

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

Dr. Everardo Valdés Pacheco,¹ Dr. Alberto Morrees Abella² y Dra. Nora L. Alonso Díaz³

RESUMEN: Se realizó un estudio descriptivo en 4 consultorios de médicos de familia, pertenecientes al Policlínico Docente "19 de Abril" durante el año 1995; en el que participaron todos los pacientes portadores de cardiopatía isquémica (CI). Se encontró una prevalencia de 4,7 % con predominio en el sexo femenino y en las edades mayores de 60 años. La mayor parte eran jubilados y los factores de riesgo principales fueron el sedentarismo y la hipertensión arterial. La alteración en el E.C.G. fue el infradesnivel del segmento S-T y los medicamentos, los antiagregantes plaquetarios.

Descriptores DeCS: ISQUEMIA MIOCARDICA/ epidemiología; FACTORES DE RIESGO; MEDICINA COMUNITARIA.

La arteriosclerosis es una enfermedad que compromete las arterias de gran y mediano calibre y está perfectamente reconocida como causa de la enfermedad coronaria isquémica, la cual se decidió nombrar por la Organización Mundial de la Salud como Cardiopatía Isquémica (CI), basado en las observaciones clínicas, electrocardiográficas y ergométricas; definiéndose como una afectación miocárdica debido a una desproporción entre el aporte del flujo sanguíneo coronario y los requerimientos del miocardio, motivado por cambios en la circulación coronaria, como manifestación local de la arteriosclerosis.¹

Las enfermedades cardiovasculares son la causa de muerte más frecuente en el mundo desarrollado, dentro de ellas la CI es la responsable de más del 80 % de las muertes y entre el 25 y 40 % del total de muertes,^{2,3} con un aumento en las tasas en nuestro continente, observándose que de una tasa de 148,6 en 1970, ascendió a 201,3 por 100 000 habitantes en 1990.⁴

Los estudios arrojan desde hace más de cinco décadas una serie de factores de riesgo que predisponen o contribuyen al surgimiento de esta enfermedad, los llamados factores de riesgo.⁵

Dado el interés del tema y la frecuencia de esta patología y la presencia de los fac-

¹ Especialista de II Grado Medicina Interna. Profesor Asistente.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

³ Especialista de I Grado Medicina Interna. Profesora Asistente.

tores de riesgo en la población, decidimos realizar la presente investigación.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo en 4 consultorios médicos pertenecientes al barrio conocido como "La Timba", ubicados en el área del Policlínico Docente "19 de Abril" del municipio Plaza de la Revolución durante el año 1995.

Participaron todos los pacientes dispensarizados como portadores de CI de los 4 consultorios médicos, llenándose una encuesta a cada paciente con entrevistas en los Consultorios o en visitas de terreno al hogar, además de revisión de las historias clínicas individuales de cada uno. En la encuesta se investigaron variables como la edad, sexo, ocupación; presencia de factores de riesgo como sedentarismo, hipertensión arterial (HTA), hiperlipidemia, hábito de fumar, obesidad. También se le realizó un electrocardiograma (si tenía alguno con menos de 6 meses no se hizo) y se vio el tipo de alteración que tenía y por último se investigó sobre el tipo de medicación que tomaba para su CI. Los datos fueron contabilizados por el método de *palotes* y reflejados en tablas estadísticas en número y porcentajes.

Resultados

De una población adulta total de los 4 consultorios médicos de 2129 pacientes, se encontraron dispensarizados como portadores de cardiopatía isquémica a 102, para una prevalencia de 4,7 %.

En cuanto a la edad y sexo (tabla 1), encontramos un predominio en las mujeres con 63 (61,8 %); mientras entre los hombres

tenemos a 39 pacientes (38,2 %). En relación con la edad el mayor grupo estuvo en las edades de 60 y más años con un total de 66 personas (64,7 %), seguido del grupo de 45 a 59 años con 29 pacientes (28,4 %) y el de 30 a 44 años con 7 (6,9 %).

TABLA 1. Distribución por grupos de edad según el sexo

Grupos de edad en años	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
15-29	-	-	-	-	-	-
30-44	4	3,9	3	2,9	7	6,9
45-59	11	10,8	18	17,6	29	28,4
60 y más	24	23,5	42	41,2	66	64,7
Total	39	38,2	63	61,8	102	100

Fuente: Historia clínica familiar y encuesta.

Con relación a la ocupación (tabla 2) encontramos, que la categoría más frecuente en nuestros pacientes fue la de jubilado con 47 (46,08 %), seguido de las amas de casa con 28 (27,45 %).

En cuanto a los factores de riesgo encontrados (tabla 3) en los pacientes, vemos que el predominio fue el sedentarismo con 79 (77,45 %) seguido de la hipertensión arterial con 70 (68,63 %), la obesidad y el hábito de fumar con 29 (28,43 %) ambos.

Si nos referimos a las alteraciones ECG más frecuentes (tabla 4), vemos que fue el infradesnivel del segmento S-T con 21 (20,59 %) seguido de las alteraciones de la onda T con 20 (19,61 %) y las arritmias con 18 (17,65 %).

En relación con los medicamentos más usados se demostró un predominio de los antiagregantes plaquetarios usados por 75 (73,53 %), seguido de los vasodilatadores con 64 (62,75 %) y los anticálcicos con 33 (32,35 %) (tabla 5).

TABLA 2. Comportamiento de la ocupación según el sexo

Ocupación	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ama de casa	-	-	28	27,45	28	27,45
Jubilado	26	25,49	21	20,59	47	46,08
Profesionales	1	0,98	2	1,96	3	2,94
Técnicos	3	2,94	5	4,94	8	7,84
Obreros	3	2,94	-	-	3	2,94
Servicios	5	4,90	6	5,88	11	10,78
Administrativos	1	0,98	1	0,98	2	1,96
Total	39	38,24	63	61,76	102	100

Fuente: Encuesta.

TABLA 3. Distribución de los factores de riesgo en relación al sexo

Factores de riesgo	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Hipertensión arterial	25	24,51	45	44,12	70	68,63
Diabetes mellitus	7	6,86	14	13,73	21	20,59
Hiperlipidemia	5	4,90	17	16,67	22	21,57
Obesidad	6	5,88	23	22,55	29	28,43
Sedentarismo	24	23,53	55	53,92	79	77,45
Hábito de fumar	13	12,75	16	15,68	29	28,43

Fuente: Encuesta.

TABLA 4. Alteraciones del electrocardiograma más frecuente

Tipo de alteración	No.	%
Infradesnivel del segmento S-T	21	20,59
Alteraciones de la onda	20	19,61
Signos de infarto del miocardio antiguo	11	10,78
Bloqueo de la rama izquierda	6	5,88
Bloqueo de la rama derecha	3	2,94
Bloqueo auriculo-ventricular	4	3,92
Bloqueo fascicular anterior	11	10,78
Arritmias	18	17,65
Hipertrofia del ventrículo izquierdo	13	12,75
Trastorno de la conducción-intraventricular	16	15,69
Sin alteraciones	16	15,69

Fuente: Encuesta.

TABLA 5. Medicamentos más usados por los pacientes

Medicamentos	No.	%
Vasodilatadores	64	62,75
Anticálcicos	33	32,35
Antiagregantes plaquetarios	75	73,53
Digitálicos	23	22,55
Anticuagulantes	-	-
Betabloqueadores	10	9,80
Diuréticos	26	25,49
Sin medicamentos	2	1,96

Fuente: Encuesta.

Discusión

Tuvimos una prevalencia más elevada que la del informe anual del MINSAP del

año 1994 que fue de 1,14 % (Cuba. Ministerio de Salud Pública. Informe Anual de la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP. Año 1994); aunque más baja que la reportada por otros autores.^{6,7} En realidad pensamos que en la prevalencia encontrada tenemos un subregistro de casos, que constituye la morbilidad oculta de la enfermedad, debiéndose ir al descubrimiento de la misma.

Aunque algunos estudios dan un predominio de casos del sexo femenino,⁷ la mayoría indica una frecuencia mayor en el masculino.^{1,2,6,8} El hecho de tener en nuestro caso un predominio del sexo femenino, posiblemente influyó el hecho de que la población predominante sea de este sexo, además de que ellas son más asiduas a los consultorios médicos que los hombres, por lo que opinamos que entre los hombres se encuentra el mayor número de casos a detectar en la morbilidad oculta y posible subregistro.

Puede observarse que no tuvimos ningún caso con menos de 30 años, coincidiendo nuestro estudio con otros autores en cuanto a que el número de casos aumentó directamente proporcional con la edad, o sea, que a mayor edad, mayor número de enfermos.^{2,6,9,10}

El hecho de haber encontrado un predominio en jubilados, lo relacionamos a la edad de la mayoría de nuestros pacientes es de más de 60 años, coincidiendo con otros autores que tuvieron un predominio en jubilados.^{9,11}

Aunque el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que las pruebas científicas sobre la asociación entre la inactividad física y la cardiopatía isquémica, no eran concluyentes,¹² en otros estudios se ha comprobado que el ejercicio físico disminuye la mortalidad por CI,¹³ por lo que damos gran importancia al hecho de que se observó en nuestros pacientes una tendencia al sedentarismo.

En relación con las alteraciones ECG encontradas en nuestro estudio, tuvimos coincidencia con otros autores quienes reportaron que el infradesnivel del segmento S-T fue también lo más frecuente para ellos.^{2,14}

Igualmente tuvimos coincidencia con otros autores en el uso de medicamentos.^{7,12} Actualmente en la terapéutica moderna esos son los medicamentos que se siguen recomendando por los distintos autores.^{2,14,15}

Conclusiones

1. No tuvimos una alta prevalencia de CI, y la que hay, predomina en el sexo femenino y en los mayores de 60 años.
2. La ocupación que más se presentó fue la de jubilado; y los factores de riesgo, el sedentarismo y la HTA.
3. La alteración ECG más frecuente fue el infradesnivel del segmento ST, y los medicamentos, los antiagregantes plaquetarios y los vasodilatadores.

SUMMARY: A descriptive study was conducted in 4 family physician's offices corresponding to the "19 de Abril" Teaching Polyclinic during 1995.

All the patients suffering from ischemic heart disease participated in this study. It was found a prevalence of 4.7 % with predominance of females over 60. Most of the individuals were retired. The main risk factors were sedentarism and arterial hypertension. The alteration detected in the ECG was the infradrop of the S-T segment and the most used drugs the platelet antiaggregates.

Subject headings: MYOCARDIAL ISCHEMIA/ epidemiology; RISK FACTORS; COMMUNITY MEDICINE.

Referencias Bibliográficas

1. Colectivo de autores. Libro de texto de medicina general integral. La Habana. Editorial Pueblo y Educación, 1990;13:
2. Dueñas Herrera A. Cardiopatía isquémica. Su control en el nivel primario de salud. Rev Cubana Gen Integr 1992;8:202-13.
3. Ochoa Soto R, Bonet Corbea M. Fundamentos de la lucha contra las enfermedades crónicas y su dispensarización. Rev Cubana Med Gen Integr Integr 1992;8:202-13.
4. OPS. Las condiciones de salud en las Américas. Washinton DC, 1994:224-32. Publicación científica; No. 549).
5. Álvarez Pérez J. Comportamiento urbano y rural de factores de riesgo coronario en un estudio comunitario. Rev Cubana Med Gen Integr Integr 1992;8:33-8.
6. Desmond J. Cardiology. London: Cambel Cowan, 1992;96-128.
7. Díaz Novas J, Salado C. Morbilidad general en un consultorio médico de la familia. Estudio de 1 año. Rev Cubana Med Gen Integr Integr 1989;5:351-61.
8. Roca Goderich R. Temas de medicina interna. La Habana: editorial Pueblo y Educación, 1990;1:267-81.
9. Hernández Cañero A. Disminución de los índices de mortalidad por cardiopatía isquémica. Rev Cubana Med Gen Integr Integr 1986;2(2):95-8.
10. Romero Doger M, Fernández Brito J. Estudio de la prevalencia de las enfermedades de origen aterosclerótico en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr Integr Integr 1992;8:127-38.
11. Zipes Douglas P. Progress in cardiology. Philadelphia: Lead and Febiger, 1992;79-102.
12. Mazorra R. Sedentarismo. Rev Cubana Gen Integr 1992;8:255-8.
13. Rodríguez BL, Curb J, Burchfiel C. Physical activity 23 year incidence of coronary heart disease morbidity and mortality, among midle-aged men. Circulation 1994;89:2540-4.
14. Jenkis CD. Two dimensional intervention plan to reduce risk factor for ischemic heart disease. Am Acad Med Singapore 1992;21:84-91.
15. Murtagh J. Clinica General. Lisboa: Grafica Manuel Barbosa e Filhos, 1996:36-8.

Recibido: 27 de octubre de 1997. Aprobado: 22 de abril de 1998.

Dr. *Everardo Valdés Pacheco*. Calle Desagüe No. 656 entre Ayestarán y Almendares, Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.