

Factores de Riesgo Cardiovascular en las Mujeres de una Población de Huesca (Bolea)

Segundo Premio en el XX Congreso de Enfermería en Cardiología

Autores

Daniel Chaverri Fierro, Ana Isabel Cabrero Claver, Lourdes Gállego Domeque, Almudena Pueyo Artieda.

Hospital provincial de Huesca.

Introducción

Una perspectiva según los sexos es indispensable para un pleno entendimiento de la vida y la salud. Existe una serie de problemas que afectan específicamente a las mujeres.

Las enfermedades cardíacas y el accidente cerebrovascular son las causas principales de muerte y dependencia en las mujeres que envejecen. Constituyen el 60% del total de las muertes de mujeres adultas.

Los resultados de estudios previos y actuales sugieren que tanto el cáncer como las enfermedades cardiovasculares se podrían prevenir en parte mediante una simple modificación dietética. Con la menopausia, los cambios hormonales y conductuales tienen unas consecuencias importantes en la salud, tanto si son el resultado de síntomas agudos a corto plazo, como si lo son de efectos crónicos como el riesgo elevado de enfermedades cardiovasculares, cáncer y osteoporosis. Las terapias de sustitución hormonal en la menopausia se pueden dirigir al tratamiento de los síntomas o la prevención de las secuelas a largo plazo, como las enfermedades cardíacas. Este tratamiento merece ser considerado como componente importante para la asistencia sanitaria preventiva de las mujeres ancianas.

La prevención será mucho más eficiente cuando los profesionales de la sanidad y de los organismos sanitarios se sientan realmente involucrados mediante un mejor acceso a la información y a una adecuada formación.

Por ello, nos propusimos el estudio de los factores de riesgo cardiovascular en un grupo de mujeres de una población de la provincia de Huesca, Bolea, para analizar la situación de riesgo y hacer una prevención primaria en caso necesario.

Para ubicar geográficamente el estudio diremos que Bolea es una pequeña población situada al pie de la sierra de Guara a unos 627 metros de altitud, a 21 Km. de Huesca y con una población de 583 habitantes. Estos se dedican fundamentalmente a la ganadería ovina y la agricultura, aunque está tomando auge el sector turístico.

Material y Métodos

Para llevar a cabo el estudio comenzamos haciendo una campaña informativa a través de la asociación de amas de casa y del médico responsable del núcleo de población, dirigida a 285 mujeres mayores de edad. Se envió una carta explicativa de lo que se les iba a hacer y se anunció a todas ellas el carácter voluntario de la asistencia.

A cada una de las asistentes se le hizo un doble registro: encuesta personal y privada por un lado y pruebas complementarias por otro que detallamos a continuación.

La encuesta constaba de :

- Antecedentes personales
- Comorbilidad
- Historia ginecológica
- Actividad física regular
- Test de Fragertröm (dependencia a la nicotina en fumadores)
- Encuesta dietética reflejando la ingesta de alimento en 24 horas para obtener información cuantitativa y cualitativa del tipo de dieta.

METODOLOGÍA I



CAMPAÑA INFORMATIVA A TRAVÉS DE LA ASOCIACIÓN DE AMAS DE CASA

ENCUESTA PERSONAL



- ANTECEDENTES PERSONALES
- COMORBILIDAD
- HISTORIA GINECOLÓGICA
- ACTIVIDAD FÍSICA
- TEST DE FRAGERTRÖM
- ENCUESTA DIETÉTICA 24 H.



METODOLOGÍA II

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

TENSIÓN ARTERIAL GLUCOTEST
 PULSO COLESTEROLEMIA
 PESO INDICE DE MASA CORPORAL TALLA

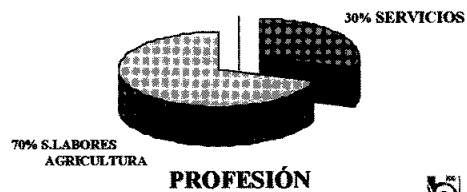
CARTA PERSONALIZADA CON LOS RESULTADOS OBTENIDOS Y RECOMENDACIONES

SPSS (PROGRAMA ESTADÍSTICO)



RESULTADOS I

PARTICIPACIÓN: 20,8%
 MEDIA DE EDAD: 56,6 AÑOS



Las pruebas complementarias fueron:
 -Toma de tensión arterial y pulso con esfigmomanómetro digital.
 -Peso y talla con báscula de tallímetro marca Pes Person (cálculo de índice de Quetelet o de masa corporal mediante la fórmula peso en Kg)
 -Talla en m.2
 -Glucemia capilar con aparato de Acutrend.
 -Colesterol capilar con aparato de Acutrend.
 Todo ello se realizó en las consultas del médico y DUE que nos cedieron amablemente para el estudio.

En cuanto a las condiciones del estudio se les indicó acudir en ayunas de 5 horas, para la glucemia y colesterol. Todos los datos se procesaron posteriormente con el sistema informático SPSS.

Una vez analizados todos los datos, se diferencié la población sana de la población de riesgo. Posteriormente se envió una carta personalizada reflejando todos los datos de interés y aconsejando consulta médica sólo en los casos en los cuales existiese algún parámetro alterado. Así mismo, adjuntamos recomendaciones dietéticas en cuanto a condimentos sustitutivos de la sal y dietas bajas en colesterol de 1200, 1500 y 1800 cal. y tablas de ejercicio físico más recomendado según la edad.

Resultados

De un total de 285 mujeres mayores de edad, un 20,8% acudió al estudio. La edad media fue de 56,6 años, oscilando entre 28 y 79. La población de más de 65 años fue mayor que la de edad joven lo que nos hace pensar que la preocupación por la salud aumenta con los años.

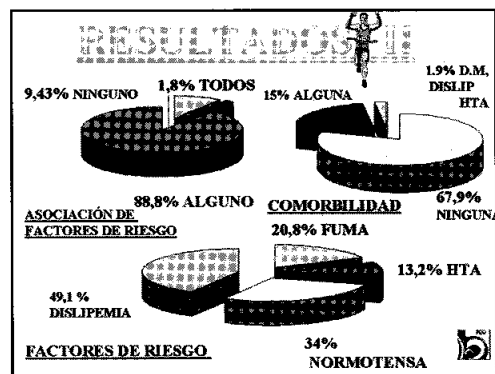
Un dato que nos indica el carácter rural de la población estudiada es que el 70% de ella se

dedica a sus labores o a tareas relacionadas con agricultura y ganadería. Tan sólo el 30% restante se dedica a trabajos relacionados con el sector servicios. Resultados que concuerdan con la alta media de edad.

Un total de 9,43% no presentó ningún factor de riesgo de patología cardiovascular frente a un 1,8% al que le detectaron los tres mayores: hipertensión, dislipemia y tabaquismo. Analizados por separado, el 20,8% son fumadoras, el 13,2% tiene hipertensión severa o moderada y el 34% es normotensa. El 49,1% tenía un colesterol capilar superior a 200mg/dl (cifra óptima según la O.M.S.)

El índice de masa corporal es un dato sencillo y muy orientativo del grado de obesidad. El 41,5% tenía entre 25 y 30 Kg/m², claro ejemplo de sobrepeso. La obesidad se refleja en cifras superiores a 30, en cuyo grupo se incluyeron el 26,4% de las mujeres estudiadas. Resumiendo, se puede decir que sólo el 32% tenía un peso adecuado a la edad y talla.

Las características de la dieta indican que se trata de un tipo de dieta mediterránea que adolece, no obstante, de consumo de pescado. Esta presencia pobre de nutrientes provenientes del mar se puede explicar por la venta ambu-





lante de pescado una vez por semana, y por la tradición culinaria de la zona donde la manzana del cerdo ocupa un lugar importante en las despensas del pueblo, teniendo en cuenta que la conservación de estos productos es más fácil y duradera que el pescado.

El cálculo calórico que obtuvimos tras el análisis de las dietas obtenidas osciló entre 880 y 2200 calorías/ día, resultando una media de 1555. Debemos desconfiar de este dato debido al sesgo que el individuo estudiado ha podido introducir en nuestra encuesta dietética olvidándose de alimentos consumidos o dando datos erróneos como cantidades, guiso y composición.... La razón que nos hace dudar es la incongruencia que existe entre dos factores tan relacionados entre si como son las calorías (1800 recomendadas frente a 1555 consumidas de media) y el IMC que es mayor a 25 en el 68% de los casos.

La práctica de ejercicio físico regular la llevan a cabo el 56,6% de las entrevistadas frente al 43,4 % que no realiza ningun-

no. El 77,4% lo hace por ser "bueno para la salud", seguido de relajarse, mantener la línea, etc.

La menopausia constituye un factor clave en el aumento de riesgo de cardiopatías. El 67,9% del grupo presentaba ya menopausia frente al 32,1% que aún tenía ciclos menstruales regulares. De las mujeres menopáusicas sólo el 3,8% seguía una terapia sustitutiva estrogénica. El uso de anticonceptivos entre las mujeres en edad menárquica se daba en el 13,2% de estas.

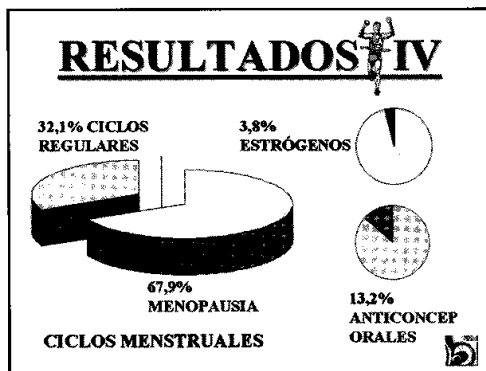
Tuvimos en cuenta la presencia de otras patologías como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemias que pueden influir en el riesgo de sufrir enfermedad coronaria. Así el 67,9% no presentaba ninguna de estas patologías, mientras que una o dos de ellas estaban presentes en el 15% de los casos. Las tres conjuntamente se dieron en el 1,9 % de los casos.

Se indicó a un 15% que acudieran al médico del centro de salud. El 100% de las mujeres estudiadas acudió a recoger los resultados y del 15 % acudieron todas ellas al médico para control. El 13% de estas últimas ha precisado tratamiento médico el cual está siendo llevado en la actualidad.

Conclusiones

La alta prevalencia de los factores de riesgo, ya que sólo un 9% del grupo está exento de ellos, nos coloca en un buen momento para hacer una prevención primaria encaminada a disminuir la posible incidencia de enfermedades cardiovasculares.

La media de edad, algo elevada, la atribuímos a una mayor preocupación por su salud de la gente con más edad, sobre



CONCLUSIONES I

♥ ALTA PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO LO QUE SUPONE UN MOMENTO CLAVE PARA UNA PREVENCIÓN PRIMARIA.

😊 MAYOR PREOCUPACIÓN POR LA SALUD EN MUJERES DE MÁS EDAD.

⊙ POCA FIABILIDAD DE LA ENCUESTA DIETÉTICA

CONCLUSIONES II

ESCALA UTILIZACIÓN DE TRATAMIENTO ESTROGÉNICO EN MUJERES MENOPÁUSICAS COMO PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

★ BAJO COSTE ECONÓMICO DEL ESTUDIO REALIZADO

EL 15 % ACUDIÓ AL MÉDICO PARA CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO DETECTADOS 

todo porque en muchos casos ya existe alguna patología, en su mayoría de carácter degenerativo. Este parámetro justificaría también la escasa incidencia del tabaquismo. Sólo las mujeres muy jóvenes fumaban.

En cuanto a la encuesta nutricional de 24 horas, si bien presenta las características de dieta mediterránea no creemos que se ajuste mucho a la realidad en cuanto a la aportación calórica, ya que el índice de masa corporal medio es bastante elevado en contraposición a la media calórica de 1555.

El uso de tratamiento estrogénico en menopáusicas es prácticamente nulo. Creemos que se debería hacer una campaña informativa al respecto puesto que es una medida muy importante en este grupo poblacional a la hora de prevenir enfermedades cardiovasculares.

De todo el grupo el 15 % necesitó acudir al médico para el control de factores de riesgo por lo que fue efectivo a la hora de concienciar a la población (educación para la salud)

El coste-eficacia de este estudio ha sido óptimo puesto que con un gasto mínimo, recogida de datos cualitativos y cuantitativos tras una previa campaña informativa, se ha conseguido detectar población de riesgo y además informar de la existencia de éstos tanto a la población afectada como a su médico del Centro de Salud.

En las páginas siguientes se reflejan las recomendaciones dietéticas y de ejercicio que se les dio a cada una.

Agradecimientos

Agradecemos a Tomasa Martínez Peñuela la cesión de su cuadro de Bolea para el título del trabajo.

Así mismo nuestra gratitud a la asociación de amas de casa y su presidenta que han colaborado en todo, al médico y enfermera de Bolea que nos han prestado su ayuda y material desinteresadamente.

Gracias a la ortopedia Ibor por cedernos material altruistamente.

Nuestro agradecimiento también al Hospital Provincial por apoyarnos en este estudio, en especial a informática. Pero sobre todo, gracias a las mujeres de Bolea sin las cuales nuestro trabajo no hubiera sido posible.

Bibliografía

- A. Castro. Beiras y otros, "Estudio Brigantum. Factores de Riesgo Cardiovascular en la niñez y Adolescencia en Área Rural Gallega", Medicina Clínica, Barcelona 1993, 100:481-487.
- Kaiser M.D. y otros, "Mujeres: Envejecimientos y Salud, de Glosa, Barcelona, 1998.
- E. Ros y otros, "Cribado de Hipercolesterolemia", Medicina Clínica, Barcelona, 1994, 102 SUPL 1:68-74.
- LL. Serra Majen y otros, "Consejo y prescripción de ejercicio físico", Medicina Clínica (Barcelona) 1994, 102 SUPL 1:100-108.

Anexo

DIETA DE LAS 1.000 CALORIAS**DESAYUNO:**

200 cc. de leche descremada ó 2 yogures naturales.
40 gr. de pan ó 3 biscottes.
25 gr. de jamón de York ó del País.

ALMUERZO:

100 gr. de patatas
o 40 gr. de legumbres
o 30 gr. de arroz, o pasta
o 40 gr. de pan
o 120 gr. de guisantes o habas (congelados)
o 180 gr. de maíz (congelado)
200 gr. de verdura
100 gr. de carne
125 gr. de fruta

CENA:

Sustituir la carne del almuerzo por 150 gr. de pescado, por postre 1 yogur descremado o 1 vaso de leche descremada.

EJERCICIO RECOMENDADO**ADULTOS HASTA 65 AÑOS:**

Desplazamientos: Ir andando a los sitios, bicicleta, escaleras.
Trabajos domésticos.
Actividades de tiempo libre: Excursiones, paseos, baile.
Actividades de Grupo.
Aeróbic, gimnasia.
3 a 5 días a la semana.

ADULTOS DE MÁS DE 65 AÑOS:

Caminar.
Actividades de tiempo libre.
Trabajos domésticos.
3 a 5 días a la semana de intensidad moderada.

DIETA DE LAS 1.500 CALORIAS**DESAYUNO:**

200 cc. de leche descremada ó 2 yogures naturales.
40 gr. de pan ó 3 biscottes.
25 gr. de jamón de York ó del País.

MEDIA MAÑANA/MERIENDA:

50 gr. de queso fresco o 1 yogur
30 gr. de pan o 2 biscottes

ALMUERZO:

200 gr. de patatas
o 80 gr. de legumbres
o 50 gr. de arroz, o pasta
o 80 gr. de pan
o 240 gr. de guisantes o habas (congelados)
o 360 gr. de maíz (congelado)
250 gr. de verdura
100 gr. de carne
150 - 160 gr. de fruta

CENA:

150 gr. de patatas
o 40 gr. de arroz o pasta
o 60 gr. de pan o legumbres
o 180 gr. de guisantes o habas
o 270 gr. de maíz
250 gr. de verduras
150 gr. de pescado
150 - 160 gr. de fruta

CONDIMENTOS SUSTITUTIVOS DE LA SAL**PRIMEROS PLATOS:**

Nuez Moscada, Menta, Hinojo, Estragón, Pimentón, Tomillo, Laurel, Comino, Orégano, Pimienta Negra.

SEGUNDOS PLATOS:

Salvia, Estragón, Hinojo, Pimienta Blanca y Negra, Perejil, Laurel, Tomillo, Nuez Moscada, Romero.