

Perfil clínico y epidemiológico de los pacientes de un programa de riesgo cardiovascular

Clinical and epidemiological profile of patients of a cardiovascular risk program

Jorge Fernando Delgado Restrepo¹, Luz Elena Cardona Vélez², María de los Ángeles Rodríguez-Gázquez³, Andrés Eduardo Toro Montoya⁴

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes inscritos en un programa de riesgo cardiovascular en Medellín (Colombia).

Metodología: estudio descriptivo retrospectivo del tipo de series clínicas realizado con los pacientes del programa de riesgo cardiovascular de la IPS Punto de Salud Saman. Se utilizó un cuestionario para la toma de la información de la historia clínica, posteriormente los datos fueron transferidos a una base de datos en el programa SPSS® versión 15.0 (SPSS Inc; Chicago, Illinois, USA), con el que también se realizó el análisis estadístico.

Resultados: se estudiaron 1 061 pacientes de los que el 61.5% está conformado por mujeres. Los antecedentes más frecuentes fueron: hipertensión arterial (91.3%), sedentarismo (36.6%) y diabetes Mellitus (21.8%). Entre los fármacos más empleados en el tratamiento de estos pacientes se encontraron: diuréticos (63.2%), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (57.4%), calcio-antagonistas (39.7%), estatinas (53.4%) y ASA (28.9%). La combinación farmacológica más común fue verapamilo y nifedipina. Según los factores de riesgo presentados se clasificaron en tres grupos: 56.6% en riesgo óptimo, 29.6% en riesgo intermedio y 8.2% en riesgo alto.

Conclusiones: una gran proporción de los pacientes del programa tiene riesgo cardiovascular intermedio o alto. Los factores de riesgo más frecuentes son: hipertensión arterial, antecedentes personales y familiares de diabetes, tabaquismo, sedentarismo, dislipidemias y episodio previo de enfermedad coronaria.

Palabras clave: factores de riesgo; enfermedades cardiovasculares; estudio de casos.

ABSTRACT

Objective: to describe the clinical and epidemiological profile of patients of a cardiovascular risk program in Medellín (Colombia).

Methods: descriptive, retrospective clinical series, in all patients belonging to the cardiovascular risk program. We checked the medical history and the records of patients and used a survey, whose data were later transferred into a database in the program SPSS version 15, which was also used to perform the statistical analysis.

Results: 1 061 patients, 61.5% female. The most common diseases: arterial hypertension (91.3%), sedentarism (36.6%) and diabetes mellitus (21.8%). The most common medications used by the patients were: diuretics (63.2%) IECA (57.4%), calcium-channel blockers (39.7%), statins (53.4%) and ASA (28.9%). The most commonly used combined therapy was verapamile and

1 Médico Internista, profesor. Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia

2 Médico General. IPS Punto de Salud Saman. Medellín, Colombia

3 Enfermera, Doctora en Salud Pública, profesora. Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia

4 Estudiante de pregrado. Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia

Dirección de correspondencia: Jorge Fernando Delgado Restrepo. Correo electrónico: jfdr@une.net.co

Fecha de recibido: 14 de diciembre de 2010

Fecha de aprobación: 29 de agosto de 2011

nifedipine. According to the presented risk factors in these patients, they have been categorized in three groups, being most of the in optimal risk 56.6%, intermediate risk 29.6% and high risk 8.2%.

Conclusions: a great proportion of patients in the program have an intermediate to high cardiovascular risk, having as the most commonly presenting risk factors: hypertension, personal and family history of diabetes mellitus, smoking, sedentarism, dislipidemias and history of coronary artery disease.

Keywords: risk factors; cardiovascular diseases; case studies.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ubica la enfermedad cardiovascular (ECV) dentro de las primeras cinco causas de mortalidad en adultos de ambos sexos; proyecta que para el 2030 dicha enfermedad representará la causa de más de 8 millones de muertes a partir de los 30 años¹.

Las ECV son un problema de salud pública por su alta prevalencia y porque constituyen la principal causa de muerte de la población adulta en la mayoría de los países. De acuerdo con la OMS, 17 millones de personas mueren cada año en el mundo por esta causa, lo que representa la tercera parte de las muertes en el mundo². Sin embargo, la misma organización afirma que el número de muertes y discapacidades por esta causa, puede decrecer en más del 50% mediante una combinación de esfuerzos sencillos y costos efectivos con medidas individuales encaminadas a reducir los principales factores de riesgo cardiovascular como la hipercolesterolemia, la obesidad y la hipertensión arterial³.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) plantea que en la región de las Américas, la ECV representa el 20% del total de las enfermedades crónicas. En este grupo se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón, la hipertensión y la insuficiencia cardiaca, que tienen un impacto significativo en la mortalidad, la morbilidad y los años de vida perdidos de hombres y mujeres cada vez más jóvenes. Esto afecta el desarrollo social y económico de los países de Latinoamérica, por la pérdida en los años productivos de estas personas y los problemas que genera detrimento del rol de estas personas en las familias y la sociedad en general⁴.

En Colombia, las enfermedades del sistema circulatorio ocupan el primer lugar en la mortalidad con un total de 57 607 defunciones en 2009⁵, que representa un grave problema que se irá acentuando a medida que la población envejece⁶. En Medellín, desde la década de los 80, y como consecuencia del aumento en la esperanza de vida de la población, las ECV han sido un problema de gran magnitud, superada únicamente en los 90 por las causas violentas⁷, aunque la tendencia de la mortalidad por causa cardiovascular en esta ciudad, al igual que en el mundo⁸, ha venido en descenso por causa de una más temprana detección de este tipo de enfermedades, unido a un mejoramiento en los medios diagnósticos y de tratamiento, lo que podría ocasionar una disminución de las complicaciones y de la mortalidad prevenible. Desde 2009 las enfermedades isquémicas del corazón fueron la primera causa de muerte en Medellín⁹.

Aunque la inmensa mayoría de las poblaciones en el mundo están expuestas a las ECV debido a que los factores de riesgo se sitúan todavía por encima de los niveles óptimos¹⁰. En Colombia, el II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (Enfrec-II), cuya última medición se hizo en 1999, encontró prevalencias de factores como la hipertensión (12.3%), diabetes Mellitus (2.0%), tabaquismo (18.9%), y sedentarismo 57.0%¹¹.

Con el objetivo de describir el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes del Programa de Riesgo Cardiovascular de la IPS Punto de Salud Samán, se realizó un estudio con los pacientes activos en el programa en 2006 a 2007.

METODOLOGÍA

Se hizo un estudio descriptivo retrospectivo del tipo de series clínicas, con todos los pacientes adscritos al programa de Riesgo Cardiovascular del la IPS Punto de Salud Saman en Medellín, Colombia, activos en el año 2006-2007.

La toma de la información de la historia clínica y de los registros del programa se consignó en un cuestionario, cuyos datos fueron vaciados en una base en el programa SPSS® versión 15.0 (SPSS Inc; Chicago, Illinois, USA), licencia amparada por la Escuela de Ciencias de la Salud de la UPB. En este paquete fue realizado el análisis estadístico de la información: en la parte descriptiva a las variables cualitativas se les calculó proporciones y a las variables cuantitativas se les evaluó con medias de tendencia central, acompañadas de medidas de dispersión.

Para la estratificación del riesgo cardiovascular en los pacientes estudiados se utilizó la calculadora electrónica de riesgo cardiovascular de Framingham, que clasifica el riesgo en: óptimo o latente (< 10%), intermedio (10 a 20%) y alto (> 20%).

En forma exploratoria, se compararon las proporciones de pacientes que tenían las

diferentes características de interés, según sexo. Para evaluar la relación entre las variables se aplicó la prueba de X^2 de independencia y también se estimaron las diferencias de medias de las variables medidas de razón, se evaluó con el estadístico t de student para muestras independientes. En todos los casos se asumió una significancia del 5%.

RESULTADOS

Se estudiaron 1 061 pacientes del programa de Riesgo Cardiovascular IPS Punto de Salud Samán, de los que 653 fueron mujeres (61.5%) y 408 eran hombres (38.5%). La edad promedio de la muestra fue de 60.9 años (DE: 12.6). El paciente más joven cuenta con 14 años y el de más edad 97.

Los antecedentes más frecuentes de los pacientes del programa de Riesgo Cardiovascular IPS punto de salud Samán son: hipertensión arterial (91.3%), sedentarismo (36.6%) y diabetes Mellitus (21.8%). El resto de antecedentes pueden ser observados en la Tabla 1.

Al comparar los antecedentes de estos pacientes, por sexo, se aprecia que se presentaron diferencias significativas para hipertensión arterial (HTA), sedentarismo y

Tabla 1. Antecedentes de los pacientes del programa de Riesgo Cardiovascular IPS Punto de Salud Samán, según sexo y total.

Antecedente	Total (n=1061)	Hombres (n=408)	Mujeres (n=653)	X^2	Valor de p
Hipertensión arterial (%)	91.3	87.3	93.9	13.9	<0.0001
Diabetes (%)	21.8	25.7	19.3	6.1	0.13
Fumador (%)	8.7	9.9	7.9	1.2	0.27
Sedentarismo (%)	36.6	29.6	41.1	14.1	<0.0001
Evento coronario previo (%)	11.8	18.1	7.8	25.8	<0.0001
EAOC (%)	2.2	2.9	1.7	1.8	0.17
ECV (%)	2.8	1.7	3.5	2.98	0.08

EAOC: Enfermedad Arterial Oclusiva Crónica

evento coronario previo. Las dos primeras son mayores en mujeres y la tercera es más frecuente en hombres.

En cuanto a las características del examen físico se puede ver en la Tabla 2 que en este grupo de pacientes se encontró una media de 122.2 de Presión Arterial Sistólica (PAS) y 79.2 de Presión Arterial Diastólica (PAD), lo cual es estadísticamente significativo. Se observa un perímetro abdominal con una media de 94.7 cm. y un índice de masa corporal de 27.1. Sólo el 32.4% de los pacientes tenía un peso normal y el 21.9% es obeso.

Al evaluar las mismas variables por sexo, se encontró diferencia significativa entre las medias para las variables: colesterol total, Lipoproteínas de Alta Densidad (HDL), perímetro abdominal, triglicéridos, creatinina, glicemia y PAD. Con excepción del colesterol total y HDL, las medias fueron mayores en los hombres que en las mujeres.

Los fármacos más utilizados por los pacientes del programa de Riesgo Cardiovascular IPS punto de salud Samán son: diuréticos (63.2%), inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) (57.4%), calcio antagonistas (39.7%), estatinas (53.4%) y ASA (28.9%). El resto de medicamentos pueden ser observados en la Tabla 3.

Al comparar por sexo los medicamentos prescritos a estos pacientes, se puede apreciar que se presentaron diferencias significativas en diuréticos, IECA, calcio antagonistas, prazosina, gemfibrozilo, insulina NPH, insulina cristalina, ASA y otros hipolipemiantes; más comunes entre las mujeres los diuréticos y los calcio antagonistas.

En 26 pacientes se usaron combinaciones farmacológicas, entre las que se encuentran de manera frecuente verapamilo y nifedipina. A uno de cada dos pacientes le fue prescrita (50.0%). Le siguen, en su orden espirolactona y furosemida (23.1%), hidroclorotiazida y espirolactona (11.5%), verapamilo y amlodipino (7.7%),

furosemida y hidroclorotiazida, y amlodipino y nimodipino (3.8% cada combinación).

Según los factores de riesgo presentados por estos pacientes se les clasificó el riesgo cardiovascular en: 56.6% riesgo óptimo, siguiéndoles el riesgo intermedio con 9.6% y el riesgo alto con 8.2%. Un 5.6% de los pacientes no tuvo información suficiente para calcular este indicador.

DISCUSIÓN

En este estudio de 1 061 pacientes del programa de Riesgo Cardiovascular IPS punto de salud Samán, se encontró que los antecedentes más importantes fueron la hipertensión arterial, la diabetes Mellitus y los eventos coronario, los cuales tuvieron proporciones similares a las reportadas por Nogueira *et al.*¹⁴ en pacientes brasileños con falla cardiaca; pero que son mucho mayores a las estimadas en población general adulta colombiana¹¹, para la hipertensión arterial existe una diferencia significativa por sexo, pues fue mayor este antecedente en las mujeres, mientras que en población general adulta colombiana las prevalencias son muy similares (8.0% en hombres y 7.7 en mujeres¹¹).

En cambio, en los factores de riesgo de estilo de vida, como el sedentarismo, el consumo de tabaco y exceso de peso, las proporciones para los dos primeros fueron mucho menores que los de población general adulta colombiana¹¹, y para el tercero la proporción fue un poco mayor¹², lo que puede explicarse por la capacidad de estos pacientes de adherencia al tratamiento no farmacológico para estas enfermedades.

Los niveles de colesterol total en la población estudiada tuvieron un valor promedio 203.7 mg/dL (197.8 mg/dL para los hombres y 207.4 mg/dL para las mujeres). Cifras inferiores se encontraron en el estudio de Fajardo HA *et al.*¹⁵, realizado en la ciudad de Bogotá, en el que el nivel promedio de colesterol total encontrado fue de 192.2 mg/dL mientras que la media de HDL en este mismo estudio fue similar al encontrado en

Tabla 2. Características generales del examen físico y parámetros de laboratorio de los pacientes del programa de Riesgo Cardiovascular IPS Punto de Salud Samán según sexo y total.

Variable	Total		Hombres		Mujeres		Estadístico	Valor de p
	N	Valor	N	Valor	n	Valor		
PAS (mm Hg); media (DE)	1 042	122.2 (13.4)	400	123.1 (14.4)	642	121.7 (12.7)	1.7*	0.09
PAD (mm Hg); media (DE)	1 041	79.2 (8.2)	399	80.1 (8.9)	642	78.6 (7.7)	3.10*	0.02
Colesterol total (mg/dL); media (DE)	1 046	203.7 (34.4)	405	197.8 (33.9)	641	207.4 (34.2)	-4.4*	<0.001
HDL (mg/dL); media (DE)	1 032	49.3 (12.6)	398	44.6 (12.2)	634	52.2 (11.9)	-9.8*	<0.001
LDL (mg/dL); media (DE)	1 021	124.7 (31.1)	391	122.7 (31.9)	630	125.9 (30.5)	-1.60*	0.10
Triglicéridos (mg/dL); media (DE)	1 044	152.7 (75.7)	402	162.9 (89.4)	130	146.3 (64.9)	3.47*	0.01
Creatinina (mg/dL); media (DE)	1 036	1.0 (0.3)	399	1.1 (0.2)	637	0.9 (0.2)	16.22*	<0.001
Glicemia (mg/dL); media (DE)	978	103.7 (29.6)	372	372 (35.1)	606	102.0 (25.5)	2.22*	0.02
HbA1c (%); media (DE)	222	7.4 (1.5)	103	7.47 (1.6)	119	7.2 (1.3)	1.08*	0.31
Perímetro abdominal (cm); media (DE)	937	94.7 (13.5)	361	97.6 (14.9)	576	92.9 (12.2)	5.24*	<0.001
IMC (kg/m ²); media (DE)	1 061	27.09 (4.48)	406	26.8 (4.1)	649	27.3 (4.7)	-1.48*	0.13
Clasificación IMC								
Inferior (%)	14	1.3	3	0,7	11	1.7		
Normal (%)	337	32.4	135	33.7	202	31.7		
Superior (%)	460	44.3	185	46.1	275	43.1	4.41†	0.221
Obesidad (%)	228	21.9	78	19.5	150	23.5		

LDL : Lipoproteínas de baja densidad; HbA1c: Hemoglobina glucosilada; IMC : Índice de Masa Corporal

* t de Student

†: X² de Pearson

Tabla 3. Fármacos empleados en el tratamiento de patologías asociadas con riesgo cardiovascular por los pacientes del programa de Riesgo Cardiovascular IPS Punto de Salud Saman, según sexo y total.

Variable	Total		Hombres		Mujeres		Esta- dístico	Valor de p
	n	Valor	N	Valor	n	Valor		
Anovulatorios (%)	1061	0.1	-	-	653	0.2	-	-
Terapia de reemplazo (%)	1061	0.4	-	-	653	0.6	-	-
Diuréticos (%)	1061	63.2	408	54.7	653	68.6	22.33*	<0.0001
Número ; media (DE)	651	1.17 (0.4)	219	1.15 (0.4)	438	1.2 (0.5)	-0.57 †	0.57
Dosis ; media (DE)	651	27.1 (9.1)	216	27.0 (9.6)	435	27.2 (8.1)	-0.25 †	0.80
IECA (%)	1061	57.4	408	63.2	653	53.8	9.23 *	0.02
Número ; media (DE)	598	1.6 (0.4)	255	1.68 (0.5)	346	1.6 (0.5)	0.40 †	0.69
Dosis ; media (DE)	407	52.6 (46.7)	252	52.8 (48.6)	346	54.5 (45.3)	0.09 †	0.93
ARA II (%)	1061	7.3	408	7.4	653	7.2	0.09 *	0.92
Número ; media (DE)	74	1.1 (0.5)	28	1.0 (0.3)	46	1.1 (0.6)	-0.18 †	0.85
Dosis; media (DE)	74	68.7 (31.1)	28	62.1 (28.8)	46	72.7 (32.4)	-1.42 †	0.16
Calcio antagonistas (%)	1061	39.7	408	32.6	653	44.1	13.94 *	0.001
Número ; media (DE)	421	1.5 (0.8)	131	1.6 (0.9)	281	1.5 (0.8)	1.55 †	0.12
Dosis; media (DE)	421	150.7 (107.7)	129	149.6 (114.7)	278	151.2 (104.6)	-0.14 †	0.88
Alfa metil dopa (%)	1061	0.2	408	0.0	653	0.3	1.25 ‡	0.26
Dosis; media (DE)	2	375.0 (176.8)	0	-	2	375.0 (176.7)	-	-
Prasozina (%)	1061	4.0	408	5.6	653	2.9	4.91 *	0.02
Dosis; media (DE)	42	2.1 (1.3)	23	1.86 (2.34)	19	2.3 (1.4)	-1.14 †	0.26
Betabloqueadores (%)	1061	19.0	408	21.3	653	17.6	2.24 *	0.13
Número ; media (DE)	202	1.2 (0.5)	85	1.2 (0.5)	112	1.3 (0.5)	-1.11 †	0.27
Dosis; media (DE)	202	118.8 (58.8)	83	124.8 (61.3)	109	114.3 (56.7)	1.22 ‡	0.22
Gemfibrozil (%)	1061	14.0	408	17.4	653	11.9	6.19 *	0.01
Dosis; media (DE)	149	976.5 (315.8)	69	1034.8 (288.9)	76	923.7 (331.4)	2.14 †	0.03
Estatinas (%)	1061	53.8	408	55.9	653	52.5	1.14 *	0.28
Número ; media (DE)	571	1.0 (0.2)	223	1.0 (0.2)	337	1.0 (0.2)	0.75 †	0.45
Dosis; media (DE)	571	26.7 (11.4)	219	25.8 (10.3)	335	27.3 (12.2)	-1.49 †	0.14
Otros hipolipomiantes (%)	1061	2.0	408	3.2	653	1.2	4.98 *	0.02
Número ; media (DE)	21	1.3 (0.6)	12	1.3 (0.7)	8	1.1 (0.3)	0.71 †	0.49
Dosis; media (DE)	21	14.1 (294)	12	20.0 (37.4)	8	5.2 (2.4)	1.13 †	0.28
Insulina NPH (%)	1061	4.8	408	6.6	653	3.7	4.75 *	0.03
Dosis; media (DE)	51	36.8 (32.7)	27	35.6 (34.1)	24	38.3 (31.7)	-0.29 †	0.77
Insulina cristalina (%)	1061	0.9	408	1.7	653	0.5	4.25 ‡	0.04

Variable	Total		Hombres		Mujeres		Estadístico	Valor de p
	n	Valor	N	Valor	n	Valor		
Lantus (%)	1061	0.1	408	0.2	653	0.0	1.60 ‡	0.21
Dosis; media (DE)	1	35.0 (0.0)	1	35.0 (0.0)	0	-	-	-
Lispro (%)	1061	0.0	408	0.0	653	0.0	-	-
Sulfonilureas (%)	1061	12.3	408	14.5	653	10.9	3.01 *	0.08
Número ; media (DE)	130	1.0 (0.2)	59	1.0 (0.1)	71	1.0 (0.1)	0.19 †	0.85
Dosis; media (DE)	130	10.8 (6.1)	57	11.8 (6.9)	70	10.1 (5.2)	1.57 †	0.12
Meformina (%)	1061	14.7	408	15.9	653	13.9	0.79 *	0.37
Dosis; media (DE)	155	1475.0 (617.7)	65	1445.0 (658.4)	90	1496.3 (589.4)	-0.51 †	0.61
ASA (%)	1061	28.9	408	33.3	653	26.2	6.24 †	0.01
Dosis; media (DE)	307	108.9 (35.2)	136	108.3 (33.9)	171	109.4 (36.3)	-0.26 †	0.79
Clopidogrel (%)	1061	1.1	408	1.7	653	0.8	2.02 ‡	0.15
Dosis; media (DE)	12	75 (0.0)	7	75.0 (0.0)	4	75.0 (0.0)	-	-

*: X² de Pearson, †: t de student, ‡: X² de Pearson con corrección de Yates

ARA II: antagonistas de los receptores de la angiotensina II

nuestra población de estudio, 49.3 mg/dL al igual que las cifras de LDL, 124.7 mg/dL. El 81.5% de los pacientes tiene niveles que oscilan entre las categorías deseable (<200 mg/dL) y limítrofe (201-239 mg/dL) y queda sólo una pequeña proporción de los pacientes con colesterol total alto, hallazgo similar al Estudio Nacional de Salud Pública que reporta una prevalencia de 7.8%¹¹. También, fue similar a hallazgos en la población estadounidense según Nhanes 2001–2004¹⁶, que mostraron que el nivel medio de colesterol total en adultos mayores de 20 años de edad fue 201 mg/dL para los hombres y 203 mg/dL para las mujeres.

El 11.9% de los pacientes tiene colesterol HDL bajo (<35 mg/dL) lo que contrasta con cifras de 55% reportadas por Jaramillo *et al.* para la ciudad de Medellín¹⁷. Se han encontrado cifras un poco mayores en el Reporte del Comité de Estadística de la Asociación Americana de Cardiología (AHA) en el que el nivel medio de colesterol HDL para adultos estadounidenses mayores de 20 años es 54.6 mg/dL¹⁸.

La media del nivel de triglicéridos fue de 152.7 mg/dL, es decir, 162.9 mg/dL para los hombres y 146.3 mg/dL para las mujeres, semejantes a las reportadas por Lloyd-Jones *et al.*¹⁸ quienes encontraron que el nivel medio de triglicéridos para los adultos estadounidenses mayores de 18 años de edad es 146.0 mg/dL (hombres: 157.7 mg/dL y mujeres: 135.0 mg/dL).

El IMC en nuestros pacientes tuvo una media de 27.09 kg/m² (26.8 kg/m² en hombres y 27.3 kg/m² en mujeres) y un total de 66.2% de los pacientes tuvieron sobrepeso u obesidad. Resultados levemente menores en el IMC fueron reportados en otro estudio del país que encontró 24.2 kg/m² en hombres y 25.4 kg/m² en mujeres y una proporción menor de 45.8% tuvieron sobrepeso u obesidad¹⁹.

El perímetro abdominal fue en promedio 94.7 cm (hombres: 97.6 cm y mujeres: 92.9 cm). Las mujeres en nuestro estudio tuvieron prevalencia más alta de obesidad definida por el IMC y circunferencia abdominal, hallazgo que

ha sido reportado en Uruguay²⁰. Esto podría ser explicado por la mayor predisposición en las mujeres a acumular grasa cuando la ingesta de energéticos es mayor que su gasto.²¹

La proporción de sobrepeso en nuestro estudio fue igual al estimado mundial de la OMS para el 2008 donde seis de cada diez personas presentaron este factor de riesgo²².

La estratificación del riesgo cardiovascular en los pacientes estudiados, según la calculadora electrónica de riesgo cardiovascular Framingham, fue 56.6%, 29.6% y 8.2% para las categorías de riesgo óptimo-latente, intermedio y alto respectivamente, resultados más bajos para la categoría óptimo-latente y más altos en las categorías intermedio y alto que los reportados por otros autores de la ciudad (muy bajo: 40.7%, bajo: 40.2%, medio: 7.2%, moderado: 7.9% y alto: 2.4%)¹⁷ y en el estudio de Ramírez realizado en la ciudad de Bogotá, donde el riesgo latente fue de 72% en la población estudiada.²³ Esto muestra que la población estudiada tiene un porcentaje bajo para riesgo latente u óptimo, es decir, un riesgo <10%, que fue menor al reportado por el Estudio Nacional de Salud Pública en población general adulta¹¹.

Una gran proporción de los pacientes del programa tiene riesgo cardiovascular intermedio o alto. Los factores de riesgo más frecuentes son: hipertensión arterial, antecedentes personales y familiares de diabetes, tabaquismo, sedentarismo, dislipidemias y episodio previo de enfermedad coronaria.

Una limitación de este estudio es la escasa disponibilidad de artículos que aborden el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes con este tipo de enfermedades.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

FINANCIACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este trabajo de investigación ha recibido apoyo financiero por parte de la EPS Susalud, quien se ha preocupado por conocer el estado de riesgo de enfermedad cardiovascular de sus pacientes.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen al grupo de personas del departamento de archivo e historias clínicas de la IPS Punto de Salud Samán por su colaboración, amabilidad y disponibilidad.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. World health statistics 2007. Geneve: World Health Organization;2007.
2. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Geneve:OMS; 2006 [consultado Noviembre 1 de 2006]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>.
3. Organización Mundial de la Salud. El número de defunciones y discapacidades puede reducirse en más del 50% [Internet]. OMS; 2006 [consultado en junio 20 de 2008]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/pr83/es/>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Panorama de la salud en la región salud en las Américas 2007. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
5. Ministerio de la Protección Social (Colombia), Organización Panamericana de la Salud. Situación de salud de Colombia. Indicadores básicos 2009. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Defunciones no fetales 2009 [Internet]. Bogotá:DANE; 2010 [consultado Septiembre 14 de 2011]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=632:defunciones-no-fetales-2009-preliminar-&catid=118:estadisticas-vitales.
7. Rodríguez MA. Mortalidad por enfermedad cardiovascular en la ciudad de Medellín, 1986-1997. Rev CES Med. 2001; 14(1):48-52.
8. OMS. Epidemias mundiales desatendidas: tres amenazas crecientes. En: OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2003 [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 [consultado febrero 13 de 2009]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2003/chapter6/es/print.html>.
9. Alcaldía de Medellín. Indicadores básicos: situación de salud de Medellín 2009. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2010.
10. Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics: time to end the "Only--50%" myth. Arch Intern Med. 2001; 161:2657-2660.
11. Ministerio de la Protección Social (Colombia). Encuesta Nacional de Salud 2007. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2008. 343p.
12. Ministerio de la Protección Social (Colombia). Resumen Ejecutivo ENSIN 2010. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2011. 24p.
13. Pencina MJ, D'Agostino RB, Larson MG, Massaro JM, Vasan RS. Predicting the 30-year risk of cardiovascular disease: the framingham heart study. Circulation. 2009; 119(24):3078-84.
14. Nogueira PR, Rassi Salvador, Corrêa K S. Epidemiological, clinical e therapeutic profile of heart failure in a tertiary hospital. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(3):392-8.
15. Fajardo HA, Gutiérrez A, Navarrete S, Barrera J. Prevalencia factores de riesgo cardiovascular. Localidad de los Mártires. Rev Fac Med Univ Nav Colomb. 2003; 51(4):198-202.
16. National Center for Health Statistics/Centers for Diseases Control and Prevention. Health, United States, 2007: with chartbook on trends in the health of americans. Hyattsville: National Center for Health Statistics; 2007.
17. Jaramillo N, Torres Y, Echevarría E, Llamas A, Montoya L, Pareja D. Estudio sobre factores de riesgo cardiovasculares en una población de influencia de la Clínica Las Américas. Rev CES Med. 2004; 18(2):9-18.
18. Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, *et al*. Heart disease and stroke statistics—2010 update: A report from the American Heart Association. Circulation. 2010; 121:e1-e170.
19. Bautista L, Oróstegui M, Vera L, Prada G, Orozco L, Herrán O. Prevalence and impact of cardiovascular risk factors in Bucaramanga, Colombia: results from the Countrywide Integrated Noncommunicable Disease Intervention Programme (Cindi/Carmen) baseline survey. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil. 2006;13(5):769-75.
20. Pisabarro R, Irrazabal E, Recalde A. First national survey on overweight and obesity (ENSO I). Rev Med Uruguay. 2002; 16:31–38.
21. James PT, Leach R, Kalamara E, Shayeghi M. The worldwide obesity epidemic. Obes Res. 2001;9(Suppl 4):228S–233S.
22. World Health Organization. Obesity and overweight. [Internet]. Geneve:WHO;2011 [consultado septiembre 15 de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
23. Ramírez JM. Estratificación del riesgo en individuos con predisposición a alteraciones cardiovasculares. Umbral Científico. 2005 Dic; (7):77-86.