



Artículo Original

Factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una comunidad aborigen Pilagá de la localidad de Campo del Cielo, Provincia de Formosa, Argentina

Jara, Gladys Alicia; Escobar, José Trinidad; Acosta, Rafael; Unsain, Miguela

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar algunos factores de riesgo en la comunidad aborigen pilagá asentada en la localidad del Campo del Cielo (Departamento Patiño, Provincia de Formosa, Argentina) en el mes de noviembre del año 2012.

Se evaluaron a 67 individuos sobre un total de 96 personas mayores de 18 años miembros de la comunidad. En orden decreciente, los factores de riesgo que se observaron fueron: sedentarismo 74.2%, pre-hipertensión arterial 55.2%; sobrepeso y obesidad 52.2%; ICC (índice cintura cadera) elevado 47.7%; obesidad central 40.30%; hipertensión 31.3%; antecedentes familiares 26.87%; tabaquismo 3% y diabetes 0%. Entre las mujeres, los dos factores más prevalentes fueron el sedentarismo 86.1% y el ICC elevado 83.3%, entre los hombres, la obesidad y sobrepeso 48.4% y la pre-hipertensión 48.4%.

En la comunidad pilagá, la prevalencia de HTA, sobrepeso y obesidad, obesidad central e ICC fueron muy similares a la media nacional y provincial pero se comprobó también la inexistencia de hábito tabáquico y DBT2 (factores de riesgo mayores). Esto permite concluir con que el riesgo cardiovascular en la comunidad pilagá es más bajo que en el resto de la población, pero no inexistente. Ante esta situación que no sólo se observa en estas comunidades originarias sino también en buena parte de la comunidad formoseña, es necesario implementar programas preventivos basados en la prevención y la promoción de estilos de vida saludables.

Palabras claves: Factores de riesgo cardiovascular, etnia Pilagá, Formosa

SUMMARY

We conducted an observational cross-sectional descriptive study in order to determine some risk factors from the Pilagá Aboriginal community settled in the town of Campo del Cielo (Department of Patiño, Formosa Province, Argentina). The work was performed in November 2012.

Sixty seven individuals were evaluated on a total of 96 people over 18 years available to the community. In decreasing order of the risk factors that were observed are: sedentary (74.2%), pre-hypertension (55.2%), overweight and obesity (52.2%); ICC high (47.7%), central obesity (40.30%), hypertension (31.3%), family history (26.87%), smoking (3%) and diabetes (0%). Among women the two most prevalent factors were physical inactivity (86.1%) and the ICC high (83.3%) and among men were obesity and overweight (48.4%) and pre-hypertension (48.4%).

In pilagá community, the prevalence of hypertension, overweight and obesity, central obesity and ICC were very similar to the national and provincial average but there was also found the lack of smoking and type 2 diabetes mellitus (higher risk factors). This leads to the conclusion that the cardiovascular risk in the community pilagá is lower than in the rest of the population, but not nonexistent. In this situation not only observed in these indigenous communities but largely in Formosa's community, it is necessary to implement preventive programs based on prevention and promotion of healthy lifestyles.

Key words: Cardiovascular risk factors - ethnic Pilagá - Formosa

INTRODUCCION

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan la causa principal de muerte en el mundo, y la Argentina no constituye una excepción¹. En nuestro país, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares ajustada por la edad para hombres y mujeres en 2006 — incluidas las enfermedades coronarias y los accidentes cerebrovasculares— fue de 206,4 por 100.000 habitantes (265,4 por 100 000 hombres y 161,8 por 100 000 mujeres), lo que



representa 34,2% de las muertes y 12,6% de los años potenciales de vida perdidos (APVP) ese año ², cifras alarmantes. En esta misma dirección, las estadísticas revelan que uno de los principales problemas de salud pública en la provincia de Formosa son las enfermedades circulatorias que ocupan el primer lugar dentro de las causas de muerte en el año 2008, situación que se repite no sólo a nivel local sino también en la región NEA en su conjunto y en cada una las provincias que la componen ³.

Como lo indica el Boletín de Vigilancia ENT y FR período 1987-2007 ⁴, a diferencia de lo que ha ocurrido en países desarrollados en los que la mortalidad cardiovascular ha descendido en los últimos 20 años (en especial por la reducción de la prevalencia de tabaquismo), en la Argentina no se ha modificado sustancialmente. En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo llevada a cabo en nuestro país en el año 2005 se observó una prevalencia de sobrepeso y obesidad del 49,1% y 14,6% respectivamente, de presión arterial elevada del 34,4%, de colesterol elevado del 27,8%; de diabetes o glucemia elevada (auto-reporte) del 11,9%. Entre los factores conductuales, se objetivó un consumo de tabaco del 33,4% entre los 18 y 64 años, un bajo nivel de actividad física en el 46,2% ⁵.

Es conocido que los factores de riesgo cardiovascular convencionales son predictores útiles de morbilidad y mortalidad cardiovascular y su control se traduce en una reducción de los eventos clínicos para estas enfermedades. La evolución desde la exposición a un factor de riesgo hasta la presentación de un evento viene precedida por una fase de lesión estructural asintomática, por lo tanto, identificar la presencia de dichos factores de riesgo resulta importante en la prevención de estas patologías, si bien la capacidad de prevenir las complicaciones mediante la detección y el control de los factores de riesgo clásicos tiene limitaciones.

Entre los factores de riesgo cardiovasculares no modificables, pero a tener en cuenta, estarían la edad, el sexo y la historia familiar ⁶. Dentro de los factores de riesgo modificables clásicos se mencionan el tabaquismo, del cual existe clara evidencia de su efecto adverso sobre la salud cardiovascular siendo responsable de aproximadamente el 50% de las muertes evitables. Otro factor importante es la dislipidemia al que se suma la obesidad, factor de riesgo al que se considera como tal ante la presencia de un IMC ≥ 30 kg/m² o un perímetro abdominal o circunferencia de cintura (CC) > 102 cm en el varón y > 88 cm en la mujer ⁷. Además, otro índice utilizado es el ICC (índice cintura cadera), otra medida antropométrica específica utilizada igualmente para detectar la acumulación de grasa intrabdominal. Estas medidas que detectan obesidad central podrían ser mejores predictores de riesgo cardiovascular que las medidas antropométricas globales que no discriminan el tipo de patrón de distribución de grasa.

Sumando, un factor de riesgo muy importante es la diabetes mellitus, puesto que los estudios indican que una persona con diabetes tipo 2 tiene un riesgo de ECV similar a la que tienen quienes han sufrido un infarto de miocardio previo ⁸. También es sabido que la realización de una actividad física de intensidad moderada en forma regular supone una serie de cambios adaptativos en el organismo que disminuyen el riesgo cardiovascular, por este motivo, el sedentarismo es un factor de riesgo adicional de padecer ECV.

De igual manera está demostrada una relación lineal entre los niveles de presión arterial y riesgo cardiovascular, el reporte JNC 7 (Joint National Committee) ^{7,9} clasifica como hipertensos a las personas adultas mayores de 18 años que tengan PAS ≥ 140 y PAD ≥ 90 , la relación de presión arterial y riesgo de eventos de ECV es continua, consistente e independiente de otros factores de riesgo.



Cuanto más alta es la presión arterial, mayor es la posibilidad de infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ictus y enfermedad renal. La JNC 7 agrega una nueva categoría denominada pre-hipertensión. Los pacientes con ésto tienen un riesgo incrementado para el desarrollo de HTA⁹. Evidencias cada vez más sólidas relacionan a los niveles de presión arterial sistólica (PAS) entre 120 y 139mmHg y/o diastólica (PAD) entre 80 y 89mmHg (llamada pre-HTA) relacionada con marcadores de riesgo vascular y también con una mayor frecuencia de eventos vasculares¹⁰.

En comunidades aborígenes formoseñas son prácticamente inexistentes los datos sobre la situación de salud en lo referente a enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, es por ello que evaluar y conocer este escenario se torna primordial para diseñar planes estratégicos de prevención que mejoren la calidad de vida de nuestros coetáneos y originarios de la tierra. En Formosa, la población indígena representa aproximadamente el 7,6% de la población total, existen tres etnias importantes: pilagá, wichi y qom. La colectividad pilagá comprende unas 15 comunidades ubicadas en la región central de la provincia (Departamento Patiño), según el PPI (2009-2010)¹¹ su población asciende a unas 5.991 personas distribuidas en 990 familias, sobre un total de 36.950 originarios formoseños.

En la localidad de Campo del Cielo (latitud: -24.3333 y longitud: -60.3667), Departamento Patiño, distante unos 350 km de la capital formoseña, se encuentra asentada una comunidad pilagá y fue en este lugar donde se realizó el presente estudio cuyo objetivo fue medir los diferentes factores de riesgo cardiovascular en adultos de ambos sexos de la localidad dada la importancia de su conocimiento en la prevención de esta patología. Los FRCV medidos fueron tensión arterial, IMC, ICC, CC, glucemia, antecedentes familiares, tabaquismo y sedentarismo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal con el objetivo de determinar algunos factores de riesgo presentes en la comunidad aborígen pilagá asentada en la localidad del Campo del Cielo (Departamento Patiño, Provincia de Formosa, Argentina) en el mes de noviembre del año 2012.

Para la realización de la investigación, se articuló con el establecimiento escolar de la comunidad y en ese mismo lugar se llevó a cabo el trabajo con la comunidad aborígen. Se evaluaron a 67 individuos sobre un total de 96 personas mayores de 18 años con que cuenta la comunidad. De los encuestados, 36 eran mujeres y 31, hombres. Se trató de un muestreo no probabilístico ya que los individuos estudiados fueron aquellos que voluntariamente concurren a realizarse los estudios. La escuela donde se trabajó contaba con dos maestros MEMA, (maestros especiales modalidad aborígen), maestros aborígenes que enseñan su cultura y lengua nativa, que oficiaron de traductores, pues no todos hablaban el idioma castellano, en especial las mujeres.

Se utilizó una encuesta que incluyó: a) Datos personales (edad, sexo); b) Actividad física; c) Consumo de tabaco; d) Mediciones biométricas (tensión arterial, medida de cintura, cadera, peso, altura, IMC y glucosa capilar), y e) Antecedentes familiares.

La medición de los datos biométricos se realizó de la siguiente manera:

- a. Peso y talla: se utilizó una báscula de plataforma o de pie con una resolución superior a los 150 kg con altímetro incorporado de 1,10 a 2 m con lectura litografiada (precisión 1 cm). Se verificó el peso del individuo vistiendo ropas leves y sin zapatos.



Para la determinación de la talla, el cuerpo debió estar erguido en máxima extensión y cabeza erecta, ubicándose de espalda al altímetro con los pies y rodillas juntas, tocando con los talones el plano del altímetro. Se descendió la escuadra hasta tocar con ésta el punto más elevado del cráneo (vértex), expresándose los resultados en metros.

b. IMC (índice de masa corporal: El IMC se estimó a partir de la relación peso (kg)/ talla (m²). Para definir al paciente, se utilizaron los criterios establecidos por la OMS, lo que permitió su distribución en tres grupos, normopeso (entre 18,5 y 24,9 kg/m²), sobrepeso (entre 25 y 29,9 kg/ m²) y obesos (≥ 30 kg/m²).

c. Circunferencia de cintura (CC): El perímetro de la cintura y la cadera se midió con una cinta métrica no expansible. La cintura en el momento de la espiración entre el reborde costal y la cresta ilíaca, mientras el sujeto se encontraba de pie. La circunferencia de cintura (CC) se clasificó según los criterios de la NHI, considerando CC elevada en los siguientes casos: mujeres >88 cm y hombres >102 cm. Se lo consideró indicador de obesidad central en caso de estar incrementado.

d. Índice cintura-cadera (ICC): Se calculó por medio de la siguiente fórmula: Circunferencia de la cintura (en cm)/ Circunferencia de la cadera (en cm). Según la OMS los valores normales del índice cintura-cadera son de 0,80 en la mujer y 1 en el hombre, valores superiores indicarían obesidad abdominovisceral, lo cual se asocia a un riesgo cardiovascular aumentado. Para la medición de la cadera se procedió de la siguiente manera: con cinta métrica metálica inextensible se realizó la medición a nivel de los trocánteres mayores, que en general coincide con la sínfisis pubiana. El sujeto debió estar de pie, con los glúteos relajados y los pies juntos. Para la medición de la cintura ya se indicó en el punto anterior.

e. Tensión arterial: Se midió la tensión arterial de los pacientes en posición sentada en una silla cómoda, con el brazo apoyado y a la altura del corazón. No debió haber fumado ni tomado café en la media hora previa, y ha de estar en reposo al menos 5 minutos, utilizando esfigmomanómetros calibrados. Para la clasificación de los pacientes según la tensión arterial detectada, se utilizó el criterio de The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII) que clasifica como:

- Normotensión arterial (presión arterial óptima): Presión arterial sistólica (PAS) menor a 120 mm Hg y presión arterial diastólica (PAD) menor a 80 mm Hg,
- Pre-HTA: PAS entre 120 y 139 mm Hg y PAD entre 80 y 89 mm Hg
- Hipertensión arterial: PAS ≥ 140 mm Hg o PAD ≥ 90 mm Hg

f. Determinación de glucemia capilar: se utilizó un sensor bioquímico para la determinación de su valor marca Accu-Chek[®]. Tal como se sugiere en la Guía de Práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la DMT2¹² la determinación de la glucemia al azar fue considerada válida pues la determinación de la glucemia en ayunas a través de los métodos convencionales resultó imposible de realizar. A los efectos del estudio para considerar la presencia de DMT2 se siguieron las recomendaciones dadas por ADA y OMS, es decir, se consideró que un paciente tenía DMT2 si presentaba síntomas de diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia) más una glucemia medida al azar con valores mayores o iguales a 200 mg/dl o si refirió tal condición. En caso contrario, se lo categorizó como no diabético.



g. Antecedentes cardiovasculares familiares: Se consideró que un paciente tenía antecedentes cardiovasculares familiares “positivos” cuando al preguntarle si tenían algún familiar de primer grado (padre, madre) que haya sufrido un evento cardiovascular respondía afirmativamente y negativamente, en caso contrario.

h. Tabaquismo: Se consideraron como fumadores a aquellos individuos que, en el momento de la realización de la encuesta, fumaban. También se incluyó la pregunta para aquellos que alguna vez fumaron y hace cuánto dejaron de hacerlo puesto que el riesgo se reduce a la mitad recién al año de dejar de fumar. De este modo, fueron incluidos en la categoría de fumadores aquellos pacientes habían dejado de fumar hacía menos de un año.

i. Actividad física: Se clasificó como “activo” a aquel paciente que realizaba actividad física tres o más días a la semana durante por lo menos 30 minutos y como “sedentario” aquel que no cumplía con esa meta.

j. Datos personales: La edad en años; sexo femenino o masculino

k. Evaluación del riesgo cardiovascular global: Se utilizaron tablas de predicción del riesgo AMR B de la OMS/ISH, para los contextos en que no se puede medir el colesterol sanguíneo, y que fueran desarrolladas por la Organización Mundial de Salud (WHO) y la Sociedad Internacional de Hipertensión (ISH). Estas tablas miden el riesgo de un paciente de sufrir un evento cardiovascular (accidente cerebrovascular, infarto) en los próximos 10 años, y se expresa como porcentaje. Se calculan tomando en cuenta factores de riesgo como edad, género, presión arterial, consumo o no de tabaco y el hecho de sufrir o no diabetes. Sobre la base de estos puntajes, la muestra de individuos se clasificó en 5 niveles de riesgo a 10 años, según el siguiente esquema: 1) bajo <10% ; 2) leve 10% a <20%; 3) moderado 20% a <30%; 4) alto 30% a < 40% y, 5) muy alto \geq 40%. La tabla está diseñada para aplicarse a personas mayores de 40 años, motivo por el cual se trabajó con ese grupo etario.

l. Cálculo de la frecuencia de factores de riesgo en función del género: En el marco del concepto de riesgo, se consideran como factores de riesgo relevantes para el desarrollo de la ECV los siguientes: hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes mellitus (DM); edad (hombres mayores 55 y mujeres de 65). Si bien la hipercolesterolemia es un factor de riesgo mayor no pudo incluirse en este estudio dada la imposibilidad de su realización.

RESULTADOS

Se evaluó una población de 67 personas que representan el 69,8% del total de la población mayor de 18 años con que cuenta la comunidad (96 individuos), entre los encuestados, 36 eran mujeres y 31 hombres, sobre un total de 45 mujeres y 36 hombres que viven en dicha comunidad. La media de edad fue de 34,3 años (30,4–38,2), el promedio de edad en las mujeres 35,7 años (30,1– 41,3) y en los hombres de 32,6 años (37,9 – 27,4).

La presión arterial sistólica (PAS) media fue de 127,8 mm Hg (124–131,6) y la presión arterial diastólica (PAD) media fue de 78,4 mm Hg (72,7 –76,9).

Los valores de talla hallados fueron: promedio general 1,64 m (1,62 – 1,66); para las mujeres 1,60 m (1,63 – 1,57) y los hombres 1,72 m (1,70 – 1,74). El peso determinado fue: promedio general 71,04 kg (67,4 – 74,6); para las mujeres 65,05 kg (61,3 – 68,8) y los hombres 77,98 kg (72,5 – 83,5). En cuanto a los valores de glucemia detectados en la comunidad pilagá, la media fue de 100,3 mg/dl (95,8 – 104,8). En la Tabla 1 se presenta la distribución de los factores de riesgo según el sexo.



Tabla 1. Distribución de los factores de riesgo de ECV de acuerdo con el sexo.

| Factores | Total N= 67 | | Mujeres N= 36 | | Varones N=31 | |
|-------------------------|-------------|-------------|---------------|-------------|--------------|-------------|
| | Casos (%) | IC (95%) | Casos (%) | IC (95%) | Casos (%) | IC (95%) |
| Hipertensión | 21 (31,3%) | 20,2 – 42,4 | 8 (22,2%) | 8,6 – 35,8 | 13 (42%) | 24,6 – 59,4 |
| Pre-HTA | 37 (55,2%) | 43,3 – 67,1 | 22 (61,1%) | 45,2 – 77 | 15 (48,38%) | 30,8 – 66 |
| Sedentarismo | 43 (74,2%) | 63,7 – 84,7 | 31 (86,1%) | 74,8 – 97,4 | 12 (38,7%) | 21,6 – 55,8 |
| Tabaquismo | 2 (3%) | 0 – 7,1 | 2 (5,6%) | 0 - 13 | 0 | 0 |
| Sobrepeso | 19 (28,3%) | 17,5 – 39,1 | 12 (33,3%) | 17,9 – 48,7 | 7 (22,6%) | 7,9 – 37,3 |
| Obesidad | 16 (23,9%) | 13,7 – 34,1 | 8 (22,2%) | 8,6 – 35,8 | 8 (25,8%) | 10,4 – 41,2 |
| Sobrepeso + obesidad | 35 (52,2%) | 40,2 – 64,2 | 20 (55,5%) | 39,3 – 71,7 | 15 (48,4%) | 30,8 - 66 |
| ICC elevada | 32 (47,7%) | 35,7 – 59,7 | 30 (83,3%) | 71,1 – 95,5 | 2 (6,4%) | 0 - 15 |
| Obesidad central | 27 (40,3%) | 28,6 – 52 | 18 (50%) | 33,7 – 66,3 | 9 (29%) | 13 - 45 |
| Diabetes | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Antecedentes familiares | 18 (26,87%) | 37,4 – 16,2 | 11 (30,6%) | 15,5 – 45,6 | 7 (22,6%) | 7,9 – 37,3 |

Fuente: elaboración propia



En orden decreciente, los factores de riesgo que se observaron fueron: sedentarismo 74.2%, pre-hipertensión arterial 55.2%; sobrepeso y obesidad 52.2%; ICC elevado 47.7%; obesidad central 40.30%; hipertensión 31.3%; antecedentes familiares 26.87%; tabaquismo 3% y diabetes 0%. Entre las mujeres, los dos factores más prevalentes fueron el sedentarismo 86.1% y el ICC elevado 83.3% y, entre los hombres, la obesidad y sobrepeso 48.4%, y la pre-hipertensión 48.4%. Resulta interesante la baja prevalencia de tabaquismo en ambos grupos, e inexistente en el grupo de hombres. Refirieron que no fuman ni beben bebidas alcohólicas por motivos religiosos.

Evaluación del riesgo cardiovascular global: como las tablas que se utilizaron para la evaluación del riesgo solo consideran edades iguales o superiores a 40 años, la muestra analizada fue de 19 individuos. Los datos encontrados indican que 17 de ellos tienen un riesgo inferior al 10% (cerca del 90% de la población analizada IC: 79 - 99), lo que constituye un riesgo bajo. Esta situación se debe, entre otras cosas, a que a esa edad no existen individuos que fumen ni se detectaron personas con DMT2 en toda la muestra. Sin embargo, es importante recalcar que no se realizó la determinación de colesterol en sangre por lo que los resultados encontrados presentan limitaciones.

Tabla 2: Frecuencia absoluta y relativa de factores de riesgo mayores de ECV de acuerdo con el género.

| FR | Total (N = 67) | Mujeres (N= 36) | Hombres (N= 31) |
|----|----------------|-----------------|-----------------|
| | N (%) | N (%) | N (%) |
| 0 | 40 (59.7%) | 24 (66.67%) | 16 (51.61%) |
| 1 | 24 (%) | 10 (27.7%) | 14 (45.16%) |
| 2 | 3 (%) | 2 (5.5%) | 1 (3.22%) |

Al analizar la Tabla 2, donde se presentan las frecuencias de FR mayores -excepto la hipercolesterolemia-, se puede observar que más de la mitad de la población general de la comunidad aborigen no tiene FRCV relevantes (40 casos que representan un 59.7% IC: 48 - 71), al considerar la presencia de un factor de riesgo casi la mitad de la población masculina y un tercio de la femenina presentan tal condición y no son significativos los valores hallados cuando se analizó la presencia de dos factores.



Discusión

Argentina ha experimentado su transición epidemiológica ya que algunas enfermedades no transmisibles se han desplazado a las transmisibles y, si consideramos las causas de mortalidad¹⁵, el 52% de las muertes en nuestro país son provocadas por las ECV y los tumores^{5,16}, lo cual implica que se trata de procesos que en parte pueden prevenirse. Esto implica que es factible la implementación de la estrategia de vigilancia epidemiológica centrada en el reconocimiento de los factores de riesgo, estrategia propuesta desde el Ministerio de Salud de la Nación¹⁴. Sin embargo, para realizar la vigilancia es necesario contar con una línea de base a partir de la cual se hará posible efectivamente observar la realidad, sus tendencias y cambios en los principales FR que se hayan identificado¹⁷.

En este sentido, existen pocos estudios y ninguno de esta naturaleza en comunidades aborígenes pilagás de la provincia de Formosa, motivo por el cual este trabajo adquiere singular interés.

Si se comparan los resultados obtenidos en el presente trabajo de investigación con otro realizado en la ciudad de Formosa en una comunidad aborígen qom¹⁸ asentada en un ambiente periurbano de la ciudad de Formosa (otra de las etnias predominantes de la provincia) donde se obtuvo una frecuencia de HTA 29.8%, mientras que en la comunidad pilagá la frecuencia fue de 31,3%, se observará que no se constatan diferencias significativas entre ambas comunidades.

De igual manera se detectó que en ambas comunidades (qom y pilagá) es excesivamente baja la frecuencia de pacientes aborígenes con tensión arterial óptima, 14,7% en la comunidad qom y una cifra similar en la comunidad pilagá (13.5%), significativamente diferente de los valores detectados en un estudio similar realizado en un barrio de la ciudad de Formosa cuya frecuencia se encuentra en 32%¹⁹. Cuando se efectuó el análisis por sexo, se observó que esta situación afecta por igual a hombres y mujeres de la etnia pilagá, no así en la etnia qom donde los más afectados son los hombres.

De igual manera, si se confrontan los resultados obtenidos con los que se obtuvieron en una comunidad de aborígenes Wichi-Chorote de Salta¹⁹ en adultos mayores de 18 años, se observa una frecuencia de HTA similar a los obtenidos en la comunidad Pilagá (aborígen); 28% en la comunidad wichi salteña contra 31,3% de la comunidad pilagá. Es importante destacar que la prevalencia de HTA en la población general de la Argentina de acuerdo a lo obtenido en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud del año 2007²¹ es de 34%; por lo tanto, no se observan diferencias significativas entre las obtenidas en el presente estudio y la de la población argentina en general.

Es notable la divergencia en la frecuencia de pacientes en franja de TA óptima y pre-HTA¹⁸ puesto que la etnia Qom presentó valores de 24,3% y 46,8% respectivamente, la etnia Wichi-Chorote (Salta)¹⁹ 35% y 37% contra los hallados en la etnia pilagá donde el 13,4% de los encuestados (N=9) presentaron valores de normotensión arterial o tensión arterial óptima. El 55,2% (N=37) valores de pre-hipertensión, observándose por tanto, un elevado porcentaje de originarios pilagá en la franja de pre-hipertensión y como fue mencionado previamente los pacientes con pre-HTA tienen el doble de chance de desarrollar HTA y por lo tanto, se considera a la pre-HTA como un marcador de riesgo vascular y con una mayor frecuencia de eventos cardiovasculares.



En el estudio, el tabaquismo y la DBMT2 no fueron factores de riesgo relevantes; sin embargo la obesidad, sobrepeso, obesidad abdominovisceral y el ICC sí mostraron distribuciones elevadas en la población estudiada, aunque no diferentes de la media nacional y provincial. La prevalencia nacional de obesidad fue del 18% durante el año 2009 y la provincial para las mujeres del 21.4% y los varones del 18.1% según los datos de la segunda encuesta nacional de factores de riesgo ²².

Es conocido que la alta prevalencia de obesidad y su relación con las enfermedades crónicas y cardiovasculares establecen su alto impacto en la salud. Entre los múltiples factores que determinan dicho incremento en la prevalencia, podemos citar cambios en el estilo de vida, en especial, los relacionados con la alimentación y con la disminución de la actividad física. Indubitablemente, el sobrepeso explica el 58% de la ocurrencia de diabetes, el 21% de la enfermedad coronaria y entre 8 a 42% de diversos cánceres ²³.

En lo que hace a la determinación global del RCV, en este estudio casi el 90% de las personas evaluadas (con las limitaciones ya indicadas) tenían un RCV bajo, es decir inferior al 10%, por lo tanto, una dieta adecuada, la eliminación del tabaco (no necesaria en esta comunidad) y la realización de una actividad física acorde con la edad y la condición física de las personas, podrían reducir en gran medida el riesgo de ECV. A similares conclusiones se llega cuando se analiza la frecuencia de factores de riesgo mayores de ECV, ya que se constata que la mayor parte de la población no presenta factores de riesgo relevantes, por lo cual medidas de prevención primaria serían las más adecuadas.

Conclusión

Al considerar el grado de exposición de la población nativa a los factores de riesgo cardiovascular, se observa un nivel similar al resto de la población general y se verifica una vez más la importancia que adquiere la promoción de estilos de vida saludables que permitan reducir la prevalencia de los FR e incrementar los protectores. En definitiva, el estudio aboga por conocer el estado actual de los FRECV en esta comunidad y trazar así la línea de base para las actividades estratégicas sobre prevención y promoción de la salud.

La salud es un bien que se produce socialmente, no está determinada por un sector delimitado, sino por la sociedad en su conjunto. Por todo lo enunciado, sin lugar a dudas es necesario diseñar e implementar en forma urgente programas preventivos basados en la promoción de estilos de vida saludables en esta comunidad y en la población formoseña en general.

Bibliografía

1. Ferrantes, D. Mortalidad por enfermedades crónicas: demasiado tarde para lágrimas. Revista Argentina de Cardiología. v.74 n.4 Buenos Aires julio /agosto 2006. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482006000400003#1 Fecha de consulta 16 de marzo 2012 [Online]
2. Instituto Nacional de Estadística y Censos. La nueva Encuesta Permanente de Hogares, 2003. Disponible en [http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/4/ Metodología_ EPHContinua.pdf#search%22definiciones %20EPH%22](http://www.indec.mecon.gov.ar/nuevaweb/cuadros/4/ Metodología_ EPHContinua.pdf#search%22definiciones%20EPH%22). Fecha de consulta: 16 de marzo 2013 [Online]
3. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Análisis de situación de salud Región NEA – Noviembre 2008. Disponible en



- http://msal.gov.ar/htm/site/sala_situacion/pdf/nea/capitulo_4.pdf. Fecha de consulta 27 de Agosto de 2013 [Online]
4. Boletín de Vigilancia de Enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Evaluación de la tendencia de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Argentina entre 1987 y 2007. Nro. 1 Capítulo Tres - Páginas 33 a 50. Disponible en http://msal.gov.ar/ent/VIG/Publicaciones/Boletines_ENT/PDF/Boletin%20Epidemiologico%201.pdf. Fecha de consulta 17 de marzo 2013 [Online]
 5. Ferrante, D; Virgolini, M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005: resultados principales Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares en la Argentina. Rev Argent Cardiol. 2007; 75:20-29. Disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482007000100005 fecha de consulta 17 de marzo de 2013 [Online]
 6. Guía española de hipertensión arterial. Hipertensión. 2005;22 Supl 2:9-15.
 7. NHI. National Institutes of Health. Clinical Guidelines on The Identification, evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. The Evidence Report. National Heart, Lung, and Blood Institute. NIH publication No. 98-4083; 1998. Disponible en http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/obesity/ob_gdlns.pdf. Fecha de consulta 15 de abril de 2014.
 8. Haffner et al. Cardiovascular events in type 2 diabetes: comparison with nondiabetic individuals without and with prior cardiovascular disease 10-year follow-up of the Hoorn Study. European Heart Journal 2003; 24, 1406–141 Disponible en: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/24/15/1406.full.pdf>. Fecha de consulta 12 de Febrero de 2013.
 9. Chobanian, George L; Bakris, Henry R; Black, et al and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee Séptimo informe del Comité Nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Fecha de consulta 15 de mayo 2011. Disponible en <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/remediarredes/files/2012/09/Reporte-Completo.pdf>
 10. . Ortiz-Galeano, I. et al. Prehipertensión arterial en adultos jóvenes. Rev Clin Esp. 2012. doi:10.1016/j.rce.2012.03.008. Fecha de consulta 29 de mayo 2013. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0014-2565\(12\)00144-0.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0014-2565(12)00144-0.pdf)
 11. PPI. Plan para poblaciones indígenas. Proyecto funciones esenciales de salud pública año 2009-2010. Ministerio de Salud de la Nación. Fecha de consulta 2 octubre de 2014. Disponible en http://www.msal.gov.ar/fesp/cid/documentos/ppi/PPI_2009-10_FORMOSA.pdf
 12. Guía de Práctica Clínica Nacional sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. pág. 44. Fecha de consulta 27 de mayo de 2013. Disponible en: [http://msal.gov.ar/ent/SRV/Guias/PDF/5GPC%20DMT2%20version%20extensa%20\(documento%20madre\)%202008.pdf](http://msal.gov.ar/ent/SRV/Guias/PDF/5GPC%20DMT2%20version%20extensa%20(documento%20madre)%202008.pdf)
 13. World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, 2007. Fecha de consulta 21 de diciembre de 2012. Disponible en http://www.who.int/publications/list/PocketGL_spanish.pdf



14. Amariles, P; Machuca, M. et al. Riesgo cardiovascular: componentes, valoración e intervenciones preventivas. Artículo de revisión. *Ars Pharmaceutica*, 45:3; 187-210, 2004. Fecha de consulta 2 de junio de 2013. Disponible en: http://farmacia.ugr.es/ars/ars_web/ProjectARS/pdf/290.pdf
15. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Anuario 2004.
16. Ministerio de Salud. República Argentina. Organización Panamericana de la Salud: Argentina 2005. Indicadores básicos.
Organización Panamericana de la Salud: Herramienta para la vigilancia de las ENT: Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles, 2001 www.pahor.org/Spanish/AD/DPC/NC/ncd-surv-tools-htm
Escobar, J.; Jara, G. et al. Prevalencia de hipertensión arterial en una comunidad aborigen qom de la ciudad de Formosa. *Revista de posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*. N° 210 – Diciembre 2011
17. Jara, G.; Quintana, M; Unsain, M; Escobar, J; Canto, J; Acosta, E; Tichellio, A; Acosta, R. Factores de riesgo cardiovascular en una muestra poblacional del Barrio 8 de Octubre de Formosa, Capital. *Visión de Enfermería actualizada (VEA)*. N° 18. Junio 2009. Bs As.
18. Coghlan, E. y col. Prevalencia de hipertensión arterial en una comunidad aborigen del norte argentino. *Medicina (Buenos Aires)* 2005; 65: 108-112
19. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2007. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Disponible en: <http://msal.gov.ar/htm/Site/ennys/site/default.asp>
20. Segunda encuesta Nacional de Factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Ministerio de Salud de la Nación. Fecha de consulta marzo 2013. Disponible en http://www.msal.gov.ar/fesp/descargas_home/seg_encuesta_nac_factores_riesgo_2011.pdf
21. . World Health Statistics 2010. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva: World Health Organization; 2010.

Datos de Autor

Carátula: Factores de riesgo cardiovascular (FRCV) en una comunidad aborigen pilagá de la localidad de Campo del Cielo, Provincia de Formosa, Argentina

Autores: Jara, Gladys Alicia* – Escobar, José Trinidad – Acosta, Rafael y Unsain, Miguela

Universidad Nacional de Formosa – Facultad de Ciencias de la Salud – Avenida Gutnisky 3200 – CP 3600

e-mail: gladysaliciajara@yahoo.com.ar