

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, SU CONOCIMIENTO Y CONTROL EN PACIENTES QUE INGRESAN CON UN SÍNDROME CORONARIO AGUDO

Presentado como comunicación oral en el XXXIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Cardiología, celebrado en Girona del 8 al 10 de mayo de 2013.

Autores

Josefina Casal Rodríguez¹; Silvia Pérez Ortega¹; María del Mar Eserverri Rovira²; Dolores Belmonte Chicón³; Eugenia Vivas Tovar⁴; Silvia Vidorreta Gracia¹.

1 Enfermera. Unidad Coronaria. Hospital Clínico. Barcelona.

2 Enfermera. UCI. Hospital de la Vall d' Hebrón. Barcelona.

3 Enfermera. Servicio de Urgencias. Hospital Clínico. Barcelona.

4 Supervisora. Unidad de Cardiología. Hospital Clínico. Barcelona.

Resumen

• **Introducción y objetivos:** El conocimiento de los principales factores de riesgo cardiovascular modificables de la enfermedad isquémica cardíaca, permite definir e implantar estrategias para su prevención.

Nuestro objetivo es conocer los factores de riesgo cardiovascular en pacientes que ingresan con un síndrome coronario agudo; saber si los tratan y cómo; y conocer la conciencia de enfermedad del paciente respecto a estos factores, así como establecer si existen diferencias significativas entre no reconocerlos y el sexo, nivel de estudios, estado civil o tener cardiopatía isquémica previa.

• **Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo de la prevalencia de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes y tabaquismo en pacientes que ingresan con un síndrome coronario agudo en un hospital de tercer nivel, desde septiembre a diciembre de 2011.

Se realizó un cuestionario y se recogió información de los informes de ingreso y alta.

• **Resultados:** La media de edad de los 130 pacientes incluidos en este estudio fue 59 ± 11 años. Más de la mitad son hipertensos y presentan hipercolesterolemia; y menos de un tercio son diabéticos y/o fumadores.

De los pacientes hipertensos, hipercolesterolémicos y diabéticos la mayoría seguían dieta, control médico y tomaban medicación. No se reconocían hipertensos, hipercolesterolémicos o diabéticos un 22%, 20% y 7% respectivamente.

• **Conclusiones:** Los pacientes que ingresan con un síndrome coronario agudo, presentan una alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y existe un porcentaje que no se controla.

La conciencia y la calidad de enfermedad en hipertensos es baja. Los diabéticos en su gran mayoría tienen conciencia absoluta de su enfermedad.

Palabras clave: factores riesgo cardiovascular, hipertensión, hipercolesterolemia, diabetes, tabaquismo, síndrome coronario agudo, conciencia factores de riesgo.

ASSESSMENT, UNDERSTANDING AND MANAGEMENT OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS IN PATIENTS ADMITTED WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Abstract

• **Introduction and Objectives:** Understanding of major modifiable cardiovascular risk factors for ischemic heart disease will allow to define and introduce strategies for its prevention.

Our aim is to determine cardiovascular risk factors in patients admitted with acute coronary syndrome, whether they are treated and how and the patient's disease awareness as far as they are concerned, and also to ascertain whether there are significant differences in the unawareness of these factors with regard to gender, level of education, marital status or previous ischemic cardiomyopathy.

• **Materials and Methods:** Prospective observational study of the prevalence of hypertension, hypercholesterolemia, diabetes and smoking in patients having been admitted with acute coronary syndrome to a third level hospital from September to December 2011.

A questionnaire was passed out and information was gathered from the admission and discharge reports.

• **Results:** The mean age of the 130 patients included in this study was 59 ± 11 years old. More than half of them were hypertensive and hypercholesterolemic, while less than a third were diabetic and/or smokers.

Most hypertensive, hypercholesterolemic and diabetic patients were on a diet, under medical supervision and on medication. 22%, 20% and 7% of them, respectively, did not considered themselves as being hypertensive, hypercholesterolemic or diabetic.

• **Conclusions:** Patients admitted with acute coronary syndrome have a high prevalence of cardiovascular risk factors, and there is a percentage of non-controlled patients.

The awareness and quality of the disease in hypertensive patients is low. Most diabetics are absolutely aware of their illness.

Keywords: Cardiovascular risk factors, hypertension, hypercholesterolemia, diabetes, smoking, acute coronary syndrome, awareness of risk factors.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La enfermedad isquémica cardiaca es la principal causa de muerte prematura en Europa y es causa importante de invalidez, contribuyendo significativamente al aumento del coste sanitario. En España supone el 32% de todas las muertes cardiovasculares¹. Además, ello toma cada vez más importancia ya que las enfermedades coronarias están aumentando poco a poco, a medida que se manifiestan dos fenómenos: el envejecimiento de la población como resultado del aumento de la esperanza de vida y la coexistencia de los factores de riesgo².

Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos modificables son el tabaquismo, la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia y la diabetes *mellitus* (DM). Estudios epidemiológicos recientes realizados en nuestro país sobre cardiopatía isquémica presentan resultados altamente preocupantes. Estos han constatado una alta prevalencia de FRCV en adultos³, una elevada incidencia de infarto agudo de miocardio (IAM) en ancianos⁴, y que el perfil de riesgo cardiovascular en individuos jóvenes ha empeorado en las últimas décadas⁵.

El conocimiento de los principales FRCV modificables de la enfermedad isquémica cardiaca, permite definir e implantar estrategias para su prevención. Aunque diferentes autores han señalado que la enfermedad coronaria podría ocurrir, hasta en un 50% de los casos, en ausencia de esos FRCV⁶⁻⁷, estudios recientes demuestran que los FRCV son determinantes⁸⁻¹¹. Un estudio internacional multicéntrico basado en encuestas sobre hábitos dietéticos de pacientes con IAM (y sus controles) concluyó que una dieta insana contribuye aproximadamente al 30% de riesgo de IAM en la población¹². También, según el estudio de Framingham¹³, la mejoría en el perfil de estos FRCV podría contribuir a una disminución de hasta el 60% en la mortalidad por afecciones cardíacas.

Los FRCV se conocen desde hace décadas, sin embargo, el conocimiento que la población general tiene de ellos y de sus efectos es bajo. En una encuesta realizada a los residentes de Boston en 1990¹⁴, el 77% de los encuestados identificó el ejercicio como protección contra las enfermedades cardíacas, pero solo el 48% reconoció fumar como un factor de riesgo, y la HTA únicamente el 7%. Estudios contemporáneos en Europa¹⁵ y Canadá¹⁶ mostraron bajos niveles de conciencia por igual, sobre todo de la HTA. Afortunadamente, trabajos más recientes¹⁷ han demostrado que el conocimiento ha mejorado, sobre todo en lo que respecta a la HTA y la obesidad.

En 2010 la American Heart Association (AHA)¹⁸ realizó un programa para mejorar la salud cardiovascular de todos los estadounidenses en el que se concluyó que solo el 37% de los pacientes podían identificar los siete componentes ideales de salud cardiovascular y que los esfuerzos educativos deben centrarse en los pacientes de bajo estrato socioeconómico y en mejorar el conocimiento sobre la dieta saludable y el ejercicio regular.

Portanto, aunque parece que los pacientes progresivamente han sido más conscientes de los FRCV, existe la sensación que todavía este no es total. El conocimiento de la prevalencia de los FRCV en la población es importante para diseñar estrategias de control y tratamiento, así como el conocimiento y control que tienen de estos los pacientes. En este sentido, es especialmente relevante en aquellos pacientes que han padecido ya un evento coronario, de cara a mejorar la prevención secundaria.

Existen pocos estudios en nuestro medio que analicen estos aspectos. Los objetivos de este estudio fueron conocer los FRCV que presentaban los pacientes que ingresaban con un síndrome coronario agudo (SCA), saber si los trataban y cómo, y conocer la conciencia de enfermedad que tenían con

respecto a dichos factores. Así como establecer si existían diferencias significativas entre no reconocer los factores de riesgo cardiovascular y el sexo, nivel de estudios, estado civil o cardiopatía isquémica previa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional transversal sobre la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en pacientes que ingresaron en las Unidades Coronaria y Postcoronaria del Hospital Clínico de Barcelona, con un síndrome coronario agudo (SCA) de septiembre a diciembre de 2011.

Pacientes

Se incluyó a todos los pacientes que, tras firmar el consentimiento informado, ingresaron en las unidades coronaria/ postcoronaria, con diagnóstico de SCA durante el periodo de estudio.

Se excluyó del estudio a aquellos pacientes que durante el ingreso no pudieron contestar el cuestionario por alteración del nivel cognitivo (demencia senil o alzhéimer, encefalopatía hipóxica postparada cardiorrespiratoria), barrera idiomática, los que fueron dados de alta de manera precoz a su hospital de referencia y aquellos que fallecieron.

Variables y método

La recogida de datos se realizó a través de los informes de ingreso y alta de la historia clínica del paciente y de un cuestionario elaborado para el estudio, basado en una encuesta nacional de salud y en un estudio en el que se usaban encuestas para conocer la incidencia del hábito tabáquico (**Anexo 1**).

Se recogieron variables como edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal (IMC) calculado, estado civil, nivel de estudios, actividad física, cardiopatía isquémica previa y motivo de ingreso.

Se registró la presencia o no de FRCV modificables basales (HTA, hipercolesterolemia, DM y hábito tabáquico). Se consideró que un paciente padecía un FRCV previo al ingreso si constaba en el informe de ingreso dicho factor y se cotejó la información con las respuestas del cuestionario.

De los FRCV modificables, en el caso de la HTA, hipercolesterolemia y DM se registró el conocimiento que el paciente tenía sobre ellos: si sabía que los padecía, si seguía control médico, si tomaba fármacos, si conocía el nombre del fármaco, si seguía dieta. Y con respecto al tabaco: si era fumador, desde cuándo, cuántos cigarrillos fumaba al día, si dejaría de fumar y si creía que necesitaría ayuda.

Se consideraron factores indicativos de poca conciencia de enfermedad: no reconocer el FRCV, no seguir control médico, no saber que toma tratamiento médico, no conocer el nombre del fármaco y, a pesar de llevar tratamiento, no seguir dieta específica.

Para graduar el nivel de calidad de la conciencia de enfermedad se utilizó una escala de elaboración propia (**Anexo 2**) en la cual se puntuaba cada uno de los aspectos comentados indicativos de conciencia reducida de enfermedad, siendo el resultado la suma de los 3 ítems, pudiendo clasificar el nivel de conciencia de enfermedad en absoluta, relativa, escasa o nula.

Análisis estadístico

Las variables cualitativas se expresaron como porcentaje y se analizaron con el test de la chi cuadrado (χ^2). Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Las variables cuantitativas se expresaron como media y desviación estándar.

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 17.0.



Anexo 1.

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DE SUS FRCV

N.º Caso:

Edad: Sexo: F M Estado Civil: S C V D Nivel de estudios: Sin Estudios Primarios Medios Universitarios

Antecedentes de C.I.:

Motivo de Ingreso: Fecha de ingreso:

Peso: Talla:

1.- ¿Alguna vez un médico, enfermera, farmacéutico u otra persona le ha tomado la TA?

Sí NO NS/NC

2.- ¿Recuerda las cifras de TA?

...../..... NO NS/NC

3.- ¿Cree que tiene la TA alta?

Sí NO NS/NC

4.- ¿Algún médico le controla la TA?

Sí NO NS/NC

5.- ¿Toma tratamiento con medicamentos?

Sí NO NS/NC

6.- ¿Recuerda el nombre de los medicamentos?

..... NO NS/NC

7.- ¿Hace dieta baja en sal?

Sí NO NS/NC

8.- ¿Alguna vez un médico u otro profesional de la salud le ha controlado el colesterol?

Sí NO NS/NC

9.- ¿Recuerda si le dijeron que lo tenía elevado?

Sí NO NS/NC

10.- ¿Algún médico le controla los niveles de colesterol?

Sí NO NS/NC

11.- ¿Toma tratamiento con medicamentos?

Sí NO NS/NC

12.- ¿Recuerda el nombre de los medicamentos?

..... NO NS/NC

13.- ¿Hace dieta pobre en grasas?

Sí NO NS/NC

14.- ¿Alguna vez un médico, enfermera, farmacéutico u otra persona le ha mirado las cifras de glucosa o azúcar en sangre?

Sí NO NS/NC

15.- ¿Recuerda la cifra de glucosa?

..... NO NS/NC

16.- ¿Cree que tiene la glucosa elevada, que es diabética/o?

Sí NO NS/NC

17.- ¿Algún médico le controla la Diabetes?

Sí NO NS/NC

18.- ¿Toma tratamiento con medicamentos?

Sí NO NS/NC

19.- ¿Recuerda el nombre de los medicamentos?

..... NO NS/NC

20.- ¿Hace dieta para controlar la diabetes?

Sí NO NS/NC

21.- ¿Hace algún tipo de ejercicio regularmente? ¿Cuál?

..... NO NS/NC

22.- ¿Controla su peso corporal?

Sí NO NS/NC

23.- ¿Es fumador/a activo/a?

Sí NO NS/NC

24.- ¿Desde cuándo?

.....

25.- ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

.....

26.- ¿Después de este ingreso piensa dejar de fumar?

Sí NO NS/NC

27.- ¿Cree que necesitará ayuda?

Sí NO NS/NC

Anexo 2. Escala de calidad de la conciencia de enfermedad

Ítems a calificar:

- Reconoce padecer el FRCV
- Sigue dieta
- Sigue control médico

(La respuesta positiva se puntuó con 1 punto)

Gradación de conciencia de enfermedad:

(obtenida con la suma de puntos del apartado anterior)

- Absoluta 3 puntos
- Relativa 2 puntos
- Escasa 1 punto
- Nula 0 puntos

RESULTADOS

Características generales de la población

Durante el periodo de estudio, ingresaron 130 pacientes con SCA, de los cuales se incluyeron 93 (72%).

De los pacientes excluidos: 19 (51%) fueron excluidos por alteración del nivel cognitivo; 6 (16%) por encefalopatía hipóxica tras parada cardiorrespiratoria; 4 (11%) por barrera idiomática; 4 (11%) por alta de manera precoz a su hospital de referencia; 3 (8%) por negativa a participar en el estudio y 1 (3%) por fallecimiento.

Las características demográficas de los pacientes incluidos se resumen en la **Tabla 1**. El 71% de los pacientes eran hombres con una media de edad de 59 ± 11 . La mayoría con niveles de estudios primarios o medios (61%) y el 68% estaban casados.

El motivo de ingreso principal fue el infarto agudo de miocardio sin elevación del ST (IAMSEST) e infarto agudo de miocardio con elevación del ST (IAMCEST) con un 43% en ambos casos y en un 14% por angina inestable.

Tabla 1. Características de la población estudiada. Variables demográficas

Variable	
Edad (años), media (desviación estándar)	59 (11)
Grupo de edad n (%)	
40-50 años	11 (12%)
51-60 años	16 (17%)
61-70 años	25 (27%)
71-80 años	29 (31%)
≥80 años	12 (13%)
Sexo varones n (%)	66 (71%)
mujeres n (%)	27 (29%)
Estudios n (%)	
Sin estudios	17 (18%)
Primarios	25 (27%)
Medios	32 (35%)
Universitarios	19 (20%)
Estado civil n (%)	
Soltero	5 (5%)
Casado	63 (68%)
Viudo	17 (18%)
Divorciado	8 (9%)

Entre los FRCV, el más prevalente fue la HTA con un 69%, seguido de la hipercolesterolemia (54%), diabetes (32%) y tabaquismo (25%). La mayoría de los pacientes 39% presentaba 2 FRCV. El 66% de los pacientes presentaba un IMC \geq 25. Con respecto a la actividad física, solo el 5% practicaba algún deporte y el 38% caminaba con regularidad. El 37% presentaba cardiopatía isquémica previa (**Tabla 2**).

Tabla 2. Características de la población estudiada: FRCV

Variable	Total	Hombres (66)	Mujeres (27)
Hipertensos n (%)	64 (69%)	42 (64%)	22 (82%)
Hipercolesterolémicos n (%)	50(6%)	31 (47%)	19 (70%)
Diabéticos n (%)	30 (32%)	18 (27%)	12 (44%)
Fumadores n (%)	23 (25%)	21 (32%)	2 (7%)
Actividad física n (%)			
Limitación	4 (4%)	1 (1%)	3 (11%)
Sedentarismo	49 (53%)	38 (58%)	11 (41%)
Caminar con regularidad	35 (38%)	26 (39%)	9 (33%)
Deporte	5 (5%)	1 (1%)	4 (15%)
C.I. previa n (%)	34 (37%)	25 (73%)	9 (33%)
IMC n (%)			
Normopeso (IMC<25)	32 (34%)	27 (41%)	5 (18%)
Sobrepeso (IMC 25-29)	39 (42%)	26 (39%)	13 (48%)
Obesidad (IMC 30-39)	21 (23%)	13 (20%)	8 (30%)
Obesidad mórbida (IMC \geq 40)	1 (1%)	0%	1 (4%)
N.º FRCV estudiados n (%)			
1	25 (27%)	19 (29%)	6 (22%)
2	36 (39%)	25 (38%)	11 (41%)
3	22 (24%)	13 (20%)	9 (33%)
4	1 (1%)	1 (1%)	0%

FRCV: Factores de riesgo cardiovascular; C.I.: Cardiopatía isquémica; IMC: Índice de Masa Corporal.

En la **Tabla 3** se describe cómo controlaban y trataban sus FRCV. Se observó que el 100% de los diabéticos tomaba medicación y seguía control médico, aunque solo el 80% hacía dieta diabética. Los hipertensos eran los que llevaban menor control médico y menos dieta, aunque una gran mayoría (88%) tomaba medicación. De los hipercolesterolémicos, no seguían dieta el 26% ni tratamiento el 22%. Los fumadores consumían prácticamente 1 paquete de cigarrillos por día.

Conciencia de enfermedad

Los hipertensos fueron los que menos conciencia de enfermedad presentaron: el 27% no seguía dieta a pesar de seguir tratamiento farmacológico, no se reconocían hipertensos el 22% y no seguían control médico el 11%.

De los hipercolesterolémicos, no se reconocía como tal el 20%; no seguía dieta a pesar de seguir tratamiento farmacológico el 23% y no seguía control médico el 5%.

Los diabéticos fueron los que más conciencia de enfermedad tenían, el 100% seguía control médico. Sin embargo, el 7% no se reconocía diabético y el 20% no seguía dieta.

Respecto a la conciencia del hábito tabáquico, el 22% de los fumadores no dejaría de fumar, el 4% no sabía si lo dejaría y de los que lo dejaría necesitaría ayuda un 29% (**Tabla 4**).

En la **figura 1** se describe la calidad de la conciencia de enfermedad. Se constató que los hipertensos eran los que menos conciencia de enfermedad tenían, teniendo conciencia nula de su enfermedad hasta el 5%. El 80% de los diabéticos tenía conciencia absoluta de su enfermedad frente al 58% en

Tabla 3. Tratamiento de los FRCV

Variable (n)	HTA (64)	Hipercolest.(50)	Diabetes (30)
Dieta (%)	72%	74%	80%
Toma de medicación (%)	88%	78%	100%
Control médico (%)	84%	90%	100%
Actividad física (%)			
Limitación	6%	6%	7%
Sedentarismo	50%	52%	47%
Caminar con regularidad	41%	38%	47%
Practicar algún deporte	5%	4%	0%
IMC (%)			
Normopeso (IMC<25)	30%	30%	33%
Sobrepeso (IMC 25-29)	45%	40%	40%
Obesidad (IMC 30-39)	23%	28%	23%
Obesidad mórbida (IMC \geq 40)	2%	2%	3%
Habito tabáquico* (n)	(11)	(10)	(3)
Media cigarrillos/día (DS)	13 (12)	15 (10)	37 (25)
Media de años fumando (DS)	44 (15)	40 (14)	48 (16)
Media de edad (DS)	63(11)	58 (10)	66 (6)

* De los fumadores
FRCV: Factores de riesgo cardiovascular; HTA: Hipertensión arterial; Hipercolest: Hipercolesterolemia; IMC: Índice de Masa Corporal; DS: Desviación estándar.

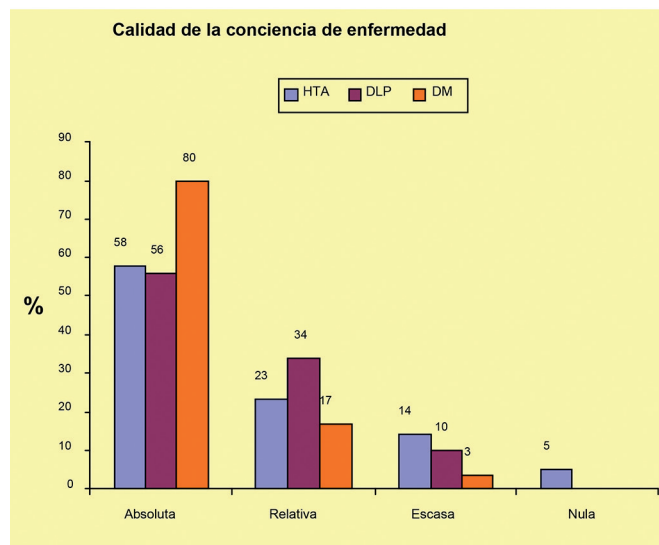


Figura 1. Calidad de la conciencia de enfermedad
HTA: Hipertensión Arterial; DLP: Dislipemia; DM: Diabetes Mellitus

hipertensos y el 56% en hipercolesterolémicos.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre no reconocer el FRCV y el sexo, el nivel de estudios, el estado civil y tener cardiopatía isquémica previa (**Tabla 5**).

DISCUSIÓN

La prevalencia de los FRCV que se encontraron en la población estudiada, fue elevada (el 100% presentaba uno o varios), presentando la mayoría de los pacientes entre 1 y 2 FRCV (66%). Estos resultados son similares a otros estudios publicados².

Por orden decreciente, la prevalencia de los FRCV fue la HTA, la hipercolesterolemia, la diabetes y el hábito tabáquico. Comparando estos resultados con estudios realizados en

Tabla 4. Conciencia de los FRCV en la población de estudio

Conciencia de enfermedad de hipertensión (n=64)	(%)
No siguen dieta	28%
No se reconocen hipertensos	22%
No siguen dieta pero sí tratamiento*	27%
No siguen control médico*	11%
No saben que toman tratamiento*	11%
No conocen el nombre del fármaco*	55%
Conciencia de enfermedad de hipercolesterolemia (n=50)	(%)
No siguen dieta	26%
No se reconocen hipercolesterolémicos	20%
No siguen dieta pero sí tratamiento*	23%
No siguen control médico*	5%
No saben que toman tratamiento*	8%
No conocen el nombre del fármaco*	46%
Conciencia de enfermedad de diabetes (n=30)	(%)
No siguen dieta	20%
No se reconocen diabéticos	7%
No siguen dieta pero sí tratamiento*	20%
Siguen control médico*	100%
Saben que toman tratamiento*	100%
No conocen el nombre del fármaco*	23%
Conciencia de enfermedad de los fumadores (n=23)	(%)
No dejarán de fumar	22%
No saben si dejarán de fumar	4%
Necesitarán ayuda	29%
No saben si necesitarán ayuda	6%

* Pacientes en tratamiento farmacológico (n=56 para los hipertensos; n=39 para los hipercolesterolémicos; n=30 para los diabéticos)
FRCV: Factores de riesgo cardiovascular

incidencia en mujeres), similar a estudios previos¹⁷ y, si consideramos además que se encuentran estrechamente vinculadas al desarrollo del resto de FRCV y que se asocian de forma independiente con la mortalidad, los resultados obtenidos en el estudio, pueden calificarse de preocupantes.

El sedentarismo también resalta en gran porcentaje, con mayor incidencia en hombres.

Los resultados del estudio en cuanto a la conciencia de enfermedad de estos pacientes son interesantes. Los pacientes diabéticos son los que mayor conciencia tienen y los que mejor se cuidan. Es probable que la mayor implicación de autocuidado que han de tener en relación a su enfermedad y el mayor número de visitas médicas que requieren influya en esta conciencia. De hecho, en estudios previos, la diabetes era el FRCV más conocido entre la población general¹⁸.

Por el contrario, los hipertensos son los que menor calidad de conciencia tienen. También estudios previos han mostrado que la HTA es un FRCV poco reconocido¹⁴ y es posible que sean necesarios más esfuerzos para concienciar a la población en este sentido.

Es especialmente relevante e interesante la falta de control dietético en los tres FRCV estudiados. Todavía no se le da la importancia suficiente a la alimentación como parte del cuidado de la enfermedad o los profesionales de salud no la transmitimos suficientemente recalando su importancia. Tanto HTA (28%), como hipercolesterolemia (26%) o DM (20%) presentan un porcentaje elevado de pacientes que no realizan la dieta recomendada o necesaria, aunque muchos de ellos reconozcan tener el FRCV e incluso tomen medicación para su control. Llama la atención que, en general, la dieta suele ser el primer abordaje terapéutico de estos FRCV y que, solo cuando no se controlan así, se inicia el tratamiento médico. Los factores que pueden explicar esta ausencia de tratamiento dietético no se han evaluado, pero es posible que la cultura de

nuestro país, donde la comida no es solo una necesidad sino que a menudo se convierte en un acto social, familiar o lúdico, influya. Además, el tratamiento dietético exige un esfuerzo diario y constante difícil de cumplir, siendo habitual que muchos pacientes refieran preferir el tratamiento médico al "sufrimiento" de la dieta, pensando además que con este es suficiente.

La elaboración de una escala de calidad de la conciencia de enfermedad, nos ayudó a constatar que sigue habiendo un porcentaje no desechable de la población con FRCV que tiene escasa conciencia de su enfermedad, (14% para hipertensos, 10% para hipercolesterolémicos y 3% para diabéticos), o incluso nula, si hablamos de hipertensos (5%).

Al analizar número de FRCV y conciencia de cada uno de ellos, observamos que a mayor número de FRCV que presenta el paciente, menor conciencia tiene de alguno de ellos.

De los posibles factores estudiados que podrían influir en la conciencia de FRCV (sexo, nivel de estudios, estado civil o presencia de cardiopatía previa), ninguno mostró diferencias significativas en el nivel de conciencia de enfermedad. Otros estudios sí han demostrado influencia de dichos factores¹⁸;

Tabla 5. Pacientes que no reconocen su FRCV y otras características

	Hipert.	p	Hipercolest.	p	Diabéticos	p	Fumadores	p
Sexo (%)		0,42		0,16		0,20		0,53
Hombres	24%		23%		0%		29%	
Mujeres	18%		26%		17%		0%	
E.C. (%)		0,65		0,72		0,98		0,28
Solteros	0%		0%		0%		100%	
Casados	23%		30%		10%		20%	
Viudos	27%		23%		0%		50%	
Divorciados	0%		0%		0%		20%	
N.E. (%)		0,92		0,56		0,49		0,11
Sin estudios	25%		18%		14%		---	
Primarios	18%		40%		10%		0%	
Medios	25%		15%		0%		37%	
Universitarios	18%		18%		0%		43%	
C.I. (%)		0,31		0,18		0,36		0,08
Sí	28%		26%		6%		60%	
No	17%		13%		0%		17%	

La p es la comparación mediante test de chi cuadrado de los diferentes grupos dentro de cada uno de las variables para cada FRCV.
Hipert: Hipertensos; Hipercolest: Hipercolesterolémicos; E.C: Estado civil; N.E: Nivel de estudios; C.I: Cardiopatía isquémica.

población española (no necesariamente con cardiopatía isquémica)³, sorprende la baja incidencia de fumadores y diabéticos, esta diferencia puede ser debida a que la población no se ha escogido de una manera aleatoria, mientras que los resultados de prevalencia de hipercolesterolémicos y sobre todo hipertensos, es similar.

Mención especial requiere la elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población estudiada (con mayor

diferencia podríamos también atribuirla a la no aleatorización de la muestra en nuestro estudio y a que los estudios referenciados se realizaron en otros países y continentes donde confluyen diferentes estratos sociales y culturas, siendo nuestra población mucho más homogénea. Otra posible explicación a la ausencia de diferencias significativas en nuestro estudio, es la baja proporción de pacientes solteros o divorciados. Para minimizar este inconveniente se agruparon categorías y se compararon casados con el resto de estados civiles, obteniendo el mismo resultado no significativo. Del mismo modo, se procedió comparando pacientes sin estudios con el resto, sin que tampoco se hallaran diferencias significativas.

La cardiopatía isquémica previa tampoco parece influir en una mayor conciencia de enfermedad ni tampoco de mejor cuidado de la misma. Es posible, por tanto, que la prevención secundaria fracase en la faceta de concienciación del autocuidado de los FRCV. A pesar de que las guías de práctica clínica más recientes sobre prevención secundaria en enfermedad coronaria establecen como indicación clase I remitir a un programa de rehabilitación cardiaca/prevención secundaria (RC/PS) a todos los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo, estos servicios siguen estando infrutilizados o escasamente implementados, muchas veces por falta de recursos. En un contexto socioeconómico como el actual, en el que tienen cada vez más importancia los aspectos preventivos en la planificación sanitaria, es de esperar que las unidades de RC/PS tengan un papel cada vez más significativo dentro de los servicios de cardiología en un futuro próximo.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La principal limitación del estudio es el tamaño muestral ya que, aunque el número de pacientes estudiados es elevado (casi un centenar), al hablar de FRCV este número puede resultar pequeño y al no ser un muestreo aleatorio la representatividad no está asegurada y por tanto no es extrapolable. Por otro lado, los resultados de conciencia de enfermedad se basan en un cuestionario realizado para la ocasión, y aunque está basado en encuestas de salud nacional no se realizó un pilotaje aparte, de validación del cuestionario, y por ello puede presentar limitaciones.

Por otro lado, el estudio es importante porque no se ha encontrado en la búsqueda bibliográfica que exista algún estudio en nuestro medio que haya explorado la conciencia de FRCV en pacientes con SCA.

CONCLUSIONES

Los pacientes que ingresan en las Unidades Coronaria y Postcoronaria del Hospital Clínico de Barcelona con un síndrome coronario agudo, presentan una alta prevalencia de FRCV.

Aunque la mayoría hace dieta, toma medicación y sigue control médico, todavía queda un porcentaje elevado de ellos que no se controla, sobre todo con respecto a la dieta. Además, gran parte de la población es sedentaria y presenta sobrepeso u obesidad.

La conciencia de enfermedad en hipertensos es baja así como la calidad de la misma. Los diabéticos en su gran mayoría tienen conciencia absoluta de su enfermedad.

Observamos que a mayor número de FRCV que presenta el paciente, menor conciencia tiene de alguno de ellos.

Dirección para correspondencia

Josefina Casal Rodríguez
Avda. Cataluña 109, ático.
08905 Hospitalet de Llobregat
Barcelona
Correo electrónico:
josefinacr67@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Defunciones según la causa de muerte. Avance de resultados 2005. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. [consultado el 10 de junio de 2007]. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase/index.html>.
- Marrugat J, Medrano M.J, Tresseras R. La cardiopatía isquémica como causa principal de muerte en España: Realidad epidemiológica, necesidades asistenciales y de investigación. *Clin Invest Arterioscl*. 2001; 13:262-70.
- López Suárez A, Elvira González J, Beltrán Robles M, Alwakil M, Saucedo JM, Basquiñana Quirell A et al. Prevalencia de obesidad, diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia y síndrome metabólico en adultos mayores de 50 años de Sanlúcar de Barrameda. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1150-8.
- Novella B, Alonso M, Rodríguez-Salvanés F, Susi R, Reviriego B, Escalante L et al. Incidencia a diez años de infarto de miocardio fatal y no fatal en la población anciana de Madrid. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1140-9.
- Portero MP, León M, Andrés EM, Laclaustra M, Pascual I, Bes M et al. Comparación de los factores de riesgo cardiovascular de jóvenes españoles de los años ochenta y tras el 2000: datos del estudio AGEMZA. *Rev Esp Cardiol*. 2008;61:1260-6.
- Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics. *Arch Intern Med*. 2001;161:2657-60.
- Ridker PM. Evaluating novel cardiovascular risk factors. *Ann Intern Med*. 1999;130:933-7.
- Canto JG, Iskandrian AE. Major risk factors for cardiovascular disease. Debunking the "only 50%" myth. *JAMA*. 2003;290:947-9.
- Greenland P, Knoll MD, Stamler J, Neaton JD, Dyer AR, Garside DB et al. Major risk factors as antecedent of fatal and nonfatal coronary heart disease events. *JAMA*. 2003;290:891-7.
- Khot UN, Khot MB, Bajzer CT, Sapp SK, Ohman EM, Brener SJ et al. Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart disease. *JAMA*. 2003;290:898-904.
- Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F et al. Effect of potentially modifiable risks factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.
- Iqbal R, Anand S, Ounpuu S, Islam S, Zhang X, Rangarajan S et al. Dietary patterns and the risk of acute myocardial infarction in 52 countries: results of the INTERHEART study. *Circulation*. 2008;118:1929-37.
- Branwald E. Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. 7 ed. New York: McGraw-Hill; 1997;vol 2:1126-5.
- Avis NE, McKinlay JB, Smith KW. Is cardiovascular risk factor knowledge sufficient to influence behavior? *Am J Prev Med*. 1990;6: 137-44.
- Erhardt L, Hobbs FD. Public perceptions of cardiovascular risk in five European countries: the react survey. *Int J Clin Pract*. 2002;56: 638-44.
- Kirkland SA, MacLean DR, Langille DB, Joffres MR, MacPherson KM, Andreou P. Knowledge and awareness of risk factors for cardiovascular disease among Canadians 55 to 74 years of age: results from the Canadian Heart Health Surveys, 1986-1992. *Can Med Assoc J*. 1999;161:S10-6.
- Gans KM, Assmann SF, Sallar A, Lasater TM. Knowledge of cardiovascular disease prevention: an analysis from two New England communities. *Prev Med*. 1999;29:229-37.
- Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L et al; American Heart Association Strategic Planning Task Force and Statistics Committee. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation*. 2010;121:586-613.