

Prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en la población adulta del Barrio Antártida Argentina y Villa Celia de la Ciudad de Corrientes. Argentina. Año 2016

Prevalence of cardiovascular risk factors in the adult population of the Antarctica District Argentina and Villa Celia of the City of Corrientes. Argentina. Year 2016

Autores:

Sniak Yacubosky, Nancy Vicenta (1)

Radlovachki Maljak, Lidia Raquel (2)

Torres Maidana, Gladis Isabel (3)

Meza Hentz, Romina (4)

1-Carrera de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina. nancysniak@hotmail.com

2- Carrera de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina. lidiaarradlo@hotmail.com

3-Carrera de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina. gladis_isa@yahoo.com.ar

4- Carrera de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina. laro821@hotmail.com

RESUMEN:

Las enfermedades no transmisibles (ENT) constituyen una epidemia a nivel mundial, en especial en los países en vías de desarrollo. Nuestro país ha ingresado hace tiempo en la llamada transición epidemiológica (mayor mortalidad por ENT que por enfermedades infecciosas). Además de constituir las principales causas de muerte en Argentina, las ENT están asociadas a una importante pérdida de años de vida saludables y elevados y crecientes costos de atención médica y cuidados terciarios. Se realizó un estudio descriptivo, transversal en dos barrios de la Ciudad de Corrientes en el año 2016. Se encuestaron un total de 162 personas de las cuales el 43,8% eran hombres y 56,2% mujeres. La prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares estudiados fue: sedentarismo 56,2%, tabaquismo: 21%, hipertensión arterial 13%, diabetes mellitus 9,3%, hipercolesterolemia 1,2%. Se han estudiado al nivel de escolaridad, ocupación y cobertura médica como condiciones sociodemográficas. Concluimos que, si bien la muestra fue insuficiente, los valores de prevalencia encontrados se acercan a los que otros autores mencionan en sus trabajos. Se puede decir que los adultos mayores de 60 años con menor nivel de escolaridad bajo y jubilado, tienen una mayor prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares que los adultos entre 18 y 59 años, en cambio el hecho de poseer cobertura médica no influye en los mismos.

PALABRAS CLAVES: factores de riesgo, enfermedades no transmisibles

SUMMARY:

Noncommunicable diseases (NCDs) are an epidemic worldwide, especially in developing countries. Our country has entered the so-called epidemiological transition for a long time (higher mortality

due to NCDs than due to infectious diseases). In addition to being the main causes of death in Argentina, NCDs are associated with a significant loss of healthy and high life years and rising costs of medical care and tertiary care. A descriptive, cross-sectional study was conducted in two neighborhoods of the City of Corrientes in 2016. A total of 162 people were surveyed, of whom 43.8% were men and 56.2% were women. The prevalence of cardiovascular risk factors studied was: sedentary lifestyle 56.2%, smoking: 21%, hypertension 13%, diabetes mellitus 9.3%, hypercholesterolemia 1.2%. The level of education, occupation and medical coverage have been studied as sociodemographic conditions. We conclude that, although the sample was insufficient, the prevalence values found are close to those that other authors mention in their works. It can be said that adults over 60 years of age with a lower level of education and retired, have a higher prevalence of cardiovascular risk factors than adults between 18 and 59 years old, whereas the fact of having medical coverage does not influence the same.

KEY WORDS: risk factors, non-communicable diseases

I. INTRODUCCIÓN:

En la Argentina, las enfermedades cardiovasculares (ECV) producen, junto con el cáncer, más del 50% de las muertes anuales. Se ha demostrado que las ENT son prevenibles a través del control y el manejo de los factores de riesgo (FR) para el desarrollo de ECV. El origen de esta enfermedad es multifactorial y fue un gran avance para su prevención la identificación mensurable de los denominados Factores de Riesgo Cardiovascular que predisponen al desarrollo de esta afección, en este término se incluyen la edad, el sexo, hipertensión arterial, hiperlipemia, diabetes, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, dieta aterogénica, estrés socioeconómico y psicosocial, historia familiar de enfermedad prematura cardiovascular, elementos genéticos y raciales.¹ Para la prevención de las ECV es necesario el conocimiento de la prevalencia de los FR cardiovascular en cada población, por las diferencias entre países, regiones, ciudades, localidades, etc. por desigualdades socioeconómicas, culturales, migratorias, estilos de vida, entre otras, por lo cual es esencial que cada país haga estudios epidemiológicos para conocer su realidad y tomar sus propias medidas de prevención y control.² Hoy en día, las enfermedades no transmisibles suponen el 43% de la carga mundial de morbilidad. Se calcula que para el año 2020 esta cifra alcanzará el 60% y que esas dolencias serán la causa de un 73% de las muertes.³ En el año 2005 en Argentina se realizó la primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Los principales indicadores fueron: baja actividad física 46,2%, consumo de tabaco 33,4% en personas de 18 a 24 años y 29,7% en adultos, presión arterial elevada 34,4%, sobrepeso-obesidad 49,1%, bajo consumo de frutas y verduras 35,3%, diabetes 11,9%, colesterol elevado 27,8%, consumo de alcohol de riesgo 9,6%. Se observó mayor prevalencia en la población de menores ingresos, con necesidades básicas insatisfechas y menor nivel educativo.⁴ En el año 2009 se realizó la segunda encuesta Nacional de FR, principales diferencias: La prevalencia de consumo de tabaco a nivel nacional fue de 27,1%. La prevalencia de actividad física fue de 54,9%. Existe una asociación continua entre los valores sanguíneos de colesterol y el riesgo de padecer eventos cardiovasculares, en todos los grupos atareos y de manera independiente de otros factores de riesgo. Aumentó la obesidad, la misma se relacionó de manera con el menor nivel de ingreso y de educación.⁵ En el año 2013 se realizó la tercera encuesta sobre FR: bajó el consumo de tabaco, la obesidad, evolucionó al 20,8%. La cobertura de salud, mostró una tendencia creciente.⁶ En un estudio realizado en Tres Lomas se observó una prevalencia menor de diabetes, tabaquismo y depresión y más sobrepeso y obesidad que el promedio país. El control de la

tensión arterial fue más frecuente que el promedio, aunque las determinaciones de glucemia y colesterol fueron más bajas que las esperadas. Por lo menos un quinto de la población presentaría un RCG moderado a alto de sufrir un evento coronario o muerte en los próximos 10 años.⁷ Rubinstein y col. observaron que en 2005 se perdieron en Argentina más de 600.000 años de vida saludable (AVISA) y se contabilizaron casi 400.000 años potenciales de vida perdidos (APVP) por enfermedades coronarias y accidentes cerebrovasculares; 71,1% de los AVISA perdidos, 73,9% de APVP y 76,0% de los costos asociados son atribuibles a FR modificables. La hipertensión arterial fue el factor de riesgo de mayor impacto, tanto en hombres como en mujeres.⁸ Un estudio realizado en la Ciudad de Olavarría (Bs. As.) los resultados muestran las siguientes prevalencias de los FR de ECV en la población adulta (18-65 años): tabaquismo 34%, sedentarismo 32%, hipertensión 25%, sobrepeso 24%, colesterol elevado 13% y diabetes 5%. Muchos factores estuvieron asociados, lo cual significa que se comparten dos o más FR al mismo tiempo.⁹

Objetivos:

- Determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares en la población mayor de 18 años en los Barrios Antártida Argentina y Villa Celia de la Ciudad de Corrientes.
- Establecer la probable asociación entre los factores de riesgo y las características sociodemográficas.

II. MATERIAL Y MÉTODO:

A. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Edad: Cantidad de años cumplidos a la fecha de realizar la encuesta. Escala: 18 a 34 años, 35 a 59 años, 60 y más.

Sexo: Género al que pertenece la persona. Escala: Femenino, Masculino.

Cobertura médica: Sistema de atención de la salud sea obra social o mutual. Escala: Presente, Ausente.

Ocupación: Tipo de actividad que desempeña la persona de manera frecuente y que le genera recursos económicos o no. Escala: Estudiante, Trabajador, Ama de casa, Jubilado, Desocupado.

Escolaridad: Nivel educativo alcanzado hasta el momento de la entrevista. Escala: Primario, Secundario, Terciario o universitario, Analfabeto.

Tabaquismo: Hábito de fumar cigarrillos habitualmente, independientemente de la cantidad. Escala: Presente, Ausente.

Actividad física: Práctica de algún tipo de actividad física o deporte (aeróbicas, caminatas, gimnasio, etc.) en cualquier intensidad y frecuencia.

Diagnóstico previo de HTA: Persona a la que se le refirió hipertensión en al menos una vez en control médico.

Glucemia: Valores de glucosa sanguínea mayor a 120 mg/dl al menos una vez en control médico. Escala: Normal, Elevada.

Colesterol: Valores de colesterol sanguíneo mayor a 200 mg/dl al menos una vez en control médico. Escala: Normal, Elevado

B. TIPO DE ESTUDIO: SE REALIZÓ UN ESTUDIO DESCRIPTIVO, TRANSVERSAL.

C. UNIDAD DE ANÁLISIS: población adulta del Barrio Antártida Argentina y Barrio Celia de la Ciudad de Corrientes.

D. UNIVERSO: Barrio Antártida Argentina y Barrio Celia de la Ciudad de Corrientes.

E. TÉCNICA DE MUESTREO: se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple por sorteo para ello las casas se enumeraron en un mapa. Se sortearon 4 casas por manzana, teniendo un total de 276 casas y se realizó la encuesta a los adultos mayores de 18 años que se encontraban en ella.

F. CRITERIOS DE INCLUSIÓN: población mayor de 18 años.

G. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: negación a responder la encuesta, vivienda desocupada.

H. PLAN DE ANÁLISIS: el análisis de las variables edad, sexo, escolaridad, ocupación y cobertura médica se realizó con las medidas de tendencia central (media aritmética, mediana, modo), con las medidas de tendencia no central (percentiles) y medidas de dispersión (desvío estándar). El análisis de la prevalencia de los FR en hombres y en mujeres, la relación de los FR con la escolaridad y con la ocupación se realizó con la tabla de contingencia 2XN simple. La relación de los FR con la cobertura médica se analizó con la tabla 2X2 simple.

Para el análisis estadístico se utilizara el programa informático EpiData versión 3.1, y Microsoft Excel 2010.

I. PLAN DE TRABAJO: Febrero a Noviembre de 2.016

J. RECURSOS: Recursos materiales: 2 resma de hojas A4, 1 cartucho Epson para impresión, bolígrafos, Conexión a internet, Disponibilidad a PC. Recursos humanos: Autores del proyecto; Alumnos de 1er año de la Carrera de Licenciatura en Enfermería (colaboradores)

III. RESULTADOS:

Se encuestaron un total de 162 personas de las cuales el 43,8% eran hombres y 56,2% mujeres. A fines prácticos se dividieron a los grupos en edades de 18 a 34 años, de 35 a 59 años y en mayores de 60 años. El porcentaje de hombres de 18 a 34 años fue de 30%, entre 35 y 59 años el 35,2% y en mayores de 60 años el 26,8%. El porcentaje de mujeres entre 18 y 34 años fue de 25,3%, en el grupo de 35 a 59 años el 36,2%, y en mayores de 60 años el 38,5%. La media aritmética de la edad en hombres y mujeres de 18 a 34 años fue de 24,5 años (desvío estándar 68% 19,87 a 29,13 años). La media aritmética de la edad en hombres y mujeres de 35 a 59 años fue de 48,5 años (desvío estándar 68% 41,74 a 55,26 años). La media aritmética de la edad en hombres y mujeres mayores de 60 años fue de 71,3 años (desvío estándar 68% 63,14 a 79,46 años), la mediana 70 años y el modo 62 años. Estos resultados nos muestran una distribución asimétrica de las medidas de tendencia centrales. Podemos observar que la distribución no se corresponde con una distribución normal de la población debido a la gran dispersión de los resultados, por lo tanto se ha tomado un desvío estándar para mensurar la dispersión de los valores individuales en la muestra; esta variabilidad podría deberse al tamaño de la muestra. Se han estudiado al nivel de escolaridad, ocupación y cobertura médica como condiciones socioeconómicas. Tabla 1. A mayor edad menor es el grado de alfabetización en el grupo de los hombres En la población estudiada se observa un bajo porcentaje de desocupados, con mayor número de trabajadores en los hombres de 35 a 59 años. En ambos sexos la ausencia de cobertura predomina en el grupo de 35 a 59 años.

Tabla Nº1 Porcentaje según edad y sexo de las condiciones socioeconómicas

Edad	Sexo	Escolaridad				Ocupación					S/ cobert.
		Primaria	Secundaria	Terciaria/Univ	Analfabeto	Estudiante	Trabajador	Desocupado	Jubilado	Ama de casa	
18-34	Hombre	3,7	37	59,3	0	51,8	40,8	7,4	0	*	36
	Mujer	8,7	39,1	52,2	0	56,6	26	0	0	17,4	31,3
35-59	Hombre	16	48	36	0	4	76	8	0	*	56
	Mujer	21,2	6,4	42,4	0	3	42,5	3	0	51,5	62,5

>60	Hombre	52,7	31,5	10,5	5,3	0	21	0	79	*	8
	Mujer	28,5	54,3	14,3	2,9	0	6,8	0	60	31,4	6,2

Fuente: datos propios

PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES (FRCV):

De los FRCV estudiados se encontró que el 56,2% eran sedentarios, el 21% eran tabaquista (TBQ), el 13% refirió tener diagnóstico previo de hipertensión arterial (HTA), el 9,3% refirió tener diagnóstico previo de glucemia elevada o diabetes mellitus (DBT) y el 1,2% refirió tener diagnóstico previo de colesterol elevado en sangre o hipercolesterolemia (HCL). Se han estudiado las prevalencias por sexo y edad obteniendo los siguientes resultados: Tabla N° 2. La prueba de homogeneidad entre niveles arrojó datos significativos ya que el chi-cuadrado fue de 5,96 con $\leq p 0,05$; en la prueba de tendencia lineal el chi-cuadrado fue de 5,72 con $\leq p 0,01$. Estos resultados nos hablan de una asociación entre la edad mayor de 60 años y el sedentarismo. En la prevalencia de HTA en hombres la prueba de homogeneidad entre niveles nos brindó información consistente con un chi-cuadrado de 7,63 y $\leq p 0,02$; en la prueba de tendencia lineal el resultado de chi-cuadrado fue de 7,61 con $\leq p 0,005$. En mujeres la prueba de homogeneidad entre niveles no arrojó resultados consistentes (chi-cuadrado 4,70 $\leq p 0,09$), en cambio la prueba de tendencia lineal nos muestra que a mayor edad mayor es la HTA con chi-cuadrado 4,56 $\leq p 0,03$. La prevalencia de DBT en hombres, la prueba de homogeneidad entre niveles el chi-cuadrado 7,98 con $\leq p 0,01$ nos habla de un riesgo mayor en la población de más de 60 años comparando con los de 35 a 59 años. En la prueba de tendencia lineal el chi-cuadrado fue de 6,95 y $\leq p 0,008$. La prueba de homogeneidad entre niveles y de tendencia lineal en mujeres no arrojaron resultados consistentes con chi-cuadrado bajo y valores de p elevados. Para la prevalencia de hipercolesterolemia se ha tomado la cifra absoluta ya que fue muy baja encontrándose un caso en hombres mayores de 60 años (5,26%) y un caso en mujeres mayores de 60 años (2,86%).

Tabla N° 2 Prevalencia de FRCV por sexo y edad y su RR

Edad	Sexo	Sedentarismo	RR	TBQ	RR	HTA	RR	DBT	RR
18-35	Hombre	44,44	*	26,32	1,18	0	*	0	*
	Mujer	39,13	*	9	*	4	*	8,7	1,4
35-59	Hombre	48	1,08	22,22	*	12	*	4	*
	Mujer	60,61	1,55	26	2,86	11	2,62	6	*
> 60	Hombre	68,42	1,53	32	1,44	26	2,19	21	5,3
	Mujer	71,43	1,83	17,4	1,88	24	5,57	17	2,8

Fuente: datos propios

RELACION DE LOS FACTORES DE RIESGO CON LAS CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS

Se ha analizado el riesgo de cada FR cardiovascular por sexo con la escolaridad, ocupación y cobertura médica. Tabla N° 3

Tabla N° 3 Prevalencia de FR según condiciones sociodemográficas

FR	Sexo	Escolaridad				Ocupación					Cobertura	
		Primaria	Secund.	Terc./Univ.	Analf.	Estud.	Trabaj.	Jub.	Desoc.	Ama casa	Si	No
Sedentarismo	Hombre	73,33	50	44,4	1*	40	50	66,7	50	#	50	48
	Mujer	68,4	55	58	1*	42,86	43,48	61,9	1*	71,88	58,7	68,75
TBQ	Hombre	22,67	28,57	22,22	0	20	29,41	27,8	25	#	30,4	20

	Mujer	10,53	15	19,35	0	14,29	21,74	14,3	0	12,5	17,3	12,5
HTA	Hombre	13,33	21,43	0	0	0	8,82	27,8	0	#	10,9	12
	Mujer	10,53	17,5	9	0	0	17,39	14,3	0	18,75	13,3	18,75
DBT	Hombre	13,33	3,57	3,7	1*	0	2,94	22,2	0	#	8,69	4
	Mujer	15,79	10	9,68	0	7,14	0	23,8	1*	9,38	10,7	12,5

Fuente: datos propios

*Valor absoluto

Se observó que los hombres con estudios secundarios y terciario/universitario poseen un factor protector RR 1,47 y 1,66 respectivamente comparando con los que tienen estudios primarios y los analfabetos tienen 1,36 (IC 95% 1-1,85) veces más riesgo de ser sedentarios. Las mujeres que tienen estudios secundarios y terciarios/universitarios poseen un RR < de 1 lo que implica un factor de protección o menor riesgo sobre las que poseen estudios primarios. Si bien estos resultados nos hablan de mayor sedentarismo a menor nivel de escolaridad, no debemos olvidar que a mayor edad menor es el nivel de escolaridad, y que los mayores de 60 años por diversos motivos son los que menos actividad física realizan habitualmente. No se observaron marcadas diferencias entre los niveles de TBQ en hombres comparándolo con los que tenían estudios primarios, con un RR de 1,2 como factor de protección de los que tenían estudios terciarios/universitarios. Se observó que el RR de las mujeres que tenían estudios secundarios fue de 1,42 (IC 95% 0,31-6,41) y de las que tenían terciaria/universitaria 1,83 (IC 95% 0,41-8,19) con respecto a las que tenían estudios primarios. En las mujeres a diferencia de los hombres podemos ver que a mayor escolaridad, mayor es el riesgo de ser tabaquista. HTA en hombres el RR de los que tienen estudios secundarios en relación a los que tienen estudios primarios fue de 1,60 (IC 95% 0,36-7). En mujeres se obtuvo un RR de 1,66 (IC 95% 0,38-7,25) en los que tuvieron estudios secundarios y en los que tuvieron estudios terciarios/universitarios el RR fue menor a 1, en relación a los que tuvieron estudios primarios. Debido a que el hombre analfabeto era diabético el RR para este grupo fue de 7,50 (IC 95% 2,06-27,25) con chi-cuadrado 14,86 y p 0,001, para en el análisis de estos resultados deben tenerse en cuenta que hubo un solo caso de analfabetos. El RR para las que tenían estudios primarios fue 1,63 (IC 95% 0,36-7,27) en relación a las que tenían estudios terciarios/universitarios en las que tenían estudios secundarios el RR fue igual. Los valores de hipercolesterolemia se toman como valores absolutos un caso se dio en un hombre mayor de 60 años con estudios primarios y otro en una mujer mayor de 60 años con estudios secundarios. Con respecto a la ocupación el RR de los jubilados fue 1,33 con respecto a los desocupados, los trabajadores no tuvieron diferencia y los estudiantes tienen menos riesgo de ser sedentarios que los desocupados. Para el RR se tomo como referencia el grupo de estudiantes, se obtuvo que las ama de casa tienen 1,67 (IC 95% 0,88-3,18) más veces riesgo de sedentarias, las jubiladas 1,44, las desocupadas 2,33 y las trabajadoras tuvieron igual riesgo. Para el TBQ en hombres se tomó como referencia a los desocupados para la comparación del RR donde no se observan diferencias significativas con valores de 1,11 para los jubilados, 1,17 para los trabajadores y 1,25 en los estudiantes pero como factor de protección. El RR en mujeres fue 1,52 en trabajadoras, en jubiladas no hubo diferencia y las ama de casa tuvieron 1,14 menos riesgo de ser tabaquistas comparando con las estudiantes. En la HTA en hombres el RR de los jubilados fue 3,14 (IC 95% 0,84-11,69) en comparación con los trabajadores. La prueba de homogeneidad entre niveles fue: chi-cuadrado 7,41 con $\leq p$ 0,05. En mujeres se observó un RR de 1,31 en ama de casa y de 1,21 en trabajadoras comparándolas con las jubiladas donde se presento la menor prevalencia de HTA. Estos valores no implican que en las jubiladas (generalmente mayores de 60 años) la prevalencia fuera menor, ya que hay un número considerable de amas de casa de ésta edad. Para la DBT en hombres el RR de los jubilados fue 7,55

(IC 95% 0,91-62,66) comparándolo con los trabajadores. La prueba de homogeneidad entre niveles ha dado un chi-cuadrado 8,52 con $\leq p$ 0,03, al contrario la prueba de tendencia lineal no arrojo datos consistentes. Para el RR en mujeres se tomó como referencia a las estudiantes; el RR de las ama de casa fue 1,31, de las jubiladas 3,33 y de la desocupada 14 con una prueba de homogeneidad entre niveles con chi-cuadrado 14,60 y $\leq p$ 0,005. Si bien estos valores nos hablan de una alta asociación entre diabetes y desocupación este valor debe tomarse como inexacto por la baja frecuencia de desocupadas encuestadas. Como se ha mencionado anteriormente al colesterol elevado se lo toma como frecuencia absoluta encontrándose tanto en hombres como en mujeres un caso, ambos jubilados. Para el estudio de la relación de la cobertura con cada uno de los factores de riesgo cardiovascular se utilizó tablas de 2X2 simples.

El Odds ratio (OR) del sedentarismo en hombres fue 0,92 lo que nos muestra un leve factor de protección (OR 1,08) de los expuestos sobre los no expuestos, resultado estadísticamente no significativo. Por lo tanto tener cobertura médica no influye en el riesgo de ser sedentarios en los hombres. En el caso de las mujeres se observa que hay mayor riesgo de ser sedentarias en aquellas que no poseen cobertura médica. En ambos sexos los valores de chi-cuadrado y p fue mayor de 0,05, lo que nos muestra que la probabilidad de que los resultados provengan de la población en estudio es baja. El TBQ en hombres el OR fue 1,75 interpretado como factor de protección de los que no poseen cobertura médica. El tabaquismo en mujeres, el OR fue 1,47 como factor de protección para el grupo de expuestos.

HTA en hombres, el OR fue 1,11, valor no significativo ya que el riesgo es ligeramente superior en los expuestos. En mujeres el OR fue 1,50 en el caso de las expuestas. DBT en hombres el OR fue 2,33 como factor protector en los que no poseen cobertura médica. En mujeres el OR fue 1,19 (IC 95% 0,22-6,24) para las expuestas. Ambos casos de colesterol elevado en hombres y en mujeres se dio en personas sin cobertura médica.

IV. CONCLUSIONES:

Se encuestaron 162 adultos mayores de 18 años, la respuesta fue menor a la esperada ya que no se encontraban los habitantes en las viviendas que fueron seleccionadas para la muestra. En el análisis de las medidas de tendencia central los resultados nos mostraron una distribución asimétrica de las medidas por lo tanto se recurrió a los percentilos. Podemos observar que la distribución no se corresponde con una distribución normal de la población debido a la gran dispersión de los resultados, por lo tanto se ha tomado un desvío estándar para mensurar la dispersión de los valores individuales en la muestra; esta variabilidad podría deberse al tamaño de la muestra (población de estudio reducida). Podemos observar que a mayor edad menor es el grado de alfabetización en ambos sexos. Los altos porcentajes de cobertura médica podrían deberse a que ambos barrios estudiados poseen alto grado de ocupación. En ambos sexos la ausencia de cobertura predomina en el grupo de 35 a 59 años. De los FR cardiovasculares estudiados en este trabajo de investigación se encontró una alta prevalencia de sedentarismo (56,2%), en segundo lugar está el TBQ (21%), el 13% refirió tener diagnóstico previo de HTA, el 9,3% refirió tener diagnóstico previo de glucemia elevada en control médico y el 1,2% refirió tener diagnóstico previo de HCL. Estos valores se corresponden con los encontrados en otros estudios similares. En las mujeres al igual que en los hombres a mayor edad mayor es el sedentarismo con un riesgo acentuado en los adultos mayores (60 años y más). En las mujeres la prueba de homogeneidad entre niveles y de tendencia lineal arrojo datos significativos. El TBQ en hombres se observó en mayores de 60 años con una frecuencia más elevada en cambio en las mujeres el riesgo fue mayor en las que tenían entre 35 a 59 años. En los hombres con HTA el riesgo fue mayor en los mayores de 60 años, La prueba de homogeneidad entre niveles nos brindó información consistente. En las mujeres con HTA el riesgo fue mayor en las que tenían más de 60 años.

Los hombres mayores de 60 años con glucemia elevada en control médico presentaron un riesgo marcadamente mayor, condiciéndose con la prueba de homogeneidad entre niveles el chi-cuadrado 7,98 con $\leq p 0,01$. En las mujeres también se observó mayor riesgo de padecer glucemia elevada a mayor edad. Para la prevalencia de colesterol elevado se tomaron cifras absolutas para su análisis ya que esta fue muy baja encontrándose un caso en una mujer mayor de 60 años y un caso en un hombre mayor de 60 años también. Si bien en algunos factores de riesgo se observaron datos consistentes, en la mayoría tanto en la prueba de homogeneidad entre niveles como en la de tendencia lineal el valor de p fue $\geq 0,05$. Los FR de enfermedades cardiovasculares se asocian con variables sociodemográficas, diversos autores consideraron como hipótesis que las poblaciones con peores indicadores sociales presentan prevalencias mayores. El sedentarismo fue mayor en hombres y mujeres con estudios primarios. Si bien los resultados nos hablan de mayor sedentarismo a menor nivel de escolaridad, no debemos olvidar que a mayor edad menor es el nivel de escolaridad, y que los mayores de 60 años son los que menos actividad física realizan habitualmente. En las mujeres podemos ver que a mayor escolaridad, mayor es el riesgo de ser tabaquista con un RR de 1,83 en aquellas que tenían estudios terciarios/universitarios. En ambos sexos hubo mayor riesgo de glucemia elevada a menor escolaridad. El colesterol elevado se toma como valor absoluto, un caso se dio en un hombre mayor de 60 años con estudios primarios y otro en una mujer mayor de 60 años con estudios secundarios. En los hombres el mayor riesgo de sedentarismo lo tuvieron los jubilados, en las mujeres las amas de casa y las jubiladas. En ambos sexos el riesgo de ser tabaquista estuvo en el grupo de los trabajadores. Los hombres jubilados tuvieron más riesgo de ser hipertensos que los trabajadores, no se pudo comparar con los estudiantes y desocupados ya que no se encontraron casos. En las mujeres el mayor riesgo lo tuvieron las amas de casa. Con respecto a la glucemia elevada en ambos sexos se observó mayor riesgo en los jubilados. Como se ha mencionado anteriormente al colesterol elevado se lo tomó como frecuencia absoluta encontrándose tanto en hombres como en mujeres un caso, ambos jubilados. Tener cobertura médica no influye en el riesgo de ser sedentarios en los hombres. En el caso de las mujeres se observa que hay mayor riesgo de ser sedentarias en aquellas que no poseen cobertura médica. En ambos sexos hubo menos riesgo de ser tabaquista en aquellos sin cobertura médica. Se observó en varios FR cardiovascular que en aquellos que no tenían cobertura social el OR era < 1 interpretado como factor de protección, esto puede entenderse de manera inversa si consideramos que los de mayor riesgo de padecerlas son los adultos mayores de 60 años, y éstos a su vez poseen alto porcentaje de cobertura médica, además debemos considerar el nivel socioeconómico de ambos barrios que es nivel medio. También podemos suponer que las personas que poseen cobertura médica son las que más controles médicos se realizan y que en el grupo de los que no poseen ésta, el diagnóstico está subestimado.

Finalizando el trabajo podemos decir que si bien la muestra fue insuficiente los valores de prevalencia encontrados se acercan a los que otros autores mencionan en sus trabajos. Se puede decir que los adultos mayores de 60 años con menor nivel de escolaridad y jubilado, tienen una mayor prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares, en cambio el hecho de poseer cobertura médica no influye en los mismos.

Sería interesante en una segunda etapa poder hacer el mismo estudio con una muestra más significativa.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ferrante D, Virgolini M. Salud pública y factores de riesgo: vigilancia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. *Rev Argent Cardiol* 2005; 73:221-7.

- 2- Segura Vega L, Agusti, R. y col. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares en Perú. Rev. Peruana de cardiología. Vol. XXXII. Nro. 2
- 3- www.paho.org
- 4- Ferrante, D.; Virgolini M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. REV ARGENT CARDIOL 2007; 75:20-29.
- 5- Ferrante D; Linetsky B. et al. Encuesta nacional de factores de riesgo 2009: Evolución de la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina. Rev. Argent Salud Pública, 2011; 2(6):34-41.
- 6- <http://www.msal.gov.ar/images/stories/publicaciones/pdf/11.09.2014-tercer-encuentro-nacional-factores-riesgo.pdf>
- 7- Redruello M. et al. Prevalencia de factores de riesgo y riesgo cardiovascular global en la población de Tres Lomas. REV ARGENT CARDIOL 2008; 76:450-458.
- 8- Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García Martí S, Kopitowski K, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. Rev. Panam. Salud Pública. 2010; 27(4):237-45.
- 9- Pitarque R, Bolzan A, et. Al. Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en la población adulta de la ciudad de Olavarría, Buenos Aires. REV ARGENT CARDIOL 2006; 74:447-452.