

PREVALENCIA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Autoras

Alconero Camarero AR*, Casaus Pérez M**, Ceballos Liaño P***, García Iglesias A**, Gómez Muñoz I****, González Sánchez H**, Martínez Álvarez P**, Sánchez Maestre B**.

* Profesora Escuela Universitaria de Enfermería "Casa de Salud Valdecilla". Universidad de Cantabria.

** Enfermera. Hospital Sierrallana de Torrelavega. Servicio Cántabro de Salud.

***Auxiliar de Enfermería. Hospital Sierrallana de Torrelavega. Servicio Cántabro de Salud.

**** Supervisora de Enfermería. Hospital Sierrallana de Torrelavega. Servicio Cántabro de Salud.

Resumen

El objetivo fue describir la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular (FRC) en el personal de enfermería y evaluar el nivel de conocimientos sobre los mismos.

Estudio descriptivo sobre 242 encuestados seleccionados aleatoriamente entre los enfermeros y auxiliares del hospital, a los que se les entregó un cuestionario autoadministrado anónimo. Se calculó el número muestral con el programa Granmo v.5.2. y la estadística fue realizada con el programa SPSS v.11.5.

El 98,3% eran mujeres con una edad media de 35,29 años, los FRC más prevalentes fueron tabaquismo 26,4%, hipercolesterolemia 9,7% e hipertensión 7,1%. El 95,5% refiere conocer la influencia de todos los factores de riesgo.

La prevalencia de los FRC del personal de enfermería es muy elevada en relación con los conocimientos que poseen. En este grupo deberían realizarse intervenciones de educación para la salud para conseguir que sean modelos de salud para el resto de la sociedad.

Palabras clave: Prevalencia factor riesgo cardiovascular, personal sanitario, educación, modelo de salud.

CARDIOVASCULAR RISK FACTORS PREVALENCE IN THE NURSING STAFF

Abstract

The aim of this research was to describe the cardiovascular risk factors (CRF) prevalence in the nursing staff and to evaluate the level of knowledge on them. Descriptive study on 242 polled randomly selected among the nursing staff to whom an autoadministered anonymous questionnaire was delivered. The number of sample was calculated with the Granmo program v.5.2. and the statistics were made with the program spss v.11.5. 98.3% were women with an average age of 35.29 years; the most prevalent CRF were smoking, 26.4%, hypercholesterolemia, 9.7% and hypertension, 7.1%. 95.5% refer to know the influence of all the risk factors. The CFR prevalence of the nursing staff is very high with regard to the knowledge that they have about it. In this group, health education interventions should be made to manage them to be health patterns to the remainder of the population.

Key words: Cardiovascular risk factors prevalence, nursing staff, education, health pattern.

Enferm Cardiol. 2006; Año XIII (37): 33-36

Dirección para correspondencia

Ana Rosa Alconero Camarero. Universidad de Cantabria.
Avda. Marqués de Valdecilla, s/n,
39008 Santander.
Tfno: +34 942 201 336 y Fax.: +34 942 201 693.
Correo electrónico:alconear@unicam.es

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares constituyen uno de los principales problemas de salud, y podemos predecir que el impacto sanitario aumentará en los próximos años como consecuencia del envejecimiento de la población y por el importante predominio de las enfermedades crónicas sobre las agudas de la población española¹.

Las enfermedades del sistema circulatorio constituyen

la primera causa de muerte en la población española. En 1999², último año para el que hay datos publicados, supuso el 36% de todas las defunciones (31% en hombres y 41% en mujeres), con una tasa bruta de mortalidad de 333 por 100.00 habitantes (309 en hombres y 355 en mujeres). Dentro de las enfermedades cardiovasculares en España³ es la enfermedad isquémica la que ocasiona un 31% en total, de los que un 39% fueron hombres y 24% en mujeres. Dentro de las isquémicas está el infarto agudo de miocardio representando el 63% (67% en los hombres y 58% en las mujeres); y en segundo lugar la cerebrovascular que representa el 29% de la mortalidad cardiovascular global (32% mujeres y 27% en hombres).

En España² mueren más mujeres que hombres por enfermedades cardiovasculares (ECV), de las 131.774 muertes por ECV, el 55% fueron mujeres y el 45% hombres. La tasa de mortalidad aumenta a medida que se incrementa la edad, siendo superior a mil por 100.000 habitantes en las personas mayores de 70 años.

Se han constatado diferencias geográficas importantes en las tasa de mortalidad por coronariopatía y por edad⁴ en diversas regiones como: Canarias, Extremadura, Andalucía, Comunidad Valenciana y Murcia presentando tasas elevadas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en ambos sexos. En cambio, La Rioja, Castilla León, Madrid, Cantabria y el País Vasco presentan una menor mortalidad por cardiopatía isquémica.

Comparando la tasa de mortalidad ajustadas por edad en España con las de otros países occidentales (centro y norte de Europa y Norteamérica), se observa que para el total de enfermedades del sistema circulatorio y para la enfermedad isquémica del corazón, tenemos una tasa relativamente más bajas; en cuanto a la enfermedad cerebrovascular ocupa una posición intermedia baja^{5,6}. Las razones de este descenso de mortalidad coronaria en España no se conocen bien, pero tradicionalmente se ha considerado que la alimentación⁷ y otros hábitos de vida, como la actividad física⁸ pueden contribuir a ello. Los índices de exactitud de las causas de muerte obtenidas en España son de gran fiabilidad situándose por encima del 80%^{9,10} que las hace comparables en calidad con otros países occidentales. Por la elevada prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular^{11,12}, por el aumento de la morbilidad hospitalaria por enfermedad isquémica del corazón^{13,14} por todo ello, el impacto demográfico, sanitario y social de la cardiopatía isquémica aumentará a lo largo de las próximas décadas en España.

Según la OMS, las personas que nos dedicamos a la salud, debemos tener conciencia plena de la importancia de nuestra participación en la educación sanitaria^{15,16,17,18} no sólo en la prevención de FRC sino que además debemos estar dispuestos a ayudar con los medios necesarios a quienes experimenten dificultades para dejar estos hábitos. Nosotras, las enfermeras constituimos el colectivo social con mayor capacidad de incidir de una u otra manera sobre los FRC en la comunidad, por ello quisimos describir la prevalencia de los FRC en el personal de enfermería y evaluar el nivel de conocimientos.

Material y métodos

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo sobre 242 trabajadoras del Hospital Comarcal Sierrallana de Torrelavega (Cantabria).

Se calculó el número muestral adecuado con el programa Granmo versión 5.2. Las participantes del estudio se seleccionaron de manera aleatoria entre los enfermeros y auxiliares de enfermería que en marzo del 2005 se encontraban en activo en este hospital, respetando la proporción enfermero/auxiliar de enfermería de la población de estudio.

A cada participante, una vez explicado nuestro objetivo y pedida su colaboración, se le entregó un cuestionario autoadministrado basado en la bibliografía existente, que constaba de 13 preguntas con diferentes subapartados, con un total de 39 ítems que se resume a continuación:

- Edad, sexo, profesión, servicio y unidad de trabajo
- Antecedentes personales y familiares de enfermedad cardiovascular
- Tabaquismo: hábito tabáquico en la actualidad y/o en el pasado, cigarros/día consumidos, tiempo de fumador/exfumador.
- Hipertensión arterial: diagnóstico médico de HTA, tratamiento pautado y cumplimiento terapéutico.
- Diabetes Mellitus: diagnóstico médico de DM, tipo, tratamiento pautado y cumplimiento terapéutico.
- Dislipemia: diagnóstico médico de hipercolesterolemia, bajo HDL, elevado LDL, hipertrigliceridemia, tratamiento pautado y cumplimiento terapéutico.
- Sedentarismo: frecuencia de actividad física intensa, tiempo que camina al día
- Obesidad: diagnóstico médico de obesidad/sobrepeso; peso, talla, IMC, constitución, tratamiento pautado y cumplimiento terapéutico.
- Estrés: diagnóstico médico de ansiedad y/o estrés; autovaloración del nivel de estrés, tratamiento y cumplimiento terapéutico.
- Conocimientos: autovaloración del conocimiento de la influencia de los factores de riesgo cardiovascular en la salud. Distinguir en un listado los 3 factores de riesgo mayores del resto.

Los participantes completaron el cuestionario de manera anónima tras lo cual lo introducían en un sobre blanco codificado. Dos días por semana los miembros del equipo investigador acudían a cada unidad a recogerlos.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 11.5. Los test estadísticos utilizados fueron principalmente el test Chi-cuadrado, T Student, test de Kruskal-Wallis y test de Mann-Whitney. Los resultados se consideraron significativos si el nivel crítico observado fue inferior al 5% ($p < 0,05$).

Resultados

La edad media de los 242 participante fue de 35,29 años (21-57; DE 8,47); el 98,3% eran mujeres. El 59,8% eran enfermeras, siendo su edad significativamente inferior que en el caso de las auxiliares ($p < 0,001$). El porcentaje de respuesta fue del 100%.

Un 5% presentaba en el momento de la encuesta enfermedad cardiovascular, cuyo tipo puede verse en la figura 1.

En la valoración del hábito tabáquico destacar que un 26,4% son fumadoras activas en la actualidad con una media de $15,86 \pm 6,67$ cigarros/día y un 24,4% son exfumadores con una media de $16,36 \pm 7,03$ cigarros/día.

El 7,1% estaban diagnosticadas por un especialista en hipertensión arterial y un 5,4% de tensión arterial límite; siendo esta prevalencia estadísticamente superior en los trabajadores mayores de 39 años ($p=0,014$). El 10,8% seguía tratamiento antihipertensivo farmacológico, dietético o ambos; siendo los trabajadores mayores de 50 años los que tienen un consumo de fármacos hipotensores estadísticamente superior ($p<0,001$).

El 0,4% padecía Diabetes Mellitus no insulino dependiente, en tratamiento con antidiabéticos orales y dieta pobre en azúcares, con un correcto cumplimiento terapéutico.

El IMC medio fue de $23,46 \pm 2,99$, con un rango que abarca desde 18,26 hasta 33,33. Un 25,8% presenta un IMC superior a 25, de los cuales el 12,4% es superior a 30. La prevalencia del sobrepeso es estadísticamente superior en los mayores de 49 años ($p=0,006$). A su vez también hay que descartar que el 14,5% presentan un IMC inferior a 20, sin embargo tan sólo un 5,8% considera que su peso es bajo.

En lo referente a dislipemias destacar que el 19,4% presenta hipercolesterolemia, 7,4% HDL bajo, 10,3% LDL alto y 7,2% hipertrigliceridemia. Hay que tener en cuenta que cerca del 10% desconocía sus cifras de LDL y HDL. Las auxiliares de enfermería presentaron una prevalencia significativamente superior de hipercolesterolemia ($p:0,038$), elevado LDL ($p:0,007$) e hipertrigliceridemia ($p:0,028$). Tan sólo el 12% seguía algún tipo de tratamiento hipolipemiente (farmacológico, dietético o ambos), siendo a su vez estadísticamente superior en el caso de las auxiliares de enfermería.

Un 41% refiere llevar una vida sedentaria. Los trabajadores menores de 30 años son los que practican una actividad física más intensa ($p:0,047$). Solo el 56,4% de los participantes camina más de 30 minutos al día fuera del horario laboral.

El 73,1% de los encuestados padece estrés en mayor o menor grado, aunque sólo el 9,1% sigue un tratamiento para ello, el cual no ha sido pautado por ningún especialista. La prevalencia de dicho tratamiento es significativamente superior en el caso de auxiliar de enfermería ($p:0,032$).

El 45,8% presenta antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular, siendo en el 44% la figura del padre.

Un 100% de los encuestados refiere conocer la influencia sobre la salud de la HTA, DM, sedentarismo y sobrepeso. El 96,7% refiere conocer la influencia del estrés en su salud y el 95,5% dislipemia. A pesar de estos resultados tan sólo el 19,4% sabe distinguir los 3 factores de riesgo mayores del resto. La influencia de la HTA es la que resulta mejor conocida por los encuestados, ya que

el 90,2% la considera un factor de riesgo cardiovascular mayor. La dislipemia es así identificada por tan sólo el 44,6%, por debajo de la obesidad, mal considerada por el 46,7% un factor de riesgo cardiovascular mayor. Solo el 55,8% considera el tabaquismo un factor mayor, siendo los encuestados menores de 40 años y los fumadores los que más se equivocaron ($p=0,04$ y $p=0,032$ respectivamente). Menos del 12% se equivocó con el sedentarismo, estrés, DM y los antecedentes familiares. Los conocimientos de los FRC y su clasificación en mayores y menores se resumen en la figura 2.

Discusión

La población laboral hospitalaria estudiada dedicada a esta actividad se caracteriza por un predominio de mujeres y por una distribución de edades inferiores a la población general, sobre todo el personal de enfermería ya que se trata de personas laboralmente activas.

El consumo habitual de tabaco de nuestra muestra fue menor que en otros estudios^{19,20,21} y mayor que en otra publicación²² donde el rango de edad superaba los 74 años, y por ello era más bajo el porcentaje siendo las mujeres más jóvenes las que fumaban. En todos estos estudios existe una prevalencia mayor en mujeres jóvenes, siendo habitual la incorporación de mujeres de menor edad al hábito tabáquico, lo que en un futuro podría repercutir en la incidencia de cardiopatías y otras enfermedades relacionadas con este hábito.

En cuanto a las personas que decían tener hipertensión arterial (HTA), no realizamos medición alguna, por lo que es imposible determinar, y comparar cifras con otros estudios, ahora bien, las que declaraban su hipertensión están diagnosticadas y tratadas por un especialista. No hay diferencias con respecto al sexo ya que la mayoría eran mujeres, sí referente a la edad ya que en nuestro estudio a más edad más HTA igual que en otras publicaciones^{19,21}. Así mismo el IMC, asumiendo la subjetividad de la medición, presenta en general valores altos en las mujeres de mayor edad.

Tampoco se han obtenido controles séricos de colesterol, los datos obtenidos han sido declarados por las personas que fueron diagnosticadas y tratadas. Pensamos que es importante destacar que hay personas que saben que tiene hipercolesterolemia y no siguen ningún tratamiento, siendo las auxiliares de enfermería las que tienen una prevalencia significativamente superior de hiperlipemia.

En nuestro estudio un porcentaje elevado de trabajadoras practicaban actividad física, siendo las menores de 30 años las que con más intensidad y frecuencia hacían algún tipo de ejercicio. Aunque en otras publicaciones^{19, 21, 23}, el factor más prevalente fue el sedentarismo, en nuestra investigación ha sido el estrés, restando protagonismo a la falta de ejercicio. Selye²⁴ ha identificado al colectivo de Enfermería como una de las profesiones más estresantes, datos que coincide con nuestra población hospitalaria, siendo llamativo que se automediquen para este problema, conociendo los riesgos que ello conlleva.

Las limitaciones de este estudio han sido numerosas:

falta de mediciones de tensión arterial, determinaciones séricas de colesterol y otros aspectos tales como no poder verificar preguntas relacionadas con el ejercicio físico, consumo de tabaco y estrés. A pesar de estos sesgos ha sido importante realizar esta investigación y ver los problemas que tenemos, que no son pocos.

Añadir que, una salud óptima tanto física como psico-social beneficiaría al recurso más importante del hospital: sus empleados. Los empleados sanos suelen ser más eficientes y originan modelos de salud para los pacientes, sus familiares y la comunidad. Por lo que invitamos a la reflexión a todo el personal sanitario en su rol modélico y de promoción de la salud, ya que es preocupante la elevada prevalencia de FRC en una población activa, presuntamente sana y con una franja de edad diferente a la población general. Por lo que sería de gran importancia seguir investigando la prevalencia de FRC en nuestro medio, midiendo todas las variables del estudio de manera rigurosa, determinando y planificando programas de intervención y potenciando en todas/os las actividades que reflejen estilos de vida saludables,

y es que para cuidar tenemos que cuidarnos.

Conclusiones

- 1) Elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en una población joven y dedicada al cuidado de la comunidad.
- 2) En cuanto a la evaluación de conocimientos, todos describían su influencia y enumeraban los factores de riesgo cardiovascular, desconociendo ciertas peculiaridades sobre aspectos relacionados con el colesterol, siendo más deficiente en las auxiliares de clínica.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al Hospital Comarcal Sierrallana en Torrelavega y en especial a su personal sanitario y a la Dirección de Enfermería por facilitarnos todos los aspectos relacionados con la elaboración de este estudio.

Referencias

1. Villar Álvarez F, Banegas Banegas JM, Donado de Campos JM, Rodríguez Artalejo F. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España: Hechos y cifras. Madrid: Ergon; 2003.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la causa de Muerte 1999. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2002.
3. Alonso I, Regidor E, Rodríguez C, Gutiérrez Fisac JL. Principales causas de muerte en España, 1992. Med Clin. (Barc) 1996; 107: 441-5.
4. Villar Álvarez F, Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Rey Calero J. Mortalidad cardiovascular en España y sus Comunidades Autónomas (1975-1992). Med Clin. (Barc) 1998; 110: 321-7.
5. World Health Organization. World Health Statistics Annual 1995. Ginebra: Who, 1996.
6. Sans S, Kesteloot H, Kromhout D, et al. The burden of cardiovascular disease mortality in Europe. Task Force on the European Society of Cardiology on Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. Eur Heart J. 1997; 18: 1231-48.
7. Keys A. Seven Countries. A multivariate study of death and coronary Heart disease. Cambridge: Harvard University Press; 1980.
8. Masiá R, Pena A, Marrugat J, Sala J, Vila J, Pavesi M et al. High prevalence of cardiovascular risk factors in Gerona, Spain, a province with low myocardial infarction incidence. J Epidemiol Community Health. 1998; 52:707-15.
9. García Benavides F. Fiabilidad de las estadísticas de mortalidad. Valencia: Generalitat Valenciana; 1986.
10. Pérez G, Ribalta A, Roset P, Marrugat J, Sala J. Fiabilidad del diagnóstico de infarto agudo de miocardio inscrito como causa de muerte en los boletines estadísticos de defunción de Girona. Gac Sanit. 1998; 12: 71-5.

11. Banegas Banegas JR, Villar Álvarez F, Pérez de Andrés C, Jiménez García-Pascual R, Gil López E, Muñoz García et al. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población española de 35 a 64 años. Rev San Hig Pub. 1993; 67: 419-45.
12. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
13. Rodríguez-Artalejo F, Guallar P, Banegas JR, Rey J. Trends in hospitalization and mortality for heart failure in Spain, 1980-1993. Eur Heart J. 1997; 18: 1771-9.
14. Tunstall-Pedoe H, Kuulasmaa K, Mahonen M, Tolonen H, Ruokoski E, Amouyel P et al. Contribution of trenes in survival and coronary-event rates to changes in coronary Heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA Project populations. Lancet. 1999; 353: 1547-57.
15. Cazorla Roca M, Galán Fernández S, Corcoy Rigola R, Carrau Vidal E, Gusi Tragant G, Martínez Rubio A. Rehabilitación cardíaca. ¿Cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes? Enferm Cardiol. 2004; 11: (32-33): 58-61.
16. González López JL, Capote Toledo ML. Educación continuada en consulta de enfermería especializada: La herramienta para mantener los cambios en el estilo de vida del paciente coronario. Enferm Cardiol. 2005; 12: (35):13-19.
17. Del Río Moro O, Maldonado Vázquez A, Carmena Utrilla O, Davós Jiménez R, Garoz Martín B, Gutiérrez Noguera A, et al. Educación sanitaria a pacientes con cardiopatía isquémica. Enferm Cardiol. 2005; 12: (35):24-27.
18. Alconero Camarero AR, Cobo Sánchez JL, Mancebo Salas N, Sainz Laso R, Olalla Antolín V. Calidad de vida en personas portadoras de desfibriladores implantables. Enferm Cardiol. 2005; 12: (34):38-41.
19. Magro López AM, Molinero de Miguel E, Sáez Meabe Y, Narváez Gofinondo I, Sáez de la fuente JP, Sagastagoitia JD, et al. Prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en mujeres de Vizcaya. Rev Esp Cardiol. 2003; 56(8):783-8.
20. Tormo Díaz MJ, Navarro Sánchez C, Chirlaque López MD, Pérez Flores D. Factores de riesgo cardiovascular en la región de Murcia. Rev Esp Salud Pública. 1997; 71: 515-29.
21. Valles M, Maté G, Bronsoms J, Campins M. Prevalencia de hipertensión arterial y otros factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de un hospital. Med Clin. (Barc) 1997; 108: 604-7.
22. Segura Frago A, Rius Mery G. Factores de riesgo cardiovascular en una población rural de Castilla-La Mancha. Rev Esp Cardiol. 1999; 52: 577-88.
23. Ortega Sánchez-Pinilla R, Pardo Murcia V, Martín Díaz V, Arriero Fernández JM, Rodríguez Morofío FJ, Jiménez Díaz F. Factores de riesgo de cardiopatía coronaria en el barrio de Santa Bárbara de Toledo. Hipertensión y arteriosclerosis. 1999; 3: 16-26.
24. Selye H. The stress of life, 2nd ed. New York: MacGraw Hill; 1976.

Figura 1. Tipo de enfermedad cardiovascular

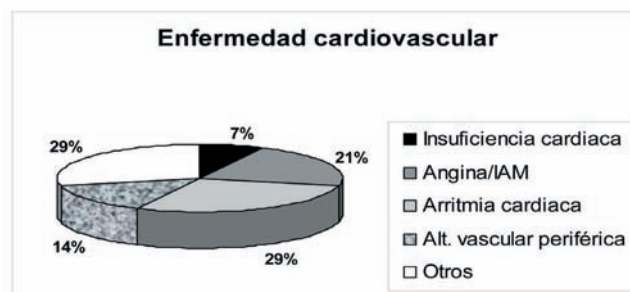


Figura 2. Conocimientos del personal sanitario de los FRC

