aquellas sin IVC. La prevalencia de IVC fue de 54% en las mujeres y 27% en los varones. También fue mayor la prevalencia de IVC entre aquellos cuya ocupación requirió una posición de pie prolongada y también entre las mujeres que recibieron terapia hormonal. Finalmente, los factores como un IMC alto, la

edad, antecedentes familiares de la enfermedad y ser mujer estuvieron asociados al diagnóstico de IVC. La prevalencia de IVC fue de 54% en las mujeres y 27% en los varones (Bawakid K et al, 2004).

Para Italia, se encontró un estudio sobre la frecuencia de los desórdenes crónicos (DVC) en diferentes grupos demográficos de este país para proveer correlaciones entre los patrones de la incompetencia de las válvulas como una forma clínica para tratar enfermedades severas. Se promovió esta iniciativa en 53 ciudades, donde en total se conformó una muestra de 16.251 sujetos, teniendo una edad media de 50,4 años en mujeres y 59,1 en hombres. En los resultados se observa que las venas varices y las telangiectasias fueron las más comunes tanto en hombres como en mujeres. Se encontró una relación entre la historia clínica familiar y la enfermedad venosa al igual que el índice de masa corporal de los sujetos. La presencia de insuficiencia venosa estaba correlacionada positivamente con el incremento del CEAP, al grado de tener una visibilidad de la enfermedad. Una cantidad alta de sujetos, se quejaron acerca de múltiples síntomas en las piernas que estaba efectivamente relacionada con la presencia de una enfermedad. También se encontró una relación lineal con la variable edad con la aparición de edemas, las varices y los cambios en las venas, hasta donde se pudo observar, los sujetos con edad mayor a 50 siendo al menos 5 veces más probable de tener venas varices que las personas más jóvenes. La frecuencia de las úlceras en las venas incrementaron desde 0,1% antes de los 50 años, hasta 0.6% después de los 50. Finalmente, cuando se discriminó por sexo, los hombres fueron más afectados que las mujeres 48,3% vs 33,0% de mujeres sin haber tenido ningún embarazo previo (Chiesa R et al, 2007).

Igualmente, se encontró un estudio hecho en Cuba durante enero de 2005 y diciembre de 2006, en el que se estudiaron 392 pacientes para caracterizar la insuficiencia venosa (IVC) crónica en consultas del Instituto de Angiología y Cirugía Vascular. Del total de la muestra 315 corresponden al sexo femenino (80,3%) y 77 al sexo masculino (19,7). Se tuvieron en cuenta FR como las profesiones de riesgo, la obesidad, los estilos de vida, los antecedentes familiares y para las mujeres los embarazos. En este estudio se encontró una prevalencia de IVC de 65,7%, los principales síntomas y signos referidos por los sujetos fueron la pesadez, el dolor y los calambres nocturnos, le siguieron el edema y las telangiectasias. El sexo

femenino tuvo una mayor relación con la IVC, pudiéndose atribuir a que el hombre no concede mayor importancia al problema estético que producen las varicosidades y várices reticulares, y acuden sólo a la consulta médica cuando las várices son evidentes o dan lugar a molestias. Por último, los FR y su relación en la aparición de la patología en porcentaje se observó que el indicador más significativo fue el de antecedentes familiares 81,9 %, con resultados similares se encontraron el embarazo 62,0 % y la profesión de riesgo 61,0 %, le continuaron en orden de frecuencia, la obesidad 28,6 % y el estilo de vida 24,7 % (Hernández J.M et al, 2010).

Asimismo, en Brasil se hizo un estudio sobre la asociación de los beneficios de la actividad física regular a los indicadores de salud, ampliamente discutida en la literatura donde se ha demostrado la relación entre un estilo de vida sedentario y las enfermedades crónicas. El objetivo fue describir la prevalencia de enfermedades venosas entre los jóvenes y su asociación con la actividad física. Un estudio de carácter transversal, en el cual se conformó una muestra con 95 jóvenes voluntarios quienes respondieron un registro médico y fueron examinados de acuerdo a la clasificación clínica, etiológica, anatómica y fisiopatológica (CEAP) además de responder un cuestionario sobre actividad física (IPAQ). En los datos demográficos se observa que el 57,9% eran mujeres, la edad promedio fue de 26,12 años  $\pm$  4,5, el 73,4% manifestó tener antecedentes familiares de varices. Respecto a la sintomatología presentada en miembros inferiores el 36,6% indicó dolor, el 48,4% reportó sensación de peso y cansancio en miembros inferiores y el 9,5% describió otras sensaciones. Finalmente, cuando se clasificó según la CEAP 43,2% de los participantes eran del grupo C0 (sin síntomas venosos); 45,3% C1 (con presencia de telangiectasias) y 11,6% C2 (con presencia de venas varicosas). Las demás clases no aparecieron en la muestra del estudio (Oliveira J.C et al, 2011).

Finalmente, un estudio entre varios países del programa Vein Consult, realizó una encuesta internacional con el objetivo de recopilar datos epidemiológicos globales sobre los trastornos venosos crónicos basados en la clasificación CEAP. La encuesta se organizó en el marco de consultas ordinarias, con médicos generales (GP) debidamente capacitados en el uso de esta clasificación. La detección de DVC se realizó a través de la inscripción a una encuesta a sujetos mayores de 18 años que habían consultado por cualquier motivo, a

excepción de una emergencia. Este programa se realizó entre octubre de 2009 y julio de 2011 en 20 países (Francia, España, Georgia, Hungary, Romania, Russia, Serbia, Slovak, republic, Slovenia, Ukraine, Brazil, Culombia, Mexico, Venezuela, Pakistan, Emirates, (UAE) Indonesia, Singapore, Thailand, Vietnam) se examinaron 95.000 sujetos de los cuales se analizaron 91545 que cumplieron con todos los requisitos, la distribución geográfica fue de 36004 en Europa Occidental, 32225 en Europa Central y Oriental, 12686 en América Latina, 3518 en Medio Oriente, y 7112 en el Lejano Oriente. Como la edad media fue de  $50,6 \pm 16,9$  años, el Medio Oriente fue la muestra más joven con una media de  $38,9 \pm 13,3$  años y los más viejos se encontraron en Europa Oriental y Central  $53,3 \pm 16,0$  años. La mayoría de los pacientes fueron mujeres, 68.4%, pero en el Medio Oriente la distribución es aproximadamente del 50% de cada sexo. Se muestra una tendencia al sobrepeso en la población total con una media IMC de  $26,17 + 5,07$ , teniendo un IMC medio significativamente más alto en hombres que en mujeres. Los valores más altos de IMC se informan en Europa Oriental y Central  $27,34 \pm 5,64$ , mientras que las cifras menores aparecen entre los pacientes del Lejano Oriente  $22,89 \pm 3,59$ . Según clasificación clínica CEAP, los sujetos C0 representan el 19,7% del total de la población estudiada (Tabla II), distribuido de forma similar entre las diferentes zonas excepto en la región del Medio Oriente en el que se pueden observar cifras más altas. Los sujetos C1 son el grupo más grande en el estudio con 21,7% de la población total del estudio, pero la prevalencia de C1, así como la de C2 (venas varicosas, 17,9%) varía significativamente dependiendo de la región considerada, cifras más altas en el Lejano Oriente 25,5% y 24,0% respectivamente, menores en Medio Oriente 10,7% y 7%, respectivamente. La prevalencia general de C3 es del 14,7% con algunas diferencias significativas entre las áreas, C4 es más prevalente en Europa Central y del Este y en América Latina en comparación con las otras tres regiones, C5 y C6 úlceras sanas y activas, respectivamente también se distribuyen de manera desigual, pero las diferencias no son significativas. En general, la prevalencia de DVC es del 83,6% incluido los pacientes con C0, mientras que se reduce al 63,9% cuando se omite la clase C0. Por último, cuando se discriminó por grupos de edad ( $\leq 18-34$  años, 35-50 años, 51-64 años,  $\geq 65$  años) se observó que independientemente del grupo de edad, hubo una diferencia significativa entre hombres y mujeres en las clases C0s a C3 siendo estas últimas clases clínicas las más prevalentes entre las mujeres, excepto C0 que fue más frecuente en

hombres que en mujeres después de los 35 años. La prevalencia de IVC en cuatros de C4 a C6 fue similar independientemente del sexo y la edad y aumentó drásticamente con la edad en ambos sexos. C2 y C3 aumentaron con la edad en ambos sexos, pero se estabilizaron después de la edad de 64 años. Mientras que C1 aumentó con la edad en los hombres, varió en las mujeres y fue igualmente frecuente entre los más jóvenes y mayores.

## **5. Patrón alimentario y actividad física como factores de riesgo de ECV y DVC**

Stebbins en 1997 sobre el concepto “estilo de vida” comenta que resulta de una aproximación del entendimiento entre varias dimensiones sociales, cómo los individuos obtienen los recursos necesarios para una actividad concreta, cómo se relacionan con el mundo social y organizan sus actividades, cuáles son sus intereses sociales y cómo se identifican con su actividad.

La Organización Mundial de Salud (OMS) define “estilo de vida” como las reacciones y pautas de conducta que ha desarrollado un individuo durante sus procesos de socialización. Estas pautas se aprenden en la relación con la familia, amigos, compañeros de trabajo o estudio, medios de comunicación, entre otros. Estas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones. Los cambios en el estilo de vida determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de los sujetos, modificando el proceso de salud-enfermedad.

Teniendo en cuenta lo anterior, la definición que aquí se adopta sobre “estilos de vida” es, primero, un conjunto de elementos sociales ubicados en un espacio y tiempo concreto. Dichos elementos están incorporados en un individuo o un grupo de individuos, en la línea entre las limitaciones de las condiciones sociales y las disposiciones individuales. Es decir, los estilos de vida son un conjunto de actividades, prácticas y actividades de los individuos o colectivos (Custodio F et al, 2014). Segundo, los estilos de vida de los individuos y colectivos se transforman a lo largo del tiempo, es temporal. Tercero, es el cuerpo la base en la que las personas y los grupos sociales inscriben sus actividades, prácticas y comportamientos rutinarios a los que se ven sometidos. El cuerpo está subordinado a fuerzas que la persona acepta de manera normalizada diseñando los estilos de vida.

Por último, dentro de estas actividades, prácticas y comportamientos rutinarios del individuo o colectivo, se desarrollan una serie de comportamientos que tienen mucho que ver con el riesgo a padecer ciertas enfermedades. Según los análisis del estudio *Global Burden of Disease* hábitos como fumar cigarrillo y consumo nocivo de alcohol, comer

alimentos inadecuados, hacer poco o nulo ejercicio, condiciones nocivas de trabajo como las profesiones en la que implique estar tiempos prolongados de pie y el desempleo, la baja calidad o pobre accesibilidad a la asistencia médica, o la asistencia médica no oportuna, son los principales responsables de la frecuencia de aparición de las ECV y DVC (González E, 2004). Para prevenir es necesario tener un conocimiento claro de los factores y las condiciones del surgimiento de estos padecimientos y que magnitud tiene su relación.

La alimentación constituye uno de los factores más determinantes en la promoción de la salud y el bienestar. La carencia de comida o la falta de variedad provocan desnutrición y enfermedades carenciales, a la vez, las dietas ricas en grasas, pobre en fibras y elevadas en sodio, están asociadas a la generación de trastornos cardiovasculares. También los factores como la obesidad, combinados con el hipercolesterolemia (colesterol elevado), pueden convertirse en causa de ECV. Existen una gran cantidad de estudios que advierten que la dieta mediterránea se asocia a una prevalencia menor de aterosclerosis atribuida al consumo de aceite de oliva. Las características de la dieta en una población dependen de múltiples factores, incluyendo prácticas agrícolas, clima, industrialización, comercialización y cultura. A pesar de su estabilidad, el patrón alimentario puede modificarse en respuesta a campañas publicitarias, acceso a mercados internacionales, e inestabilidad social (González E, 2004).

Por otra parte, el sedentarismo es uno de los comportamientos riesgosos con mayor prevalencia en la actualidad, constituye unas de las causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo. La práctica de actividad física regular está relacionada con la disminución de los riesgos de enfermedades cardiovasculares y los beneficios son mayores si se inicia en etapas tempranas de la vida (Hernández-Escolar et al. 2010, pág. 854). La ENSIN reportó algunos datos con relación al tema de la actividad física, sólo uno de cada 4 adolescentes realiza actividad física mínima recomendada (60 minutos diarios) al menos cinco días en la semana. En el grupo de adultos entre 18 y 64, menos de la mitad desarrolla el mínimo de actividad física (30 minutos diarios) aunque sea moderada. Esto plantea inquietudes sobre el riesgo de obesidad y sobrepeso y las complicaciones que traen las ECV (Robledo Martínez y Escobar Díaz 2010). La actividad física parece ralentizar el inicio y la

progresión de las enfermedades cardiovasculares pero también presenta beneficios sobre la salud general (Stein et al. 2014).

En cuanto al consumo de cigarrillo este produce un efecto tóxico directo sobre el endotelio vascular, ocasionando trastornos del metabolismo de los lípidos. Parece ser que la nicotina tiene un efecto propio tóxico sobre el endotelio, ya que induce estrés oxidante produciendo LDL oxidadas que, a su vez, estimulan una respuesta inflamatoria por parte de los macrófagos. Disminuir el consumo de tabaco, reduciría los trastornos lipídicos ocasionados por el hábito de fumar. (Hernández-Escolar et al. 2010, pág. 854)

## **6. Objetivo del estudio**

- I. Indagar la influencia de los estilos de vida y componentes socioculturales de la población del Municipio de Jardín, Antioquia que contribuyan a la aparición de enfermedad venosa crónica

### **6.1. Específicos**

- I. Establecer el patrón alimentario de los habitantes y su influencia en la manifestación de los desórdenes venosos crónicos (DVC) de la zona rural de Jardín, Antioquia.
- II. Describir los roles, ocupación principal y actividades físicas que realizan los pobladores de la zona.
- III. Indagar el efecto de los factores de riesgo comportamentales en la salud vascular.
- IV. Ahondar sobre las creencias de salud y enfermedad, además sobre los cuidados de la salud.
- V. Estudiar las condiciones económicas del campo y efectos de la migración sobre la salud vascular de los habitantes.
- VI. Integrar la mirada de la antropología al debate sobre estilos de vida y enfermedad.

## **7. Metodología**

El presente trabajo de grado se desarrolló en el marco del proyecto financiado por el CODI (Comité para el Desarrollo de la Investigación) de la Universidad de Antioquia, código 2014-982. Título del proyecto: “Factores de riesgo y prevalencia de enfermedad arterial periférica y de desórdenes venosos crónicos”. Duración dos años: 2017-2018.

### **7.1. Tipo de estudio**

El presente estudio fue de tipo transversal y de corte mixto: cuantitativo y cualitativo. El componente cuantitativo está basado en los conceptos y métodos de la epidemiología descriptiva. Por otro lado, el componente cualitativo se basa en los fundamentos teóricos-metodológicos que se plantean desde la etnografía

### **7.2. Población y Muestra**

El Municipio de Jardín, localizado en la Región Suroeste de Antioquia, está entre un ramal de la Cordillera Occidental y el Río San Juan. Del total de habitantes del municipio 12.853, el 54% equivalente a 6.943 personas reside en la zona urbana y el 46% 5.910 vive en la zona rural.

La investigación estará constituida por una muestra de hombres y mujeres adultos residentes habituales de la zona rural de Jardín-Antioquia. La muestra serán hombres y mujeres mayores de 14 años con disposición a participar en el proyecto.

El criterio de inclusión de los sujetos fue: mayores de 14 años que acepten pertenecer al estudio mediante la firma del consentimiento informado y que fueran habitantes de la zona rural de Jardín. Criterios de exclusión: personas que no acepten pertenecer al estudio, aunque se intentó fomentar la participación, o bien por imposibilidad para medir el índice tobillo/brazo (en mayores de 45 años) por la presencia de lesiones de las extremidades o intolerancia a toma de la presión.

La estrategia de muestreo consistió en una de tipo aleatorio simple, polietápico por viviendas; luego se procedió a aplicar en el hogar la encuesta sociodemográfica y de

factores de riesgo. Posteriormente, se citó nuevamente a una jornada de valoración vascular donde se tomaron medidas antropométricas, examen físico y eco-dúplex.

### **7.3. Trabajo de campo y recolección de datos**

La recolección de datos de campo se realizó en tres fases en la que participaron un gran equipo de investigación: médicos vasculares, enfermero, antropólogos y un equipo de apoyo residente en Jardín. La primera, en la zona rural de Jardín durante el mes septiembre del 2017, se diligenciaron encuestas sociodemográficas y las medidas antropométricas que la situación lo permitiera. La segunda fase se realizó en el hospital de Jardín, se citó previamente a las personas que habían accedido a participar en la investigación para realizar exámenes físicos, eco-duplex y medidas antropométricas faltantes. Finalmente, se realizaron 14 entrevistas con un formato estructurado sobre estilos de vida.

#### *Encuesta sociodemográfica.*

Se realizó una encuesta individual sobre características sociodemográficas (sexo, edad, paridad, escolaridad y pertenecía étnica, vereda, años de estudio, régimen de salud), estilos de vida y actividad física (ocupación principal, horas al día de pie, horas al día sentado, tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, actividades físicas moderadas e intensivas por horas a la semana) y el patrón alimentario por grupo y subgrupo de alimentos con una frecuencia por semana. Se recorrió la mayoría de las veredas de Jardín en compañía de un habitante de la zona para cada una. La mayoría de las encuestas se diligenciaron en los domicilios de las personas y, en menor medida en el lugar proporcionado por el hospital cuando se realizaba la valoración de salud vascular. Todas las personas tuvieron conocimientos de los objetivos del proyecto, manifestaron su consentimiento de participar y se les informó sobre el manejo de destinación que tendrían los datos recolectados. Además, se tomaron algunas medidas antropométricas como perímetro cintura, perímetro cadera, perímetro máximo bilateral de la pantorrilla, perímetro mínimo bilateral del pie y pliegue bilateral de la pantorrilla.

La valoración de salud vascular (fase 2) se llevó a cabo los días sábado y domingo, en ella se contaba con un médico vascular para el examen eco-duplex, un enfermero para los

exámenes físicos, 2 o 3 antropólogos que se encargaban de tomar las medidas corporales y dos acompañantes de la comunidad de Cristiana que apoyaron diligenciando encuestas a individuos nuevos, que en el momento de la visita a los hogares no se encontraban pero, motivados por la información del familiar encuestados decidieron también participar

*Figura 2. Diligenciamiento de encuesta sociodemográfica*



Fuente: elaboración propia

#### 7.4. Estudio etnográfico

Simultáneamente el componente cualitativo de la investigación consistió en el método por excelencia de la antropología, la etnografía, para comprender la relación de los aspectos socioeconómicos, culturales, las decisiones, medidas de prevención con respecto a la salud-enfermedad, los estilos de vida, las condiciones generales del campo y de trabajo. El trabajo de campo se realizó entre el 12 y 29 de septiembre del 2017, en el cual se pudo comprender la relación de los aspectos socioculturales y estilos de la vida de las personas con respecto a los cuidados de salud-enfermedad. La etnografía permite construir una serie de creencias, nociones, actitudes frente a la realidad de las personas.

*Cronograma de actividades.*

Figura 3. Cronograma de actividades mes de septiembre

Mes		Septiembre																
Día	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
Vereda Macanas	x																	
Vereda Alto del Chocho		x																
Vereda Monserrate			x															
Descanso				x														
Vereda La Herrerita							x											
Vereda Quebrada Bonita								x										
Vereda Morro Amarillo										x	x			x				
Jornada de					x	x						x	x					

valoración vascular																		
Vereda Arboleda	La														X			
Vereda Bartolo	San															X		
Vereda La linda																	X	X

Fuente: elaboración propia

### 7.5. Antropometría

#### *Valoración antropométrica.*

El estudio antropométrico se realizó mediante un protocolo de medición diseñado al efecto siguiendo las recomendaciones de Alexander (2009) y de Norton y Odds (2000). En total, participaron cinco antropometristas previamente capacitados en el proceso de recolección de las medidas de los individuos. Se registraron las siguientes medidas: peso, altura hasta el vértex, altura iliospinal, altura de rodilla, perímetro máximo del muslo, perímetro medio del muslo, perímetro máximo y mínimo de la pantorrilla, perímetro de cintura, perímetro de cadera, pliegue cutáneo medial de la pantorrilla y pliegue del muslo medio.

La estandarización de los antropometristas en el proceso de toma y registro de medidas corporales tuvo lugar en las instalaciones del Laboratorio de Antropología Biológica de la Universidad de Antioquia durante dos semanas de acuerdo con las normas estipuladas a nivel internacional. Además, se capacito rigurosamente en la técnica de medida y la localización de puntos antropométricos.

Se uso un antropómetro Sibber-Hegner GPM (precisión  $\pm 0,1\text{mm}$ ) para la estatura y una balanza eletrónica Tanita (precisio  $\pm 50\text{g}$ ) para el peso. La medicion de los perímetros se hizo con cinta métrica flexible (precisión  $\pm 0,1\text{mm}$ ) y el pliegue cutáneo con un plicómetro Holtain (precisión  $\pm 2\text{mm}$ ) La técnica de medicion y la estandarización del medidor fueron

supervisadas por un antropoetrista acreditado mediante ISAK III (*international society for the advacement of Kinanthropometry nivel III*).

*Figura 4. Toma de medidas antropométricas. El pliegue de la pantorrilla fue bilateral (derecha/izquierda)*



Fuente: elaboracion propia

## **7.6. Procedimiento de análisis**

Se elaboró una tabla con categorías de análisis para las entrevistas transcritas realizadas, a las cuales se extrajo datos sobre la percepción individual de temas tales como: problemáticas del campo, estilos de vida, migraciones, alimentación, salud y enfermedad, medidas de prevención, padecimientos (personales, familiares y de la comunidad) y finalmente por el envejecimiento, para dar cuenta de las condiciones de vida en la zona rural de Jardín. Posteriormente, se utilizaron las unidades extraídas para un análisis de las percepciones más generalizadas en el grupo entrevistado.

Tabla 1. Lista de categorías y subcategorías

Variable	Código	Subcategorías
Caracterización del entrevistado	CE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Sexo</li> <li>- 2 Edad</li> <li>- 3 Fecha</li> <li>- 4 Vereda</li> <li>- 5 Insuficiencia venosa</li> <li>- 6 Hipertensión</li> </ul>
Percepciones del campo	PC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Que implica ser campesino</li> <li>- 2 ¿Por qué es tan importante el campo?</li> <li>- 3 Aspectos positivos</li> <li>- 4 Aspectos negativos</li> </ul>
Migraciones.	M	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ¿Quiénes migran del campo?</li> <li>- 2 ¿por qué?</li> <li>- 3 consecuencias de la migración</li> </ul>
Condiciones de vida.	CV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ocupación principal</li> <li>- 2 fuente de ingresos</li> <li>- 3 Movilización</li> </ul>
Que es un estilo de vida saludable	EVS	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hábitos y costumbres realizadas para lograr un desarrollo y un bienestar en relación con su estado de salud-enfermedad en el ambiente natural, social, psicoafectivo y laboral.</li> <li>2. Los incorpora en la vida.</li> </ol>
Alimentación	A	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Cambios en la alimentación</li> <li>- 2 Alimentos protectores</li> <li>- 3 Alimentos de riesgo</li> </ul>
Medidas de prevención	MP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 prácticas que permita prevenir el padecimiento.</li> <li>- 2 impedimentos para llevar acabo las prácticas.</li> </ul>
Antecedentes de salud personal	ASP	Padecimientos personales.
Antecedentes de salud familiar	ASF	Historia de los padecimientos que vienen de familia.
Antecedentes de salud de la vereda	ASV	Historia de los padecimientos que vienen afectando a la comunidad.
Desórdenes venosos	DV	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 Implicaciones estéticas</li> <li>- 2 Implicaciones físicas</li> <li>- 3 origen del padecimiento</li> </ul>
Percepción sobre el envejecimiento	PE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 1 ¿Que implica ser viejo?</li> <li>- 2 ¿Se considera viejo?</li> </ul>

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Definición de subcategorías entrevistado

<b>Subcategorías</b>	<b>Definición</b>
Sexo	Hombre o mujer.
Edad	Años cumplidos.
Insuficiencia venosa	Resultado obtenido en las jornadas de valoración vascular realizada por el equipo de investigación.
Vereda	Lugar de residencia.
Hipertensión	Resultado obtenido en las jornadas de valoración vascular realizada por el equipo de investigación.

Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Definición de subcategorías percepción del campo

<b>Subcategorías</b>	<b>Definición</b>
Que implica ser campesino	Percepciones individuales sobre el ser campesino o aspectos diferenciales con las personas del pueblo y ciudad.
¿Por qué es tan importante el campo?	Valoración del campo y las personas que lo trabajan.
Aspectos positivos	Características/factores que actúen en beneficio de un hábito de vida saludable.
Aspectos positivos	Características/factores que representen un riesgo para la salud.

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Definición subcategorías migración

<b>Subcategorías</b>	<b>Definición</b>
¿Quiénes migran del campo?	Grupo etario que abandona el campo con mayor frecuencia.
¿Por qué?	Motivaciones para abandonar el campo.
Consecuencias de la migración	Implicaciones que conlleva el abandono del campo de un grupo particular de la sociedad.

Fuente: elaboración propia

Tabla 5. Definición subcategorías condiciones de vida

<b>Subcategorías</b>	<b>Definición</b>
Ocupación principal	Actividad principal a la que se dedica en el diario vivir.
Fuentes de ingresos	Principal fuente económica del hogar.
Movilización	Tipo de transporte que generalmente usa.

Fuente: elaboración propia

Tabla 6. Definición subcategorías alimentación

<b>Subcategorías</b>	<b>Definición</b>
Cambios de alimentación	Cambios en el patrón alimentario, alimentos perdidos y alimentos que se incorporan a la vida.
Alimentos protectores	Alimentos que son identificados como beneficiosos para una buena salud.
Alimentos de riesgo	Alimentos que son identificados como riesgosos para la salud.

Fuente: elaboración propia

Tabla 7. Definición subcategorías medidas de prevención

<b>Subcategorías</b>	<b>Definición</b>
Prácticas que permita prevenir el padecimiento.	
Impedimento para llevar acabo las prácticas.	Condiciones personales y externas que dificultan la implementación de prácticas para la prevención del padecimiento.

Fuente: elaboración propia

Tabla 8. Definición subcategorías desórdenes venosos

<b>Subcategorías</b>	<b>Definición</b>
Impacto estético	Costos sociales y económicos directos e indirectos debido al cambio de apariencia de la piel a causa de alguna de las anormalidades funcionales y morfológicas del sistema venoso.
Impacto físico	Costos sociales y económicos directos e indirectos debido a las limitaciones físicas causadas por alguna de las anormalidades funcionales y morfológicas del sistema venoso.
Origen del padecimiento	Percepción individual del origen del padecimiento

Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Definición subcategorías percepción del envejecimiento

<b>Subcategorías</b>	<b>Definición</b>
¿Qué implica ser viejo?	Percepciones individuales sobre que es el envejecimiento.
¿Se considera viejo?	Consideración sobre sí mismo.

Fuente: elaboración propia

## 8. Resultados y Discusión

### 8.1. Metasíntesis de los DVC como enfermedad crónica y su epidemiología.

Procedimentalmente se inició con la búsqueda del tema de interés, se formuló una pregunta de investigación que orientara la búsqueda y criterios de selección. Para la elección de los criterios de búsqueda se utilizó el tesoro Decs, los cuales fueron: Epidemiology, epidemiologia, prevalencia, prevalence, frecuencia, frequency, ocurrencia, occurrence, incidencia, incidence, vigilancia y surveillance con la intención de abarcar la mayor parte de la literatura alrededor del tema.

Siguiendo los criterios PRISMA para la selección de artículos originales, se realizó la búsqueda en las siguientes bases de datos: Pubmed, Google académico, Scielo, Scopus, EBSCO, Science Direct y Lilacs. La estrategia de búsqueda consistió en cruzar el término “CEAP” con cada uno de los criterios de búsqueda mencionados anteriormente.

Usando la herramienta de Excel se creó una base de datos con los estudios hallados. Con el propósito de garantizar reproducibilidad se realizó la búsqueda en tres momentos diferentes, encontrado resultados similares siempre.

Tabla 10. Metasíntesis base de datos Excel

	CEAP &												
Pubmed	Epidemiology	Epidemiologia	Prevalencia	Prevalence	Frecuencia	Frequency	Ocurrencia	Occurrence	Incidencia	Incidence	Vigilancia	Surveillance	TOTAL
Sin límites	131	128	171	171	0	169	0	140	20	187	0	138	1255
Título / Resumen	8	0	1	87	0	47	0	0	0	74	0	6	223
<b>Google Académico</b>													
Sin límites	19.700	162	331	22.800	698	21.600	77	354	627	23.200	218	20.300	110.067
Título / Resumen	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3
<b>Scopus</b>													
Sin límites	881	27	44	923	2	226	0	182	5	534	3	96	2923
Título / Resumen	36	0	3	144	0	72	0	25	0	101	0	12	393
<b>Scielo</b>													
Sin límites	2	0	9	9	0	4	0	1	5	6	0	0	36
Título / Resumen	0	0	8	8	0	4	0	1	5	6	0	0	32
<b>Science Direct</b>													
Sin límites	152	20	53	595	57	637	2	372	53	802	7	17	2787
Título / Resumen	8	4	4	51	1	18	0	8	1	39	0	0	134
<b>Ebsco</b>													
Sin límites	144	1	8	133	31	784	4	571	40	751	14	299	2780
Título / Resumen	7	0	7	96	2	60	0	16	5	80	0	6	279
<b>Lilacs</b>													
Sin límites	148	122	148	162	119	180	117	127	143	197	119	130	1732
Título / Resumen	7	0	11	96	2	52	0	14	6	78	0	6	272

Fuente: elaboración propia

Después, se realizó la identificación de duplicados y tamización donde se descartaron 331 estudios al no cumplir los criterios de inclusión: estudios correlacionales, tratamientos de trastornos venosos, comparación de terapia/técnica/ procedimiento venoso, estudios prospectivos, definición CEAP, estudios de revisión, no originales, estudio otro evento y no disponibles.

Luego, aplicando los siguientes criterios de exclusión: estudios de prevalencia en población específica, idioma diferente al español o inglés y algunos que no estaban disponibles se descartaron 32 artículos más.

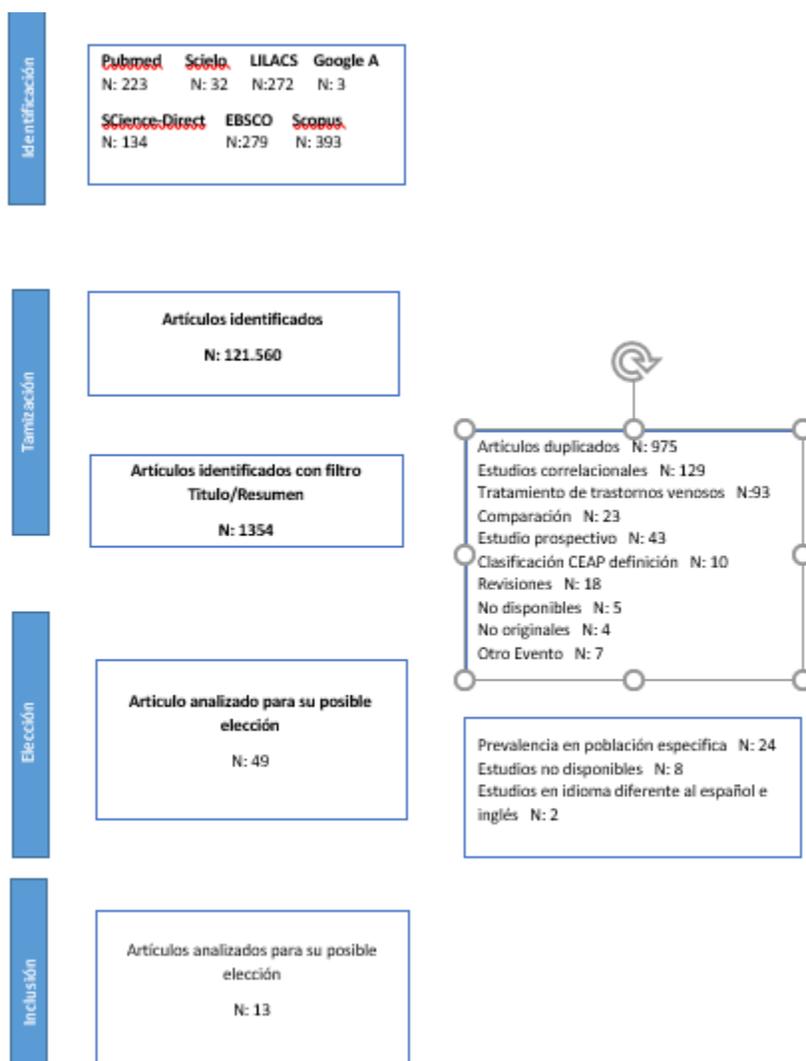
Finalmente, se aplicaron los criterios de evaluación de La Declaración STROBE a los estudios resultantes del protocolo de la revisión sistemática. La Declaración STROBE está conformada por una lista de puntos que se deben tener en cuenta en la comunicación de estudios de la epidemiología.

Tabla 11. Resumen del proceso de metátesis

<b>Identificados sin filtros o límites</b>	<b>121.560</b>
<b>Identificados con filtro Titulo/Resumen</b>	<b>1.354</b>
Estos últimos aparecen en <b>Hoja 2</b>	
<b>Duplicados</b>	<b>380</b>
Estos aparecen en <b>Hoja 3</b>	
<b>Tamización: No cumplen inclusión</b>	<b>50</b>
Estos aparecen en <b>Hoja 4</b>	
<b>Elección: Cumplen criterio de exclusión</b>	<b>13</b>
Estos aparecen en <b>Hoja 5</b>	
<b>Incluidos: Con extracción de datos</b>	<b>13</b>
Estos aparecen en <b>Hoja 6</b>	

Fuente: elaboración propia

Figura 5. Flujograma



Fuente: elaboración propia

## 8.2. Estilos de vida, como se percibe y se vive la enfermedad

### *Caracterización del entrevistado.*

El grupo de entrevistados está conformado por 5 hombres y 9 mujeres. Los primeros con un rango de edad entre 38 y 71 años, de los cuales el 60% presenta algún estado de insuficiencia venosa, desde severa hasta leve. Respecto a la hipertensión el 60% la padece,

sin embargo, no se relaciona totalmente con la insuficiencia venosa. Solo un hombre se encuentra sano de estos dos padecimientos.

En cuanto a las mujeres, el 80% presenta un estado de insuficiencia venosa, desde severa hasta leve, con un caso extremo de ulcera. La hipertensión se presenta en 1/3 de las mujeres. Solo una mujer manifestó no haber sufrido del padecimiento hasta el momento.

### *Percepción del campo.*

Ser campesino es percibido por la mayoría como un individuo que habita permanentemente la zona rural y se desarrolla en las labores agrícolas y en el cuidado de animales: “para mí sería el trabajo, estar en el campo por supuestamente...ehh estar en las labores que son del campo, con animales y sí... estar en relación con el campo, para mi sería eso” (María Victoria García Muriel, habitante de la vereda Verdún, 13 de octubre de 2017). Las personas que viven en el pueblo no son definidos como campesinos por los mismos campesinos, porque sus actividades no se relacionan con la tierra, tampoco los que viven en la zona rural y tienen sus tierras dedicadas al descanso, son definidas como turistas.

Las labores del campo son percibidas con gran importancia: “avemaría el campo es tan importante, el campo es el que está produciendo, del campo sacamos todo lo que necesitamos y económicamente de eso nos ayudamos, la gente del pueblo, de las ciudades dependen casi totalmente de lo que se produce en el campo” (Señora Eugenia, habitante de la vereda Verdun, 13 de octubre de 2017). Sin embargo, es general el inconformismo con las condiciones a las que se ve sometido el campesino como abandono del estado, dependencia y altos precios de fertilizantes y pesticidas, bajos precios al cambio por los productos agrícolas, en gran medida por la cantidad de intermediarios que se involucran en la comercialización. Además, perciben un sentimiento de desprecio de la ciudad hacia ellos “qué bueno tener un transporte y uno mismo sacar las cosas a la ciudad, uno mismo venderlas en la ciudad, llega uno le vende el revuelto a un cliente y le paga a uno, se va para la ciudad y allá lo vende a buen precio y uno que lo suda y lo produce se lo pagan a menos precio” (Álvaro Eladio Vargas Montoya, habitante de la vereda Verdun, 13 de octubre de 2017). Un plátano en Medellín esta aproximadamente entre 500-800 pesos si es un buen plátano, para el campesino productor que los siembra, abona, fumiga, desyerba y

protege de ser devorado por animales el costo es de 200 pesos el kilo, el café que es el producto que más predomina en las montañas de la zona rural de Jardín también se vende a precios tan bajos que para muchos sostener los gastos de una finca es imposible y se ven obligados a solo explotar parte de ella. El trabajo del campesino es suficiente para llevar una vida austera, sin pretensiones de acumular, incluso, a veces no alcanza ni para comer ¡que contradictorio! Pero igualmente se ven obligados a vender sus productos a bajos precios por la necesidad.

El uso de fertilizantes y venenos para combatir enfermedades ha generado la aniquilación de los organismos propios de la tierra y de muchas especies que intervienen en el equilibrio del medio ambiente, es general la preocupación ante la dependencia que ahora tienen los cultivos de los fertilizantes y plaguicidas: “hemos pasado por lotes donde han fumigado y encuentra el desfile de gusanos muertos y para mí eso es contaminación, si mata al gusano a uno cualquiera cosa le hace” (Pedro Castrillón, habitante de la vereda Verdun, 12 de octubre de 2017). Se está acabando con los beneficios de la tierra y se la ha vuelto dependiente de fertilizantes: “por matar una maleza no creo que sea conveniente matar 4 o 5 especies de animales o no sé cómo se le llame, hongos, bacterias benéficas que hay” (Pedro Castrillón, 2017). Comenta uno de los hombres entrevistados. También, sienten que las políticas generadas para el mejoramiento del campo son ideadas por personas ajenas al contexto y no por ellos mismos, llenándolos de procedimientos engorrosos y teniendo poco impacto. Habría también que sumar a este homicidio de los campesinos el alarmante nivel de corrupción de Colombia. Un ejemplo de lo anterior son los programas llevados a cabo en Colombia a finales del siglo pasado el PAN y el DRI que tuvieron como objetivos disminuir la desnutrición proteico-calórica, programas dirigidos a mejorar la utilización biológica de alimentos, en la cual el saneamiento y salud como atención primaria en salud (APS) era la base de la estrategia; programas de educación nutricional en salud y finalmente un componente de infraestructura y transferencia de tecnología. Que terminaron fracasando por el desconocimiento de los contextos locales.

Otro de los problemas del campo es que las carreras universitarias dedicadas a su estudio y mejoramiento solo tienen el punto de vista académico, el punto de vista del campesino que es la persona que conoce la tierra es marginado, el campesino relata que

hace falta una mirada integradora para afrontar la situación del campo donde se parta desde la visión del propio campesino, similar a la situación de los programas que adelanta el Estado. Además, son pocos o casi ninguno de los profesionales que pretendan ir a trabajar verdaderamente el campo.

Es contradictorio que el campo sea uno de los sectores más empobrecidos en el país y del que más se depende, así lo sienten los habitantes de la zona rural de Jardín: “mire que el rico vive del pobre, vive del campesino... porque el rico come por el campesino, porque donde los de las ciudades no tengan los campesinos, no tendrían nada, porque el campesino es básicamente el que mueve todo, mueve toda la comida” (Álvaro Eladio, 2017). En la alimentación moderna existe una ruptura entre el consumidor y el productor, las personas no saben de dónde provienen los alimentos que ve en el supermercado de su barrio: “ellos no tienen conocimiento, cual es el estado del campo, relativamente digámoslo así ellos esperan que el campo le lleve al pueblo los productos y todo, son muy poquitas las personas que tengan el conocimiento de qué se trabaja en el campo, qué se cultiva, pues sí, ellos dicen todo se trae del campo, pero no tienen el conocimiento cómo se maneja, cómo es la vida en el campo” (María Victoria García, habitante de la vereda Verdun, 13 de octubre de 2017). No obstante, los campesinos sí tienen presente la importancia que tienen y comentan que cuando falle el campo es porque hace mucho rato falló la ciudad. Otro de los aspectos negativos a los que se refieren es el futuro, hay una preocupación constante por la senectud y las enfermedades, ya que una pensión o un plan para este periodo casi ninguno tiene la posibilidad de tener.

Cuando se indaga por los aspectos positivos de vivir en el campo comentan que, en términos personales la vida en el campo es muy importante porque les brinda un ambiente de tranquilidad, alegría, donde desarrollar sus actividades y relaciones sociales, en consecuencia, ser más saludables. Siguiendo lo anterior, se prefiere levantar los hijos en el campo porque aprender a ser juiciosos y no se ven tan expuestos a vicios. Las personas adultas, nacidas en el campo y crecidas en él, manifiestan que se amañan más en sus casas que en el pueblo o la ciudad y, no ambicionan salir, además, aunque en la ciudad haya la posibilidad de tener un empleo que genere la sensación de una estabilidad económica, el

costo de vida es mucho mayor y cualquier actividad de ocio o recreación implica un gasto de dinero.

Por el contrario, en el campo está la posibilidad de tener huertas que disminuyan la carga económica que representan los alimentos: “el campo es importante porque en el campo está todo, en el campo está la comida, usted siembra una mata y ahí está toda la comida, usted siembra una mata de plátano, un palo de yuca, siembra una cebolla, siembra de todo, de todo en el campo, ahí está la comida. No hay que...decir que yo necesito una cebolla y la voy a comprar, nada, uno se va a la huerta y ahí está, ahí está” (Álvaro Eladio, 2017). Además, la relación entre los habitantes de la zona rural de Jardín es más cercana, más personal y el trueque de alimentos también es una de los aspectos positivos del campo y una excelente y muy antigua estrategia para mejorar alguna condición de la cotidianidad.

### *Migración.*

En general, se percibe que el grupo de los jóvenes es el que está abandonando el campo: “si... se está quedando solo porque ya ahora los muchachos no quieren como ya trabajar el campo, salen o estudian y se van para la ciudad, uno ahora no encuentra con quien trabajar. No es como primero que llegaban esas cosechas de cafés y había con quien cogerla, ahora ya no se encuentra, los jóvenes ahora están en la ciudad o en los vicios, el campo se está quedando solo” (John Jairo Florez, habitante de la vereda Verdun, 13 de octubre de 2017). Dedicarse a la agricultura es un trabajo pesado y mal remunerado, en consecuencia, los jóvenes migran a la ciudad en busca de mejores condiciones de vida y oportunidades de trabajo que les brinden una estabilidad económica: “por lo que en el campo todo es más difícil, uno a toda hora como en la pobreza. Uno tiene la casita, pero no le da para arreglarla, la finca no le da para hacer un arreglo en la casa ni nada, en cambio en la ciudad tienen todo lo que les provoca” (Señora Amparo, habitante de la vereda Verdun, 13 de octubre 2017). Incluso, algunos jóvenes que han adquirido tierras por medio de herencias prefieren ponerlas en venta, migrar a centros urbanos y allí comenzar de nuevo.

Tal vez una de las causas del desarraigo de los jóvenes se deba a las leyes en contra del trabajo infantil, aunque los padres quieren el mejor futuro para sus hijos y manifiestan la importancia del estudio, creen que las leyes contra el trabajo de adolescentes han contribuido con el progresivo abandono de estos mismos. A ellos (los padres) desde

jóvenes les enseñaron a trabajar la tierra, la importancia que tiene y de esta manera aprendieron a quererla. Ahora sienten que hay una ruptura en la transmisión de ese conocimiento: “ahora el gobierno quiere que el muchacho no trabaje, entonces eso es un problema por eso es que hoy en día hay tanto vicioso en toda parte, un muchacho hasta los 18 años no puede trabajar y ya que va a aprender un huevón de esos, ya no aprende, al gobierno se le metió en la cabeza que un muchacho de 17 años no puede trabajar” (Jorge Suarez, habitante de la vereda Verdun, 10 de octubre de 2017).

Las consecuencias que se manifestaron respecto a la migración de los jóvenes como uno de los grupos productivos más importantes son, en primer lugar, que hay una disminución de personas dispuestas a trabajos agrícolas, segundo, el abandono de tierras con alto potencial y la disminución de la producción de los principales productos como el café y plátano, tercero, las personas de avanzada edad son obligadas a intensificar el tiempo que dedican a trabajar debido tanto a la necesidad de poder satisfacer sus necesidades como a impedir la pérdida de la cosecha: “uno, sí se preocupa, porque entonces quien trabaje el campo, de dónde va a ver el sustento para tanta familia, porque no solo es para uno, sino para las gentes de las ciudades o el pueblo. Quedaría difícil ya el sustento, porque los productos casi que todos vienen del campo, entonces ya la alimentación bajaría mucho, habría hambre” (María Victoria, 2017)

Aunque las personas mayores manifiestan no querer abandonar el campo porque sienten un arraigo fuerte a la tierra y a la manera en la que han vivido siempre, terminan obligados a marcharse cuando las fuerzas los abandonan y no pueden realizar los trabajos del campo. Algunos cuentan con el apoyo económico de los hijos y otros deben recurrir a diversos empleos en el pueblo o la ciudad.

#### *Condiciones de vida.*

En la zona rural de Jardín existe un marcada división del trabajo entre hombres y mujeres. Los hombres se dedican a las labores agrícolas como sacar revuelto, deshojar, coger café, desyerbar, abonar, buscar leña y alistarla, dependiendo de la necesidad. Mientras que las segundas, se dedican a las labores domésticas y las rutinas diarias se asemejan o casi son las mismas entre ellas. Las mujeres principalmente realizan actividades como preparar el desayuno, encargarse del aseo del hogar, preparar el almuerzo, barrer,

trapear, lavar ropa, educar a los hijos y como es común en el campo, encargarse del cuidado de las flores que adornan la casa.

En cuanto a la economía del hogar, el hombre con el trabajo de la agricultura se encarga de generar ingresos al hogar, y la mujer desde su papel en el hogar ayuda a la administración de estos recursos y en menor medida con diferentes actividades puede tener una fuente de ingresos menor.

Respecto a las condiciones de las vías de acceso en la zona rural de Jardín, a partir de la década de los 90's son pocos los lugares que no cuentan con carreteras, sin embargo, en algunas veredas aunque cuentan con carreteras su estado no es para nada óptimo y ha empeorado bastante debido a las grandes máquinas que son requeridas para la explotación de la maderera. La transición de caminos a carreteras ha impactado positivamente el transporte de los alimentos hacia los mercados en el pueblo y las ciudades: “sí, ahora ya prácticamente lo sacan en los carros, todo eso, si algo les toca sacarlo hasta la carretera y ahí... sí, no era como primero que era a punta de hombro, se sacaba la comida y entraba la comida a punta de hombro” (Álvaro Eladio, 2017). Se disminuyó en gran parte la carga física de los agricultores. La mejoría de las carreteras también se ha traducido en vida más sedentaria y con menos actividad física: “Sí, ahora andamos menos porque ya para una ida al pueblo salimos a la ruta, es muy poco lo que caminamos, será por eso que estamos tan pesados, a todos no hace falta el ejercicio” (Esther Felisa, habitante de la vereda Verdun, 12 de octubre de 2017). Siendo un riesgo para las enfermedades crónicas relacionadas con el sedentarismo, antes por la necesidad las personas realizaban por lo menos una hora de actividad física por desplazamientos, ahora con las rutas veredales llegan al pueblo en 20 minutos.

#### *Estilos de vida saludable.*

Los aspectos que son considerados para tener un estilo de vida saludable son: la alimentación, incorporar en la dieta alimentos protectores como legumbres, zanahoria, repollo, lechuga, plátano, frijol, lentejas, arvejas y evitar alimentos que pueden poner en riesgo la salud como las grasas, harinas y mucha sal, además, que el consumo de estos sea variado. La actividad física, el deporte, la calidad del aire que respiran, libre de

contaminación y evitar hábitos como fumar y tomar bebidas alcohólicas también son tenidos en cuenta para tener un estilo de vida saludable.

Sin embargo, manifiestan que el descuido, la falta de voluntad, la costumbre y la pereza, evitan incorporar estos aspectos. En cuanto a los hombres, estos hacen pocas visitas al médico y son casi que obligados por su pareja para ir a revisiones médicas. Un estilo de vida saludable es para el campesino la ausencia del padecimiento y se refleja en la capacidad de continuar los trabajos cotidianos.

### *Alimentación.*

En cuanto al patrón alimentario el campesino no cree cambios significativos, por eso la mayoría manifestó que no había cambiado: “la comida de antes era igual” (Luz Marina Zapata, habitante de la vereda Verdun, 11 de octubre de 2017). Son protagonistas los frijoles, lentejas, la papa, el plátano, la yuca, el arroz, la arepa y el aguapanela. Sin embargo, la mayoría hacen una diferencia respecto a la utilización de químicos fertilizantes y plaguicidas. Antes la comida era más saludable porque no estaba contaminada y todo se producía en la finca, lo que se sembraba crecía y no había necesidad de fumigarlo. En el uso de estos productos químicos encuentran o imaginan el origen y proliferación de nuevas enfermedades: “esos venenos que les están echando a las plantas es lo que nos está produciendo a nosotros tanto cáncer. Usted se come un tomate, se compra dos tomates buenitos, alentados, grandes... está contaminado desde pequeño, desde que nace la mata de tomate se le está echando venenos, va creciendo la mata chupando veneno y eso es lo que nos está matando a nosotros” (Álvaro Eladio, 2017). Además, tienen el conocimiento y la preocupación por las semillas modificadas y patentadas, la dependencia de estas de ciertos fertilizantes y plaguicidas y el posible origen de nuevos padecimientos crónicos relacionados con ese tipo de alimentación.

El cambio de una agricultura tradicional, biodiversa y sostenible, de policultivos donde existe un conocimiento profundo de los ciclos y mecanismos de rotación, y además hay un relacionamiento entre animales, plantas y personas, a un modelo de monocultivos y la introducción del campesino al mercado internacional ha transformado la vida: “pues se ha perdido mucho la tradición de la mazamorra, ahora tiempos llegaba y cultivaba usted el maíz, pilaba el maíz y estaba la mazamorra, y ahora en el campo casi no se ve la

mazamorra ¿por qué? por el café, llegamos y sembramos puro café y café, hay zonas grandísimas de café y nada de comida, ni una mata de maíz, un palo de yuca, ni una mata de frijol, porque se daña la tierra, que la yuca daña la tierra, la va esterilizando, todo eso” (Álvaro Eladio, 2017). Dedicar la mayor parte de la tierra a la explotación de unos pocos productos (café y plátano) provocó la desaparición de algunos alimentos que hacían parte del patrón alimentario, conjuntamente, con la utilización de fertilizantes y plaguicidas deformó el equilibrio y muchos productos dejaron de sembrarse, subordinando a los campesinos al mercado, ahora deben adquirir gran parte de la canasta básica en las tiendas del pueblo.

#### *Medidas de prevención.*

Adoptar medidas de prevención de la enfermedad no parece difícil, sin embargo, pocos manifiestan incluirlas en su rutina diaria, también se trata de una cuestión de disposición y conocimiento. De las mujeres una participa en un grupo de la tercera edad donde se enseñan ejercicios para el mantenimiento de un estado de salud óptimo y dos más tienen como hábito salir a caminar. Por otra parte, solo un hombre realiza actividad física regularmente, practicando fútbol. Es decir, de los 14 entrevistados sólo 4 adoptaban medidas de prevención.

Los hombres manifiestan que el trabajo es un impedimento para adoptar medidas de prevención, ya que este consume la mayoría del tiempo activo del día, el tiempo libre es invertido en el descanso. Igualmente, las mujeres dedicadas a las labores domésticas y el cuidado de los hijos son absorbidas casi por completo por éstas, e incorporar medidas de prevención en el tiempo libre lo creen muy difícil.

Con relación a la alimentación, la cantidad de ingresos en el hogar es una de las dificultades que enfrentan las familias de la zona rural de Jardín, debido a que deben prescindir de algunos alimentos cuando el costo es muy elevado para sus bolsillos. La posibilidad de un consumo frecuente de frutas y verduras dependerá de la época de cosecha. Álvaro Eladio un hombre de 54 años al que como recomendación se le mandó usar medias de compresión ya que padece un desorden venoso moderado, manifestó que no las adquiriría ya que es el único que trabaja y esto será un gasto que no se puede permitir.

#### *Antecedentes de salud personal.*

En el grupo de 14 hombres y mujeres entrevistados, las enfermedades que se les había diagnosticado y su frecuencia son: Anemia (2), Gastritis (2), Hipertensión, (2) Problemas congénitos de corazón (2), Varices (2), Colesterol y Triglicéridos (2), Hernia gástrica (1), Problemas del Colon (1), y Úlcera venosa (1).

#### *Antecedentes de salud familiar.*

Se preguntó por los antecedentes de enfermedades diagnosticadas a los familiares, y se obtuvo la siguiente lista de padecimientos y su frecuencia: Hipertensión (5), Cáncer (3), Problemas del Corazón (3), Colesterol y Triglicéridos (3), Artritis (2), Gastritis (2), Varices (2), Diabetes (2), Anemia (1), Aneurisma (1), Tiroides (1) y Trombosis (1).

#### *Antecedentes de salud en la vereda.*

Respecto a la visión de cuales son los padecimientos que más aquejan a la comunidad, se hizo la siguiente lista de frecuencia de respuestas: Cáncer (3), Hipertensión (2), Varices (2), Gastritis (1), Diabetes (1), Infartos (1), Depresión (1), Colesterol (1) y Triglicéridos (1).

#### *Desórdenes venosos.*

Se cuestionó a los individuos diagnosticados con algún desorden venoso, si hasta el momento el padecimiento le genera impedimentos para las actividades cotidianas.

La mayoría de los diagnosticados no siente estar limitado por algunos síntomas: “las varices nunca me han acomplejado o impedido desarrollar las actividades del día a día” (Esther Felisa, 2017). Sin embargo, hay una preocupación por estados más avanzados de los desórdenes venosos que puedan incapacitarlos y les pueda impedir trabajar. Sólo una mujer con una insuficiencia venosa severa manifestó que el padecimiento afectaba su movilidad y actividades diarias.

### 8.3. Información sociodemográfica y ocupación

La muestra estudiada está conformada por 768 individuos (Tabla 12), de los cuales el 67,7% está conformado por mujeres (n=520), el 32,3% restante son hombres (n=248). En la Tabla 2 se presenta la edad en años cumplidos, obtenida como diferencia entre la fecha de nacimiento y el día en que se diligenció la encuesta, con un mínimo de 13,53 años y un máximo de 94,34 años. La media de la edad es de 48,92 con una desviación típica de 17,7 años. El conjunto de datos centrales tiene un rango intercuartílico (entre Q1 y Q3) de 35,23 a 62,30 años (Tabla 13).

Tabla 12. Distribución por Sexo

	Recuento	% del N de la columna
Femenino	520	67,7%
Masculino	248	32,3%

Fuente: elaboración propia

Tabla 13 Edad (años cumplidos)

Media	Mínimo	Máximo	Desviación típica	Percentil 25	Percentil 75
48,92	13,53	94,34	17,67	35,24	62,31

Fuente: elaboración propia

La cantidad de jóvenes de la muestra es de 66 mujeres y 33 hombres, la de adultos es de 291 mujeres y 109 hombres y, finalmente, la de adultos mayores es de 120 mujeres y 95 hombres (Tabla 14). El grupo de adultos es el de mayor frecuencia en mujeres y el de adultos mayores en hombres, el grupo de los jóvenes es el de menor frecuencia con 99 individuos. En la clasificación por grupo etario los criterios discriminantes son jóvenes de edad mínima 26 años, adultos de 27 a 59 años, adultos mayores de 60 o más años. El 29,1% de los individuos se encuentra en el estrato socioeconómico de nivel 1, el 64,5% se encuentra en el nivel 2 y el 6,4% restante pertenece a nivel 3, no se encuentran individuos de nivel 4 y sólo el 0,2% son de nivel 5 (Gráfico 6). La distribución por sexos se muestra en

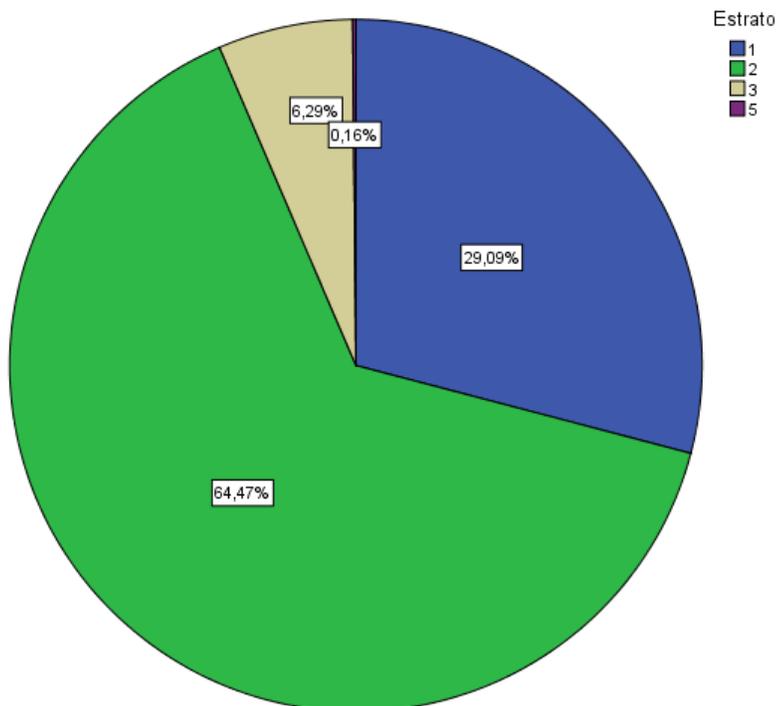
la Tabla 15, tanto las mujeres como los hombres tienen porcentajes similares en cada uno de los niveles, con la excepción de que el único que con nivel socioeconómico 5 es un hombre.

Tabla 14. Distribución por sexo y grupo etario

Grupo etario	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
Joven	66	13,8	33	13,9
Adulto	291	61,0	109	46,0
Adulto mayor	120	25,2	95	40,1

Fuente: elaboración propia

Figura 6. Representación gráfica del estrato socioeconómico



Fuente: elaboración propia

Tabla 15. Estrato socioeconómico

	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
1	128	29,6	57	27,9
2	276	63,9	134	65,7
3	28	6,5	12	5,9
5	0	0,0	1	0,5

Fuente: elaboración propia

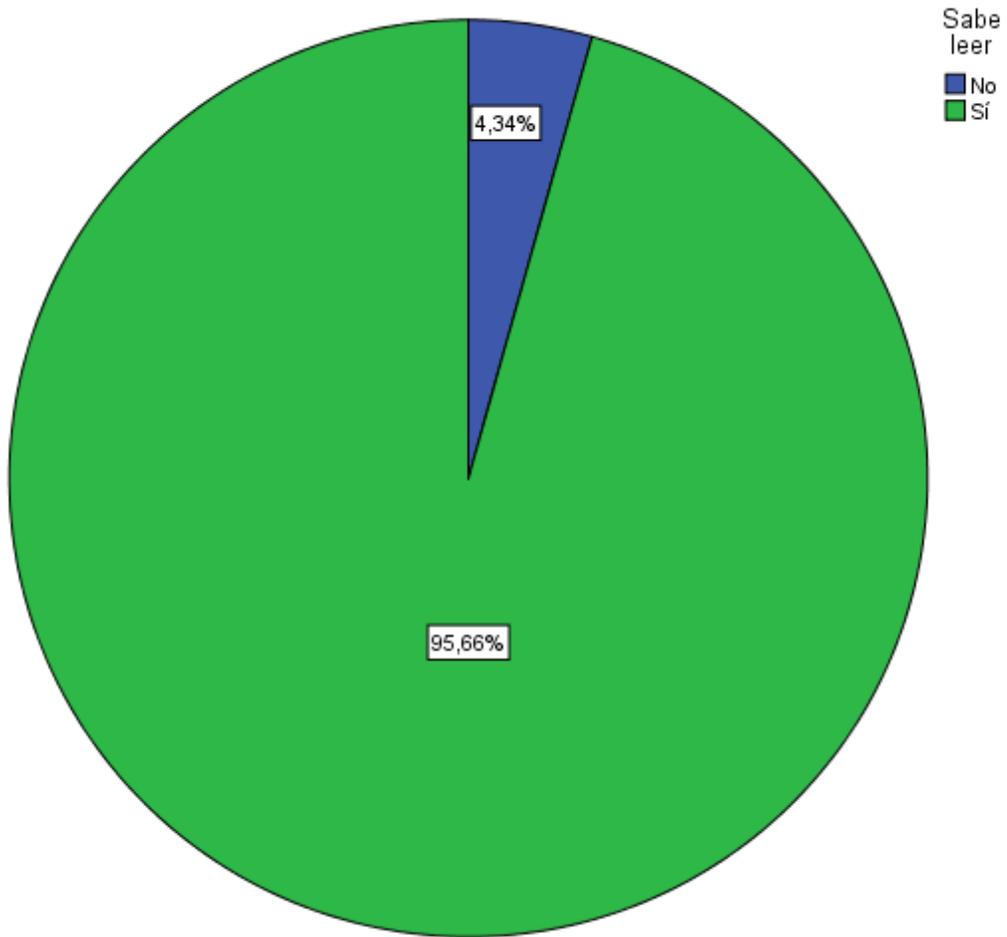
El nivel educativo de primaria lo tienen 444 individuos y es equivalente al 58,5% de la muestra (Tabla 16), el 33,6% tiene un nivel de secundaria, el 3,2% no realizó ningún estudio y el 4,8% restante tiene un nivel educativo superior (técnica, pregrado y postgrado). El 95% de los individuos sabe tanto leer como escribir y el 5% restante no está alfabetizado (Gráfico 7 y Gráfico 8) se trata de 20 mujeres y 13 hombres.

Tabla 16. Nivel educativo

Nivel educativo	Recuento	%
Ninguno	24	3,2
Postgrado	2	0,3
Primaria	444	58,5
Secundaria	255	33,6
Técnica	22	2,9
Universitaria	12	1,6

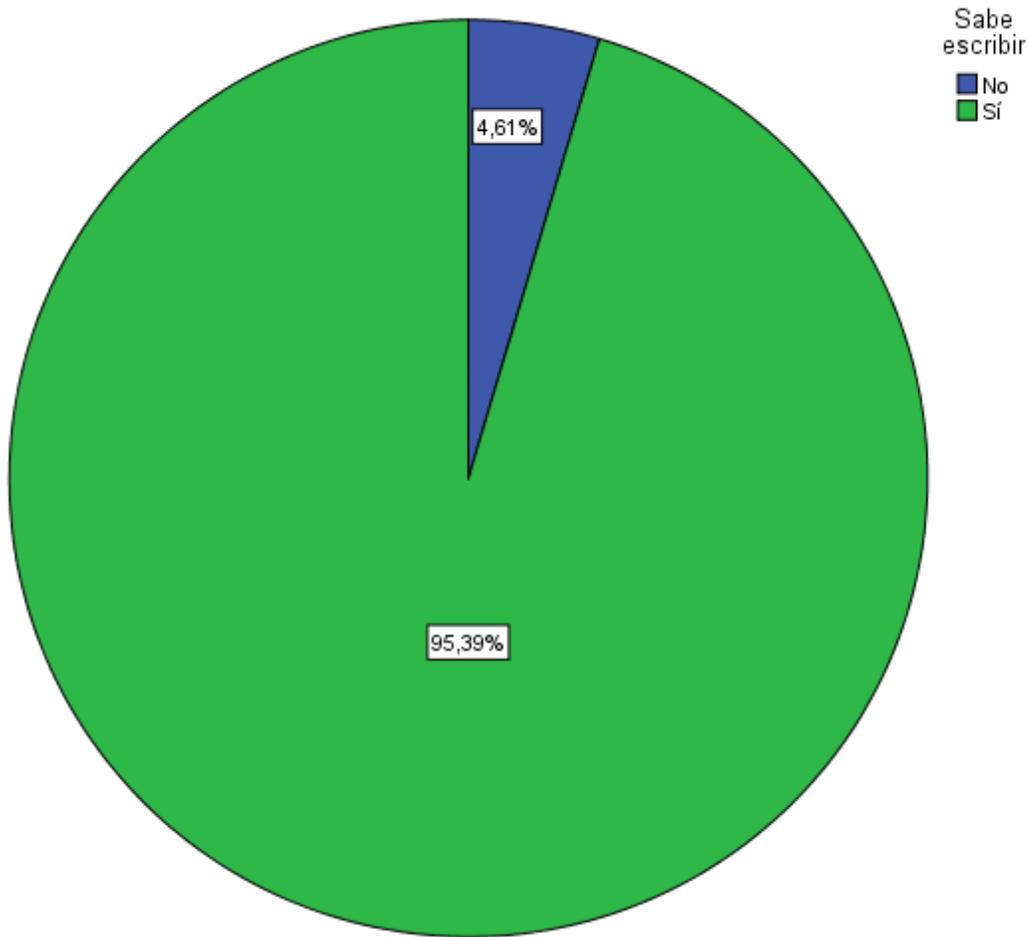
Fuente: elaboración propia

Figura 7. Alfabetización (saber leer)



Fuente: elaboración propia

Figura 8. Alfabetización (saber escribir)



Fuente: elaboración propia

Las mujeres tienen como ocupación principal ser amas de casa 89,7%, aunque el 3,5% se dedica al sector de servicios, el 1,7% se desempeña en actividades de agricultura, pesca y ganadería. El 5,1% restante en otros sectores productivos como el comercio, comunicaciones, industria, y salud, o son estudiantes, sólo el 0,4% está en desempleo. Los hombres principalmente están relacionados con el sector de agricultura, pesca y ganadería 77,2%, comercio 2,4%, construcción 2%, servicios 3,7% y el 14,7% restante pertenece a otros sectores productivos como transporte, militar, industria o son estudiantes, el 5,3% se encuentra desempleado (Tabla 17).

Tabla 17. Dedicación a los diferentes sectores productivos

Sectores Productivos	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
Agricultura, Pesca y Ganadería	9	1,7	190	77,2
Ama de casa	462	89,7	4	1,6
Comercio	3	0,6	6	2,4
Comunicaciones	1	0,2	0	0,0
Construcción	1	0,2	5	2,0
Desempleado	2	0,4	13	5,3
Estudiante	14	2,7	11	4,5
Industria	1	0,2	3	1,2
Jubilado	1	0,2	2	0,8
Militar	0	0,0	1	0,4
Salud	3	0,6	0	0,0
Servicios	18	3,5	9	3,7
Transporte	0	0,0	2	0,8

Fuente: elaboración propia

#### 8.4. Caracterización de comportamientos de riesgo relacionados con la salud

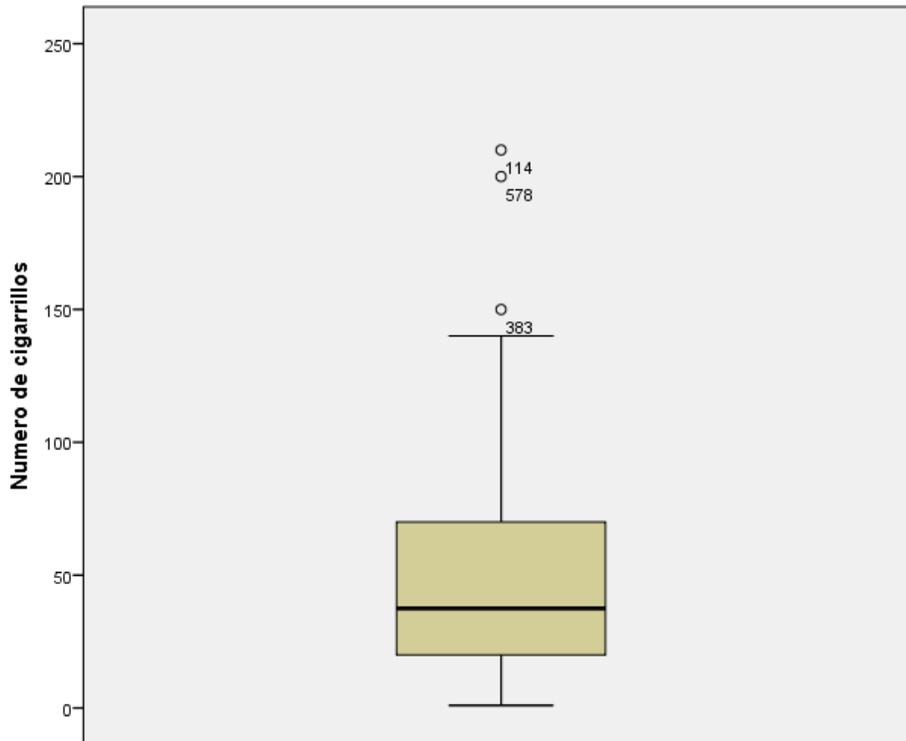
El tabaquismo expresado como consumo de cigarrillo se manifestó en el 8,9% de los individuos, siendo el resto, no fumadores, mayoritario (Tabla 18). El número de cigarrillos consumidos a la semana y por individuo es de 56 en promedio con una desviación típica de 53 (Gráfico 9), este consumo tiene un mínimo de 1 y un máximo de 210, con un rango intercuartíl de 20 a 37 (entre Q1 y Q3). En el grupo de personas que manifestó tener el hábito de fumar (Tabla 19) la mayor parte son hombres (61,8%) y concentran más el riesgo relacionado con las enfermedades crónicas que pueden manifestarse en los fumadores.

Tabla 18. Tabaquismo en función del consumo habitual de cigarrillos

Tabaquismo	n	%
No	699	91,1
Sí	68	8,9

Fuente: elaboración propia

Figura 9. Numero de cigarrillos a la semana por persona fumadora



Fuente: elaboración propia

Tabla 19. Distribución del tabaquismo por sexo

Sexo	Tabaquismo			
	No		Sí	
	n	%	n	%
Femenino	493	70,5	26	38,2
Masculino	206	29,5	42	61,8

Fuente: elaboración propia

El consumo de bebidas alcohólicas está presente en el 19% de los individuos (Tabla 20). En cuanto a la distribución por sexo de las personas que respondieron “sí”, la mayoría también son los hombres (61,8 %) respecto a las mujeres como en el hábito de fumar (Tabla 21). A pesar de que el número de personas que toman es mayor que el de personas que fuman (Tabla 17). En cuanto al patrón de consumo (Tabla 22), la bebida preferida es la cerveza en el 65,4% de las personas, el Aguardiente en el 22,3%, el Ron en el 8,5%, el Brandy en el 2,3% y el Vino en el 1,5%. La medida o unidad de consumo más habitual es la botella (60% de los casos) que concuerda con el hecho de que consumen cerveza como bebida habitual. El 30% consume por tragos bebidas como el Aguardiente, Ron, Brandy o Vino. Respecto a la cantidad de unidades consumidas por vez, es decir, en una sola ocasión, el 27,4% consume 1 o 2 unidades, el 31,5% 3 o 4, el 15,3% 5 o 6 y el 25,8% más de 10. El 68,8% tiene una frecuencia de consumo de 1 vez al mes o menos, el 30,4% de 2 a 4 veces al mes y solo una persona manifestó una frecuencia de consumo mayor.

Tabla 20. Consumo de bebidas alcohólicas

	n	%
No	612	81,0
Sí	144	19,0
Total	756	100,0

Fuente: elaboración propia

Tabla 21. Consumo de bebidas alcohólicas por sexo

Sexo	Consumo de bebidas alcohólicas			
	No		Sí	
	n	%	n	%
Femenino	458	74,8%	55	38,2%
Masculino	154	25,2%	89	61,8%

Fuente: elaboración propia

Tabla 22. Bebida habitual, unida de bebida, frecuencia de consumo y cantidad de consumo

		n	%
Bebida Habitual	Aguardiente	29	22,3
	Brady	3	2,3
	Cerveza	85	65,4
	Ron	11	8,5
	Vino	2	1,5
Unidad de bebida	Botella	69	60,0
	Media	6	5,2
	Trago	38	33,0
	Otras	2	1,7
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	1 vez al mes o menos	86	68,8
	2 a 4 veces al mes	38	30,4
	2 a 3 veces a la semana	1	0,8
Número de unidades consumidas por vez	1 o 2	34	27,4
	3 o 4	39	31,5
	5 o 6	19	15,3
	10 o más	32	25,8

Fuente: elaboración propia

### 8.5. Actividad física, sedentarismo y alimentación

La prevalencia de horas al día de pie con poco movimiento en mujeres tiene una media de 4,3 horas/día con una desviación típica o estándar de 3,7, con un rango intercuartil (Q1 y Q3) que va de 1,5 a 7 horas/día. Los hombres con un comportamiento similar al de las mujeres tienen una media de 4,2 horas/día y un rango intercuartil de 0,5 a 8 horas al día de pie con poco movimiento (Tabla 23). Respecto a las horas al día sentado, las mujeres tienen una media de 2,6 horas/día con una desviación estándar de 2 y un rango intercuartil de 1 a 4 horas/día. Los hombres tienen una media de 2,9 horas/día con una desviación estándar de 2,1 y un rango intercuartil de 1,5 a 4 horas/día (Tabla 23). Tanto mujeres como hombre tienen comportamientos sedentarios con duraciones muy similares.

Tabla 23. Hora de pie con poco movimiento y horas sentado por sexo

Sexo	Horas de pie a la semana				Horas sentado a la semana			
	Media	Desviación típica	Percentil 25	Percentil 75	Media	Desviación típica	Percentil 25	Percentil 75
Femenino	4,3	3,7	1,5	7,0	2,6	2,0	1,0	4,0
Masculino	4,2	4,2	,5	8,0	2,9	2,1	1,5	4,0

Fuente: elaboración propia

Las mujeres consideran que la actividad física que exige el trabajo diario es en un 88,2% moderada, sin embargo, entre las actividades cotidianas que requiere ser ama de casa, el sector con mayor porcentaje en mujeres (Tabla 24) también realizan actividades de un esfuerzo más intensivo, además, algunas mujeres aparte de ser amas de casa también ayudan en el sector agrícola y es por esto que el 23,7% considera que realiza trabajos intensivos (Tabla 24). Por otro lado, los hombres consideran que la actividad física que exige el trabajo diario es en un 61% intensivo. Igualmente, la actividad física varía dependiendo de la particularidad del trabajo y como no todos se dedican a la agricultura, pesca y ganadería que es el sector productivo con mayor porcentaje (Tabla 17), un 54,5% manifiesta realizar trabajos de actividad moderada (Tabla 24).

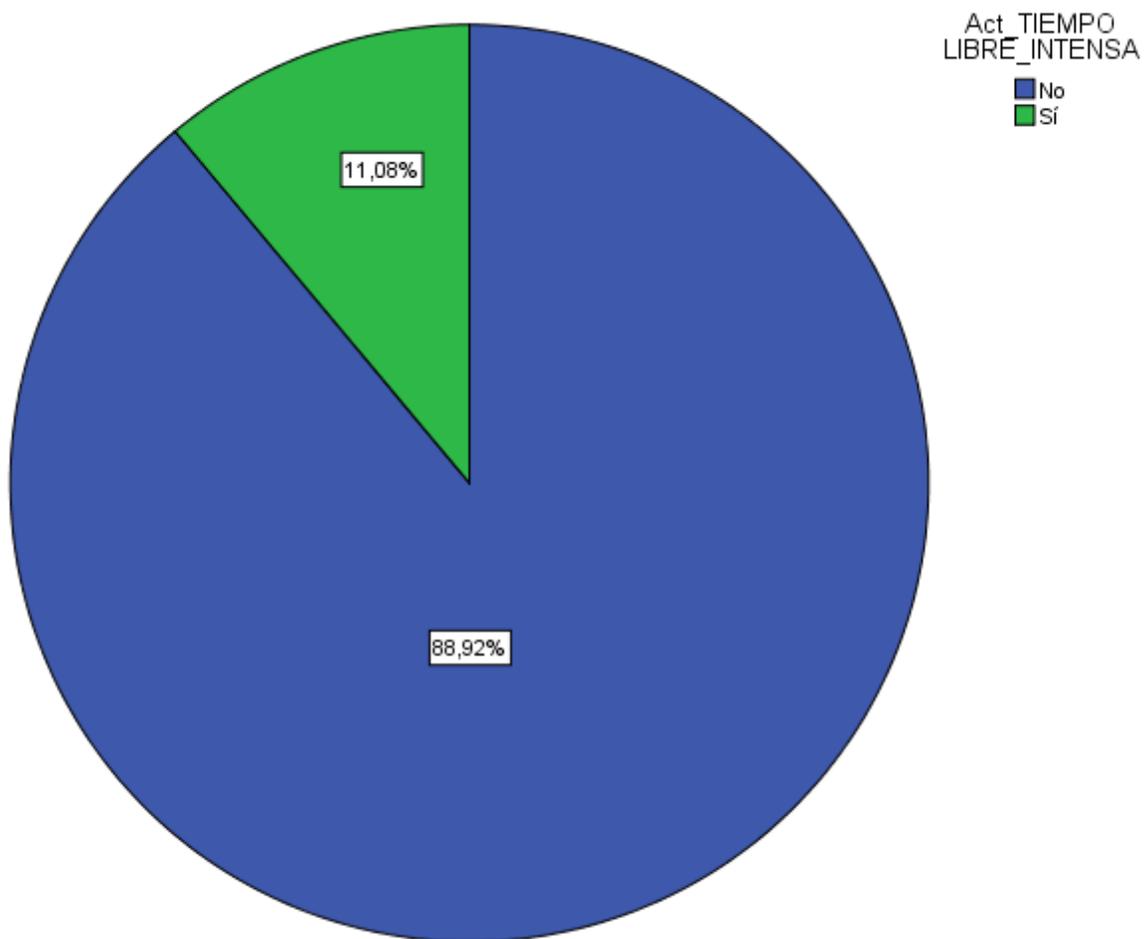
Tabla 24. Percepción de intensidad del trabajo físico en horas laborales por sexo

Intensidad del trabajo físico		Sexo			
		Femenino		Masculino	
		n	%	n	%
Intensivo	No	338	76,3	78	39,0
	Sí	105	23,7	122	61,0
Moderado	No	52	11,8	91	45,5
	Sí	387	88,2	109	54,5

Fuente: elaboración propia

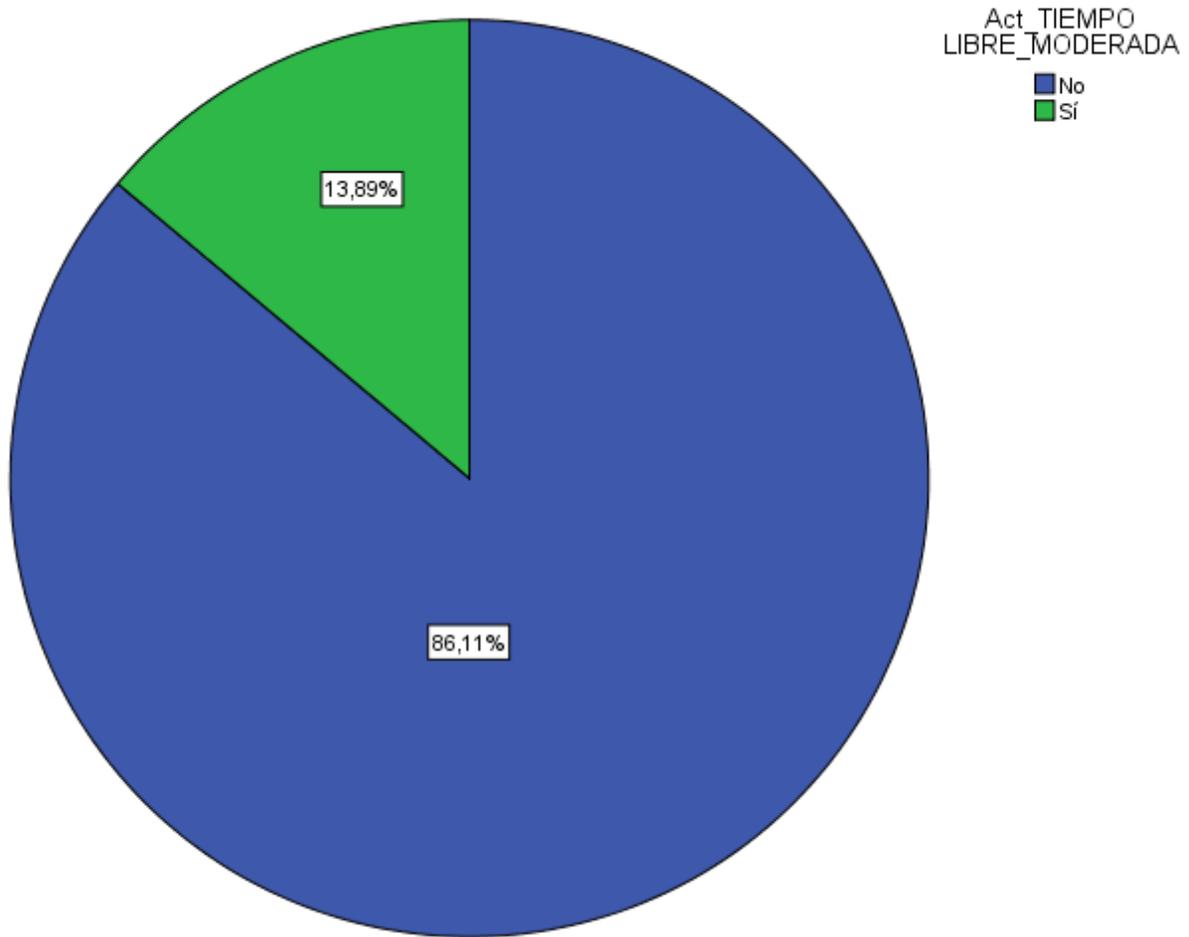
Durante el tiempo libre las actividades intensivas se ejecutan por parte del 11,1% de los individuos, siendo mayor el porcentaje de personas que no realizan este tipo de actividades, que pueden ayudar a la prevención y mejoramiento de enfermedades crónicas (Grafico 10). Las actividades de intensidad moderada en el tiempo libre son igualmente poco incorporadas en los hábitos de vida, pues sólo las practican el 13,9% de los sujetos, y pudieran también mejorar las condiciones de salud (Grafico 11). La división por sexo muestra que los hombres son los que realizan más actividades físicas intensivas que las mujeres 20,5% y 6,8% respectivamente (Tabla 25). Sin embargo, son las mujeres las que más actividad moderada realizan 14,9% en el tiempo libre, respecto a los hombres 11,7% (Tabla 26).

Figura 10. Representación gráfica de actividad intensiva en tiempo libre



Fuente: elaboración propia

Figura 11 Actividad física moderada en el tiempo libre



Fuente: elaboración propia

Tabla 25. Actividad física intensiva en el tiempo libre por sexo

Actividad intensa	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
No	411	93,2	159	79,5
Sí	30	6,8	41	20,5

Fuente: elaboración propia

Tabla 26. Actividad física moderada en tiempo libre por sexo

Actividad moderada	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
No	439	85,1	218	88,3
Sí	77	14,9	29	11,7

Fuente: elaboración propia

La prevalencia de sujetos que realizan actividad física por desplazamiento caminando o en bicicleta por un tiempo igual o mayor a 10 minutos es de 68,9%, el 31,1% restante indicó no realizar actividad física por desplazamiento (Tabla 27). En cuanto a la distribución por sexo (Tabla 28) el 67,6% de las mujeres y el 71,6% de los hombres realiza actividad física por desplazamiento. Las mujeres tienen una media de actividad física por desplazamiento de 1,8 días/semana con unas desviaciones estándar de 2,3 con un máximo de 7 días/semana, los hombres tienen una media de 2,2 días/semana con una desviación estándar de 2,7 y un máximo de 7 días a la semana (Tabla 29). El tiempo realizando actividad física por desplazamiento tiene una media de 31,5 minutos con una desviación estándar de 45,4 minutos y máximo de 300 minutos, sin embargo, el 50% de los datos centrales (Q1 a Q3) es de 0 a 50 minutos (Tabla 30).

Tabla 27. Actividad física por desplazamiento

Camina o usa bicicleta (10 minutos/día)	n	%
No	189	31,1
Sí	418	68,9

Fuente: elaboración propia

Tabla 28. Distribución por sexo de actividades de corta duración: camina o usa bicicleta 10 minutos/día

Camina o usa bicicleta (10 minutos/día)	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
No	135	32,4%	54	28,4%
Sí	282	67,6%	136	71,6%

Fuente: elaboración propia

Tabla 29. Valores descriptivos de los días a la semana de actividad física con desplazamiento por sexo

	Sexo							
	Femenino				Masculino			
	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Cuantos días camina o usa bicicleta	1,8	2,3	,0	7,0	2,2	2,7	,0	7,0

Fuente: elaboración propia

Tabla 30. Valores descriptivos del tiempo realizando actividad física en el desplazamiento

	Media	Desviación típica	Máximo	Percentil 25	Percentil 75
Cuanto tiempo camina o usa bicicleta	31,5	45,4	300,0	,0	50,0

Fuente: elaboración propia

El uso de elementos como el televisor, computadora y consolas de video juego en las mujeres jóvenes es de 15,5%, en las mujeres adultas de 58,6% y mujeres adultas mayor de 25,9%; en cuanto a los hombres jóvenes, estos tienen un porcentaje similar a las mujeres de su mismo grupo etario de 15,2%, los hombres adultos de 46,2% y hombres adultos mayor de 38,6% (Tabla 31) las mujeres entre 27-59 años son las que hacen mayor uso de

elementos electrónicos para el entretenimiento al día, de carácter sedentario que representan un riesgo para enfermedades crónicas, además, es en este grupo donde se encuentra el máximo de horas/día dedicadas a estas actividades (9,0 horas). En cuanto a la distribución horas/día de estas actividades sedentarias las mujeres jóvenes tienen una media de 2,0 con una desviación típica de 1,3 horas/día y un rango intercuartil (Q1 a Q3) de la información central de 1,0 a 3,0 horas/día, las mujeres adultas tienen una media de 2,2 con una desviación típica de 1,6 horas/día y un rango intercuartil de la información central de 1,0 a 3,0 horas/día, las mujeres adultas mayores tienen una media de 1,8 con una desviación típica de 1,2 horas/día y un rango intercuartil de la información central de 1,0 a 2,0 horas/día. Por otra parte, los hombres jóvenes tienen una media de 2,1 con una desviación típica de 1,0 horas/día en estas actividades sedentarias, los hombres adultos tienen una media de 2,1 con una desviación típica de 1,2 horas/día y un rango intercuartil de 1,0 a 3,0 horas/día, finalmente, los hombres adultos mayores, tiene una media de 1,9 con una desviación típica de 1,2 horas/día y un rango intercuartil de los datos centrales de 1,0 a 3,0 horas/día (Tabla 32).

Tabla 31. Actividades sedentarias por sexo y grupo etario

				Actividades sedentarias			
				No		Si	
				n	%	n	%
Sexo	Femenino	Grupo	Joven	15	10,8%	46	15,5%
		etario	Adulto	91	65,5%	174	58,6%
			Adulto mayor	33	23,7%	77	25,9%
	Masculino	Grupo	Joven	9	11,8%	22	15,2%
		etario	Adulto	37	48,7%	67	46,2%
			Adulto mayor	30	39,5%	56	38,6%

Fuente: elaboración propia

Tabla 32. Horas al día de actividades sedentarias por sexo y grupo etario

			Hora/día Actividades sedentarias					
			Media	Desviación típica	Mínimo	Máxim o	Percentil 25	Percentil 75
Sexo	Femenino	Grupo Joven	2,0	1,3	,1	6,0	1,0	3,0
		etario Adulto	2,2	1,6	,5	9,0	1,0	3,0
		Adulto mayor	1,8	1,2	,5	8,0	1,0	2,0
	Masculino	Grupo Joven	2,1	1,0	,5	4,0	2,0	3,0
		etario Adulto	2,1	1,2	,5	6,0	1,0	3,0
		Adulto mayor	1,9	1,2	,5	7,0	1,0	3,0

Fuente: elaboración propia

### ***Patrón alimentario***

La frecuencia de consumo por semana de cereales refinados como el pan blanco y productos derivados de las harinas es en un 48,6% de 6 o 7 veces, de 3 a 5 veces a la semana 15,7%, el 28,5% consume con una frecuencia semanal menor y 7,2% no consumen (Tabla 33). Respecto al consumo de cereales enteros como arroz, maíz, pan integral, entre otros, la frecuencia de consumo por semana es un 68,1% de 6 o 7 veces, de 3 a 5 veces por semana 12,2%, un 8,9% consume en una frecuencia semanal menor y el 10,8% no consume estos cereales (Tabla 33). Sobre la frecuencia de consumo semanal de tubérculos como la papa, yuca y plátano en un 58,5% es de 6 o 7 veces, de 3 a 5 veces por semana 26,4%, el 14,3% consume con una frecuencia menor y 0,8% no consume (Tabla 33)

Tabla 33. Consumo semana de cereales, raíces, tubérculos, plátanos y derivados

	n	%	
Consumo de cereales refinados	1 a 2	185	24,6%
	3 a 5	118	15,7%
	6 o 7	366	48,6%
	A veces en el mes	30	4,0%
	No consumo	54	7,2%
Consumo de cereales entero	1 a 2	44	5,9%
	3 a 5	92	12,2%
	6 o 7	512	68,1%
	A veces en el mes	23	3,1%
	No consumo	81	10,8%
Consumo de tubérculos	1 a 2	101	13,4%
	3 a 5	198	26,4%
	6 o 7	439	58,5%
	A veces en el mes	7	0,9%
	No consumo	6	0,8%

Fuente: elaboración propia

La frecuencia de consumo por semana de verduras como cebolla, tomate, brócoli, col, lechuga, pimentones, zanahoria, entre otras, es en un 42% de 6 o 7 veces a la semana, de 3 a 5 veces 26,3%, un 29,3% consume con una frecuencia semanal menos y un 2,4% no consume (Tabla 34). La frecuencia de frutas es en un 31,9% de 6 o 7 veces a la semana, de 3 a 5 veces 18,9%, el 42,3% consume en una frecuencia semanal menor y 6,9% no consume (Tabla 34). El consumo semanal de leche y productos lácteos como queso,

yogourt y kumis se distribuye de la siguiente manera, 37,1% entre 6 o 7 veces a la semana, de 3 a 5 veces a la semana 19,9%, un 43% tiene una frecuencia de consumo menor y 9,8% no consumen (Tabla 35).

Tabla 34. Consumo semanal de verduras y frutas

		n	%
Consumo de verduras	1 a 2	188	25,0
	3 a 5	198	26,3
	6 o 7	316	42,0
	A veces en el mes	33	4,4
	No consumo	18	2,4
Consumo de frutas	1 a 2	213	28,3
	3 a 5	142	18,9
	6 o 7	240	31,9
	A veces en el mes	105	14,0
	No consumo	52	6,9

Fuente: elaboración propia

Tabla 35. Consumo semanal de leche y productos lácteos

	n	%
1 a 2	190	25,2
3 a 5	150	19,9
Consumo de 6 o 7	280	37,1
leche A veces en el mes	61	8,1
No consumo	74	9,8

Fuente: elaboración propia

La frecuencia de consumo por semana de carne roja y blanca es en un 62% de 6 o 7 veces, de 3 a 5 veces 23,7%, un 12,3% tiene una frecuencia de consumo semanal menor y 2% no consumen (Tabla 36). El consumo de vísceras o asaduras como se conoce en la zona es en un 45,1% a veces en el mes, de 1 a 2 veces 9,3%, solo un 3,8% consume con una frecuencia semanal mayor y 41,8% no consume con regularidad (Tabla 36). En cuanto al pescado y frutos del mar el 37% tiene una frecuencia de consumo de 6 o 7 veces por semana, de 3 a 5 veces 37,3%, un 13,6% tiene una frecuencia semanal menor y 29,7% no consume con. Por su parte, la frecuencia de consumo de huevos es en un 37% de 6 o 7 veces a la semana, de 3 a 5 veces 37,3%, un 22,1% consume huevos con una frecuencia semanal y 3,6% no consume (Tabla 36).

Tabla 36. Consumo semanal de carnes, vísceras, frutos del mar y huevos

	n	%	
Consumo de carne roja y blanca	1 a 2	69	9,2
	3 a 5	177	23,7
	6 o 7	464	62,0
	A veces en el mes	23	3,1
	No consumo	15	2,0
Consumo de vísceras	1 a 2	65	9,3
	3 a 5	17	2,4
	6 o 7	10	1,4
	A veces en el mes	315	45,1
	No consumo	292	41,8
Consumo de pescado y frutos del mar	1 a 2	167	22,3
	3 a 5	31	4,1
	6 o 7	16	2,1
	A veces en el mes	313	41,7
	No consumo	223	29,7
Consumo de huevos	1 a 2	147	19,7
	3 a 5	278	37,3
	6 o 7	276	37,0
	A veces en el mes	18	2,4
	No consumo	27	3,6

Fuente: elaboración propia

La frecuencia de consumo por semana de leguminosas como arveja, lentejas, fríjol mezcladas con vegetales es en un 36,3% entre 6 o 7 veces, de 3 a 5 veces por semana 34,7%, un 26,5% tiene una frecuencia de consumo por semana menor y 2,5% no consume (Tabla 37). Frutos secos como almendras, ciruelas, pasas y semillas tiene una frecuencia de consumo bastante baja, el 61,6% reporto no consumirlos con regularidad, 25,2% a veces en el mes, solo un 13,2% tiene una frecuencia de consumo mayor (Tabla 37). Respecto a la frecuencia de consumo de grasas poli y mono insaturadas como aceites de canola de maíz o soya, aceite de oliva y aguacate, el 60,5% hace uso de ellas 6 o 7 veces por semana, un 23,3 tiene una frecuencia de consumo por semana menor y 16,4 no consumen con regularidad. Por otra parte, el consumo de grasas saturadas es en un 40,9% de 6 o 7 veces por semana, de 3 a 5 veces 15,7%, un 30,4% tiene una frecuencia de consumo/semana menor y 13% no consume con regularidad (Tabla 38).

Tabla 37. Consumo semanal de leguminosas y frutos secos

	n	%	
Consumo de leguminosas	1 a 2	180	24,0
	3 a 5	260	34,7
	6 o 7	272	36,3
	A veces en el mes	19	2,5
	No consumo	19	2,5
Consumo de frutos secos	1 a 2	56	7,5
	3 a 5	27	3,6
	6 o 7	16	2,1
	A veces en el mes	188	25,2
	No consumo	460	61,6

Fuente: elaboración propia

Tabla 38. Consumo semanal de grasas

	n	%
1 a 2	51	7,1
3 a 5	64	8,9
Consumo de grasas poli y moni insaturadas	436	60,5
6 o 7		
A veces en el mes	52	7,2
No consumo	118	16,4
1 a 2	133	18,0
3 a 5	116	15,7
Consumo de grasas saturadas	302	40,9
6 o 7		
A veces en el mes	92	12,4
No consumo	96	13,0

Fuente: elaboración propia

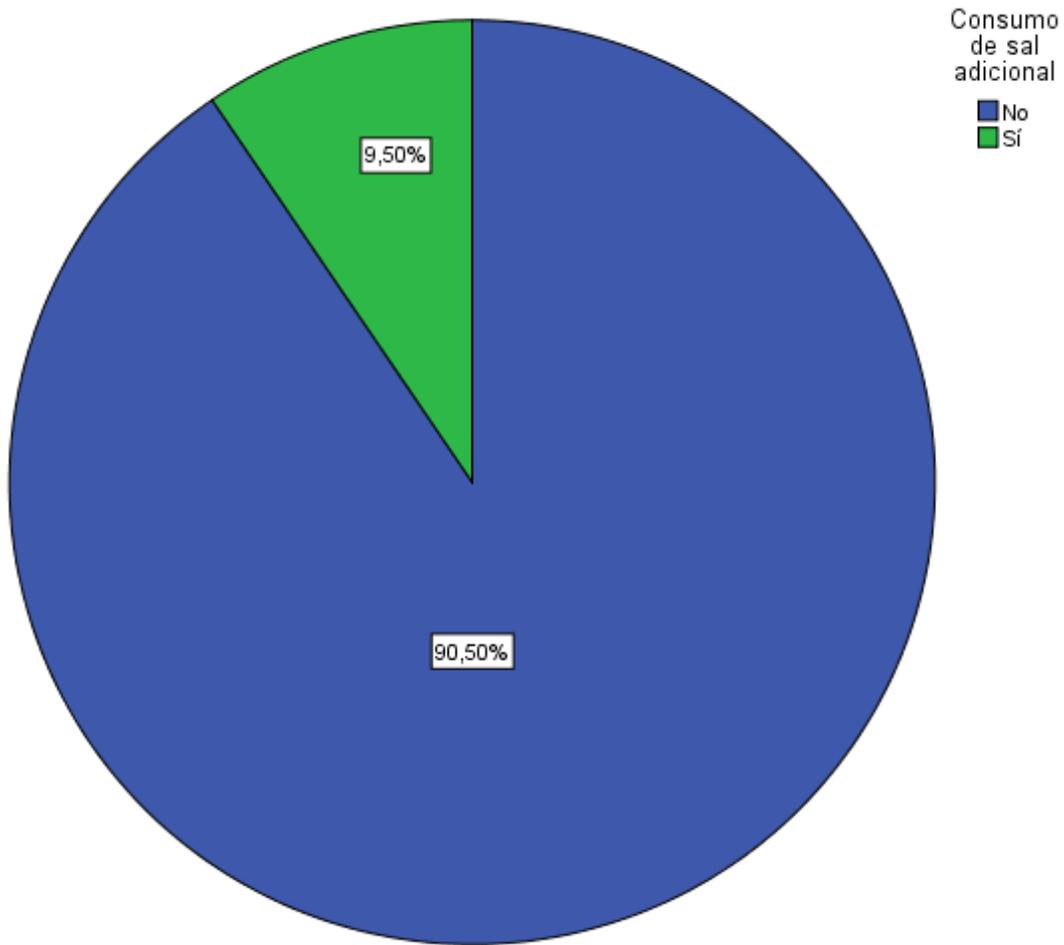
En el consumo de azúcares se tiene en cuenta la aguapanela y la adición de azúcar refinada en bebidas y comida. La frecuencia de consumo por semana de la aguapanela es en un 87,5% de 6 o 7 veces, un 8,9% tiene una frecuencia de consumo por semana menor y 3,6% no consume. Por otra parte, adicionar azúcar a bebidas y comidas tiene una frecuencia de consumo por semana en un 34,7% de 6 o 7 veces, de 3 a 5 veces 17%, un 34% tiene una frecuencia de consumo/semana menor y 14,3% no consume con regularidad (Tabla 39). Respecto a hábito de añadir sal a las comidas ya preparadas, una parte pequeña (9,5%) lo hace, el 90,5% restante no añade sal a las comidas (Grafico 7). Finalmente, la frecuencia de consumo de comidas rápidas es en un 1,7% de 6 o 7 veces por semana, de 3 a 5 veces 2,1%, de 1 a 2 veces 10,3%, a veces en el mes 25,4% y mayoritariamente 60,5% no consume con regularidad (Tabla 40).

Tabla 39. Consumo semanal de azúcares

	n	%	
Consumo de aguapanela	1 a 2	16	2,1
	3 a 5	37	4,9
	6 o 7	658	87,5
	A veces en el mes	14	1,9
	No consumo	27	3,6
Consumo de azúcar en las bebidas y comidas	1 a 2	125	16,6
	3 a 5	128	17,0
	6 o 7	261	34,7
	A veces en el mes	131	17,4
	No consumo	108	14,3

Fuente: elaboración propia

Figura 12. Representación gráfica de consumo de sal adicional



Fuente: elaboración propia

Tabla 40. Distribución del consumo semanal de comidas rápidas

Número de veces	n	%
1 a 2	77	10,3
3 a 5	16	2,1
6 o 7	13	1,7
A veces en el mes	190	25,4
No consume	453	60,5

Fuente: elaboración propia

## 8.6. Factores de riesgo cardiovascular: obesidad general y distribución de grasa central

En la actualidad la clasificación de la obesidad propuesta por la OMS, se basa en el índice de Masa Corporal (IMC), una relación entre el peso (kg) y el cuadrado de la altura (m) (Organización Mundial de la Salud, 2014). De esta manera, la media encontrada en el presente estudio para el IMC es 26,0 kg/m<sup>2</sup> con una desviación típica de 4,0, un mínimo de 17,2 kg/m<sup>2</sup> y máximo de 40,9 kg/m<sup>2</sup>, con un rango intercuartil (Q1 a Q3) en los valores centrales entre 23,2 kg/m<sup>2</sup> y 28,6 kg/m<sup>2</sup> (Tabla 41). De acuerdo a la clasificación de la OMS (Tabla 42) el 1,9% tiene bajo peso (insuficiencia ponderal), el 40,7% tienen un peso normal, el 41,0% tiene sobrepeso, el 14,6% se encuentra en el primer grado de obesidad (obesidad moderada), y el 1,5% se clasifica en el segundo grado de obesidad (obesidad severa) y finalmente 0,4% se encuentra en el tercer grado de obesidad (obesidad mórbida). Cuando se discrimina por sexo, las mujeres tienen mayores porcentajes en todas las clasificaciones que representan un riesgo para DVC, además, es una mujer la única que se clasifica con obesidad mórbida (tabla 43)

Tabla 41. Valores descriptivos del Índice de Masa Corporal (IMC kg/m<sup>2</sup>)

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo	Percentil 25	Percentil 75
IMC	26,0	4,0	17,2	40,9	23,2	28,6

Fuente: elaboración propia

Tabla 42. Distribución de frecuencias para las categorías de IMC

Clasificación del IMC	n	%
Bajo peso (insuficiente)	5	1,9
Normo peso	109	40,7
Sobrepeso	110	41,0
Obesidad grado I o moderada	39	14,6
Obesidad grado II o severa	4	1,5
Obesidad grado III o mórbida	1	0,4

Fuente: elaboración propia

Tabla 43. Distribución por sexo de las categorías de IMC

Clasificación del IMC	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	Recuento	% del N de la columna	Recuento	% del N de la columna
Bajo peso (insuficiente)	4	2,2%	1	1,1%
Normo peso	63	35,0%	46	52,3%
Sobrepeso	75	41,7%	35	39,8%
Obesidad grado I o moderada	33	18,3%	6	6,8%
Obesidad grado II o severa	4	2,2%	0	0,0%
Obesidad grado III o mórbida	1	0,6%	0	0,0%

Fuente: elaboración propia

La distribución de grasa central (acumulación de grasa en la cintura) es también un factor de riesgo. La relación entre perímetro de cintura y cadera es un buen indicador de obesidad abdominovisceral rápido de obtener, la OMS establece niveles normales de 0,8 para mujeres y 1,0 para hombres, valores superiores indicarían obesidad abdominal, lo cual se asocia a un riesgo de enfermedades crónicas como las cardiovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2014). En mujeres la media en el presente estudio es de 0,84 con una desviación típica 0,08, y un rango entre un mínimo de 0,56 y un máximo de 1,15. El rango intercuartil de los datos centrales (Q1 a Q3) es de 0,79 a 0,90. Respecto a los hombres, la media es de 0,92 con una desviación típica 0,09, un rango entre un mínimo de 0,20 y un

máximo de 1,11, y un rango intercuartil (Q1 a Q3) de los datos centrales (Tabla 44). Según la clasificación de riesgo del índice de cintura cadera propuesta por la OMS, el 72,7% de las mujeres tienen un índice igual o mayor a 0,8 lo que significa un riesgo obesidad. En cuanto a los hombres solo el 11,2% tiene un índice igual o mayor a 1, lo que significa un riesgo de este tipo de obesidad (Tabla 45).

Tabla 44. Valores descriptivos del Índice cintura cadera (ICC) distribuido por sexo

Índice cintura cadera		Media	Desviación típica	Máximo	Mínimo	Percentil 25	Percentil 75
Sexo	Femenino	,84	,08	1,15	,56	,79	,90
	Masculino	,92	,09	1,11	,20	,87	,97

Fuente: elaboración propia

Tabla 45. Distribución de riesgo para el ICC

ICC	Sexo			
	Femenino		Masculino	
	n	%	n	%
Sin riesgo	107	27,3%	158	88,8%
Riesgo	285	72,7%	20	11,2%

Fuente: elaboración propia

## **Discusión**

### **DVC y factores de riesgo asociados al estilo de vida**

#### *Sexo*

Pertenecer al sexo femenino ha sido encontrado en la literatura hallada por medio de la metasíntesis como un factor que incrementa el riesgo para los DVC aunque no están ausentes en varones. También se puede evidenciar mirando las prevalencias encontradas en diferentes países (España, EE.UU, Alemania, Arabia Saudita, Cuba, Italia, Brasil, Francia, Georgia, Hungary, Romania, Rusia, Serbia, Slovak, Slovenia, Ucrania, Colombia, Mexico, Venezuela, Pakistan, Indonesia, Singapore, Tailandia y Vietnam) en poblaciones en general sin diagnóstico previo, halladas por medio de la metodología de metasíntesis que las mujeres presentan mayor prevalencia de DVC. Como en su mayoría la muestra está conformada en un 67,7% por el género femenino (tabla 12) es de esperar que los DVC sean abundantes en la zona rural de Jardín. La predisposición femenina se debe probablemente a los mecanismos hormonales mediados por la producción de estrógenos que desencadenan cambios morfo-fisiológicos (García A, 2015), además de la acumulación y distribución particular de la grasa a nivel periférico (Velásquez, 2011).

#### *Edad y nivel socioeconómico*

La edad y el envejecimiento también han sido comprobados como factores de gran importancia para la presencia de DVC, las evidencias halladas en los estudios resultantes de la metasíntesis mostraron que existe una relación directa entre el incremento de edad y la prevalencia del padecimiento en todos los casos. La población rural de Jardín está conformada por personas en su mayoría adultas con una media de edad de 48,92 (tabla 13) y cuando se hizo la discriminación por sexo y grupo etario el género femenino tuvo mayores frecuencias en todos los casos (tabla 14). Lo anterior se puede deber a la fuerte migración de los jóvenes a la cabecera municipal a los grandes centros urbanos como Medellín y Bogotá en busca de mejores oportunidades de trabajo. El abandono del campo y el desarraigo podría estar motivado en que, en su mayoría, los habitantes de la zona rural que se dedican a la producción agrícola experimentan un abandono del Estado y un intercambio desigual con la sociedad urbana. Esto les impide acumular un capital para

mejorar sus condiciones de vida. En consecuencia, el 99,84% de las personas en la zona rural de Jardín pertenecen a un estrato socioeconómico bajo (gráfico 6) y solo un caso de la muestra estudiada (hombre) pertenecía a un estrato socioeconómico mayor (tabla 15). Al estar la población rural envejecida demográficamente y vivir con limitaciones económicas es probable que los cuadros de la enfermedad vascular tengan una prevalencia alta.

### *Ocupación*

Al analizar la ocupación como un factor de riesgo (FR), se puede notar que son frecuentes las que implican largos períodos más o menos inmóviles en bipedestación o en posición sentada, además las que implican exposición a altas temperaturas y en general las que implican poca actividad física o son sedentarias. Estas situaciones son admitidas como factores de riesgo de DVC (Gesto-Castromil, et al, 2006). Las mujeres en su mayoría tienen como ocupación principal 89,7% las labores domésticas (tabla 17) donde la actividad física tiene un requerimiento energético bajo, salvo en algunas labores como fregar el suelo y lavar ropa a mano. En cuanto a los hombres, el 77,2% se dedican a labores agrícolas, pesca y ganadería, actividades que suponen un alto requerimiento energético y físico que actuaría como un factor protector, sin embargo, en la actualidad con las transformaciones tecnológicas que ha sufrido el transporte en el campo y algunas tareas mecanizadas, este factor podría ponerse en duda. Los habitantes de la zona son muy conscientes de la reducción de la actividad física en las actividades cotidianas en comparación con tiempos anteriores.

### *Consumo de tabaco y alcohol*

El consumo activo de tabaco tuvo una prevalencia de 8,9% (tabla 18). Cuando se discrimina por sexo, son los hombres los que más incorporan este hábito, el humo del tabaco contiene más de 4000 productos químicos de los cuales se sabe que al menos 250 son nocivos y están relacionados con la aparición de enfermedades cardiovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2014). En el estudio *Las consecuencias del tabaquismo* (Lugones M, et al., 2006) se hace una revisión acerca de los efectos del tabaquismo y sus complicaciones en todo el organismo, los autores dicen que el daño provocado por el consumo de tabaco es múltiple estando relacionado con enfermedades cardiovasculares, bronquitis crónica y enfisema, además de diversos tipos de cáncer. El tabaco contribuye al

40 % de las muertes cardiovasculares y a 18 % de las cerebrovasculares. Según revelan los datos del *Estudio Framingham*. Aunque no existe literatura que especifique la relación del tabaquismo y los DVC, las hipótesis no se alejan de lo planteado para las demás enfermedades cardiovasculares (García A, 2015). Ahora bien, que el género femenino tenga un porcentaje mejor de consumo de tabaco es benéfico ya que por sus condiciones morfo-fisiológicas y al tratarse de una población envejecida tendrían mayor riesgo de padecer alguno de los cuadros de los DVC.

En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, otro de los factores de riesgo comportamentales, sus efectos probablemente están determinados por el volumen de alcohol consumido y la frecuencia de consumo. Este hábito está presente en el 19% (tabla 20) de los individuos, teniendo en los hombres mayor aceptación con 61,8% (tabla 21). El consumo de bebidas alcohólicas tiene frecuencias mayores a las de tabaquismo, la cerveza es la que tiene mayores consumos, el 72,6% consume en una sola ocasión más de 3 cervezas y el 68,8% tiene una frecuencia de consumo de 1 vez o menos al mes. El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos, incluyendo las enfermedades cardiovasculares, sin embargo, aunque no es un factor de riesgo determinante entre más factores converjan en una persona, más probable será que se desarrolle la enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2014)

#### *Actividad física y sedentarismo y alimentación*

El cambio en la occidentalización de la alimentación y el aumento del sedentarismo se ha encontrado asociado a problemas de sobrepeso y obesidad que afectan a por lo menos el 50% de la población del país (ICBF, 2010) las cuales son ampliamente mencionadas en la literatura como factores de riesgo significativos para la aparición de problemas cardiovasculares (Organización Mundial de la Salud, 2014). Sin embargo, se debe tener en cuenta que el hombre es un ser social y sus costumbres alimentarias están profundamente enraizadas en el seno de una cultura y varían ampliamente de una sociedad a otra (Garine, 1995).

En la alimentación en la zona rural de Jardín hay una frecuencia de consumo a la semana alto de cereales refinados y enteros, estando los segundos más veces a la semana en la alimentación de la mayoría de las personas. Los tubérculos como la papa, la yuca y el

plátano también tienen una frecuencia de consumo a la semana alta en la mayoría de las personas. El consumo de verduras y frutas tiene una frecuencia de consumo a la semana baja, ya que más del 50% no consume al menos una porción al día. En cuanto al consumo de leche y productos derivados, más del 60% consume 5 o menos veces a la semana. El consumo de carnes rojas y blancas tiene una frecuencia a la semana alta en la mayoría de las personas, así se evidenció en el patrón alimentario recolectado por medio de encuesta y en las oportunidades de diálogo con las personas de la zona, quienes manifestaron que por lo menos no faltaba un pedazo de carne en el plato, por otro lado, el consumo de vísceras y productos del mar tiene una frecuencia a la semana muy baja. Respecto al consumo de leguminosas y frutos secos, las primeras están presentes solo en el 36,3% diariamente, predominando el consumo de frijol y el consumo de frutos secos es casi nulo, solo el 2,1% lo hacen 6 o 7 veces a la semana. Por otro lado, el consumo de grasas poli-moninsaturadas y grasas saturadas tiene un porcentaje de frecuencia 6 o 7 veces por semana mayor en las primeras. El consumo de azúcares en bebidas es bajo, sin embargo, el consumo de aguapanela es predominante y de frecuencias por semana altas. Respecto al consumo adicional de sal en las comidas ya preparadas, el 90,50% no lo hace. Finalmente, las comidas rápidas o chatarra no son consumidas, el 60,5% reportó negativamente su consumo. Conviene destacar también, en las conversaciones con las personas de la zona rural de Jardín mencionan que el patrón alimentario ha cambiado poco con el paso del tiempo y la influencia del mercado globalizado, aunque si se ha perdido la costumbre de preparar algunos alimentos como la mazamorra debido a la disponibilidad del maíz, esto se puede deber a la producción por monocultivo principalmente de café y plátano que hizo que se pierda la diversidad de alimentos antes producidos, afectando no solo al conocimiento de la cocina tradicional sino también a la economía del hogar.

En resumen, el patrón alimentario es rico en calorías, en carnes rojas y blancas, bajo en productos del mar, las leguminosas se consumen con regularidad, pero sin mucha variedad, la leche y los productos lácteos son poco consumidos, el consumo de verduras es regular sobretodo en sopas, pero el de frutas es bajo, las grasas en formas de aceites como el de oliva son consumidos con relativa frecuencia y el consumo de frutos secos en la mayoría de las personas es escaso. Este patrón alimentario difiere de la dieta mediterránea que ha sido mencionada en estudios prospectivos de grandes cohortes, así como en resultados de

diferentes metanálisis, que aportan evidencia para asegurar que la dieta mediterránea previene las enfermedades cardiovasculares. Aunque existe un patrón flexible en la dieta mediterránea sus principales características son el elevado consumo de cereales no refinados, fruta, verdura, legumbres y frutos secos, consumo moderado-alto de pescado, consumo moderado-bajo de carne blanca y productos lácteos principalmente en forma de yogur o queso fresco, bajo consumo de carne roja y productos derivados de esta carne y el consumo de aceites de oliva como aceite de adición, además de la costumbre alimentaria de acompañar las comidas con un vaso pequeño de vino (Arós F., Estruch R. 2013). Aparte de alejarse de la dieta mediterránea, en las conversaciones se evidenció que no hay un conocimiento sobre los pasos a recorrer para llevar una dieta que ayude a conservar la buena salud.

Por otra parte, durante el último decenio han surgido datos científicos según los cuales la actividad física no tiene que ser intensiva para tener un efecto benéfico en la salud, de hecho, bastaría con 30 minutos al día de ejercicio físico moderado durante casi toda la semana para proporcionar importantes beneficios a la salud. Esta actividad física moderada puede ser subir escaleras, caminar rápidamente y montar bicicleta (Jacoby E, et al., 2003), produciendo beneficios como el control o disminución de la grasa corporal, mantener la masa muscular, fuerza muscular y la densidad mineral ósea, fortalecer el tejido conectivo y mejorar la flexibilidad; beneficios fisiológicos como el aumento del volumen de sangre circulante, disminución de la presión arterial, mejorar los niveles de HDL y disminución de los niveles de triglicéridos, colesterol total y colesterol LDL, mejorar los niveles de glucosa en la sangre. La experiencia científica evidencia que la actividad física y dejar de ser sedentario puede disminuir en 40% los problemas cardiovasculares (Matsudo S. 2012). Respecto a actividades sedentarias como las que impliquen estar de pie con poco movimiento o un gran tiempo al día sentado por horas, hombres y mujeres de la zona rural tienen hábitos similares (tabla 123), ahora bien, según la ocupación en la que existe una marcada división sexual, los hombres por las actividades agrícolas realizarían más actividad física al día que las mujeres y esto probablemente actuaría como un factor protector para ellos, además, en muchas ocasiones los hombres suman más actividad física por desplazamiento, sea a pie o en bicicleta, para ir al lugar de trabajo.

Las actividades físicas en el tiempo libre tanto intensivas como moderadas son poco practicadas en sus rutinas (gráficos 10 y 11), cuando se discrimina por sexo los hombres realizan más actividades intensivas en su tiempo libre que las mujeres y éstas más actividades moderadas que los hombres (tabla 25 y 26). Tanto los hombres como las mujeres desarrollan en su tiempo libre actividades sedentarias, siendo un factor de importancia para su salud.

### *Obesidad*

En la zona rural de Jardín, la prevalencia de sobrepeso fue de 41,0%, el primer grado de obesidad ascendió a 14,6%, el segundo grado de obesidad fue de 1,5% y el tercer grado de obesidad u obesidad mórbida fue de 0,4%, más del 55% de la población obtuvo valores por encima de los normales para el peso, cabe resaltar que las mujeres presentan porcentajes mayores en todos los grados de obesidad. Respecto a la distribución de grasa, otro factor que tiene mucha importancia a la hora de predecir posibles complicaciones venosas (García A, 2015), la distribución central (prevalente en la región abdominal del tronco) fue un factor de riesgo en el 72,7% de las mujeres y solo un 11,2% en los hombres. El incremento de problemas asociados a la obesidad se correlaciona de cierto modo con la adopción de estilos de vida sedentarios y los patrones alimentarios poco saludables que en la zona rural de Jardín son factor de riesgo principalmente en las mujeres. Éstas representan mayor carga para el sistema de salud y se podría justificar desarrollar un modelo de prevención en salud pública con un componente de género.

## **9. Conclusiones**

- I.** Aunque la literatura sobre la prevalencia de DVC en poblaciones sin diagnosticar es escasa, los hallazgos muestran que dicha prevalencia es alta en la población en general, se calcula que un 30 a 70% de la población mundial sufre algún grado de afección. En algunos individuos con vérices los síntomas están ausentes, en otros son muy significativos hasta el punto de determinar dolor crónico (Eklof, et al, 2009) (Buitrago, 2008). En consecuencia, parece que se ha invisibilizado este tipo de enfermedad, además el conocimiento para la prevención no llega a la población y el sistema de salud solo da importancia a los cuadros graves de la enfermedad.
  
- II.** En la zona rural de Jardín, la edad (proporción de adultos mayores), el envejecimiento de la población y el sexo (proporción de mujeres) son factores generales de riesgo no modificables que deben ser tenidos en cuenta en el sistema de salud local.
  
- III.** El tabaquismo y el consumo de alcohol como factores de riesgo (FR) no se presentan de modo generalizado en la población rural, su importancia es marginal.
  
- IV.** La alimentación como factor de riesgo comportamental en la zona rural de Jardín tendría relación con el alto consumo de grasas y la poca variedad en el número de alimentos distintos, reducción de la variedad pudo haberse originado por el cambio desde el modelo tradicional al modelo de monocultivo. Sin embargo, programas que fomenten de nuevo el uso de huertas para el autoconsumo, y la educación sobre hábitos saludables y sostenibles contribuiría a la prevención de los DVC.

- V.** La actividad física regular debería formar parte de todas las etapas de la vida debido a que es una forma de prevenir y controlar enfermedades crónicas. Solo un porcentaje bajo de las personas de la zona rural de Jardín realizan alguna actividad física sea moderada o intensiva en su tiempo libre. Ahora bien, los hombres pueden tener un factor de protección en su ocupación como agricultores, a diferencia de la gran mayoría de las mujeres que dedicadas a labores domésticas tendrían un factor de riesgo en su ocupación.
- VI.** Los DVC son enfermedades multifactoriales en la que ninguno de los factores de riesgo asociados al estilo de vida es determinante, pero, la sumatoria de dos o más de ellos resulta en una mayor predisposición a padecer la enfermedad. La antropología biológica dedicada a la comprensión de la condición humana en su corporalidad, ya que es en el cuerpo donde se hace material lo sociocultural, puede aportar nuevas perspectivas sobre las características biológicas de los subgrupos de población que se encuentran afectados por DVC.

## 10. Referencias

Ahumada, M. & Viogue, J. (2004) prevalence and risk of varicose veins in adults. *med clin (barc)*, 123 (17): 647-51.

Álvarez, L.J., Lozano, J., Marinello, J., Masegosa, J.A. (2008). Un estudio epidemiológico sobre la insuficiencia venosa crónica en España: El estudio detect-ivc 2006. *Angiología*, 60(1), 27-37.

Arós, F. & Estruch, R. (2013, april 26). dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. *rev esp cardiol*, 66(10). doi:10.1016/j.recesp.2013.04.026.

Blanco, F. & Rafael Gabriel. (1998). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en población anciana española. *Esp Cardiol*, 51(11), 864-73.

Bowakid, K.O., Al-Raddadi, R.M., Sabban, S., Alturky, K.A., Mohamed, M.S. (2005, February 2). Prevalencia de insuficiencia venosa crónica en la población adulta saudí. *Prevalencia De Insuficiencia Venosa Crónica En La Población Adulta Saudí*, 26(2). 255-9.

Caprini J. A. & Eklöf, B.G. (2008). Increasing awareness about venous disease: The American venous forum expands the national venous screening program. *Cirugía Vascolar*, 48(2), 394-9.

Caprini J., Passman, M.A., Bush, R.L., Zakaria, A.A; Eklof, B., Markwell S.J. (2007). Results of the national pilot screening program for venous disease by the American venous forum. *Cirugía Vasculuar*, 45(1), 142-148.

Diaz - Realpe, J. Muñoz, J. & Sierra – Torres C. (2007). factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de una institución prestadora de servicios de salud. Colombia: *revista salud pública* 9 (1).

Eklof, B., Perrin, M., Rutherford, R.B., Gloviczki, P. (2008, February 23). Updated terminology of chronic venous disorders: The VEIN-TERM transatlantic interdisciplinary consensus document. Sweden: University of Lund, *American*.

Escudero R., Fernández, Q., Bellmunt, M. (2014). prevalence and clinical characteristics of chronic venous disease in patients seen in primary care in spain: results of the international study vein consult program. *Revista: Cirugía española*, 92 (8) 540-546.

García, A. (2015). Un estudio bioantropológico de los desórdenes venosos crónicos y sus factores de riesgo en el suroeste de Antioquia: población urbana de Jardín y resguardo indígena de Karmata Rúa (Cristianía) Universidad de Antioquia, Medellín: (Tesis de Maestría).

García-Olmo, D. & Rodríguez-Montes, A. (2004). Factores epidemiológicos de la insuficiencia venosa crónica en una zona básica de salud. *Angiología*, 56(5), 433-527.

Gonzales, L. (2004). Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad. *Rev cubana estomatol*, 41 (3) Recuperado en 12 de octubre de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75072004000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000300009&lng=es&tlng=es).

Grupo DETECT-IVC., Gesto, R., García, J. (2011). 2001): Encuesta epidemiológica realizada en España sobre la prevalencia asistencial de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. Estudio detect-ivc. *Angiología*, 53(4), 249-260.

Herrán, O. F & Bautista, M.D. (2005). Calidad de la dieta de la población adulta en Bucaramanga y su patrón alimentario. *Colombia Médica*, 36(2), 94-102.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). (2000). *encuesta nacional de la situación nutricional. Colombia, Bogotá: instituto colombiano de bienestar familiar.*

Jacobs, J & Myles, F & J. (2007). Patología venosa superficial en la población asiática del suroeste de Londres: Estudio prospectivo. *Uropea De Cirugía Vasculare Y Endovascular*, 33(6), 747-750.

Jaramillo, J. & López, R. (2014) Determinación de la calidad de vida de los pacientes con trastornos venosos crónicos superficiales de miembros inferiores mediante la aplicación del cuestionario específico (civiq - 14) en

tres hospitales de quito - ecuador. 2014 (Tesis de maestría) Quito. Universidad central de Ecuador. Tomado de : <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4639/1/T-UCE-0006-76.pdf>. 64–75. Tomado de: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2007.v9n1/64-75/>

Kröger, K., Rudofsky, G., Roesener, J., Hirche, H. (2002). *Symptoms in individuals with small cutaneous veins*. (1st ed., Vol. 7). Londres: Medicina Vascular., 13-7.

Limoni, C. & Volontè, M. (2008). Chronic venous disorders: Correlation between visible signs, symptoms, and presence of functional disease. *Cirugía Vascular*, 46(2), 322-30.

Lösch, C., Jöckel, H., Rabe, E (2008): Distribution and prevalence of reflux in the superficial and deep venous system in the general population - results from the bonn vein study, germany. *Cirugía Vascular*, 48(3), 680-7.

Martinez, R. (2010). LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN COLOMBIA. *Boletín Del Observatorio En Salud*, 3(4), 1-9.

Matsudo, S. (2012) actividad física: pasaporte para la salud. *Revista. Médica Clínica Las Condes*, 23 (3): 209-217

Neiman, A. (2003). Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la región de las américas. *Revista: panam salud publica. Panam Salud Publica*, 14(4), 223-225.

Oliveira, J.C. & Bilitário, L. (2011). *Is there association between venous diseases and physical activity level in young?* (1st ed., Vol. 24). Fisioter. mov. Curitiba, 147-54.

Organización Mundial de la Salud (OMS), agencia de salud pública de Canadá (2005). informe sobre la salud en el mundo 2005. prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra.

Pannier, F., Hoffmann, B., Stang, A., Rabe, E. (2007). Prevalence of Stemmer's sign in the general population. *Phlebologie*, 36(06), 289-292.

Pérez, F. (2015). Enfermedades cardiovasculares. *Mediterráneo Económico*, 27, 255-265. Universidad de Cordoba.

Pérez, J., Felix, F., Lozano, L. (2011). Prevalence, awareness, treatment and control of cardiovascular risk factors in the Extremadura population. Spain: HERMEX study. *Atención Primaria*, 48(8), 426-434.

Puskas A., Scuderi, A., Quesada, F. (2012). Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: Results from the Vein Consult Program. *International Angiology: A Journal of the International Union of Angiology*, 31(2), 105-115.

Quientero, M. & Arenas, M. (2011). Factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia. *Rev. Salud Pública*, 13(3), 433-445.

Quiñones Castro, M. (2014). Caracterización de la insuficiencia venosa crónica en consultas del instituto de angiología y cirugía vascular. *AMC*, 18(1), 30-41.

Raben, E., Pannier, F., Broman, K. (2003, February 13). Bonn vein study by the german society of phlebology: Epidemiological study to investigate the prevalence and severity of chronic venous disorders in the urban and rural residential populations. *Phlebologie -Stuttgart*, 32, 1-14.

Ramos-Clason, E. (2012). Transición epidemiológica en Colombia: De las enfermedades infecciosas a las no trasmisibles. *Revista CIENCIAS BIOMÉDICAS*, 3(2), 282-290.

Valero, M., Hernández- Escolar, J., Herazo- Beltrán; Y. (2010). The frequency of cardiovascular disease-associated risk factors in a university student population. *Rev. Salud Pública*, 12(5), 852-864.

Vinaccia, S & Quiceno, M. (2012) Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica. *Psychol. Av. Discip*, 6(1), 123-136. Tomado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v6n1/v6n1a10.pdf>