

Factores de riesgo cardiovascular y la percepción del estado de salud en profesores de tiempo completo de la UABC, campus Mexicali

Cardiovascular risk factors and status of health perception in full time professors in UABC, Mexicali campus

Fatores de risco cardiovascular e percepção do estado de saúde em tempo integral do corpo docente UABC, campus Mexicali

Gisela Ponce y Ponce de León

Universidad Autónoma de Baja California, México

giselaponce@uabc.edu.mx

Ulises Rieke Campoy

Universidad Autónoma de Baja California, México

rieke@uabc.edu.mx

Adriana Camargo Bravo

Universidad Autónoma de Baja California, México

adriana.camargo.bravo@uabc.edu.mx

José de Jesús Mayagoitia Witrón

Universidad Autónoma de Baja California, México

josemaya01@prodigy.net.mx

Resumen

El estilo de vida de la sociedad actual ha ocasionado un aumento en el riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) a mediano plazo. En México, las enfermedades cardiovasculares se consideran un problema de salud pública y han llegado a constituirse como la primera causa de muerte en la población adulta. La combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y factores como el consumo de tabaco y la ingestión excesiva de alcohol, tiene un efecto acumulativo o incluso sinérgico que propicia

una mayor incidencia de ECNT. Por otra parte, el término auto-percepción del estado de salud se refiere a la información suministrada por el individuo acerca de su estado de salud. El objetivo es determinar la relación que existe entre los factores de riesgo cardiovascular y la percepción del estado de salud en profesores de tiempo completo de la UABC, campus Mexicali. Para ello se hizo un estudio cuantitativo, transversal y de correlación en 225 profesores de tiempo completo, seleccionados aleatoriamente, a quienes se les aplicó cuestionario validado, pruebas bioquímicas y antropométricas. Entre los resultados están la prevalencia de sobrepeso más obesidad en 81.3 %, hipertensión en 28 %, glucosa elevada en 26.6 %, colesterol elevado en 37.3 %, LDL elevado en 53.3 %, triglicéridos elevados en 33.3 %, HDL bajo en 76.9 %, consumo de alcohol en 14.2 %, consumo de tabaco en 60 %, actividad física vigorosa solo en 3.9 %. Por otro lado, 68.9 % se percibe físicamente sano. La mayoría de la población estudiada presentó riesgos cardiovasculares y tuvo una percepción errónea de su salud.

Palabras clave: factores de riesgo cardiovascular, percepción de salud, obesidad.

Abstract

Society's current lifestyle has increased the risk of non-transmissible chronic disease (NTCD) in the medium term. In Mexico, cardiovascular diseases are considered a public health problem. The mix of an unhealthy diet, lack of physical activity and risk factors such as smoking and excessive alcohol consumption have an accumulative and possibly synergistic action that causes an increase in the incidence of NTCD. On the other hand, the term of self-perception of health status relates to the information reported by the individual about his personal health. Determine the relationship between cardiovascular risk factors and status of health perception in full time professors in UABC, Mexicali campus. Quantitative, transversal and correlation study carried out in 225 full time professors who were randomly selected, which had a validated questionnaire, biochemical profile and anthropometric measures taken. The prevalence of overweight and obesity was 81.3%, high blood pressure 28%, hyperglycemia 26.6%, high cholesterol level 37.3%, elevated LDL 53.3%, elevated triglycerides 33.3%, low HDL 76.9%, alcohol consumption 14.2%,

smoking 60%. Only 3.9% performed vigorous physical activity and 68.9% perceived themselves as physically fit. Most of the population that was studied presented cardiovascular risks factors and have an erroneous self-perception of health.

Key words: cardiovascular risk factors, health perception, obesity.

Resumo

O estilo de vida da sociedade moderna tem causado um aumento no risco de doenças crônicas não transmissíveis (DNT) no médio prazo. No México, as doenças cardiovasculares são consideradas um problema de saúde pública e tornaram-se estabelecido como a principal causa de morte na população adulta. A combinação de uma dieta pouco saudável, sedentarismo e fatores como consumo de tabaco e álcool, tem um efeito cumulativo, ou sinérgico que promove uma maior incidência de doenças crônicas. Além disso, o termo auto-percepção do estado de saúde refere-se às informações fornecidas pelo indivíduo sobre sua saúde. O objetivo é determinar a relação entre fatores de risco cardiovascular e percepção do estado de saúde de professores em tempo integral UABC, Mexicali campus. Isto requer um estudo quantitativo, transversal e correlação foi feito em 225 professores em tempo integral, selecionados aleatoriamente, que foram validados questionário foi aplicado, testes bioquímicos e antropométricos. Entre os resultados são a prevalência de excesso de peso ou obesidade em 81,3%, hipertensão em 28%, glicose elevada de 26,6%, colesterol elevado de 37,3%, LDL elevado em 53,3%, triglicéridos elevados em 33,3%, HDL baixo de 76,9%, o consumo 14,2% de álcool, o consumo de tabaco em 60%, a atividade física vigorosa apenas 3,9%. Por outro lado, 68,9% percebida fisicamente saudável. A maioria da população estudada apresentou os riscos cardiovasculares e tinha uma percepção equivocada de sua saúde.

Palavras-chave: fatores de risco cardiovascular, percepção de saúde, a obesidade.

Fecha recepción: Noviembre 2015

Fecha aceptación: Junio 2016

Introdução

No México, como em outros países em desenvolvimento, as doenças não transmissíveis (DNT), tais como hipertensão arterial (HAS), diabetes mellitus tipo 2 (DM2), dislipidemia e doenças cardíacas, entre outros, têm apresentado um aumento exponencial nas últimas duas décadas, superior a doenças transmissíveis no adulto (Rosas et al., 2005). Sabe-se agora que as doenças não transmissíveis são evitáveis e que a doença cardiovascular (DCV) em adultos é a principal causa de morbidade e mortalidade, com uma taxa de 31,01% e doença cardíaca isquêmica com 25,89%, respectivamente (Martinez, 2015).

De acordo com a previsão da Organização Pan-Americana da Saúde, as mortes por doenças cardiovasculares continuam a representar 50% das mortes por doenças não transmissíveis em 2020; Também ele informa que estes são cada vez mais condicionados pela globalização, urbanização, afetações econômicas e demográficas, hábitos alimentares, as mudanças no estilo de vida, álcool e tabaco, sedentarismo e consumo de alimentos ricos em calorias e pobre em nutrientes (Giraldo, Martinez e Granada, 2011).

No México, diabetes mellitus é a principal causa de morte, enquanto o segundo lugar é ocupado por doença isquêmica do coração, o que causou 82,334 mortes em 2014 (Aguirre, 2016). doenças do coração como um todo são a primeira causa de mortalidade no México; mas quando desagrupado como a única causa, o mais prevalente dos quais é a doença cardíaca isquêmica após diabetes mellitus.

Assim, CVD é um grande problema de saúde pública em todo o mundo por ser a primeira causa de morbidade e mortalidade em vários países. O desenvolvimento desta doença é promovida por vários factores de risco, alguns dos quais são modificáveis, tais como a hipertensão, a obesidade, a níveis elevados de colesterol total e de lipoproteína de LDL, níveis de colesterol, HDL baixo, tabagismo, diabetes e tipo de alimentação (Levenson, Skerrett e Gaziano, 2002).

A hipertensão é uma das causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo e é um importante factor de risco (RF), o que aumenta a probabilidade de desenvolver uma grande variedade de eventos cardiovasculares. A coexistência de AHT e DM2 confere muito maior do que qualquer risco de FR cardio e complicações vasculares cerebrais em isolamento,

uma vez que o DM2 acelera a progressão natural da aterosclerose. Além disso, a acumulação de gordura abdominal e obesidade foram adicionados ao RF, aumentando o risco de doença cardíaca coronária (Rojas, 2012).

Além disso, o estado de saúde auto-percebida (APES) é um indicador subjetivo; no entanto, é uma abordagem fiável do estado de saúde global e um componente importante da qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde tem recomendado para a realização de estudos epidemiológicos. Tem sido relatado que há uma relação directa entre o macaco e a mortalidade. Boa ou excelente auto-percepção sobre a saúde está associada a uma maior taxa de sobrevivência, enquanto APES negativa está ligada a um risco aumentado de mortalidade. A APES depende das condições de saúde, trabalho, idade e estilo de vida; por exemplo, a presença de dor, obesidade e doenças crônicas acompanhados por mudanças negativas nos macacos. Por outro lado, o ensino superior, estilos de vida saudáveis, como atividade física realizando, cessação do tabagismo e dieta saudável estão ligados a uma melhor percepção do estado de saúde (Vladislavovna, Perez e Reyes, 2008).

Além disso, eles são uma percepção do ambiente favorável, adoção e prática de comportamento associado positivamente com APES, incluindo atividade física (Stronegger, Titza e Oja, 2010, Kamphuis et al., 2010).

Em estudos que relataram que as pessoas com o ensino superior ter avaliações mais positivas de sua saúde: dois em cada três dizem que sua saúde é boa ou muito boa. O oposto acontece entre as pessoas de baixa escolaridade (Abellan, 2003, lucumi, Grogan e Espinoza, 2013).

O objetivo deste estudo foi determinar a relação entre fatores de risco cardiovascular e percepção do estado de saúde de professores em tempo integral UABC, Mexicali campus.

Metodologia

Um estudo quantitativo, transversal e correlação foi conduzido em 225 professores em tempo integral (PTC) da Universidade Autônoma de Baja California campus Mexicali, selecionados aleatoriamente. Com a aprovação de Pesquisa e Comitê de Ética da Escola de Enfermagem, bem como diretores de unidades acadêmicas e relatou cada consentimento

dos participantes, que passou a conduzir a investigação. Entrevista com cada um dos PTC e doze horas de jejum foi feito tendo a pressão arterial, medidas antropométricas, colheita de amostras e aplicação bioquímica validado questionário. Em seguida, eles receberam prospecto de vida saudável, cadastre-se suas medidas e pequeno-almoço equilibrado.

O IMC foi classificado de acordo com os seguintes valores: baixo peso inferior a 18,5 kg / m²; Normal de 18,5 a 24,9 kg / m²; O excesso de peso de 25,0 a 29,9 kg / m²; obesidade $\geq 30,0$ kg / m². Foi considerado como um valor de risco circunferência maior do que ou igual a 90 cm de cintura (homens) e maior do que ou igual a 80 cm (mulheres). A pressão arterial foi classificado como normal se fosse abaixo de 120/80 mm Hg, como se pré-hipertensão gravada 120-139 / 80-89 mm Hg e a pressão sanguínea como se fosse igual ou superior a 140/90 mmHg.

Considerou-se a glicemia normal no inferior a 100 mg / dl; colesterol foi medido com uma técnica de fotometria de reflexão e foi classificado como normal em um valor inferior a 200,0 mg / dl; HDL-colesterol inferior a 50,0 mg / dl em homens e menos do que 60,0 mg / dl em mulheres; LDL-colesterol inferior a 100,0 mg / dl e triglicéridos de 40,0 para 160,0 mg / dl em homens e 35,0-135,0 mg / dl nas mulheres.

Resultados

A amostra foi composta por 225 professores em tempo integral (PTC), 103 (45,8%) homens e 122 (54,2%) mulheres. A idade média foi de 47,7 anos (mínimo 37, máximo 74 anos); 148 (66,4%) indivíduos da população do estudo são casados, 75,5% homens e 58,7% mulheres.

De acordo com o IMC, 86 (38,2%) estavam acima do peso; 44 (42,7%) homens e 42 (34,4%) mulheres; e 97 (43,1%) obesidade; 49 (47,6%) homens e 48 (39,9%) mulheres, com uma média de IMC de 29,2 kg / m²; mínima de 19 kg / m² e um máximo de 54,4 kg / m². A prevalência de excesso de peso ou obesidade de 81,3% (90,3% nos homens e 74,3% nas mulheres) (Tabelas 1 e 2).

Em relação à circunferência da cintura, uma média foi encontrada no homem de 101,9 cm (70 e máximo e mínimo de 133 cm) e mulheres média 94,3 cm (mínimo de 62 e máximo de 141 cm).

Tabla 1. Edad y prevalencias antropométricas en PTC de la UABC, campus Mexicali. n=225

	Frecuencia %		
	Hombre (n= 103) Media/DS	Mujer (n=122) Media/DS	General (N=225) Media/DS
Edad (en años)	48.5 ± 10.9	47 ± 10	47.7 ± 10.4
IMC (Kg/m ²)	29.5 ± 4.6	29.0 ± 6.5	29.2 ± 5.7
Cc (cm)	101.9 ± 10.6	94.3 ± 14.2	97.8 ± 13.2
Peso (Kg)	88.0 ± 17.9	75.0 ± 16.7	80.9 ± 18.4
Talla (cm)	1.71 ± .051	1.60 ± .065	1.65 ± .081

IMC, Índice de Masa Corporal. Cc, circunferencia de cintura.
Fuente: cuestionario

Tabela 2 pode ser visto que o excesso de peso e a obesidade são mais elevados em homens.

Tabla 2. IMC en PTC de la UABC, campus Mexicali. n=225

IMC	Frecuencia %		
	Hombre F (%)	Mujer F (%)	General F (%)
Bajo peso	0	3 (2.5)	3 (1.3)
Normo peso	10 (9.7)	29 (23.8)	39 (17.3)
Sobre peso	44 (42.7)	42 (34.4)	86 (38.2)
Obesidad	49 (47.6)	48 (39.3)	97 (43.1)
Total	103 (45.8)	122 (54.2)	225 (100)

Fuente: cuestionario

28% do PTC apresentou hipertensão arterial, 41,7% homens y16.4 mulheres%. média sistólica foi encontrada no homem de 125 mmHg (mínimo de 80 e máximo de 199 mmHg) e 115 mulheres mmHg (mínimo de 70 e máximo de 160 mmHg). Em relação à diastólica média encontrada no homem de 81 mmHg (mínimo de 60 e máximo de 110 mmHg) e em mulheres de 75 mmHg (mínimo de 50 e máximo de 90 mmHg) (Tabela 3).

Tabla 3. Presión arterial en PTC de la UABC, campus Mexicali. n=225

TA	Frecuencia %		
	Hombre F (%)	Mujer F (%)	General F (%)
Hipotensión	16 (15.5)	19 (15.6)	35 (15.6)
Normotensión	44 (42.7)	83 (68.0)	127 (56.4)
Hipertensión	43 (41.7)	20 (16.4)	63 (28.0)
Total	103 (45.8)	122 (54.2)	225 (100)

Fuente: cuestionario

A associação significativa entre hipertensão e sexo (Pearson $r = -0.195$, $p = 0,003$), hipertensão arterial com sobrepeso ou obesidade (Pearson $r = 0,296$, $p = 0,000$) e hipertensão arterial com o conhecimento dos hipertensos conhecido encontrado (Pearson $r = -0.310$, $p = 0,000$). Dos 63 (28,0%) PTC com hipertensão, 59 (63,2%) com excesso de peso além de obesidade.

Glucose, com média de 96,5 mg / dl (mínimo 48 e máximo de 265), nos homens: 102 mg / dl (mínimo 48 e máximo de 265), em mulheres: 91,7 mg / dl (em testes bioquímicos encontrou o seguinte mínimo 50, máximo 226); colesterol, uma média de 190,4 mg / dl (mínimo 73, máximo 610), em seres humanos: 186,7 mg / dl (mínimo 73, máximo 316), em mulheres: 193,5 mg / dl (mínimo 91, máximo 610); LDL, média de 104,5 mg / dl (-37 mínimo, máximo 445) no homem: 103,4 mg / dl (mínimo 9 máxima 210), em mulheres: 105,6 mg / dl (-37 mínimo, máximo 445); HDL, uma média de 46,7 mg / dl (mínimo 0, máximo de 206) no homem: 44,2 mg / dl (mínimo 26 e máximo 79), em mulheres: 48,9 mg / dl (mínimo 0, máximo 206) ; triglicéridos uma média de 136,2 mg / dl (mínimo 12, máximo 866) no homem: 166,0 mg / dl (mínimo 12, máximo 866), em mulheres: 111,0 mg / dl (mínimo 35, máximo 398) (Tabela 4).

Tabla 4. Resultados bioquímicos en PTC de la UABC, campus Mexicali. n=225

Prueba bioquímica	Normal mg/dl	Resultados	
		Hombre: n=103 Media (DS)	Mujer: n= 122 Media (DS)
Glucosa	60-100	102.1 (41)	91.7 (25)
Colesterol	<200	186.7(46)	193.5 (71)
LDL	<100	103.4 (46)	105.6 (66)
HDL	Hombre >50 Mujer >60	44.2 (11)	48.9 (21)
Triglicéridos	Hombre 40-160 Mujer 35-135	166.0 (115)	111.0 (62)

Fuente: laboratorio de la Facultad de Enfermería, UABC

26,6% da população em geral tem hiperglicemia, 56,6% homens e 43,3% mulheres (Tabela 5).

Tabla 5. Resultados bioquímicos alterados en PTC de la UABC, campus Mexicali. n=225

Prueba bioquímica	f/%	Resultados		p
		Hombre: n=103 f/%	Mujer: n= 122 f/%	
Glucosa (elevada)	60 (26.6)	34 (56.6)	24 (43.3)	ns
Colesterol (elevado)	84 (37.3)	39 (37.9)	45 (36.9)	ns
LDL (elevado)	120 (53.3)	56 (54.4)	64 (52.5)	ns
HDL (bajo)	173 (76.9)	75 (72.8)	24 (19.7)	
Triglicéridos (elevados)	75 (33.3)	44 (42.7)	31 (25.4)	.005

Fuente: cuestionario

68,9% do PTC, em geral, têm uma percepção de ser fisicamente saudável e 74,7% se sentir saudável (Tabela 6). 73,3% 59,8% sobrepeso e obesidade é percebida fisicamente saudável (Pearson $r = 7,66$, $p = 0,05$), e 76,7% com sobrepeso e 66% obesos sentir saudável (Pearson $r = 7,66$, $p = 0,053$).

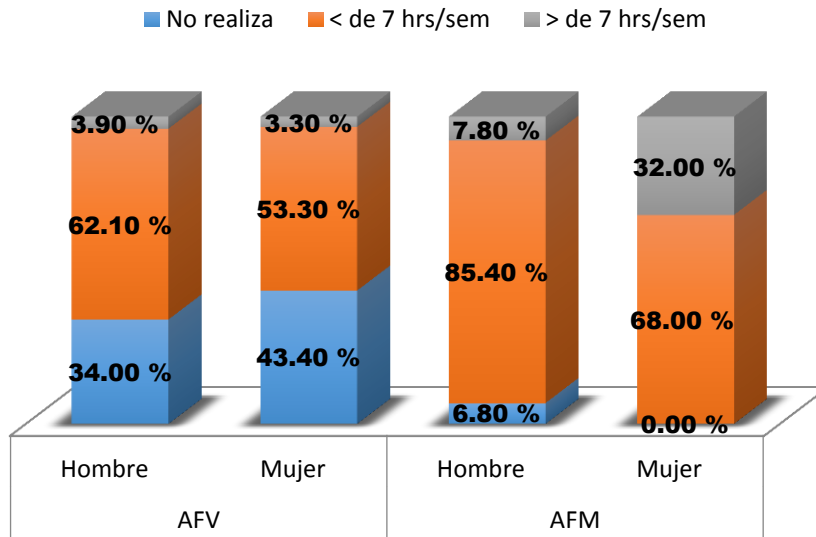
Tabla 6. Autopercepción del estado de salud, en PTC de la UABC, campus Mexicali. n=225

	f/%	Resultados	
		Hombre: n=103 f/%	Mujer: n= 122 f/%
Percepción de estar físicamente sano	155 (68.9)	71 (68.9)	84 (68.9)
Sentirse sano	168 (74.7)	82 (79.6)	86 (70.5)

Fuente: cuestionario

Em relação à atividade física vigorosa (mais de 7 horas por semana de intensa atividade), 88 (39,1%) da população do estudo faz atividade extenuante nada, 129 (57,3%) menos de 7 horas por semana e apenas 8 (3,6%) leva a atividade vigorosa, ou mais de 7 horas por semana; em relação à atividade física moderada (mais de 7 horas por semana), 7 (3,1%) da população do estudo não realizam atividade física moderada, 171 (76,0%) fez menos de 7 horas de atividade moderada por semana e 47 (20,9%) tem mais de 7 horas de atividade moderada por semana (figura 1).

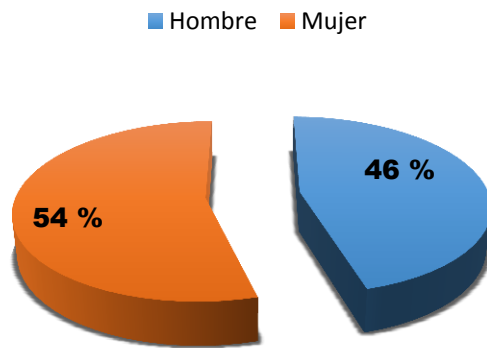
Figura 1. Actividad física vigorosa y moderada en PTC, campus Mexicali. n=225



AFV: Actividad física vigorosa, AFM: Actividad física moderada

Quanto ao consumo de tabaco, 135 (60,0%) de fumo; 22 (9,8%) não fumar ou não fazer; 68 (30,2%) nunca fumaram (Figura 2).

Figura 2. Consumo de tabaco por sexos en PTC, campus Mexicali. n=225



Fuente: cuestionario

Além disso, uma relação significativa foi encontrada sobre a auto-percepção de ser fisicamente saudável com o conhecimento de desenvolvimento de hipertensão (Pearson r 0,661, $p = 0,001$), com o conhecimento de diabetes (Pearson r 0,439, $p = 0,001$), com o conhecimento de que sofre de hipercolesterolemia (Pearson r 0,429, $p = 0,001$), bem como sentir-se saudável (Pearson r 0,505, $p = 0,001$).

Discussão

Hoje, a principal causa de morbidade em todo o mundo são as doenças crônicas não-transmissíveis, como diabetes mellitus e hipertensão, que, combinado com estilos de vida pouco saudáveis, causar uma alta taxa de mortalidade cardiovascular.

Segundo a OMS relata, em 2012, 17,5 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares (DCV), o que representa 31% de todas as mortes no mundo. Dessas mortes, 7,4 milhões doença cardíaca coronária e 6,7 milhões para o AVC eram devidas, o que poderia ter sido evitado, agindo sobre os factores de risco comportamentais, tais como o consumo de tabaco, má alimentação, obesidade, sedentarismo e uso nocivo álcool (OMS, 2015).

Além disso, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2015) relata que a prevalência no México de sobrepeso e obesidade, fatores de risco para doenças cardiovasculares e diabetes, é uma das mais elevadas, uma vez que a prevalência de excesso de peso é de 38,8%, a segunda mais alta na OCDE, após Chile, ea prevalência da obesidade é de 32,4%, a segunda maior depois dos Estados Unidos (OCDE, 2015).

De acordo com ENSANUT 2012, um aumento de 38,4% na prevalência da obesidade no caso dos homens, e um aumento de 19,0% na prevalência de excesso de peso no caso das mulheres é observada (Gutierrez et al, 2012.); em relação à pesquisa de 2006, no entanto, não houve alterações significativas ($p < 0,05$) no período entre 2006 e 2012 na prevalência de sobrepeso e obesidade. Nesta comparação entre as pesquisas em 2006 e 2012, a prevalência de sobrepeso e obesidade em conjunto ($IMC \geq 25$ kg / m²) aumentou 11,4 pontos percentuais e 3,3 pontos percentuais homens e mulheres. Comparando-se a prevalência de ENSANUT 2012 com os relatados no presente estudo, podemos observar

uma prevalência semelhante em sobrepeso aumentou 38,2% e 43,1% obesidade (Gutierrez et al., 2012)

Isso terá de ter em conta, como a idade média no estudo foi de 47, e quando a obesidade um fator de risco cardiovascular é muito importante considerar o seu início mais cedo, pois tem implicações importantes para a saúde do pessoa, bem como para o social, o emprego e status econômico.

Assim, a obesidade associada a outros fatores de risco como diabetes mellitus, hipertensão e dislipidemia, pode significar uma grave deterioração da qualidade de vida, o que leva a maiores necessidades de cuidados de saúde, deficiência, distúrbios de saúde e menor capacidade de trabalho.

O Diabetes Sociedade Espanhola relata que as pessoas com diabetes têm um risco de 2-4 vezes maior do que na população em geral da mesma idade e sexo risco de doença cardiovascular permanece depois de ajustar outros fatores de risco cardiovascular clássicos (Arrieta et al., 2015).

Neste sentido, as lesões ateroscleróticas em indivíduos diabéticos são mais rápidos e mais cedo, mais difundido e desenvolvimento sepultura, mais frequentemente placas instáveis, com uma incidência semelhante em ambos os sexos e aumento da presença de isquemia silenciosa expressão clínica ou menos. Eles são considerados 70-80% de todas as causas de morte em indivíduos com diabetes e são responsáveis por mais de 75% de todas as hospitalizações por complicações diabéticas (Arrieta et al., 2015).

Além disso, a proporção de adultos com diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 9,2%, de acordo com relatórios da ENSANUT 2012, mostrando um aumento significativo em comparação com a proporção relatada na ENSA 2000 (5,8%) e ENSANUT 2006 (7%) (Gutierrez et ai., 2012).

A prevalência de diabetes diagnóstico médico prévio em pessoas 20 anos ou mais em Baja California foi de 9,9%, superior ao relatado na ENSANUT 2006 (8,7%). A prevalência de diabetes diagnóstico médico prévio foi ligeiramente maior em mulheres (10,8%) do que os homens (9,1%), com uma fêmea Proporção: Masculino 1.2. Ambos os homens e mulheres

foi observado um aumento na prevalência de diabetes previamente diagnosticados a partir do grupo de 40-59 anos (13,5 e 19,7%, respectivamente) 7 (Gutierrez Rivera, Shamah-Levy, Oropeza e Hernandez 2012).

Em comparação com os resultados nacionais, a prevalência de diagnóstico médico prévio de diabetes em Baja California foi localizado acima da média nacional (9,2%) (Gutierrez et al., 2012), de modo que houve uma maior prevalência de hiperglicemia na este estudo: 26,6%.

Em relação à pressão arterial, a American Heart Association (Go AS, 2014) afirma que a hipertensão é o principal risco da população fator de porcentagem para a doença cardiovascular, com 40,6%, seguido pelo consumo de tabaco (13,7%), alimentos insalubre (13,2%), inatividade física (11,9%) e níveis anormais de glicose (8,8%) (Vá AS, 2014).

A prevalência de hipertensão por diagnóstico médico prévio em pessoas de 20 anos ou mais no estado de Baja California foi de 18,8%, o que diminuiu 7,8% em relação à prevalência relatada na ENSANUT 2006 (20,4%). A prevalência de hipertensão foi de 22,3% em mulheres e 15,2% homens, com uma fêmea Proporção: Masculino 1: 0,7 (Gutierrez et al, 2012.).

Ambos os homens e mulheres foi observado um aumento na prevalência de hipertensão arterial de 40 anos (19,5% em homens e 30,3% mulheres), em comparação com os resultados nacionais, a prevalência de hipertensão por diagnóstico médico prévio no estado de Baja California foi classificado acima da média nacional (Gutierrez et al, 2012.); No entanto, a prevalência de hipertensão em PTC foi maior, relatando 28%, que é maior em homens com 41,7% em mulheres com 16,4%.

Além disso, a hipertensão em pacientes com diabetes é muito comum, com uma prevalência superior a 60% (Arrieta et al., 2015). No presente estudo, pode ser observada uma relação significativa na PTC com obesidade, hiperglicemia (R Speraman 133, P = 0,047) e hipertensão (R Speraman 0,295, p = 0,001).

A medida da circunferência da cintura (CC) foi levantada vários anos atrás, como uma ferramenta fácil e útil para usar na prática clínica para avaliar o risco cardiovascular de

pacientes que estão com sobrepeso ou obesos, bem como implementar medidas terapêuticas ou preventivas destinadas a reduzir esse risco (Moreno Gonzalez, 2010).

No México, para identificar adultos com obesidade abdominal é usado como referência a classificação do Ministério da Saúde do México (Barquera, Campos Hernandez Pedroza e Rivera, 2013) e da Federação Internacional de Diabetes (Alberti, Zimmet e Shaw, 2005), ponto de corte definido como maior ou igual a 80 cm CC em mulheres e maior do que ou igual a 90 cm em homens.

O ENSANUT 2012, relata uma CC de risco 65,5% nos homens e 82,8% nas mulheres, resultados semelhantes são observados em mulheres (80,3%) e mulheres (64,5%) neste estudo (Barquera et al., 2013).

Lira, Kunstmann, Caballero, Gainza y Molina (2008), Eles avaliaram a associação de CC com fatores de risco clássicos em 6.130 mulheres chilenas saudáveis, onde eles descobriram que a correlação linear de prevalência de hipertensão foi altamente significativa (Chi2 tendência linear $p < 0,0001$) para a hipertensão sistólica (HAS) como para a hipertensão diastólica (HTAD), com odds ratio de 5,04 QI vs VQ para HAS e 5,84 para HTAD.

Além disso, um alto CC está associada com hipertrigliceridemia, colesterol HDL baixo e aumentou a proporção de partículas de LDL (Després, Lemieux e Prud'homme, 2001), uma associação observada no presente estudo (Pearson $r = 0,193$, $p = 0,004$).

Hoje sabe-se que a inatividade física é o quarto mais importante de mortalidade fator de risco em todo o mundo (6% das mortes no mundo). Apenas exceder hipertensão (13%), o consumo de tabaco (9%) e glicose no sangue em excesso (6%).

Sobrepeso e obesidade representam 5% da mortalidade global e isso influencia fortemente a prevalência de doenças não transmissíveis (Mathers, Ma Fat, 2004) e a saúde geral da população mundial; Mostra-se que a atividade física praticada regularmente reduz o risco de doença cardíaca coronária e acidente vascular cerebral, diabetes tipo II, hipertensão, câncer de cólon, câncer de mama e depressão. Além disso, a atividade física é um fator determinante no consumo de energia, por isso é fundamental para alcançar o equilíbrio de

energia e controle de peso (Mathers, Ma Fat, 2004; Mathers, Stevens, Mascarenhas, 2009; Bauman et al. , 2009; Meusel et ai, 2009 ;. Hanifi et ai, 2010) ..

A fim de melhorar a função cardiorrespiratória, músculo, saúde óssea, reduzir o risco de doenças não transmissíveis e depressão, a OMS recomenda que os adultos entre 18 e 64 deve acumular pelo menos 150 minutos por semana de atividade física (AF) aeróbio moderado ou 75 minutos de atividade física aeróbica vigorosa por semana, ou uma combinação equivalente de atividades moderadas e vigorosas (Hanifi et al., 2010).

Assim, no ENSANUT (2012) no Estado de Baja California, relatou-se que 22,2% da população era inativo, 11,6% moderadamente ativos, ou seja, realizou o AF mínimo sugerido pela OMS, e 66,2% ativo ; em comparação com os resultados obtidos no presente estudo que temos, de acordo com a vigorosa atividade física (AFV), 39,1% está inativo, 57,3% moderadamente ativos e apenas 3,6% activa (Gutierrez et al. 2012).

Além disso, o consumo de tabaco é tradicionalmente associada ao cancro e problemas respiratórios, no entanto, também aumenta significativamente o risco de coração periférico, cerebral e doenças vasculares. Porque mortes cardiovasculares anuais relacionadas com tabaco, o consumo de este é um problema de saúde pública (Anzola, 2010).

Os relatórios apresentados na ENSANUT (2012), no estado de Baja California, mostram uma prevalência de rapé na faixa etária de 40-59 anos 40,7%; 53,7% em homens e 28,0% em mulheres, sendo um consumo de mais rapé neste estudo, com 60% de consumo sendo maior em mulheres de 54% em homens 46% (Gutierrez et ai., 2012).

Quanto à percepção do estado de saúde, temos apesar da natureza subjetiva envolvidos e de acordo com os aspectos culturais, psicológicos e sociais, é um indicador presente em todas as análises da saúde das populações e são descritos como uma medida útil seu valor preditivo para avaliar o uso futuro dos cidadãos em matéria de cuidados de saúde e até mesmo em termos de mortalidade (Miilunpalo et al., 1997).

Estudos em Espanha relatar uma percepção do estado de boa saúde em 71,3% (Gavira et al., 2012), por outro lado, no México, a REDUZIDOS (2002) mostra resultados

consistentes com a observada em outras partes do mundo e os estudos anteriormente em nosso país.

A percepção da saúde dos mexicanos é melhor entre os homens do que mulheres. Em ambos os sexos a percepção de boa saúde diminui à medida que aumenta a idade. Em resumo, 62% das mulheres com mais de 18 anos no México perceber que sua saúde é boa e 70% dos homens sentem o mesmo (ENED, 2002).

Em um estudo em mulheres climatéricas mexicano informou que, do total de entrevistados, 3.883 mulheres (42,8%) relatou um estado de saúde auto-percebida (APES) positivos: 1,5% foi excelente, 3% muito bom e 37,3% boa; e 5365 (57,2%) relataram APES negativas: 52,2% percepção regulares e 5,8% como ruim (Vladislavovna et al., 2008).

Além disso, no estudo de Win America (2014) sobre a obesidade na América de 2014, aspectos importantes são relatados em relação à auto-percepção do estado de saúde, 73% das pessoas na faixa etária 26-45 anos taxa de sua saúde (saudável ou muito saudável) de forma positiva. Outro aspecto muito importante é a subestimação do excesso de peso ou obesos, já que apenas 44% dos entrevistados na América reivindicações que estão acima do peso e um quarto das pessoas não estão conscientes do seu problema de obesidade, também é outro aspecto importante é que 55 % das pessoas estão acima do peso ou obesos é percebido muito saudável ou saudável (Matus, 2015; Vence Americas, 2014).

Resultados semelhantes foram encontrados neste estudo, onde 73,3% dos PTC sobrepeso e 59,8% obesidade é percebida como fisicamente saudável (Pearson $r = 7,66$, $p = 0,05$). Além disso, 76,7% dos PTC obesos sobrepeso e 66,0% refere-se sentir saudável (Pearson $r = 10,58$, $p = 0,014$).

Conclusões

A maioria dos CRFs foram apresentados de forma significativa em uma população relativamente jovem, que forma a maior parte da substituição de geração na faculdade da UABC.

É importante ressaltar que a população do estudo que é obesa é percebido como fisicamente saudável 68,9% e 74,7% sentem que saudável; também uma incompatibilidade ocorre com os resultados de testes bioquímicos, um aspecto que é muito importante porque a PTC não ter percepção do seu estado de saúde actual, está em execução um grande risco de doença cardiovascular que incapacitar, ou que levam à morte prematura.

A prevalência de glucose no plasma em jejum alta é um número alarmante, considerando-se que esta condição tem um risco aumentado de desenvolver diabetes no futuro.

Porque os fatores de risco cardiovascular aumenta com a idade, estes são a principal causa de morbidade e mortalidade e são potencialmente evitáveis, esperamos que este estudo é uma contribuição para divulgar a situação real na comunidade universitária.

Assim, é importante para aumentar os esforços para promover a alimentação saudável focada preparações alimentícias e tradicionais e buscar maneiras de orientar a população a optar por alimentos saudáveis em vez de industrializados, cujo conteúdo em açúcar, gordura, sódio e calorias muitas vezes elevados e oposta à prevenção e controle de um peso saudável.

Além disso, a inatividade física nesta população, próprio estilo de vida moderno, deve ser combatido pela atividade moderada ou vigorosa. É necessário promover estilos de vida saudáveis que favoreçam a redução do sedentarismo, por exemplo, evitar gastar muito tempo sentado ou em frente a telas, transportadas de bicicleta ou a pé, esportes e outras atividades físicas regularmente e comer saudável e evitar consumo de rapé.

Bibliografía

- Abellán A. (2003). Percepción del estado de salud. *Rev Mult Gerontol*;13(5):340-342.
- Aguirre Botello M. (2016). México, principales causas de mortalidad 1938- 2014, Recopilación INEGI, OMS y SINAIS. <http://www.mexicomaxico.org/Voto/MortalidadCausas.htm>. Última revisión: lunes 18 enero.
- Alberti K., Zimmet P., Shaw J. (2005). The metabolic syndrome a new worldwide definition. *Lancet*;366(9491):1059-1062.
- Anzola Muñoz G. (2010). El tabaco como factor de riesgo cardiovascular. *Avances Cardiol.* 30(1):38-42.
- Arrieta F., Iglesias P., Pedro-Botet J. (2015). Diabetes Mellitus y Enfermedad Cardiovascular: recomendaciones del Grupo de Trabajo Diabetes y Enfermedad Cardiovascular de la Sociedad Española de Diabetes (SED, 2015): *Clin Invest Arterioscl.* 27(4): 181-192.
- Barquera S., Campos-Nonato I., Hernández-Barrera L., Pedroza-Tobías A., Rivera-Dommarco J.A., et al. (2013). Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Pública.* 55(2):151-160
- Bauman A., Bull F., Chey T., Craig C.L., et al. (2009). The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activit.* 6:21
- Després J.P., Lemieux I., Prud'homme D. (2001). Treatment of obesity: need to focus on high risk abdominally obese patients. *BMJ.* 322 (7288):716-20.
- Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (2002-2003). Percepción del estado de salud. Salud: México 2002. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/condiciones.pdf>

- Gavira Sánchez L., Carmona López G., Fornieles García Y., et al. (2012). Resultados y Calidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía, 2012. Escuela Andaluza de Salud Pública - Servicio Andaluz de Salud - Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 42-43.
http://www.calidadsaludandalucia.es/docs/resultados_y_calidad_del_sistema_sanitario_publico_de_andalucia_2012.pdf
- Giraldo-Trujillo J.C., Martínez J.W., Granada-Echeverry P. (2011). Aplicación de la escala de Framingham en la detección de riesgo cardiovascular en empleados universitarios, 2008. Revista de Salud Pública.
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/17504/38006>
- Gutiérrez J.P., Rivera-Dommarco J., Shamah-Levy T., et al. (2012). Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Baja California. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: encuestas.insp.mx
- Hanifi R., Lambert V., Haskell W., et al. (2010). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud, 2010. ISBN 978 92 4 359997 7
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44441/1/9789243599977_spa.pdf
- Go A.S., Mozaffarian D., Roger V.L., Benjamin, et al. (2014). American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Executive summary: heart disease and stroke statistics. update: a report from the American Heart Association. *Circulation*.129 (3):399–410
- Gutiérrez J.P., Rivera-Dommarco J., Shamah-Levy T., et al. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX).
- Kamphuis C.B., Mackenbach J.P, Giskes K., et al. (2010). Why do poor people perceive poor neighbourhoods? The role of objective neighbourhood features and psychosocial factors. *Health Place*.; 16:744–54.

- Levenson J.W., Skerrett P.J., Gaziano J.M. (2002). Reducing the global burden of cardiovascular disease: the role of risk factors. *Prev Cardiol.* 5:188-199.
- Lira M.T., Kunstmann S., Caballero E., et al. (2008). Waist Circumference and its Association with Classic CV Risk Factors in Healthy Women. *Circulation.* 118 (12) 465.
- Lucumí D.I, Grogan-Kaylor A., Espinoza-García (2013). Asociación de la posición socioeconómica y la percepción del ambiente con la autopercepción del estado de salud en mujeres de Bogotá, Colombia. *Rev Panam Salud Pública* 34(1); 15-20.
- Mathers C., Ma Fat D. (2004). The global burden of disease: 2004 update. Department of Health Statistics and Informatics in the Information, Evidence and Research Cluster of WHO. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Mathers C., Stevens G., Mascarenhas M. (2009). Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Department of Health Statistics and Informatics in the Information, Evidence and Research Cluster of WHO. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Matus Lerma N.P., Álvarez Gordillo G.C., Nazar Beutelspacher D.A., et al. (2015). Percepciones de adultos con sobrepeso y obesidad y su influencia en el control de peso en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. *Revista Estudios Sociales:* 24 (47).
- Martínez Ríos M.A. (2015). Informe del primer semestre 2015. Instituto Nacional de Cardiología - Ignacio Chávez, México. https://www.cardiologia.org.mx/organización-dirección_general- Última modificación: 20 de mayo de 2016.
- Meusel D., Höger C., Pérez-Rodrigo C., et al. (2009). Marco para el seguimiento y evaluación de la aplicación. Estrategia Mundial de la OMS sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud. Catalogación por la Biblioteca de la OMS. ISBN 978 92 4 359730 0
- Miilunpalo S., Vuor I, Oja P., et al. (1997). Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self-reported health status on the use of physician services and

- on mortality in the working-age population. *Journal of Clinical Epidemiology*.50(5):517-528
- Moreno González, M.I. (2010). Circunferencia de cintura: una medición importante y útil del riesgo cardiometabólico. *Rev Chil Cardiol*. 29: 85-87.
- Rojas E. (2012). Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en 4 poblaciones rurales del noroeste de Estado Anzoátegui. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 7 (2): 35-39.
- Rosas Peralta M., Lara Esqueda A., Pastelín Hernández G., et al. (2005). National Re-survey of Arterial Hypertension (RENAHTA). Mexican consolidation of the cardiovascular risk factors. national follow-up cohort. *Arch. Cardiol. Méx*. 75 (1):96-111.
- OECD Health Policy Studies (2015). *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, OECD Publishing, Paris. 31-51
DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>
http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/cardiovascular-disease-and-diabetes-policies-for-better-health-and-quality-of-care_9789264233010-en#page3
- Organización Mundial de la Salud (2015). Centro de prensa, nota descriptiva, enero 2015.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Stronegger W.J., Titze S., Oja P. (2010). Perceived characteristics of the neighborhood and its association with physical activity behavior and self-rated health. *Health Place*.16:736–43.
- Vladislavovna-Doubova S., Pérez-Cuevas R., Reyes-Morales H. (2008). Autopercepción del estado de salud en climatéricas derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *salud pública de México*. 50 (5): 390-396.

WIN. Worldwide Independent Network of Market Research (2014). Américas, Percepción y realidad. Un estudio sobre la obesidad en América. 2014. www.datum.com.pe/pdf/WDFAT.pdf