

# PERFILES DE RIESGO CV EN MUJERES ATENDIDAS EN CONSULTA DE ENDOCRINOLOGÍA EN GRANADA

M<sup>a</sup> José Argente --\*\*, J. Ramírez Rodrigo\*, J.A. Moreno Vázquez\*, M.A. Sánchez Caravaca\*, C. Villaverde Gutiérrez\*\*, G. Ruiz Villaverde.\*\*

\*FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE CEUTA. - U.G.R.

\*\* FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE GRANADA.- U.G.R.

## INTRODUCCIÓN – OBJETIVOS:

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte y hospitalización en la población española, ( mas de 124.000 defunciones y cerca de 6 millones de estancias hospitalarias por año), siendo las más frecuentes, la enfermedad isquémica del corazón (EIC) y la enfermedad cerebrovascular (EVC) responsables, conjuntamente, de alrededor del 60% de la mortalidad cardiovascular total.

OBJETIVOS: Describir perfiles de Riesgo Cardiovascular (RCV) en mujeres pre y posmenopáusicas, con características de riesgo, atendidas en un servicio de Endocrinología, del sistema público de salud, de la ciudad de Granada.

TABLA 1.- DESCRIPCIÓN DE AGRUPAMIENTOS Y CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

GRUPOS	Edad (años)	IMC (Kg/m <sup>2</sup> )	T.A.SIST. (mmHg)	T.A.DIAST. (mmHg)	GLUCOSA (mg/dL)	COLESTEROL (mg/dL)	HDL (mg/dL)	LDL (mg/dL)	RIESGO (%)
A n=159	Media	45,7	28,5	122,7	77,4	146,1	170,9	47,9	4,9
	D.T.	14,2	7,2	15,1	10,7	54,5	11,9	4,4	5,5
	Min.	25,0	16,6	80,0	40,0	55,0	93,0	26,0	0,1
	Máx.	74,0	52,5	160,0	105,0	300,0	195,0	61,0	187,0
	E.E.M.	1,13	0,57	1,20	0,85	8,51	0,94	0,35	7,91
B n=284	Media	49,1	35,5	129,4	82,7	183,4	204,5	55,5	6,5
	D.T.	13,4	6,0	11,7	9,3	82,5	8,7	5,6	35,8
	Min.	25,0	20,0	100,0	55,0	69,0	184,0	27,0	51,0
	Máx.	75,0	64,7	150,0	105,0	392,0	240,0	78,0	244,0
	E.E.M.	0,80	0,36	0,69	0,55	11,90	0,52	0,33	6,66
C n=118	Media	56,5	32,1	144,9	88,1	161,0	264,4	59,0	11,2
	D.T.	11,9	6,1	21,1	12,2	69,7	26,3	13,6	29,9
	Min.	25,0	22,0	105,0	60,0	69,0	234,0	17,0	105,2
	Máx.	75,0	54,7	200,0	120,0	368,0	368,0	94,0	247,0
	E.E.M.	1,09	0,56	1,94	1,12	9,96	2,42	1,25	3,86
D n=244	Media	58,7	37,6	165,4	98,2	167,5	195,7	54,0	12,4
	D.T.	10,6	6,9	15,5	10,1	54,3	15,5	5,6	38,6
	Min.	29,0	24,3	145,0	70,0	90,0	144,0	23,0	46,2
	Máx.	75,0	60,6	260,0	150,0	331,0	231,0	68,0	238,0
	E.E.M.	0,68	0,44	0,99	0,65	5,75	0,99	0,36	5,95
TOTALES n=805	Media	52,4	34,2	141,3	87,2	165,6	204,0	54,1	8,7
	D.T.	13,6	7,3	22,9	13,0	65,3	31,6	7,9	47,1
	E.E.M.	0,48	0,26	0,81	0,46	4,33	1,12	0,28	3,76

Valores medios de los factores de riesgo en los conglomerados establecidos (paneles A, B, C y D) y el conjunto de la muestra (TOTALES). Los valores difieren significativamente entre los grupos (p< 0,001).

## RESULTADOS

Las variables EDAD, IMC, P.A (Sistólica y Diastólica), COLESTEROL, c-HDL y GLUCEMIA evidenciaron una correlación significativa, débil o moderada. Consideradas en el análisis de Cluster, establecieron un modelo basado en 4 conglomerados (Tabla y Fig. 1). En **A** se agrupan preferentemente mujeres con edad <50 años (62%), nivel de IMC normal-sobrepeso (62%), TA y Colesterol normal (72% y 100% respectivamente), sin diabetes (79%). **B** Con proporción <50 años del 48%, destacan: Obesidad (91%), HTA (43%), Colesterol normal-alto (96%). En **C** con edades entre 50 y 69 años (62%), obesidad (63%), HTA (69%), colesterol normal-alto (93%) y diabetes (37%). Finalmente, **D** corresponde a edades ≥50 años (81%), obesidad (91%), HTA (100%), colesterol normal-alto (73%) y diabetes (34%). Los mayores promedios de riesgo estimado (Dorica) corresponden a los conglomerados C (11,2%) y D (12,4%). En todos los grupos, el rango de edad 60-69 muestra mayor nivel de riesgo absoluto y exceso de riesgo atribuible a factores modificables (riesgo atribuible) (Fig. 2). El análisis factorial confirma un modelo de 4 factores (Tabla 2), que explica el 78,9% de la varianza.

## MÉTODOS:

**MUESTRA:** 805 mujeres atendidas en un servicio de Endocrinología de la ciudad de Granada, con edades entre 25 y 75 años.

**METODOLOGÍA:** Se ha estimado el Riesgo CV, absoluto, marginal y atribuible, según el modelo DORICA. Para el análisis estadístico se han considerado criterios no paramétricos, con nivel de significación p≤ 0,050; con el programa SPSS v15.0©: Correlación de Spearman, diferencias de muestras independientes de Kruskal-Wallis (n muestras) y Mann-Whitney (2 muestras). Se han aplicado técnicas de clasificación mediante análisis de Cluster exploratorio en dos fases siguiendo el criterio Bayesiano de Schwarz, y posteriormente, por el método de k-medias para 4 conglomerados. Se ha realizado un estudio confirmatorio factorial por el método de componentes principales con rotación varimax.

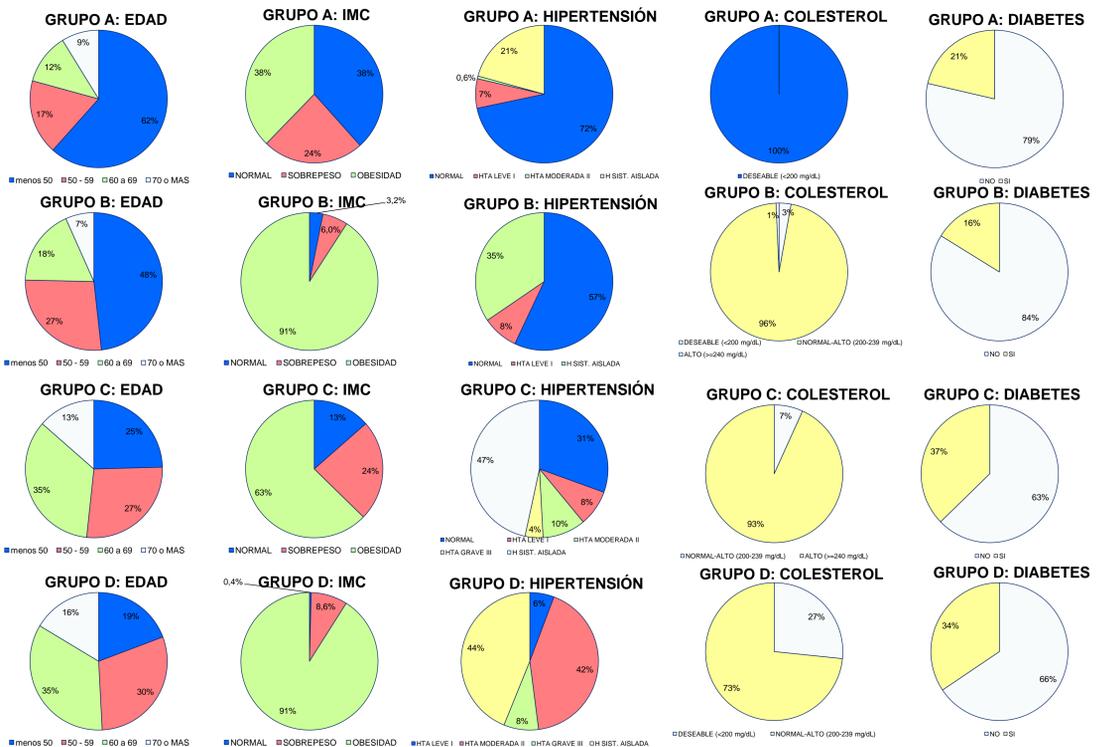


FIGURA 1.- Distribución de los diferentes factores de riesgo en los conglomerados establecidos

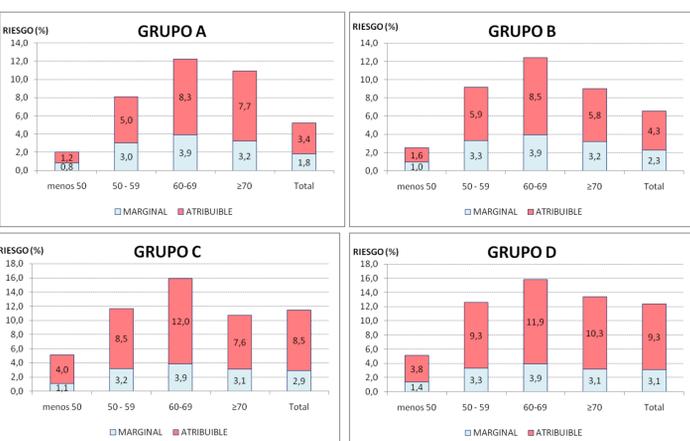


FIGURA 2.- Diagrama de riesgo en los diferentes grupos considerados. La suma de riesgo marginal más riesgo atribuible arroja el riesgo absoluto estimado, en cada caso.

## DISCUSIÓN

Nuestros resultados apoyarían la construcción de un modelo explicativo de 4 factores (Obesidad-HTA, Dislipemia, Edad-HTA y Diabetes), que inciden de forma diferente, clasificando la muestra en 4 grupos de riesgo. Así, en los grupos C y D se congregan las de riesgo más elevado, incluyendo mujeres con un perfil de mayor edad, y alta prevalencia de obesidad, HTA, Colesterol y Diabetes. En el otro extremo, se sitúan los grupos A y B, con menor edad promedio y exposición. La diferencia de riesgo entre estos últimos se explica por la mayor prevalencia de obesidad, HTA, colesterol alto, en el grupo B. En todos los grupos, el exceso de riesgo atribuible a la exposición a los factores resulta mayor en el rango de 60 a 69 años, lo que justificaría un esfuerzo especial de control en ellas.

### BIBLIOGRAFÍA:

- Aranceta, J, Pérez Rodrigo C, Foz Sala, M, Mantilla T, Serra Majem LL, Moreno B, Monereo S, Millán J, y Grupo Colaborativo para el estudio DORICA fase II. Tablas de Evaluación del Riesgo Coronario adaptadas a la población española. Estudio Dorica. Med Clin (Barc). 2004;123(18):686-91.  
Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de la guía europea de prevención cardiovascular. Rev Esp Salud Pública. 2004;78:435-8.  
Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. Eur Heart J. 2003;24:987-1003.  
De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force of European and other societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of eight societies and by invited experts). Eur Heart J. 2003;24:1601-10.  
Fries JF.- Aging, natural death, and the compression of morbidity. 1980; 303:130-5.  
Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Grupos terapéuticos y Principios activos de mayor consumo en el Sistema Nacional de Salud durante 2004. 2005;29(2):49-53.  
Rowe JL, Khan RL. Successful aging. Gerontologist. 1997; 37(4):15-20.  
Siles Gutiérrez M, AvilaMuñoz L, Gomez Juanes V. Sistema de codificación de principios activos y Dosis Diarias Definidas del INSALUD. 2ª Ed. Madrid: MSC 2002.

FACTOR	DESCRIPCIÓN	VARIABLE	CARGA FAC.
1	OBESIDAD-HIPERTENSIÓN	IMC	0,839
		T.A.SIST.	0,690
		T.A.DIAS.	0,746
2	DISLIPEMIA	COLEST.	0,826
		c-HDL	0,831
3	HIPERTENSIÓN LIGADA A EDAD	EDAD	0,869
		T.A.SIST.	0,595
4	DIABETES	T.A.DIAS.	0,437
		GLUCEMIA	0,976

TABLA 2- Interpretación de los factores extraídos

## CONCLUSIONES

1.- Nuestros resultados apoyan un modelo explicativo de 4 factores (Obesidad-HTA, Dislipemia, Edad-HTA y Diabetes), que configuran 4 grupos de riesgo diferentes.

2.- El mayor nivel de riesgo atribuible, en el rango de edad 60-69 años, alerta sobre la necesidad de un especial seguimiento preventivo y terapéutico, en este grupo.