

EL PERFIL DE LOS PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO: LEVANTAMIENTO DE ESTILO DE VIDA Y FACTORES DE RIESGO

PROFILE OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION: ASSESSMENT OF LIFESTYLE AND RISK FACTORS

ROBERTA CUNHA RODRIGUES COLOMBO*, ROSANA APARECIDA SPADOTI DANTAS** y OLGA MAIMONI AGUILLAR***

RESUMEN

Este estudio tiene por objetivo conocer el perfil de los pacientes que han sufrido un primer infarto agudo del miocardio, identificando los factores de riesgo para esa enfermedad. Fueron entrevistados 123 pacientes, atendidos en la Unidad Coronaria de dos hospitales universitarios localizados en el interior del país. Los datos fueron obtenidos a través de entrevistas semi-estructuradas, elaboradas de acuerdo con el Modelo de Campo de Salud propuesto por LALONDE. En relación a los factores de riesgo, fue constatado que 81.4% (100) de los pacientes tenían una vida de hábitos sedentarios; 64.2% (79) eran hipertensos; 48.8% (60) eran fumadores; 32.4% (45) eran obesos; 30.1% (37) tenían dislipidemias y 26.1% (32) eran diabéticos. Con relación a los factores de riesgo modificables, 85.3% (105) de los pacientes demostraron incurrir en tres o más de estos factores. Estos resultados permitieron la elaboración de un programa educacional, con el propósito de prevenir el reinfarcto y promover la salud.

Palabras claves: Infarto del miocardio, Estilo de vida, Factores de riesgo.

ABSTRACT

The aim of this study was to know the profile of patients with a first episode of acute myocardial infarction and to identify risk factors for this disease. Seventy eight patients from the Coronary Care Unit of two University Hospitals were interviewed. The data was obtained through interviews conducted according to the Health Field Model proposed by LALONDE. As for the risk factors, we noticed that 81,4% (100) of the patients had sedentary life, 64,2% (79) had hypertension, 48,6% (60) were smokers, 32,4% had obesity, 30,1% (37) had dyslipidemias and 26,1% had diabetes mellitus. Regarding the association of modifiable risk factors, 85,3% (105) of the patients showed three or more factors. These results will help to elaborate an educational program aiming at preventing reinfarction and promoting health.

Keywords: Myocardial infarction, Life-style, Coronary disease.

*Enfermera. Profesor Colaborador del Departamento de Enfermería de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas – UNICAMP. Cx. Postal 6111 – Telefono/Fax: 019 239 3273 – E-mail: enffcm@head.fcm.unicamp.br Barão Geraldo – Campinas – São Paulo. Brasil. CEP: 13083 – 970.

**Enfermera. Profesor Asistente del Escola de Enfermeria de la Univesidad de São Paulo- EERP - USP. São Paulo. Brasil.

***Enfermera. Profesor Doutor del Escola de Enfermeria de la Universidad de São Paulo - EERP - USP. São Paulo. Brasil.

INTRODUCCION

Entre las enfermedades crónico-degenerativas, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar como causal de muerte en todo el mundo. En Brasil, son responsables por 300 mil defunciones, además de requerir un tratamiento más costoso que cualquier otro síndrome mórbido y de representar, por lo tanto, los mayores costos de Salud Pública con jubilaciones anticipadas (1,2) . Según BUSS (3), esto implica un gasto de **10.74 millones** de hospitalización por el Sistema Único de la Salud.

Los estudios han demostrado que entre las enfermedades cardiovasculares viene ocurriendo una disminución de la mortalidad como consecuencia de la enfermedad isquémica cardíaca (EIC) y de la enfermedad cerebro-vascular, en los últimos años. La disminución de la mortalidad en la enfermedad isquémica cardíaca, en Brasil, empezó a ser observada en la década del 70. Pero, tal disminución no le quita a la enfermedad cardiovascular su posición de liderazgo, siendo uno de los principales componentes de morbi-mortalidad (4) .

La enfermedad isquémica cardíaca, una enfermedad de progresión insidiosa, tiene como principales manifestaciones clínicas la "angina pectoris", el infarto agudo del miocardio (IAM) y la muerte súbita (5) .

¿Qué es lo que podría estar dificultando la prevención de esta enfermedad? Esta investigación pasa a tener una importancia mayor si tenemos en consideración que hace más de tres décadas que fueron establecidos los llamados factores de riesgo (FR) asociados al desarrollo de esta enfermedad, los cuales deberían otorgarle la posibilidad de una prevención efectiva, tanto a nivel individual como colectivo.

El término "factor de riesgo" surgió por primera vez cuando KANNEL et al. (6) divulgaron los hallazgos del Framingham Heart Study. Estos factores que predisponen a las personas a la enfermedad isquémica cardíaca, se dividen en cuatro grupos: hábitos de estilo de vida (ingestión aumentada

de grasas saturadas, colesterol y calorías; sedentarismo; tabaquismo; padrón de comportamiento tipo A y un aumento irrestringido de peso); características individuales aterogénicas hipertensión arterial sistémica, (HAS); trastorno de grasas; intolerancia a la glucosa y resistencia a la insulina); susceptibilidad innata, (predisposición genética para la hipertensión arterial sistémica), trastorno de grasas y diabetes mellitus (DM) e historia familiar positiva de enfermedad cardiovascular prematura) así como también parámetros predictores aterogénicos activos (leucocitosis y fibrinógeno elevado). Actualmente, los principales factores de riesgo son: trastorno de grasas, hipertensión arterial sistémica, tabaquismo, e intolerancia a la glucosa (7).

Los factores de riesgo también pueden ser clasificados de acuerdo con sus posibilidades de modificación, ya sea a través de cambios de comportamientos, ya sea por otros tipos de tratamiento. En el grupo de modificables tenemos: la hipertensión arterial sistémica, la intolerancia a la glucosa, la diabetes mellitus no insulino-dependiente, el sedentarismo, el alcoholismo y el uso de anticonceptivos hormonales. Los no-modificables son: raza, sexo, edad, historia familiar positiva y advenimiento de la menopausia (8).

La alta incidencia de enfermedad isquémica cardíaca en nuestro medio está, en parte, relacionada al hecho de encontrarse en nuestra población un estilo de vida propicio al desarrollo de los factores de riesgo que, como ya fue comprobado, contribuyen al aumento del número de individuos aquejados por esta enfermedad. Esos factores de riesgo que actúan sobre el desarrollo de la misma, pueden –o no– estar presentes dependiendo del estilo de vida adoptado por los individuos.

LALONDE (9) define estilo de vida como un "conjunto de decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se puede ejercer un cierto grado de control. Las decisiones y hábitos personales que son perjudiciales a la salud crean riesgos originados por el propio individuo. Cuando estos riesgos resultan en enfermedad o muerte, se puede

afirmar que el estilo de vida contribuyó o causó la 'enfermedad o disfunción''. El modelo de Campo de Salud propuesto por el autor, fue utilizado como referencial teórico de este estudio, y propone una estructura más comprensiva para el análisis de los problemas relativos al área de la salud. Se cuentan entre sus componentes datos referentes no sólo a la biología humana sino también al medio ambiente, a la organización de la asistencia sanitaria y al estilo de vida.

Parece probable que la modificación de comportamientos no-saludables presentes en el estilo de vida puede eliminar o controlar la intensidad de los FR, los que a su vez pueden disminuir su incidencia, prevenir recaídas y mejorar el pronóstico de individuos que ya sufrieron infarto agudo del miocardio.

Mientras me desempeñé como enfermera en hospitales-escuelas, situados en ciudades populosas del interior del estado de San Pablo (Brasil), pude observar que los individuos infartados tienen poco o ningún conocimiento de las posibles causas de la enfermedad isquémica cardiaca, de su pronóstico y del peligro que sus propias vidas corren como consecuencia de la enfermedad. Al identificar esa laguna de conocimiento del paciente sobre su propia enfermedad, se siente la necesidad de conocer mejor estas personas, con la finalidad de llegar a entender más claramente la situación en que se encuentran y así garantizarles las condiciones necesarias para que participen más activamente en su rehabilitación.

En este contexto, me forjé como meta de este estudio:

- i) Caracterizar los individuos acometidos por un primer infarto agudo del miocardio, atendidos en los servicios referidos anteriormente, bajo los siguientes aspectos: biología del individuo, medio ambiente, estilo de vida y organización de los servicios de salud, de acuerdo con el modelo conceptual del "Campo de Salud", propuesto por LALONDE (9).
- ii) Identificar la presencia de factores de riesgo para el infarto agudo del miocardio,

con énfasis en aquellos modificables por el equipo de salud y por el propio paciente.

METODOLOGIA

Este estudio fue realizado en conjunto con los Servicios de Cardiología del hospital de Clínicas de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Estadual de Campinas y del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Riberão Preto de la Universidad de San Pablo, localizados en el interior del Estado de San Pablo, Brasil. La población estuvo constituida por 123 pacientes con diagnóstico de infarto agudo del miocardio, primer episodio, que estuvieron internados en las respectivas Unidades Coronarias de estos servicios, en el período comprendido entre mayo y diciembre de 1994.

Los siguientes requisitos fueron criterios de inclusión de los participantes: haber sufrido un primer episodio de infarto agudo del miocardio (confirmado a través de historia clínica, trazado electrocardiográfico y dosis enzimática), estar en condiciones físicas y psicológicas de participar de la entrevista (o tener un miembro de la familia para responder las preguntas pertinentes) y estar de acuerdo en participar de este estudio.

Los datos fueron obtenidos en entrevistas semi-estructuradas con el paciente y consultando el prontuario del hospital para obtener algunas informaciones de interés más específico. Para la realización de la entrevista, fue elaborado un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas siguiendo el "Modelo de Campo de Salud" de LALONDE (9).

Las entrevistas fueron realizadas en el período comprendido entre 48 horas después de la internación hasta el momento del alta del hospital. Los datos fueron recogidos por las entrevistadoras previa explicación relativa a la finalidad del estudio, garantía del anonimato y obtención del consentimiento.

Los datos encontrados fueron sometidos a un análisis descriptivo y fueron expresados en números absolutos e índices porcentuales.

RESULTADOS Y DISCUSION

En relación al grupo estudiado, encontramos una mayor incidencia de infarto agudo del miocardio en los hombres (60.1%), casados (66.6%), analfabetos o con educación primaria incompleta (83.7%) y con entradas inferiores a tres salarios mínimos (49.6%). Con referencia a la ocupación, 47.1% de los pacientes eran activos, 26.0% pasivos, 25.2% amas de casa y 1.7% desocupados. 82.9% de los pacientes eran originarios de las regiones de Campinas y Ribeirão Preto y 91.8% residían en zonas urbanas.

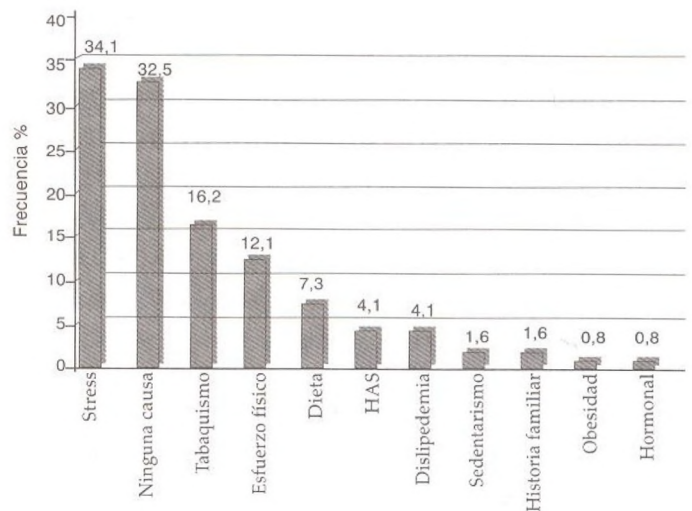
Al comparar la distribución de los pacientes por edad y sexo, se pudo observar que la mayoría de los pacientes infartados del sexo masculino tenían entre 50 y 60 años (15.4%), seguidos por las edades de 60-70 (13%) y de 70-80 (10.5%). Mientras que para el sexo femenino, las incidencias fueron de 14.6% (60-70 años), 8.9% (70-80) y 8.1% (50-60). A partir de los 80 años de edad, observamos que esta incidencia se igualó. Nuestros datos, a pesar de referirse a grupos restringidos de hospitales, también pusieron en evidencia, siguiendo el ejemplo de los estudios de Framingham, que en el sexo masculino la enfermedad se manifestó aproximadamente 10 años antes que en el sexo femenino (6).

En lo que se refiere a los datos relacionados con la atención de salud, verificamos que todos los entrevistados se refirieron a la necesidad de atención a la salud, siendo los servicios de atención primaria los más usados por los pacientes. El principal motivo por el cual los servicios de salud fueron solicitados, fue el control periódico de determinadas enfermedades como hipertensión arterial sistémica, realizado por 42.2% (52) pacientes.

Al analizar el conocimiento del paciente sobre su diagnóstico, verificamos que 61.7% (76) mostraron poseer algún grado de información sobre su enfermedad, refiriéndose al nombre de la enfermedad o a los datos de la fisiopatología como "vena del corazón tapada".

Cuando les preguntamos a los pacientes sobre la relación entre los factores de riesgo

y el surgimiento del infarto agudo del miocardio, constatamos un porcentaje significativo de individuos que no supo precisar una causa definida para su enfermedad. Entre las causas mencionadas por los pacientes, se destacaron: el "stress" (39.7%), el tabaquismo (16.2%) y el esfuerzo físico (12.1%). (Gráfico 1).



*Hubo pacientes que citaron más de una causa.

Gráfica 1. Frecuencia de las causas citadas por los 123 pacientes como responsables por la aparición del infarto agudo del miocardio.

Nuestros resultados coinciden con los de ZERWIC et al.(10) que, tratando de identificar percepciones sobre factores de riesgo y causas relacionadas con el infarto agudo del miocardio entre pacientes con diagnóstico reciente de DIC, encontramos que de los 105 pacientes entrevistados, 29% no sabía informar las causas de su enfermedad. En aquel estudio, a pesar de que 79% de los pacientes haya citado por lo menos uno de los tres factores de riesgo modificables (tabaquismo, dieta y colesterol o hipertensión arterial sistémica), solamente 7% identificaron los tres de forma asociada. Las causas citadas más frecuentemente fueron tabaquismo y dieta.

Los resultados obtenidos en nuestro estudio nos llevan a poner en tela de juicio el tipo de atención que esos pacientes están recibiendo, ya que la mayoría no asociaba el surgimiento de la enfermedad con la existencia de factores de riesgo modificables como hipertensión arterial sistémica, dislipidemias y diabetes mellitus, presentes en las historias clínicas de muchos de ellos.

Uno de los puntos referentes al Estilo de Vida elaborados por el estudio fue la alimentación. La dieta es uno de los principales factores del estilo de vida asociado a la aparición de DIC, ya que contribuye a la aparición de otros factores de riesgo como el aumento del colesterol total y LDL-colesterol (colesterol contenido en las lipoproteínas de baja densidad); hipertensión arterial sistémica; obesidad y diabetes mellitus no insulino-dependiente (11,12).

Varios estudios(13, 14, 15) vienen siendo realizados, utilizando diferentes intervenciones, con la finalidad de mostrar que reducciones en el nivel del colesterol sérico pueden disminuir el riesgo de la enfermedad esclerótica coronaria. Entre los estudios que utilizaron la dieta como medio de reducción de los niveles séricos del colesterol, se destaca el Cholesterol Lowering Atherosclerosis Study (CLASS). En este estudio, BLANKENHORN et al. (16) hicieron una evaluación del efecto directo de la reducción de gordura y colesterol en el desarrollo de lesiones coronarias. Al constatar una disminución en la incidencia de nuevas placas de aterosclerosis en el grupo experimental, se llegó a la conclusión de que, con una dieta equilibrada, se puede prevenir la formación de nuevas lesiones y hasta llevar a la regresión las placas ateroscleróticas ya formadas.

En nuestro estudio, para analizar la dieta de los pacientes, utilizamos la descripción hecha por BOOG et al (17) para los tres grandes grupos de alimentos que deben estar presentes en una dieta equilibrada. Esos grupos son: el de los alimentos constructores (fuentes de proteínas, calcio y hierro), el de los reguladores (fuentes de vitaminas, sales minerales y celulosa) y el de las fuentes de

energía (que almacenan hidratos de carbono y grasas). Los criterios de evaluación dietética utilizados para verificar si la dieta era o no equilibrada, fueron el consumo de por lo menos un alimento de cada grupo en cada comida y el consumo de por lo menos un alimento de cada sub-grupo durante el día.

Basándonos en las respuestas suministradas por los pacientes sobre cuáles eran los alimentos consumidos con mayor frecuencia en las principales comidas del día (almuerzo y cena), sacamos la conclusión que, desde el punto de vista de la nutrición, la dieta de los pacientes era equilibrada. En el almuerzo, 51.2% (63) de los pacientes consumían alimentos de los tres grupos, mientras que en la cena ese número sufrió una disminución de 50.3% (55).

Con relación a la frecuencia del consumo de alimentos de cada grupo, vimos que los entrevistados consumían mayor cantidad de alimentos que son fuentes de energía (arroz, panes, pastas...) y menor cantidad de reguladores (legumbres, verduras y frutas), lo que corrobora los estudios de MONDINI, MONTEIRO et al.(18). Estos autores acusaron una disminución de las cantidades de fibras consumidas por las poblaciones occidentales, substituyendo los cereales que poseen alta concentración de fibras, como el pan y el arroz integrales, por alimentos procesados e industrializados; y al mismo tiempo, el aumento del consumo de carnes concomitantemente con la disminución de hortalizas y frutas.

Como consecuencia de las dificultades de investigar la calidad de los alimentos consumidos por los pacientes en este tipo de estudio, preferimos indagar la frecuencia con que ciertos alimentos eran ingeridos por los pacientes. Al recoger los datos referentes al consumo de alimentos constructores, nuestra preocupación fue obtener información sobre un grupo de alimentos que puede ser considerado de riesgo por estar relacionado con el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas, principalmente por su alto contenido de colesterol. Está extensamente registrado en la literatura mundial que, para

evitar el aumento de los niveles séricos del colesterol, se debe restringir la ingestión de determinados alimentos, como por ejemplo: la yema de huevo, carnes rojas, carne de cerdo, vísceras, piel de animales (pavo, pollo), algunos peces y mariscos (camarón, langosta, sardina). Las partes blancas de las aves y los peces son las que contienen menor cantidad de colesterol (19, 20, 21).

Al analizar el consumo de los alimentos constructores por el grupo estudiado, constatamos que la mayor parte de los entrevistados consumía alimentos constructores de importancia para la formación de aterosclerosis, pero con una frecuencia inferior a tres veces por semana o mucho menor. La leche y la carne bovina roja fueron los únicos alimentos que tuvieron una frecuencia de consumo diario o mayor que tres veces por semana, con un 62% (77) y 48.8% (51) respectivamente.

La dificultad de medir con precisión el consumo de estos alimentos, nos lleva a un análisis inconcluso en relación a la asociación de su consumo con un mayor riesgo para el surgimiento del DIC. Sin embargo, esos datos son una fuente de referencias para guiar la actuación de los profesionales de la salud, que así pueden identificar problemas de alimentación que eventualmente llevan a un desequilibrio en la dieta y, por consiguiente, favorecen la manifestación y/o la progresión de enfermedades cardiovasculares.

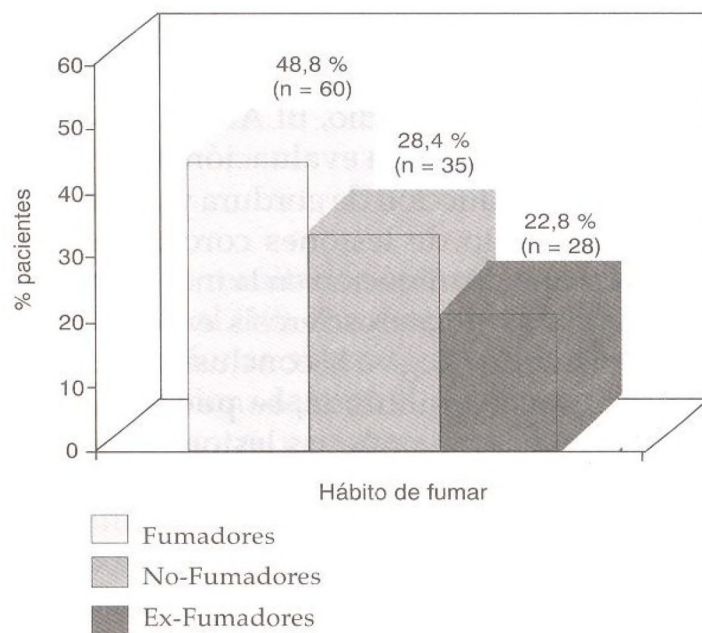
Se sabe que además del consumo de colesterol, el elevado consumo de grasas saturadas está asociado a la aparición de la DIC, siendo que el de insaturadas lo está a la disminución de este riesgo (20). Los alimentos ricos en grasas saturadas, y que por lo tanto deben ser restringidos, son las grasas de origen animal (la gordura de las carnes, leche y derivados), algunos aceites vegetales (palma, coco y dendê) y algunas frutas, como el coco y el aguacate (20, 21, 22).

La ingestión de grasas a través del consumo de los alimentos fritos fue relatada por

54.5% (67) del grupo estudiado, con una frecuencia mayor o igual a tres veces por semana. En relación a la gordura utilizada en la preparación de las comidas, 78.8% (98) de los pacientes se refirieron al uso de grasas de origen vegetal, destacándose el consumo del aceite de soya, lo que constituye una medida de riesgo menor para la aterosclerosis.

En las últimas décadas, hubo una sustitución, por parte de la población brasileña, de la grasa de cerdo y el tocino por aceites vegetales. Sin embargo, esta modificación no ocurrió como consecuencia de una capacitación de la población en relación a los beneficios que tal cambio proporciona a la salud, sino como resultado del comportamiento de la oferta del mercado y de los precios más accesibles de los aceites vegetales (18).

Con referencia al hábito de fumar, encontramos que 48.8% (60) de los pacientes eran fumadores y entre los no-fumadores, verificamos que 28.4% (35) de los pacientes nunca habían fumado y 22.8% (28) eran ex-fumadores, como muestra la Gráfica 2.



Gráfica 2. Distribución de los pacientes con un primer episodio de infarto agudo del miocardio, según el hábito de fumar.

En nuestro estudio, encontramos que la mayoría de los pacientes fumadores, 43 (34.9%), era del sexo masculino. Nuestros datos refuerzan los de la ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (23), que apunta el tabaquismo como prevalente entre los hombres sobre las mujeres, tanto entre fumadores como entre ex-fumadores. Este predominio del sexo masculino también fue encontrado por la investigación realizada por la FUNDAÇÃO IBGE (24), representativa a nivel nacional, a pesar de también haber sido destacado el hecho de que el hábito de fumar entre las mujeres ha experimentado un importante aumento en los últimos años.

En relación a los no-fumadores, constatamos que 19.5% (24) fueron considerados fumadores pasivos, o sea, inhalaban constantemente el humo de otros fumadores, aumentando así el número de individuos expuestos al riesgo del tabaquismo (lo que está directamente relacionado al surgimiento del DIC). En el MULTIPLE RISK FACTOR INTERVENTIONAL TRIAL, pacientes no-fumadores del sexo masculino fueron estudiados de acuerdo con la exposición sufrida al humo de los cigarrillos de sus esposas fumadoras. Los resultados mostraron que esos fumadores pasivos tenían niveles elevados de monóxido de carbono expirado, una disminución de la función pulmonar y un aumento del riesgo de manifestación de la DIC (25).

Se debe destacar que el riesgo individual de desarrollo de la DIC es el doble en fumadores y, que cuando está asociado a otros factores de riesgo como la hipertensión arterial sistémica y la hipercolesterolemia, la probabilidad de desarrollar la enfermedad se vuelve ocho veces mayor (2, 26). Sin embargo, el riesgo de eventos isquémicos agudos decrece rápidamente en los primeros cinco años después de abandonar el hábito (26).

Al analizar el factor de riesgo sedentarismo, constatamos que 81.4% (100) de los pacientes no ejercían ninguna actividad física. En este estudio consideramos como actividad física regular aquella recomendada por la INTERNATIONAL LIPID INFORMATION BUREAU (ILIB) LATINO

AMÉRICA (27), o sea, 20 a 30 minutos de actividad aeróbica 3 a 5 veces por semana para alcanzar 60 a 90% del condicionamiento vascular óptimo. De acuerdo con esta recomendación, del total de pacientes estudiados, apenas 13.1% (16) ejercían una actividad física que pudiera ser considerada protectora en relación a la DIC.

Los mecanismos por los cuales la actividad física puede reducir la incidencia o la gravedad de los disturbios isquémicos son multifactoriales. Entre los diversos efectos de la actividad física, ha sido puesto en evidencia que los ejercicios aeróbicos regulares están relacionados con modificaciones del metabolismo lipídico, habiendo observado una disminución de los valores del colesterol total y del LDL-colesterol (28).

En relación a la Biología del Individuo, realizamos el cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC) para detectar la presencia del factor de riesgo obesidad en el grupo estudiado. Para ello, utilizamos la clasificación de la ILIB LATINO AMERICA (27), que usa el índice de masa corporal para determinar los diferentes grados de obesidad que varían de leve a severa (I, II, III). Los resultados mostraron que 48% (59) de los entrevistados no eran obesos, encontrándose en la categoría de peso normal (IMC < 25kg/m²). Los demás 52% se encontraban sub-divididos en las siguientes categorías 15,4% (19) sobrepeso (IMC entre 25-27.5 kg/m²), 20.3% (25) obesidad grado I o leve (IMC entre 27.5-29 kg/m²), 12.1% (15) obesidad grado II o moderada (IMC entre 30-39.9 kg/m²) y en 3.2% de los pacientes no fue posible la realización de este cálculo. No fue observado ningún caso de obesidad grado III o severa (IMC > 40 kg/m²) en el grupo estudiado.

Los estudios han sugerido que, además de la obesidad, la disposición de la grasa corporal puede tener efectos importantes en el riesgo de DAC. La disposición de la grasa en la región abdominal ha sido asociada al aumento del riesgo de disturbios coronarios, tanto en hombres como en mujeres. Según PEIRIS et al. (29) esta obesidad, designada "obesidad centralizada en el abdomen", pa-

rece tener mayor valor predictivo de morbilidad y mortalidad que la cantidad de adiposidad total. A pesar de esto, FARMER, GOTTO JUNIOR (28) consideran que el índice de masa corporal ha sido el mejor índice para estimar el exceso de peso.

Otro factor identificado fue la presencia de historia familiar positiva para enfermedades cardiovasculares entre los participantes del estudio. Verificamos que 62 pacientes (52.4%) tenían antecedentes familiares de hipertensión arterial sistémica; 39 pacientes (31.7%) de infarto agudo del miocardio; 34 de muerte súbita (27.6%); 34 de diabetes mellitus (27.6%); 34 de Accidente Vascular Cerebral (AVC) (27.6%) y 16 pacientes (13.0%) poseían antecedentes familiares de dislipidemias. Debe destacarse, sin embargo, que de todos los antecedentes indagados, el más desconocido por gran parte de los pacientes fue la dislipidemia.

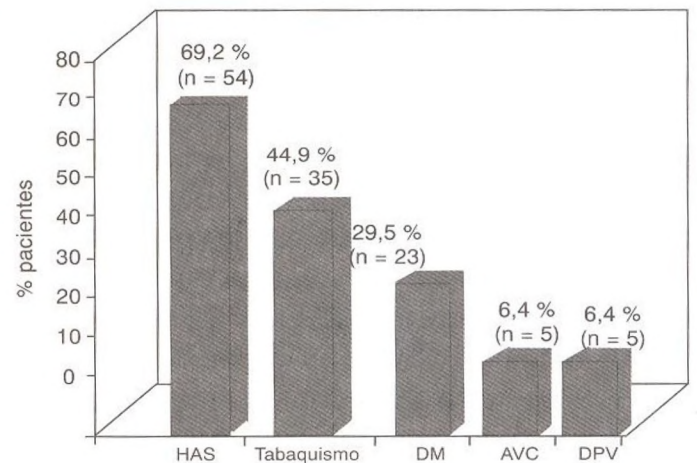
Considerando los resultados del SCANDINAVIAN SIMVASTATIN SURVIVAL STUDY GROUP (30), donde se constató el aumento de sobrevida de los individuos coronariópatas que tuvieron disminución del colesterol sérico, debe resaltarse la importancia de la determinación y el control de ese factor de riesgo en todos los individuos de la población en general y, principalmente, en aquellos con coronariopatía ya establecida.

En lo que se refiere a los antecedentes personales de riesgo, pudimos observar que 64.2% (79) de los pacientes eran hipertensos, 48.8% (60) sufrían de tabaquismo, 30.1% (37) eran dislipidémicos, 26.1% (32) eran diabéticos, 13.0% (16) presentaban enfermedad vascular periférica (EVP) y 7.3% (9) poseían antecedentes de accidentes cerebrales vasculares (Gráfica 3). Constatamos, por lo tanto, que la hipertensión arterial sistémica fue la que más prevaleció en el grupo estudiado.

En el Brasil, se estima que doce millones de brasileños con más de 20 años de edad son hipertensos (2). Este número corresponde al 15% de la población en este rango. En relación a la diabetes mellitus, la media general de prevalencia encontrada en nueve capitales brasileñas fue de 7.6%, lo que es un

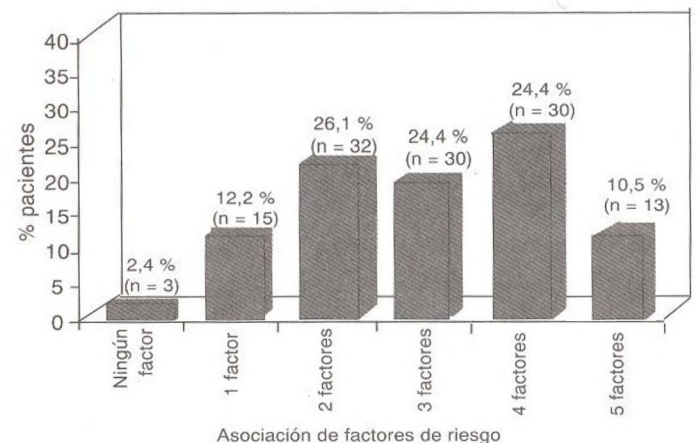
poco superior a la encontrada en la población de los Estados Unidos, la cual corresponde a 6.6% (31).

En relación a la asociación de los factores de riesgo modificables para la DAC, confirmamos que, del total de pacientes, apenas 2.4% (3) no presentaban ningún factor de riesgo, 12.1% (15) poseían un factor y 85.3% (105) poseían tres factores o más (Gráfica 4). Según innumerables estudios que lo han demostrado, cuanto mayor el número de factores de riesgo, mayor es el riesgo de desarrollo de DAC (1,2,7,32).



*Se consideró el total de la frecuencia de cada factor de riesgo (aislado o asociado a otro factor de riesgo).

Gráfica 3. Prevalencia de los antecedentes personales de hipertensión arterial sistémica, tabaquismo, diabetes mellitus, dislipidemia, accidente vascular cerebral y DPV, entre los pacientes con un primer episodio de infarto agudo al miocardio.



Gráfica 4. Distribución de los pacientes con un primer episodio de infarto agudo del miocardio, según la asociación de los factores de riesgo modificables para la enfermedad isquémica cardíaca (tabaquismo, dislipidemias, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, sedentarismo y obesidad).

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados de este estudio denuncian el hecho de que estamos trabajando con personas que poseen, en su estilo de vida, hábitos que favorecen el mantenimiento o la progresión de la DIC y sus diversas formas de manifestación clínica. Constatamos en el grupo estudiado una alta incidencia de factores de riesgo tales como hipertensión arterial sistémica, tabaquismo, sedentarismo, entre otros. Sin embargo, la mayoría de los pacientes, a pesar de presentar tres o más factores de riesgo para la DAC, no correlacionó esos factores con el infarto que tuvieron, lo que viene a confirmar la necesidad de un programa educacional específico para ese grupo. A través del empeño de un equipo multiprofesional, tal vez se puedan crear mecanismos que induzcan a los individuos a tomar una actitud activa frente a su enfermedad, conociendo y controlando los factores de riesgo presentes en su estilo de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- LOTUFO PA. "Epidemiologia das doenças cardíacas no Brasil: histórico, situação atual e proposta de modelo teórico". RSCESP, 6 (5): 541-7. 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Doenças Cardiovasculares. Doenças Cardiovasculares no Brasil. Sistema Único de Saúde-SUS: dados epidemiológicos; assistência médica. Brasília, MS, 1993:36.
- BUSS PM. "Assistência hospitalar no Brasil (1984-1991): uma análise preliminar baseada no Sistema de Informação Hospitalar do SUS". Inf. Epidemiol. SUS, 2 (1): 5-44, 1993.
- REGO RA. et al. "Fatores de risco para doenças crônicas não-transmissíveis: inquérito domiciliar no município de São Paulo, SP (Brasil). Metodologia e resultados preliminares". Rev. Saúde Pública, 24 (4): 277-85. 1990.
- BATLOUNI M. "Interação placa, endotélio, coagulação e isquemia aguda". RSCESP, 3(2): 6-13. 1993.
- KANNEL WB. et al. "Factors of risk in the development of coronary heart disease - six-year follow-up experience: the Framingham study". Ann. Intern. Med., 55(1): 33-50. 1961.
- KANNEL WB. "Natural history of cardiovascular risk". In: HOLLENBERG N.K. (ed). Hypertension: mechanisms and therapy. Current Medicine, p. 2-22, 1995.
- MANCILHA-CARVALHO J. J. "Antecedentes da doença coronária: os fatores de risco". Arq. Bras. Cardiol., 58(4): 263-7. 1992.
- LALONDE M. A new perspective on the health of Canadians: a working document. Ottawa, 1974. 76 p.
- ZERWIC JJ. , KING KB. , WLASOWISZ GS. et al. "Perceptions of patients with cardiovascular disease about the causes of coronary artery disease". Heart & Lung, 26 (2): 92-8. 1997.
- GUIMARÃES AS. "Cardiopatia coronária: aspectos epidemiológicos e preventivos". Arq. Bras. Cardiol., 59 (1): 1-2.1992.
- KANNEL, WB. "New perspectives on cardiovascular risk factors". Am. Hearht J. , 114 (1): 213-9. 1987.
- LIPID RESARCH CLINICS PROGRAM. "The lipid research clinics coronary primary. Prevention trial results I. Reduction in incidence of coronary heart disease". JAMA , 251 (3): 351-64. 1984.
- MULTIPLE RISK FACTOR INTERVENTION TRIAL. "Risk factor changes and mortality results". JAMA, 248 (12): 1465-77. 1990.
- POSNER BM. et al. "Dietary lipid predictors of coronary heart disease in men. The Framingham study". Arch. Inter. Med., 151 (6): 1181-7. 1991.
- BLANKENHORN, DH. et al. "The influence of diet on the appearance of new lesions in human coronary arteries". JAMA, 263 (12): 1646-52. 1990.
- BOOG MCF , MOTTA DG , BON AMX. Alimentação natural: prós & contras. São Paulo: Ibrasa, 1985. Cap. 2, p 20-51: O que precisamos saber sobre nutrição.
- MONDINI L. , MONTEIRO CA. "Mudanças no padrão de alimentação da população urbana brasileira (1962-1988)". Rev. Saúde Pública; 28 (6): 433-9., 1989.
- STOYDB. Diet and drug therapy for hypercholesterolemia. Principles and perspectives for the occupational health setting. AAOHN J., 38 (5): 222-9. 1990.
- HADLEY SA , SAAMANN L. "Lipid physiology and nutritional considerations in coronary heart disease". Crit. Care Nurs., 11(10): 28-39. 1991.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. "Consenso brasileiro sobre dislipidemias: detecção, avaliação, tratamento". Arq. Bras. Cardiol., 61: 1-13. Suplemento 1. 1993.
- FORTIN. "Cómo tratar e diagnosticar hipercolesterolemia". Rev. Bras. Med. 46: 39-45, 1989. Edição Especial.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Tabaco o salud: situación en las Americas: un informe de la Organización Panamericana de la Salud. Organización Panamericana de la Salud, Washington,1992. 430 p.
- FUNDAÇÃO IBGE. Anuario estatístico do Brasil, 1993. Rio de Janeiro, 1993.
- SVENDSEN KH. et al. "Effects of passive smoking in the multiple risk factor intervention trial". Am. J. Epidemiol., 126 (5): 783-95. 1987.

- ROSEMBERG J. Tabagismo e saúde. Informações para profissionais da saúde. Brasília, 1987. 49 p.
- INTERNATIONAL LIPID INFORMATION BUREAU (ILIB) LATINO AMÉRICA. "Recomendaciones de ILIB para el diagnóstico de las dislipidemias en Latino América". Cardiovasc. Risk Factors, 3(1): 10-27. Suplemento 1. 1994.
- FARMER JA., GOTTO JUNIOR AM. "Risk factors for coronary artery disease". In: BRAUNWALD E. Heart Disease: a textbook of cardiovascular medicine. 4 ed., Philadelphia, WB. Saunders, cap. 37, p. 1125-59. 1992.
- PEIRIS AN. et al. "Adiposity, fat distribution and cardiovascular risk". Ann. Intern. Med., 110 (11): 867-72. 1989.
- SCANDINAVIAN SIMVASTATIN SURVIVAL STUDY GROUP. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: the scandinavian simvastatin survival study (4S). Lancet, 344: 1383-9. 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônicas-Degenerativas. Manual de Diabetes. 2 ed. Brasília, MS, cap. 3, p.17-24. Epidemiologia do diabetes mellitus. 1993.
- CUNNINGHAM S. "The epidemiologic basis of coronary disease prevention". Nurs. Clin. North Am., 27 (1): 153-9. 1992.