

FACTORES DE RIESGO EN LA CIUDAD DE MANIZALES

RISK FACTORS IN THE CITY OF MANIZALES

RESUMEN

Se presenta un estudio hecho en la ciudad en donde en 6.105 personas estudiadas se determinan sus Factores de Riesgo, encontrándose que si se logran modificar el estilo de vida de los manizaleños (consumo de alcohol y sustancias afines, nicotinismo, alcohol, etc.) resultaría como muy probable, poder llegar a disminuir las tasas de mortalidad por Enfermedad Coronaria Aguda, reforzándose naturalmente lo anterior, con las propuestas hechas de Atención Prehospitalaria del Infarto del Miocardio Agudo. (Archivos de Medicina Vol 1. No. 2 .2001 Pág. 29)

ABSTRACT

A study done in the City, where 6.105 people were checked is presented here in order to determine their Risk Factors. It was found that if the life styles (alcohol intake and cigarette abuse) of the citizens of Manizales could be modified, then it would probably lead to decrease the mortality rates due to Acute Coronary Disease. This, obviously backed up with the proposals done on Prehospitalary Attention for Acute Myocardial Infarction. (Archivos de Medicina Vol 1, No. 2, 2001, Page 29).

.....

MD. OSCAR CASTAÑO VALENCIA*

INTRODUCCIÓN

Está bien determinado que en orden decreciente los principales factores de riesgo en la población colombiana son: el Sedentarismo, las Dislipidemias, la Hipertigliceridemia, la Obesidad, el Nicotinismo, la Hipertensión Arterial, los Antecedentes Familiares de Infarto del Miocardio y la Diabetes Mellitus.

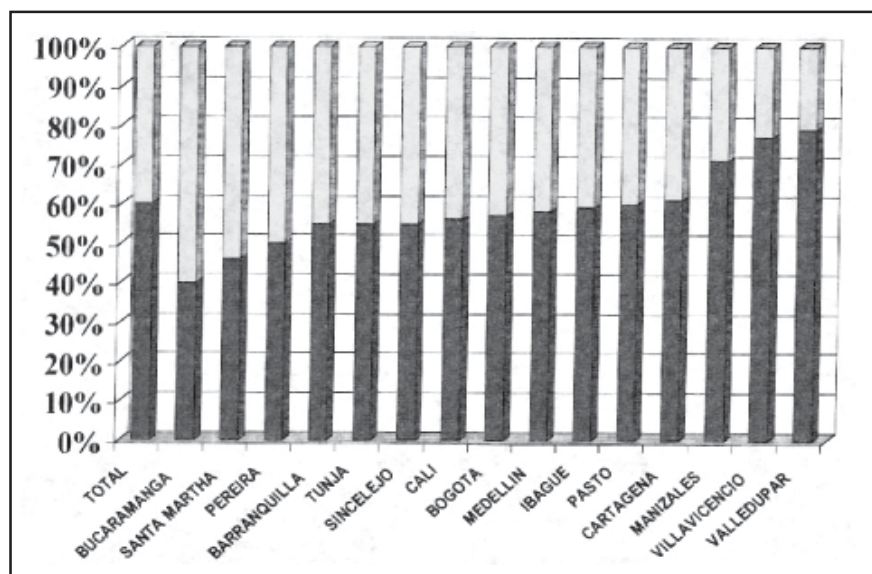
MATERIALES Y MÉTODOS

De los 53 -245 pacientes citados por la Liga Colombiana contra la Enfermedad Coronaria y la Hipertensión Arterial, cuyos resultados fueron publicados por este mismo medio; 6.105 fueron estudiados en el mismo lapso, en la ciudad de Manizales.

RESULTADOS:

Como lo expresan las gráficas **N1 y 2**, encontramos una Dislipidemia de un 30% tanto para los desordenes del Colesterol total

* Decano Facultad de Medicina Universidad de Manizales, Profesor titular Facultad de Medicina Universidad de Caldas



SUS NIVELES DE COLESTEROL SON NORMALES O ALTOS

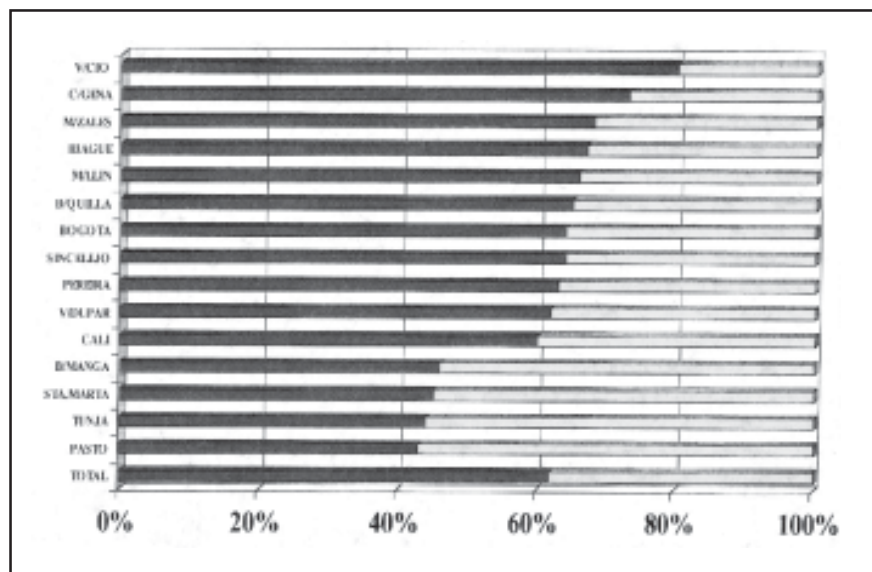
□ ALTO
■ NORMAL

y del LDH como de los triglicéridos, cifras esta, un 10% menores que las reportadas, para la población Colombiana en General.

En cuanto a los antecedentes familiares de Infarto del Miocardio, en la ciudad de Manizales, de las 15 estudiadas, es la de menor incidencia, con un 4%, por debajo inclusive del consolidado Nacional, en el cual se reporta un 7%, y lo cual podría ser atribuible al hecho, que desde hace cerca de 30 años,

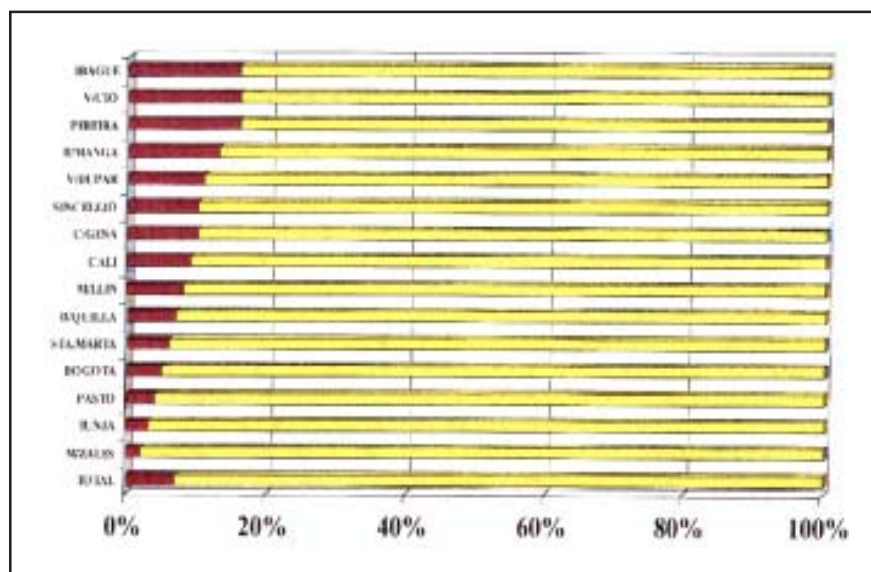
se estableció en la ciudad, una línea de estudio de Infarto del Miocardio, basado en las evidencia clínicas, electrocardiográficas y enzimáticas, tal como lo exigen, las publicaciones internacionales sobre el tema. **(gráfica No. 3)**

En cuanto a los hábitos; el Nicotinismo fue reportado en un 15% en los pacientes estudiados, cifra esta semejante a Barranquilla, pero diferente a la de Pasto, en donde se



SUS NIVELES DE TGC SON NORMALES O ALTOS

□ ALTO
■ NORMAL



¿TIENE
FAMILIARES < 40
AÑOS CON I.M.?

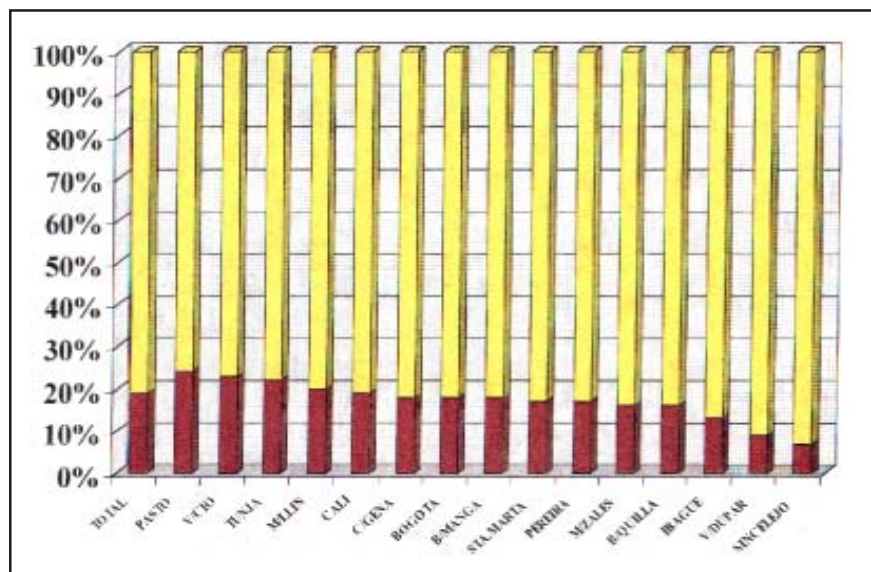
SI
NO

encontró, una incidencia de aproximadamente un 22% (**gráfica No. 4**).

Se viene pregonando por diferentes medios radiales y escritos de la ciudad, que la nuestra, por ser probablemente un Centro Universitario, es la ciudad del país en donde más se consume diariamente alcohol y otras sustancias embriagantes. Sin embargo, la **gráfica No. 5** contradice lo anterior. Si bien es cierto, que la ciudad el consumo

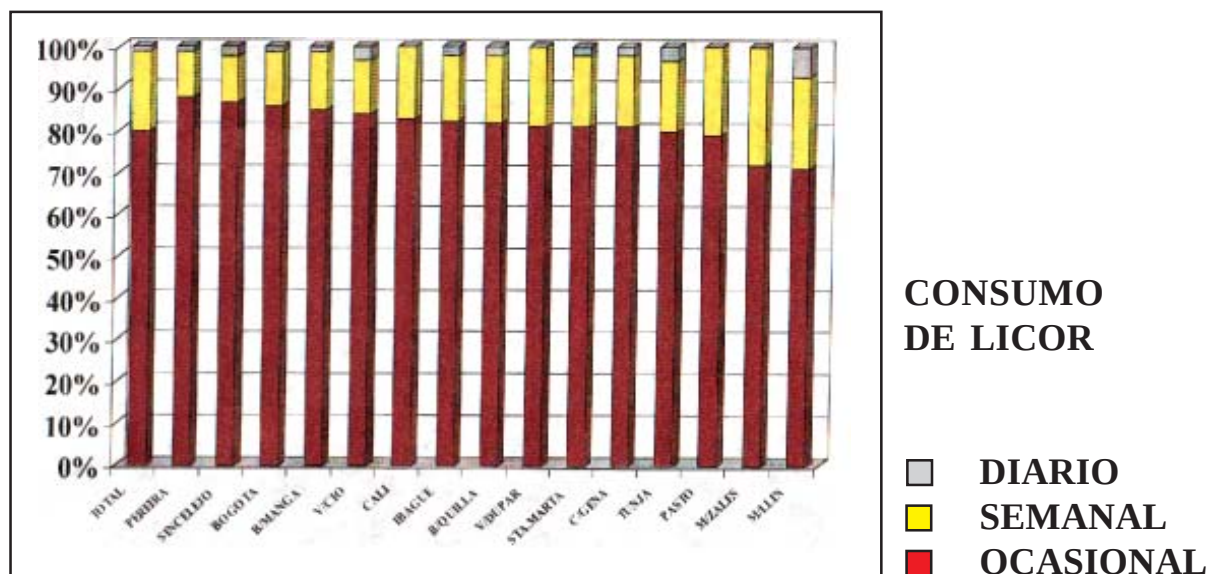
de bebidas embriagantes semanal es alto, (30%), no existe ninguna evidencia de que el mismo sea ingerido diariamente como en la ciudad de Medellín, en donde la dependencia alcohólica diaria, es de un 4%.

En el 4% de los pacientes estudiados se encontraron antecedentes diabéticos (**gráfica No. 6**), lo que nos ubica en una posición intermedia del resto de ciudades del país, aunque si, un 1% por encima del promedio nacional (3%).



¿ES USTED
FUMADOR?

SI
NO



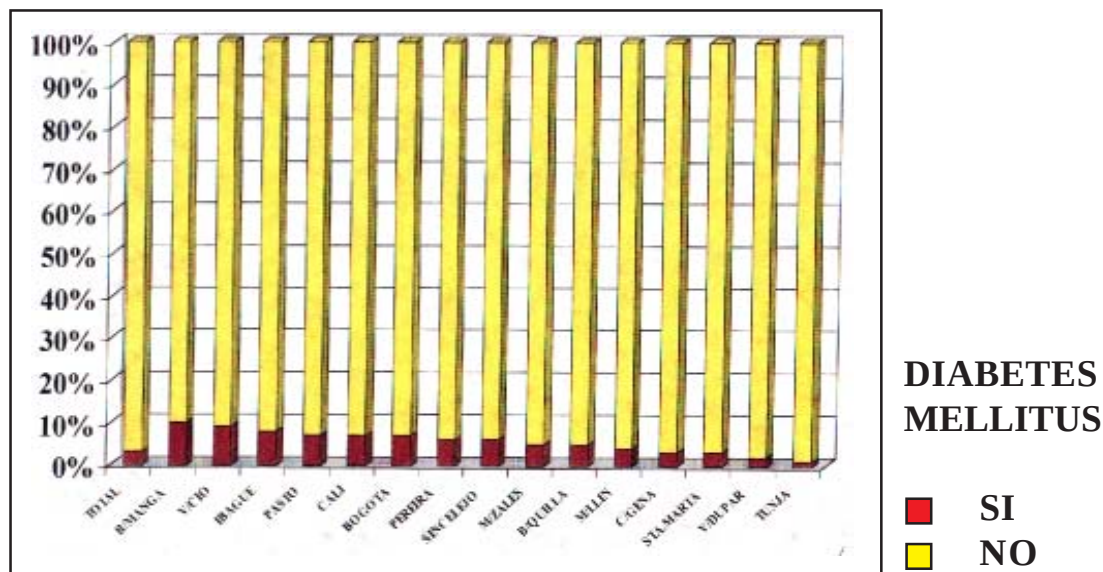
Finalmente del análisis de las **gráficas No. 7 y 8**, podemos concluir, que aunque el 50% de los Manizaleños son sedentarios, apenas en un 25% encontramos signos de obesidad, de acuerdo a su índice de masa corporal.

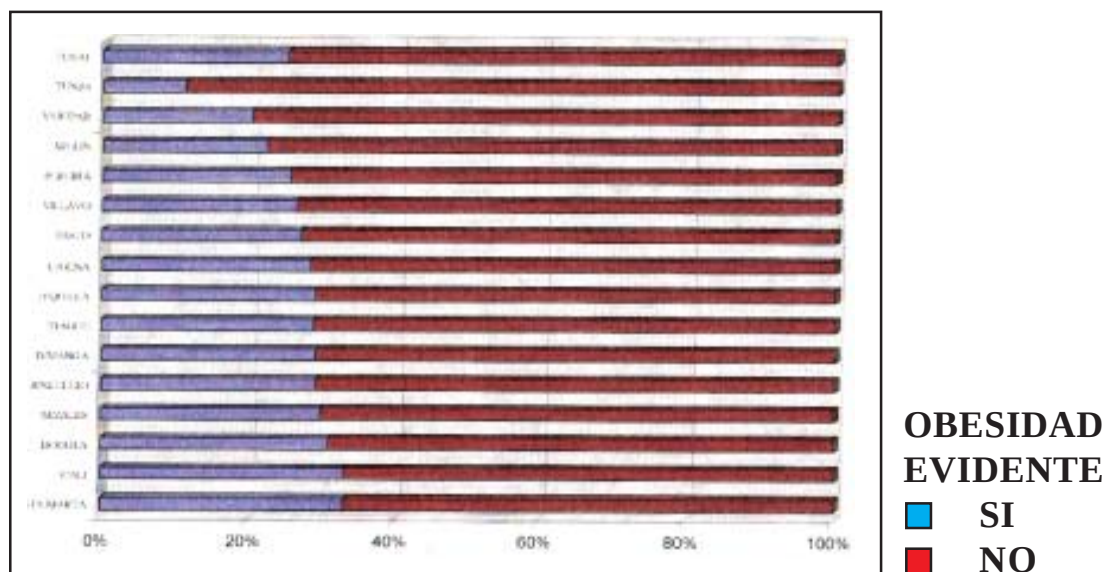
DISCUSIÓN:

Del análisis de los anteriores cuadros, podemos sacar las siguientes conclusiones:

1. En la población manizaleña, tienen mayor incidencia los primeros 8 Factores de Riesgo encontrados en el resto del país.

2. El alcoholismo, como hábito de dependencia diaria, no es prioritaria en la ciudad. Sus cifras, del consumo semanal, sí son altas, lo cual debe alertar a todas las entidades que tienen que ver con el tema, con el fin de intensificar las campañas que desincentiven tal consumo,



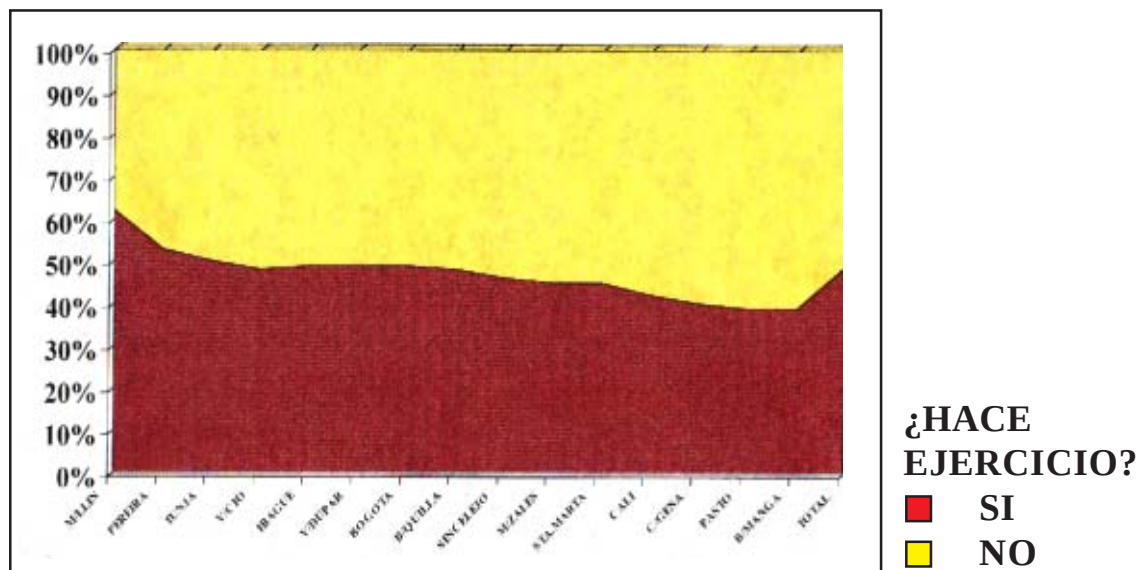


pensando más en la prevención que en la represión.

3. Debe continuarse en la ciudad la línea de investigación del I.M.A y complementarse con los mecanismos conducentes a **disminuir las tasas de Mortalidad Prehospitalaria**, formando si es del caso, a los vigías de la salud y optimizando su diagnóstico precoz, mediante la telemedicina, para poder tratar precozmente no sólo

los trastornos del ritmo sino también acondicionar en sus hospitales y clínicas un protocolo de trombolisis, para el manejo hospitalario de tal patología.

4. Finalmente para contrarrestar el evidente sedentarismo de los manizaleños, deben iniciarse campañas educativas con el fin de cambiar el estilo de vida de la población, y de poder combatir con éxito, las secuelas de la obesidad.



BIBLIOGRAFÍA

1. Aronow WS, Ahn C. Correlation of serum lipids with the presence or absence of coronary artery disease in 1793 men and women aged-62 years. *Am J. Cardiol.* 1994;73:702-703.
2. Assmann G, Cullen P, Schulte H. The Munster Heart Study (PROCAM). Results of follow-up at 8 years. *Eur Heart J.* 1998; 19 (Supl A): 2-11.
3. Bengtsson C. Ischaemic heart disease in women: a study based on a randomized population sample of women with myocardial infarction in Goteborg, Sweden. *Acta Med Scand (Supl)* 1973; 549:121-128.
4. Bartechi CE, Mac Kenzie TD, Scherier RW. The human cost of tobacco use (first of two parts) *N. Engl J. Med* 1994; 330: 907-912.
5. Klag MJ, Ford DE, Mead LA, JeJ, Welton PK, Liang KY, et al. Serum cholesterol in young men and subsequent cardiovascular disease. *N. Engl J Med* 1993; 328:313-318.
6. Wong ND, Cupples LA, Osfeld AM, Levy D, Kannel WB. Risk factors for long term coronary prognosis after initial myocardial infarction: the Framingham heart Study. *Am J Epidemiol* 1989; 130:469-480.
7. Jeppesen J, Hein HO, Suadicani P, Gyntelberg F. Triglyceride concentration and ischemic heart disease. An eight-year follow-up in the Copenhagen male study circulation 1998;97:1029-1036.
8. Liam TH, He Y. Passive smoking and coronary heart disease: a brief review. *Clin. Exp. Pharmacol Physiol* 1997; 24: 993-996.
9. MacKenzie TD, Bartechi CE, Scherier RV. The human cost of tobacco use (first of two parts) *N. Engl J Med* 1994;330:975-980.
10. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Environmental tobacco smoke exposure and ischaemic heart disease: an evaluation of the evidence. *Br. Med J* 1997; 315: 973-982.
11. Raig W.Y, Paomaki GE, Haddow JE. Cigarette smoking and serum lipid and lipoprotein concentrations: An analysis of published data. *Br Med J* 1989; 295; 784-788.
12. Grundy SM, Balady GJ, Criqui MH, Fletcher G, Greenland P, et al, Primary Prevention of Coronary Heart Disease: Guidance from Framingham. A Statement for Healthcare Professionals from the AHA Task Force on Risk Reduction. *Circulation* 1998;97: 1876-1887.
13. Rigotti NA, Pasternac RC Cigarette Smoking and Coronary Heart Disease. *Cardiology Clinics*, vol 14 number 1. February 1996, 51-68.
14. Manson JE, Tosteson H, Ridker PM, Stterfield S, HERBERT p, O'Connor GT et al. The Primary prevention of myocardial infarction. *N Engl J Med* 1992; 326: 1406-14-16.
15. Larson B. Obesity and body fat distribution as predictors of coronary heart disease. En Marmot M, Elliott P. Editors. *Coronary heart disease epidemiology. From aetiology to public health.* Oxford: oxford University Press. 1992. P. 233-241.
16. Velasco JA, et al. Guías de práctica clínica en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2000;23(8):1095-1120.
17. Weber MA, Radensky P. Measurement of Short-Term, Intermediate, and Long Term Outcomes of Treating Hypertension. *Cardiology Clinics Vol. 14* number 1, february 1996: 131-142.
18. Danesh J, Collins R, Appleby P, Peto R. Association of Fibrinogen C- reactive Protein, Albumin or Leukocyte Count with Coronary Heart Disease. *JAMA.* Vol 279 number 18, may 13, 1998:1477-1482.