

Perfil sociodemográfico y de salud de personas con hipertensión, dislipidemia y sobrepeso

Autores:

Vivian Vilchez Barboza. Enfermera, Doctora en enfermería. Docente-Investigadora Escuela de Enfermería, Universidad de Costa Rica. E-mail: vivian.vilchez@ucr.ac.cr

Tatiana Paravic Klajn. Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesora Titular Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile. E-mail: tparavic@udec.cl

Alide Salazar Molina. Enfermera, Doctora en Enfermería. Profesora Asociada Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile. E-mail: alisalaz@udec.cl

* Trabajo correspondiente a los resultados del perfil biosociodemográfico y de salud de la tesis doctoral "Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria", del Programa de Doctorado en Enfermería, Universidad de Concepción, Chile.

› Resumen

Introducción. El abordaje y prevención de las enfermedades cardiovasculares es un reto para la Enfermería y la construcción del conocimiento. En Chile, las enfermedades cardiovasculares es uno de los temas principales incluidos en los Objetivos Sanitarios 2011-2020. **Objetivo.** Identificar el perfil sociodemográfico y de salud de personas con hipertensión, dislipidemia y sobrepeso del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) de los seis Centros de Salud Municipalizados de Concepción, Chile, en el año 2013. **Material y Método.** Estudio descriptivo, participaron 109 personas, entre 35 y 64 años con tres factores de riesgo cardiovascular, ingresados al PSCV. Instrumentos y mediciones: Cuestionario de datos biosociodemográficos y de salud e Indicadores Físicos: Presión Arterial Sistólica y Diastólica, Circunferencia Abdominal; Índice de Masa Corporal, Colesterol Total, Col-HDL, Col-LDL, Triglicéridos, Col-Total/HDL y LDL/HDL. **Resultados.** 69,7% mujeres y 30,3% hombres, 63% entre los 55-64 años. La mayoría casados, 53,3% en condición laboral ocupada. Los medicamentos permanentes más utilizados son Atorvastatina, Losartán y Enalapril. Los encuestados consumen tres comidas al día, el 67% se autopercebe en peso normal, el 40% no realiza ninguna acción para mantener su peso. En los indicadores físicos, las mujeres destacan las cifras promedio: CT 190,2mg/dl, Col-LDL 114,7mg/dl, CA 94,5cm y Presión Arterial 131/90mmHg. En cuanto a los hombres, las cifras promedio muestran: CT 181,5mg/dl, Col-LDL 109,4mg/dl, CA 98,5cm y Presión Arterial 137/94mmHg. **Conclusión.** Los resultados permiten formular estrategias innovadoras de intervención de enfermería para reducir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población con hipertensión, sobrepeso y dislipidemia, adecuada al nivel educativo y al sexo.

› **Palabras claves:** Perfil de Salud; factores de riesgo; atención primaria de salud; enfermería cardiovascular (DeCS).

Demographic and health profile in hypertension, dyslipidemia and overweight people

› Abstract

Background. Approaching and preventing cardiovascular diseases is a challenge for Nursing and to create new knowledge. In Chile, cardiovascular diseases are a main topic included in the Health Objectives 2011-2020. **Objective.** To identify demographic and health profile in hypertension, dyslipidemia and overweight people of the Cardiovascular Health Program analyzing the six municipal Health Centers of Concepción, Chile, in year 2013. **Material and Method.** Descriptive study that includes 109 people, aged between 35 to 64 years, with three cardiovascular risk factors admitted in the Cardiovascular Health Program. Instruments and measurements: Biosocialdemographic Questionnaire and physical indicators: Systolic and Diastolic Blood Pressure, Waist Circumference; Body mass index, total cholesterol, HDL-Col, Col-LDL, Triglycerides, Col-Total / HDL and LDL / HDL. **Results.** 69.7% of women and 30.3% of men. 63% between 55-64 years. Most of them were married, 53.3% occupied in employment status. Atorvastatin, Losartan and Enalapril are the most common used permanent medications. The surveyed people eat three meals per day. 67% perceive themselves having normal weight. The 40% of the subjects do not perform any action to maintain their weight. In the physical indicators, women average figures include: CT 190,2mg / dL; Col-LDL 114,7mg / dL; CA 94,5cm and Blood Pressure 131/90mmHg. For men, the average figures show: CT 181,5mg/dL; Col-LDL 109,4mg/dL; CA 98,5cm and Blood Pressure 137/94mmHg. **Conclusion.** Results allow to formulate innovative nursing intervention strategies to reduce the prevalence of cardiovascular risk factors in people with hypertension, obesity and dyslipidemia, appropriate to their level of education and sex.

› **Keywords:** Health profile; risk factors, primary health care, cardiovascular nursing (DeCS).

› Introducción

La enfermedad cardiovascular es de origen multifactorial y un factor de riesgo que debe ser considerado en el contexto de los otros. El riesgo cardiovascular expresa la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular: cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, arteriopatía periférica, insuficiencia cardiaca y las enfermedades de la aorta; en un determinado período de tiempo, generalmente 5 o 10 años (1).

De acuerdo con la situación epidemiológica de Chile, el Ministerio de Salud, ha definido dos líneas de trabajo prioritarias (2): la primera línea es la creación del Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en Atención Primaria, el cual surge en el año 2002 y tiene por objetivo prevenir la morbilidad y la mortalidad en personas en riesgo cardiovascular, a través del tratamiento y seguimiento de las patologías cardiovasculares (3), utilizando el enfoque de riesgo cardiovascular global, el cual consiste en el abordaje conjunto de los factores de riesgo. Y la segunda línea, corresponde a los Objetivos de Salud 2011-2020 (4). Estas iniciativas buscan mejoras de la calidad de vida, ganancias en capacidad funcional y evitación de riesgos (5).

Si bien es cierto, el PSCV ha contribuido en los últimos años al aumento en la cobertura de las personas con hipertensión arterial y a un mayor control en los niveles de presión arterial y colesterol total (3), aún prevalecen las enfermedades cardiovasculares y continúan en aumento los factores de riesgo cardiovasculares. Probablemente, esto se debe a que la forma en la que está planteada la provisión de la atención, la que no contribuye a que el/la usuario/a reciba los cuidados necesarios (4,5). Es fundamental reconocer que en la actualidad se ha demostrado la existencia de diferencias por sexo en cuanto los factores de riesgo cardiovascular y las enfermedades cardiovasculares (6).

De acuerdo con este contexto, la presente investigación se propuso como objetivo: identificar el perfil sociodemográfico y de salud de personas con hipertensión, dislipidemia y sobrepeso del Programa de Salud Cardiovascular de los seis Centros de Salud Municipalizados de Concepción, Chile, en el año 2013, con el fin de plantear intervenciones de Enfermería acordes a las características de esta población.

› Material y método

El diseño es descriptivo, transversal. La población correspondió a 224 personas entre 35 y 64 años de edad, beneficiarias del sistema público de salud, usuarias del PSCV de los Centros de Salud Familiares (CESFAM) Municipales de la Comuna de Concepción, Chile; que tienen de forma conjunta tres factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso). Aceptaron participar 109 personas. Los criterios de inclusión fueron, tener entre 35 y 64 años de edad, ser portador de tres factores de riesgo cardiovascular, residir en el sector en el que está inscrito y como criterios de exclusión personas que no tuvieran los tres factores de riesgo descritos, y personas con cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular con secuelas, EPOC severo o moderado, alguna enfermedad mental o demencia; alcoholismo, enfermedades terminales, inmovilizadas, enfermedades tiroideas, cáncer, HIV/SIDA, enfermedad reumática severa y síndrome metabólico.

La información se recolectó a través de una encuesta de datos biosociodemográficos y de salud, el cual incluye los datos de hábitos alimenticios y actividad física, ambos elaborados por las investigadoras y aplicados por medio de entrevista y, los indicadores físicos a través de la Presión Arterial Sistólica (PAS) y Diastólica (PAD), Circunferencia Abdominal (CA), Índice de Masa Corporal (IMC) y el perfil lipídico: Colesterol Total (CT), Col-HDL,

Col-LDL, Triglicéridos (TG), Col-Total/HDL y Riesgo Cardiovascular (LDL/HDL).

Se realizó el análisis de datos utilizando SAS Online Doc. versión 9.2, mediante estadística descriptiva. Las variables continuas se presentan como medias y desviaciones estándar (DE) y los datos categóricos como frecuencias y porcentajes.

Esta investigación fue aprobada por el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, Chile, con registro DIFM 042/2012 y autorizada por la Dirección de Administración de Salud de Concepción. El estudio contempló los requisitos éticos de Emmanuel (7).

› Resultados

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS BIOSOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES, CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLE		Total n=109	
		f	%
Sexo			
Femenino		76	69,7
Masculino		33	30,3
Edad en años cumplidos			
Rango edad	35-44 años	3	2,8
	45-54 años	37	33,9
	55-64 años	69	63,3
Último nivel de escolaridad cursó-aprobó			
Enseñanza Básica		20	18,3
Enseñanza Media		57	52,3
Enseñanza Técnica		19	17,4
Enseñanza Universitaria		13	11,9
Estado civil actual			
Soltera/o		22	20,2
Casada/o		60	55,0
Separada/o		7	6,4
Divorciada/o		3	2,8
Viuda/o		10	9,2
Conviviente		7	6,4
N° personas que componen el hogar			
1 a 4		86	78,9
5 a 8		23	21,1
Tipo de Familia			
Solo		9	8,3
Nuclear		65	59,6

CONTINUACIÓN TABLA 1

Número de hijos			
SI	1 a 2	52	47,7
	3 a 4	39	35,8
	5 y más	8	7,3
NO		10	9,2
Situación ocupacional actual			
Ocupados	Independiente/cuenta propia	21	19,3
	Asalariado/a empresa pública	3	2,8
	Asalariado/a empresa privada	23	21,1
	Asesoras de Hogar	11	10,1
Desocupados	Temporalmente cesante	3	2,8
Inactivo	Retirado/a-Pensionado/a	17	15,6
	Trabajo sin remuneración (dueña de casa)	31	28,4
Grupo ocupacional			
Profesionales y técnicos		19	17,4
Empleados oficina		4	3,7
Vendedores y afines		10	9,2
Seguridad		2	1,8
Transporte		2	1,8
Artesanos		4	3,7
Construcción		5	4,6
Mantenión y aseo		2	1,8
Asesora del hogar		13	11,9
Quehaceres del hogar (Dueña de casa)		32	29,4
Pensionados		12	11,0
Cesante		4	3,7
Total		109	100

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas de las personas participantes en el estudio, existe un predominio del sexo femenino (69,7%), la edad media fue de 56 años, con un rango predominante entre 55-64 años (63,3%). El 52,3% tiene un nivel de escolaridad de enseñanza media, el 55% está casado y constituido en familia nuclear el 59,6%, respecto a número de hijos el 47,7% tiene entre uno y dos hijos. En cuanto a la situación ocupacional actual, el 53,3% de los encuestados se encuentran

ocupados, el 28,4% inactivos y el 18,4% desocupados.

Respecto al uso de medicamentos de manera permanente, el 91,7% de las personas participantes, consumen medicamentos. Los más utilizados son: atorvastatina (44%), losartán potásico (42,2%) y enalapril maleato (30,3%).

El 76,3% de las mujeres se encuentra en la etapa de menopausia y ninguna utiliza Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH).

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS DE LOS HÁBITOS ALIMENTICIOS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO, CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLE	Total	
	n =109	
	f	%
Desayuno		
Siempre	102	93,6
A veces	4	3,7
Nunca	3	2,8
Almuerzo		
Siempre	102	93,6
A veces	7	6,4
Nunca	0	0,0
Once		
Siempre	91	83,5
A veces	5	4,6
Nunca	13	12,0
Cena		
Siempre	22	20,2
A veces	7	6,4
Nunca	80	73,4
Agrega sal extra a las comidas		
Nunca	102	93,6
Cuando la comida no tiene suficiente	3	2,8
Siempre, aunque otros la consideren suficiente	4	3,7
Consumo de líquido al día		
No más de 2 tazas	17	15,6
De 3 a 5 tazas	38	34,9
Entre 1 y 2 litros	40	36,7
Más de 2 litros	14	12,8
Repite comida		
Siempre	4	3,7
A veces	27	24,8
Nunca	78	71,6
Total	109	100

Al indagar por las comidas, como muestra la tabla 2, se observó que habitualmente las personas participantes en el estudio, consumen el desayuno y el almuerzo, con el mismo porcentaje (93,6%), se-

guido de la once en un 83,5%, pero llama la atención que un 73,4% no consume la última comida del día.

Por otro lado, se identificó que la mayoría de las personas en estudio, nunca agregan sal extra a las comidas (93,6%). Con respecto al consumo de líquido al día, se observa que el 36,7% de las per-

sonas participantes tienen un consumo entre 1 y 2 litros. Además, como se puede apreciar, el 46,8% de las personas manifestaron no comer entre comidas.

TABLA 3. AUTOPERCEPCIÓN DE PESO Y OPCIONES PARA CONTROLARLO EN LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO, CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLE	Total n=109	
	f	%
Autopercepción de peso		
Bajo peso	1	0,9
Normal	32	29,4
Sobrepeso	73	67,0
Obeso	3	2,8
Realiza actualmente acciones para mantener un peso adecuado		
SI	65	59,6
NO	44	40,4
Acciones para mantener peso adecuado		
Controlo mi alimentación	43	39,4
Realizo actividad física	15	13,8
Ambos	5	4,6
Otra	2	1,8
Ninguna	44	40,4
Razones por las que no controla el peso		
Porque significa un costo extra o alto	6	5,5
Porque no sabe como	10	9,2
Porque cree no tener la voluntad suficiente	15	13,8
Porque no lo encuentra importante	7	6,4
Otra	6	5,5
Sí controla el peso	65	59,6
Total	109	100

En la tabla 3, se aprecia que el 67% de las personas participantes en el estudio se autoperciben en sobrepeso y el 29,4% se perciben en peso normal.

De la totalidad de las personas participantes en el estudio, el 59,6% realizan en la actualidad, accio-

nes para mantener su peso adecuado, las acciones indicadas son: controlar alimentación (39,4%) y realizar actividad física (13,8%). Por otra parte, el 40,4% no realizan ninguna acción específica para mantener su peso adecuado en la actualidad.

TABLA 4. CARACTERÍSTICAS DE LA PRÁCTICA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO, CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLE	Total	
	f	%
Práctica de actividad física en el último año		
SI	62	56,9
NO	47	43,1
Práctica de actividad física en el último mes		
SI	32	29,4
NO	77	70,6
Práctica de actividad física en última semana		
SI	30	27,5
NO	79	72,5
Principal razón para no haber practicado actividad física		
Porque su salud no se lo permite	17	15,6
No le interesa o no le motiva	20	18,3
No tuvo tiempo	30	27,5
No tiene lugares donde practicar	5	4,6
No tiene con quién practicar	5	4,6
Otro	2	1,8
Sí realiza	30	27,5
Total	109	100

La tabla 4, referente a la práctica de actividad física en la última semana, se encontró que 72,5% no la realizó. Entre las causas mencionadas tenemos

que el 27,5% refiere que no tiene tiempo, el 18,3% porque no le interesa o no le motiva y 15,6% porque su salud no se lo permite.

TABLA 5. INDICADORES DE BIENESTAR FÍSICO EN LAS MUJERES PARTICIPANTES. CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLES	Mujeres n=76			
	Media	DE	Mín	Max
Perfil Lipídico				
Col-Total	190,22	38,33	116,00	280,00
Col-HDL	52,16	9,51	37,00	97,00
Col-LDL	114,79	32,40	57,20	179,60
Triglicéridos	116,37	55,86	44,00	308,00
CT/HDL	2,22	0,58	1,14	3,36
Factor Riesgo Cardiovascular (LDL/HDL)	3,68	0,67	2,32	4,85
Medidas Antropométricas				
Peso	66,41	6,14	54,80	86,00
Circunferencia Abdominal	94,55	6,18	80,00	107,00
IMC	27,84	1,48	24,01	30,83
Presión Arterial				
Sistólica	131,28	13,90	100	170
Diastólica	90,57	8,21	70	110

Con relación a los indicadores físicos presentados por las mujeres, que se muestran en la tabla 5, se destacan en el perfil lipídico las cifras promedio del CT 190,22 mg/dl, el Col-LDL 114,79mg/dl y LDL/HDL 3,68. Referente a los promedios en las medi-

das antropométricas, se observa una CA 94,55cm y un IMC 27,84 kg/m². En cuanto a la Presión Arterial, se muestra un promedio en PAS de 131,28 mmHg y PAD de 90,57 mmHg.

TABLA 6. INDICADORES DE BIENESTAR FÍSICO EN LOS HOMBRES PARTICIPANTES. CONCEPCIÓN, CHILE 2013.

VARIABLES	Hombres n=33			
	Media	DE	Mín	Max
Perfil Lipídico				
Col-Total	181,55	41,18	106,00	268,00
Col-HDL	43,42	7,51	31,00	57,00
Col-LDL	109,98	29,47	54,80	154,60
Triglicéridos	140,67	65,64	39,00	372,00
CT/HDL	2,53	0,54	1,57	3,48
Factor Riesgo Cardiovascular (LDL/HDL)	4,18	0,70	2,86	5,58
Medidas Antropométricas				
Peso	79,53	7,36	67,10	99,00
Circunferencia Abdominal	98,55	1,72	87,00	112,00
IMC	27,88	5,82	24,60	30,87
Presión Arterial				
Sistólica	137,79	14,68	110,00	170,00
Diastólica	94,61	9,65	80,00	120,00

En cuanto a los hombres, en la tabla 6 se observa que, en el perfil lipídico las cifras promedio del CT son de 181,55 mg/dl, el Col-LDL 109,48mg/dl y LDL/HDL 3,68. Referente a los promedios en las medi-

das antropométricas, se observa una CA de 98,55 cm y un IMC 27,88 kg/m². En cuanto a la Presión Arterial, se muestra un promedio en PAS de 137,79 mmHg y PAD de 94,61 mmHg.

› **Discusión**

En relación con el perfil sociodemográfico de las personas participantes, se observó un predominio de hipertensión arterial y dislipidemia en el sexo femenino, lo cual es concordante con los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Chilena 2010, que indica que la prevalencia de presión arterial elevada y dislipidemia según sexo es mayor en mujeres (8) y que a nivel nacional se controlan un 24,78% de mujeres hipertensas, frente a un 8,71% de hombres (9).

En cuanto a la variable edad en años cumplidos, se reporta que la prevalencia de enfermedades cardiovasculares aumenta con la edad y que en el caso de las mujeres el perfil de riesgo es mayor que en los hombres (10).

Respecto al último nivel de escolaridad, que las personas participantes del estudio cursaron y aprobaron, mayoritariamente fue la enseñanza media. Se asocia el nivel de estudios y el riesgo de sufrir un infarto agudo al miocardio, que puede explicar el exceso de riesgo de las clases más desfavorecidas. El nivel de estudios, además de aspectos económicos, reflejan el aprendizaje y la adquisición de habilidades en las que se basan las decisiones sobre estilo de vida y actitudes relacionadas con la salud (11), aspecto que debe ser incluido en los programas de salud cardiovascular.

En la variable estado civil actual, la mitad de la población participante es casada, al igual que otro estudio colombiano, donde predominaron las personas que se encontraban con pareja, en matrimonio y unión libre (12). Respecto del tipo de familia, mayoritariamente fue nuclear, compuesta por pareja e hijos. Estudios realizados en Chile reportan que el 43,00% de las familias son nucleares (13). El promedio de hijos que tuvo cada mujer coincidió con lo registrado en el Censo Chileno 2012,

donde el promedio de hijos por mujer para grupo de edad de 50 años o más, es de 3,20 (14).

Al analizar la situación ocupacional actual, el promedio de personas asalariadas en esta investigación coincide con lo descrito a nivel nacional en el Censo Chileno de 2012, donde la tasa de participación económica de la población es de un 55,93% (14). El trabajo independiente en este estudio se refiere principalmente a las ramas de actividad de comercio ambulante, preparación de alimentos caseros, artesanía, peluquería y estética. Se señala que una condición desfavorable en la posición socioeconómica puede contribuir al padecimiento de alteraciones psicológicas y respuestas neuroendocrinas e inflamatorias que pueden llevar a la adopción de conductas nocivas para la salud, lo que desencadena la aparición y prevalencia de la hipertensión, los trastornos lipídicos o la diabetes mellitus tipo 2 (15).

Al momento de la recolección de los datos la mayoría de las mujeres participantes en el estudio había presentado menopausia. Existe evidencia respecto a que una de las causas que afecta la salud de las mujeres en el período climatérico es la aparición de enfermedades crónicas que afectan sus expectativas de vida (16). Además, con la menopausia aumenta el riesgo cardiovascular, debido a la desprotección cardiaca por disminución de la carga hormonal (17). Por ejemplo, las dislipidemias juegan un rol muy importante en la patogénesis de la enfermedad ateromatosa y la mujer en la post-menopausia pierde la protección cardiovascular de los estrógenos y aumenta su riesgo cardiovascular (18).

En otro ámbito, en lo que compete a los hábitos de alimentación la evidencia indica que lo más recomendable es realizar 3 comidas principales y 2 meriendas ligeras a media mañana y media tarde, dejando un espacio no mayor de cuatro horas

entre comidas, este tiempo es apto para satisfacer el hambre, el organismo completa la digestión, mantiene estable la glicemia y no se exceda el aporte calórico (19). A pesar de dichas recomendaciones, los resultados muestran que la mayoría de las personas participantes en este estudio, solamente realizan tres tiempos de comida: desayuno, almuerzo y once.

El hallazgo de que la mayoría de participantes (93,6%) no agregue sal extra a las comidas, podría interpretarse como una reducción del consumo desde que son diagnosticadas con hipertensión. Sin embargo, se reporta que los chilenos de 15 años en adelante consumen en promedio 9,8 gramos al día, aunque en la VIII Región se sobrepasa el promedio con un consumo mayor a 10 gramos diarios (20), siendo 5 gramos lo recomendado como consumo máximo en personas con alteraciones en sus niveles de presión arterial (21). Se ha comprobado que el sodio en exceso conduce a retención de fluidos y elevación de presión arterial (22).

A pesar de que el 40% de las personas participantes consumen entre 1 y 2 litros de líquido al día, no se puede pasar por alto que este consumo incluye las bebidas gaseosas, las cuales a nivel nacional son consumidas por el 64% de la población, lo cual significa daño para la salud por su alto contenido en azúcar (20).

La mitad de las personas manifestaron consumir alimentos entre las comidas, lo cual coincide con lo reportado por el estudio de hábitos de alimentación en la población chilena, donde indica que existe un horario prolongado de 6 a 7 horas entre el almuerzo y la once, lo cual causa una disminución en los niveles de glicemia y por ende el rendimiento en las actividades, contribuyendo además al consumo de una dieta pobre en vitaminas y nutrientes, abundante en grasas y azúcares y, favoreciendo al aumento de peso (20).

Con relación a la autopercepción de peso, el 29,4% se percibió con peso normal, a pesar de estar en sobrepeso. Lo cual coincide con lo reportado a nivel nacional, que el 48,2% de hombres y 31,9% de mujeres con sobrepeso consideró equivocadamente su peso como normal, subestimando su estado nutricional real (23). La situación descrita favorece que las personas no tomen medidas respecto a su peso, ya que no lo consideran necesario. Es planteado por autores que el sobrepeso se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares (24).

Más de la mitad de las/os participantes realiza actualmente acciones para mantener un peso adecuado, que se basan principalmente en el control de la ingesta alimenticia. El resto no realiza este tipo de acciones y fundamenta como razones por las que no controla el peso, principalmente, no creer tener la voluntad suficiente y no saber cómo. En un estudio sobre control de peso en personas con hipertensión, también se observó como causas más frecuentes para no cumplir con las medidas dietéticas el mantener relaciones sociales (visitar parientes o amigos/as), realizar otras tareas, pereza y no sentirse capaz de realizarlo (25). Además, la evidencia indica que el tener conocimiento sobre los beneficios que conllevan la práctica de la actividad física y la alimentación saludable, no es suficiente para emprender acciones de cambio (26).

En cuanto a su actividad física, más de la mitad de los/as participantes mencionó realizar actividad física pero no regularmente. Esto coincide con un estudio colombiano donde evalúan el nivel de actividad física en hombres y mujeres, y observaron que el 65,8% eran medianamente activos y el 34,2% sedentarios o físicamente inactivos (26). La Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes (27) señala que el 70,6% de la población

chilena mayor de 18 años, no realizan ejercicios físicos ni deporte y que el 29,4% restante, sí lo realiza. El hábito sedentario, favorece la aparición de los factores de riesgo mayor, como diabetes, hipertensión arterial y dislipidemia. La resistencia a la insulina es a menudo el denominador común a todas estas condiciones (28).

Se encontró como principal razón para no haber practicado actividad física el no tener tiempo, sin embargo, la falta de interés o motivación, así como el estado de salud figuraron como otros justificantes, lo que concuerda con la Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes (27). El aumento de la actividad física es un componente esencial en el manejo de las dislipidemias, porque reduce los niveles de Col-LDL, triglicéridos y aumenta los niveles de Col-HDL, promoviendo la reducción del peso corporal, lo que actúa favorablemente sobre la presión arterial, resistencia a la insulina y la vasculatura coronaria (28).

En lo que se refiere a indicadores de salud física, el IMC tanto en hombres como en mujeres los clasifica en sobrepeso. Un estudio español señala que, en el caso de las mujeres, el IMC es el factor que más precozmente se asocia a la hipertensión, de ahí la importancia de incorporar medidas preventivas orientadas a controlar su incremento (29). El promedio obtenido en la circunferencia abdominal en hombres y en mujeres fue superior al promedio de circunferencia abdominal para la población chilena (30). Para el presente estudio los hombres fueron clasificados en riesgo elevado y las mujeres en riesgo sustancialmente elevado.

Cabe destacar que la totalidad de mujeres participantes en este estudio, tienen diagnosticada hipertensión arterial, siendo relevante lo que indica la evidencia, en cuanto a que la presión arterial es un factor de riesgo asociado a enfermedad coronaria (31).

Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de las enfermedades cardiovasculares, especialmente de la enfermedad coronaria (32). En los hombres se asocia el riesgo de enfermedad coronaria con el factor de riesgo de dislipidemia y colesterol total (31).

Un estudio español realizado en mujeres hipertensas con tratamiento de estatinas, concluye que existe una relación inversa entre los parámetros normales y por debajo de lo normal en Col-HDL y la prevalencia de enfermedades cardiovasculares, además que las variables que se asocian al Col-HDL bajo, son el exceso de peso, la diabetes, el consumo de tabaco y el antecedente de enfermedades cardiovasculares (33). Una investigación mexicana realizada en hombres con hipertensión, señala que la acumulación de tejido adiposo a nivel abdominal en varones ha sido asociada a resistencia a la insulina y a síndrome metabólico, incremento de VLDL y Col-LDL, además de la disminución de Col-HDL (34).

Las mujeres participantes en este estudio presentan valores mayores a 100 mg/dl en el Col-LDL, un estudio español indica que las mujeres con hipertensión por lo general presentan aumento en los niveles de Col-LDL (29).

Respecto a la relación del LDL/HDL (Índice de Aterogenicidad), el valor encontrado indica que están con bajo riesgo de aterosclerosis y placa ateromatosa. Cabe señalar que sobre esta variable no se ha encontrado información respecto a mediciones en personas con hipertensión, solo con dislipidemia. En cuanto a la relación CT/HDL (Factor de Riesgo Cardiovascular), al revisarlo según sexo, para hombres el promedio fue de 4,25 y mujeres 3,7. Lo cual, es congruente con lo reportado por la Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile, con respecto al riesgo cardiovascular se observan importantes diferencias entre hombres y mujeres,

donde los primeros casi duplican en riesgo a las mujeres con un 20,5% y 11,9% respectivamente, el que además indica que el riesgo cardiovascular es directamente proporcional a la edad (35). Autores en el estudio Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America, realizado en Santiago de Chile, reconocen que CT/HDL es una medida que presentó la mejor correlación con placa aterosclerótica carotídea. Las personas estudiadas cuya razón CT/HDL era $>5,1$, tenían entre 1,5-2 veces más riesgo de aterosclerosis subclínica y placa (36). Asociado a lo anterior, autores señalan que el coeficiente CT/HDL aumentado es el principal predictor de enfermedad cardiovascular en la mujer (37).

Como conclusión se puede señalar que los resultados de este estudio, muestran una población con factores de riesgo cardiovascular, en cuanto a hábitos alimenticios (3 comidas al día y consumo de bebidas azucaradas), con una autopercepción de mantener un peso normal, a pesar de tener un IMC que clasifica en sobrepeso, lo cual dificulta la toma de conciencia para el autocuidado. Además, las personas participantes del estudio son en su mayoría sedentarias, justificando la no realización de actividad física por falta de tiempo y baja motivación para hacer ejercicio. Se denota que a pesar de ser una población que asiste a control con regularidad en un programa de salud cardiovascular en los centros de salud, mantiene el promedio de colesterol LDL, circunferencia abdominal y la presión arterial sistólica y la diastólica por encima de los parámetros normales. Estos resultados indican la necesidad de formular estrategias innovadoras de intervención a nivel primario para reducir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en la población con hipertensión, sobrepeso y dislipidemia, adecuado al nivel educativo y al sexo.

› **Financiamiento**

Universidad de Costa Rica. Vicerrectoría de Investigación, Universidad de Concepción. Dirección de Postgrado, Universidad de Concepción. Convenio de Desempeño UCO1201, Universidad de Concepción.

INNOVA-BIO BIO: Línea para apoyar la realización de Tesis de Postgrado y 11ava Convocatoria Innovación Emprendedora.

Referencias bibliográficas

1. Castellano JM, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67(9):724-30.
2. Tellez A. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2006.
3. Seremi de Salud Región del Biobío. Atlas de Salud 2014 Región del Biobío. Ministerio de Salud: Chile. 2014.
4. Gobierno de Chile. Metas 2011-2020. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago [Chile]: Gobierno de Chile.
5. Garrido J, Chacón J, Sandoval D, Muñoz R, López N, Oyarzún E et al. Control del Hipertenso, un desafío no resuelto: Avances logrados en Chile mediante el Programa de Salud Cardiovascular. *Rev Chil Cardiol*. 2013;32(2):85-96.
6. Mosca L, Barrett-Connor E, Kass N. Sex/Gender Differences in Cardiovascular Disease Prevention What a Difference a Decade Makes. *Circulation*. 2011; 124(19): 2145-54.

7. Emanuel E. Siete requisitos éticos. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. Pautas Éticas de Investigación en Sujetos Humanos: Nuevas Perspectivas. OMS. 2003: 83-95.
8. Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad Alberto Hurtado. Encuesta Nacional de Salud ENS Chile 2009-2010. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile; 2011.
9. Alfaro T. Situación Epidemiológica en Chile de las ENT y sus factores de riesgo. Valparaíso [Chile]: Departamento de Epidemiología y DIPLAS Taller Regional de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades No Transmisibles, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile; 2011. 179.
10. Gijón-Conde T, Banegas JR. Enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial: diferencias por género a partir de 100.000 historias clínicas. Rev Clin Esp. 2012; 212(2):55-62.
11. López-González A, Bennasar-Veny M, Tauler P, Aguilo A, Tomás-Salvá M, Yáñez A. Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. Gac Sanit. 2015;29(1):27-36.
12. Díaz-Realpe JE, Muñoz-Martínez J, Sierra-Torres CH. Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. Rev. salud pública. 2007; 9 (1):64-75.
13. Herrera S, Salina V, Valenzuela E. Familia, pobreza y bienestar en Chile: un análisis empírico de las relaciones entre estructura familiar y bienestar. Instituto de Sociología. Centro de Políticas Públicas UC; 2011. 19 p.
14. Labbé F, Carrasco E. Resultados XVIII Censo de Población 2012. Santiago [Chile]: Instituto Nacional de Estadísticas (INE); 2012. 133 p.
15. Romero T, Romero C. Prevención cardiovascular: tendencias y barreras socioeconómicas. Rev Esp Cardiol. 2010; 63(11):1340-8.
16. Blümel JE, Aravena H, Brantes S, Cruzat L, Lavín P, Montaña R, Navarrete I, Osorio E. Posición oficial de la Sociedad Chilena de Climaterio para el manejo clínico de la mujer climatérica. Rev Med Chile 2010; 138: 645-51.
17. Howard H, Mack W. Hormone replacement therapy and the association with coronary heart disease and overall mortality: Clinical application of the timing hypothesis. Journal of Steroid Biochemistry and Molecular Biology. 2013; 142(2014): 68-75.
18. Kunstmann S, Gainza D. Dislipidemia en la mujer diagnóstico, clasificación y manejo. Rev. Méd. Clín. Condes. 2009; 20(1):47-52.
19. Gagneten S. Pierda peso sin perder su salud. 4ta ed. San José (Costa Rica): S. Gagneten. 2006. 213p.
20. Centros de Estudios de Opinión Ciudadana. Hábitos Alimenticios de chilenos. Talca (Chile): Universidad de Talca; 2006.
21. Elige Vivir Sano. Chile Saludable. Volumen I. Oportunidades y desafíos de Innovación. Santiago (Chile): Gobierno de Chile; 2012.
22. Botella F, Alfaro JJ, Hernández A. Uso y abuso de la sal en la alimentación humana. Nutr Clin Med. 2015; IX (3):189-203.
23. Mujica V, Leiva E, Rojas E, Díaz N, Icaza G, Palomo I. Discordancia en autopercepción de peso en población adulta Talca. Rev méd Chile. 2009; 137(1):76-82.
24. Jarl J, Toentino J, James K, Clark M, Ryan M. Supporting cardiovascular risk reduction in

- overweight and obese hypertensive patients through DASH diet and lifestyle education by primary care nurse practitioners. *J Am Assoc Nurse Pra.* 2014;26(9):498-503.
25. Fernández L, Guerrero L, Andugar J, Casal MC, Crespo N, Campo C et al. Eficacia de un programa de intervención sobre control del peso en pacientes obesos hipertensos. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol.* 2006; 9(4): 6-11.
26. Yu Y, Wang L, Liu H, Zhang S, Walker S, Bartell T et al. Body Mass Index and Waist Circumference Rather Than Body Adiposity Index Are Better Surrogates for Body Adiposity in a Chinese Population. *Nutrition in Clinical Practice.* 2015;30(2):274-82.
27. Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Encuesta Nacional de Hábitos de Actividad Física y Deportes en la Población Chilena de 18 años y más. Informe Final. Concepción (Chile): Universidad de Concepción, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas; 2012.
28. De la Maza MP, Díaz J, Gómez R, Maiz A. Normas Técnicas Dislipidemias. Santiago [Chile]: Gobierno de Chile; Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas, Departamento de Programas de las Personas, Programa Salud del Adulto; 2000. 79 p.
29. Magro A, Sagastagoitia JD, Sáez Y, Narváez I, Sáez de Lafuente JP et al. Factores de riesgo cardiovascular asociados a hipertensión arterial en mujeres según la edad. *Hipertensión.* 2005; 22(2):48-53.
30. Moreno MI. Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. *Rev Chil Cardiol* 2010; 29: 85-7.
31. Sáez JP, Sáez Y, Vacas M, Santos M, Sagastagoitia JD, Molinero E et al. Diferencias de sexo en los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedad coronaria comprobada angiográficamente. *Clin Invest Arterioscl.* 2009; 21(4):173-8.
32. Huth PJ, Park KM. Influence of Dairy Product and Milk Fat Consumption on Cardiovascular Disease Risk: A Review of the Evidence. *Adv Nutr.* 2012; 3: 266-85.
33. Cicolini G, Simonetti V, Comparcini D, Celi-berti I, Di Nicola M et al Capasso LM. Efficacy of a nurse-led email reminder program for cardiovascular prevention risk reduction in hypertensive patients: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(6):833-43.
34. Brito-Zurita OR, Verdín-García P, Domínguez-Banda A, CortezValenzuela AE, Villanueva-Pérez RM, Torres-Tamayo M. Grasa visceral y alteraciones metabólicas en hombres hipertensos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2009; 47 (2): 135-41.
35. Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento de Ciclo Vital. Situación Actual de la Salud del Hombre en Chile. Santiago [Chile]: Ministerio de Salud; 2011. 96 p.
36. Acevedo M, Krämer V, Tagle R, Corbalán R, Arnaíz P, Berríos X et al. Relación colesterol total a HDL y colesterol no HDL: los mejores indicadores lipídicos de aumento de grosor de la íntima media carotídea. *Rev. méd. Chile.* 2012; 140(8): 969-76.
37. Morales C, Royuela M. Estrategias terapéuticas. Riesgo cardiovascular y dislipidemias en ancianos y mujeres. *Clin Invest Arterioscl.* 2013; 25(3):146-50.