

Factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores. Consultorio médico 6

Cardiovascular risk factors in older adults. Medical office 6

Yuliany Díaz Pena¹, Diana Belkis Gómez Guerra², Máximo Ramírez Fernández³, Luis M González Izquierdo³, Osvaldo Guevara Sabatier³

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Policlínico Comunitario Fermín Valdés Domínguez, Viñales. Pinar del Río, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Pinar del Río, Cuba.

³Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Hospital Regional Augusto César Sandino, Sandino Pinar del Río, Cuba.

Citar como: Díaz Pena Y, Gómez Guerra DB, Ramírez Fernández M, González Izquierdo LM, Guevara Sabatier O, Factores de riesgo cardiovascular en adultos mayores. Consultorio médico 6. Salud, Ciencia y Tecnología - Serie de Conferencias 2022; 2(3):286
Disponible en: <https://doi.org/10.56294/saludcyt2022286>

Recibido: 03-08-2022

Revisado: 17-10-2022

Aceptado: 26-11-2022

Publicado: 11-12-2022

RESUMEN

Introducción: las enfermedades cardiovasculares son un conjunto de afecciones del corazón y de los vasos sanguíneos. Existen factores de riesgo que tienen mayor contribución en el desarrollo de estas.

Objetivo: identificar los factores de riesgo cardiovasculares en adultos mayores pertenecientes al consultorio médico de familia No.6 de enero del 2020 a abril de 2022.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, de un universo de 192 adultos mayores, 152 fueron seleccionados por muestreo no probabilístico de carácter intencional. Para la recolección de datos se aplicaron métodos teóricos, empíricos, como las encuestas. Para el análisis estadístico, se emplearon la distribución de frecuencias absolutas y el porcentaje además del Odds ratio, para verificar asociación entre los factores de riesgo y las enfermedades cardiovasculares.

Resultados: predominan en la muestra estudiada las edades entre 60 a 69 años y el sexo femenino, el consumo de alcohol, el hábito de fumar, la dislipidemia, y la hipertensión arterial, fueron los factores de riesgo cardiovascular que se asociaron de forma significativa al desarrollo de enfermedades cardiovasculares; más de la mitad de la muestra presenta una conclusión diagnóstica de riesgo Alto para el desarrollo de un evento cardiovascular.

Conclusiones: los factores de riesgo cardiovasculares en los adultos mayores constituyen un problema a enfrentar por la Atención Primaria de la Salud para disminuir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en ese grupo de edades.

Palabras clave: Factores de Riesgo Cardiovascular; Prevención de Salud, Enfermedades Cardiovasculares.

ABSTRACT

Introduction: cardiovascular diseases are a group of conditions of the heart and blood vessels. There are risk factors that have a greater contribution in the development of these diseases.

Objective: to identify cardiovascular risk factors in older adults belonging to the family doctor's office No. 6 from January 2020 to April 2022.

Methods: a descriptive cross-sectional study was carried out, from a universe of 192 older adults, 152 were selected by non-probabilistic purposive sampling. Theoretical and empirical methods, such as surveys, were used for data collection. For statistical analysis, the distribution of absolute frequencies and percentages were used, in addition to the Odds ratio, to verify the association between risk factors and cardiovascular diseases.

Results: the predominant age group in the sample studied was between 60 and 69 years of age and female sex; alcohol consumption, smoking, dyslipidemia and arterial hypertension were the cardiovascular risk factors significantly associated with the development of cardiovascular diseases; more than half of the sample presented a diagnostic conclusion of high risk for the development of a cardiovascular event.

Conclusions: cardiovascular risk factors in older adults constitute a problem to be faced by Primary Health Care in order to reduce the development of cardiovascular diseases in this age group.

Keywords: Cardiovascular Risk Factors; Health Prevention, Cardiovascular Diseases.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno complejo en el que cada individuo de un grupo poblacional, cada órgano o tejido en un sistema orgánico, y cada célula dentro de cada tejido, forman parte de un todo.⁽¹⁾

Envejecer es un proceso natural e irreversible que comienza con el nacimiento del hombre y que progresivamente va disminuyendo las capacidades del mismo, es un complejo y variado proceso que no sólo depende de las causas biológicas, sino también de las condiciones socioeconómicas en las cuales se desarrolla el individuo como ser social.⁽²⁾

En la Roma imperial el hombre era viejo a los 20 años y la mitad de la población moría a la edad de 27 años por causa de enfermedades infecciosas. En la Edad Media se consideraban como viejas a las personas de 25 años, en el siglo XVIII a las de 30 años, hace 100 años a las de 40 y hoy se es joven a los 50 años de edad.⁽¹⁾

Una muestra evidente de la magnitud del envejecimiento de la población mundial, en los distintos países, es que la edad media de la población tiende a crecer cada día más. En la segunda mitad del siglo XX se produjo un incremento de 20 años en la esperanza de vida al nacer en todo el mundo, hasta el nivel actual que es de 66 años. El número de personas que arriban o sobrepasan los 60 años de edad se ha incrementado de algo más de 400 millones en 1950 a 600 millones en la actualidad con un pronóstico de 1 200 millones para el año 2025. De ahí que las tendencias demográficas destaquen el envejecimiento poblacional como el cambio más sobresaliente que ha ocurrido en la estructura de la población mundial en las últimas décadas.⁽³⁾

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), estimó que para el año 2025 habrá 98 millones de adultos mayores, totalizando 14,7 % de la población total. Entre el 2025 y el 2050 serán 127 millones, lo que equivaldría a 22,6 % de la población total estimada para entonces.^(3,4)

La prevalencia de la enfermedad cardiovascular aumenta a medida que lo hace la edad y es la primera causa de deterioro funcional en el paciente anciano. El control de los factores de riesgo, así como el diagnóstico temprano y el tratamiento de la enfermedad cardiovascular, es uno de los grandes pilares en la práctica clínica.⁽⁵⁾

La Organización Mundial de la salud, expone una definición en la cual habla que “las enfermedades cardiovasculares son un grupo de perturbaciones que están ligadas al corazón y vasos sanguíneos, y son la principal causa de muerte, menciona además que las enfermedades cardiovasculares se ven más en los países que están en vía de desarrollo; confirma que más del 80 % de las muertes tienen como causa las enfermedades cardiovasculares y afectan por igual a ambos sexos.⁽⁶⁾

En la Región de las Américas la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ajustada por edad y por sexo en el 2000 fue más alta en Nicaragua, la República Dominicana y Trinidad y Tobago, donde sobrepasó 200 por 100,000 habitantes. La misma tasa en Barbados, Canadá, Chile, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México, Perú y Puerto Rico estuvo por debajo de 150 por 100,000 habitantes.⁽⁵⁾

En el Perú, en este contexto, la Enfermedad Coronaria Isquémica (ECI) se ubica como la segunda causa de mortalidad con una tasa de 251 por 100 mil habitantes, en un cuarto lugar se encuentra la enfermedad hipertensiva (190,7 por 100 mil), seguida por la enfermedad cerebrovascular (184,9 por 100 mil); al agrupar estas entidades nosológicas bajo el título de ECV se objetiva su trascendencia como causa de muerte en la población peruana.⁽⁶⁾

En Cuba, las enfermedades del corazón constituyen la primera causa de muerte en ambos sexos, lo que se corresponde con 11,5 los años de vida potencialmente perdidos, como consecuencia de estas enfermedades, por lo que la esperanza de vida media se encuentra entre parámetros de países desarrollados y de 33,2 que era la expectativa de vida del cubano en 1900, evolucionó a 76,1 años en el año 2000. Para el año 2005 se estimó la esperanza de vida en 76,9 años y para el año 2025 en 82,3 años. Al alcanzar indicadores similares a los de países desarrollados, incrementa la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y entre ellas las cardiovasculares, por lo que se considera de interés conocer el comportamiento de los factores.⁽¹⁾

Estudios realizados han confirmado que para el año 2025, Cuba será el país más envejecido de la región y uno de los 25 más envejecidos en todo el mundo.⁽⁵⁾

Teniendo como cimiento la información brindada por estudios consultados, se hace necesario continuar realizando investigaciones en otros contextos del país por lo que se decidió realizar esta investigación, en los adultos mayores pertenecientes al área de salud del Policlínico Universitario Fermín Valdés Domínguez, municipio de Viñales, Pinar del Río con el propósito de aumentar el caudal de conocimientos acerca de esta temática que permitan el diseño de estrategias de intervención dirigidas a la prevención y control de los factores de riesgo cardiovasculares.

El estudio servirá de punto de referencia para establecer acciones médico- sociales dirigidas a la prevención y a elevar la atención integral de estas personas y con ello su calidad de vida y con los resultados que se obtengan se podrán trazar estrategias para alcanzar una longevidad satisfactoria.

Determinar los factores de riesgo es importante para poder llegar a una solución del problema de aquellas personas que no presentan un cuadro clínico significativo de que padecen cualquier enfermedad, pero que presentan alto riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Para ello se han establecido diversos estudios de comparación y de identificación de los riesgos cardiovasculares que más se presentan, siendo estos modelos, métodos de intervención y de prevención influyentes en cuanto a la determinación de una enfermedad cardiovascular.^(7,8)

La enfermedad cardiovascular (ECV) se caracteriza por tener una etiología multifactorial, los factores de riesgo cardiovascular se potencian entre sí y, además, se presentan frecuentemente asociados, de ahí que el control de los factores de riesgo cardiovascular (FRC) es un elemento imprescindible para la prevención primaria y secundaria de dicha enfermedad.^(9,10) por ello, el abordaje más correcto de la prevención cardiovascular requiere una valoración conjunta de los factores de riesgo.

Existen biomarcadores de riesgo, no modificables para la aparición de la enfermedad, incluyen características fijas del sujeto, como pueden ser la edad, el sexo y la historia familiar (antecedentes patológicos familiares de primer grado de consanguinidad con enfermedades del corazón). A medida que un sujeto se va haciendo mayor, incrementa la probabilidad de sufrir una cardiopatía isquémica. En la misma dirección apuntan los datos acerca de que los bajos niveles de estudio incrementan el riesgo de sufrir enfermedades cardíacas. Solteros, divorciados y viudos presentan tasas mayores de enfermedad cardiovascular, parece que el matrimonio actúa como escudo protector sobre todo para el varón”.^(11,12,13)

Dentro de la clasificación de factores de riesgo susceptibles de ser modificados, se puede incluir la dislipidemia, la cual consiste o bien en una alteración del metabolismo de los lípidos (dislipidemia endógena), o bien está en función de la dieta (dislipidemia exógena).⁽¹⁴⁾

La hipertensión arterial es considerada como otro factor de riesgo primario modificable, se asocia con un mayor número de muertes debidas a enfermedades coronarias, cerebrovasculares, arteriopatía periférica e insuficiencia cardíaca y puede ser controlada con medicamentos, ejercicios físicos y una dieta saludable.⁽¹⁵⁾ La diabetes es la enfermedad metabólica que se produce con más frecuencia en los seres humanos, provocando una mayor incidencia de aterosclerosis. Esta enfermedad se asocia con niveles altos de colesterol y triglicéridos, un decremento del colesterol-HDL, con la obesidad y la hipertensión.^(16,17)

El hábito de fumar es otro factor de riesgo, puesto que se ha observado en diferentes estudios sobre enfermedades coronarias, una mayor incidencia de muertes en personas fumadoras que no fumadoras.⁽¹⁸⁾

El consumo excesivo de alcohol, aumenta de manera significativa el riesgo de enfermedad isquémica cardíaca, hipertensión arterial y accidentes cerebrovasculares y produce daño en el miocardio. El problema del alcohol supera el ámbito de las enfermedades cerebrovasculares y constituye, hoy en día, uno de los problemas de salud pública más importantes, si bien más difíciles en cuanto la obtención de resultados satisfactorios, pues es un grave problema sociosanitario. Además, del daño anatómico-fisiológico que provoca el alcoholismo se señala su repercusión sobre la familia del consumidor, la que tiende a desestabilizarla, por lo que se considera uno de los factores de riesgo de mayor impacto.^(19,20)

También se incluyen en este grupo: el sedentarismo, como la ausencia de entrenamiento físico sistemático y de intensidad moderada y el sobrepeso u obesidad, acompaña-dos estos de una dieta inadecuada, rica en grasa saturada. Se pueden considerar el hábito de fumar, el sedentarismo, la obesidad y la dieta inadecuada como factores que están relacionados con la autorregulación del comportamiento.^(20,21)

Se han estudiado recientemente los factores psicosociales que representan un riesgo para la enfermedad, uno de ellos y se podría considerar como el fundamental: el estrés psicosocial: “proceso de interacción entre el individuo y su entorno, que se produce cuando el sujeto evalúa determinadas situaciones ambientales como amenazantes o desbordantes de sus recursos, poniendo en peligro su bienestar.”^(22,23) El estrés incontrolado es un factor que precipita la aparición de ansiedad y a largo plazo, la depresión. En 1981 la depresión pasó a ser considerada por la Sociedad Internacional de Cardiología como un problema post coronario. Estos tres estados se manifiestan como causa y efecto de la enfermedad cardiovascular, es decir, pueden precipitar la aparición de la enfermedad y la enfermedad en sí misma, puede generar estos estados.^(24,25)

“El equilibrio emocional, el apoyo social y familiar y la armonía en que un sujeto vive se convierten en un escudo para la salud física y también para la salud social. En este sentido, las reacciones ante el estrés, tanto por exceso como por defecto, se vuelven peligrosas para el sujeto que las practica.”⁽²²⁾

Entre la multitud de factores psicológicos que se pueden relacionar se encuentran varios tipos de personalidad asociados a las cardiopatías: Patrón A, Patrón H y Patrón D. En el caso del patrón A se dice que es una personalidad “procuradora de estrés”, hiperreactiva ante pequeños estímulos y caliente; el Patrón H se caracteriza por el enojo y la hostilidad, y el Patrón D que tiene más tendencia a la labilidad emocional.^(26,27)

Los elementos de la naturaleza socio psicológica de la enfermedad cardiovascular permiten el análisis de los factores psicosociales que están relacionados con el ajuste o adaptación a la enfermedad y en su desenlace final si no se logra la recuperación. Tener enfermo el corazón tiene un impacto emocional importante para el paciente y la familia, el corazón es el que sentimos cuando amamos, nos asustamos, popularmente se le conoce como “la bomba” del cuerpo.^(28,29,30)

Se trazó como objetivo determinar los factores de riesgo cardiovasculares en los adultos mayores pertenecientes al consultorio médico de familia 6 del policlínico Fermín Valdés Domínguez, ubicado en el municipio de Viñales, Pinar del Río, en el periodo de enero del 2020 a abril de 2022.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de determinar los factores de riesgo cardiovasculares en los adultos mayores pertenecientes al consultorio médico de familia 6 del policlínico Fermín Valdés Domínguez, ubicado en el municipio de Viñales, Pinar del Río, en el periodo comprendido de enero del 2020 a abril de 2022.

El universo de estudio estuvo constituido por la totalidad de adultos mayores (192) y la muestra se conformó con 152 pacientes seleccionados por muestreo no probabilístico de carácter intencional o a conveniencia, que cumplieron los criterios de inclusión establecidos:

Criterios de inclusión

- Pacientes que quieran participar en la investigación

Criterios de exclusión

- Pacientes que muestren evidentes condiciones psíquicas y mentales que lo invaliden para responder a la encuesta, según Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM)

Técnica y procedimientos

De la obtención de la información

Se aplicaron dos encuestas como método empírico de investigación, una de ellas el Examen Mínimo del Estado Mental (EMEM) para evaluar la esfera mental (Anexo 1) y una segunda encuesta de Factores de Riesgo cardiovasculares (EFRD) diseñada y validada por especialistas del CITED, para evaluar factores de riesgo (Anexo 2).

La aplicación de los instrumentos se realizó con la siguiente secuencia:

- Se aplicó el EMEM, y si el adulto mayor obtuvo una puntuación menor de 21 o 24 puntos en caso de ser analfabeto o no respectivamente, se consideró que existe deterioro cognoscitivo, en cuyo caso no se le aplicó la EFRD.
- Se aplicó la EFRD para la recogida de la información a aquellos pacientes que no resultaron excluidos en el primer paso.

La aplicación de los diferentes instrumentos se realizó por la autora de la investigación a la población de adultos mayores perteneciente al consultorio médico de familia No.6 del policlínico Fermín Valdés Domínguez, ubicado en el municipio de Viñales.

Del procesamiento y análisis de la información

Los datos obtenidos se procesaron utilizando el análisis porcentual como método estadístico, empleando frecuencias absolutas y el Odds ratio, con un intervalo de confianza 95 %, para verificar asociación significativa entre los factores de riesgo y las enfermedades cardiovasculares. Los resultados se representaron en tablas de contingencia para facilitar la interpretación y el análisis.

Odds Ratio, se define como la posibilidad de que una enfermedad se presente en un grupo de población frente al riesgo que ocurra en otro. En epidemiología, la comparación suele realizarse entre grupos humanos que presentan condiciones de vida similares, con la diferencia que uno se encuentra expuesto a un factor de riesgo mientras que el otro carece de esta característica.

Para la síntesis y discusión de la información

A través del método de análisis y síntesis los resultados fueron discutidos de acuerdo con los criterios de la autora y el tutor, además de tener en cuenta los criterios explícitos en la literatura cubana e internacional disponible.

Aspectos bioéticos de la investigación

Antes de ser incluidos en el estudio se le solicitó a cada adulto mayor, su consentimiento informado (Anexo 3). Se explicaron los objetivos del estudio y la importancia de su participación. Se les garantizó la confidencialidad de la información que ellos aportaron y la posibilidad de abandonar el estudio si así lo deseaban, sin repercusión alguna ante la necesidad de atención médica posterior.

RESULTADOS y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución según grupo de edad y sexo. Factores de riesgo cardiovasculares en adultos mayores. Consultorio médico 6. Viñales. Enero del 2020 a abril de 2022

Grupo de Edad (Años)	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-69	40	26,3	48	31,6	88	57,9
70-79	20	13,2	25	16,4	45	29,6
80 y más	12	7,9	7	4,6	19	12,5
Total	72	47,4	80	52,6	152	100,0

La tabla 1 muestra la distribución de la muestra por grupo de edad y sexo de la muestra estudiada, observándose el predominio del grupo de edad de 60 a 69 años con 88 pacientes para el 57,9 % y el sexo femenino con 80 pacientes para el 52,6 %.

La edad y el sexo son factores de riesgo biológicos no modificables, no son susceptibles de intervención, sin embargo, permiten identificar las personas que pueden beneficiarse con una prevención más rigurosa mediante el tratamiento de los factores de riesgo modificables.

El predominio del sexo femenino entre los adultos mayores de 60 años lo que concuerda con estudios revisados. En países de América Latina como Perú,⁽¹²⁾ de cada 100 pacientes adultos mayores, 77 son mujeres, en México,⁽¹⁸⁾ el 53,4 % de los pacientes mayores de 65 años pertenecen al sexo femenino, en Chile,⁽¹¹⁾ Costa Rica⁽⁹⁾ y España,^(19,21) predomina el rostro femenino entre los adultos mayores al igual que en Cuba⁽³⁾ donde los estudios revisados por la autora concuerdan con este resultado, teniendo como criterio que tal hecho se corresponde con que la esperanza de vida es mayor en este sexo que en el masculino en diferentes partes del mundo por lo que las mujeres viven más que los hombres.

Tabla 2. Pacientes según factores de riesgo cardiovasculares y desarrollo de enfermedades cardiovasculares

Factores de riesgo cardiovasculares	Pacientes con factores de riesgo		Presencia de ECV		
	No.	%	No.	%	
Edad ≥60 años	152	100	88	57,9	
Sexo	Femenino	80	52,6	58	38,2
	Masculino	72	47,4	30	19,7
Hipertensión arterial	108	71,1	83	76,8	
Diabetes Mellitus	81	53,3	54	66,7	
Dislipidemia	89	58,5	69	77,5	
Hábito de fumar	71	46,7	64	90,1	
Consumo de alcohol	12	7,9	12	100,0	
Obesidad	76	50,0	35	46,1	

En la tabla 2, se distribuyen los pacientes según la relación individual de cada factor con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Así mismo se observó que en cuanto a los factores socio-demográficos, los predominantes fueron, la edad igual o mayor de 60 años (57,9,0 %) y el sexo femenino (38,2 %). En cuanto a las variables clínicas, el consumo de alcohol (100 %), el hábito de fumar (90,1) la dislipidemia (77,5 %), la hipertensión arterial (76,8 %) y la diabetes mellitus (66,7 %), fueron las más representativas.

Está demostrado que la mortalidad por enfermedades cardiovasculares aumenta en los fumadores. Existe una relación directa entre el número de cigarrillos consumidos al día y la cantidad de años desde el inicio de la conducta tabáquica, con la probabilidad de desarrollar eventos coronarios agudos. En los hombres con hábito tabáquico, si el consumo es mayor de 20 cigarrillos por día, puede desarrollarse 20 años antes.⁽²⁷⁾

Por su parte, Pons Barrera et al.⁽²⁹⁾ difundió que el consumo entre 28,4-47,33 gr/día de alcohol (4-6 cervezas, 3-5 tragos de bebidas espirituosas o 4-7 copas de vino) se asoció a un mayor riesgo de HTA (OR=1,95; IC95 %=1,16-3,29; p=0,01), además de hipertrigliceridemia, la obesidad abdominal y la hiperglicemia. Los mecanismos implicados en esta interacción se deben al efecto del alcohol sobre el sistema nervioso simpático y del sistema renina angiotensina-aldosterona, lo que aumenta la liberación de sustancias vasoconstrictoras. Cuanta más alta sea la ingesta de alcohol, más elevada será la tensión arterial. El efecto del alcohol es independiente de la edad, la etnia y el peso corporal.

Chang Calderín et al.⁽⁷⁾ en su estudio expresa que la dislipidemia -en lo esencial, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia- es otro factor estrechamente relacionado con los anteriores y de forma general, a las afecciones cardiovasculares, al provocar cambios en el endotelio vascular y acelerar el proceso de aterosclerosis. Se ha descrito más en concreto, que los valores bajos de adiponectina, son asociados con la aparición de HTA y que, además, se asocian con mayor sobrepeso, edad y hipertrigliceridemia, y menores cifras de partículas de lipoproteínas de alta densidad (HDL).

Hierrezuelo Rojas et al.⁽²⁾ encontró que la asociación entre la hipertensión arterial y la obesidad en un mismo paciente, generaba un mayor riesgo cardiovascular, debido a la resistencia insulínica y el hiperinsulinismo, lo que acelera el proceso de aterosclerosis. La obesidad es una de las enfermedades más frecuentes en el mundo moderno, causada en lo fundamental, por los malos hábitos alimenticios y la inactividad física (sedentarismo). Esta ocasiona una disminución de la esperanza de vida y es la segunda causa de mortalidad previsible. Está comprobado que el índice de masa corporal influye de manera clara como un factor de riesgo cardiovascular, así que las personas con normo peso están más protegidas respecto a las que padecen sobrepeso y obesidad. Por tanto, se considera a la obesidad en sí misma, un factor de riesgo cardiovascular, así como la asociación de ésta con el resto de los factores estudiados.

Los resultados obtenidos en cuanto a diabetes, coinciden con lo reportado por Parrales-Pincay et al.⁽⁴⁾ que encontró evidencia de que la morbimortalidad en pacientes diabéticos puede reducirse cuando se controla la glucemia y los factores de riesgo cardiovascular. La diabetes produce una serie de complicaciones crónicas en diferentes órganos, debido a que daña la función endotelial, por lo que se considera una enfermedad "pan vascular". Se ha dicho que al momento del diagnóstico de diabetes tipo 2, cerca del 50 % de los pacientes presentan algún signo de daño vascular.

Factores de riesgo cardiovascular		Cardiopatía isquémica n=40		Insuficiencia cardíaca n=27		Valvulopatía n=3		Arritmias n=18	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
		Edad	≥60 años	40	100	27	100	3	100
	OR		11,5		1,5		0,2		2,6
	Femenino	28	70,0	9	33,3	2	66,7	13	72,2

Sexo	Masculino	12	30,0	18	66,7	1	33,3	5	27,8
	OR		2,9		1,3		2,2		3,1

En la tabla 3 se muestra la asociación entre los factores de riesgo cardiovascular y el tipo de enfermedad cardiovascular desarrollada, mediante el cálculo de *Odds ratio* (OR), con un intervalo de confianza (IC) del 95 %. La edad de ≥ 60 años influyó en el desarrollo de todas las enfermedades cardiovasculares, así como el sexo femenino.

Del total de 152 pacientes, el 23,3 % tuvo isquemia cardíaca; el 17,8 % padecía de insuficiencia cardíaca, el 2,0 % padecía de valvulopatías, se encontró un 11,8 % de pacientes con arritmias.

Tobar et al.⁽²⁰⁾ plantea que la edad es un factor de riesgo independiente e inmodificable para la enfermedad y su severidad aumenta con ella. Los pacientes en edades comprendida entre 60-79 años, están descritos como población de alto riesgo para la aparición de la enfermedad cardiovascular, pues el riesgo se duplica cada década sucesiva a partir de los 55 años por el efecto acumulativo de los años con el envejecimiento del sistema cardiovascular, lo que concuerda con este estudio.

En la investigación las pacientes féminas encuestadas tenían un alto por ciento de asociación con otros factores de riesgo como la obesidad y la HTA. En el sexo femenino, al llegar al climaterio, comienzan a aparecer complicaciones cardiovasculares que son factores de riesgo importantes en la aparición de las enfermedades cardiovasculares.

Los resultados de esta serie coinciden con los estudios realizados en Cuba por Cobiellas et al.⁽²²⁾ en Holguín y Sotolongo et al.⁽²³⁾ en Punta Brava.

Tabla 4. Pacientes según factores clínicos y tipos de enfermedades cardiovasculares

Factores de riesgo cardiovascular		Cardiopatía isquémica n=40		Insuficiencia cardíaca n=27		Valvulopatía n=3		Arritmias n=18	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
		Hipertensión arterial	No.	40	97,5	27	100	3	100
	OR		14,5		12,9		infinito		1,1
Diabetes Mellitus	No.	11	27,5	19	70,1	2	66,7	3	16,7
	OR		1,2		5,8		1,5		0,9
Dislipidemia	No.	37	92,5	24	88,9	1	33,3	7	38,9
	OR		26,7		25,6		0,7		0,9
Hábito de fumar	No.	39	97,5	21	77,8	2	66,7	2	11,1
	OR		15,4		1,4		0,7		0
Consumo de alcohol	No.	5	12,5	7	25,9	0	0	0	0
	OR		4,8		6,6		0		0
Obesidad	No.	28	70,0	21	77,8	1	33,3	4	22,2
	OR		13,9		12,8		7,2		0,7

Se observa en la tabla 4, que en los pacientes que presentaron cardiopatía isquémica, demostraron mayor asociación con la dislipidemia (OR=26,7), el hábito de fumar (OR=15,4) y la HTA (OR=14,5). La insuficiencia cardíaca demostró una razón de prevalencia mayor en hipertensos (OR infinito), dislipidémicos (OR 25,6) y obesos (OR 12,8). Por su parte, las valvulopatías se asociaron principalmente con la HTA y la obesidad (OR 7,2), sin embargo, no demostraron asociación estadísticamente significativa para el resto de los factores de riesgo, lo que también ocurrió al relacionarlos con la ocurrencia de arritmias.

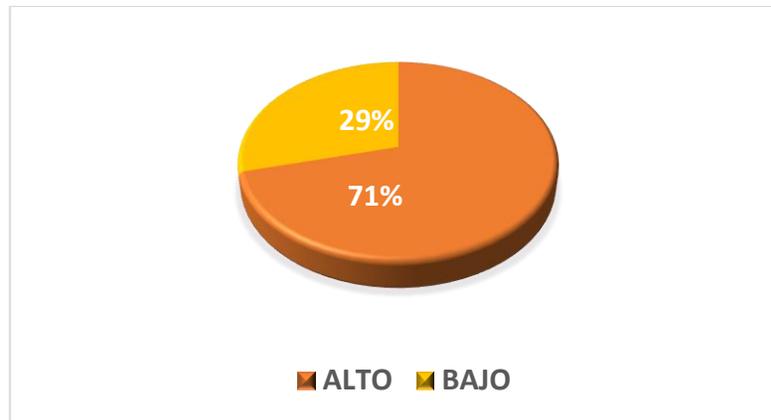


Figura 1. Conclusión diagnóstica según riesgo

La conclusión diagnóstica al analizar en cada paciente la cantidad de factores de riesgo dio como resultado que el 71,0 % de la muestra estudiada tienen alto riesgo al presentar cada individuo tres o más factores de riesgo, sólo el 29,0 % tiene un bajo riesgo con una incidencia de 1 a 2 factores de riesgo presente, lo cual no quiere decir que no puedan sufrir una enfermedad cardiovascular, sino que tienen menor probabilidad.

Se plantea que cuando se asocian dos factores de riesgo, se multiplica por cuatro el riesgo cardiovascular y cuando aparecen tres factores se multiplica por ocho.⁽²²⁾

Se ha señalado que la HTA es un factor de riesgo importante en el desarrollo de la enfermedad cardiovascular y representa un peligro creciente por el daño arterial, dada la rigidez arterial que trae la misma y se ha demostrado su asociación con el desarrollo de la enfermedad.⁽²⁴⁾

La HTA asociada a otros factores de riesgos potencializa su acción aterogénica con respecto a su acción individual e interviene en la progresión de la aterosclerosis carotídea. El hábito de fumar y la HTA, asociadas, aumentan tres veces el riesgo de la enfermedad cerebrovascular. En el estudio se observó que los pacientes que tenían HTA asociado con otros factores de riesgo presentaban elevado riesgo de aparición de la enfermedad al igual que en los fumadores.⁽²⁵⁾

CONCLUSIONES

Se concluye que los factores de riesgo cardiovasculares en los adultos mayores constituyen un problema a enfrentar por la Atención Primaria de la Salud para disminuir el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en ese grupo de edades.

En el estudio realizado, predominaron las edades entre 60 a 69 años, el sexo femenino; el consumo de alcohol, el hábito de fumar, la dislipidemia, y la hipertensión arterial, fueron los factores de riesgo cardiovascular que se asociaron de forma significativa al desarrollo de enfermedades cardiovasculares; más de la mitad de la muestra presenta una conclusión diagnóstica de riesgo Alto para el desarrollo de un evento cardiovascular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2021. La Habana: MINSAP; [Internet]. 2022 [citado 2022 Jun 16]. Disponible en: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>
2. Hierrezuelo Rojas Naifi, Álvarez Cortés Julia Tamara, Monje Labrada Arianna. Estimación del riesgo cardiovascular en adultos mayores con hipertensión arterial. MEDISAN [Internet]. 2021 jun [citado 2022 Jun 25]; 25(3): 566-579. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000300566&lng=es.

3. Castro CJ, Cabrera CE, Ramírez SA, García L, Morales L, Ramírez HR. Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en adultos mexicanos. *Revista Médica MD* [Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 25];9(2):152-62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2017/md172h.pdf>

4. Parrales-Pincay, I., Macias-Carrillo, J., & Tomalá-Arana, D. Diabetes mellitus, cáncer y riesgos cardiovasculares en adultos mayores. *Dominio de las Ciencias* 2021; 7(3): 1500-1518. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i3.2071>

5. Hierrezuelo-Rojas N, Durruty-Medina L, Magdariaga A, Gonzales E, Catellano-Hardy T. Factores de riesgo cardiovascular asociados a la mortalidad de adultos mayores con COVID-19. *MEDISAN* [revista en Internet]. 2022 [citado 25 Jun 2022]; 26(3). <http://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4083>

6. Souchay DL, Sotolongo LD, Álvarez GY, et al. Complicaciones cardiovasculares y sus factores determinantes en pacientes adultos portadores de Enfermedad Renal Crónica. *Cuba y Salud*. 2019;14(2):3-10.

7. Chang Calderín Omarys, Figueredo Villa Katuska, Murillo Pulgar Tania Jacqueline. Hipercolesterolemia en el adulto mayor. *Rev cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2020 sep. [citado 2022 Jun 25] ; 36(3): e1211. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000300011&lng=es

8. González RR, Cardentey GJ. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Finlay*. 2018;8(2):103-110.

9. Aguilar Fernández Eduardo, Carballo Alfaro Ana Maricela. Circunferencia de la cintura como predictor de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en residentes costarricenses de 60 años y más. *Cuadernos de Investigación UNED* [Internet]. 2021 June [cited 2022 June 25] ; 13(1) Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-42662021000100013&lng=en

10. Lago Santiesteban Yasel Alberto, Labrada Tapia Domingo Ángel, Breijo Puentes Alina, Lago Santiesteban Diana, Sosa García Daniel. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en pacientes mayores de 18 años. *Multimed* [Internet]. 2022 feb [citado 2022 Jun 25] ; 26(1): e2094. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182022000100010&lng=es.

11. Cardona R. Hellen, Jiménez A. Alejandra, Vitery R. Jenny. Evaluación funcional del adulto mayor con enfermedad cardiovascular durante la hospitalización: Scoping Review. *Rev Chil Cardiol* [Internet]. 2022 abr [citado 2022 Jun 25] ; 41(1): 10-18. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602022000100010&lng=es

12. Morales J, Basilio-Rojas MR. Riesgo cardiometabólico en usuarios aparentemente sanos del primer nivel de atención en un distrito del Callao, Perú: Cardiometabolic risk in apparently healthy users of primary health care center of a district of Callao, Perú. *Rev.exp.med.* [Internet]. 16 de junio de 2022 [citado 25 de junio de 2022];8(2). Disponible en: <http://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/583>

13. Ramirez Segarra GA, Benavides Cueva GP, Guacho Bonilla JD, Planta Ulloa JR. Obesidad en los adultos mayores, riesgos y consecuencias. RECIAMUC [Internet]. 2022 [citado 25jun.2022];6(1):319-31. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/796>

14. Núñez-Delgado R del P, Tapia-Pérez RF, Cachicatari-Vargas E, Chirinos-Lazo RM. Neumonía adquirida en la comunidad como factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2022 [citado 25 de junio de 2022];15(1):35-41. Disponible en: <http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/1072>

15. Paramio Rodríguez Agustín, Carrazana Garcés Edunys, Hernández Navas Myder, Rivero Villalba Luis Gustavo. Global cardiovascular risk and obesity in first level care patients. Rev haban cienc méd [Internet]. 2022 feb [citado 2022 Jun 25] ; 21(1): e4214. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2022000100009&lng=es

16. Huamán Macha Verónica, Herrera Pandal Alesandra, Runzer-Colmenares Fernando M., Parodi José F. Asociación entre diabetes mellitus tipo 2 y la mortalidad en adultos mayores con enfermedad cardiovascular. Horiz. Med. [Internet]. 2020 jul [citado 2022 Jun 25] ; 20(3): e1236. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2020.v20n3.03>.

17. Pérez Castellanos R, Piedra Garcés M, Piedra Garcés M, García Montalvo ER, Francisco Pérez JC. Factores de riesgo cardiovascular en adultos del Policlínico Docente "Primero de Enero". Arch Univ "Gen Calixto García". [Internet]. 2021[citado 2022 Jun 25];9(3):396-409. Disponible en: <http://www.revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/741>

18. Castro CJ, Cabrera CE, Ramírez SA, García L, Morales L, Ramírez HR. Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en adultos mexicanos. Revista Médica MD [Internet]. 2018 [citado 2022 Jun 25];9(2):152-62. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2017/md172h.pdf>

19. Pérez Y, Soto A. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2017. <https://eprints.ucm.es/59794/>

20. Tobar MJ, Rodríguez LMC, Astudillo I, Vizcaino HD, Ayala MD, Carvajal VF. Prevalencia y factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares: Hipertensión Arterial. Dom Cien. 2018; 4(4):373-86. <http://dx.doi.org/10.23857/dom.cien.pocaip.2018.vol.4.n.4.373-386>

21. Royo M, Lobos J, Brotons C, Villar F, de Pablo C, Armario P, et al. El estado de la prevención cardiovascular en España. Medicina clínica. 2017; 142(1):7-14. <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/352312>

22. Cobiellas CL, Anazco HA. Estimación del riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos del reparto Santiesteban del municipio Holguín. 16 de abril. 2020;59(275):1-5.

23. Sotolongo AO, Tamayo VND, Rodríguez HM, et al. Comportamiento de los factores de riesgo cardiovascular en diabéticos tipo 2 con muerte súbita. Punta Brava, 2013-2017. Cuba y Salud. 2019;14(2):40-44.

24. Balladares Mazzini, MB. Factores de riesgo de enfermedades cardiovascular. reciamuc. 2018; 2(1):502-517. <http://www.reciamuc.com/index.php/es/article/view/143>

25. Parlá Sardiñas J, Cabrera Rode E, Rodríguez Acosta J, Cubas Dueñas I, Arnold Domínguez Y, Hernández Rodríguez J et al . Utilidad del fenotipo hipertensión-obesidad abdominal para identificar personas con riesgo cardiovascular global moderado y alto. *Rev cubana Endocrinol.* 2020 ; 31(3): e248. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532020000300003&lng=es
26. Ortiz-Galeano Ignacio, Balmaceda Natalia Eloísa Fernández, Flores Alan. Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con accidente cerebrovascular. *Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int* 2020 Mar; 7(1): 50-55. <https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2020.07.01.50-055>.
27. Dueñas Herrera AF, Armas Rojas NB, Prohias Martínez J. Determinación del riesgo cardiovascular global. Importancia de su implementación sistemática en el Sistema Nacional de Salud. *Rev Cuban Cardiol* 2017; 23(2). http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/689/pdf_83
28. Leiva AM, Petermann-Rocha F, Martínez-Sanguinetti MA, Troncoso-Pantoja C, Concha Y, Garrido-Méndez A, et al. Asociación de un índice de estilos de vida saludable con factores de riesgo cardiovascular en población chilena. *Rev Med Chil.* 2018;146(12):1405-14.
29. Pons Barrera E, Alfonso de León JA, Ruau Alderete MC. Control de la hipertensión arterial y la prevención secundaria reduce la cardiopatía isquémica. Objetivo alcanzable. *Revista Médica Electrónica* 2019 ;41(1):[aprox. 0 p.]. <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2749>
30. Campos Vera NA, Rivas Estany E, Hernández García S, Rodríguez Nande L, Castillo Diez E, Andrade Ruiz H. Rehabilitación cardiovascular y su efecto en la calidad de vida luego de intervencionismo coronario percutáneo. *Rev cubana Cardiol Cir Cardiovasc* 2019; 25(1):[aprox. 11 p.]. <http://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/829>