

Revista Latinoamericana de Difusión Científica
Volumen 5 – Número 8
Depósito Legal ZU2019000058 - ISSN 2711-0494

Revista Latinoamericana de Difusión Científica



Volumen 5 - Número 8
Enero – Junio 2023
Maracaibo – Venezuela

Riesgo cardiovascular en adultos hipertensos de una población rural del estado Falcón - Venezuela

DOI: <https://doi.org/10.38186/difcie.58.02>

Dalila R. Morles Q. *

RESUMEN

La enfermedad cardiovascular es causa frecuente de muerte y de discapacidad en la mayoría de los países según la OMS. Se cree que para el año 2030 afectará a cerca de 23,6 millones de personas. El objetivo de esta investigación es evaluar el riesgo cardiovascular en adultos hipertensos de una población rural del estado Falcón – Venezuela. En este estudio descriptivo-exploratorio, se incluyó 55 hipertensos, obteniendo como resultados: a) la edad predominante fue de 23 - 83 años (56 + 7,47); b) 50,90% fueron femeninos; c) 3,63% pertenecían al estrato II, 3,63% estrato III, 87,27% estrato IV y 5,45% estrato V; d) 81,81% se encontraron con prehipertensión; e) 18,18% presentaron hipertensión arterial grado I; e) estuvieron presentes factores de riesgo cardiovascular no modificables: Edad/Sexo 69,09% (41,81% mujeres > 45 años, 27,27% hombres > 55 años), antecedente familiar de enfermedad cardiovascular 89,09%; y modificables: sedentarismo 83,63%, hábitos alimentarios inadecuados 54,54%, diabetes mellitus 29,09%, dislipidemia 23,63%, hábito tabáquico 21,81%, obesidad 3,63%. Finalmente se determinó el riesgo para enfermedad cardiovascular: < 10% 89,09%, 10 - 20% 7,27%, 20 - 30% 3,63%. Se concluye que la totalidad de los casos estudiados presentaron factores de riesgos modificables y no modificables para enfermedad cardiovascular, y el riesgo predominante para padecer esta patología en 5-10 años fue de menos de 10%.

PALABRAS CLAVE: Sistema cardiovascular, enfermedad cardiovascular, población rural, Venezuela.

*Médico del área de Emergencia en la Clínica Virgen De Guadalupe. Coro, estado Falcón, Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5017-5608>. E-mail: dalilamorles28@gmail.com

Recibido: 20/09/2022

Aceptado: 17/11/2022

Cardiovascular risk in hypertensive adults from a rural population in Falcon State - Venezuela

ABSTRACT

Cardiovascular disease is a common cause of death and disability in most countries according to the WHO. It is expected to affect about 23,6 million people by the year 2030. The objective of this research is to evaluate the Cardiovascular Risk in hypertensive adults of a Rural Population of Falcon State - Venezuela. In this descriptive - exploratory study, 55 hypertensive patients were included, obtaining as results that the predominant age was 23 - 83 years ($56 \pm 7,47$), 50,90% were female, 3,63% belonged to stratum II, 3,63% stratum III, 87,27% stratum IV, and 5,45% stratum V, 81,81% were found with prehypertension, 18,18% arterial hypertension grade I. Non-modifiable Cardiovascular Risk Factors were present: Age/Genre 69,09% (41,81% women > 45 years old, 27,27% men > 55 years old), family history of cardiovascular disease 89,09%, and modifiable: sedentary lifestyle 83,63%, inadequate food habits 54,54%, diabetes mellitus 29,09%, dyslipidemia 23,63%, smoking habits 21,81%, obesity 3,63%. Finally, the Risk for Cardiovascular disease was determined: <10% 89,09%, 10 - 20% 7,27%, 20 - 30% 3,63%. It is concluded that all the cases studied presented modifiable and non-modifiable risk factors for cardiovascular disease, and the predominant risk of developing this pathology in 5-10 years was less than 10%.

KEY WORDS: Cardiovascular systems, cardiovascular diseases, rural population, Venezuela.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles, alcanzan hoy día proporciones descomunales, y por ende contribuyen en gran medida a la mortalidad del hombre; entre estos padecimientos destacan las enfermedades cardiovasculares, que han venido afectando de forma creciente y sostenida a poblaciones en edad laboral, por lo que son reconocidas como un problema de salud pública (Vega et al., 2011).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera que esta patología es la primera causa de muerte en la mayoría de los países (Arata C. 2011; Carmen et al., 2011; Domínguez, 2011; Guterbaun et al., 2011).

Por ser una fuente importante de discapacidad, estas patologías generan grandes costos a las economías nacionales y provocan una carga significativa a los servicios de

salud, que para el año 2030 afectará a cerca de 23,6 millones de personas (Infante, 2011; Betancor, 2000).

Venezuela, no se encuentra ajena a la situación antes descrita; de hecho, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte, y la tasa nacional de mortalidad es de 104 por cada 100.000 habitantes; de esta manera constituyen el principal problema de salud en la población adulta, ocupando el primer lugar como causa de muerte para los mayores de 45 años (Arata, 2011; Carreño, 2011; Acosta, 2011).

En otro orden de ideas, uno de los pilares fundamentales para prevenir y, en cierta forma, frenar la gravedad de las consecuencias que acarrea una enfermedad cardiovascular, se encuentra en la determinación del riesgo cardiovascular, que no es más que la probabilidad que tiene una persona de padecer un evento cardiovascular en un determinado período. Así, la estratificación y cuantificación -especialmente en los pacientes que no padecen enfermedad cardiovascular-, es fundamental para establecer la intensidad de la intervención, la necesidad de instaurar tratamiento farmacológico y la periodicidad de las visitas de seguimiento (Vega et al., 2011).

Para estimar el riesgo cardiovascular, las sociedades europeas de hipertensión arterial y cardiología, proponen una tabla en la que se tienen en cuenta los niveles de presión arterial sistólica y/o diastólica, edad, tabaco, colesterol total, colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad [c-LDL], c-HDL, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz, obesidad abdominal, proteína C reactiva, lesión de órgano diana (hipertrofia del ventrículo izquierdo [HVI], engrosamiento de la pared arterial, ligero aumento de la creatinina y microalbuminuria), presencia o no de diabetes mellitus y enfermedad clínica asociada. Según esta tabla los pacientes con presión normal-alta o hipertensión que tengan 3 o más factores de riesgo o lesión de órganos diana o diabetes mellitus son considerados de riesgo elevado (División, 2006).

Del mismo modo, la OMS/ISH proponen las tablas de predicción del riesgo, que indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave, mortal o no en un período de 10 años según la edad, el sexo, la presión arterial sistólica, el consumo de tabaco, el colesterol total en sangre y la presencia o ausencia de diabetes mellitus en 14 subregiones epidemiológicas de la OMS (OMS, 2008).

Existen dos modelos de tablas. Uno de ellos es válido para los contextos en los que se puede determinar el colesterol en sangre; mientras que el otro se ha concebido para los contextos en que eso no es posible. Cada tabla debe usarse solo en los países de la subregión epidemiológica de la OMS correspondiente (OMS, 2008).

Ahora bien, sumado a los esfuerzos para determinar el riesgo cardiovascular se encuentran las investigaciones centradas en estudiar la influencia de los factores de riesgo en las enfermedades cardiovasculares, quedando establecido que son todos aquellos elementos asociados a la incidencia y mortalidad de estos padecimientos; por lo que se deduce que al estimar la probabilidad de padecer uno de estos males se podrán generar estrategias ideales para prevenirlas eficazmente (Grua et al., 2008; Baena et al., 2006).

En este aspecto, algunos de los resultados más promisorios se lograron a partir de los estudios de Framingham, realizados a partir de 1948 con el aval del Instituto Nacional del Corazón de los Estados Unidos; con ellos se dio inicio a un proyecto que con el paso de los años ha llevado a la identificación de los principales factores de riesgo cardiovascular (González et al., 2010).

Así, entre los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular se mencionan los biológicos, tales como: edad, género, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, colesterol HDL; los dependientes de hábitos, que son: tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y mala alimentación (dieta rica en sal y/o grasas saturadas); y otros tales como estrés y condiciones psicosociales (Arata, 2011; MSD, 2011; Ponce et al., 2011).

Cada uno de estos factores se accionan con un mecanismo etiopatogénico diferente, por lo que pueden ser modificables y no modificables. Entre los no modificables están: la edad, el sexo y los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular. (Guterbaun et al., 2011; Ponce et al., 2011). Por su parte, los factores de riesgo modificables más representativos son: la dislipidemia, la hipertensión arterial, el tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo, la diabetes mellitus, y el consumir una dieta rica en calorías y grasas saturadas y baja en el consumo de frutas y verduras (Betancor, 2000; Rubinstein, 2010).

Al considerar los factores de riesgo modificables, salta a la vista la importancia de uno de ellos, y este es la hipertensión arterial, que es un padecimiento en el que la presión de las arterias se eleva hasta una cifra que supone para los pacientes un riesgo de lesión en varios órganos del cuerpo (MSDS, 2007).

El séptimo reporte del Comité Nacional Conjunto de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial de los Estados Unidos (*JNC VII* por sus siglas en inglés) estableció una clasificación para las cifras de la presión arterial que son ampliamente aceptadas, y explican que una persona puede encontrarse en una de las siguientes categorías: *Normal*: sistólica menor a 120 mmHg, diastólica menor a 80 mmHg; *Pre-hipertensión*: sistólica 120 - 139 mmHg y diastólica 80 - 89 mmHg; *Hipertensión Arterial Grado I*: sistólica 140 - 159 mmHg y diastólica 90 - 99 mmHg; *Hipertensión Arterial Grado II*: sistólica mayor o igual a 160 mmHg y diastólica mayor o igual a 100 mmHg.

Mientras que la II Norma Venezolana para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial establece que las categorías que permiten clasificar la presión arterial son: *Óptima*: sistólica menor a 120 mmHg, diastólica menor a 80 mmHg; *Normal*: sistólica menor a 120 - 129 mmHg, diastólica menor a 80 - 84 mmHg; *Normal Alta*: sistólica 130 - 139 mmHg y diastólica 85 - 89 mmHg; *Hipertensión Arterial Grado 1*: sistólica 140 - 159 mmHg y diastólica 90 - 99 mmHg; *Hipertensión Arterial Grado 2*: sistólica 160 - 179 mmHg y diastólica 100 - 109 mmHg; *Hipertensión Arterial Grado 3*: sistólica mayor de 180 mmHg y diastólica mayor de 110 mm Hg. (Hernández, 2011).

Por otra parte, existen diversas investigaciones que se han realizado con la finalidad de profundizar en este tema, entre las que se encuentran:

Grau et al. (2011) en España, realizaron una investigación para analizar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en 28.887 personas de 35 a 74 años en 10 comunidades autónomas españolas, reportando: hipertensión arterial: 47% en varones y 39% en mujeres; dislipemia con colesterol total de 250 mg/dl: 43% en hombres y 40% en mujeres; obesidad: 29% en ambos sexos; tabaquismo: 33% y 21% respectivamente; diabetes mellitus: 16% en varones y 11% en mujeres; colesterol total entre 190 y 250 mg/dl, presentó el coeficiente de variación mínimo y máximo de 7 y 24% en varones y 7 y 26% en mujeres, respectivamente.

Por su parte Abarca et al. (2019) en Huancayo, determinaron que la mayoría de los pacientes fueron del sexo femenino (51,7%); el grupo etario más frecuente fueron los grupos de 60-64 y 45-49 años (16,5%). El riesgo cardiovascular (RCV) según el cálculo del score de Framingham fue bajo en un 48,7%, moderado en 27,4% y alto en 23,9% de los pacientes. La prevalencia de la obesidad fue del 38,3%; el 24,4% presentaba tratamiento para la HTA, siendo la presión arterial sistólica más frecuente la <120 mmHg con un 57,2%. En relación a la dislipidemia el 15,9 %, 13,5%, 28,9% presentó niveles altos de colesterol total, LDL-c, triglicéridos respectivamente, y 46,3% valores de HDL-c bajos. La prevalencia de diabetes mellitus fue del 29,9%; de estos el 48,4% presentó alto RCV. Con respecto al tabaquismo, la prevalencia fue del 14,9%, teniendo la mayoría un RCV moderado. El riesgo cardiovascular de los pacientes fue predominantemente bajo; los pacientes de sexo masculino, edad avanzada y diabéticos presentaron alto y moderado riesgo cardiovascular.

En Venezuela, algunas de las investigaciones publicadas referentes a riesgo cardiovascular son las realizadas por:

España y Guevara (2011) en Carabobo - Venezuela, efectuaron un estudio para determinar los factores de riesgo para enfermedad cardiovascular que están presentes en una población femenina de hipertensas; incluyeron 44 féminas hipertensas que acudieron al Consultorio Popular de Barrio Adentro 1, ASIC Ruiz Pineda, Valencia, estado Carabobo, de Enero de 2008 a Enero de 2009; reportando que se evidenció la presencia de factores de riesgo modificables en la población, como son: sobrepeso y obesidad, seguido por hipercolesterolemia, sedentarismo y tabaquismo; y los factores de riesgo no modificables encontrados con mayor frecuencia fue la edad: grupo etario 48 a 57 años, seguido por grupo etario entre 38 y 47 años.

Por su parte Duin et al. (2018) en Lara-Venezuela, determinaron que de 136 adolescentes evaluados tenían una edad promedio de $16,15 \pm 0,88$ años, distribuidos en 61,76% del sexo femenino, y 38,24 % del sexo masculino. De los 136 adolescentes, 52 (38,97%) no presentaron ningún factor de riesgo cardiovascular, mientras 84 (61,03%) adolescentes presentaron uno o más factor de riesgo. En cuanto a la distribución de estos factores de riesgo, 68 (80,95%) adolescentes presentaron un factor de riesgo, 10 (11,90%) dos factores de riesgo, y 6 (7,15%) tres o más factores de riesgo cardiovascular. En

cuanto al IMC se observó que 116 (85,29%) de los adolescentes presentaron peso normal, 17 (12,50%) sobrepeso y 3 (2,21%) obesidad. En relación a la presión arterial, 114 (83,82%) adolescentes presentaron cifras de presión arterial normal, 13 (9,56%) cifras de presión arterial normal alta o pre-hipertensión y 9 (6,63%) adolescentes presentaron hipertensión. En cuanto al colesterol total, 6 (4,41%) adolescentes presentaron valores anormales, 6 (4,41%) mostraron HDL-colesterol bajo, 7 (5,88%) con LDL-colesterol anormal, y en 2 (1,47%) adolescentes los triglicéridos mostraron valores por encima de lo normal, es decir, 21 (16,17%) adolescentes presentaron alguna alteración en el perfil lipídico. En cuanto a antecedentes familiares cardiovasculares: 95 (69,85%) adolescentes no refirieron antecedente familiar, 4 (1,47%) lo desconoce y 37 (27,21%) adolescentes expresaron antecedentes de enfermedades cardiovasculares positivos.

En el estado Falcón-Venezuela, destacan los siguientes estudios sobre factores de riesgo cardiovascular:

Payares et al. (2009) en el estado Falcón, realizaron una investigación para determinar la atención primaria de salud como herramienta terapéutica para minimizar los factores de riesgo cardiovascular en la población de hipertensos de la población de Zambrano del municipio Miranda; estudiaron a 28 pacientes mayores de 20 años, reportando: prevalencia de hipertensión arterial de 52%, pre-hipertensión arterial 25%, hipertensión arterial grado I 64,28%, sin hipertensión arterial 10,72%, y como factor de riesgo para enfermedad cardiovascular el antecedente de hipertensión arterial en el 100%.

En 2010, González et al. (2010) en el estado Falcón, realizaron una investigación para identificar los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en 60 pacientes de 25 a 49 años de Santa Elena de Cumarebo del municipio Zamora, en la que incluyeron 60 pacientes, reportando: 61,66% de sexo femenino, 85% con hábito tabáquico, 85% con alto consumo de sal, 58,33% con consumo alto de grasas saturadas, 13,33% con diabetes mellitus, 35% con hipertensión arterial, 23,33% con hipercolesterolemia, y 55% con antecedente familiar de enfermedad cardiovascular.

Todo lo antes descrito permite establecer que las enfermedades cardiovasculares representan un problema de salud pública en Venezuela (OPS/OMS 2011, MSD-Venezuela 2011).

La importancia del presente estudio se centra en el hecho de que las enfermedades cardiovasculares son consideradas la epidemia del siglo XXI, y su incidencia lejos de disminuir se acrecienta (Vega et al., 2011), (OMS/OPS, 2011).

Todo lo antes expuesto permite recalcar la importancia que tiene para el personal médico conocer a ciencia cierta las características de la población en la que ejerce su labor, para que pueda abordar con propiedad cada una de las situaciones que puedan presentarse y así trabajar eficaz y eficientemente en su resolución (Domínguez, 2011).

El principal objetivo de la investigación es: evaluar el riesgo cardiovascular en adultos con hipertensión arterial de una población rural del estado Falcón – Venezuela; para ello se deben describir las características socio-demográficas de la población, identificar los factores de riesgo cardiovascular y cuantificar el riesgo cardiovascular.

1. Materiales y Métodos

1.1. Técnica de Recolección de Datos

Para la recolección de los datos se concertó una Asamblea de Ciudadanos en el Ambulatorio Rural Tipo II José Vicente Zavala de la Población de Pedregal, donde se presentó la propuesta, enfatizándose en el propósito de su realización.

Posteriormente se realizó la visita domiciliaria casa por casa, en la cual se interrogó a los miembros de cada familia, para identificar los pacientes a quienes se les hubiese hecho el diagnóstico de hipertensión arterial. Una vez seleccionados, se les explicó el propósito de la investigación, y así se consiguió la firma del Consentimiento Informado.

Luego se les solicitó la información para completar un instrumento denominado Ficha - Encuesta, el cual consta de cinco (5) partes: en la parte I se anotó lo relativo a las características socio-demográficas de la población; en la parte II se registró las cifras de presión arterial según JNC VII; en la parte III se registró los factores de riesgo no modificables para enfermedad cardiovascular: hombres mayores de 55 años, mujeres mayores de 65 años y antecedente familiar de enfermedad cardiovascular; en la parte IV se apuntaron los antecedentes personales patológicos identificados como factores de riesgo modificables, tales como: dislipidemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, diabetes mellitus, consumo de dieta rica en calorías, grasas saturadas y baja en el

consumo de frutas y verduras; y en la parte V se asentó el riesgo cardiovascular establecido.

La forma cómo se determinó cada variable se explica a continuación: la condición socioeconómica se estableció considerando los resultados de la aplicación del instrumento denominado Graffar modificado por Méndez, el cual toma en cuenta cuatro (4) ítems que son: profesión del jefe de la familia, nivel de instrucción de la madre, fuente de ingreso y condiciones de alojamiento, con cinco (5) opciones de respuesta y cuya sumatoria establece cinco (5) estratos (I: 4 y 5 puntos, II: 7 y 9 puntos, III: 10 y 12 puntos, IV: 13 y 16 puntos, V: 17 y 20 puntos).

En cuanto a la técnica que se empleó para medir la presión arterial fue la recomendada por la Asociación Americana del Corazón (Cómo medir la presión arterial, SF): paciente sentado, en un ambiente calmado, los pies con las plantas en el suelo, y la espalda recargada en el respaldo, brazo en muy ligera flexión descansando sobre una superficie dura u otro soporte de manera que el paciente no haga fuerza, y el punto medio del brazo quede a la altura del corazón, brazaletes en el punto medio entre el acromion y el olecranon, entre 2 a 3 centímetros sobre el pliegue de la fosa cubital, se palpa el pulso braquial o radial y se comienza a insuflar el aire, después se desinfló y se anotaron las cifras de la tensión arterial.

El método que se utilizó para determinar el riesgo cardiovascular en la población estudiada fue el que establece la OMS a través de la Tabla AMR B - OMS/ISH, de colores, el cual consta de dos partes, una para personas con diabetes mellitus y otra para personas sin diabetes mellitus; los parámetros que considera para estimar el riesgo cardiovascular son: edad, sexo, hábito tabáquico y cifra de presión arterial sistólica actual, uso de medicamentos o no (OMS, 2008).

La metodología que se sigue en el cálculo es la siguiente: se considera el género (hombre, mujer), se ubica la edad considerando el renglón correspondiente (existen 4, cada uno representa una década: 40 años, 50 años, 60 años y 70 años), y se ubica en la columna de fumadores o no fumadores y se cruza con la cifra de la presión arterial sistólica que el paciente presenta en ese momento, y el punto de corte queda establecido por un color que hace referencia al riesgo cardiovascular establecido a 10 años. El color

se interpreta así: verde < 10%, amarillo 10% a < 20%, anaranjado 20% a < 30%, ladrillo 30% a < 40%, y rojo \geq 40%. (OMS 2008).

1.2. Técnica de Análisis de Datos

Los datos así obtenidos se analizaron según estudios estadísticos de tendencia central tipo frecuencia y valor porcentual, graficándose en cuadros y figuras.

2. Resultados

Los resultados obtenidos en este estudio descriptivo, en el que se incluyeron 55 pacientes con hipertensión arterial asistidos en el Ambulatorio Rural Tipo II José Vicente Zavala de la población de Pedregal del municipio Democracia del estado Falcón, son los siguientes:

La edad presentó un rango de 23 a 83 años ($X \pm DE$ 56 años \pm 7,47), de tal modo que el grupo etario más frecuente fue el de 50 a 54 años 12,75% (7), 60 a 64 años 12,75% (7), y 70 a 74 años 12,75% (7), seguido del grupo etario de 55 a 59 años 10,93% (6); en cuanto al sexo: 50,90% (28) personas del sexo femenino y 49,09% (27) del masculino. La condición socioeconómica de los pacientes fue la siguiente: estrato II 3,63% (2), estrato III 3,63% (2), estrato IV 87,27% (48) y estrato V 5,45% (3) según Graffar modificado por Méndez (Gráfico 1 y 2).

Los factores de riesgo no modificables encontrados fueron: Edad/Sexo 41,81% (23) de los cuales 16,36% (9) eran mujeres mayores de 65 años y 25,45% (14) hombres mayores de 55 años; y antecedente familiar de enfermedad cardiovascular 89,09% (49). Mientras que los factores de riesgo modificables identificados fueron: sedentarismo 83,63% (46), hábitos alimentarios inadecuados 54,54% (30), diabetes mellitus 29,09% (16), dislipidemia 23,63% (13), hábito tabáquico 21,81% (12) y obesidad 3,63% (2), (Cuadro 3, Gráficos 4 y 5). Las cifras de presión arterial registradas en el momento de la evaluación fueron interpretadas considerando lo planteado en el JNC VII de la siguiente manera: 81,81% (45) prehipertensión arterial y 18,18% (10) hipertensión arterial grado I, (Gráficos 2, 3 y 4).

El riesgo para enfermedad cardiovascular que presentaron los pacientes estudiados fue menor de 10% en el 89,09% (49), 10 a 20% en el 7,27% (4) y 20 a 30% en el 3,63% (2) (Gráfico 6).

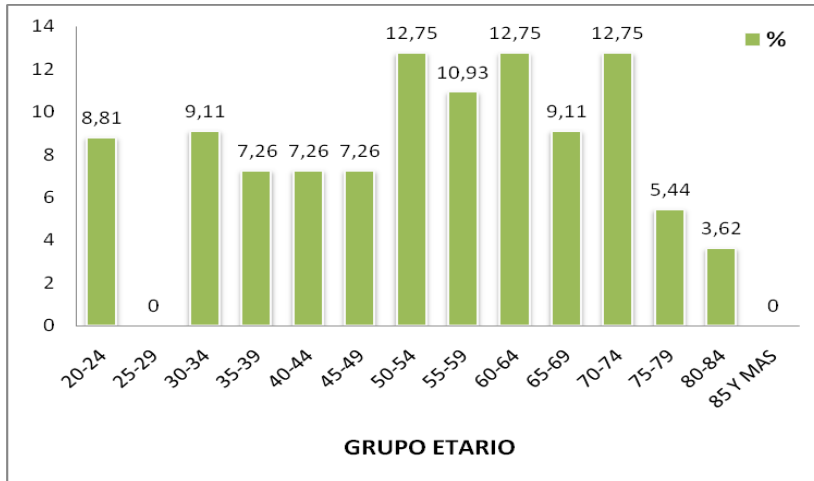


Gráfico 1. Distribución de Hipertensos según grupo etario, Pedregal, municipio Democracia, estado Falcón – Venezuela, según datos tabulados procedentes de encuesta.

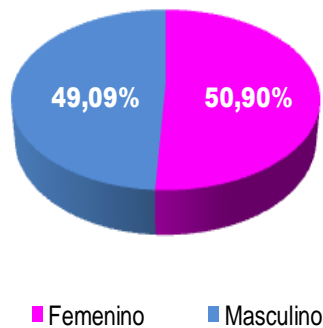


Gráfico 2: Distribución de Hipertensos según Sexo, Pedregal, municipio Democracia, estado Falcón - Venezuela, según datos tabulados procedentes de encuesta.

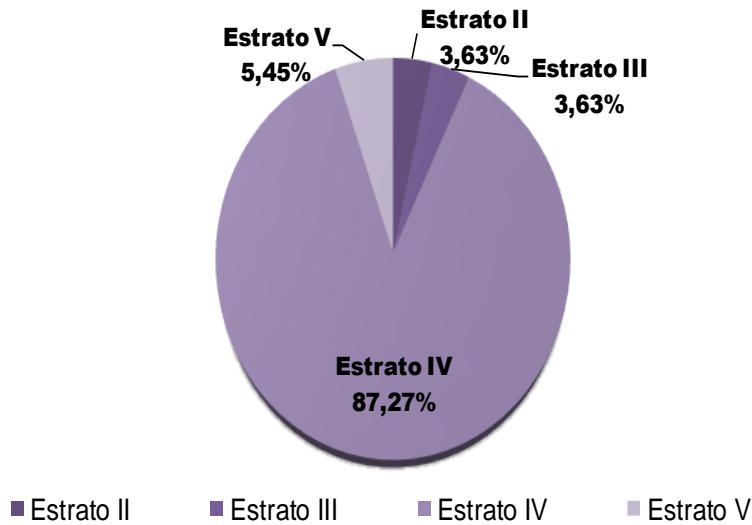


Gráfico 3: Distribución de Hipertensos según Condición Socioeconómica, Pedregal, municipio Democracia, estado Falcón - Venezuela, según datos tabulados procedentes de encuesta.

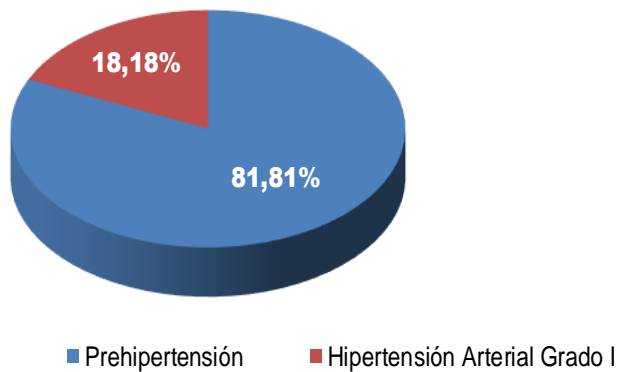


Gráfico 4: Distribución de Hipertensos según cifras de presión arterial, Pedregal, municipio Democracia, estado Falcón - Venezuela, según datos tabulados procedentes de ficha-encuesta y clasificación la hipertensión arterial considerando lo planteado en el JNC VII.

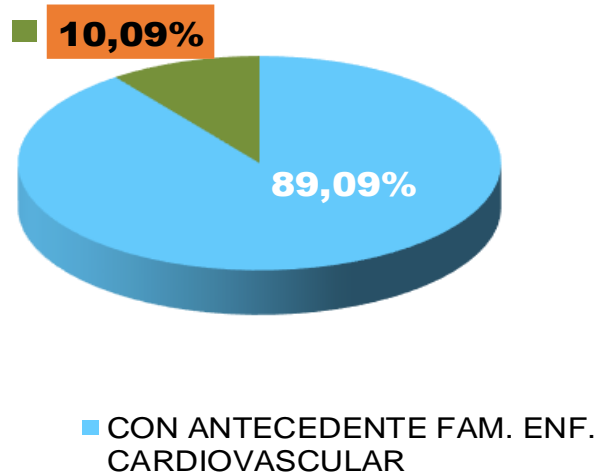


Gráfico 5: Distribución de Hipertensos según Factores de Riesgo No Modificables, Pedregal, municipio Democracia, estado Falcón - Venezuela, según datos tabulados procedentes de ficha-encuesta y clasificación de la hipertensión arterial, considerando lo planteado en el JNC VII.

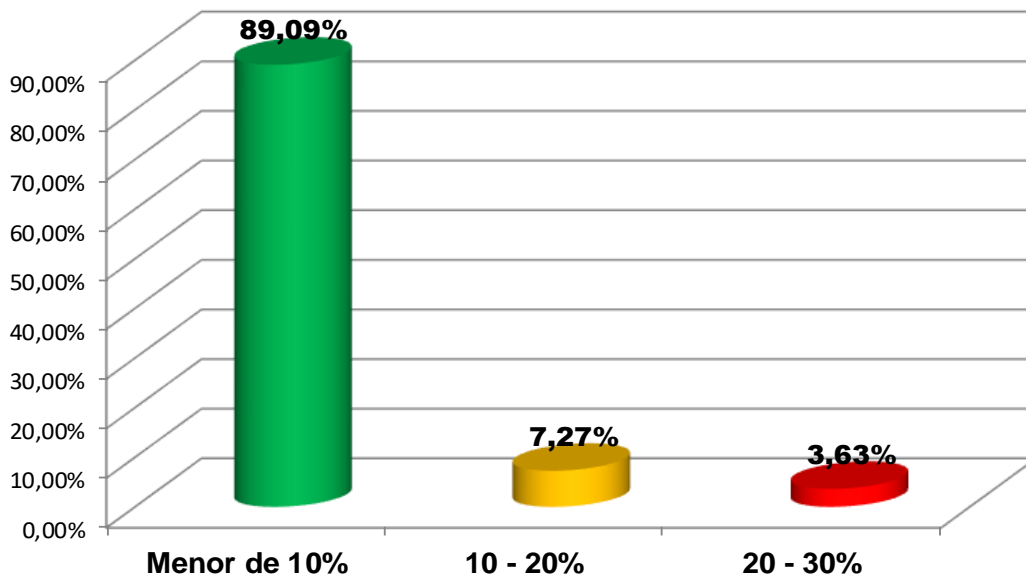


Gráfico 6: Distribución de Hipertensos según Riesgo para Enfermedad Cardiovascular, Pedregal, municipio Democracia, estado Falcón - Venezuela, según datos tabulados procedentes de ficha-encuesta; y clasificación de la hipertensión arterial considerando lo planteado en el JNC VII.

3. Discusión

Al momento de discutir la información obtenida en este estudio, con lo reportado en otras investigaciones, se tiene que la edad tuvo un rango de 23 a 83 años, lo que es un valor más amplio que lo reportado por Abarca et al (2019) (45 a 64 años) y Grau et al. (2011) (35 - 74 años), lo que puede explicarse en la diversidad de la muestra que conforman las series; el grupo etario que predominó fue el de 50 a 54 años, 60 a 64 años y 70 a 74 años, seguido del grupo etario de 55 a 59 años, lo cual es similar a lo que reportan España y Guevara (2011), pero difiere en algunos valores (48 a 57 años/38 a 47 años), y más amplio a lo reportado por González et al. (2010).

En cuanto al sexo, no se observó predominio de ninguno. Sin embargo, lo establecido para el sexo femenino resulta ser similar a lo encontrado por Abarca et al. (2019) (51,7%), González et al. (2010) (61,66%) y Duin et al. (2018) (61,76%). La condición socioeconómica no puede ser discutida puesto que no fue estudiada en las otras investigaciones, y esto se convierte en un punto de atención, dado el predominio de las personas del estrato IV (87,27%).

Ahora bien, lo encontrado en las cifras de presión arterial en relación a prehipertensión (82,81%) difiere de lo expresado por Abarca et al (2019) (57,2%), y Duin et al. (2018) (9,56%); en cuanto a la hipertensión arterial grado I (18,18%) difiere a lo expresado por Payares et al. (2009) (64,28%), lo que se debe tal vez a la diferencia de las poblaciones estudiadas por cada autor.

Los factores de riesgo no modificables encontrados en este estudio fueron la edad/sexo (41,81%) que resultó ser similar a lo presentado por España y Guevara (2011); y antecedente familiar de enfermedad cardiovascular, difiere de lo reflejado por Duin et al. (2018) (27,21%), de Payares et al. (2009) (100%) y de González et al. (2010) (55%), lo que probablemente está relacionado con la génesis de la hipertensión arterial y el tipo de población estudiada.

Entre los factores de riesgo modificables destaca el sedentarismo (83,63%), que difiere en relación con lo expuesto por España y Guevara (2011) en su estudio, ya que fue uno de los que menos se encontraba presente, lo que llama poderosamente la atención debido al alto índice alcanzado por esta situación en la población estudiada, e indica la necesidad de explicar a la comunidad la importancia de mantener una vida activa. Los

hábitos alimentarios inadecuados (54,54%) se presentaron en más de la mitad de los estudiados y, aunque en menor cuantía, coincide con lo informado por González et al. (2010) (85%).

La diabetes mellitus (29,09%), la dislipidemia (23,63%) y la obesidad (3,63%) estuvieron presentes, similar a lo encontrado por Abarca et al. (2019) (29,9%), aunque con cifras menores a lo reportado por González et al. (2010) (13,33%) para la diabetes, y similar a lo reportado por Abarca et al (2019) (15,9% col total, 13,5% LDL y 28,9% TGL), pero con cifras menores a lo expresado por Duin et al. (2018) (4,41% col total, 1,47% LDL y 16,17% TGL) para las dislipidemias, y similar a lo encontrado por Duin et al. (2018) (2,21%) y un poco más elevado a lo encontrado por Abarca et al. (2019) (38,3%) para la obesidad, lo que ratifica lo expresado por diversos autores que establecen la incidencia de las enfermedades metabólicas en la enfermedad cardiovascular.

El hábito tabáquico (21,81%) resultó similar a lo encontrado por Abarca et al. (2019) (14,9%) y González et al. (2010) (85%), difiriendo en los valores, pero estableciéndose su presencia en un grupo importante de la población estudiada, lo que se asocia a riesgo elevado para enfermedad cardiovascular.

El riesgo para enfermedad cardiovascular no puede ser discutido ya que los parámetros expresados en este trabajo no son los mismos a los usados por investigadores como Abarca et al (2019), ya que aunque determinaron el nivel de riesgo presente en los pacientes que estudiaron, no utilizaron la Tabla AMR B - OMS/ISH.

Conclusión

Se concluye que el grupo etario predominante fue de 50/54 años 12,75%, 60/64 años 12,75% y 70/74 12,75%, seguido del grupo etario de 55/59 años 10,93%. En lo que respecta al sexo: 50,59% femenino, 40,09% masculino; condición socioeconómica: 3,63% del estrato II, 3,63% del estrato III 87,27% del estrato IV y 5,45% del estrato V. Por otra parte, la totalidad de los casos estudiados presentaron factores de riesgos modificables y no modificables. Riesgo cardiovascular no modificables: edad/sexo 41,81% (16,36% mujeres mayores de 65 años; 25,45% hombres mayores de 55 años), y antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular 89,09%. Riesgo modificable: sedentarismo 83,63%, hábitos alimentarios inadecuados 54,54%, diabetes mellitus 29,09%, dislipidemia

23,63%, hábito tabáquico 21,81% y obesidad 3,63%. La clasificación para las cifras de presión arterial según JNC VII fue: 81,81% con hipertensión arterial y 18,18% con hipertensión arterial grado I. El riesgo para enfermedad cardiovascular (riesgo predominante para padecer esta patología), en 5-10 años, fue de menos de 10%, según Tabla AMR B - OMS/ISH, de colores de la OMS.

Referencias

Abarca D., Guerra E., Machahuay E. (2019). *Determinación del riesgo cardiovascular según el score de Framingham en pacientes atendidos en un hospital público de Ica-2019*. Tesis para optar al Título profesional de Médico Cirujano. Universidad Continental Huancayo. Publicado.

Acosta J. *Factores psico-sociales y enfermedad cardiovascular en la crisis*. Disponible en: <http://caibco.ucv.pe/caibco/vitae/VitaeDieciseis/Articulos/articulocardiologiaycrisis/ArchivosPDF/articulocardiologiaycrisis.pdf> [citado 2011 Agosto 11]

Arata C. *Enfermedades Cardiovasculares*. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos36/enfermedades-cardiovasculares/enfermedades-cardiovasculares.shtml> [citado 2011 Agosto 11]

Baena J., Del Val J., Tomás J., Martínez J., Martín R., González I., Raido, E., Pomares M., Altés A., Álvarez B., Piñol P., Rovira M., Oller M. (2006). *Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares y Factores de Riesgo en Atención Primaria*. *Rev Esp Cardiol*; 58 (4): 1 - 7.

Balaguer I. (2004). *Control y Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares en el Mundo*. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57 (6): 487 - 494.

Banegas, J., Villar F., Graciani A., Rodríguez F. (2006). *Epidemiología de las Enfermedades Cardiovasculares en España*. *Rev Esp Cardiol.*, 2006; 6 (Supl G): 3 - 12.

Betancor, P. (2000). *Demasiado Riesgo Cardiovascular y Enfermedad poco frecuente*. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 738 - 739.

Brotos C. *Control de los Factores de Riesgo Cardiovascular en Atención Primaria. ¿Controlamos los factores o controlamos el Riesgo?*. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v124n11a13072843pdf001.pdf> [citado 2011 Agosto 11]

Candela M. *Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular*. Disponible en: <http://www.abajarcolesterol.com/hipertension-arterial-y-riesgo-cardiovascular/> [citado 2011 Agosto 11].

Carmena R., Ordovás J. *Nutrigenómica y Enfermedades Cardiovasculares*. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono9/Articulos/articulo10.pdf> [citado 2011 Agosto 11]

Carreño G. *Enfermedades Cardiovasculares en Venezuela*. Disponible en: <http://www.oei.org.co/sii/entrega21/art06.htm> [citado 2011 Agosto 11]

Cómo medir la Presión Arterial. Disponible en: <http://www.medicinayprevencion.com/hipertension/presion+arterial.htm> [citado 2011 Agosto 11]

División J. (2006). *Riesgo Cardiovascular Global en Hipertensos*. *Hipertensión* 2006; 23 (07): 205 - 206.

Domínguez M. *Los Factores de Riesgos de padecer Enfermedades Cardiovasculares un Problema Comunitario*. Disponible en: <http://www.sabetodo.com/contenidos/EkpyFAZFllrZaaPzIq.php> [citado 2011 Agosto 11]

Duin A., Soza B., Hernández R., Camacho C., Camacho J. (2018). *Factores de riesgo Cardiovascular en adolescentes, pertenecientes a dos instituciones de educación diversificada del municipio Iribarren, Barquisimeto, Estado Lara*. *Revista Venezolana de Salud Pública* 2018; 6(2): 17-24. Disponible en: <https://revistas.ucla.edu.ve/index.php/rvsp/article/view/1955>.

España P., Guevara B. *Factores de Riesgo Enfermedad Cardiovascular presentes en Población Femenina Hipertensa*. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones /articulos/2883/1/Factores-de-riesgo-para-enfermedad-cardiovascular-presentes-en-una-población-femenina-hipertensa.html>

González G., Galíndez Crespo A., Galíndez Crespo O. (2010). *Factores de Riesgo para Enfermedades Cardiovasculares en la Población de 25 a 49 años de la Comunidad de Santa Elena de Cumarebo, Municipio Zamora, Estado Falcón, Octubre 2009 - Mayo 2010*. Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Médico Cirujano - UNEFM. No Publicado.

González L., Cabrera A., Álvarez N., Iglesias A. (2011). *Algunas Variables relacionadas con la Hipertensión Arterial en una población venezolana de Colina de los Rosales*. *Medisan*; 15 (7): 925.

Grau M., Elosua R., Cabrera A., Guembe M., Baena J., Vega T., Félix F., Zorrilla B., Rigo F., Lapetra J., Gavrila D., Segura A., Sanz H, Fernández D., Fitó M, Marrugat J. (2011). *Factores de Riesgo Cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS*. *Rev Esp Card* april 2011; 64 (4): 295 - 304.

Grúa M., Marrugat J. (2008). *Funciones de Riesgo en la Prevención Primaria de las Enfermedades Cardiovasculares*. *Rev. Esp Cardiol*, 2008; 61 (4): 404 - 416.

Guterbaum T, Gaede P. (2011). *Intervención sobre Múltiples Factores de Riesgo para Prevenir la Enfermedad Cardiovascular. Un enfoque basado en la evidencia. Rev Esp Cardiol.* 2011; 64 (3): 173 - 4.

Hernández M., García H. (2007). *Factores de Riesgo y Protectores de Enfermedades Cardiovasculares en Población Estudiantil Universitaria. Revista de la Facultad de Medicina;* 30 (2): 119 - 123.

Hernández R. *Normas Venezolanas para la Clasificación de la Hipertensión Arterial.* Disponible en: <http://www.svhipertension.org/pdf/normas.pdf> [citado 2011 Agosto 11]

Hipertensión Arterial Disponible en: <http://www.saludyfamilia.com/enfermedades/hipertension-arterial/generalidades/> [citado 2011 Agosto 11]

Hipertensión Arterial Disponible en: <http://www.saludyfamilia.com/enfermedades/hipertension-arterial/generalidades/> [citado 2011 Agosto 11]

Hospital Universitario Quirón Madrid Factores de Riesgo Cardiovascular: Consejos Básicos. Disponible en: <http://www.cardioquiron.com/atencionalpaciente/factoresderiesgocardiovascular.php> [citado 2011 Agosto 11]

JNCVII.Reporte.<http://www.saludyfamilia.com/enfermedades/hipertensionarterial/generalidades/> [citado 2011 Agosto 11]).

La Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares. Disponible en: <http://www.nutricionneuquen.com.ar/Framingham1.html> [citado 2011 Agosto 11].

Ministerio de Salud de Venezuela (2007). *Guía Práctica de Salud para Barrio Adentro I. Salud Cardiovascular Renal y Endocrinología.* Caracas 2007. 1: 33 - 44.

Ministerio de Salud de Venezuela. *Enfermedades Cardiovasculares.* Disponible en: <http://www.msd.com.ve/msdve/patients/corazon/vida/tevida.html> [citado 2011 Agosto 11]

OPS/OMS. *Programa de Actividad Física para la Prevención y Control de los Factores de Riesgo Cardiovasculares.* Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/38358612/Programa-de-Actv-Fisica-Para-Prevencion-y-Control-de-Factores-de-Riesgo-Cardiovasculares> [citado 2011 Agosto 11]

Organización Mundial de la Salud (2008). *Prevención de las Enfermedades Cardiovasculares.* Ginebra, 2008. Disponible en: http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf [citado 2011 Agosto 11].

Payares A., García S., Salas Y. (2009). *Atención Primaria de salud como Herramienta Terapéutica para Minimizar los Factores de Riesgo cardiovascular en los Hipertensos de la Población de Zambrano, Municipio Miranda, Estado Falcón, Diciembre 2008 - Mayo 2009.*

Trabajo Especial de Grado para optar al Título de Médico Cirujano - UNEFM. No Publicado.

Ponce V., Ojeda M., Reparaz J., Lukešćik F. (2006). *Relación entre Diabetes Mellitus y Patología Cardiovascular. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina - N° 163 – Noviembre 2006 Pág. 26-30 Disponible en: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista163/7_163.htm [[citado 2011 Agosto 11]*

Rubinstein A., Colantonio L., Bardachi A., Caporalei J., García S., Kopitowski K., Alcaraz A., Gibbons L., Augustovskii F., Pichón A. (2010). *Estimación de la Carga de las Enfermedades Cardiovasculares atribuible a Factores de Riesgo Modificables en Argentina. Rev Panam Salud Pública Apr. 2010; 27 (4).*

Texas Heart Institute *Hipertensión Arterial.* Disponible en: http://www.texasheart.org/hic/topics_esp/cond/hbp_span.cfm [citado 2011 Agosto 11]

Vega J., Guimará M., Vega L. (2011). *Riesgo Cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de las enfermedades cardiovasculares. Rev Cubana Med Gen Integr 2011 Mar; 27 (1): 91 - 97.*