

FACTORES DE RIESGO DE LA POBLACIÓN COLOMBIANA EN GENERAL

MD. OSCAR CASTAÑO VALENCIA *

INTRODUCCIÓN

En la Liga Colombiana contra la Enfermedad Coronaria y la Hipertensión Arterial, iniciamos desde hace seis años, un estudio prospectivo en las 15 principales capitales Colombianas incluyendo a Manizales y patrocinado por la Industria Farmacéutica Mundial, mediante el cual, se lograron estudiar 53.245 pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

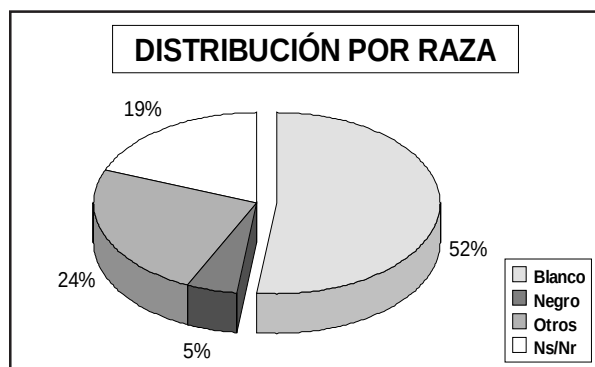
A los pacientes previamente citados, por conducto de la prensa hablada y escrita de cada localidad, se les aplicó una primera encuesta y a aquellos, producto de la misma y de la toma de su Tensión Arterial, acostado, sentado y en reposo, se les ordeno un Perfil Lipídico y una evaluación cardiológica incluyendo un Electrocardiograma de Base, para tomarse así la conducta diagnóstica y/o terapéutica que se

considerara necesaria, incluyendo naturalmente no solo su aspecto educativo mediante charlas y folletos didácticos, sino también, una interconsulta con una Dietista, si el caso lo requería.

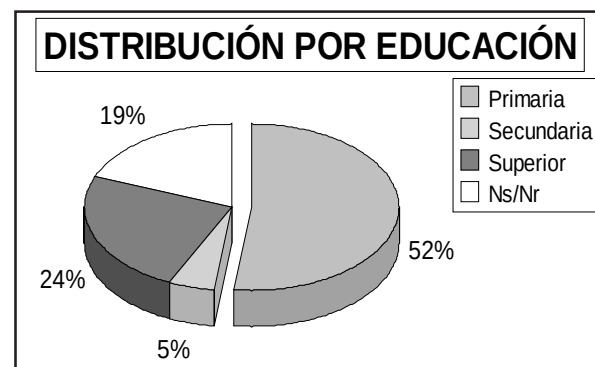
RESULTADOS

De las 53.245 personas, el 52% fueron de sexo Masculino y el 47% del Femenino. En cuanto a la distribución por raza, si bien es cierto el 52% fue determinado como de Raza Blanca, una franja de un 24% fue codificada, como de otra raza, la gran mayoría de ella, Asiática, por el hecho del gran número de población China, que existe radicada en nuestro país. Un poco más de la mitad de la población (52%) habia cursado estudios primarios, un 5% secundarios y un 24% adelantaba estudios superiores.

Un 8% de la población estudiada refiere antecedentes familiares antes de los 40 años de edad, de un Infarto Miocardio. Se encontró una incidencia de Hipertensión Arterial Sistémica,



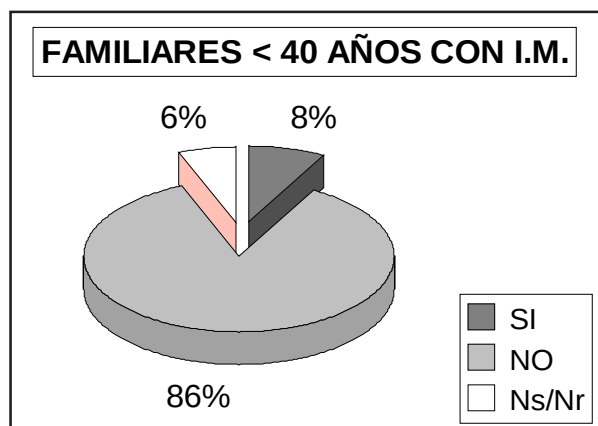
Gráfica 1



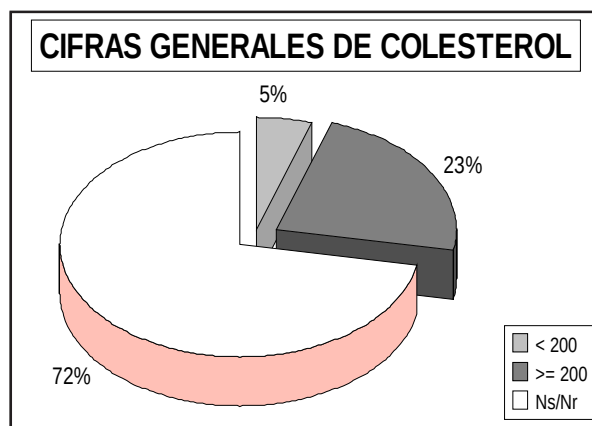
Gráfica 2

* Decano Facultad de Medicina Universidad de Manizales

Exprofesor titular Departamento de Medicina Interna, Cardiología. Facultad de Medicina, Universidad de Caldas.



Gráfica 3



Gráfica 4

de un 20%, de la cual, el 13% se consideró como leve. El 23% de la población Colombiana, según nuestro estudio presenta cifras de Colesterol anormales por encima de los 200mgrs/lto y el 12% cifras de triglicéridos, por encima de los 180 mgrs.

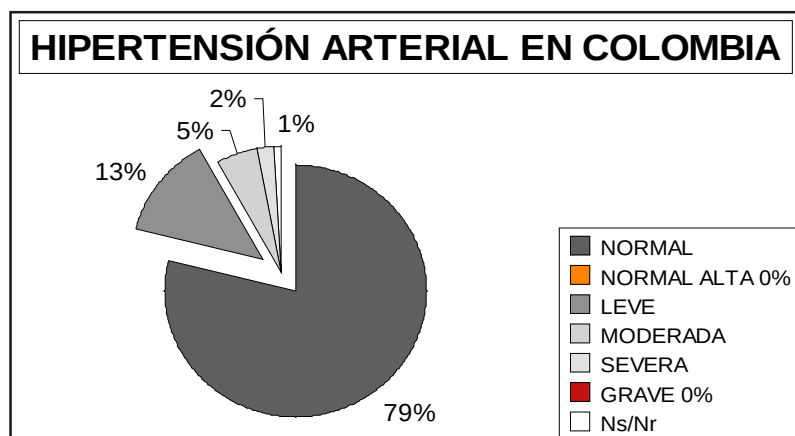
En cuanto a los hábitos, un 19% de nuestra población es fumadora; un 8% ingiere bebidas embriagantes semanalmente y un 1% diario. La población no realiza en un 47% ningún tipo de ejercicio de los cuales, el 25% presenta según los índices de masa corporal y peso, una evidente obesidad. Encontramos finalmente una incidencia de un 6% de Diabetes M, en nuestra comunidad.

DISCUSIÓN

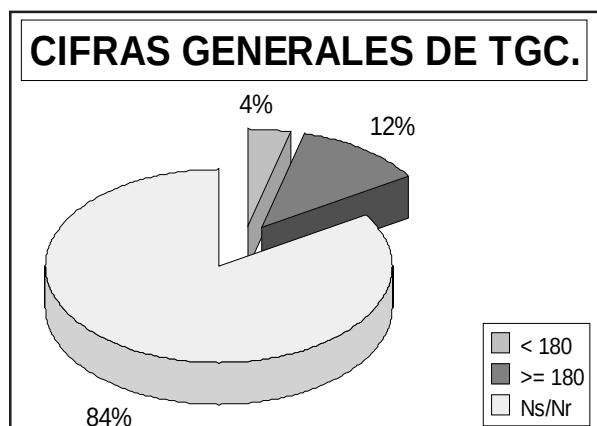
En la gráfica N. 12 encontramos los principales 8 factores de Riesgos Generales en nuestra población, los cuales en términos generales son concordantes con los encontrados en la literatura Médica Mundial.

La falta de ejercicio, en nuestro concepto, precipita o lleva a la obesidad, y estadísticamente, éste es el principal factor de riesgo encontrado.

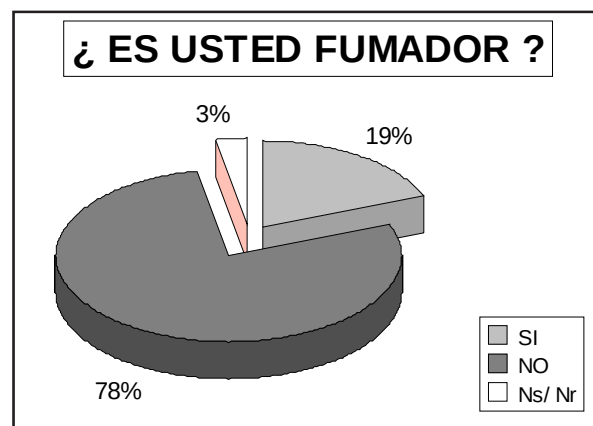
Las dislipidemias (Alteraciones en el Perfil Lipídico) son en su conjunto factores de riesgo, que continúan gravitando en la salud de los Colombianos, para lo cual, las clínicas de



Gráfica 5



Gráfica 6



Gráfica 7

factores de riesgo, con un enfoque multidisciplinario, pueden plantear una lógica solución.

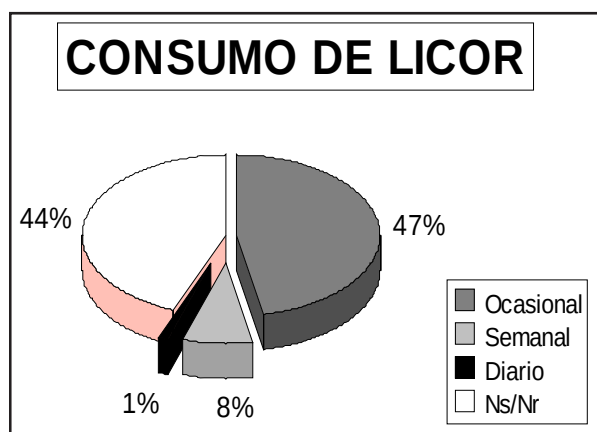
La incidencia global de la Hipertensión Arterial, en nuestro medio, nos obliga a plantear soluciones específicas al problema, en vista de que la entidad, en la fecha, es una de las más investigadas a nivel mundial y de que el Médico, se ve continuamente presionado en ofrecerle al paciente nuevas alternativas terapéuticas, sin haber pensado previamente en las alternativas básicas (dieta, ejercicio, diuréticos, betabloqueadores, etc).

Cada vez, probablemente debido, a los medios de comunicación, la gente fuma menos que antes.

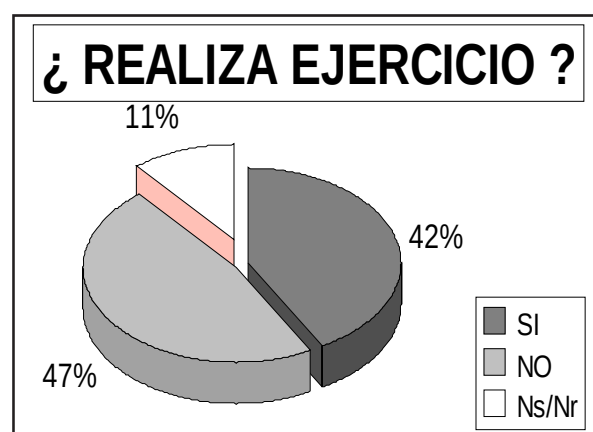
Finalmente resulta conveniente anotar que aunque el consumo semanal de sustancias alcohólicas, es alto en la ciudad, su mayor consumo diario se tiene en el departamento de Antioquía, y ello probablemente, debido a las campañas de los medios de comunicación en dicho departamento, relacionados con el consumo de aguardiente Antioqueño.

AGRADECIMIENTO

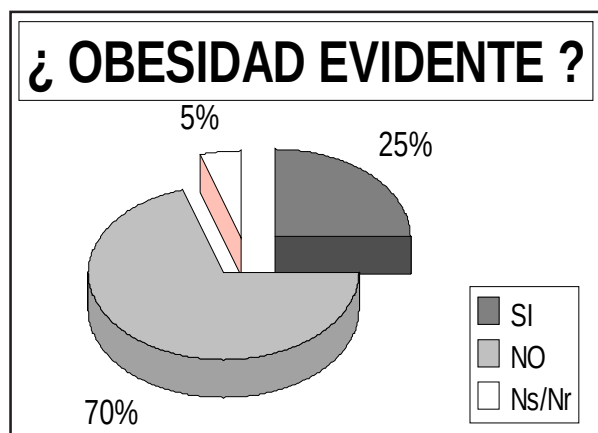
Agradecimientos especiales a los Miembros de Liga Colombiana contra la enfermedad coronaria, Dr. Luis Moya J. (Presidente) y sus coordinadores Regionales, Dr. Mario Restrepo, Dr. Juan Manuel del Correal, Dr. Adolfo Vera



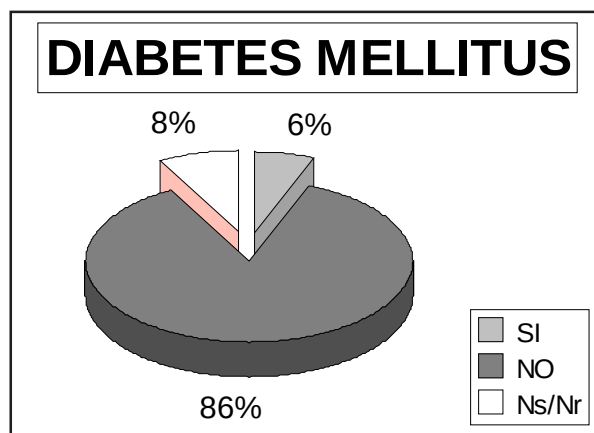
Gráfica 8



Gráfica 9



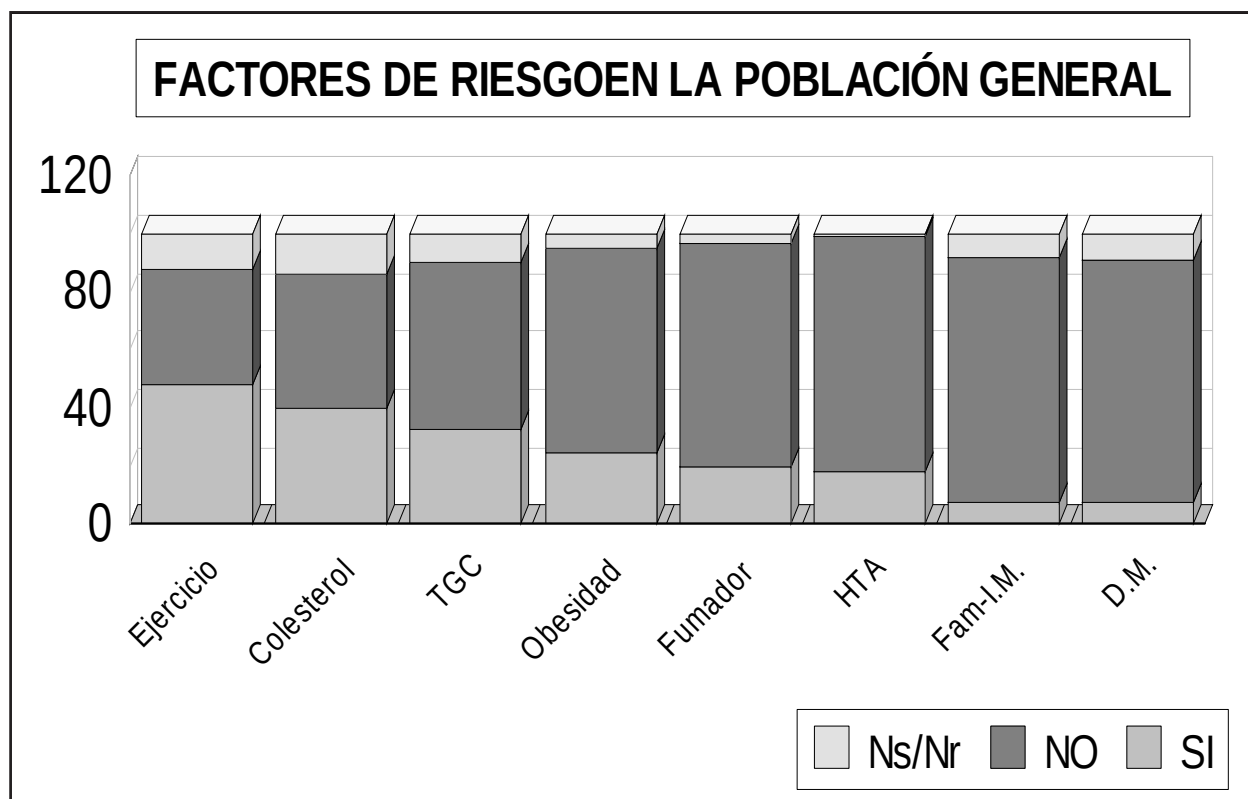
Gráfica 10



Gráfica 11

D., Dr. Gustavo Restrepo, Dr. Mauricio Duque, Dr. Carlos Villalba, Dr. Carlos Lenguas, Dr. Alberto Echeverry, Dr. Carlos Oliver, Dr. Gabriel Espinosa, Dr. Darío Saravia, Dr. Gerardo Luna,

Dr. Gustavo Mejía, y a los Gerentes de Producto, de los Laboratorios Merck Sharp & Dohme, Bayer y Sanofy, por cuanto, sin su colaboración, hubiese sido imposible este estudio.



Gráfica 12

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranda P. Manual Práctico para el manejo del paciente hipertenso. Madrid-España. Editorial Publisalud. 1990.
2. Assmann G, Brewer HB. Genetic (primary) forms of hypertriglyceridemia. *American Journal of Cardiology* 68:, 13A-16A, 1991.
3. Berne C, et al. Effects of antihypertensive treatment on insulin sensitivity with special reference to ACE inhibitors. *Diabetes Care* 14 (Suppl. 4): 39-47, 1991.
4. Castelli, W y Fernández. A. Cardiovascular risk factors. Vol 3 Madrid - España: Edición española. 1994.
5. Carlsen JE, et al. Relationship between dose of bendrofluzide, antihypertensive effect and adverse
6. Biochemical effects. *British Medical Journal* 300:975-975, 1990.
7. Chávez, 1. Cardiopatía isquémica por aterosclerosis coronaria. México. México: Ediciones Salvat 5.A 1979.
8. Gotto AM, Patsh J. Yamamoto A; Postprandial Hyperlipidemia. *American Journal of Cardiology* 68:11A-12A, 1991.
9. Grundy SM: Classification of lipid disorders. En: cholesterol and atherosclerosis. Lippincott Company, Philadelphia, 1990.
10. Kosther G. Paoletti R. Laboratory procedures. *American Journal of Cardiology* 68: 16A-29A, 1991.
11. Mancin M, Steiner G, Betteridge Di, Pometta d: Acquired (secondary) forms of hypertriglyceridemia *American Journal of Cardiology* 68: 17A-2 IA, 1991.
12. Mac Mahon SW, et al. Plasma lipoprotein levels in treated and untreated hypertensive men and women. *Arteriosclerosis* 5: 391-396, 1985.
13. Modan M, et al. Hyperinsulinemia: a link between hypertension, obesity, and glucose intolerance. *Journal of clinical investigation* 75:809-817, 1985.
14. Ministerio de Salud. Contenidos básicos para el manejo de los factores de riesgo cardiovascular. Documento dirigido al primer nivel de atención. Bogotá. 1991.
15. Restrepo C. Y Uribe G. Simposio avances de patología Universidad de Antioquía. Medellín, Colombia. Departamento de Patología. 1994.
16. Shils, Maurice. Modern nutrition in health and disease, 8a. Edition. Philadelphia: Editorial Lea & Febiger, 1994
17. Samuelsson OP, et al. Cardiovascular morbidity in relation to change in blood pressure and serum cholesterol levels in treated hypertension: results from the primary intervention trial in Goteborg, Sweden. *Journal of the American Medical Association* 258:1768-1776-1987.
18. Velasco C, Velamazán V., Ríos F. Medicina aeronáutica. Madrid - España: Editorial Parafina; 1995.