

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H)

Policlínico Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Guanabo.

Dirección Municipal de Salud de Habana del Este.

Ciudad de La Habana, Cuba.

RIESGO ATEROGENICO EN UNA POBLACION RURAL DE LA HABANA A PARTIR DE ALGUNOS FACTORES TRADICIONALES.

TERCER TRIMESTRE 2004

*Dr. Francisco Felipe Hernández Gárciga. Luz 158 A entre Venus y Aranguren, Municipio de Guanabacoa. Ciudad de La Habana, Cuba.

francisco.hdez@infomed.sld.cu

**Dra. María del Carmen Pría Barros. Calle 456 núm. 505 entre 5ta. y 7ma. Alturas de Boca Ciega. Habana del Este. Ciudad de La Habana. Teléfono: 796 2167. mcpria@infomed.sld.cu

***Dr. Francisco Pérez Lemus. Calle 472 núm. 1109 entre 11 y 13. Guanabo. Municipio Habana del Este. Ciudad de La Habana. Teléfono: 796 2105. jperez@infomed.sld.cu

* Especialista Segundo Grado Medicina Interna. *Master* en investigación en aterosclerosis. Profesor Auxiliar Departamento Medicina General Integral de la Facultad de Ciencias Médicas Gral. Calixto García Iñiguez.

** Especialista Segundo Grado Bioestadística. Profesora Auxiliar Escuela Nacional de Salud Pública. *Master* en Salud Pública.

***Especialista Segundo Grado Medicina General Integral. Profesor Auxiliar Departamento Medicina General Integral. *Master* en Promoción de Salud.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en una población rural de La Habana, área de salud Jaruco, zona Tumba Cuatro-Majana, cuyo propósito fue realizar un enfoque de riesgo individuo-familia a partir de la presencia de algunos factores de riesgo aterogénicos tradicionales ya identificados durante el tercer trimestre de 2004. También se buscaron otros daños a la salud considerados como variables secundarias. La muestra estuvo conformada por 52 familias y todos sus adultos mayores de 15 años que ascendieron a 125 personas. De esta forma, se pudo aplicar la técnica estadística conocida como Cluster Análisis no jerárquico que nos permitió la estratificación deseada. Pudimos concluir que existen 14 personas con riesgo alto y muy alto de morbimortalidad cardiovascular en los próximos 5 a 10 años y que la mayoría de las familias necesitan intervención sanitaria para evitar o disminuir este riesgo en el futuro.

Palabras clave: Aterosclerosis, Riesgo aterogénico, Riesgo individuo-familia.

INTRODUCCION

Se conoce que la aterosclerosis es la causa fundamental de las enfermedades cardio-cerebrovasculares ^{1, 2} y según un estudio realizado en México, ³ reconoce que en todas sus formas es la responsable de por lo menos la cuarta parte de todos los fallecimientos ocurridos en ese país. Asimismo, desde 1919, la aterosclerosis se ha convertido en la primera causa de muerte e incapacidad en los Estados Unidos y en 1991 las enfermedades cardiovasculares fueron las responsables de 43% de todas las muertes en varones y mujeres en ese país. ⁴ En un trabajo revisado sobre estratificación del riesgo cardiovascular ⁵ se reseña que: "En los últimos 50 años, ha habido avances muy importantes en los diferentes aspectos que engloban a la enfermedad coronaria, entre e stos, la identificación de los factores de riesgo coronario ha sido de mucha importancia." El riesgo que un determinado individuo tiene de padecer un episodio de enfermedad coronaria u otra enfermedad de origen ateromatoso en los años siguientes puede valorarse atendiendo a los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV), y la forma en que estos interactúan. Sin embargo, el riesgo de presentar un episodio cardiovascular es muy distinto de unos individuos a otros. ⁶ El principal objetivo del tratamiento de estos FRCV es prevenir las enfermedades cardiovasculares. ⁷⁻¹⁰ Debemos dirigir entonces las medidas terapéuticas, en especial las farmacológicas, a aquellos individuos con un mayor riesgo cardiovascular. Además, sabemos que cuanto mayor es el riesgo de enfermar un individuo, mayor es el beneficio de la intervención. Ello nos permitirá orientar las acciones terapéuticas y preventivas hacia las personas que más se beneficien de ellas y evitar intervenciones innecesarias en las personas con bajo riesgo. Quisimos extender el estudio hacia la familia para valorar su riesgo, porque esta es la estructura fundamental donde el individuo adquiere sus costumbres y "malos hábitos" que desarrollan los procesos ateroscleróticos desde temprana edad. Actuando sobre la familia garantizaremos una calidad de vida adecuada.

Objetivos

Objetivo general

1. Realizar un enfoque de riesgo individuo-familia en una población rural del municipio Jaruco, provincia La Habana durante el tercer trimestre del 2004, a partir de algunos factores de riesgo aterogénicos tradicionales

ya identificados.

Objetivos específicos

2. Determinar la relación de los factores de riesgo aterogénicos para establecer el riesgo cardiovascular individual.
3. Identificar las familias con características similares en relación con riesgos y daños presentes para orientar la estrategia de intervención en esa comunidad.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio descriptivo y transversal en una población rural perteneciente a Tumba Cuatro, área de salud Jaruco, provincia La Habana; durante el período comprendido entre el 1ro. de junio al 31 de agosto de 2004.

Universo y muestra:

El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de personas de 15 y más años pertenecientes al consultorio núm. 34 de Tumba Cuatro y de aquí se seleccionó una muestra constituida por un total de 125 personas, quienes representan nuestras unidades de análisis, agrupadas en 52 familias.

VARIABLES:

En un trabajo previo se habían buscado algunos factores de riesgo, tales como: hipertensión arterial, *diabetes mellitus*, obesidad, tabaquismo, consumo de alcohol y estilos de vida alimentario.

Se recogieron otros aspectos secundarios durante la visita y que nos sirvieron para el trabajo con las familias: padecimientos (arritmias, Infartos, hipercolesterolemia, etcétera) y variables demográficas, que están contemplados en un modelo-cuestionario (diseñado por el Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana). A los datos se les aplicó el Cluster Análisis no jerárquico para la estratificación del riesgo de las familias, así como la significación estadística (prueba X^2) de la asociación entre la prevalencia del factor estudiado y la del daño considerado.

ANALISIS Y DISCUSION

Se realizó una estratificación de riesgo individual (Tabla 1) tomando como parámetro fundamental el importante factor de riesgo hipertensión arterial, ¹¹⁻¹⁵ propuesto por la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de la Hipertensión Arterial, ¹³ y nos muestra que 60.6% de las personas que tienen este padecimiento poseen un riesgo moderado de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 5 a 10 años y existen 14 pacientes considerados de alto y muy alto riesgo para 8.1% y 14.7%, respectivamente. La estratificación del riesgo cardiovascular individual se realizó teniendo en cuenta los

diferentes factores de riesgo que concomitan ; esto es lo que los mexicanos llaman la “Consolidación Conjuntiva”. 15, 16

Hasta ahora solo se hablaba de cálculo del riesgo coronario y no de riesgo cardiovascular. La diferencia entre el riesgo coronario y el cardiovascular estriba en las enfermedades cardiovasculares que incluyen. El riesgo coronario estima la probabilidad de padecer una cardiopatía isquémica y el riesgo cardiovascular, además, la de una enfermedad isquémica cerebrovascular o de las extremidades inferiores. ⁶

La instauración de un tratamiento con fármacos debería hacerse fundamentalmente en aquellos pacientes con un riesgo cardiovascular elevado (> 20% a los 10 años) a pesar de las medidas de modificación del estilo de vida.

Por último , se seleccionaron las familias con las variables estudiadas (los principales factores de riesgo aterogénicos mencionados y los otros elementos secundarios) para poder clasificarlas y agruparlas y se obtuvieron tres grupos bien delimitados (Tabla 2). El primer grupo consta de 22 familias; el segundo por 23 y el tercero por 7. La diferencia se encuentra bien establecida según las distancias euclidianas con respecto al centro de cada una de ellas (Tabla 2). Esto se logró aplicando el Cluster Análisis y mientras más disten entre ellas más diferencia habrá. El primer grupo , por ejemplo, ostenta las personas más jóvenes y que consumen alcohol de forma ocasional, mucho más grasa y sal, edad de comienzo del tabaquismo mucho más temprana, contiene a los prehipertensos y, por supuesto , un poco más de la tercera parte de los hipertensos, sin contar a los obesos y sobrepesos (Tabla 3). Este grupo de familias tendría mayor riesgo de enfermedad cardiovascular en el futuro, de seguir “vírgenes” y no tomar con ellos conductas saludables. Otro grupo de riesgo sería el segundo, pues se trata de personas de mediana edad que todavía gozan de plenitud física y psíquica y se encuentran de manera útil vinculados socialmente. No se encontró en la literatura revisada ningún trabajo con un tratamiento similar sobre familias que permita contrastar estos resultados.

CONCLUSIONES

1. Más de la mitad de los hipertensos están expuestos, con moderada probabilidad, a sufrir un evento aterosclerótico en el plazo de 5 a 10 años y existen 14 personas, de las 125 estudiadas, con riesgo alto y muy alto de morbimortalidad cardiovascular.
2. La mayoría de las familias presentan elementos de riesgo y necesitan de inmediata intervención sanitaria para evitar futuros problemas cardiovasculares

ABSTRACT: Some traditional factors as real aterogenic risk in a farm population in Havana.

This is a transversal and descriptive study in a farm population in Havana at specific towns of Jaruco and Tumba Cuatro-Majana, which purpose was focused in how some traditional aterogenics factors, already identified, could be a real risk in the individual-family relationship. The research was done in the last third of year 2004. Also the search included other health damage wich was considered as secondary variables. The sample includes 52 families with his all-adult members over the age of 15. So the total amount of 125 peoples means the universe of the research. Doing by this way the Cluster analysis method could be used to perform

an stratified sample. At the end of the investigation, the finding shows 14 peoples with a high and very high risk of cardiovascular morbidity and mortality in the next 5 to 10 years, and that most of the families need sanitary intervention in order to make this risk down in the future.

Key Words : Atherosclerosis, Atherogenic risk, Individual-family risk.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Trejo Gutiérrez JF. Estrategia en la prevención primaria de la enfermedad aterosclerosa coronaria. Arch Inst Cardiol Mex. 71(1):168-170; 2001 (en línea). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011ai.pdf>
2. Editorial. Centro de Investigaciones y Referencia de Aterosclerosis de La Habana (CIRAH). Rev Cubana Invest Biomed. 17(2):101-11; 1998.
3. Chávez DR, Ramírez HJA, Casanova GJM. La cardiopatía coronaria en México y su importancia clínica, epidemiológica y preventiva. Arch Cardiol Mex. 73(2):105-114; 2003 (en línea). Disponible en: <http://medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2003/ac032c.pdf>
4. Ziegler Ekhard E, Filer LJ. Conocimientos actuales sobre nutrición. 7 ma ed. Washington: ILSI; 1997, p.460.
5. Marcuschamer Millar J. Estratificación de riesgo en la enfermedad coronaria aterosclerosa. Arch Cardiol Mex. 71(1):114-123; 2001 (en línea). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011w.pdf>
6. Meco JF, Pintó X. Cálculo del riesgo cardiovascular. Clínica e investigación en Arteriosclerosis. 14:198-208; 2002 (en línea). Disponible en : <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?piden=13038075>
7. Farreras Rozman . Medicina Interna (Publicación electrónica en CD). 14 ed. Madrid, España: Ediciones Harcourt; 2000.
8. Abellán Alemán J, Hernández Menárguez F, García-Galbis Marín JA, Gómez Castaño JB, Madrid Conesa J, Martínez Pastor A, *et al* . Los nuevos factores de riesgo cardiovascular. Hipertensión. 18 (4): 171-185; 2001 (artículo en línea). Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?piden=13015735>
9. PAC Cardio-1B-4. Aterosclerosis y sus precursores. Factores de Riesgo Aterogénicos. 2005 (en línea). Disponible en URL: http://www.drscope.com/pac/cardiologia/b4/b4_pag10.htm
10. Debs Pérez G, de La Noval García R, Dueñas Herrera A, Debs Pino J G. ¿Aumentan los factores de riesgo coronario el riesgo de muerte después de 5 años? Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovas. 15(1):6-13; 2001.

11. Hernández Cueto M. Comentario Editorial. La población del mundo y la hipertensión arterial en los próximos 45 años. Hipertensión arterial. Cuba. 2005. (en línea). Disponible en URL: http://www.sld.cu/servicios/hta/buscar.php?id=2814&iduser=4&id_topic=17

1 2. Programa nacional cubano de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial guía para la atención médica 2004 (en línea). Disponible en URL: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/hta_cubano_1998.pdf

13. Guías del 2003 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de la hipertensión arterial 2003 (en línea). Disponible en URL: http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/2003_guidelinesEuropaHTA.pdf

2004;

14. Declaración 2003 de la OMS /SIH sobre el manejo de la hipertensión, grupo de redacción de la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión (en línea). Disponible en URL: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/declaracion_traducida_oms_2003_sobre_hta.pdf.pdf

15. Rosas Peralta M, Pastelín G, Martínez Reding J, Herrera-Acosta J, Attie F. Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para la detección, control y tratamiento 2004. Arch Cardiol Mex. 74(2):134-157.2004 (en línea). Disponible en URL: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/guia_de_hipertension_mexicana.pdf

16. Rosas Peralta M. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Arch Cardiol Mex. 73(Sup 1):137-140; 2003 (en línea). Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2003/acs031ad.pdf>

Anexos

Tabla 1: Estratificación del Riesgo basado en la tensión arterial por individuos

Otros FR y enfermedades previas	PAS 120-129 PAD 80-84	130-139 85-89	140-159 90-99	160-179 100-109	+180 +110
Sin otros FR			3 [*]	1 ^{**}	1 ^{****}
1 ó 2 FR	5 [*]	3 [*]	23 ^{**}	10 ^{**}	4 ^{****}
3 ó más FR o diabetes mellitus o alteraciones Org. Diana	3 ^{**}		3 ^{***}	1 ^{***}	2 ^{****}
C. Clínicas Asociadas		1 ^{****}	1 ^{****}		1 ^{****}

Leyenda: FR: Factores de Riesgo.

PAS: Presión arterial sistólica. PAD: Presión arterial diastólica.

* Riesgo adicional bajo

** Riesgo adicional moderado

*** Riesgo adicional alto

**** Riesgo adicional muy alto

Tabla 2: Distancias Euclidianas al cuadrado entre los centros de los grupos formados

Grupos	Grupos		
	1	2	3
1	0.00000	19.76250	45.12755
2	19.76250	0.0000	25.4418
3	45.12755	25.4418	0.000

Tabla 3: Tabla resumen con las principales características de cada grupo de familias

VARIABLES	GRUPOS		
	1	2	3
	MEDIA	MEDIA	MEDIA
Tamaño familia	2.3	2.7	1.7
* Edad Media	33.2	52.9	78.2
* % Hombres	0.50	0.50	0.85
Hábito de Fumar	Fumadores activos	Fumadores activos	Fumadores activos
Cigarros diarios	23.8	19.7	6.5
Edad inicio fumar	14.3	16.6	19.8
Consumo de Alcohol	Ocasional	No	No
Cantidad comida	Mucho	Mucho	Regular
* Patrón dieta	No limitado	No limitado	No limitado
* Sal diaria	Regular Mucho	Regular Poco	Regular Poco
Grasa diaria	Mucha	Regular Mucha	Regular
Deporte	Ninguno	Ninguno	Ninguno
* Actividades cotidianas	Moderada	Moderada	Ligera
Cardiopatías	0	8.7	14.3
DM	4.5	13.0	0.0
AVE	0.0	4.3	14.3
HTA	Pre HTA 36.3 HTA 36.3	HTA 78.3	HTA 85.7
* Estado nutricional	Pre obesos Obesos leves	Pre obesos Obesos leves	Pre obesos Normales

*p menor de 0.05