

Riesgo cardiovascular global en adultos del consultorio 18 del área de salud Guanabo, 2010-2011

Overall cardiovascular risk in adults from Consultation Office 18, Guanabo health care area, 2010-2011

Dr. Francisco Felipe Hernández Gárciga, Dra. Líbia Sánchez Ricardo,
Lic. Maricel Peña Borrego, Dr. Kassin Pérez Peña

Policlínico Universitario "Dr. Mario Muñoz", Guanabo, Habana del Este. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Objetivo: el propósito del estudio fue hallar el riesgo cardiovascular global en individuos adultos de un consultorio médico del área de salud Guanabo.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal en una muestra de 180 personas; se aplicó parte de una encuesta aprobada por el Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de La Habana y se utilizaron las tablas de Gaziano sin laboratorio para hallar el riesgo (para 5 años).

Resultados: la hipertensión arterial es el factor más frecuente seguido por el tabaquismo, la diabetes mellitus y la obesidad; para el riesgo cardiovascular global individual 28 pacientes clasifican como moderado, alto y muy alto riesgo para sexo masculino, mientras que 39 féminas se reparten en ese mismo rango.

Conclusiones: la hipertensión arterial y el tabaquismo siguen siendo frecuentes en nuestro medio. La práctica habitual de hallar el riesgo cardiovascular global individual sería indispensable para la atención primaria de salud.

Palabras clave: riesgo cardiovascular global, atención primaria de salud, hipertensión arterial, tabaquismo, área de salud.

ABSTRACT

Objective: The purpose of the study was to determine overall cardiovascular risk in adult individuals from a consultation office in Guanabo health care area.

Methods: A descriptive cross-sectional study was conducted of a sample of 180 persons, applying part of a survey approved by the Center for Atherosclerosis Research and Reference of Havana and using Gaziano's tables without laboratory tests to determine risk (for 5 years).

Results: Arterial hypertension is the most frequent factor, followed by smoking, diabetes mellitus and obesity. Individual overall cardiovascular risk was moderate, high and very high in 28 men, and 39 women were distributed over the same range.

Conclusions: Arterial hypertension and smoking continue to be common in our environment. Determination of individual overall cardiovascular risk should become an indispensable habitual practice in primary health care.

Key words: overall cardiovascular risk, primary health care, arterial hypertension, smoking, health care area.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo las primeras causas de morbimortalidad en el mundo y en Cuba.^{1,2} Estas enfermedades representan un gran problema para los sistemas sanitarios del planeta por su impacto económico y social;³ la prevalencia de los factores de riesgo va *in crescendo* y su control pudiera mejorar la epidemia que se avecina.^{1,4} Se desprende entonces que cada población debería conocer su riesgo cardiovascular que no es más que la "probabilidad que tiene un individuo de contraer una enfermedad cardiovascular en los próximos 5 a 10 años, basado en el número de factores de riesgo presentes en el mismo individuo (riesgo cualitativo) o teniendo en cuenta la magnitud de cada uno de ellos (riesgo cuantitativo)"⁵ y al contraer esta enfermedad puede sufrir un evento fatal o no. La estratificación del riesgo individual tiene la ventaja de dar un tratamiento intensivo a quienes realmente lo necesitan.^{4,6} Sin embargo, parece no existir un desenvolvimiento adecuado en la atención primaria de salud para la solución adecuada de este riesgo (riesgo cardiovascular global [RCG]) y en el mundo también existen dificultades al respecto.^{2,4,7} La estratificación del RCG debería ser práctica diaria en los consultorios de salud.

Se desarrolló este trabajo con el propósito de caracterizar el riesgo cardiovascular global en pacientes mayores de 20 años pertenecientes al consultorio 18 del área de salud de Guanabo en el período 2010-2011.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en una población urbana perteneciente al área de salud Guanabo, Habana del Este, La Habana; durante el período comprendido entre 1ro. de diciembre 2010 al 31 de julio 2011.

Universo y muestra: el universo estuvo constituido por la totalidad de personas de 20 a 60 años y más del consultorio No. 8, teniendo en cuenta que los pacientes residían de forma permanente en el área de estudio, con voluntariedad para participar y plena capacidad física y mental. De aquí se escogió una muestra que quedó constituida por 180 personas adultas pertenecientes a 60 familias escogidas al azar.

Fuente de información: Se aplicó parte de un cuestionario-modelo de recolección del dato primario (MRDP) del Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana (CIRAH), aprobado y utilizado por este centro. La información relacionada con las variables seleccionadas se obtuvo mediante la revisión de la historia clínica individual, la historia de salud familiar, interrogatorio y examen físico. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, hipertensión arterial (según lo establecido por el séptimo reporte y guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial 2008),^{8,9} índice de masa corporal (según índice de Quetelec Kg/talla²), diabetes mellitus (según estuvieran dispensarizados en el consultorio y/o lo refirieran los pacientes), tabaquismo (fumador, exfumador de menos de 3 años y exfumador de más de 3 años). Una vez obtenidos todos los datos necesarios se procedió a estratificar el riesgo cardiovascular global individual según la tabla de Gaziano sin laboratorio. Con estos datos se conformó una base de datos en el programa *Excel*.

RESULTADOS

La tabla 1 muestra una panorámica de la población del consultorio 18 en ese momento, donde el sexo femenino es mayoritario sobre el masculino.

Tabla 1. Distribución de pacientes según sexo.
Consultorio 18 del área de salud de Guanabo, 2010-2011

Sexo	Total	%
Masculino	79	43,9
Femenino	101	56,1
Total	180	100,0

En la tabla 2 se presenta el rango de edades, donde se puede apreciar que los adultos de la tercera edad constituyen mayoría.

Tabla 2. Distribución de pacientes según rango de edades

Rango de edades	Total	%
20-39	19	10,5
40-59	45	25,0
60-79	65	36,1
80 y más	51	28,3
Total	180	100,0

La hipertensión arterial (HTA) es la más prevalente de los factores de riesgo, seguido por el tabaquismo, la diabetes mellitus y la obesidad en orden de frecuencia (tabla 3). Asimismo, se observa que a más edad mayor afectación de los factores de riesgo y el apego del mal hábito de fumar por los jóvenes.

Tabla 3. Distribución de algunos factores de riesgo vascular según rango de edad en pacientes mayores de 20 años

Factores de riesgo	Rango de edades				Total	%
	20-39	40-59	60-79	80 y más		
HTA	14	19	46	23	102	56,6
D.Mellitus	1	11	19	7	38	21,1
Fumador	5	20	6	6	37	20,5
Obesidad	3	15	5	2	25	13,8

La figura expone la estratificación del riesgo cardiovascular global individual para ambos sexos, donde 28 pacientes clasifican como moderado, alto y muy alto riesgo para el masculino; mientras que 39 femeninas se reparten en ese mismo rango.

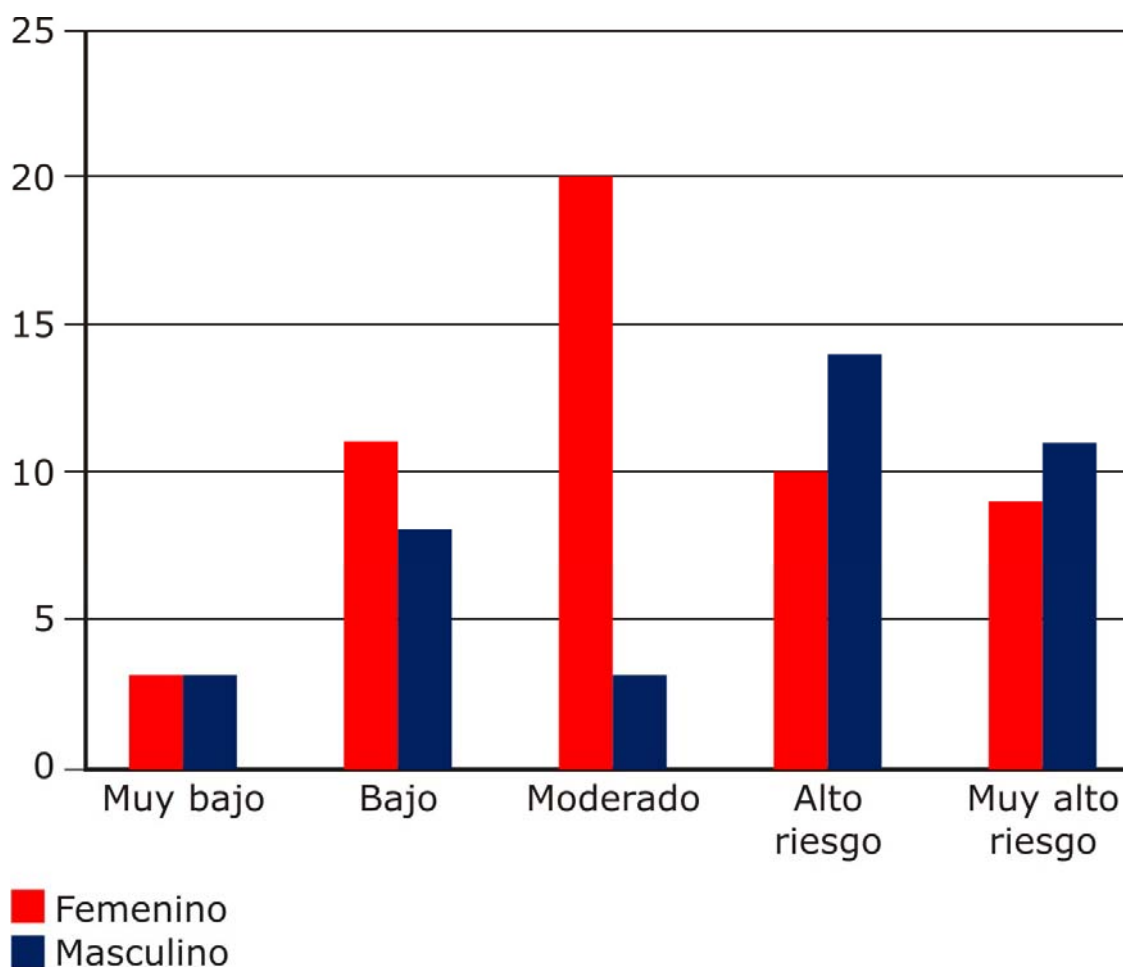


Fig. Estratificación del riesgo cardiovascular para ambos sexos, según Gaziano sin laboratorio.

DISCUSIÓN

El grupo de adultos maduros y de la tercera edad van constituyendo mayoría en nuestro medio (tabla 2); esta realidad "afecta" en general al mundo y en particular a nuestro país, pues el dominio de las enfermedades agudas, el control de la natalidad y el mejoramiento progresivo de los sistemas de salud tienden a aumentar las expectativas de vida de la población. Según se registra en la literatura, Cuba es un ejemplo de país en vías de desarrollo con un envejecimiento importante de su población.¹⁰ El 13 % de los cubanos tiene 60 años o más, número que aumentó, según estimaciones, a un 14 % en el año 2000 y alcanzará el 20,1 % en el 2025, con una expectativa de vida actual al nacer de 77,97 años.¹¹

Este contexto traerá consigo una situación más difícil y apuntará hacia la compleja situación de tratar, básicamente, adultos de la tercera edad o arribantes a la misma en proporciones abrumadoras, con el consiguiente cuadro de enfermedades tributarias de la aterosclerosis (enfermedades vasculares cerebro, cardio y periférica).

La tabla 3 muestra que la HTA es el factor más frecuente 56,6 % de la muestra, seguido por el tabaquismo, para el 20,5 %. En un trabajo que se realizó en un área rural se encontró algo similar.⁶ Se reconoce que la HTA es la enfermedad que más afecta al ser humano,^{8,9} afecta a toda la economía y predispone a otras enfermedades tales como la cardiopatía isquémica y el accidente vascular encefálico. Suele asociarse con otros factores de riesgo formando tríadas o cuartetos de alta morbilidad (hipertensión arterial y tabaquismo, hiperlipoproteinemia, diabetes mellitus, obesidad, etc.). Forma parte del síndrome metabólico el cual aumenta su riesgo cardiovascular global.¹²

En cuanto al cigarrillo, el mundo sufre una epidemia y son los jóvenes los que se apegan al mal hábito, comenzando tempranamente su influencia sobre el endotelio vascular que inicia la enfermedad aterosclerótica y desencadena la progresión de sus complicaciones trombóticas.¹³

La diabetes mellitus es considerada como un factor mayor e independiente de riesgo cardiovascular. Su asociación con otros factores mayores de riesgo resulta en una situación de alto riesgo y elevada mortalidad.^{14,15} Su riesgo es *panvascular* porque afecta todo el árbol vascular (retinopatía, enfermedad renal, arteriopatía periférica, etc.). Las personas con este padecimiento tienen un riesgo aumentado de enfermedad coronaria, que según un documento de consenso sobre diabetes y riesgo cardiovascular, es de 2 a 4 veces superior al observado en la población general.¹⁴ Se encontró la obesidad con menor frecuencia, que es una epidemia del presente y del futuro; este proceso parece facilitar la aparición de la diabetes y el adelgazamiento puede disminuir el riesgo de esta enfermedad.¹⁶ Adelgazar mejora la tolerancia a la glucosa, disminuye la secreción y la resistencia a la insulina.

La relación entre HTA y la obesidad se conoce desde hace mucho tiempo; es significativa la relación que existe entre el peso corporal y la tensión arterial y entre esta última y la distribución de la grasa.¹⁶

Por último se procedió a la estratificación del riesgo cardiovascular global según la tabla de *Gaziano*. Este autor sustituye el colesterol por el índice de masa corporal, conocida por "*Gaziano sin laboratorio*", y estima un cálculo para 5 años.¹⁶ Para la estratificación solo se escogieron a las personas de 34 a 74 años, que es el rango que pide la tabla, aunque se estudiaron los factores de riesgo en personas de menos edad, promoviendo la búsqueda de señales tempranas de aterosclerosis.

La figura muestra que el 15 % de la muestra clasifica como moderado, alto y muy alto riesgo para el sexo masculino; y el 21,6 % para el femenino en el mismo rango. Con estas personas hay que tomar medidas intensivas para evitarles dificultades de salud en el futuro. Este proceder debería ser práctica diaria en nuestros consultorios por la importancia que el tema conlleva.

Cuba se encuentra hoy día, enfrascada en la realización de una tabla propia, labor que desempeña el grupo del Departamento de Cardiología Preventiva del Instituto de Cardiología de La Habana. (*De la Noval García R, Dueñas Herrera A, Armas Rojas N. Riesgo aterosclerótico. Su importancia en la prevención cardiovascular. Estudio del riesgo vascular. Su aplicación en poblaciones cubanas. Departamento de Cardiología Preventiva, Instituto de Cardiología de La Habana. X Congreso de Medicina Interna; 2010*).

A modo de conclusiones, podemos decir que la hipertensión arterial y el tabaquismo siguen siendo frecuentes en nuestro medio, y afectan sobre todo a personas jóvenes y maduras. La práctica habitual de hallar el riesgo cardiovascular global individual sería indispensable para la atención primaria de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orduñez García PO. El desafío de la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Finlay. revista de enfermedades no transmisibles 2011; 1(1). [citado 18 marzo 2011]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/26/36>
2. Suárez Jiménez JM. Las enfermedades cardiovasculares, gestión de sistemas subnacionales de salud y recomendaciones para plan de acción. Rev Cubana Salud Pública. 2011; 37(2). [citado 18 marzo 2011]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol37_02_11/spu09211.htm
3. OPS/OMS. Reunión plenaria de alto nivel de la ONU sobre enfermedades no transmisibles 2011. [citado 16 enero 2012]. Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=5267&Itemid=3805&lang=es
4. Romero T, Romero CX. Prevención cardiovascular estancada: tendencias alarmantes y barreras socioeconómicas persistentes. Rev Esp Cardiol. 2010;63(11):1340-8.
5. Dueñas Herrera A. Determinación del riesgo cardiovascular global. [citado 16 noviembre 2008]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/determinación_del_riesgo_cardiovascular_global.pdf
6. Hernández Gárciga FF, Pría Barros MC, Pérez Lemus F. Riesgo aterogénico en la población rural de La Habana a partir de algunos factores tradicionales. Tercer trimestre 2004. Rev Habanera de Ciencias Médicas. 2007;6(3): [citado 2 octubre 2009]. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_3/rhcm09307.htm
7. Mahler H. Participación de la comunidad. El sentido de "la salud para todos en el año 2000. Rev Cubana Salud Púb. 2009;35(4):3-28.
8. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of HBP. Ingles 2003. [citado 2 octubre 2009]. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/hta/temas.php?idv=1765>
9. Comisión nacional técnica asesora del programa de hipertensión arterial del ministerio de salud pública de Cuba. Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. 2008. [citado 2 octubre 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/servicios/hta/buscar.php?id=13505&iduser=4&id_topic=17
10. Centro Iberoamericano para la Tercera Edad. Más vida a sus años. [citado 9 enero 2012]. Disponible en: <http://www.sld.cu/instituciones/gericuba/cited/index.htm>
11. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud en Cuba, 2010. [Citado 2 octubre 2011]: Disponible en: <http://bvs.sld.cu/cgi-bin/wxiz/anuario/>

12. O'Donnel CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. 2008;61:299-310.
13. Fdragas Fernández A, Cabrera Cao Y, Sanz Delgado L. Hábito de fumar. Repercusión sobre el aparato cardiovascular. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(3-4). [citado 4 noviembre 2007]: Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi183-405.pdf
14. Documentos de consenso. Diabetes mellitus y riesgo cardiovascular. Recomendaciones del grupo de trabajo Diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes 2006. Clínica e investigación en Arteriosclerosis. 2007;19(03):147-52.
15. Documentos de consenso. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. 2006. [citado 1 agosto 2008]. Disponible en: <http://www.revistaalad.com.ar/website/articulo.asp?id=10>
16. Hernández Triana M, Ruiz Álvarez V. Obesidad, una epidemia mundial: Implicaciones de la genética. Rev Cubana Invest Bioméd. [serie en la Internet]. 2007 Sep [citado 9 Dic 2011]; 26(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002007000300010&lng=

Recibido: 15 de septiembre del 2012.

Aprobado: 12 de octubre del 2012.

Dr. *Francisco Felipe Hernández Gárciga*. Policlínico Universitario "Dr. Mario Muñoz", Guanabo, Habana del Este. La Habana, Cuba. Correo electrónico: francisco.hdez@infomed.sld.cu