

Título: Carga aterogénica de factores de riesgo cardiovascular en familias aterovulnerables de la atención primaria de salud.

Hernández Gárciga, Francisco¹
Gómez Sobrino, Maybi²
Fernández-Britto Rodríguez, José³

¹Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de La Habana., La Habana, Cuba, francisco.hdez@infomed.sld.cu

²Policlínico Docente Dr. Mario Muñoz Monroy, La Habana, Cuba.

³Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de La Habana., La Habana, Cuba, cirah@cirah.sld.cu

Resumen:

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares se reconocen como un importante problema de salud pública en muchos países en desarrollo y Cuba no es una excepción; la Aterosclerosis es la principal causa de las llamadas “Grandes Crisis Ateroscleróticas”. **Objetivo:** Identificar la carga aterogénica de algunos factores de riesgo cardiovascular en familias aterovulnerables de la atención primaria de salud. **Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio explicativo, descriptivo y transversal en una población urbana perteneciente al área de salud Policlínico Docente Dr. Mario Muñoz Monroy, Municipio La Habana del Este, provincia La Habana, en el periodo comprendido entre el 1 de junio del 2016 al 30 de diciembre del 2016. Se estudiaron 150 familias con todos sus integrantes (niños a partir de cinco años, adolescentes, jóvenes y adultos) para un total de 465 individuos. **Resultados:** El índice de masa corporal aumentado (sobrepeso y obesidad) constituye mayoría (52,39%), seguido por la hipertensión arterial (36,27%) y los fumadores (22,16%); diferentes señales tempranas de aterosclerosis fueron halladas en los infanto-juveniles, donde el índice de masa corporal aumentado vuelve a mostrarse prevalente (55,88). La carga aterogénica en las familias estudiadas y consideradas como aterovulnerables, fue mayor que en las otras: Sobrepeso y obesidad: 0,38; Hipertensión: 0,32; Fumadores: 0,20; Diabetes Mellitus: 0,12. **Conclusiones:** Identificar la carga aterogénica en familias de la atención primaria puede ayudar al binomio de la salud a conocer sus prioridades sanitarias.

Palabras clave: aterosclerosis, señales tempranas de aterosclerosis, familias aterovulnerables, atención primaria de salud, carga aterogénica.

I. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares se muestran como un importante problema de salud pública en muchos países en desarrollo;(1)(2) Cuba no es ajena (3) y desde hace varios años estudia la Aterosclerosis, principal causa de las llamadas “Grandes Crisis Ateroscleróticas” (Síndrome Coronario, Accidente Vascular Encefálico y Enfermedad Arterial Periférica), (4) asumida fundamentalmente por el Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de la Habana, CIRAH. (5)(6) Estos procesos tienen en común una serie de condiciones, que son los llamados factores de riesgo, de los que se han descrito más de 246 y se les ha clasificado de muy diversas maneras. (7)(8) Los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) tienen tendencia a coligarse entre ellos, por lo que es relativamente frecuente hallar varios en un mismo paciente. Esta asociación se produce en ocasiones en una proporción superior de la que podría esperarse por la simple asociación estadística, lo cual hizo pensar en la posibilidad de que existieran entre ellos nexos comunes de relación que explicaran la tendencia a tal agrupación. Cuando existen varios FRCV en un mismo paciente el riesgo global que afronta el individuo no es la resultante de la sumatoria de los riesgos aislados de cada uno, sino que es exponencial.(4)(7) Existe un estado de no resolución de las afecciones vasculares, tanto en Cuba como en el mundo, porque las acciones se quedan en la esfera individual;(9)(10) por lo tanto el estudio de los FRCV en familias completas (niños, adolescentes, jóvenes y adultos), buscando su comportamiento y carga podría ser un modo de actuar tempranamente evitando futuros eventos vasculares.

II. MÉTODO

Se realizó un estudio Explicativo, descriptivo y transversal en una población urbana perteneciente al área de salud Policlínico Docente Dr. Mario Muñoz Monroy, Municipio La Habana del Este, provincia La Habana; el estudio se acometió en el periodo comprendido entre el 1 de junio del 2016 al 30 de diciembre del 2016.

A. Universo y muestra:

El universo estuvo comprendido por toda la población perteneciente al consultorio 11, Peñas Altas, de donde se tomó una muestra de 150 familias con todos sus integrantes (niños a partir de cinco años, adolescentes, jóvenes y adultos) para un total de 465 individuos.

B. Selección de la muestra:

Se empleó una técnica de selección intencional para escoger aquellos grupos familiares que tuvieran al menos dos miembros, todos ellos residen en edificios y viviendas aledaños al consultorio médico. Se exploró la presencia de señales tempranas o subclínicas de Aterosclerosis (SAT) tanto en niños, adolescentes y jóvenes menores de 34 años; asimismo se exploró las señales tardías en mayores de esta edad. Se utilizaron las historias clínicas familiares y las individuales como fuente fundamental de información. Los factores de riesgo tradicionales que se buscaron: Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Tabaquismo, Índice de masa corporal aumentado y Sedentarismo. Se buscó la carga aterogénica de ese grupo de familias, siguiendo un patrón parecido al utilizado por Díaz-Perera y

Bacallao, (11) buscando el cociente de fumadores, hipertensos, diabéticos e índice de masa corporal aumentado entre todos los individuos pertenecientes a las familias estudiadas (factores de riesgo/todos los integrantes). La carga aterogénica mientras más se acerca a la unidad (1, uno) peor será la misma. Se aprovechó una investigación previa en ese mismo consultorio donde se habían identificado familias aterovulnerables, que son aquellas que tienen más probabilidad de padecer de una enfermedad aterovascular, que otras en el mismo lapso de tiempo.

III. RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra la distribución panorámica de las familias estudiadas, con todos sus miembros, desde los niños a partir de cinco años, sus adolescentes, adultos muy jóvenes, adultos jóvenes, adultos maduros y adultos de la tercera edad, que en total suman 465 individuos agrupados en 150 familias. Se observa que las personas de la tercera edad son mayoría con un 32,04 % y si prestamos atención a los adultos a partir de los 46 años y los incrementamos daría 51,82 % por lo que constituyen poco más de la mitad de los estudiados. Asimismo el sexo femenino compuso la mayor adición.

Tabla 1: Distribución panorámica de la población estudiada. Consultorio 11 Peñas Altas, área de salud Policlínico Docente Dr. Mario Muñoz, Guanabo, 2016.

Familias N= 150						
Edad	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
5 a 9	10	4,90	11	4,21	21	4,51
10 a 19	22	10,7	25	9,57	47	10,10
20 a 33	33	16,1	47	18	80	17,20
34 a 45	27	13,2	49	18,77	76	16,34
46 a 59	44	21,5	48	18,39	92	19,78
60 y más	68	33,3	81	31,03	149	32,04
Total	204	43,8	261	56,12	465	100,0

Tabla 2: Distribución de factores de riesgo cardiovascular en los adultos a partir de 20 años.

Adultos a partir de 20 años	n	Sobrepeso y obesidad (%)	Hipertensión arterial (%)	Diabetes Mellitus (%)	Fumadores (%)
Adultos muy jóvenes	80	45 (56,25)	10 (12,50)	1 (1,25)	15 (18,75)
Adultos jóvenes	76	42 (55,26)	20 (26,31)	5 (6,57)	21 (27,63)
Adultos maduros	92	65 (70,65)	36 (39,13)	9 (9,78)	25 (27,17)
Adultos mayores	149	101 (67,78)	88 (59,06)	36 (24,16)	27 (18,12)
Total	397	208 (52,39)	144 (36,27)	51 (12,84)	88 (22,16)

En la tabla 2 se muestra la distribución de los diferentes factores de riesgo escudriñados; el índice de masa corporal aumentado (sobrepeso y obesidad) constituye mayoría (52,39%), seguido por la hipertensión arterial (HTA) (36,27%) y los fumadores (22,16%). Los adultos a partir de la edad madura componen mayoría y la carga de enfermedades afecta más, a medida que aumenta la edad. Los fumadores se reparten casi por igual en los diferentes grupos atareos.

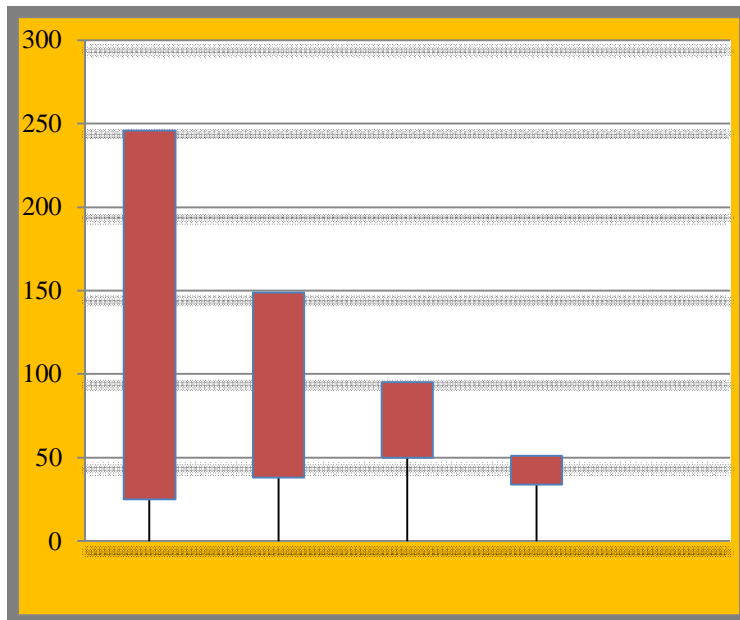
Tabla 3: Señales tempranas de aterosclerosis halladas en los infanto-juveniles y adultos muy jóvenes

Grupos estudiados	N	Sobrepeso y obesidad (%)	Hipertensión (%)	Pre hipertensión (%)	Diabetes mellitus
Niños	21	9 (42,85)	1 (4,76)	6 (28,57)	
Adolescentes	47	29 (61,70)	4 (8,51)	5 (10,63)	
Adultos muy jóvenes	80	45 (56,25)	10 (12,50)		1
Total	148	83 (56,08)	15 (10,13)	11 (7,43)	1

En la tabla 3 se muestra la distribución de las diferentes señales tempranas de aterosclerosis (SAT) halladas en los infanto-juveniles y adultos muy jóvenes (de 20 a 33 años), donde el índice de masa corporal aumentado vuelve a mostrarse prevalente (55,88%), seguido por la pre-hipertensión y los fumadores.

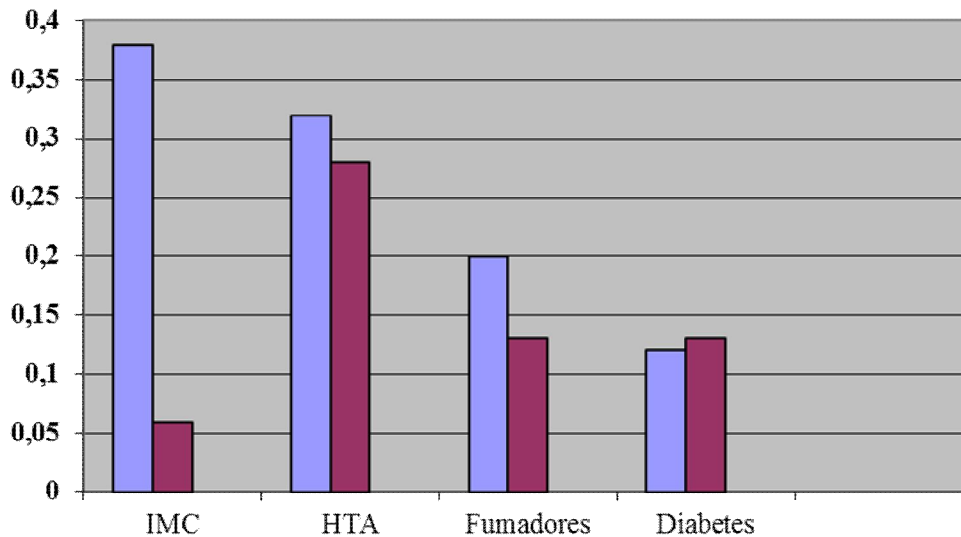
El gráfico 1 deja ver la prevalencia bruta de los factores de riesgo en el conglomerado de familias estudiadas donde la mayor carga está protagonizada por el sobrepeso y la obesidad. Sobrepeso y obesidad: 246; Hipertensión: 149; Fumadores: 95; Diabetes Mellitus: 51.

Gráfico 1: Prevalencia de los factores de riesgo en el grupo de familias estudiadas.



Legenda: Sobrepeso y obesidad: Primera barra; Hipertensión: Segunda barra; Fumadores: Tercera barra; Diabetes Mellitus: Cuarta barra

Gráfico 2: Carga aterogénica según factor de riesgo en el grupo de familias estudiadas.



Leyenda: (Violeta) Familias aterovulnerables (alta y muy alta prioridad de intervención).
 Sobrepeso y obesidad: 0,38; Hipertensión: 0,32; Fumadores: 0,20; Diabetes Mellitus: 0,12
 (Marrón) Familias menos aterovulnerables (prioridad moderada de intervención).
 Sobrepeso y obesidad: 0,06; Hipertensión: 0,28; Fumadores: 0,13; Diabetes Mellitus: 0,13

La carga aterogénica se puede observar en el gráfico 2 donde la barra color violeta representa las familias aterovulnerables que necesitan de alta y muy alta prioridad de intervención de salud: Sobrepeso y obesidad: 0,38; Hipertensión: 0,32; Fumadores: 0,20; Diabetes Mellitus: 0,12; y la barra color marrón figura las familias “menos” aterovulnerables (moderada prioridad de intervención de salud). Sobrepeso y obesidad: 0,06; Hipertensión: 0,28; Fumadores: 0,13; Diabetes Mellitus: 0,13.

En un estudio anterior se detectaron 52 familias (aterovulnerables) catalogadas de alta y muy alta prioridad de intervención de salud y 64 de moderada prioridad. La carga aterogénica representa la cantidad de factores estudiados por cada familia y se buscó según el cociente de estos factores entre los miembros de las mismas a partir de cinco años. La carga aterogénica afecta más a las familias aterovulnerables de alta y muy alta prioridad que al resto (ver gráfico 2). Dicha carga mientras más se acerca a la unidad (1, uno) peor será la misma.

Díaz-Perera y colaboradores (11) buscaron la densidad de sólo tres factores de riesgo pero en mayores de 20 años y encontraron que la densidad de fumadores fue de 0,04; la de HTA 0,02 y la de diabéticos 0,01. Esta pudiera ser la aludida carga aterogénica según la concebimos y en este caso sería muy baja; obsérvese que en el estudio presente la carga aterogénica es mucho mayor, aunque se emplearon métodos diferentes. La carga aterogénica vista de este modo podría ayudar al médico y enfermera de la atención primaria a confirmar la selección de aquellas familias que priorizan atención sanitaria, (12) relacionadas con las primeras causas de muerte (patologías aterovasculares).

IV. CONCLUSIONES

Concluimos expresando que: identificar la carga aterogénica en familias de la atención primaria puede ayudar al binomio de la salud a conocer sus prioridades de intervención sanitarias.

REFERENCIAS

1. de La Noval García R, Hernández Veliz D. Estrategias en prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares. El ROADMAP de la Federación Mundial del Corazón (WHF). Rev Cub Cardiol Cirug Cardio. 2017; 23 (2) [Citado: 2017 Nov 03]. Disponible en: http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/687/html_85
2. Castellano J M, Peñalvo J L, Bansilal S, Fustera V. Promoción de la salud cardiovascular en tres etapas de la vida: nunca es demasiado pronto, nunca demasiado tarde. Rev Española Cardiología 2014; 67 (9): 731-7 [Citado: 2017 Nov 03].
3. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. Anuario Estadístico de Salud 2015 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2016 [Citado 2017 Mar 29]:98-5 p. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf.
4. ATEROforum de la Carrera Certificativa “Investigación en Aterosclerosis”. Centro de Investigaciones y Referencias de Aterosclerosis de La Habana. Sede Escuela Dr. Salvador Allende, febrero 2017.
5. 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). [Consultado: 2009 Oct 02]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol24_3_05/ibi01305r.htm
6. Rodríguez Domínguez L, Fernández-Britto Rodríguez JE, Díaz Sánchez ME, Ruiz Álvarez V, Hernández Hernández H, Herrera Gómez V y Col. Sobrepeso y dislipidemias en adolescentes. Rev Cub de Pediatría. 2014; 86(4):433-444
7. Abellán Alemán J, Hernández Menárguez F, García-Galbis Marín JA, Gómez Castaño JB, Madrid Conesa J, Martínez Pastor A, et al. (2001). Los nuevos factores de riesgo cardiovascular. Hipertensión 2001; 18 (4): 171-185
8. de la Llera Suárez, Álvarez Sintés R. Modo, condiciones y estilos de vida. En: Álvarez Sintés, R. Medicina General Integral. 3ra ed. La Habana. ECIMED; 2014, p. 114- 119
9. Hernández García FF, Sánchez Ricardo L, Peña Borrego M, Pérez Peña K. Riesgo Cardiovascular Global en adultos del consultorio 18 del área de salud Guanabo, 2010-2011. Rev Cub de Investigaciones Biomédicas 2012; 31 (4): [Citado: 2013 Nov 04]. Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract
10. Varona Pérez P, Armas Rojas NB, Suárez Medina R, Bonet Gorbea M, Dueñas Herrera AF. Estimación del riesgo cardiovascular en la población cubana. Una aproximación al tema. Rev Cub de

Cardiol y Cirugía Cardiov 2015; 21(4): (Citado: 2016 Feb 01). Disponible en: http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/606/html_223399

11. Díaz-Perera Georgia, Bacallao Jorge, Alemañy Eduardo. Subpoblaciones con perfiles epidemiológicos y de riesgo singulares en La Habana, Cuba: diabetes, hipertensión y tabaquismo. Rev Panam Salud Publica [serial on the Internet]. 2012 July [cited 2015 June 08]; 32(1): 9-14. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892012000700002&lng=en.

12. Hernández Gárciga FF. Identificación de familias aterovulnerables en Atención Primaria de Salud. Rev Cub de Salud Pública 2017; 43 (4): [Citado 2017 Oct 4]; Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1010>.