

## Percepción y conocimientos de los factores de riesgo cardiovasculares

<sup>1</sup> Lara Menéndez González

<sup>2</sup> Gloria María González Sánchez

<sup>1</sup> Enfermera. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria y Dirección de contacto: [laramenendezgonzalez@gmail.com](mailto:laramenendezgonzalez@gmail.com)  
Salud Mental. Centro de salud (CS) Llano Gijón (Asturias).

<sup>2</sup> Enfermera. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. CS  
La Felguera (Asturias).

### Resumen

**Objetivo:** evaluar en sujetos con un riesgo cardiovascular moderado-muy alto, la percepción del riesgo cardiovascular (RCV) y el conocimiento de los factores de riesgo (FRCV).

**Método:** diseño trasversal analítico. Población: selección mediante muestreo aleatorio simple una muestra de 247 sujetos entre 40-65 años pertenecientes al centro de salud (CS) El Coto (Gijón), sin antecedentes de enfermedades cardiovasculares (ECV) y riesgo cardiovascular moderado-muy alto a fecha de enero de 2015. Mediciones principales: entrevista personal. Variables antropométricas y biomarcadores. Instrumento para medir la percepción del riesgo cardiovascular (PRHDS), cuestionario *ad hoc* sobre el conocimiento de FRCV. Análisis: asociaciones bivariantes: test Chi cuadrado/McNemar. Índice de concordancia kappa entre variables categóricas.

**Resultados:** respuesta de 132 participantes. El 60,6% (IC95%:51,73-68) presentó RCV moderado, alto el 19,7% (IC95%:13,29-27,51) y muy alto el 19,7% (IC95%:13,29-27,51). El 92,3% (IC95%:74,87-99,05) de los sujetos con RCV muy alto y el 80,8% (IC95%:60,65-93,45) con RCV alto, tienen una percepción de riesgo moderada de sufrir un evento cardiaco. El nivel más alto de conocimientos en la identificación de FRCV se localizó en sujetos con RCV moderado (57,6%) frente al RCV muy alto (27,3%) ( $p=0,05$ ). Se mostró bajo nivel de conocimientos de los objetivos terapéuticos, siendo la tensión arterial el parámetro con mayor nivel de conocimiento (61,4%) y la obesidad abdominal el de menor conocimiento (9,1%).

**Conclusiones:** la existencia de una brecha entre percepción y riesgo real de sufrir ECV, junto con el bajo nivel de conocimientos de los FRCV, señala la necesidad de estrategias de comunicación de riesgo eficaces y la aplicación de las directrices europeas para la prevención primaria de ECV.

**Palabras clave:** conocimiento; factores de riesgo; enfermedad cardiovascular.

### Abstract

#### Prevention and knowledge about cardiovascular risk factors

**Purpose:** to evaluate cardiovascular risk (CVR) perception and knowledge on cardiovascular risk factors (CVRF) in subjects with moderate-to-very high cardiovascular risk.

**Methods:** a cross-sectional analytic study. Population: participants were recruited by means of a simple random sampling to select a sample of 247 subjects aged 40-65 years in the health center (HC) El Coto (Gijón, Spain), with no history of cardiovascular diseases (CVD) and moderate-to-very-high cardiovascular risk in January 2015. Main assessment: a personal interview. Anthropometric variables and biomarkers. A tool to measure cardiovascular risk perception (PRHDS), *ad hoc* questionnaire on CVRF knowledge. Analysis: bivariate associations: chi-squared/McNemar tests. Kappa concordance index between categorical variables.

**Results:** answers from 132 participants were available. CVR was moderate in 60.6% (95%CI: 51.73-68) of participants, high in 19.7% (95%CI: 13.29-27.51) and very-high in 19.7% (95%CI: 13.29-27.51). A moderate perception of the risk of a cardiac event was found in 92.3% (95%CI: 74.87-99.05) of subjects with a very-high CVR and in 80.8% (95%CI: 60.65-93.45) of subjects with a high CVR. The highest level of knowledge on the identification de CVRF was observed in subjects with a moderate CVR (57.6%) compared to the ones with a very high CVR (27.3%) ( $P=0.05$ ). A low knowledge on therapeutic targets was found, with the best known factor being blood pressure (61.4%) and worst known one being abdominal obesity (9.1%).

**Conclusions:** an existing gap between perception and actual risk to have a CVD, as well as the low level of knowledge on CVRF highlight the need for effective communication strategies on the risk and for applying current European guidelines for primary prevention of CVD.

**Key words:** knowledge; risk factors; cardiovascular disease.

## Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se han convertido en un problema de salud de primer orden. Se calcula que de aquí a 2030 casi 23,6 millones de personas morirán por alguna ECV, principalmente por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares (ACV). Hay que tener en cuenta que el aumento de la prevalencia significará una mayor demanda de recursos en el futuro, constituyendo una fuente muy importante de discapacidad. Hoy en día ya suponen el 15% de los costes sanitarios totales (1).

La prevención de las ECV se basa tradicionalmente en el control de los factores de riesgo (FR) de los individuos (2-4). Un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) es una característica biológica, un hábito o un estilo de vida, que aumenta la probabilidad de padecer o de morir a causa de una ECV en aquellos individuos que lo presentan (5).

Los FR pueden ser no modificables, confieren el riesgo basal para cada individuo: edad, sexo, factores genéticos/historia familiar; o modificables, tienen un efecto modulador sobre el riesgo predeterminado y son los de mayor interés, con una asociación más fuerte con la ECV y muy habituales en la población. La ventaja de los FR modificables es que cabe actuar de forma preventiva: hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus (DM), glucemia basal alterada y sobrepeso/obesidad (particularmente la obesidad abdominal o visceral), de forma habitual unidos a la inactividad física y a los malos hábitos alimentarios (5-11).

La lucha contra los FR modificables de las ECV es uno de los aspectos críticos de la prevención primaria (5,6,13) según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Con cambios adecuados del estilo de vida se podría prevenir más de tres cuartas partes de la mortalidad cardiovascular (CV), reduciéndola más que los tratamientos farmacológicos, pero la falta de adherencia es un problema fundamental en la modificación del riesgo (2).

Aunque está demostrado que la prevención funciona, existe una subestimación del enfoque no farmacológico en la gestión del riesgo de ECV: más del 50% de la reducción de la mortalidad CV se relaciona con la modificación de los FR y el 40% con la mejora de los tratamientos (6).

El concepto de RCV es epidemiológico, se aplica en el ámbito individual, y se define como la probabilidad de presentar cierto evento cardiovascular a lo largo de un determinado periodo de tiempo (13,14).

Las creencias personales ejercen una importante influencia sobre la salud de los individuos, pues un estímulo pone en evidencia las creencias de la persona e inicia un proceso de cambio (9).

El primer paso fundamental en la prevención de ECV es tener consciencia de que se está en riesgo (15). Esto requiere que cada persona conozca las cifras de sus parámetros de RCV y tenga una percepción correcta del riesgo de enfermedad que esos valores significan (2,3,15,16-19).

En relación al RCV, existe una gran brecha entre el riesgo percibido y el riesgo objetivamente medido, además del desconocimiento de las cifras objetivo (15,20,21). Este hecho podría incidir en los aspectos conductuales y explicar en parte los escasos comportamientos de salud positivos (17,20).

Las enfermeras y otros profesionales de salud tienden a asumir que los pacientes tienen el mismo sistema de percepción que el suyo (2,3). Sin embargo, se sabe que la realidad no es así, sino que las personas subestiman constantemente su riesgo de tener un evento cardiovascular, de esto deriva que si la percepción de un individuo difiere del riesgo evaluado por el profesional de salud, puede indicar que la persona no esté preparada para realizar cambios en su estilo de vida (2,16,22).

Es indispensable a la hora de proyectar estrategias de educación para la salud en estos pacientes, conocer cuál es su nivel de conocimientos. Es importante que las personas con algún RCV tengan un buen conocimiento de su riesgo, puesto que la mayoría de ellos lo desconoce, así como de los beneficios del tratamiento y del control de las cifras que, en definitiva, incidirán en una mayor cantidad y mejor calidad de vida. Pero para que esto ocurra, se requiere la participación de una educación sanitaria en todos los niveles asistenciales (18,23).

Por ello, como objetivo principal se plantea el evaluar en personas entre 40-65 años con un riesgo cardiovascular moderado-muy alto, la percepción del RCV y el conocimiento de los FRCV, en un centro de salud.

Como objetivos específicos se encuentran:

- Determinar la prevalencia real del RCV y de los FRCV.
- Estudiar la relación entre la prevalencia de los FRCV y el conocimiento para la identificación de dichos factores de riesgo.

- Evaluar la relación entre el riesgo cardiovascular y el conocimiento en la identificación de los FRCV.
- Estudiar si la prevalencia de cada FRCV se asocia al conocimiento de dicho factor de riesgo.
- Evaluar la percepción sobre el riesgo que tiene para su salud cardiovascular, la presencia de FRCV.

## Método

### Diseño y ámbito de estudio

Se realizó un estudio transversal sobre una muestra de población con un riesgo cardiovascular moderado, alto o muy alto, entre abril y diciembre de 2015 en el CS El Coto, perteneciente al área V del Sistema de Salud del Principado de Asturias.

### Población y muestra

La población diana la constituyeron 1.630 sujetos entre 40-65 años, con un registro de riesgo cardiovascular (*Systematic Coronary Risk Evaluation*; SCORE  $\geq$  2%) en el último año y que no hubiesen presentado ningún evento cardiovascular previo, a fecha del 31 de enero de 2015.

Para seleccionar la población diana se basó en la *Guía europea sobre prevención de enfermedades cardiovasculares en la práctica clínica* (6).

El tamaño de la muestra fue determinado teniendo en cuenta la media media ( $\bar{x}= 43$ ) y la desviación típica ( $SD\pm 7,46$ ) del estudio realizado por Ammouri et al. (2), *Perception of risk of coronary Heart disease among Jordanians* que evalúa la percepción del riesgo cardiovascular en una población adulta jordana. Para el cálculo de la muestra se tuvo en cuenta un 30% de pérdidas.

El tamaño de la muestra diseñada fue de 247 sujetos, con una precisión de  $\pm 1$  (confianza del 99%) que cumplieran los criterios de selección.

La selección se llevó a cabo mediante un muestreo aleatorio simple, a partir de la aplicación informática OMI-AP para la gestión de historias clínicas en Atención Primaria en el Principado de Asturias. Se invitó a participar directamente a los sujetos seleccionados de manera telefónica y se les explicó el objetivo del estudio y el procedimiento de la investigación.

Todo el proceso de muestreo se llevó a cabo con el programa estadístico Epidat 4.0.

### Variables e instrumentación

Se estudiaron las variables sociodemográficas: sexo, estado civil y estudios finalizados. Para la estratificación del RCV se utilizó el sistema de cuantificación del riesgo cardiovascular SCORE para países de bajo riesgo cardiovascular.

#### *Variables principales:*

Factores de riesgo cardiovasculares. Se considerará la presencia del factor de riesgo cardiovascular en función de los datos recogidos durante la entrevista y los datos registrados en la aplicación OMI-AP para la gestión de la historia clínica electrónica, basándose en los rangos de los parámetros antropométricos y biomarcadores determinados en la *Guía Europea sobre prevención cardiovascular*, 2012 (6).

- Sexo masculino.
- Edad > 55 en hombre y > 65 en mujeres.
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz (< 55 años en hombres y < 65 años en mujeres).
- Tabaquismo. Fumador: persona que ha fumado durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Exfumador: persona que habiendo sido fumadora no ha consumido tabaco en los últimos 12 meses.
- Tensión arterial elevada: registro de episodio de HTA y/o sujetos con tratamiento farmacológico antihipertensivo.
- Colesterol total elevado: sujeto con tratamiento farmacológico antidislipemiente o cifras  $\geq$  200 mg/dl presente en una bioquímica sanguínea realizada hace menos de un año.

- Obesidad: IMC  $\geq 30$  en el momento del estudio.
- Obesidad abdominal: perímetro abdominal  $\geq 102$  cm en hombres/  $\geq 88$  cm en mujeres en el momento del estudio.
- Sedentarismo. Valoración de la actividad física a través del cuestionario validado IPAQ (24).
- Diabetes mellitus: registro de episodio de DM I/DM II en la historia clínica OMI-AP con o sin tratamiento farmacológico mediante el CIAP-T90.
- Alcohol: cuantificación de unidades de bebida estándar (UBE) siendo factor de riesgo un consumo de alcohol en mujeres  $> 10$  UBE y en hombres  $> 20$  UBE.

La variable principal del estudio fue la percepción del riesgo cardiovascular evaluada mediante el PRHDS (2,3); instrumento validado y autoadministrado para medir la percepción del riesgo de padecer una enfermedad cardíaca. El PRHDS original se compone de 38 elementos, con tres subescalas: alto riesgo (siete ítems), riesgo (seis ítems) y riesgo desconocido (siete ítems). Los ítems se codifican utilizando una escala Likert de cuatro puntos que van desde 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Las puntuaciones más altas en las subescalas PRHDS indican una mayor percepción de riesgo de contraer enfermedades del corazón: riesgo alto (20-40 puntos), de riesgo (40-60 puntos), riesgo desconocido (60-80 puntos). El alfa de Cronbach total fue de 0,80 para la escala total.

Se creó un cuestionario *ad hoc* donde se evaluó el conocimiento y percepción de los sujetos acerca de cuatro FRCV: tensión arterial elevada, colesterol, obesidad, obesidad abdominal y diabetes mellitus. También se pasó un listado con todos los FRCV para que los sujetos los identificasen.

El desarrollo del estudio se dividió en dos momentos. Un primer momento donde se realizó la entrevista personal estructurada y un segundo momento donde se llevó a cabo un examen físico, midiendo y registrando mediante métodos directos de medida estandarizados: peso, talla, perímetro abdominal y tensión arterial.

Aquellos pacientes que no tuviesen una analítica en un periodo inferior de un año, se les citó para la extracción de una bioquímica sanguínea.

### Análisis de datos

Se calcularon estadísticos descriptivos para las variables cuantitativas: la media, desviación estándar (DE), rango observado, rango posible e intervalos de confianza al 95% (IC95%). Para las variables cualitativas se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes.

El análisis comparativo de las variables cuantitativas se realizó mediante la prueba ANOVA o prueba estadística no paramétrica del test de Kruskal-Wallis. Se aplicaron las pruebas *post-hoc* adecuadas según la homogeneidad (Scheffe o Games-Howell) para determinar específicamente entre qué grupos hubo diferencias significativas. Para la comparación de variables categóricas se empleó el test Chi cuadrado.

Para evaluar el índice de concordancia entre dos variables categóricas se utilizó el índice de concordancia kappa (Landis y Koch):  $< 0$  pobre, 0 a 0,20 leve, 0,21 a 0,40 mediana, 0,41 a 0,60 moderada, 0,61 a 0,80 sustancial, 0,81 a 1,00 casi perfecta.

Se asumió un nivel de significación  $p < 0,05$ . El análisis de datos se efectuó con el programa estadístico SPSS 21.0.

### Consideraciones éticas

El estudio de investigación fue aprobado por el Comité de ética e investigación del Hospital de Cabueñes y reúne los requisitos éticos de la declaración de Helsinki. Se explicó a los participantes los objetivos del estudio y se les solicitó que firmaran un consentimiento informado.

### Resultados

La muestra seleccionada final estuvo conformada por 132 sujetos. El porcentaje de pérdidas fue del 46,56% de la muestra total inicial, debido principalmente a la imposibilidad de contacto telefónico con los sujetos seleccionados (59,5%), no aceptación en la participación del estudio (23,9%) y otras causas 16,6% (evento cardiovascular, exitus, dificultad de desplazamiento). En la Tabla 1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra total.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra total

VARIABLES	n= 32	Porcentaje (%)	IC 95%	
<b>Sexo</b>				
Hombre	89	67,4	58,72	75,32
Mujer	43	32,6	24,68	41,27
<b>Estado civil</b>				
Casado	98	74,2	65,91	81,46
Soltero	13	9,8	5,35	16,25
Divorciado/separado	16	12,1	7,09	18,94
Viudo	5	3,8	1,24	8,62
<b>Estudios finalizados</b>				
No completo Ed. Primaria	3	2,3	0,47	6,50
Ed. Básica	61	46,2	37,50	55,10
Ed. Secundaria	30	22,7	15,89	30,83
Ed. Superior	38	28,8	21,24	37,31
	Media	DE	Máx	Mín
<b>Edad</b>	60,36	4,98	66	42

El RCV estimado fue de: 19,7% (IC 95% 13,29-27,51) RCV muy alto, 19,7% RCV alto (IC 95% 13,29-27,51) y 60,6% (IC 95% 51,73-68) RCV moderado; teniendo en cuenta que para este análisis se eliminaron los sujetos que presentaban DM, ERC moderada o FR muy elevado, ya que la *Guía europea de prevención cardiovascular* (6) los define directamente como sujetos de riesgo alto/muy alto.

El promedio de FR presentes en la muestra fue de 4,67 (DE  $\pm$ 1,86) por persona, siendo los FR más prevalentes el CT alto (68,9%), el sexo (67,4%), la edad (59,1%) y cifras de TA elevadas (64,4%). El 80,3% de la muestra total presentaba algún FR no modificable y a su vez el 97% presentaba algún FR modificable. En la Tabla 2 se presentan los FRCV modificables y no modificables.

La puntuación media para el PRHDS fue de 53,54 (DE  $\pm$ 6,34), observándose que un 2,3% de la muestra total tenía una percepción de riesgo desconocido para padecer enfermedades cardíacas, un 85,6% una percepción de riesgo moderado y un 12,1% una percepción de alto riesgo. El 92,3% de los sujetos con un RCV muy alto y el 80,8% de los sujetos con un RCV alto, tienen una puntuación en el cuestionario PRHDS que corresponde con una percepción de riesgo moderado de padecer enfermedades del corazón ( $p= 0,446$ ) (Tabla 3).

Con respecto al conocimiento para la identificación de los FRCV por parte de los sujetos del estudio, los FR identificados con menor frecuencia fueron: el sexo masculino (25,8%), la edad en hombres (39,4%), la edad en mujeres (33,3%), antecedentes familiares de ECV (49,2%) y diabetes mellitus (62,9%).

El nivel más alto de conocimiento en la identificación de los FRCV se localiza en los sujetos con RCV moderado (57,6%) en comparación con los sujetos con un RCV muy alto (27,3%)  $p= 0,05$ . Se observó que un 22% de la muestra tenía conocimiento de todos los FRCV.

Se estudió el conocimiento acerca de los FRCV: tensión arterial, colesterol total, obesidad, obesidad abdominal y diabetes mellitus (Tabla 4).

#### Conocimientos sobre el FR tensión arterial

Un 62,7% (IC 95% 53,64-71,15) de la muestra total del estudio presentaba el FR TA elevada, de estos un 40,5% (IC 95% 31,83-49,58) refirió ser hipertenso ( $k= 0,516$ ;  $p< 0,01$ ). Un 13,5% (IC 95% 5,59-25,79) de los sujetos a tratamientos farmacológico ( $n= 52$ ) consideraba no ser hipertenso.

**Tabla 2.** Factores de riesgo cardiovascular de la muestra total

Variables	n= 32	Porcentaje (%)	IC 95%	
<b>FR no modificables</b>	106	80,3	72,49	86,71
FR sexo	89	67,4	58,72	75,32
FR edad	78	59,1	50,20	67,56
FR antecedentes familiares de ECV	21	15,9	10,13	23,28
<b>FR modificables</b>	120	97	92,42	99,17
FR tabaco	43	32,6	24,68	41,27
FR tensión arterial $\geq$ 140/90 mmHg	85	64,4	55,59	72,53
FR colesterol total $\geq$ 200 mg/dl	91	68,9	60,30	76,70
FR obesidad	42	31,8	23,99	40,49
FR obesidad abdominal	55	41,7	33,15	50,56
FR sedentarismo	42	31,8	23,99	40,49
FR diabetes mellitus	19	14,4	8,89	21,56
FR alcohol	24	18,2	12,01	25,83
	Media	DE	Min	Máx
Nº de FRCV	4,67	1,86	1	10

**Tabla 3.** Percepción de padecer enfermedades cardíacas (n= 132)

Variable	Media	DE	Rango observado	Rango posible	IC 95%
Total PRHDS	53,54	6,34	32-73	20-80	52,45-54,63
Percepción de riesgo desconocido	19,80	3,17	10-28	7-28	19,25-20,35
Percepción de riesgo moderado	16,39	2,68	6-22	6-24	15,93-16,85
Percepción de riesgo alto	17,34	3,36	7-25	7-28	16,76-17,92

**Tabla 4** Conocimiento sobre los FRCV

Variables [%]		Prevalencia real	Prevalencia percibida	Grado de concordancia	valor p
<b>Conocimientos sobre el FR tensión arterial (TA)</b>					
FR tensión arterial		62,7	40,5	51,6	< 0,01
Conocimiento de sus cifras de TA	Total	18,9	66,7	20,9	< 0,01
Conocimiento cifras de normalidad TA	Total	61,4	71,2	74,8	< 0,01
<b>Conocimientos sobre el FR colesterol total</b>					
FR colesterol total (CT)		68,9	31,7	31,7	< 0,01
Conocimiento de sus cifras de CT	Total	18,2	38,2	53,3	< 0,01
Conocimiento cifras de normalidad CT	Total	40,4	54,5	73,2	< 0,01
<b>Conocimientos sobre el FR obesidad</b>					
FR obesidad		31,8	24,2	59	< 0,01
Conocimiento de su peso actual	Total	70,8	90,9	27,5	< 0,01

**Tabla 4** Conocimiento sobre los FRCV (continuación)

Variables [%]		Prevalencia real	Prevalencia percibida	Grado de concordancia	valor p
<b>Conocimientos sobre el FR obesidad abdominal</b>					
FR Perímetro abdominal (PA)		41,7	53,8	33,5	< 0,01
Conocimiento de sus cifras de PA	Total	4,5	10,6	57,3	< 0,01
Conocimiento cifras normalidad PA	Total	9,1	12,1	84,1	< 0,01
<b>Conocimientos sobre el FR diabetes mellitus</b>					
FR diabetes mellitus		14,4	12,9	84,4	< 0,01
Conocimiento de sus cifras de glucosa basal	Total	9,8	22,9	54,1	< 0,01
Conocimiento cifras de normalidad glucosa basal	Total	19,7	36,2	61,3	< 0,01

Se encontró un grado de concordancia insignificante entre la percepción de los sujetos y la clasificación de las cifras de TA media ( $k = 0,128$ ;  $p < 0,01$ ). El 17% de los sujetos que presentaba cifras medias de TA muy altas considera que sus cifras son altas y el 83% consideraba que estaba dentro de los límites de normalidad ( $p < 0,01$ ).

Un 28,8% (IC 95% 21,24-37,31) de la muestra refiere no conocer los valores objetivo de buen control de la TA.

El 41,2% de los sujetos hipertensos ( $n = 85$ ; IC 95% 30,61-52,38) no cree que sus cifras de TA afecten a su salud cardiovascular.

#### Conocimientos sobre el FR colesterol total (CT)

El 68,9% (IC 95% 60,30-76,70) de los sujetos del estudio presentaba el FR CT alto, el 55,8% de los pacientes con este FR considera no presentarlo ( $k = 0,317$ ;  $p < 0,01$ ). Un 26,3% (IC 95% 9,15-51,20) de los sujetos a tratamiento farmacológico con antidiisipemiantes ( $n = 19$ ) consideraba no presentar dicho FR.

El 59,3% de las personas con el FR que presentaba cifras de CT muy altas, consideraba que sus cifras eran altas y el 37% que estaba dentro de los límites de normalidad ( $p < 0,01$ ).

Se encontró un grado de concordancia considerable y estadísticamente significativo entre el investigador y los sujetos del estudio ( $k = 0,732$ ;  $p < 0,01$ ) con respecto al conocimiento de las cifras de normalidad del CT, existiendo un mayor porcentaje de acierto entre los sujetos que presentaban el FR con respecto a los que no lo presentaban (78,2% vs. 64,7%;  $p < 0,01$ ).

El 39,6% de los sujetos que presentaba el FR CT ( $n = 91$ ; IC 95% 29,46-50,36) no cree que sus cifras de CT afecten a su salud cardiovascular.

#### Conocimientos sobre el FR obesidad

El FR obesidad estaba presente en el 31,8% (IC 95% 23,99-40,48) de los sujetos, siendo dicho FR reconocido en un 24,2% (IC 95% 17,21-32,47) de estos.

El 80,5% de los pacientes que presenta el FR no conoce su estado nutricional, el 73,2% considera que presenta sobrepeso y un 4,9% normopeso. De la misma manera un 29,8% de los individuos con sobrepeso percibe encontrarse dentro de los límites de normalidad ( $p < 0,01$ ).

El 21,4% (IC 95% 10,30-36,81) de los individuos obesos ( $n = 42$ ) no cree que su peso afecte a su salud cardiovascular.

#### Conocimientos sobre el FR obesidad abdominal

Un 41,7% de los sujetos del estudio (IC 95% 33,15-50,56) presentaba el FR obesidad abdominal; de estos, el 21,8% consideraba no tener obesidad abdominal.

Un 55,1% (IC 95% 45,66-64,25) de los sujetos de la muestra total no tiene una apreciación correcta de su grado de obesidad abdominal; el 80,4% de estos que presentaba un perímetro abdominal muy alto, considera que su perímetro abdominal era alto y el 13% considera que era normal ( $p < 0,01$ ).

Se encontró un grado moderado de concordancia con respecto al conocimiento de sus cifras del perímetro abdominal ( $k=0,573$ ;  $p<0,01$ ), observándose un mayor porcentaje de acierto por parte de los sujetos que presentaban el FR frente a los que no presentaban dicho FR (60% vs. 33,3%;  $p<0,01$ ).

El 30,9% de los sujetos que presenta el FR obesidad abdominal ( $n=55$ ) no cree que sus cifras de perímetro abdominal afecten a su salud cardiovascular.

### Conocimientos sobre el FR diabetes mellitus (DM)

El 14,4% (IC 95% 8,89-21,56) de la muestra total presentaba el FR DM. El 15,8% de los sujetos con este FR consideraba que no era diabético.

En lo que respecta a la clasificación de sus cifras de glucosa, el 57,1% de los sujetos diabéticos que presentaba cifras de glucosa muy alta consideraba que estas eran altas y el 28,6% consideraba que estaban dentro de los límites de normalidad ( $p<0,01$ ).

Con respecto al conocimiento de los valores objetivo de buen control de la glucosa basal, un 62,9% (IC 95% 54,04-71,12) de la muestra total refiere no conocerlos, siendo los sujetos diabéticos los que refirieron un mayor conocimiento de los valores de normalidad que los que no presentaban dicho FR (84,2% vs. 27,4%;  $p<0,01$ ).

El 36,8% de los pacientes diabéticos ( $n=19$ ; IC 95% 16,29-61,64) no cree que sus cifras de glucosa basal afecten a su salud cardiovascular.

El 14,3% (IC 95% 3,38-39,58) de los sujetos diabéticos refirió conocer las cifras de normalidad de la HbA1c, de estos sujetos, ninguno conoce realmente las cifras de normalidad.

Un 21,1% (IC 95% 6,05-45,56) de los pacientes con diabetes considera que sus cifras de HbA1c no afectan a su salud cardiovascular.

### Discusión y conclusiones

Según los hallazgos de un estudio (25) de prevalencia realizado en España, existe una tendencia ascendente de la prevalencia de los FRCV que se asemejan a los del presente estudio para la diabetes mellitus (14,4% vs. 13%), tabaco (32,6% vs. 25%) y obesidad (31,8% vs. 29%), siendo superiores estas prevalencias en este estudio para el FR tensión arterial (64,4% vs. 43%) y colesterol total (68,9 vs. 41%). Hay que tener en cuenta que en el presente estudio se parte de sujetos con un RCV reconocido, de ahí la mayor proporción de FRCV; a esto hay que sumarle que la media de edad se sitúa entre 42 y 66 años, sabiendo que la frecuencia de algunos FR como la HTA se incrementan con la edad, alcanzando cifras de prevalencia en torno al 68% en personas de edad  $\geq 60$  años (5).

A pesar de que la mortalidad por ECV es la principal causa de muerte en España (5,22), se evaluó una percepción de riesgo moderada de sufrir un evento cardiovascular para una población entre los 40 y 65 años; resultados muy similares a los del estudio original (2) y al último estudio de prevalencia que se realizó en España en el 2013 para las mismas franjas de edad (26). Se objetiva una subestimación del riesgo cardiovascular real, puesto que el 92,3% de los sujetos con un RCV muy alto percibe tener un riesgo moderado de padecer enfermedades del corazón.

Estos resultados apoyan los hallazgos de Perez-Manchon et al. (27) y el estudio di@bet.es (28) que encuentran una concordancia insignificante entre el RCV real y el percibido por los sujetos. Esta infravaloración del RCV concuerda con los resultados de Coca et al. (20), en los que del 60% de los pacientes que presentaba un RCV alto/muy alto, solo el 27% lo percibía como tal.

La subestimación del RCV pudiera estar influenciada por diversos factores, entre los que destaca la escasa información que se proporciona a los sujetos sobre la realidad de su estado de salud, en algunos casos porque los profesionales de la salud tienden a asumir que los pacientes tienen el mismo sistema de percepción que el suyo, lo que conlleva a subestimarlo y a infratratarlo (2,3,27).

El menor conocimiento para la identificación de FRCV se localiza en los FR no modificables, concretamente en la edad y género, constatándose estas mismas observaciones en otros estudios (4,19). Dichos resultados pudieran deberse a la imposibilidad de actuar sobre los factores de riesgo no modificables y, por lo tanto, a la escasa información que se les



proporciona a los sujetos sobre ellos. Otra explicación puede ser que los riesgos relacionados con el comportamiento son más fáciles de entender que los fisiológicos y genéticos.

La identificación de todos los FRCV se localiza en una pequeña parte de la muestra (22%), indicando que existe un escaso conocimiento del efecto sinérgico que ejercen todos los FR sobre la aparición de ECV (5,10,20).

La escasa diferencia de conocimiento que se manifiesta entre sujetos que presentan el FR y los no expuestos a dichos FR, podría explicar una infravaloración por parte de los profesionales sanitarios del proceso de informar a la población sobre sus FR y una labor insuficiente en lo que respecta tanto a la prevención primaria como secundaria.

La TA representa uno de los principales FRCV y es uno de los parámetros clínicos más controlados en las consultas de enfermería independientemente de presentar o no el FR, puesto que el 19% de los sujetos hipertensos acude una vez al mes a las consultas de AP (29). Sin embargo, el presente estudio pone de manifiesto que existe una importante proporción de sujetos (38%) que infravaloran presentar dicho FR, manifestándose este hecho en otros trabajos (28-30).

De la misma manera esta infravaloración está de manifiesto en el FR colesterol total elevado (21,28,29) y en el FR DM. Una de cada 10 personas con diabetes desconoce que lo es, resultados similares se hallaron en otros estudios (12,21,29), destacando un amplio análisis poblacional de ámbito nacional, el estudio di@bet.es (28), donde se documentó que el 13,8% de la población española padece diabetes y hasta una tercera parte lo desconoce.

El grado de conocimiento del peso actual es alto en toda la muestra, algo razonable, ya que el peso es un factor medido asiduamente, no tanto por ser un FRCV sino por ser un factor estético para la población; sin embargo, casi la mitad de la muestra tiene una distorsión de su estado nutricional real, porque más de un tercio de los sujetos obesos no creían serlo y casi tres cuartos de estos consideraban tener un problema de sobrepeso.

Sin embargo, existe una mayor percepción por parte de los sujetos de padecer obesidad abdominal en comparación con la prevalencia real, se cree que por un déficit de conocimiento de lo que es realmente la obesidad abdominal, puesto que objetivamente tan solo el 9,1% conoce los valores terapéuticos del perímetro abdominal, no difiriendo de los resultados de otros estudios (21,30,31). Rivas et al. (18) concluyen en su estudio que existe un nulo conocimiento de dichas cifras.

En lo que respecta al conocimiento de sus cifras de TA, más de la mitad de la muestra refirió tener conocimiento de sus cifras de TA, pero la realidad es que tan solo el 18,9% tenía un conocimiento real, resultados muy similares ocurren con el FR CT; este porcentaje disminuye todavía más en el conocimiento de las cifras de su perímetro abdominal (4,5%).

Más de la mitad de los sujetos que presentaba cifras muy altas de TA creía que sus cifras estaban dentro de la normalidad, esta infravaloración del riesgo coincide con los resultados de Celentano et al. (12) donde el 26% de los sujetos que refería tener una tensión arterial con cifras dentro del rango de normalidad, realmente presentaba valores superiores a 140/90 mmHg.

Existe una sobrevaloración en lo que respecta al conocimiento de las de las cifras terapéuticas de la TA, siendo el conocimiento real del 61,4%; resultado superior al de otros estudios (18,21,30) que reportan porcentajes bastante inferiores, en torno al 26-38% (30). De la misma manera se detectó una alta concordancia con respecto al conocimiento de las cifras control del colesterol, porcentaje bastante superior al de otros estudios (18).

El escaso conocimiento de las cifras de normalidad del perímetro abdominal puede estar relacionado con el bajo conocimiento que muestran los profesionales sanitarios, puesto que tan solo un 9,8% de los profesionales sanitarios de un estudio (21) realizado en el ámbito estatal conocía las cifras de normalidad de dicho parámetro.

El conocimiento del objetivo terapéutico para la glucosa basal fue bajo (19,7%), aunque superior a otros estudios (18,21) que reportaron cifras entre el 1,2-8%. Cuando se han estudiado solo a sujetos diabéticos la proporción de personas con conocimiento asciende (68,4%), pero sigue siendo escasa en comparación con otros trabajos (31).

El conocimiento de las cifras de normalidad de la hemoglobina glicosilada por parte de los pacientes diabéticos es nulo en comparación con el estudio realizado en Murcia (31) donde un tercio de los sujetos conocen dichas cifras.

Más de un tercio de los pacientes de este estudio no cree que los FR hipertensión, dislipemia y obesidad abdominal supongan un riesgo sobre su salud cardiovascular, menor percepción del riesgo (4% para el riesgo cardiaco y 13% para el daño cerebrovascular) muestra el estudio de Banegas et al. (29).

Dos de cada 10 sujetos no pensaban que su peso pudiese afectar a su salud cardiovascular, la obesidad además de ser un FRCV en sí mismo, se asocia con un mayor riesgo de HTA, dislipemia, GBA y obesidad abdominal; el control de dicho factor de riesgo contribuirá a la reducción del riesgo asociado de otros factores.

Pese a que la diabetes supone un incremento del riesgo del 20% de sufrir un evento cardiovascular (32), el 36,8% de las personas con diabetes refirió que sus cifras de glucosa no afectaban a su salud cardiovascular.

El estudio es importante porque se han encontrado escasos estudios en este medio que hayan explorado la percepción de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en pacientes con un riesgo cardiovascular establecido, pero hay que tener en cuenta sus limitaciones. La principal limitación del estudio es el tamaño muestral, aunque el número de pacientes estudiados es elevado (más de un centenar), al hablar de FRCV este número puede resultar pequeño. Se superó el 30% de pérdidas esperadas debido a una imposibilidad de localización telefónica de los sujetos.

Hay que tener en cuenta que el estudio se basa en las respuestas subjetivas de los sujetos participantes, por lo que puede estar alterado el grado de sinceridad de las mismas.

Como conclusiones destacan:

- El déficit global de conocimiento de los FRCV refleja la necesidad de una actividad por parte de los profesionales sanitarios que aumente la concienciación de los individuos sobre los FRCV, y trabaje la adopción de comportamientos saludables, con el fin de obtener una reducción del riesgo cardiovascular global.
- La existencia de una brecha entre la percepción de los sujetos y el riesgo real de sufrir una enfermedad cardiovascular proporciona información que puede servir para replantear el abordaje actual y preparar programas de educación para la salud dirigidos a aumentar los conocimientos sobre los FRCV, así como la actitud y comportamientos hacia estilos de vida saludables. Se ha de plantear una nueva forma de transmitir conocimientos que sea capaz de generar los cambios de conducta idóneos para crear estilos de vida más saludables, evitando la realización de controles analíticos y clínicos innecesarios que solo llevan a la medicalización de la sociedad.
- Se han de promover campañas que aumenten la comunicación objetiva de riesgos a la población y que incrementen su implicación en la mejora y mantenimiento de su salud con el objetivo de controlar mejor sus FRCV.
- Por tanto, en las estrategias actuales de prevención cardiovascular, la reducción del riesgo global tiene que representar la meta en la práctica clínica. Este objetivo se logra mediante la estratificación inicial individual del nivel de riesgo y posteriormente pactando las modificaciones necesarias en el estilo y hábitos de vida, junto con la más eficaz estrategia terapéutica dirigida al conjunto de los factores de riesgo.
- Es preciso una participación activa de las instituciones en lo que respecta a las políticas de salud, destinadas no solo a la curación, sino también a la prevención de enfermedades crónicas, como la enfermedad cardiovascular.
- Se requieren futuros estudios donde se evalúe la eficacia de diferentes formas de comunicación de riesgos para lograr una reducción de enfermedades cardiovasculares a través de cambios conductuales.

## Bibliografía

- [1] Grupo de trabajo sociedades de enfermería en cuidados cardiovasculares integrales. Cuaderno del Paciente. Autocuidados Saludables [internet]. Madrid: SEMAP; 2012. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: [https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cuaderno\\_paciente.pdf](https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/cuaderno_paciente.pdf)
- [2] Ammouri AA, Neuberger G. The Perception of Risk of Heart Disease Scale: development and psychometric analysis. *J Nurs Meas*. 2008; 16(2):83-97.
- [3] Ammouri AA, Neuberger G, Mrayyan MT, Hamaideh SH. Perception of risk of coronary heart disease among Jordanians. *J Clin Nurs*. 2011 Jan; 20(1-2):197-203.
- [4] Querales M, Ruiz N, Rojas S, Espinoza M. The level of knowledge concerning cardiovascular risk factors in people living in Naguanagua, Venezuela. *Rev Salud Publica (Bogotá)*. 2011; 13(5):759-71.
- [5] Bejarano JM, Cuixart CB. Cardiovascular risk factors and Primary Care: evaluation and intervention. *Aten Primaria*. 2011; 43(12):668-77.
- [6] Perk P, de Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol*. [internet] 2012; 65(10):e1-e66. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: <http://www.revvespcardiol.org/es/guia-europea-sobre-prevencionenfermedad/articulo/90154893/>

- [7] Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ ESC para el manejo de la hipertensión arterial (2013). *Rev Esp de Cardiol.* 2013; 66(11):880.e1-880.e64.
- [8] Saldarriaga L. Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al centro de salud Corrales, Tumbes, Perú 2007. NURE Inv. [internet] 2010 [citado 8 nov 2018]; 45. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:KLnQ4gtrJKJ:www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/479/468+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es>
- [9] Pérez L. Estrategia de comunicación para la prevención de riesgos cardiovasculares a través de la promoción de comportamientos saludables, dirigida a usuarios de consulta prioritaria de Coomeva y consulta externa atendidos en el Hospital Universidad del Norte, 2011. Versila. Biblioteca Digital: Universidad del Norte (Barranquilla, Colombia); 2013.
- [10] SACYL. Guía Clínica basada en la evidencia. Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Castilla y León: Junta de Castilla y León, Gerencia Regional de Salud; 2008.
- [11] EHRICA. Guías de intervención en hipertensión y riesgo cardiovascular para enfermería. Madrid: Asociación EHRICA Imprenta Tomás Hermanos; 2013.
- [12] Celentano A, Palmieri V, Arezzi E, Sabatella M, Guillaro B, Brancati C, et al. Cardiovascular secondary prevention: patients' knowledge of cardiovascular risk factors and their attitude to reduce the risk burden, and the practice of family doctors. The "Help Your Heart Stay Young" study. *Ital Heart J.* 2004; 5(10):767-73.
- [13] Cuende JI. Riesgo vascular. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2011; 28(4):121-5.
- [14] Maiques Galán A. Valoración del riesgo cardiovascular. ¿Qué tabla utilizar? *Aten Prim.* 2003; 32(10):586-9.
- [15] Gómez García B, Bautista-Samperio L. Detección de factores de riesgo cardiovascular y nivel de conocimientos de los mismos por el adulto. *Rev Fac Mec UNAM.* 2009; 52(6):248-52.
- [16] Lira MT, Kunstmann S, Caballero E, Guarda E, Villarroel L, Molina JC. Cardiovascular prevention and attitude of people towards behavior changes: state of the art. *Rev Med Chil.* 2006; 134(2):223-30.
- [17] Estrada Reventos D, Ho Wong TM, Agudo Ugena JP, Arias Barroso P, Capillas Pérez R, Gibert Llorach E, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2013; 30(4):127-34.
- [18] Rivas Baez JA, Leal Hernández M, Navarro Oliver AF, Abellán Alemán J. Objetivos de control de los factores de riesgo cardiovascular. ¿Conocidos por nuestros pacientes hipertensos? *Hipertens Riesgo Vasc.* 2014; 31(4):164.
- [19] Choiniere R, Lafontaine P, Edwards AC. Distribution of cardiovascular disease risk factors by socioeconomic status among Canadian adults. *CMAJ.* 2000; 162(9 Suppl):S13-24.
- [20] Coca A, Gómez P, Llisterri JL, Camafort M. Riesgo cardiovascular percibido por el paciente hipertenso y grado de cumplimiento terapéutico en hipertensión arterial: estudio Complimenthta. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2012; 29(4):136-44.
- [21] Guerrero L, Fernández L, Andúgar J, Casal MC, Segura J. Conocimiento del paciente de su riesgo cardiovascular evaluado por enfermería (CORE). *Rev Soc Esp de Enferm Nefrol.* 2007; 1(32).
- [22] Perestelo L, Rivero A, González M, Pérez J, Serrano P. Efectividad de la comunicación del riesgo cardiovascular. Plan Nacional para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud 2010 [internet]. [citado 8 nov 2018]. Disponible en: [http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d8ee2c6d-ab92-11e4-9053-9d1690bb437a/SESCS%202009\\_01\\_riesgo%20cardiovascular.pdf](http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/d8ee2c6d-ab92-11e4-9053-9d1690bb437a/SESCS%202009_01_riesgo%20cardiovascular.pdf)
- [23] Saffi MA, Jacques de Macedo Junior LJ, Trojahn MM, Polanczyk CA, Rabelo-Silva ER. Validity and reliability of a questionnaire on knowledge of cardiovascular risk factors for use in Brazil. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47(5):1084-90.
- [24] International Physical Activity Questionnaire. IPAQ [internet]. [cited 8 nov 2018]. Available from: <http://www.ipaq.ki.se>
- [25] Grau M, Elosua R, Cabrera dL, Guembe MJ, Baena-Diez JM, Vega Alonso T, et al. Factores de riesgo cardiovascular en España en la primera década del siglo XXI: análisis agrupado con datos individuales de 11 estudios de base poblacional, estudio DARIOS. *Rev Esp de Cardiol.* 2011; 64(4):295-304.
- [26] Amor AJ, Masana L, Soriquer F, Goday A, Calle-Pascual A, Gaztambide S, et al. Estimating Cardiovascular Risk in Spain by the European Guidelines on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice. *Rev Esp Cardiol (Engl Ed).* 2015; 68(5):417-25.
- [27] Pérez-Manchon D, Álvarez-García GM, González-López E. Perception of cardiovascular risk in an out patient population of the Madrid Community. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2015; 32(3):100-4.

- [28] Soriguer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: the Di@ bet.es Study *Diabetologia*. 2012; 55(1):88-93.
- [29] Banegas JR, Graciano A, Guallar P, León LM, Gutiérrez JL, López E, et al. Estudio de Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). Madrid: Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid; 2011.
- [30] Estrada Reventos D, Jiménez Ordóñez L, Pujol Navarro E, de la Sierra Iserte A. Nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un Servicio de Medicina Interna sobre la hipertensión y el riesgo cardiovascular. *Hipertensión*. 2005; 22(2):54-8.
- [31] Navarro Oliver AF, Martínez Navarro A, Martínez Navarro MA, Leal Hernández M. What do type II diabetics know about cardiovascular risk factors? Relationship with the level of control of these factors. *Semergen*. 2014 Sep; 40(6):352-3.
- [32] Rundek T, Sacco RL. Risk Factor Management to Prevent First Stroke. *Neurol Clin*. 2008; 26(4):1007-45.