

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ESTE
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIDAD TECNICA DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA**

***PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES EN POBLACIÓN MAYOR DE 15 AÑOS, MIEMBROS DE LA
COMUNIDAD INDÍGENA AVA GUARANI – ACARAYMI, ALTO PARANÁ***

**Responsable:
MARÍA CONCEPCION PIÑANEZ DE FRANCO**

Ciudad del Este, Paraguay
2016

**Universidad Nacional del Este
Facultad de Ciencias de la Salud
Programa “Hermanos Eternos”**

Coordinador: Lic. Gladys María Garcete de González
(gladys_garcete@hotmail.com)

Autora: Dra. María Concepción Piñanez de Franco
(dra.pinanezf@gmail.com)

Tipo: Programa de acción social.
Investigación-Acción

Nombre: **Prevalencia de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en la población mayor de 15 años de la Comunidad indígena Acaray mi, año 2016**

Institución: Red de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional del Este; Dirección Académica - Unidad Técnica de Extensión; Centro de Investigaciones Médicas (CIM) de la Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Nacional del Este (FACISA – UNE).

Financiación: Rectorado UNE – FACISA UNE

Beneficiarios: Pobladores de la comunidad indígena Acaray mi, etnia Ava Guaraní. Distrito de Hernandarias – Alto Paraná – Paraguay.

Duración: 2 años

RESUMEN

En el marco del trabajo de Extensión Universitaria de la Universidad Nacional del Este y la Facultad de Ciencias de la Salud, se llevó a cabo este proyecto de investigación.

Objetivo: Identificar los factores de riesgo para las Enfermedades cardiovasculares (ECV) en los pobladores de la comunidad indígena Acaray mi de la parcialidad Ava Guaraní.

Metodología: observacional, no experimental, de tipo transversal. El área de estudio estuvo constituido por miembros de la comunidad indígena Ava Guaraní de la Colonia Acaray mí. Para la recolección de datos se utilizó una ficha donde constan los siguientes datos: Edad, sexo, ocupación, escolaridad, peso, talla, circunferencia abdominal, práctica de ejercicios, tabaquismo, antecedentes familiares, hábitos alimentarios, consumo de alcohol, tabaquismo, conocimiento de los factores de riesgo de las ECV, medición del perfil lipídico y la glicemia en ayunas etc., examen clínico, en cual se determinó, peso, talla, circunferencia abdominal, circunferencia de cadera, pulso, presión arterial, realizado en forma individual y para evaluar el grado de nutrición se procedió al cálculo del IMC. La recolección de los datos fue realizada por los estudiantes del segundo curso de la carrera de Medicina de la UNE, como parte del trabajo de extensión de las cátedras de Epidemiología y Fisiología. El examen clínico, el control de la presión arterial y la evaluación antropométrica fue realizada por un médico.

Los análisis de laboratorio que se realizaron son glicemia colesterol, triglicéridos, ácido úrico perfil lípido. La muestra de sangre fue recolectada por una bioquímica y fueron procesadas en el laboratorio del CIM.

Muestra: 87 indígenas pobladores de la comunidad.

Resultados: Prevalencia de la hipertensión arterial es de 9,1% (mujeres 8.5% - varones 12.5%) menor a la observada a nivel nacional que es de 20%.

Prevalencia de la Obesidad 12,6% y de sobrepeso 14,9%.; 29,5% de las mujeres está con sobrepeso, 11,3% con obesidad I; 1,4% con obesidad III y entre en los varones 29,4% está con sobrepeso y 11,7% con obesidad I.

El hábito de fumar es de 31%, mayor al encontrado en el estudio realizado a los indígenas a nivel nacional. El consumo de alcohol es de 28,7% (varones 43,7% y mujeres 25,3%) .

Se observa una .alimentación predominantemente de cereales 52,5% y legumbres 31,2%; consumo excesivo de aceite 76,2%, escaso consumo de frutas 17,5% y verduras 31,2%. Consumo adecuado de proteínas animal 50% El consumo excesivo de sal es de 23,7 %.

Antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial 13,16% y 2,6% de antecedentes de ACV

Los resultados del examen de laboratorio a los miembros de la comunidad indígena que forman parte de este estudio, demuestran que la prevalencia de triglicéridos elevados es de 14,2% (mujeres 10,8 % y varones 40%). Colesterol sanguíneo elevado no se evidencia en el sexo femenino y en el sexo masculino es 20%). No se constata glicemia elevada.

Más del 50 % de las personas identifican los beneficios del deporte, los efectos de consumo de bebidas alcohólicas, fumar y la causa de sobrepeso.

Menos de 20 % de las personas conocen las causas de las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y la diabetes.

Palabras claves: Enfermedades cardiovasculares, comunidad indígena, factores de riesgo.

Objetivos de investigación

Generales

- Identificar los factores de riesgo para las Enfermedades cardiovasculares (ECV) en los pobladores de la comunidad indígena Acaray mi de la parcialidad Ava Guaraní.

Específicos

- Establecer la prevalencia de los factores de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares.
- Establecer la prevalencia de la hipertensión, la diabetes, obesidad y dislipidemias.
- Evaluar la composición de la dieta habitual.
- Identificar el grado de conocimiento sobre los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares (ECV).

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos, entre ellos las cardiopatías coronarias (infarto de miocardio), las enfermedades cerebrovasculares, el aumento de la tensión arterial (hipertensión), las vasculopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas, las cardiopatías congénitas, miocardiopatías y la insuficiencia cardíaca (4). Afirma además que las ECV causan más de 17 millones de muerte al año a nivel mundial (4-5).

Se consideran factores de riesgo cardiovascular, aquellos hábitos, patologías, antecedentes o situaciones que, cuando están presentes en un determinado individuo incrementan la probabilidad de desarrollar la enfermedad cardiovascular en un futuro más o menos lejano (10). Afortunadamente en la mayoría de los casos los factores de riesgo de las ECV pueden modificarse mediante cambios en los hábitos de vida (1).

Los datos sobre la prevalencia de los factores de riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) entre los pueblos indígenas no son bien conocidos, pues no se puede ignorar que la cobertura de salud de estas comunidades es insuficiente. Los servicios necesarios para las comunidades indígenas suelen ser escasos.

Existen estudios que enfocan algunos de los factores de riesgo de la ECV en comunidades indígenas, entre las que se encuentran los realizados en Venezuela, Bolivia y Brasil, cuyos resultados son los siguientes; en la población adulta Anú del estado de Zulia, Venezuela, se evidenció una prevalencia de la hipertensión arterial de 40%. La frecuencia de obesidad en indígenas de Rio Grande do Sul, Brasil es de 41,5%. La prevalencia de diabetes en indígenas de El Alto, Bolivia es de 2,7 %, en otro grupo de la aldea de Jaguapiru, Brasil es de 4,5%. (1)

Otros estudios en comunidades nativas americanas han demostrado una latente pero alta propensión al desarrollo de hipertensión arterial y otros problemas relacionados, que se hacen evidentes con el cambio en los hábitos de vida, lo cual está ocurriendo en forma progresiva, por lo que el interés por la prevención de los factores de riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares como un problema de salud pública está aumentando.

Según la proyección del censo de 1992 la población indígena del Paraguay asciende a 108 mil personas, en su mayoría niños y adolescentes pertenecientes a 20 pueblos diferentes, que representan el 1,7 %de la población total del país. Como enfermedades más frecuentes en las comunidades aborígenes aparecen las infecciones respiratorias y gastrointestinales agudas, la malaria, la tuberculosis, la parasitosis, las ITS y la desnutrición. Con un nuevo contexto socio económico como la expulsión de la tierra, la expansión de la frontera agrícola, el uso de agro tóxicos en los grandes cultivos circundantes a las comunidades y la migración, han ido surgiendo nuevos problemas como la hipertensión arterial, la diabetes, el cáncer, el alcoholismo y la depresión con una fuerte incidencia de casos de suicidio (2).

En la encuesta realizada en Comunidades Indígenas del Paraguay en 2011 se encontraron los siguientes datos:

Prevalencia de HTA: 20% (H 15,4%-M 22,4%) Diabetes: 5,1% (H 2,2%-M 6,7%) Colesterol elevado: 1,7% (H 2,4 %- M 1,3%) Obesidad: 12,5% (H: 4,9% -M: 17,3%) Fumadores: 16.7% (26,9- M 10, 2%) (3).

En Alto Paraná, Paraguay, se encuentra asentada la comunidad indígena Ava Guaraní en la Colonia Acaray mí, Distrito de Hernandarias en la cual habitan unas 155 familias, todas de la etnia Ava Guaraní, con características similares a las demás comunidades indígenas de Latinoamérica, donde los servicios sanitarios son escasos, y no todos los miembros de la comunidad aceptan las posibilidades de asistencia sanitaria ofrecida por el Ministerio de Salud Pública y otros organismos oficiales, por lo que en muchos casos no se tienen datos

precisos sobre la prevalencia de enfermedades específicas como ser la hipertensión arterial.

DISEÑO METODOLÓGICO

Diseño: El diseño observacional, no experimental.

Tipo de estudio: Transversal – observacional – descriptivo.

Área de estudio: Miembros de la comunidad indígena Ava Guaraní de la Colonia Acaray mí.

Población: 150 familias de la etnia Ava Guaraní, de la Colonia Acaray mí del Distrito de Hernandarias, Departamento de Alto Paraná.

Muestra: 30% del total de la población indígena de la etnia Ava Guaraní, de la Colonia Acaray mí, mayores de 15 años, de sexo masculino y femenino.

Criterios de inclusión. Todas las personas indígenas mayores de 15 años.

Criterios de exclusión: Todas las personas que se niegan a participar de la investigación. Todas las personas no indígenas.

Tipo de muestreo: Esta muestra fue seleccionada por azar simple.

Variables: Edad, sexo, escolaridad, peso, talla, circunferencia abdominal, práctica de ejercicios, tabaquismo, antecedentes familiares, hábitos alimentarios, consumo de alcohol, cifras tensionales, consumo de medicamentos anti hipertensivos, medición de la cifra tensional, medición del perfil lipídico y la glicemia en ayunas etc.

Instrumentos de recolección de datos:

- Encuesta: Cuestionario cerrado suministrado a los sujetos de la muestra. Este cuestionario fue preestablecido por el Programa DEMOMINGA de la Facultad de Ciencias de la Salud - UNE, utilizado para los fines que persigue la investigación.
- Ficha clínica.
- Esfigmomanómetro estándar con manguito de tamaño adecuado y calibrado para la medición de la presión arterial. La presión arterial se midió en posición sentada, en ambos brazos con una diferencia de 5 minutos entre ambas determinaciones. Antes de la medición permanecieron en reposo al menos 5 minutos.
- Balanza a báscula calibrada antes de cada medición.
- Tallímetro o antropómetro. Se midió la talla en metros, utilizando un antropómetro vertical con el individuo descalzo y utilizando la cabeza en el plano de Frankfort.
- Cinta métrica: para medir la circunferencia abdominal y de la cadera.

Procedimientos de recolección de datos

La aplicación de los instrumentos fue de forma individual. Se hizo hincapié en el anonimato y la confidencialidad. Los sujetos de la muestra firmaron el consentimiento informado. Además contó con el consentimiento del cacique de la comunidad.

Análisis e interpretación de los resultados

Se procedió a categorizar en forma analítica los datos, se clasificaron y tabularon según los objetivos de la investigación, fueron analizados e integrados, obteniendo los resultados finales.

RESULTADOS

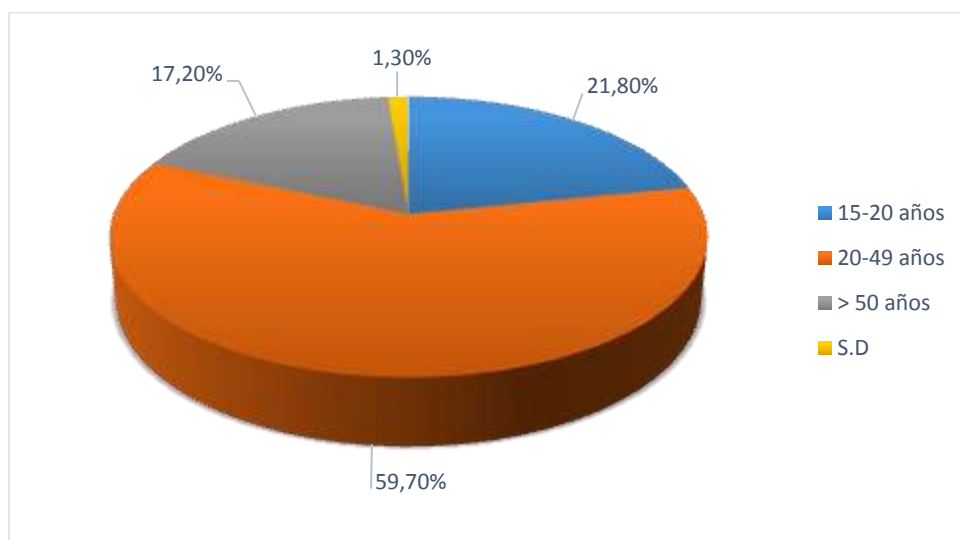
Los resultados presentados seguidamente corresponden a datos obtenidos de la investigación de campo en la Comunidad Indígena Acaraymi, recolectados en fichas y de los exámenes clínicos realizados durante el año 2016.

**DATOS OBTENIDOS EN LA ENCUESTA SOBRE LOS
DIFERENTES FACTORES DE RIESGOS DE LAS ENFERMEDADES
CARDIOVASCULARES**

**PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES
OBTENIDOS- COMUNIDAD INDIGENA ACARAY MI, ALTO PARANÁ -
PARAGUAY 2016**

**DISTRIBUCIÓN ETAREA DE LAS PERSONAS MAYORES DE 15 AÑOS –
COMUNIDAD INDIGENA ACARAY MI, ALTO PARANÁ - PARAGUAY 2016**

N° 87

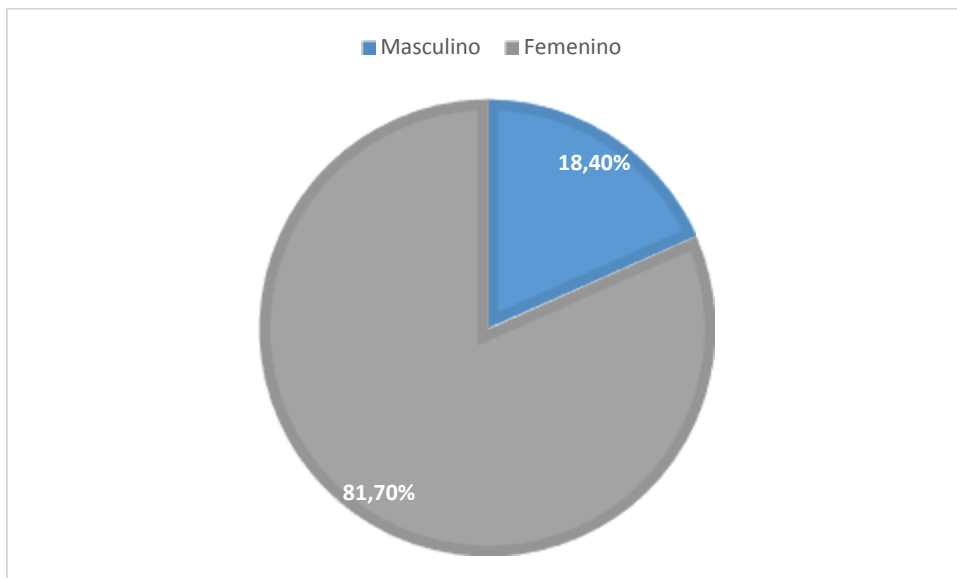


Fuente: Datos recolectados por investigadores de FACISA – UNE. 2016

Gráfico 1: La muestra de estudio la conforma 52 (59,7%) personas ;de 20 a 49 años ; 19 (21,8%) tienen de 15 a 20 años y 15 (17,2%) 50 años.

PORCENTAJE POR SEXO - COMUNIDAD INDIGENA ACARAY MI, ALTO PARANÁ - PARAGUAY 2016

N° 87



Fuente: Datos recolectados por investigadores de FACISA – UNE. 2016

Gráfico 2: La distribución de los sujetos que conformaron la muestra corresponden 81,6% (71) al sexo femenino y 16 (18,4%) al sexo masculino.

**PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES
OBTENIDOS– COMUNIDAD INDIGENA ACARAY MI, ALTO
PARANÁ - PARAGUAY 2016**

**PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLADORES DE LA
COMUNIDAD INDIGENA ACARAY MI, ALTO PARANÁ - PARAGUAY 2016**

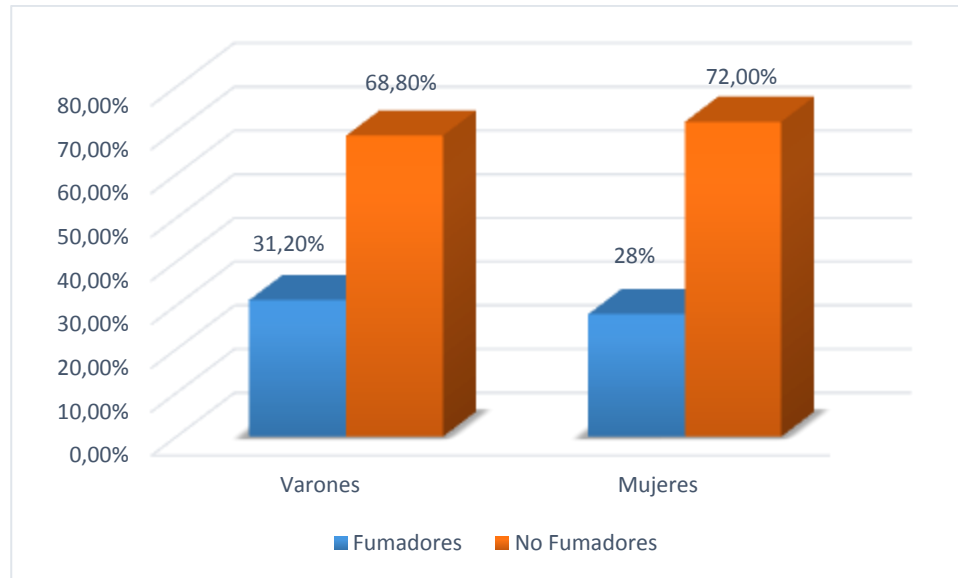
DATOS	Mujeres		Varones	
HTA	6	8,5%	2	12,5 %
PA normal	65	91,5%	14	87,5%
TOTAL	71	100%	16	100%

Fuente: Datos recolectados por investigadores de FACISA – UNE. 2016

Tabla 1: Los resultados del control de presión arterial a los miembros de la comunidad indígena que forman parte de este estudio demuestra que en el grupo de mujeres existe 8,5 % (6 mujeres) con hipertensión arterial, dos de las cuales son menopaúsicas, que equivale al 3,38% del total de mujeres, mientras que en el grupo de varones son 2 (12,5%). La prevalencia es de la HTA es de 9,1%

**DISTRIBUCION DE HABITOS DE FUMAR – COMUNIDAD INDIGENA ACARAY
MI, ALTO PARANÁ - PARAGUAY 2016**

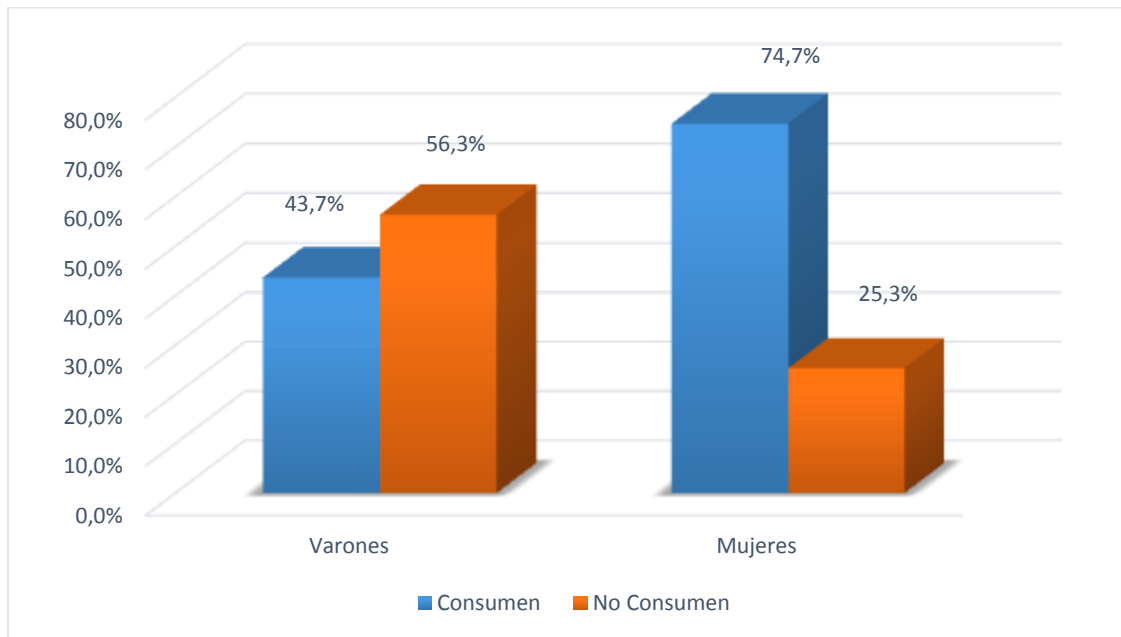
N° 87



Fuente: Datos recolectados por investigadores de FACISA – UNE. 2016

Gráfico 3: 31,2% (7) de lo varones y 28% (20) de las mujeres fuman.

**DISTRIBUCION DE HABITOS DE CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS –
COMUNIDAD INDIGENA ACARAY MI, ALTO PARANÁ - PARAGUAY 2016
N° 87**



Fuente: Datos recolectados por investigadores de FACISA – UNE. 2016

Gráfico 4: 43,7% (7) de los varones encuestados afirma que consume bebidas alcoholicas, mientras que 56,3% no consumen alcohol. De las mujeres encuestadas 74,7 % no consume alcohol y 18 (25,3%) si consume.

**PRACTICAS DE ACTIVIDADES FISICAS – COMUNIDAD INDIGENA ACARAY
MI, ALTO PARANÁ - PARAGUAY 2016
N° 76**

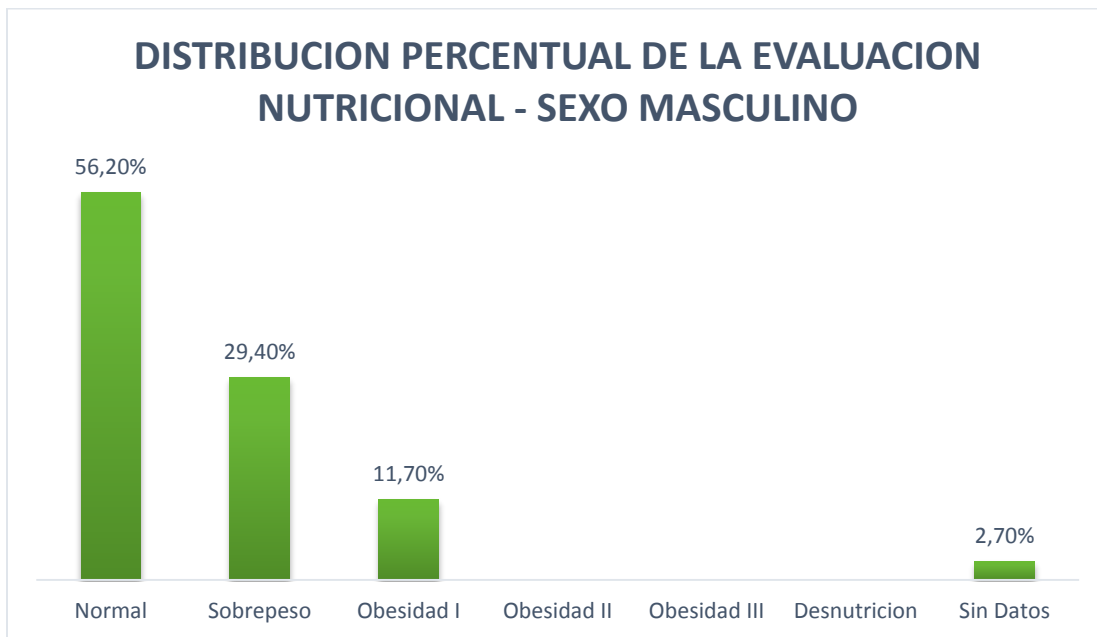


Fuente: Datos recolectados por investigadores de FACISA – UNE. 2016

Gráfico 5: Con relación a la práctica de caminata como actividad física, entre el grupo de varones 10 (62,5%) si realiza caminata y 6 (37,5%) no realiza . Entre el grupo de mujeres 12 (17%) no realiza caminata y 59 (83%) si realiza caminata.

**RESULTADOS DEL EXAMEN CLINICO DE LOS COMUNIDAD INDIGENA
ACARAY MI, ALTO PARANÁ - PARAGUAY 2016**

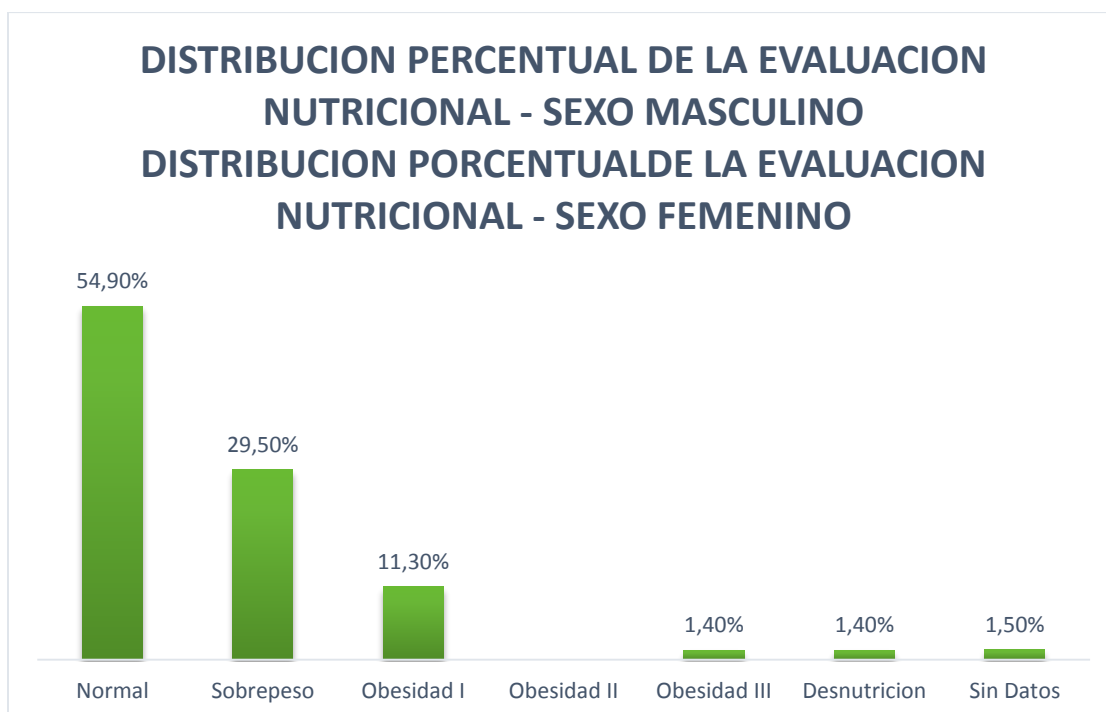
Nº 16



Fuente: Datos recolectados por investigadores de FACISA – UNE. 2016

Gráfico 6: El examen antropométrico realizado a los varones sujetos de la muestra arrojó los siguientes resultados; 9 (56,2%) posee índice de masa corporal –IMC normal; 5 (29,4%) están con sobrepeso; 2 (11,7%) con obesidad I. Del total de la muestra del estudio en el grupo de varones 7 (41 %) tiene IMC que representa factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

**RESULTADOS DEL EXAMEN CLINICO DE LOS POBLADORES DE LA
COMUNIDAD INDIGENA ACARAY MI, ALTO PARANÁ - PARAGUAY 2016
Nº 71**



Fuente: Datos recolectados por investigadores de FACISA – UNE. 2016

Gráfico 7: El examen antropométrico realizado a las mujeres da cuenta que 39 (54,9%) posee IMC normal; 21 (29,5%) está con sobrepeso, 8 (11,3%) con obesidad I, obesidad III 1 (1,4%) y con desnutrición I 1(1,4%). Del total de la muestra del estudio en el grupo de mujeres 30 (42,2%) tienen IMC que representa factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE CONSUMO DE ALIMENTOS
- COMUNIDAD INDIGENA ACARAY MI, ALTO PARANÁ - PARAGUAY 2016
N° 80

ALIMENTOS	Todos los días	2 a 3 veces por semana	1 vez por semanas	No consume
HUEVO	15%	37,5%	33,7%	13%
VERDURAS	31,2%	37,5%	18,7%	12,5%
FRUTAS	17,5%	35%	26,2%	21,2%
MAIZ	27,5%	40%	25%	7,5%
FIDEOS	30%	48,7%	20%	13%
ARROZ	52,5%	41,2%	3,7%	2,5%
POROTOS	31,2%	47,5%	15%	6,2%
LECHE	31,2%	28,8%	16,2%	23,8%
CARNE	18,8%	50%	16,2%	23,8%
ACEITE	76,2%	12,55%	10%	1,2%

Fuente: Datos recolectados por investigadores de FACISA – UNE. 201

Tabla 2: Se observa una alimentación predominantemente de cereales 52,5% y legumbres 31,2%; consumo excesivo de aceite 76,2%, escaso consumo de frutas 17,5% y verduras 31,2%. Consumo adecuado de proteínas animal 50%

**RESULTADOS DEL EXAMEN LABORATORIAL DE LOS POBLADORES DE LA
COMUNIDAD INDIGENA ACARAY MI, ALTO PARANÁ - PARAGUAY 2016**

Nº 42

DATOS	Mujeres		Varones	
	Colesterol elevado	0	0%	1
Triglicérido elevado	4	10,8%	2	40 %
Glicemia elevada	0	0%	0	0%
TOTAL	37	100%	5	100%

Fuente: Datos recolectados por investigadores de FACISA – UNE. 2016

Tabla 3: Los resultados del examen de laboratorio a los miembros de la comunidad indígena que forman parte de este estudio, demuestran que la prevalencia de triglicéridos elevados es de 14,2% (mujeres 10,8 % y varones 40%). Colesterol sanguíneo elevado no se evidencia en el sexo femenino y en el sexo masculino es 20%). No se constata glicemia elevada.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

Nº 80

BENEFICIOS DEL DEPORTE	CANTIDAD	PORCENTAJE
BENEFICIOSA PARA LA SALUD	38	50,60%
PARA RECREACIÓN Y EJERCICIOS	11	13,75%
PARA NO ENGORDAR	4	5,3%
PARA PREVENIR ENFERMEDADES	1	1,3%
PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	2	2,5%
PARA LOS DIFERENTES ÓRGANOS	4	5,3%

Tabla 4:

CONSUMO DE BEBIDA Y FUMAR	CANTIDAD	PORCENTAJE
ENFERMA	51	64,50%
PRODUCE CANCER	2	2,53%
AFECTA LOS PULMONES	9	11,40%
AFECTA OTROS ORGANOS	2	2,53%
ES BUENO FUMAR	3	3,80%
NO SABE	8	10%

Tabla 5:

CAUSA DE SOBREPESO	CANTIDAD	PORCENTAJE
COMER MUCHO	25	31,6%
MALA ALIMENTACIÓN	14	17,7%
POR ENFERMEDAD	2	2,53%
NO HACER EJERCICIOS	1	1,26%
NO SABE	33	41,7%

Tabla 6:

CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	CANTIDAD	PORCENTAJE
EDAD ADULTA	1	1,25%
TIPO DE ALIMENTACIÓN	5	6,25%
SEDENTARISMO	2	2,50%
PREOCUPACIÓN	7	8,75%
NO SABE	49	61,25%

Tabla 7:

CAUSAS DE LA H.T.A.	CANTIDAD	PORCENTAJE
NO REALIZA EJERCICIOS	2	2,53%
PREOCUPACIÓN	4	5%
EXPOSICIÓN AL SOL	2	2,53%
NO SABE	52	65%
MALA ALIMENTACIÓN	2	2,53%

Tabla 8:

CAUSAS DE LA DIABETES	CANTIDAD	PORCENTAJE
CONSUMIR MUCHA AZUCAR	13	16,40%
MALA ALIMENTACIÓN	3	3,80%
NO REALIZAR EJERCICIOS	2	2,53%
EDAD ADULTA	1	1,20%
SOBRE PESO	1	1,20%

Tabla 9:

Más del 50 % de las personas identifican los beneficios del deporte, los efectos del consumo de bebidas alcoholicas, fumar y la causa de sobrepeso.

Menos de 20 % de las personas conocen las causas de las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial y la diabetes.

Discusión

Los resultados del estudio llevado a cabo en el periodo 2016 de este proyecto permitieron identificar la prevalencia de los principales factores de riesgo para la génesis de las enfermedades cardiovasculares entre los miembros de la Comunidad Indígena Acaray mi. Los factores investigados son; edad, sexo, antecedentes personales y familiares, hipertensión arterial, tabaquismo, sedentarismo, obesidad, consumo de sal, consumo de alcohol y estrés.

En el grupo de estudio se encontró la prevalencia de la hipertensión arterial de 9,1%; en mujeres 8,5% , mientras que en el grupo de varones se encontró 12,5% menor a la observada en un estudio realizado a nivel país en el año 2011 en grupos de comunidades indígenas donde se observó la prevalencia de 20%, siendo en las mujeres 22,4%.

El consumo de alcohol es de 28,7% (varones 43,7% y mujeres 25,3%) estimado elevado como factor de riesgo. 43,7% (7) de los varones encuestados afirma que consume bebidas alcoholicas, de las mujeres encuestadas 18 (25,3%) consume alcohol. El hábito de fumar es de 31%, mayor al encontrado en el estudio realizado a los indígenas a nivel nacional.

La prevalencia de la obesidad es de 12,6% y de sobrepeso 14,9%. Entre las mujeres 29,5% está con sobrepeso, 11,3% con obesidad I; 1,4% con obesidad III y entre en los varones 29,4% está con sobrepeso; 2 (11,7%) con obesidad I. Comparativamente con el estudio de indígenas realizado a nivel Paraguay, la prevalencia de obesidad fue de 12,5%, por lo que se puede afirmar que en este grupo existe una prevalencia de obesidad muy elevada. Del total de la muestra del estudio en el grupo de mujeres 30 (42,2%) tienen IMC que representa factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

El sedentarismo es otro factor de riesgo considerado relevante en el desarrollo de las enfermedades cardiovasculares. En la muestra estudiada los participantes negaron la práctica de deportes. Con relación a la práctica de caminata como actividad física, entre el grupo de varones 10 (62,5%) realiza caminata. Entre el grupo de mujeres 59 (83%) si realizan caminata. Esto no lo practican como una actividad preventiva sino para desplazarse de un lugar a otro para realizar sus actividades cotidianas.

Haciendo referencia a los antecedentes patológicos familiares de hipertensión arterial se encontró 13,1% y 2,6% de antecedentes de ACV.

Evaluando el tipo de alimentos consumidos semanalmente se observa un predominio de consumo cereales 52,5% y legumbres 31,2%; consumo excesivo de aceite 76,2%, escaso consumo de frutas 17,5% y verduras 31,2%. Consumo adecuado de proteínas animal 50% Por lo tanto se determina un tipo de alimentación no muy favorable para las ECV. Se debe incentivar un mayor consumo de frutas y verduras, un consumo adecuado de aceites, incitando a consumir aceite crudo especialmente con las verduras El consumo excesivo de sal es de 23,7 %.

Los resultados del examen de laboratorio a los miembros de la comunidad indígena que forman parte de este estudio, demuestran que la prevalencia de triglicéridos elevados es de 14,2% (mujeres 10,8 % y varones 40%). Colesterol sanguíneo elevado no se evidencia en el sexo femenino y en el sexo masculino es 20%). No se constata glicemia elevada.

Teniendo en cuenta todos los resultados obtenidos se observa la presencia de los factores de riesgo aumentados en la comunidad por lo que es importante implementar medidas para modificarlos, de manera a prevenir las Enfermedades Cardiovasculares.

Con el objetivo de modificar los factores de riesgo se pueden implementar estrategias como la Promoción de la salud que ayudará a identificar las múltiples causas de las inequidades existentes en las comunidades indígenas.

Para lograr cambios que produzcan un impacto deben prestar su colaboración todas las unidades académicas que conforman la Universidad, por lo las actividades realizadas deben tener continuidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Estudio descriptivo de factores de riesgo Cardiovascular a una muestra la comunidad indígena Selvin Z Reyes-García Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oaid>. 1
2. www.mspbs.gov.py. Introducción a la política nacional en salud indígena y recuento de primeras acciones de la dirección de vulnerables
3. Primera encuesta de factores de riesgo y enfermedades no transmisibles del Paraguay 2011 MSPyBS Dirección de Vigilancia de enfermedades no transmisibles sProf Dra Felicia Cañete www.munideporte.com/imagenes/documentacion/ficheros 28 agosto 2014
4. OMS/Enfermedades cardiovasculares www.who.in/mediacentre/fycifras
5. Factores de riesgo cardiovascular. www.texasheartinstitute.org/hic/topics
6. www.comermi.ins.gov.py / images Situación de salud de Paraguay. Pdf Salud de los pueblos indígenas
7. Lineamientos para el cuidado nutricional. María Elena Torresani. María Inés Somoza Eudeba. Editorial Universitaria de Bs. As. 2.009 3º edición 1º reimpresión Junio 2.011
8. Navarrete Briones, Claudia; Cartes Velazques, Ricardo. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en comunidades pehuenches. Chile. Rev. Med. En <http://scielo.sid.c4/scielo/>
9. Módulos de principios de epidemiología para el Control de enfermedades, segunda edición Washington DC, OPS 2002
10. Krause L. Kathleen Mahan Sylvia Escott – Stump. Nutrición y Dietoterapia. 10ª edición, Mc GRAW Hill Interamericana 2001.

11. Bowman, B. Conocimientos actuales sobre nutrición 8ª ed. Washington, D.C.: OPS e Instituto Internacional de Ciencias de la Vida, 2003. (Serie Publicación Científica y Técnica N° 592).
12. Behrman R, Kliegman R, Jenson H. Tratado de Pediatría Nelson 16ª ed. McGraw Hill Internacional; 2004.
13. Prot, C. R. Síndromes coronarios agudos y edad avanzada Departamento de Espec cardiovascular. Hospital Clínico Fac. de MED Universidad católica de Chile, revista española de Cardiología España 2000.
14. Organización Panamericana de la Salud, presentan Estudio sobre Hipertensión, Diabetes y Factores de Riesgo en Guatemala. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2003. (Accesado el 8 de Febrero de 2012, en <http://www.paho.org/spanish/DD/PIN/>).
15. Factores de riesgo cardiovascular. Fundación española. www.fundaciondelcorazon.com/Prevención/riesgo-cardiovascular.html Disponible en <https://www.redalys.org>
16. Farreras, R. Medicina Interna. Vol. I. Elsevier. Madrid. 2004
17. www.revespcardiol.org/es/diagnostico-clasificación.patogenia.diabetes-mellitus/ artículo/ Diagnóstico, clasificación, y patogenia de la diabetes mellitus 2002.
18. 18 Revista chilena de cardiología Guías latinoamericanas de hipertensión arterial www.sciendo.cl/scielo.php. www.fac.org.ar Epidemiología de la hipertensión arterial fac. Guías www.sciendo.cl/scielo.php. www.fac.org.ar
19. Mosby. Diccionario de medicina mosby. Editorial Océano edición 1994. Barcelona ESPAÑA 2007.
20. Báez, E. Manual de medicina interna Efacin 2ª Edición, 2004.
21. Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en Pediatría. Sedentarismo www.scielo.org.ar/scielo.
22. www.fundaciondelcorazon.com/prevención/prevención/riesgo-cardiovascular/colesterol.html
23. Factores de riesgo de cardiopatía www.nlm.nih.gov/medline_plus/ency/article

24. Efecto del tabaco en la salud. Ministerio De Salud
www.msal.gov.ar/tabaco/index.php//información-para-profesionales/efectos-del-tabaco-en-la-salud
25. Factores de riesgo cardiovascular. Fundación española.

www.fundacióndelcorazón.com/Prevención/riesgo-cardiovascular.html
Disponible en <https://www.redalys.org/articulo>
26. El estrés crónico afecta a la salud cardiovascular. Enfermedades del corazón-
about.com/od/factores/a/Como-el-Estrés-Afecta-ElCorazón.htm
27. www.nlm.nih.gov/ medline plus/Spanish/coronaryarterydisease.html/ Factores de
riesgo de cardiopatía .Medline plus
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/heartdiseases.html.
28. Cardiopatía izquemica www.fundacióndelcorazon.com/informacion-para-pacientes/enfermedades-cardiovascular/cardiopatia-izquemica.html
29. Factores de riesgo cerebrovascular

www.texasheartinstitute.org/hic/topics_Esp/cond/stroktys.cfm
30. Dirección General de Estadística, Encuesta y Censo. Censo nacional indígena de población y vivienda 2002 internet.
31. Paraguay-PanAmericanHealthOrganization
www.paho.org/saludenlasamericas/index.php-#.id#50%paraguay#option#com_content
32. Bermúdez P. Valmori J. Prevalencia del síndrome metabólico en la población adulta Anú Revista Latinoamericana de hipertensión^v4 n^o3. Disponible en [www.scielo.org.ve \ scielo. Php](http://www.scielo.org.ve/scielo.php)
33. Rocha AKS, Bós AJG, Huttner E, Machado DC. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas commais de 40 años no Rio Grande do Sul, Brasil. RevPanam Salud Pública. 2011; 29(1):41–5
34. www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos.
35. www.4.uajen.es/-esiles/TEMA%202.202.pdf.

36. Dislipidemia. Wed.minsal.cl/portal/url/item/75fefc3t8c9dde04001011f0178d6.pdf
f.

37. Facultad de Ciencias de la Salud – UNE. Ficha de investigación del Programa DEMOMINGA.