

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García
Policlínico Universitario Dr. Mario Muñoz Monroy
Dirección Municipal de Salud de La Habana del Este

Riesgo cardiovascular global consultorio 3. Área de salud de Guanabo 2008

Global cardiovascular risk. Consulting 3. guanabo health locality 2008

Dr. Francisco Felipe Hernández Gárciga¹, Dr. Ismail Opeyemi Jimada², Dra. María del Carmen Pría Barros³

¹Especialista Primer y Segundo Grados en Medicina Interna. Diplomado en aterosclerosis. *Master* en Investigación en aterosclerosis. Auxiliar. Máximo Gómez núm.61. Municipio de Guanabacoa, Ciudad de La Habana.

francisco.hdez@infomed.sld.cu

²Residente Escuela Latinoamericana de Medicina. jamonig@yahoo.co.uk

³Especialista Segundo Grado en Bioestadística. Auxiliar. *Master* en Salud Pública. mcpria@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar algunos factores de riesgo aterogénicos en la población perteneciente al consultorio médico 3 del Policlínico Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy", situado en la localidad de Guanabo, municipio Habana del Este, durante el período comprendido entre el 2 de marzo al 1^o de diciembre del año 2008, cuyo propósito general fue realizar un enfoque de riesgo individual (Riesgo Cardiovascular Global) en esta comunidad a partir de algunos factores de riesgo aterogénico identificados, tales como Hipertensión Arterial, Obesidad, *Diabetes Mellitus* y Tabaquismo, entre otros. La muestra estuvo conformada por los adultos mayores de 20 años que ascendieron a 325 personas. Los principales resultados obtenidos muestran mayor frecuencia de hábito de fumar, hipertensión arterial y *Diabetes mellitus*, predominaron los hábitos alimentarios inadecuados, sobre todo, en el sexo masculino. Se pudo determinar que 22.8% de los pacientes presentan riesgos alto y muy alto de morbimortalidad cardiovascular en los próximos 5 a 10 años y que una gran parte de las personas

necesita intervención sanitaria para evitar o disminuir riesgos cardiovasculares en el futuro.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular global; Factores de riesgo aterogénico; Atención primaria de salud.

ABSTRACT

A descriptive study of transverse structure was carried out with the objective of determining some atherogenic risk factors in the particular population of the consulting # 3 of the Dr. Mario Muñoz Monroy Teaching Polyclinic, situated in the Guanabo health locality of the Habana del Este Municipality, during the period between the 2nd of March to the 1st of December, 2008, with a general proposition to carry out a focus on individual risk (Global Cardiovascular Risk) in this community with respect to some identified atherogenic risk factors such as Arterial Hypertension, Obesity, *Diabetes Mellitus* and Tabaquism among others. The sample was made up of adults above the age 20 years which came to about 325 persons. The principal results obtained show a higher rate of smoking habit, arterial hipertensión and diabetes mellitus. Inadequate eating habits predominated especially in the masculine sex. It was deduced that 22.8% of the patients present high and very high risk of cardiovascular morbimortality in the next 5 to 10 years and that a very large part of the patients need health intervention so that they can avoid or reduce cardiovascular risks in the future.

Key Words: Global Cardiovascular Risk, Atherogenic Risk Factors, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

En los países donde las infecciones no ocupan un lugar preponderante, la aterosclerosis sigue siendo la primera causa de muerte y enfermedad; es causa de invalidez e incapacidad y pérdida de la calidad de vida.¹ La prevalencia de aterosclerosis está aumentando rápidamente en los países en desarrollo, y como las personas en los países desarrollados viven más tiempo, la incidencia aumentará.^{2, 3} Se espera que en el 2020 la aterosclerosis sea la causa principal de muerte en el mundo, en cada cuatro segundos ocurre un infarto agudo del miocardio y cada cinco segundos un evento vascular cerebral; en América Latina, 75% de la mortalidad total en adultos se debe a enfermedades crónicas.⁴ El riesgo que un determinado individuo tiene de padecer un episodio de enfermedad coronaria u otra enfermedad de origen ateromatosa en los años siguientes puede valorarse atendiendo a los principales factores de riesgo cardiovascular y la forma en que estos interactúan. Este es el llamado Riesgo Cardiovascular Global (RCG), que toda población debería conocer,⁵ para aumentar su calidad de vida. En Costa Rica, se realizó un estudio sobre RCG el cual utilizó diferentes tablas para buscar la concordancia entre las mismas, coincidiendo todas en estratificar la mayoría de la población en bajo riesgo,⁵ excepción hecha para los diabéticos y obesos con las tablas de Framingham clásica y la de Wilson. Asimismo, en España se han utilizado

las funciones de REGICOR y SCORE, pues la de Framingham sobrestima el riesgo en el área mediterránea, lo que se conoce como la paradoja del Sur de España.⁶ Otro dato interesante es que el RCG en países como Bélgica e Italia es treinta veces mayor que el de España.⁶ En Cuba, a nuestro juicio, faltarían estudios a gran escala para tener idea de cuál es nuestro RCG; el Centro de Investigación y Referencias de Aterosclerosis de La Habana (CIRAH) ha desarrollado parte de estos.⁷ Al estudiar el consultorio 3 del área de salud de Guanabo, obtuvimos que la mayoría de la población clasifica como bajo y sin riesgo.

Objetivo general

1. Realizar un enfoque de riesgo individual en esta comunidad a partir de los factores de riesgo aterogénico identificados.

Objetivos Específicos

1. Identificar algunos factores de riesgo aterogénicos, fundamentalmente la Hipertensión Arterial, Obesidad, *Diabetes Mellitus* y Tabaquismo.
2. Determinar la relación de los factores de riesgo aterogénicos para determinar el riesgo cardiovascular individual.

Material y MÉtodos

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con el propósito de determinar los factores de riesgo aterogénicos en la población escogida y buscar el riesgo cardiovascular global según tabla europea ESH-OMS.

El universo de estudio estuvo constituido por los pacientes mayores de 20 años, 340 en total, pertenecientes al consultorio 3 del policlínico "Mario Muñoz Monroy", ubicado en la localidad de Guanabo, municipio Habana del Este, durante el período comprendido entre el 2 de marzo del 2008 al 1 de diciembre del propio año; al final quedó una muestra de 325, después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

Pacientes mayores de 20 años.

Pacientes dispuestos a colaborar en el estudio.

Criterios de exclusión

Pacientes menores de 20 años.

Pacientes embarazadas.

Pacientes que se nieguen a colaborar en el estudio.

A todas las personas, se les aplicó parte de una encuesta preestablecida y aprobada por el Centro de Investigación y Referencias de Aterosclerosis de La Habana (CIRAH); Los datos recogidos fueron confirmados a través de la ficha familiar e historia clínica individual de cada paciente.

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} Obesidad (según índice de Quetelec Kg/talla²), *Diabetes Mellitus* (según estuvieran dispensarizados en el consultorio y/o lo refirieran los pacientes), Tabaquismo (fumador, exfumador <3 años y exfumador >3 años), Cardiopatía Isquémica, Ejercicio Físico (no ocasional y frecuente), así como los hábitos alimentarios (según percepción que los estudiados tienen en poca, regular y mucha). Una vez obtenidos todos los factores de riesgo se procedió a estratificar el riesgo vascular global.

RESULTADOS

La Tabla 1 muestra la frecuencia según edad y sexo donde el grupo femenino supera en números a los masculinos; asimismo, el grupo de 60 y más años representa mayoría y si damos una mirada panorámica, observamos que las personas de mediana edad y los ancianos conforman el grosor de los pacientes estudiados.

Tabla 1. Distribución de individuos según sexo y edad, del consultorio 3. Año 2008

Grupos de edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	%
	No.	%	No.	%		
20-39 años	45	28.7	38	22.6	83	25.5
40-59 años	58	36.9	58	34.5	116	35.6
60 y más años	54	34.4	72	42.9	126	38.7
Total	157	100.0	168	100.0	325	100.0

La Tabla 2 revela la distribución de los factores de riesgo, buscados en esta población donde el hábito de fumar supera a todos los demás, seguido por la hipertensión arterial y la *Diabetes Mellitus*; igualmente, podemos ver que el hábito de fumar está arraigado desde edades tempranas, mientras que el resto de las enfermedades crónicas afecta más a las personas de mayor edad.

Tabla 2. Distribución de factores de riesgo según edad

Edad	Factores de riesgo				
	HTA	DM	CI	Hab Fum	Obesidad
	No.	No.	No.	No.	No.
20-39 N=83	3	2	2	26	1
40-59 N=116	24	9	7	53	10
60 y más N=126	64	35	19	33	18
Total	91	46	28	112	29

Legenda: HTA: hipertensión arterial. Hab Fum: hábito de fumar.
DM: *Diabetes mellitus*. CI: cardiopatía isquémica.

La Tabla 3 muestra la distribución según sexo y la percepción que los estudiados tienen sobre el consumo de comida; 216 personas refirieron comer de forma regular, siendo las femeninas la mayoría, y solo 6.5% de ellas dijeron comer mucho.

Tabla 3. Distribución de individuos según sexo y percepción de consumo de comida

Consumo de comida	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Poca	19	12.1	41	24.5	60	18.46
Regular	100	63.7	116	69	216	66.46
Mucha	38	24.2	11	6.5	49	15.07
Total	157	100	168	100	325	99.99

La Tabla 4 nos muestra el algoritmo utilizado y recomendado por los europeos, el cual permite estratificar de forma cualitativa el Riesgo Cardiovascular Global Individual; en esta tabla se utiliza como base el factor de riesgo hipertensión arterial y se relaciona por la otra columna con otros factores de riesgo, permitiendo calcular el riesgo de forma cualitativa.

Tabla 4. Algoritmo para hallar el Riesgo Cardiovascular Global Individual. (ESH-OMS, 2007)

Otros Factores de Riesgo	Tensión Arterial mmhg					+= 180 += 100
	PAS120-129 PAD 80-84	130-139 85-89	140-159 90-99	160-179 100-109		
Sin FR	Sin riesgo	Sin riesgo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	R. muy alto	
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado	R. muy alto	
3 ó más (MS, DM, OD)	Riesgo moderado	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto	R. muy alto	
E.C.V. o Renal establecida	R. muy alto	R. muy alto	R. muy alto	R. muy alto	R. muy alto	

Leyenda: FR: factores de riesgo. MS: síndrome metabólico. DM: *Diabetes mellitus*. OD: órgano diana. ECV: enfermedad cardiovascular.

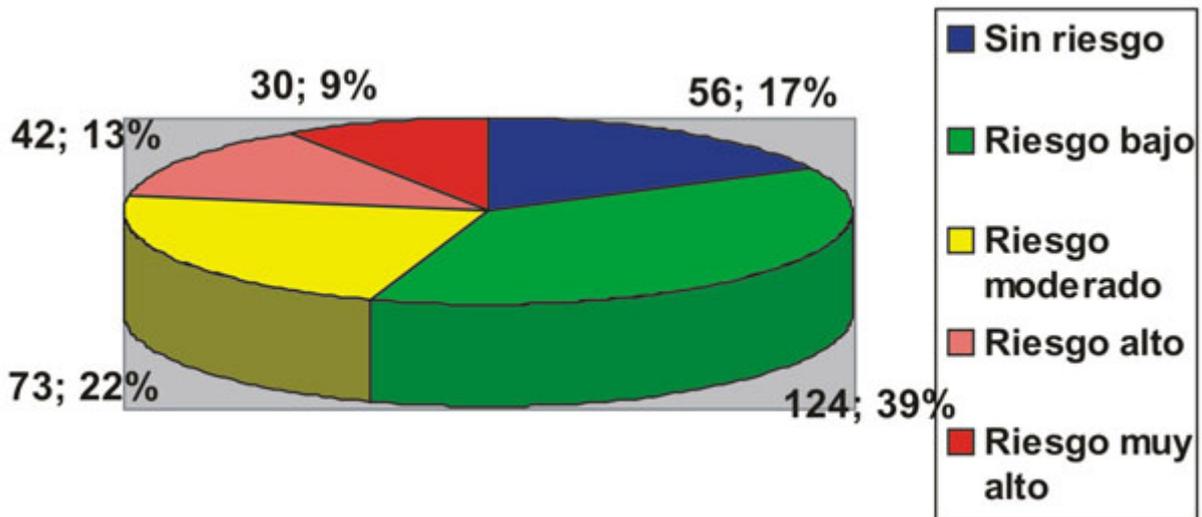


Gráfico 1. Distribución de los distintos riesgos individuales.

El Gráfico 1 deja ver la distribución de los riesgos individuales; las personas con riesgo alto y muy alto son 72, lo que representa 22.1% del total estudiado.

DISCUSIÓN

Lo que se puede apreciar en la Tabla 1 no nos sorprende, pues sabemos que la población está envejeciendo rápidamente en el mundo y Cuba no escapa a este fenómeno.¹⁰ Asimismo, el comportamiento de la Tabla 2 tiene explicación, según se revisa la literatura. El mundo sufre una epidemia con el cigarrillo, son cada vez más frecuentes los jóvenes que se acogen a este mal y dañino hábito.¹¹ El autor principal de este trabajo realizó un estudio similar en un área rural de La Habana y se encontró algo parecido.¹² En cuanto a la hipertensión arterial se reconoce que 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.^{8,9} Sería conveniente señalar que cuando se fusionan en un paciente varios factores de riesgo, tales como la hipertensión arterial, la prediabetes, la obesidad y dislipidemia estaríamos enfrentando a un individuo con síndrome metabólico, el cual aumenta su riesgo cardiovascular global.¹³ No podemos dejar de mencionar la obesidad que también es una epidemia del presente y futuro, y predispone igualmente a otras patologías importantes: enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, *Diabetes mellitus* tipo 2, hipertensión arterial, algunos cánceres y a la apnea del sueño.^{14,15}

La mujer es la que casi siempre cuida de su figura estéticamente y se expone de manera panorámica en este estudio cuando vemos que la mayoría cuida, desde su percepción, los hábitos alimentarios; 138 hombres expresaron comer regular y mucho (Tabla 3). Los hábitos alimentarios de una población constituyen un factor determinante de su estado de salud. Si son inadecuados (por exceso, o por defecto) se relacionan con numerosas enfermedades de elevada prevalencia y mortalidad en el mundo occidental, como son las enfermedades cardiovasculares, algunos cánceres, obesidad, osteoporosis, anemia, caries dental, cataratas y ciertos trastornos inmunitarios, entre otras.¹⁶ En la actualidad, sabemos que las principales causas de mortalidad en los países desarrollados están estrechamente relacionadas con la dieta, consumo de alcohol, tabaco y actividad física, aunque probablemente estos factores actúan sobre un sustrato genético favorecedor del desarrollo de determinadas enfermedades. La evolución experimentada por la dieta occidental se caracteriza por un consumo elevado de alimentos de origen animal, por la presencia de gran cantidad de productos refinados y alta densidad energética y al mismo tiempo, un bajo consumo de alimentos de origen vegetal.¹⁶

La Tabla 4¹⁷ (recomendada por la Sociedad Europea de Hipertensión y Cardiología y aceptada por la OMS en 1999 y luego mejorada en el 2007) permite hallar el riesgo cardiovascular global individual y tiene algunas ventajas tales como que se puede aplicar en poblaciones de bajos recursos para realizar investigaciones, de la misma manera no se le escapan los riesgos promedio que equivale al riesgo de la población normal, los riesgos muy altos que equivalen a un riesgo incrementado y utiliza la hipertensión arterial como base, tan frecuente en nuestro medio. Esta tabla fue utilizada por el autor principal de este trabajo para hallar el riesgo aterogénico (Riesgo Cardiovascular Global) individual en una población rural de La Habana,¹² como parte de una investigación a gran escala del CIRAH (Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana).

En el estudio anteriormente mencionado para hallar el riesgo aterogénico individual en una población rural de La Habana, se encontró un porcentaje de pacientes con riesgo alto y muy alto parecido (22.8%).¹² El médico titular del consultorio 3 tendrá en el futuro una tarea sanitaria para evitar la progresión de la cadena aterogénica, incentivando estilos de vida saludables en aquellos que muestran la posible vulnerabilidad vascular y promoviendo salud en los que ostentan los riesgos más bajos.

Conclusiones

Los factores de riesgo cardiovascular encontrados en la población, con mayor prevalencia, fueron Hipertensión Arterial, Hábito de fumar, *Diabetes Mellitus* y con menor prevalencia sedentarismo, obesidad y alcoholismo, predominantemente de manera general en el sexo femenino y distribuidas en diferentes grupos étnicos.

Se establece una predicción del riesgo cardiovascular individual en que 22% de la población estudiada tiene un riesgo alto o muy alto de padecer un episodio cardiovascular fatal o no en los próximos 10 años de acuerdo con la presencia y asociación de los distintos factores de riesgo cardiovascular, siendo útil este tipo de proceder.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández-Britto Rodríguez JE, Barriuso Andino A, Chiang MT, Pereira A, Toros Xavier H, Castillo Herrera JA y col. La señal aterogénica temprana: estudio multinacional de 4 934 niños y jóvenes y 1 278 autopsias. Rev Cubana Invest Biomed 2005; 24(3) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol24_3_05/ibi01305r.htm [Consultado: 2/octubre/2009].
2. García-Moll X. Inflamación, aterosclerosis, factores de riesgo clásico, bioestadística, significación clínica. ¿Dónde estamos? Rev Esp Cardiol. 2007; 60: 1220_1222.
3. Editorial: Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana (CIRAH). Rev Cubana Invest Biomed. 1998; 17(2):101-11.
4. García-García E, De la Llata-Romero M, Kaufer-Horwitz M, Tusié-Luna MT, Calzada-León R, Vázquez-Velázquez V y col. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Arch Cardiol Mex 2008; 78: 318-37.
5. Guzmán Padilla S, Roselló Araya M. Riesgo cardiovascular global en la población adulta del área urbana del Cantón Central de Cartago, Costa Rica. Rev. costarric. Cardiol. 2006; 3(8).Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/pdf/rcc/v8n3/3464.pdf> [Consultado: 29/octubre/2007].
6. Marrugat J, Grau M. Funciones de riesgo en la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Rev Esp Cardiol. 2008; 61(4):404-16.
7. Núñez García MV, Ferrer Arrocha M, Meneau Pérez TX, Cabalé Vilariño B, Gómez Nario O, Migueles Nodarse R. Factores de riesgo aterogénico en la población de 19 a 39 años de 2 consultorios del médico de familia. Rev Cubana Invest Biomed. 2007; 26(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26_2_07/ibi06207.htm [Consultado: 2/octubre/2009].
8. Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of HBP. Inglés 2003. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/hta/temas.php?idv=1765> [Consultado: 2/octubre/2009].
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. Disponible en: http://www.sld.cu/servicios/hta/buscar.php?id=13505&iduser=4&id_topic=17 [Consultado: 2/octubre/2009].

10. Naciones Unidas, abril 2007. El mundo registrará una explosión demográfica en las próximas décadas. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/servicios/aldia/view.php>. [Consultado: 23 de abril de 2007]
11. Fadrugas 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). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_3-4_05/mgi183-405.pdf [Consultado: 4/noviembre/2007].
12. 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). Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/rhcm_vol_6num_3/rhcm09307.htm [Consultado: 2/octubre/2009].
13. O'Donnel CJ, Elosua R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. 2008; 61: 299 _ 310.
14. Hill J, Catenacci V, Wyatt HR. Obesidad: Visión general de una epidemia. Clínicas de Norteamérica. 2005; 28 (01):1_23.
15. Rodríguez-Ojea Menéndez A. La transición nutricional y las enfermedades cardiovasculares en la década de los 90. Acta Médica. 2003; 11(1):26-37.
16. Rivera Barragán MR. Hábitos alimentarios en estudiantes de la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Rev Cubana Salud Pública. [Periódico en la Internet]. 2006 Sep. [Citado 2009 Nov 06]; 32(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662006000300005&lng=es&nrm=iso.
17. Group de authors task Force. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). Journal of Hipertensión. 2007, 25:1105_1187.