

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “FINLAY-ALBARRÁN”

PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO Y RIESGO CARDIOVASCULAR GLOBAL EN UN CONSULTORIO MÉDICO.

PREVALENCE OF RISK FACTORS AND GLOBAL CARDIOVASCULAR RISK IN A MEDICAL CLINIC.

Autores:

[Rosali Mullings Pérez]¹, [Carlos Acosta Batista]²

1 articulosabril@infomed.sld.cu, Facultad de ciencias médicas “Finlay-Albarrán”, [Responsable de investigaciones, Alumno Ayudante de Medicina Urología, Estudiante de 3er año de medicina

2 articulosabril@infomed.sld.cu, Facultad de ciencias médicas “Finlay-Albarrán”, Presidente del consejo científico estudiantil], [Alumno Ayudante de Medicina Interna, Estudiante de 4to año de medicina

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados actualmente. El control de los factores de riesgo es un elemento imprescindible para la prevención de estas enfermedades. La mejor herramienta para establecer prioridades en prevención primaria cardiovascular es la estimación del riesgo de desarrollarlas.

Objetivo: Estimar la prevalencia de algunos factores de riesgo cardiovasculares y el riesgo cardiovascular global que presentan los individuos con edades comprendidas entre 40 y 79 años pertenecientes al Consultorio Médico # 8 del Policlínico: “Carlos Manuel Portuondo”, en el período comprendido entre diciembre del 2011 y marzo del 2012.

Diseño Metodológico: Se realizó una investigación observacional, descriptiva, transversal. El universo estuvo constituido por 417 individuos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y la muestra por 111 personas.

Resultados: El perímetro cintura promedio y el índice cintura-cadera en las mujeres fueron de $92,72 \pm 15,35$ y $0,91 \pm 0,06$ respectivamente. Los pacientes que pertenecen al grupo etario de 70-79 años tuvieron la mayor prevalencia de riesgo moderado-alto en la serie estudiada con 94,4%. La prevalencia de riesgo cardiovascular global moderado-alto en pacientes con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial fue de 92,3% y 58,7% respectivamente.

Conclusiones: Existió una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares. La prevalencia de riesgo cardiovascular moderado-alto fue elevada en las personas mayores de 60 años, con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial. Predominaron los pacientes con Riesgo Cardiovascular Total bajo, del sexo femenino y con edades menores de 60 años.

Palabras clave: Riesgo cardiovascular total, evento cardiovascular grave, factores de riesgo.

SUMMARY

Introduction: Cardiovascular illnesses constitute the first cause of death in the countries developed at the moment. The control of the factors of risk is an indispensable element for the prevention of these illnesses. The best tool to establish priorities in cardiovascular primary prevention is the estimate of the risk of developing them.

Objective: To estimate the prevalence of some cardiovascular factors of risk and the global cardiovascular risk that the individuals present with ages understood between 40 and 79 years belonging to the Medical Clinic #8 of the Clinic: "Carlos Manuel Portuondo", in the period understood between December of the 2011 and March of the 2012.

Material and method: Was carried out an observational, descriptive, traverse investigation. The universe was constituted by 417 individuals that fulfilled the inclusion approaches and exclusion and the sample for 111 people.

Results: The perimeter waist average and the index waist-hip in the women were of $92,72 \pm 15,35$ and $0,91 \pm 0,06$ respectively. The patients that belong to the group 70-79 year-old had the biggest prevalence of moderate-high risk in the series studied with 94,4%. The prevalence of moderate-high global cardiovascular risk in patient with Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension was respectively of 92,3% and 58,7%.

Conclusions: A high prevalence of cardiovascular factors of risk existed. Prevalence of moderate-high cardiovascular risk was elevated in the 60 year-old grown-ups, with Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension. The patients prevailed with Risk Cardiovascular low Total, of the feminine sex and with ages smaller than 60 years.

Words key: Total cardiovascular risk, serious cardiovascular event, factors of risk.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la principal causa de morbimortalidad en el mundo siendo la causa del 30% de todas las muertes que se producen cada año. Se estima que en 2010 fallecieron por estas causas 18,1 millones de personas, de las cuales el 80% vivía en países de ingresos bajos y medianos. En 2007 ocurrieron en las Américas 1.5 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares, de los cuales 662.011 tuvieron una cardiopatía isquémica (299.415 mujeres y 362.596 hombres) y 336.809, una enfermedad cerebrovascular (183.689 mujeres y 153.120 hombres). En América Latina la situación es muy compleja pues alrededor de 40% de las muertes se producen prematuramente, justo en el momento de mayor productividad de la vida, cuando el impacto económico y social es más sustantivo. (1,2)

En Cuba, las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte en ambos sexos, ascendiendo a 11,5 los años de vida potencialmente perdidos, como consecuencia de estas enfermedades, con una tasa de mortalidad por esta causa que se ha incrementado desde valores de 148,2 por 100 000 habitantes en 1970, hasta 211,8 por cada 100 000 habitantes en el año 2010. (3)

Al acuñar la expresión «factor de riesgo», el Framingham Heart Study facilitó un cambio en el ejercicio de la medicina, definiendo como factor de riesgo a un elemento o característica detectable que tiene una relación causal con el aumento en frecuencia de una enfermedad y constituye un factor predictivo independiente y significativo del riesgo de contraer dicha enfermedad. Este estudio comenzado en los EE.UU en 1948 y seguido aún en la actualidad, ha sentado las bases para el estudio de los factores de riesgo cardiovasculares y su importancia para la salud. (4)

El control de los factores de riesgo es un elemento imprescindible para la prevención primaria y secundaria de la enfermedad cardiovascular (ECV). (5)

Existen factores de riesgos modificables y no modificables. Los factores de riesgo no modificables son la edad, el sexo (masculino) y el antecedente familiar de enfermedad coronaria precoz en parientes directos. Los factores de riesgo modificables son las dislipidemias (aumento de colesterol total o del colesterol LDL y disminución del colesterol HDL), la hipertensión arterial (HTA), el tabaquismo y la diabetes mellitus (DM). Es también un marcador de riesgo reconocido el sedentarismo. Estos son los llamados factores o marcadores de riesgo clásicos. Recientemente se han incorporado a la discusión de los factores o marcadores de riesgo otros elementos como el aumento del fibrinógeno, la hiperhomocisteinemia, incrementos en el plasma de la Proteína C Reactiva (PCR) y la evidencia serológica de infección por *Chlamidia pneumoniae*. Estos últimos se pueden llamar nuevos factores de riesgo o emergentes. (6)

Dichos factores interactúan entre sí de forma que la suma de varios de ellos tiene un efecto multiplicativo sobre el riesgo global, de modo que los individuos con varios factores tienen un riesgo mayor de enfermedad cardiovascular que los que presentan un único factor. (7) La mejor herramienta para establecer prioridades en prevención primaria cardiovascular es la estimación precisa del riesgo de desarrollarlas. (8)

Clásicamente se distinguen dos modos generales de estimar el riesgo cardiovascular global (RCVG) y es a través de métodos cualitativos y cuantitativos. La estimación cualitativa tiene en cuenta la presencia o ausencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) para clasificar a los individuos en distintos niveles de riesgo. La estimación cuantitativa se realiza por medio de ecuaciones que, considerando y ponderando la presencia y magnitud, o la ausencia de distintos FRCV, arrojan una estimación numérica de la probabilidad de presentar un episodio en un período determinado, refiriéndose al riesgo alto y moderado como pacientes con riesgo aumentado. (9)

Estas tablas de riesgo son métodos simplificados de estimación, basados en funciones matemáticas que modelan el riesgo de los individuos de distintas cohortes de poblaciones seguidas, generalmente durante 10 años. (10) Permiten estimar el exceso de riesgo del individuo respecto del promedio de la población a la que pertenece. Es decir, a partir de la información sobre la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una muestra representativa de población, se establece un algoritmo matemático que permite obtener el porcentaje de participantes con cada combinación de factores, que desarrollan un acontecimiento a 10 años. La estimación llevada a escala individual, sustenta la toma de decisiones y facilita la priorización de las actuaciones preventivas. El proceso de creación exige que los datos con los que se modelan las funciones sean representativos de la población cuyo riesgo se va a calcular. (11)

Las guías de práctica clínica españolas del 2003 (12) utilizaron un sistema nuevo para calcular el riesgo, llamado SCORE, que se basó en datos procedentes de 12 estudios de cohorte europeos e incluyó a 205 178 sujetos examinados inicialmente entre 1970 y 1988 y 7 934 muertes cardiovasculares. (13)

El cálculo del riesgo cardiovascular global es una herramienta de gran valor en el área de la prevención, siendo útil en varias situaciones, que a continuación se mencionan:

a) Hacer conocer al paciente cuál es su riesgo acumulado en los años venideros.

b) Instar al paciente a mejorar su riesgo cardiovascular, controlando los factores modificables alterados, a través de cambios de hábitos y estilo de vida, y ocasionalmente indicando fármacos, así como mostrar al paciente cuánto puede mejorar su riesgo si logra controlar los factores modificables.

c) Tomar decisiones de manejo preventivo frente a casos individuales como: iniciar o no tratamiento farmacológico antihipertensivo en hipertensos leves y prehipertensos; iniciar o no tratamiento preventivo con estatinas; definir uso de aspirina a dosis bajas. En todos estos casos, la relación de costo-riesgo/efectividad depende de la evaluación del riesgo global. (14)

Las tablas de riesgo como SCORE están creadas para facilitar el cálculo del riesgo en personas aparentemente sanas. Estos individuos son candidatos para que se evalúen exhaustivamente sus factores de riesgo y su manejo. En las guías, un riesgo de muerte por ECV a los 10 años del 5% o más se consideró de forma arbitraria como un riesgo alto. Aun así, esto implica una probabilidad del 95% de no morir por ECV en 10 años. (15) La nueva nomenclatura enunciada en las tablas de predicción del riesgo cardiovascular global de la OMS/ISH del 2008 permiten estimar que todo aquel que tenga un riesgo de muerte por ECV a los 10 años del 10% o más tiene un riesgo aumentado. (16)

Resulta de suma importancia conocer los principales factores de riesgo cardiovascular y el riesgo cardiovascular de la población en estudio para realizar planes de prevención que reduzcan la morbimortalidad cardiovascular, sobre todo en los grupos de mayor riesgo. La OMS plantea que es necesario fomentar nuevas investigaciones epidemiológicas con relación a la influencia de los FRCV y tratar de lograr su modificación. (17)

Aunque es un tema sobre el cual se viene hablando y sobre el cual se han publicado algunas investigaciones en los últimos años, tanto a nivel mundial como en nuestro país, no se encontró ningún artículo o investigación científica haciendo referencia a tan importante labor de prevención en nuestro municipio y aún menos en nuestra área de salud, donde las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los principales problemas de salud.

En el municipio Marianao, donde se encuentra enmarcada el área de estudio de la presente investigación, se registraron 340 defunciones de causa cardiovascular en el año 2010, siendo el IMA la primera causa con 135 fallecidos, lo que representa el 39.71% del total. (18) Por tanto, es objetivo de forma general de este estudio estimar la prevalencia de algunos factores de riesgo cardiovasculares y el riesgo cardiovascular global que presentan los individuos con edades comprendidas entre 40 y 79 años pertenecientes al Consultorio Médico # 8 del Policlínico: "Carlos Manuel Portuondo", municipio Marianao, provincia La Habana, en el período comprendido entre diciembre del 2011 y marzo del 2012. Por este motivo, la realización de esta investigación toma gran relevancia, pues con ella se contribuye a aumentar el banco de conocimientos sobre esta temática; además de lograr identificar a un grupo de personas supuestamente sanas, que tienen factores de riesgo cardiovascular, y presentan por tanto un riesgo aumentado de muerte por enfermedad cardiovascular grave en los próximos 10 años, y que no están dispensarizadas como grupo de alto riesgo aún. El cálculo de este importante indicador, se convertirá entonces en un arma poderosa en manos del Médico de la Familia,

permitiendo así realizar una adecuada prevención y disminuir la morbimortalidad por dicha causa en este grupo de personas.

Por todo esto, los autores de la presente investigación se vieron motivados a desarrollar este estudio que ha estado encaminado a dar respuesta a la siguiente interrogante científica:

¿Cuál será la prevalencia de algunos factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de desarrollar una enfermedad cardiovascular grave en los próximos 10 años, es decir, el riesgo cardiovascular global dentro de la población del Consultorio Médico de Familia # 8 perteneciente al Policlínico: “Carlos Manuel Portuondo”?

El objetivo del estudio es estimar la prevalencia de algunos factores de riesgo cardiovascular y el riesgo cardiovascular global que presentan los individuos con edades comprendidas entre 40 y 79 años pertenecientes al Consultorio Médico # 8 del Policlínico: “Carlos Manuel Portuondo”, municipio Marianao, provincia La Habana, en el período comprendido entre diciembre del 2011 y marzo del 2012.

Material y Método

Se realizó una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal, en el Consultorio Médico de Familia # 8 perteneciente al Policlínico: “Carlos Manuel Portuondo” del habanero municipio de Marianao, en el período comprendido entre diciembre del 2011 y marzo del 2012.

El universo de estudio estuvo constituido por los 417 individuos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de la presente investigación:

Criterios de inclusión:

- Individuos con edades comprendidas entre los 40 y 79 años de edad que se encontraran dispensarizados y por ende recibieran atención médica en el consultorio antes citado.

Criterios de exclusión:

- Personas con antecedentes patológicos personales de Infarto Agudo del Miocardio o Ictus.

Para la determinación de la muestra se utilizó un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple. Esta técnica de muestreo se realizó en dos partes: la primera para determinar la cantidad de pacientes que se debían escoger de acuerdo al total. Para cumplir esto, se tuvo en cuenta los siguientes valores: Nivel de confianza = 95%; Precisión = 8%; Proporción esperada = 50%. El segundo paso consistió en atribuir un número a cada una de las personas del universo, cuyas numeraciones se buscaron en la tabla de números aleatorios, seleccionando de forma aleatoria los 111 que conformaron la muestra.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, índice de masa corporal, perímetro cintura, índice cintura-cadera, antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, enfermedad arterial periférica, actividad física, hábitos tóxicos y riesgo cardiovascular global.

Métodos e instrumentos de recolección de datos:

Las historias de salud familiar constituyeron la fuente secundaria a partir de la cual se obtuvo el total de personas con edades comprendidas entre 40 y 79 años de edad.

Técnicas y procedimientos para el análisis de la información:

Se vaciaron los datos del formulario en una base de datos creada en el programa estadístico SPSS versión 11.5, donde se utilizaron estadísticas descriptivas como las distribuciones de frecuencias, cálculos porcentuales, cálculo de desviación estándar y medidas de tendencia central. Además, se trabajó con el programa estadístico Epidat 3.0 donde se calcularon la tasa de prevalencia de la exposición de cada factor de riesgo en los individuos del estudio. Se calculó la prevalencia en expuestos así como su intervalo de confianza al 95% (IC 95%). Además se computó la razón de prevalencias y su intervalo de confianza al 95%. Cuando la prevalencia en expuestos es más alta, la razón es superior a 1 y esto estaría indicando que la exposición aumenta el riesgo de tener un RCVG moderado-alto. Si la razón es menor que 1, estaría indicando lo opuesto (sería un factor de protección). Si fuera igual a 1, entonces la prevalencia en ambos es similar, lo que sugeriría que la exposición no está relacionada con el daño.

Para estimar el RCVT se tuvo en cuenta las instrucciones para la utilización de las tablas de predicción del riesgo de la OMS/ISH; las cuales indican el riesgo de padecer un episodio cardiovascular grave, mortal o no (Infarto del Miocardio o Ictus) en un período de 10 años, conociendo la edad, el sexo, la presión arterial, el consumo de tabaco, y la presencia o ausencia de Diabetes Mellitus en los pacientes. Estas tablas están diseñadas para 14 sub-regiones epidemiológicas de la OMS, empleándose en este caso las tablas AMR A (Anexo 1), creada para la subregión epidemiológica correspondiente a Canadá, Estados Unidos de América y Cuba.

Parámetros éticos:

El estudio cumple con la II declaración de Helsinki y con la legislación vigente en Cuba. Se evaluaron las historias de salud familiar y se llenó el formulario para la recogida de datos bajo el precepto de la confidencialidad y la garantía del mantenimiento de la información recopilada en completo anonimato. Los resultados de la investigación serán publicados solamente para la comunidad científica.

RESULTADOS

Se estudió un total de 111 personas con edades comprendidas entre los 40 y 79 años de edad, para una mediana de 56 años, una media de 57,96 años y una desviación estándar de 11,13; siendo la moda de 53 años. Las personas con edades comprendidas entre los 50 y 59 años de edad predominaron, al igual que las del sexo femenino, representando el 35,1 % y el 59,5 % respectivamente del total estudiado. El perímetro cintura promedio y el índice cintura-cadera en las mujeres fueron de $92,72 \pm 15,35$ y $0,91 \pm 0,06$ respectivamente. En general, las características de los individuos estudiados se resumen en la tabla 1(anexo1).

El tabaquismo fue el factor de riesgo más frecuente de la serie estudiada con un 45 %. Los pacientes que pertenecen al grupo etario de 70-79 años tuvieron la mayor prevalencia de riesgo moderado-alto en la serie estudiada con 94,4 para una razón de prevalencias de 4,18 y un OR estadísticamente significativo de 58,29 (IC 95%: 7,32-464) lo que indica que la exposición aumenta el riesgo de tener un RCVG moderado-alto. (Tabla 2, anexo 2)

La prevalencia de riesgo cardiovascular global moderado-alto en pacientes con Diabetes Mellitus fue de 92,3% con una razón de prevalencias de 3,48 y un OR estadísticamente significativo de 33,23 (IC 95%: 4,11-268,32) lo que permite aceptar la hipótesis de que existe asociación entre el factor y el riesgo cardiovascular moderado-alto. Respecto al sobrepeso y la obesidad, las prevalencias fueron de 33,3% y de 13,5% respectivamente. (Tabla 2, anexo 2)

La prevalencia de HTA fue de 41,4% en la serie estudiada, siendo de 58,7% en las personas con riesgo moderado-alto con una razón de prevalencias de 3,47 y un OR estadísticamente significativo de 6,98. (Tabla 2, anexo 2)

El 34,2 % de la población está expuesta a sufrir un evento coronario en los próximos 10 años. (Tabla 3, anexo 3)

CONCLUSIONES

Se observó una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en la población estudiada. La prevalencia de riesgo cardiovascular global moderado-alto fue muy elevada en las personas mayores de 60 años, con Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

Predominaron los pacientes con Riesgo Cardiovascular Global bajo, del sexo femenino y con edades menores de 60 años. El presentar una edad mayor e igual a 60 años, el sexo masculino y la presencia de Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus como antecedentes patológicos personales, fueron los únicos factores de riesgo que se asociaron significativamente con la presencia de un Riesgo Cardiovascular Global moderado – alto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1- Terrasa S, Buela G, Guenzelovich T, Sigal T, Lago IV, Rubinstein F. Biomarcadores en la predicción del riesgo cardiovascular: ¿nuevos factores de riesgo?. Evid Act Pract Ambul 2011. 14 (1). 12-17.
- 2- Organización Panamericana de la Salud. Consulta regional: prioridades para la salud cardiovascular en las Américas. Mensajes claves para los decisores. Ordúñez-García P, Campillo-Artero C, eds. OPS; 2011. p. 6
- 3- Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2010. La Habana (Cuba); Abril, 2011.
- 4- Christopher J. O'Donnella y Elosuac. R. Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Rev Esp Cardiol. 2008; 61(3):299-310.
- 5- Concepción-González V, Ramos-González HL. Comportamiento de factores de riesgo cardiovascular en ancianos del consultorio “La Ciénaga”. CorSalud 2012;4(1):30-38
- 6- Mazón-Ramos P. Riesgo cardiovascular en el siglo XXI. Cómo detectarlo en prevención primaria. Cómo controlarlo en prevención secundaria. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(Supl 2) :3-9

- 7- Liu J, Grundy S, Wang W, Smith S, Vega G, Wu Z, et al. Ten years risk of cardiovascular incidence related to diabetes, prediabetes and the metabolic syndrome. *Am Heart J.* 2007; 153(4):552-8.
- 8- Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J.* 2007; 28:2375-414.
- 9- Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. (Adult Treatment Panel III, or ATP III) Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). *JAMA.* 2001; 285:2486-97.
- 10- García FM, Maderuelo-Fernández JA, García-Ortiz A. Riesgo cardiovascular: concepto, estimación, usos y limitaciones. *AMF.* 2008; 4(8):423-433.
- 11- Anderson KM, Odell PM, Wilson P, Kannel WF. Cardiovascular disease risk profiles. *Am Heart J.* 1990; 121:293-8.
- 12- Cuarto Grupo de Trabajo Conjunto de la Sociedad Europea de Cardiología y otras sociedades sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Guías de práctica clínica sobre prevención de enfermedad cardiovascular. *Rev. Esp. Card.* 2008; 61(1): e1-e49.
- 13- De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al; Third Joint Task Force of Euro European and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur J Cardiovasc Prev Rehab.* 2003; 10 Suppl 1:S1-78.
- 14- Florenzano F. Riesgo cardiovascular global y diagnóstico por imágenes de aterosclerosis. *Rev. Med. Clin. Condes.* [serie en Internet]. 2008 [Citado 15 de enero de 2012]; 19(1): [Aprox.6p.]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=515895&indexSearch=ID>
- 15- Conroy R, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al; SCORE project group. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J.* 2003; 24:987-1003.
- 16- Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades cardiovasculares: guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ed OMS. Ginebra; 2008.
- 17- Jones AF, Walker J, Jewkes C, Game FL, Bartlett WA, Marshall T, et al. Comparative accuracy of cardiovascular risk prediction methods in primary care patients. *Heart.* [serie en Internet]. 2001 [Citado 15 de enero de 2012]; 85(1): [Aprox. 6p.]. Disponible en: <http://heart.bmj.com/content/85/1/37>.
- 18- Ministerio de Salud Pública. Análisis de la Situación de Salud 2010. Marianao. La Habana: Cuba; 2010.

Anexos

Anexo 1:Tabla.1: Características de los individuos estudiados. Consultorio Médico # 8. Policlínico “Carlos Manuel Portuondo”. Marianao. La Habana. Diciembre 2011 - Marzo 2012.

Características de la población		n= 111
	Promedio \pm DE	57,96 \pm 11,13
Edad	40-49 años (%)	27 (24,3)
	50-59 años (%)	39 (35,1)
	60-69 años (%)	27 (24,3)
	70-79 años (%)	18 (16,3)
Sexo	Femenino (%)	66 (59,5)
	Masculino (%)	45 (40,5)
IMC	Bajo peso (%)	1 (0,9)
	Normopeso (%)	58 (52,3)
	Sobrepeso (%)	37 (33,3)
	Obeso (%)	15 (13,5)
	Peso (Kg) Promedio \pm DE	69,27 \pm 15,55
	Talla (cm) Promedio \pm DE	164,35 \pm 10,45
Mediciones	Perímetro cintura (cm) femenino	92,72 \pm 15,35
	Promedio \pm DE masculino	91,56 \pm 12,15
	Índice Cintura-Cadera femenino	0,91 \pm 0,06
	Promedio \pm DE masculino	0,95 \pm 0,07
Actividad física	PAS (mm Hg) Promedio \pm DE	123,7 \pm 20,79
	Sedentarismo (%)	20 (18,0)
Hábitos tóxicos	Activo (%)	91 (82,0)
	Tabaquismo (%)	50 (45,0)
	Café (%)	89 (80,2)
APP	Consumo de alcohol (%)	16 (14,4)
	Diabetes Mellitus (%)	13 (11,7)
	Hipertensión Arterial (%)	46 (41,4)

Fuente: Formulario

Nota: IMC (Índice de masa corporal), PAS (presión arterial sistólica), APP (antecedentes patológicos personales)

Anexo 2: Tabla.2: Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y asociación con riesgo cardiovascular moderado-alto. Consultorio Médico # 8. Policlínico “Carlos Manuel Portuondo”. Marianao. La Habana. Diciembre 2011 - Marzo 2012.

FRCV	Prevalencia de exposición n(%)	Prevalencia de RCVG moderado-alto en expuestos % (IC 95%)	RP	IC (95%)	OR	IC (95%)	P
60-69	27 (24,3)	62,9 (42,9-83,03)	2,47	1,55-3,93	4,92	1,99-12,21	p<0,05
70-79	18 (16,3)	94,4 (72,7-99,86)	4,18	2,82-6,19	58,29	7,32-464,00	p<0,05
Masculino	45 (40,5)	46,7 (30,98-62,35)	1,81	1,08-3,03	2,52	1,12-5,64	p<0,05
Sobrepeso	37 (33,3)	27 (11,37-42,69)	0,71	0,39-1,31	0,61	0,26-1,44	p>0,05
Obesidad	15 (13,5)	40 (16,34-67,71)	1,2	0,61-2,37	1,33	0,44-4,07	p>0,05
PC alterado	49 (44,1)	32,7 (18,5-46,8)	0,92	0,55-1,55	0,88	0,4-1,95	p>0,05
ICC alterado	45 (40,5)	37,8 (22,5-53,05)	1,19	0,71-1,99	1,3	0,59-2,88	p>0,05
DM	13 (11,7)	92,3 (63,97-99,8)	3,48	2,42-5,01	33,23	4,11-268,32	p<0,05
HTA	46 (41,4)	58,7 (43,38-74,01)	3,47	1,92-6,26	6,98	2,91-16,73	p<0,05
Sedentarismo	20 (18,0)	45 (23,06-68,47)	1,41	0,8-2,5	1,75	0,65-4,68	p>0,05
Tabaquismo	50 (45,0)	34 (19,87-48,13)	0,99	0,59-1,66	0,98	0,45-2,16	p>0,05

Fuente: Formulario

Nota: FRCV (factores de riesgo cardiovascular), PC (Perímetro cintura), ICC (Índice Cintura-Cadera), DM (Diabetes Mellitus), HTA (Hipertensión Arterial), RCVG (Riesgo cardiovascular global), RP (Razón de prevalencias)

Anexo 3: Tabla.3: Riesgo cardiovascular global según sexo. Consultorio Médico # 8. Policlínico “Carlos Manuel Portuondo”. Marianao. La Habana. Diciembre 2011 - Marzo 2012.

Sexo	Riesgo Cardiovascular Global				Total	
	Moderado-Alto		Bajo		No.	%
	No.	%	No.	%		
Masculino	21	18,9	24	21,6	45	40,5
Femenino	17	15,3	49	44,1	66	59,5
Total	38	34,2	73	65,8	111	100

Fuente: Formulario

Anexo 4: Tabla.4: Riesgo cardiovascular global según edad. Consultorio Médico # 8. Policlínico “Carlos Manuel Portuondo”. Marianao. La Habana. Diciembre 2011 - Marzo 2012.

Edad	Riesgo Cardiovascular Global				Total	
	Moderado-Alto		Bajo		No.	%
	No.	%	No.	%		
40-49	0	0	27	24,3	27	24,3
50-59	4	3,6	35	31,5	39	35,1
60-69	17	15,3	10	9	27	24,3
70-79	17	15,3	1	0,9	18	16,2
Total	38	34,2	73	65,8	111	100

Fuente: Formulario