

Factores de riesgo cardiovascular en secretarías de la Fundación Universitaria del Área Andina

Leonardo Martínez Ostos *

RESUMEN

La investigación busca identificar los factores de riesgo cardiovascular, así como su clasificación y la proyección a diez años del riesgo cardiovascular mediante el uso de la tabla de predicción de riesgo coronario de FRANMIGHAM.

Palabras clave: riesgo cardiovascular, factor de riesgo, sedentarismo, prevención de enfermedades cardiovasculares, estilos de vida y factores de riesgo.

ABSTRACT

This research attempts to identify the factors cardiovascular risks as well as to classify them and estimate the risk factors in ten years using the FRANMIGHAM predictive table for coronary risk.

Keywords: cardiovascular risk, risk factor, sedentary lifestyle, precautionary measures for cardiovascular diseases, risk factors.

OBJETIVO

Identificar los factores de riesgo, principales y predisponentes de enfermedad cardiovascular, presentes en las secretarías de la Fundación Universitaria del Área Andina, que permitan establecer una futura intervención mediante la actividad física, como medio de prevención de la enfermedad cardiovascular.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo descriptivo exploratorio, el universo estuvo constituido por 38 funcionarias (secretarías) de la Fundación Universitaria del Área Andina, estimando como error máximo aceptable un 8% y con un nivel deseado de confianza el 90%.

* Cultor Físico Universidad INCCA de Colombia
Especialista en Ejercicio Físico para la Salud Universidad Colegio Mayor del Rosario
Docente Bienestar Universitario Fundación Universitaria del Área Andina

INTRODUCCIÓN

La prevención de las enfermedades cardiovasculares debe convertirse en el principal objetivo de la salud pública a nivel global. Los hábitos de las personas juegan un papel determinante en la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por enfermedad cardiovascular (Organización Mundial de la Salud, 2005); los factores de riesgo que participan en la cadena de enfermedad sirven como predictores de enfermedad cardiovascular (Galindo y Álvarez, s.f.); la combinación de varios factores de riesgo es importante en la génesis de la enfermedad (Ministerio de Salud, 1995) y la intervención de éstos modifica su curso o previene que se cause.

Los factores de riesgo cardiovascular se hacen presentes de forma silenciosa, dentro de un entorno propicio generado por estilos de vida poco saludables, altos niveles de estrés, condiciones laborales de alta exigencia y poco tiempo libre para la actividad física, debilitando el concepto de salud integral enfocado a la prevención.

Equivocadamente se ha creído que los programas de prevención y control de la enfermedad cardiovascular son muy costosos, poco viables e insostenibles. Realmente todas las intervenciones contra la enfermedad cardiovascular y el control de sus factores de riesgo, resultan ser muy baratas y eficaces, si se tiene en cuenta las pérdidas causadas por pago, incapacidades del personal, el largo tiempo de recuperación, los altos costos de los medicamentos y tratamientos de rehabilitación, además de las consecuencias físicas incapacitantes que dejan estas enfermedades, las cuales son totalmente prevenibles sólo con intervenir o modificar los factores de riesgo que las causan.

Es necesario que los especialistas en ejercicio físico adopten posturas frente a esta problemática para abordar de forma adecuada e integral el concepto de prevención, destacando la importancia de incluir el componente de actividad física como motor principal para el manejo y control de los factores de riesgo cardiovascular, generar intervenciones que permitan la práctica habitual de actividad física y la adopción de estilos de vida saludables y facilitar la implementación de conductas oportunas en el manejo de programas enfocados hacia la prevención de factores de riesgo cardiovascular.

La socialización de los resultados busca impactar a los miembros de la comunidad administrativa y directiva, sensibilizarlos y concientizarlos frente a una problemática de salud pública que puede afectarlos en el futuro, no sólo física sino también laboral y económicamente, pero que puede ser intervenida de manera económica y eficaz por medio de programas que incluyan la actividad física como medio principal de una salud integral.

Se espera que las conclusiones alcanzadas en este trabajo sean motivo de inquietud y reflexión, de utilidad para el futuro desarrollo de programas y estrategias de intervención, para la prevención de las enfermedades cardiovasculares y el control activo de sus factores de riesgo.

SUJETOS Y MÉTODOS

La población estudio está integrada por un universo de 38 secretarías, el tamaño de la muestra seleccionado para la realización, la evaluación física y diligenciamiento de anamnesis fue de 28 secretarías, estimando como error máximo aceptable un 8% y con un nivel deseado de confianza el 90%.

Los criterios que se establecieron para acceder al grupo de secretarías, fueron:

- Desempeñarse laboralmente como secretaria dentro del área administrativa de la FUAA.
- Ser mujer entre 18 y 55 años, y no presentar ninguna discapacidad.
- Tener conocimiento acerca de los alcances del estudio, disposición y voluntad en la participación activa de la investigación.
- Inscribirse en Bienestar Institucional, para la evaluación física y diligenciamiento del formato de anamnesis.
- No haber presentado ninguna enfermedad incapacitante.

Métodos de recolección de información

Método de cuestionario: se modificó y utilizó el formato de encuesta, compilado por la cuarta cohorte de la Especialización de Ejercicio Físico para la Salud de la

Universidad Colegio Mayor Nuestra Señora del Rosario. Para recolectar la información recurrimos a las fuentes primarias, empleando la observación directa y la utilización de dos técnicas: 1. el diligenciamiento de un formato anamnesis, que nos permite establecer factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, datos personales, vinculación contractual, estado civil, nivel educativo, antecedentes médicos, cuestionario de preparación para la Actividad Física, PAR-Q, que ha sido diseñado para identificar a un número reducido de adultos a quienes la actividad física puede ser desaconsejada o a aquellos que deben pedir consejo médico¹; 2. cuestionario de monitoreo de la ACSM, y preparticipación de la AHA, hábitos y estilos de vida, nivel de actividad física, aspectos comportamentales y auto informe, motivos para la práctica de ejercicio físico.

Procedimiento de medición

Desde un principio se ha acudido al Framingham Heart Study³, siendo éste el punto de referencia permanente. Este estudio ha analizado rigurosamente la población de la localidad de Framingham durante un muy largo período, estableciendo una muy compleja ecuación a partir de la cual puede ser evaluado el riesgo individual coronario. El modelo actual de valoración del riesgo, basado en este estudio, se desarrolla en el tercer y último informe del National Cholesterol Education Program (NCEP)⁴, que tiene en cuenta seis factores de riesgo (sexo, edad, cHDL, colesterol total, presión arterial sistólica y tabaquismo), que se puntúan en función de su intensidad. La puntuación final se corresponde con una estimación del riesgo coronario a 10 años (tabla 2).

Para la estimación del riesgo (cardiovascular o coronario) se parte del análisis de una serie de factores seleccionados y, a partir de su existencia e intensidad, se clasifica en diferentes categorías.

- Riesgo alto: > 20% a los 10 años
- Riesgo moderado: entre el 10 y el 20% a los 10 años
- Riesgo bajo: < 10% a los 10 años

Existen ciertos factores cuya sola presencia podría desencadenar un episodio cardiovascular si no fueran tratados (Tabla 3), y son éstos los principales predictores en la cuantificación del riesgo.

En el estudio realizado se desconoce el nivel de colesterol de los sujetos estudiados, razón por la que se utiliza la recomendación sugerida por los gestores de la propuesta Framingham, donde se plantea que ante el desconocimiento de los niveles de colesterol de la población estudio, se debe aplicar el promedio del nivel de colesterol de la población de donde sean los sujetos evaluados, en este caso la información utilizada se retomó del estudio realizado por la Universidad Nacional de Colombia en 2003 y publicado en la revista Facultad de Medicina de la universidad, en mayo de ese mismo año. Los datos promedio de la población bogotana se aplicaron a la propuesta metodológica de la siguiente manera: para el nivel de colesterol-HDL se emplearán los valores promedio para la población de Bogotá 2003 de 35 mg/dl; para el colesterol total el valor promedio de 192.2 mg/dl. Como no se dispone de un trazado electrocardiográfico se asume que los sujetos evaluados no presentan hipertrofia ventricular izquierda. HVI-ECG: según criterios electrocardiográficos.

Dentro de las tablas utilizadas no se contempla la puntuación de los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, razón por la que se hace uso de la recomendación propuesta por la Joint British que recomienda que a los pacientes que presenten este factor de riesgo se les multiplique el resultado de la tabla Framingham por la constante de 1.525 para no subestimar completamente este factor dentro de la estimación de la probabilidad de presentar riesgo cardiovascular.

La propuesta metodológica contempla cuatro fases para el desarrollo del estudio planteado.

Resultados

Se convocaron 38 personas, todas de sexo femenino; acudieron 28 personas que conformaron el grupo total evaluado. El promedio de edad fue 35.6 años con un rango de 19 - 57 años; el 2,8% tenían antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, el 7.0% presenta hipertensión arterial.

El 96.4 % NO realizan algún tipo de ejercicio, el 3,6 % lo hace al menos 4 veces por semana con una duración mínima de 60 minutos; el 96.4 % pertenecen al gru-

po de alto riesgo (sedentarismo), es decir, no realizan ninguna actividad física ni ejercicio.

La población total desconoce su nivel actual de colesterol. Según el índice de masa corporal se clasificaron en peso normal el 42,8%; sobrepeso 25%; obesidad el 14,2%, obesidad I 14,2% y obesidad II 0,7%. El tabaquismo estaba presente en el 14,2%. El perímetro abdominal como factor de riesgo prevalecía en el 21% de la población, la edad como factor de riesgo prevalecía en el 7,1% de la población.

El perímetro abdominal como factor de riesgo prevalecía en el 21% de la población, la edad como factor de riesgo prevalecía en el 7,1% de la población. El nivel de colesterol se fijó para este grupo en 199,2 mg/dl, según el estudio de la Universidad Nacional de Colombia (2003) para Bogotá.

CONCLUSIONES

Se hace evidente la necesidad de implementar estrategias que permitan intervenir el componente de actividad física, generando adherencia a los participantes, ya que el sedentarismo como factor de riesgo, es el elemento que hace mayor presencia en 27 de los sujetos evaluados y según la clasificación de la AHA (*American Heart Association*) este se considera como uno de los principales factores de riesgo cardiovascular.

Es importante abordar la prevención de enfermedad cardiovascular de manera global para minimizar los efectos asociados de los factores de riesgo presentes, ya que la población evaluada presenta un 96,43% de prevalencia de factores independientes que aumentan la probabilidad de riesgo cardiovascular.

A pesar de que sólo el 7,1% de la población evaluada se encuentra clasificada en riesgo moderado a 10 años, es necesario vigilar y controlar la población restante, ya que muchos de sus integrantes tienen varios factores predisponentes que, a largo plazo, pueden aumentar la probabilidad de riesgo cardiovascular y deteriorar su calidad de vida.

La relación que se establece entre el factor edad y la probabilidad de desarrollar eventos cardiovasculares se

hace notoria en los sujetos de edad más avanzada, así como es marcada la disminución de probabilidad de riesgo cardiovascular en los sujetos más jóvenes.

La población evaluada hace evidente la presencia generalizada de altos niveles de sedentarismo, lo que permite establecer una baja participación en programas de actividad física.

Es importante recalcar la ausencia de políticas institucionales para posibilitar el acceso y aprovechamiento de espacios especiales para el fomento de estilos de vida saludables que permitan la intervención del componente de actividad física como medio preventivo de enfermedad cardiovascular.

RECOMENDACIONES

Se hace necesario realizar nuevos estudios que permitan cuantificar de forma fiable todos los registros personales de laboratorio, para poder comparar y corroborar datos obtenidos en el presente estudio.

Es importante contar con estudios y tablas de referencia propios de nuestra población para así poder aplicarlas en nuestro contexto. Las intervenciones futuras deben estar dirigidas a modificar progresivamente los estilos de vida, para lograr adoptar cambios permanentes y hábitos saludables dentro y fuera del contexto laboral.

Las estrategias para abordar la población de bajo riesgo deben estar enfocadas a la prevención del riesgo cardiovascular, a través de campañas educativas que promuevan el control de los factores de riesgo cardiovascular.

Dar continuidad a intervenciones futuras que permitan el seguimiento y control de los sujetos de alto riesgo y de la población en general, que de forma silenciosa hacen parte de esta problemática de salud pública al interior de la institución.

Fortalecer el programa de vigilancia epidemiológica del centro médico y estrechar las alianzas con las demás divisiones de la institución, entes públicos y privados para fomentar y promover estilos de vida más saludables, posicionando la práctica de actividad física como la medicina preventiva más económica del mundo.

REFERENCIAS

- Galindo, L. & Álvarez, V. (s.f.). *Lineamientos Básicos para la Formulación de las Políticas Nacionales para el Control y Prevención de Enfermedad Cardiovascular*.
- Ministerio de Salud. (1995). *Dirección de Promoción y Prevención. Programa Patologías Generales, Crónicas y degenerativas*.
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (2005). *Prevención de las Enfermedades Crónicas una Inversión Vital*. Tomado de: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html y siguientes.
- Organización Panamericana de la Salud, O.P.S. (2005). Informe Reunión Bianual de la Red CARMEN, Santiago de Chile 19 al 21 de Oct 2005.
- PAR-Q Validación Report, British Columbia Department of Health, June 1976 (versión modificada).
- Universidad Nacional de Colombia. (2003). Prevalencia de Factores de Riesgo Cardiovascular. Localidad de los Mártires. Bogotá, Colombia. - *Revista Facultad de Medicina*, 51(4). 198-202.