

EVALUACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL DE LAS ESCUELAS PRIMARIAS DEL BARRIO CASTAÑARES, SALTA CAPITAL

EVALUATION OF CARDIOVASCULAR RISK IN PRIMARY SCHOOL STAFF OF CASTAÑARES NEIGHBOURHOOD, SALTA.

ENRÍQUEZ, Lilia Elisabeth¹; TAPIA, María Natalia del Milagro²; CRAVERO BRUNERI, Andrea Paula³

¹Licenciada en Nutrición; Fac, de Cs. de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

²Licenciada en Nutrición; Fac, de Cs. de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

³Mgs. Nutrición y Dietética. Universidad Nacional de Salta. Fac, de Cs. de la Salud. Universidad Nacional de Salta.

CONTACTO: andicravero@hotmail.com

RESUMEN

Objetivos: Conocer los factores de riesgo (FRCV) y evaluar el riesgo cardiovascular global (RCG) del personal de las Escuelas Primarias del Barrio Castañares, Salta-Capital, 2015. **Metodología:** Estudio descriptivo, de corte transversal, exploratorio, no exhaustivo. Muestra no probabilística. Los datos se recolectaron mediante entrevista personal, en la que se aplicaron Ficha de datos personales y antecedentes de Enfermedades Cardiovasculares (ECV), Recordatorio de 24 Hs. y Cuestionario de Frecuencia de Consumo de Alimentos (CFCA) fuentes de grasas, azúcares simples, sodio y fibra dietética. Se registraron medidas antropométricas: peso, talla e Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia cintura/cadera (C/C) y presión arterial. Para la estimación del RCG se utilizaron las Tablas de Predicción de la OMS/ISH (2009). Los datos se procesaron en planillas Excel-I 2010; estadística descriptiva y medidas de tendencia central. **Resultados:** La muestra quedó conformada por 164 adultos de ambos sexos. El grupo etáreo predominante fue el de 40 a 49 años. El 66,5% presentó antecedentes familiares de ECV, principalmente hipertensión arterial (HTA). El 25% de la muestra presentó HTA, 10,4% Diabetes tipo 2 (DBT2); 14,6% hipercolesterolemia (HC) y 8,5% hipertrigliceridemia (HT). El 47,6% no realizaba actividad física; 26,2% consumía alcohol de los cuales 7% lo hacía en cantidades superiores a las permitidas por OMS. El 18,9% eran fumadores activos y 25,6% pasivos. En relación con la alimentación, entre el 90 y 98 % realizaban desayuno, almuerzo y merienda. Se observó alto consumo (40%) de alimentos fuente de grasas saturadas, azúcares simples y carbohidratos refinados; consumo moderado de alimentos fuente de sodio y consumo bajo a nulo de alimentos fuente de fibra dietética, Omega 6 y Omega 3. El 16,5% de las personas presentó sobrepeso grado I y II, el 77,5% valores de circunferencia de cintura superior a lo normal y el 36,6% una distribución grasa de tipo androide. Utilizando las Tablas OMS/ISH, se determinó que el 90,2% presentó un RCG bajo, el 8% moderado y el 1,8% alto. **Conclusiones:** A pesar de presentar RCG bajo según las tablas OMS/ISH, la muestra presentó otros factores asociados a riesgo cardiovascular como sedentarismo, obesidad, consumo de alcohol y anticonceptivos orales e HT, por lo que se recomienda complementar la información obtenida con otras herramientas a fin minimizar sesgos y planificar estrategias de prevención en comunidades educativas.

Palabras Claves: Factores de Riesgo Cardiovascular, Riesgo Global, Estado Nutricional, Alimentación, Sedentarismo.

ABSTRACT

Objectives: to know the risk factors and to evaluate the Global Cardiovascular Risk (GCR) of Primary School staff. Castañares Neighborhood, Salta, 2015.

Methodology: descriptive-cross sectional -exploratory-non-exhaustive study. Intentional sample. The data collection methods included: a personal interview, personal data form, and cardiovascular diseases (CVD) background, a 24-hour reminder and a food consumer frequency questionnaire (saturated fats/ simple carbohydrates/sodium/fiber). Anthropometric measures and blood pressure were also registered. Prediction Tables WHO/ISH/2009 were used. Data was processed with Excel/2010, descriptive statistical and measures of central tendency.

Results: 164 men and women interviewed. The predominant age was 45 years old. 66.5% had CVD family background, mainly high blood pressure. 25% hypertension, 10.4% diabetes type 2, 14.6% hypercholesterolemia and 8.5% hypertriglyceridemia. 47.6% of the sample was sedentary. 18.9% was active smokers and 25.6% passive. As regards nutrition, 90% had breakfast, lunch and an afternoon snack. High consumption of saturated fats and simple carbohydrates was observed; moderate intake of sodium and low-null dietetic fiber, omega-6 and omega-3. 16.5% was overweight degree I and II, android kind (36%). 77.5% high waistline. 90.2% low GCR, 8% moderate and 1.8% high.

Conclusions: the sample presented risk factors associated to GCR not contemplated by the Tables of the WHO (sedentary lifestyle, obesity, sedentary lifestyle, smoking, contraceptive pills), For that reason, it is recommended that complementary information should be provided by means of other tools in order to minimize mistakes and to plan appropriate preventive strategies.

Key Words: Cardiovascular Risk Factors, Global Risk, Nutritional Status, Feeding, Sedentary Lifestyle

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) engloban a un grupo de patologías que afectan el corazón y los vasos sanguíneos (1). Estas enfermedades producen discapacidad y/o muerte prematura en el adulto ocasionando no solo una carga para las personas que las sufren, sino también para sus familias y la sociedad en la que viven. Las ECV tienen un origen multifactorial y se destacan en su desarrollo los denominados FRCV. Actualmente existen herramientas de cribado de fácil aplicación utilizadas para predecir o estimar el riesgo antes de que el evento coronario ocurra como por ejemplo la Tabla de Predicción de Riesgo de la OMS/ISH (2009) la que puede complementarse con información adicional sobre el estado nutricional, ingesta alimentaria, actividad física y hábitos indeseables de los individuos en estudio a fin de analizar la situación cardiovascular global de los mismos (3).

OBJETIVOS: Conocer los FRCV y evaluar el RCG del personal de las Escuelas Primarias del Barrio Castañares, Salta-Capital, 2015.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, exploratorio, no exhaustivo. La muestra fue no probabilística, elegida por juicio o selección intencionada, la cual quedó conformada por docentes y no docentes de ambos sexos, mayores de 30 años que aceptaron formar parte del estudio durante el periodo de junio a agosto del ciclo lectivo 2015. Los datos se recolectaron mediante una entrevista personal en la que se aplicaron fichas de datos personales/ocupacionales, antecedentes personales/familiares de ECV; encuesta de FRCV y Recordatorio de 24 Hs. y CFCA de alimentos fuentes de grasas, azúcares simples, sodio y fibra dietética. Para determinar el estado nutricional se realizó antropometría: peso y talla a fin de calcular el IMC y su posterior valoración con la Tabla SEEDO'2007. También se tomaron las circunferencias de cintura (C) y cadera (C) para luego calcular el índice C/C según OMS. Además se registraron los valores de presión arterial tomados por una enfermera profesional. La muestra estudiada se distribuyó por grupo de edades, sexo, antecedentes de ECV, enfermedades crónicas no trasmisibles (DBT2, HTA, HC e HT), hábito tabáquico, consumo de anticonceptivos orales, consumo de bebidas alcohólicas, ingesta alimentaria, actividad física, estado nutricional y la estratificación del RCV. Para la estimación del RCG se utilizaron las Tablas de Predicción de la OMS/ISH (2009) para los países de la región B de las Américas, clasificando a los individuos como de bajo riesgo (<10%), moderado (10 a 20%), alto riesgo (20 a 30%) o muy alto riesgo (>30%). Dependiendo de la presencia de DBT y colesterol se seleccionó la Tabla correspondiente. Los datos cuantitativos se expresaron en frecuencias absolutas, porcentajes, medidas de tendencia central (promedio, mediana, modo) y desvío estándar. Las variables cualitativas se describieron e interpretaron en función de la estadística descriptiva de manera exploratoria, no exhaustiva.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La muestra quedó conformada por 164 adultos de ambos sexos, docentes y no docentes que trabajaban en ambos turnos (mañana y tarde). El 86,6% de las personas encuestadas estuvo representado por el sexo femenino. El grupo etáreo predominante fue el de 40 a 49 años. El 86,4% de los varones se encontraban en el rango de 35 a 44 años donde la incidencia de ECV es 3 veces mayor que la observada en las mujeres de la misma edad; mientras que el 31,7% de las mujeres se encontró en el rango superior a los 55 años, edad en la que el sexo femenino iguala el RCV a los hombres (4). El 66,5% presentó antecedentes familiares de ECV, principalmente HTA. Del total de las mujeres que ya habían superado la menopausia (n=48), el 60,4%

manifestó que la misma se produjo alrededor de los 50 años y el 39,6% presentaron menopausia prematura, la cual constituye un FRCV por sí misma, pudiendo perder el efecto protector del sistema hormonal y aumentando así el RCV (5). El 10,4% de las personas encuestadas presentó DBT2 la que aumenta la incidencia y prevalencia de cardiopatía coronaria debido a la hiperglucemia lo que aumenta de 2 a 4 veces el riesgo de cardiopatía en comparación con pacientes no diabéticos de la misma edad y sexo (6). El 25% presentó HTA, lo que podría estar relacionado con los antecedentes familiares, ya que el 50% presentaba historia familiar de HTA. El 14,6% presentó HC y el 8,5% HT, ambas consideradas como FRCV condicionantes por su papel en el desarrollo de arterioesclerosis (6). El 18,9% eran fumadores activos y según estudios epidemiológicos el fumar de 1 a 4 cigarrillos/día incrementaría las ECV (6) y todos los fumadores del estudio superaban esta cantidad. El 25,6% eran fumadores pasivos y según la OMS éstos están expuestos a los mismos agentes de riesgo para la salud que aquellos que lo hacen voluntariamente (6). El 26,2% consumía alcohol de los cuales el 7% lo hacía en cantidades superiores a las permitidas por la OMS. Esto, daría lugar a la mayor probabilidad de aparición de arritmias (7). El 47,6% fueron clasificadas como “sedentarios”. El sedentarismo, además de provocar por sí mismo un importante daño al sistema cardiovascular, contribuye a acentuar los efectos de otros factores de riesgo como la obesidad, la HTA o el colesterol elevado (7). El individuo sedentario tiene un riesgo 2 veces mayor de presentar ECV que una persona activa y la magnitud de dicho riesgo es comparable con el que se observa en personas con HC o tabaquismo (8). La alimentación fue monótona, poco variada y con un consumo alto a moderado de alimentos fuente de grasas saturadas, azúcares simples y/o refinados. Si bien, el estado nutricional predominante fue normopeso, se halló un número importante de Sobrepeso Grados I - II (16,5%) y Obesidad Grado I (3%) respectivamente. Es sabido que el 70% aproximadamente de los casos de ECV en obesos, son atribuibles a su grado de adiposidad (8). El 77,5% presentó valores de circunferencia de cintura superiores a lo considerado como normal y el 36,6% una distribución grasa de tipo androide, infiriendo una relación directa entre una dieta desequilibrada e inactividad física. De acuerdo a las características clínicas y personales se determinó el RCG y del total de las personas con DBT2, el 82,4% presentó RCG bajo, el 11,8% moderado y el 5,9% alto. Con respecto a las personas que no presentaron DBT2, el 91,8% tenían RCG bajo, el 7,5% moderado y el 0,7% alto.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al evaluar el riesgo de padecer un episodio cardiovascular (mortal o no) en un período de 10 años utilizando las Tablas de OMS/ISH se determinó el personal de las escuelas tuvo un RCG bajo, seguido por moderado y alto. Sin embargo, al analizar la situación general por la presencia de otros FR no contemplados en las Tablas, un gran número de personas presentaron hasta 3 o más factores relacionados a la posibilidad de desarrollar ECV en un futuro tales como HT, sedentarismo, consumo de alcohol y anticonceptivos orales, sobrepeso- obesidad por lo que se trataría de un grupo con gran exposición a padecer ECV. La identificación de los FRCV cobra importancia epidemiológica en la implementación de medidas de prevención o de intervención para disminuir el riesgo cardiovascular, por lo que se vuelve necesario complementar el uso de las Tablas OMS/ISH con otro tipo de herramientas de cribado para minimizar los sesgos en la información obtenida generando acciones oportunas y más eficaces para las poblaciones expuestas. Se vuelve necesario involucrar al personal de los establecimientos escolares, orientándolos con actividades educativas sobre los beneficios de una correcta alimentación, práctica frecuente de actividad física para el desarrollo, y el mantenimiento de la salud como así también la modificación en los estilos de vida poniendo énfasis en la

cesación del hábito tabáquico, reducción del consumo de alcohol y chequeos médicos oportunos de Lípidos plasmáticos e HTA.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Carámbula, P. (2012) Las enfermedades cardiacas más frecuentes. Disponible en: www.sanar.org/cardiovasculares.
2. Frías Meza, L. (2011). Enfoque nutricional objetivo de la evaluación antropométrica realizada en mineros de Somilor. www.cunoc.edu.gt/medicina/Antropometria.pdf.
3. Operman, M. (2005). Metanálisis de los Efectos sobre la Salud. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/nutriweb208.htm>
4. Fundación Española del Corazón (2014). Anticonceptivos orales. www.fundacionespañoladelcorazon/anticonceptivoorales.pdf
5. O'Donnel, C.J y Elosua, R. (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del *Framingham Heart Study*. Rev. Esp. Cardiol. Vol. 61 Núm.03:299-310. DOI: 10.1157/13116658.<http://www.revespcardiol.org/es/factores-riesgo-cardiovascular-perspectivas-derivadas/articulo/13116658/>
6. Estruch, R. (2002) Efectos del alcohol en la fisiología humana. www3.uah.es/mapa/mayores/Lecturas/Activos/alcoholismo4.pdf
7. Guirao Goris, A. (2010). Valoración del nivel y la intensidad de la actividad física. <https://depts.washington.edu/hprc/docs/rapa-european-spanish.pdf>
8. Global status report on non communicable diseases 2014. Geneva, World Health Organization, 2014.