

Riesgo coronario en locatarios de un mercado municipal

Monserrat León Fuentes¹, Natalia Berenice Ibarra Mendoza¹, María de Jesús López Salazar¹, Nubia Aketzali Sánchez Chávez¹, Luz Carolina Torres Martínez¹ y Rossana Mariam Monjaraz Quintana¹, Ma. Teresa Pratz Andrade²

¹Estudiantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia del Departamento de Enfermería y Obstetricia, División de Ciencias Naturales y Exactas, Campus Guanajuato, Universidad de Guanajuato

m.leonfuentes@ugto.mx¹

²Profesora Investigadora del Departamento de Enfermería y Obstetricia, División de Ciencias Naturales y Exactas, Campus Guanajuato, Universidad de Guanajuato.

Enfermera Especialista Cardiovascular del Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío, León, Guanajuato; México.

mpratz@ugto.mx¹

Resumen

Las enfermedades cardiovasculares ocupan las principales causas de muerte en el mundo y en el país, éstas están directamente relacionadas con factores de riesgo, así como, el proceso aterosclerótico que se produce en los vasos coronarios restringiendo el flujo sanguíneo. El desarrollo de herramientas para calcular la probabilidad del riesgo ha permitido identificar la población que desarrollará estas enfermedades en un tiempo determinado. Es por ello, que se llevó a cabo una medición del riesgo coronario en locatarios de un mercado municipal en Guanajuato, en los cuales previamente ya se había llevado a cabo un tamizaje de salud.

Palabras clave: Enfermedades cardiovasculares, aterosclerosis, riesgo coronario.

Salud Cardiovascular

De acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), al año se reportan 17.9 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, se estima que más de cuatro de cinco defunciones por enfermedades cardiovasculares se deben a cardiopatías coronarias y accidentes cerebrovasculares. Se prevé que para el 2030, la cifra aumente a 23 millones de defunciones por año (OMS, 2022).

En México, la enfermedad cardiovascular se ha mantenido dentro de las principales causas de mortalidad por décadas, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) las enfermedades del corazón causaron 113,899 muertes de mexicanos en el 2021 (INEGI, 2021).

Son diversos los factores que llevan a la aparición de dichas patologías, sin embargo, existe una selección de factores que condicionan su desarrollo, tales como la hipertensión arterial, la diabetes, la obesidad y/o sobrepeso, el tabaquismo y la dislipidemia (García et al., 2020). Además, se estima que cerca del 70% de la población adulta presenta al menos un factor de riesgo cardiovascular (Castro, Castro y Careaga, 2016; Castro et al., 2018).

Existen diversas herramientas para la medición e identificación del riesgo coronario, las cuáles consideran los factores de riesgo derivados de la cohorte de Framingham (edad, colesterol total, colesterol HDL, tensión arterial sistólica, tabaquismo), donde se les asigna una puntuación para estimar el riesgo de forma separada en hombres y mujeres, con base en algoritmos de predicción se seleccionan a aquellas personas susceptibles a la enfermedad coronaria dentro de los primeros 5 a 10 años, convirtiéndose la puntuación de riesgo en una probabilidad absoluta, Así, un paciente con una estimación de riesgo a 10 años del 8%, se debe de interpretar como que de 100 personas similares a él, podemos esperar que 8 sufrirán un evento en los próximos 10 años (Piniés et al., 2015).

Objetivo de la estratificación del riesgo

Identificar la probabilidad de desarrollar una enfermedad coronaria en un período determinado, en los locatarios de un mercado municipal de la ciudad de Guanajuato, que previamente tuvieron un tamizaje de salud para detecciones de enfermedades no trasmisibles y factores de riesgo cardiovascular.

Metodología del estudio

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, en el cual se llevaron a cabo una serie de análisis estadísticos en diversas variables demográficas, de antecedentes de salud y clínicas, registradas en población guanajuatense que participaron en un tamizaje de salud público.

Las variables clínicas consideradas son glicemia capilar, colesterol total, tensión arterial e Índice de masa corporal (IMC). Dentro de las variables demográficas están la edad, el sexo, estado civil y nivel educativo; para las variables de antecedentes personales se considero el diagnóstico de alguna enfermedad crónica, la actividad física y consumo de tabaco.

Factores de riesgo

El riesgo es una medida que refleja la probabilidad de que un hecho o daño a la salud se produzca; así que un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia de una persona o grupo de personas que brinda una probabilidad de desarrollar una enfermedad, está puede ser específica para una o varias enfermedades.

Para las enfermedades cardiovasculares los principales factores de riesgo son la hipertensión arterial, el colesterol elevado, la diabetes, la obesidad y sobrepeso, el tabaquismo, la inactividad física, el sexo, la herencia y la edad. Así mismo, se han considerado factores contribuyentes al desarrollo de la enfermedad como son el estrés, las hormonas, los anticonceptivos y el alcohol.

Datos sociodemográficos

Con base a los registros clínicos del tamizaje de salud realizado a 100 locatarios de un mercado municipal de la ciudad de Guanajuato, la población de estudio contaba con un rango de edad de 19 a 84 años, con una media de 46.4 ± 16.2 años, el 59% eran del sexo femenino, aunque el 48% contaba con estudios de nivel medio y superior, el 27% aún tiene un nivel escolar de primaria, y el 52% cuenta con estado civil casado.

Antecedentes personales

Con relación a los antecedentes personales el 46% cuenta con el diagnóstico de una enfermedad crónica, predominando la hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y enfermedades vasculares periféricas; de estos solo el 23% lleva un control médico de manera intermitente en un dispensario de la ciudad.

La actividad física es una práctica que solo el 37% de la población valorada realiza, y el consumo de tabaco se da en el 24%, donde la cantidad de consumo va de 1 a 20 cigarrillos al día ($X=6.4$, $DE=6$) y una frecuencia de una vez a la semana hasta todos los días ($X=4$ días/semana, $DE=2$ días/semana).

Variables clínicas

Se encontró en el 78% de la población valorada problemas asociados con el sobrepeso y la obesidad, así como el 73% presentaron cifras elevadas de glucosa en ayuno, el 38% presentó hipertensión arterial sistólica y el 24% hipertensión arterial diastólica.

Tabla 1. Valores obtenidos del tamizaje de salud

Variables clínicas	f	%
IMC		
Bajo	1	1
Normal	18	18
Sobrepeso	33	78%
Obesidad I	22	
Obesidad II	15	
Obesidad III	8	
Glucosa		
<100 mg/dl	27	27
>101 mg/dl	73	73%
Presión arterial sistólica		
Óptima	38	38
Normal	24	24
Normal alta	18	38%
Hipertensión grado 1	12	
Hipertensión grado 2	7	
Hipertensión grado 3	1	
Presión arterial diastólica		
Óptima	78	78
Normal	1	1
Normal alta	2	24%
Hipertensión grado 1	14	
Hipertensión grado 2	7	
Hipertensión grado 3	1	

n=100

Así mismo, se realizó la aplicación de la Escala Frindisc a 83 personas que cumplían con los requerimientos de detección, la cual, permite determinar el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en los próximos 10 años, encontrándose en el 73.5% con algún riesgo desde ligeramente bajo hasta muy alto.

Tabla 2. Escala Finsdrisc

Riesgo	f	%
Bajo	22	26.5%
Ligeramente bajo	27	
Moderado	17	73.5%
Alto	16	
Muy alto	1	

n=83

Riesgo coronario

El objetivo de medir el riesgo coronario es para estratificar y clasificar el nivel de riesgo en las personas con factores cardiovasculares, para brindar una respuesta terapéutica preventiva, es por ello, que 64 personas contaron con las características necesarias para el modelo de predicción y establecer el riesgo coronario, encontrándose en el 51.5% de estas personas un riesgo de moderado a alto.

Tabla 2. Riesgo coronario

Riesgo	f	%
Bajo	31	48.5%
Moderado	14	51.5%
Alto	19	

n=64

Conclusiones

En la actualidad, observamos un gran contraste en la sociedad mexicana, por un lado, los grandes avances terapéuticos que hay para las enfermedades cardiovasculares, y por el otro, es evidente la poca conciencia de las personas hacia la prevención con la adopción de hábitos cardiosaludables. Urge a la luz de estos datos cambios en los paradigmas de la salud y el autocuidado, la mortalidad global por enfermedades cardiovasculares deben ser la principal prioridad de salud en las organizaciones, tanto civiles como de salud.

Referencias

- Castro, A., Castro, C., Careaga, C. (2017). Enfermedades cardiovasculares, principal causa de muerte entre los mexicanos. *Asociación ALE*, 11 (2017). Recuperado 21 de julio de 2022, de <https://asociacionale.org.mx>
- Castro, C., Cabrera, C., Ramírez, S., García, L., Morales, L., Ramírez, H. (2018). Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en adultos mexicanos. *Revista Médica MD*, 2 (2018). Recuperado 21 de julio de 2022, de <https://www.revistamedicamd.com>
- Dawber, T. (1980). The Framingham study. The epidemiologic of atherosclerotic disease. Cambridge: Harvard University Press.
- García, F., López, M., Mendiola, I., López, E., Guizar, D., López, G. (2020). Estimación de riesgo cardiovascular aterosclerótico en pacientes adultos sin sospecha de cifras tensionales elevadas. *Revista UNAM Enfermería Universitaria*, 18 (2020). Recuperado 21 de julio de 2022, de <https://doi.org>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2021). Estadística de defunciones registradas en 2021.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). La carga mundial de morbilidad. Ginebra: OMS.
- Piniés, J., Gonzalez, F. y Arteagoitia, J. (2015). Escalas de cálculo del riesgo cardiovascular para pacientes con diabetes. ¿Qué son y de qué nos sirven? *Av Diabetol*. 31(3): 102 – 112. <http://dx.doi.org/10.1016>.