

PROYECTO DE INNOVACIÓN EDUCATIVA

MEMORIA FINAL

TÍTULO DEL PROYECTO:

FOMENTO DE LA CULTURA PREVENTIVA DESDE LOS CICLOS
FORMATIVOS DE SANIDAD

Coordinación:

Nombre y Apellidos

José Ramón Cobo Rosell

Centro de destino, localidad y provincia

I.E.S. LA FUENSANTA, CÓRDOBA

Referencia del proyecto: PIN- 061 / 03

**Proyecto subvencionado por la Consejería de Educación
de la Junta de Andalucía**

(Orden de 29/05/03; Resolución de 12/12/03)

1. INTRODUCCIÓN

El fomento de la cultura preventiva en los diferentes ámbitos de la sociedad es muy importante, siendo el colectivo de docentes, además, un agente social fundamental en el desarrollo de actitudes preventivas.

La enfermedad cardio-vascular por Arteriosclerosis de las arterias coronarias constituye un problema de salud pública de primer orden a escala mundial, por su elevada incidencia, su carácter crónico y sus importantes repercusiones (riesgo de nuevos episodios y/o complicaciones, disminución de la calidad y esperanza de vida, pérdida de independencia y elevados coste socio-económicos).

Son muchos los factores de riesgo relacionados con la patología cardio-vascular, y su estudio tiene el interés, por un lado, de poner de manifiesto la situación epidemiológica de una población –la docente- calculando el riesgo individual, y por otro, que el conocimiento de los principales factores de riesgo cardio-vascular permite su prevención.

La Arteriosclerosis es una patología que en ocasiones se inicia en épocas tempranas de la vida, pudiendo verse acelerado su desarrollo por factores dietéticos y estado nutricional, entre otros. Está demostrado que la composición de la dieta modifica la concentración plasmática de una serie de sustancias (colesterol total por ejemplo) que se relacionan con la incidencia y gravedad de la patología en cuestión.

La mayoría de los factores de riesgo cardio-vascular son modificables (en un reciente estudio publicado por el Ministerio de Sanidad y Consumo –última Encuesta Nacional de Salud- concluía que...”España es un país en el que crecen la obesidad, sedentarismo, el consumo de tabaco, la mala alimentación y problemas como la hipertensión arterial, el colesterol y la diabetes...”). Otros factores, por el contrario, no se pueden variar -edad, sexo, menopausia, herencia genética...-, siendo muy importantes a la hora de calcular el riesgo individual de enfermedad cardio-vascular. Es esencial una aproximación preventiva con la identificación de factores de riesgo modificables, haciendo posible localizar individuos de alto riesgo para realizar medidas preventivas.

Los factores de riesgo modificables se pueden prevenir mediante cambios en el estilo de vida (DIETA, EJERCICIO FÍSICO, AUSENCIA DE TABACO...) y por actuaciones médicas directas. Es esencial fomentar estilos de vida saludables aumentando el nivel de educación sanitaria de la población.

Cada vez más se le reconoce a la alimentación y a los elementos que la componen la importancia de ser un factor que genera estados de salud. Esta relevancia se evidencia diariamente y queda reflejada en cualquier medio de comunicación, de tal forma que, es anormal que no trascienda en noticias de actualidad algún aspecto relacionado directamente con la nutrición y sus consecuencias. Esta sensibilidad hacia contenidos dietéticos justifica que, desde el colectivo de la educación, demos respuesta desarrollando estudios que nos hagan ir paralelos a las inquietudes sociales.

Un aspecto interesante a destacar es la colaboración directa de miembros de tres Consejerías diferentes de la Junta de Andalucía: Empleo, Salud y Educación.

5.3. Conclusiones relacionadas con el RIESGO CARDIO-VASCULAR a los 10 años:

& Con diferentes porcentajes estadísticos, las conclusiones globales que se relacionan a continuación coinciden en las dos tablas manejadas (SCORE y FRAMINGHAN)

& La mayoría de los docentes estudiados (71,5%) presentan riesgo cardiovascular a los 10 años MENOR del 1% según la tabla SCORE. Sólo 5 de los 137 (3,6%) se encuentran en un porcentaje comprendido entre 3-4%. Existe correspondencia con la tabla FRAMINGHAN, donde también la mayoría (50,4%) resultan con el menor riesgo de padecer patología cardio-vascular a los 10 años (1%)

& Los hombres tienen mayor riesgo de accidente cardio-vascular que las mujeres, y en ambos sexos, este riesgo se incrementa con la edad

& Las posibilidades de sufrir la patología referida aumentan con el hecho de consumir o haber consumido tabaco hace más de 5 años –disminuyendo de forma importante si no se ha fumado nunca-, tener la tensión arterial alta, y mayor nivel de triglicéridos y de ácido úrico en sangre

& El consumo moderado de alcohol y su no ingesta se relacionan con los índices de riesgo más pequeños

& En este estudio piloto no se han podido establecer relaciones significativas entre el riesgo CV y variables como el “stress” laboral, padecer diabetes, tener antecedentes familiares cardiopatas antes de los 60 años , ejercicio físico , obesidad o niveles sanguíneos de colesterol o glucosa

& Si bien se corresponde una relación entre el seguimiento de una dieta próxima a la mediterránea y un nivel de riesgo escaso, este resultado no se puede considerar significativo en este proyecto

NOTA: Este trabajo se ha realizado en el Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Córdoba, con la colaboración de su Directora, D^a Rosa Montero Simó; el soporte metodológico se ha llevado a cabo en la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de la misma localidad.

RESULTADOS: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS:

EDAD:

Oscilaban entre 24 años -2- (1,5%) hasta los 64 años -1- (0,7%).

Por grupos de edad:

- * De 20 a 29 años: 11 (8%)**
- * De 30 a 39 años: 24 (17,5%)**
- * De 40 a 49 años: 55 (40,2%) -Es la franja más numerosa-**
- * De 50 a 59 años: 44 (32,1%)**
- * De 60 a 69 años: 3 (1,5%)**

La edades más repetidas fueron las de 44 años -10- (7,3%) y 52 años -10- (7,3%), siendo las de 34, 59, 60, 61 y 64 años las edades que menos docentes presentaban -1- (0,7%).

SEXO:

De los 137 profesores/as, 74 eran varones (54,5%) y 63 mujeres (46%).

ANTECEDENTES FAMILIARES CARDIO-VASCULARES:

La mayoría -107- (78,1%) no tenían historia anterior de patología cardio-vascular en sus familiares directos; el resto -30- (21,9%), sí.

ALCOHOL:

Un número importante de los encuestados -97- (70,8%) declara beber diariamente de manera moderada; 37 (27,0%), no beber nunca, y sólo 3 (2,2%), ingerir mayores cantidades de alcohol.

EJERCICIO FÍSICO REGULAR:

El 61,3% -84- afirma realizar algún tipo de ejercicio físico con regularidad.

TABACO:

Los valores más representativos son los que en la encuesta comentan no haber fumado nunca -58- (42,3%), seguidos de los ex fumadores desde hace más de 5 años -34- (24,8%), y por último, los ex fumadores de menos de 5 años -18- (13,1%). De los actuales fumadores –el resto- 17 (12,4%) afirman consumir menos de 15 cigarrillos diarios, 9 (6,6%) entre 15 y 25, y solamente 1 (0,7%) reconoce fumar más de 25 cigarrillos al día.

FÁRMACOS RELACIONADOS QUE TOMAN EN LA ACTUALIDAD:

9 (6,6%) se están tratando con fármacos antihipertensivos y 6 (4,4%) ingieren AAS al menos 3 veces por semana; entre las docentes menopaúsicas, 2 -1,5%) toman con regularidad estrógenos, 1 (0,7%) estrógenos + progesterona, y 15 (10,9%) manifiestan haber tomado estrógenos con anterioridad. Únicamente 2 de los 137 encuestados/as (1,5%) eran diabéticos.

STRESS PROFESIONAL:

Destaca el importante número de docentes que refieren padecer “stress” en su labor educativa -43- (31,4%).

ALTERACIONES ELECTROCARDIOGRÁFICAS:

Sólo 2, de la muestra de 137 (1,5%), presentaban alteraciones en el EKG en situación de reposo; estas alteraciones, por otra parte, no eran de gravedad.

PESO:

El/la docente que menos pesaba tenía 46,00 Kgr -1- (0,7%), y el de mayor peso 115,00 -1- (0,7%), siendo la franja más numerosa desde los 61,00 a 70,99 Kgr -33- (24,1%).

* De 40,00 a 50,99 Kgr:	4	(2,9%)	
* De 51,00 a 60,99 Kgr:	30	(21,9%)	
* De 61,00 a 70,99 Kgr:	33	(24,1%)	–Es la franja más numerosa-
* De 71,00 a 80,99 Kgr:	32	(23,4%)	
* De 81,00 a 90,99 Kgr:	25	(18,2%)	
* De 91,00 a 100,99 Kgr:	10	(7,3%)	
* De 101,00 a 110,99 Kgr:	2	(1,5%)	
* De 111,00 a 120,99 Kgr:	1	(0,7%)	

TALLA:

La medición de la talla osciló entre 1,50 m -1- (0,7%) a 1,84 m -1- (0,7%), repitiéndose en 9 ocasiones las cifras de 1,72 m (6,6%) y 1,76 m (6,6%) como medidas más frecuentes.

- * De 1,50 a 1,59 m: 32 (23,4%)
- * De 1,60 a 1,69 m: 39 (28,5%)
- * De 1,70 a 1,79 m: 52 (38,0%) –Franja más numerosa-
- * De 1,80 a 1,89 m: 14 (3,6%)

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC):

Abarca desde 19,40 -1- (0,7%) a 37,21 -1- (0,7%), predominando en 3 ocasiones (2,2%) 22,08, 25,00 y 25,41 respectivamente.

TENSIÓN ARTERIAL SISTÓLICA (TAS) Y DIASTÓLICA (TAD)

La TAS mínima fue de 90,00 mm Hg -4- (2,9%), y la TAS máxima 180,00 mm Hg -1- (0,7%), variando la TAD entre 40,00 mm Hg -1- (0,7%) a 100,00 mm Hg -3- (2,2%).

Las tensiones más repetidas fueron 120 mm Hg de TAS -32- (23,4%) y 70,00 mm Hg de TAD -42- (30,7%).

TAS

* De 90 a 99 mm Hg:	5 (3,6%)
* De 100 a 109 mm Hg:	9 (6,6 %)
* De 110 a 119 mm Hg:	17 (12,4%)
* De 120 a 129 mm Hg:	47 (34,3%)
* De 130 a 139 mm Hg:	31 (22,6%)
* De 140 a 149 mm Hg:	14 (10,2%)
* De 150 a 159 mm Hg:	9 (6,5%)
* De 160 a 169 mm Hg:	3 (2,2%)
* De 170 a 179 mm Hg:	1 (0,7%)
* De 180 a 189 mm Hg:	1 (0,7%)

La franja más numerosa corresponde a 120-129 mm Hg

TAD:

* De 40 a 49 mm Hg:	1 (0,7%)
* De 50 a 59 mm Hg:	3 (2,2%)
* De 60 a 69 mm Hg:	27 (19,7%)
* De 70 a 79 mm Hg:	54 (39,5%)
* De 80 a 89 mm Hg:	41 (30%)
* De 90 a 98 mm Hg:	8 (5,8%)
* De 100 a 109 mm Hg:	3 (2,2%)

La franja más repetida tiene lugar de 70 a 79 mm Hg

COLESTEROL TOTAL:

Los valores han sido muy variados, abarcando desde 106 mgr/dl -1- (0,7%) hasta 321 mgr/dl -1- (0,7%).

Las cifras que más se repiten, en 4 ocasiones, son 200 mgr/dl (2,9%) y 228 mgr/dl (2,9%).

* De 100 a 150 mgr/dl:	7	(5,1%)	
* De 151 a 200 mgr/dl:	55	(40,1%)	
* De 201 a 250 mgr/dl:	59	(43 %)	-mayor número-
* De 251 a 300 mgr/dl:	15	(10,9%)	
* De 301 a 350 mgr/dl:	1	(0,7%)	

COLESTEROL-LDL:

También aparece en este dato una importante variedad, que va desde el mínimo valor comprendido en 52 mgr/dl -1- (0,7%) hasta 234 mgr/dl -1- (0,7%).
La cifra más reiterada es 108 mgr/dl -6- (4.4%).

* De 50 a 100 mgr/dl:	21	(15,3%)	
* De 101 a 150 mgr/dl:	81	(59,2%)	–la franja más importante–
* De 151 a 200 mgr/dl:	33	(39,3%)	
* De 201 a 250 mgr/dl:	2	(1,5%)	

COLESTEROL-HDL:

El mínimo valor presentado fue de 26 mgr/dl -1- (0,7%), y el máximo 95 mgr/dl -1 -0,7%).

El valor más repetido fue 56,00 mgr/dl, que lo presentaron 9 docente (6,6%).

*** De 25 a 34 mgr/dl: 2 (1,5%)**

*** De 35 a 100 mgr/dl: 135 (98,5%)**

TRIGLICÉRIDOS:

Asímismo existe una amplia variedad de resultados, oscilando desde 16 mgr/dl -1- (0,7%) hasta 439 mgr/dl -1- (0,7%).

39 y 52 mgr/dl, en 5 ocasiones cada uno (3,6%) son los valores más frecuentes.

* De 15 a 99 mgr/dl:	105	(76,6%)	–el más frecuente–
* De 100 a 199 mgr/dl:	20	(14,6%)	
* De 200 a 299 mgr/dl:	9	(6,6%)	
* De 300 a 399 mgr/dl:	2	(1,5%)	
* De 400 a 499 mgr/dl:	1	(0,7%)	

GLUCEMIA:

La cifra mínima fue de 68 -1- (0,7%), y la máxima 175 mgr/dl -1- (0,7%).

El valor de 90 mgr/dl se repitió en 11 ocasiones (8%).

*** De 60 a 114 mgr/dl: 130 (94,9%) -franja más numerosa-**

*** De 115 a 139 mgr/dl: 6 (4,4%)**

*** De 140 a 180 mgr/dl: 1 (0,7%)**

ÁCIDO ÚRICO:

La menor cantidad obtenida en sangre fue la de 2,5 mgr/dl -1- (0,7%), y la mayor 8,9 mgr/dl -1- (0,7%).

*** De 2,5 a 7,0 mgr/dl: 123 (89,8%)**

*** De 7,1 a 9 mgr/dl: 14 (10,2%)**

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS:

1. OBJETIVOS:

Este estudio tiene las siguientes finalidades en relación con la muestra estudiada de la población docente:

1. Averiguar los valores medios de diferentes datos antropométricos, bioquímicos, de exploración, de estilos de vida y de antecedentes
2. Determinar la prevalencia de factores de riesgo cardio-vascular.
3. Identificar individuos de “alto riesgo”, calculando la probabilidad de padecer patología cardio-vascular a los 10 años.
4. Conocer los hábitos dietéticos.

Para ello se han utilizado los siguientes parámetros: edad, sexo, tabaco (diferenciando la situación de “fumador actual” –menos de 15 cigarrillos/día, entre 15-25 y más de 25-, y “no fumador actual” –distinguiendo si dejó de fumar hace más de 5 años, dejó de fumar hace menos de 5 años o nunca ha fumado-), tratamiento con antihipertensivos, AAS o estrógenos y/o progesterona, condición de diabético/a, “stress” profesional, alcohol (“no bebedor”, “bebedor moderado” o “bebedor habitual”), antecedentes familiares de cardiopatía en jóvenes, ejercicio regular, peso, talla, IMC, tensión arterial, colesterol (total, LDL y HDL), glucemia, ácido úrico, alteraciones electrocardiográficas en reposo, y encuesta dietética sobre frecuencia de consumo de los diferentes grupos de alimentos.

Los valores de referencia usados han sido:

- > Colesterol total..... * menos de 200 mgr/dl: condiciones normales
* entre 200 y 239 mgr/dl: límite superior de la normalidad
* más de 240 mgr/dl: hipercolesterolemia
- > Colesterol-LDL..... * menos de 130 mgr/dl: condiciones normales
* entre 130 y 159 mgr/dl: límite superior de la normalidad
* más de 160 mgr/dl: valores altos
- > Colesterol-HDL..... * igual o más de 36 mgr/dl: condiciones normales
* menos de 35 mgr/dl: valores bajos
- > Triglicéridos..... * menos de 200 mgr/dl: condiciones normales
* entre 200 y 400 mgr/dl: límite superior de la normalidad
* más de 400 mgr/dl: hipertrigliceridemia
- > Glucemia..... * menos de 115 mgr/dl: condiciones normales
* entre 115 y 139 mgr/dl: intolerancia a la glucosa
* más de 140 mgr/dl: hiperglucemia
- > Ácido úrico..... * igual o menor de 7 mgr/dl: condiciones normales
* más de 7 mgr/dl: hiperuricemia
- > IMC..... * menor de 25: normopeso
* entre 25 y 30: sobrepeso
* más de 30: obesidad
- > Tensión arterial..... * hasta 140 –TAS- y 90 mm Hg -TAD-: normalidad
* más de 140 –TAS- y 90 mm Hg –TAD- : hipertensión

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO
DE LOS FACTORES DE RIESGO
CARDIO-VASCULAR
Y
HÁBITOS DIETÉTICOS
EN UNA MUESTRA DE LA
POBLACIÓN DOCENTE
DE LOS I.E.S. DE CÓRDOBA

-ENERO-JUNIO 2.005-

Autor: RAFAEL LEÓN CLAVERÍA (Profesor del Departamento de Sanitaria del IES “La Fuensanta” y miembro del grupo de Innovación Educativa “Fomento de la cultura Preventiva desde los Ciclos Formativos de Sanidad”)

Colaboradores: LUIS A. PÉRULA DE TORRES (Técnico de Salud Pública de la Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Córdoba) , **ANTONIO LARA-BARAHONA ESPÍN**, **JOSÉ LUIS YEPES PÉREZ** y **RAFAEL CANALS SALINAS** (Médicos de Trabajo del Centro de Prevención de Riesgos Laborales de Córdoba)

2. CÁLCULO DEL RIESGO CARDIO-VASCULAR :

El riesgo coronario y/o cardio-vascular se define como la probabilidad de presentar una enfermedad coronaria o cardiovascular en un periodo de tiempo determinado –generalmente 10 años-. Su cálculo se considera como el mejor método de abordaje de la enfermedad arteriosclerótica. Diferentes Sociedades científicas, en su empeño de prevenir la arteriosclerosis, causa fundamental de la enfermedad cardiovascular, recomiendan una estimación del riesgo para clasificar a los individuos en distintos grupos y poder realizar prevención y abordaje terapéutico en los distintos factores.

Este proceso de considerar el riesgo c-v global se llama “estratificación del riesgo”, y es un primer paso absolutamente necesario antes de dar recomendaciones al enfermo.

La valoración global del riesgo mediante modelos multifactoriales predice el riesgo global individual y permite una utilización más eficiente de la posible medicación si fuera necesaria. La información a los individuos de su riesgo cardio-vascular puede ayudar a modificar dichos factores, y por tanto a prevenir la ECV.

Se han propuesto diversos modelos para realizar la estimación del riesgo; el primero de ellos, simple, pero útil, es cuantificar el número de factores de riesgo. Otra forma sería la estimación de forma cuantitativa del riesgo, hecha clásicamente a partir de las tablas de Framingham. El uso de estas tablas presenta básicamente dos inconvenientes: el primero es que permiten una estimación del riesgo coronario, pero no del CV; el segundo problema es que dichas tablas sobreestiman el riesgo coronario en poblaciones de menor riesgo como la española, por lo que la reciente publicación de los resultados del proyecto SCORE sobre mortalidad cardio-vascular a los 10 años ha permitido elaborar unas tablas basadas en datos europeos. Para este estudio se han utilizado ambas tablas:

- > TABLA DE FRAMINGHAM (Anderson, 1991):**
Utiliza un método cuantitativo de puntuación con una serie de variables; en base al valor de dichas variables se suman los puntos y obtenemos un número que equivale a un determinado porcentaje de riesgo a los 10 años.
- > TABLA SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation, 2003):**
Consiste en una estimación de riesgo que incluye como variables “edad”, “sexo”, “presión arterial sistólica”, “tabaco” y “colesterol total”. La novedades que existen tablas para países de alto riesgo y otras distintas para países de bajo riesgo (entre los que se incluye España).

5. CONCLUSIONES:

5.1. Conclusiones relacionadas con el ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO:

La población docente explorada presentó los siguientes datos de interés relacionados con los factores de riesgo cardio-vascular estudiados:

- & 36,5% sobrepeso; 12,4% obesidad
- & 21,2% hipertensos
- & 17,5% hipercolesterolemia total
- & 13,9% hipercolesterolemia LDL
- & 1,5% hipocolesterolemia HDL
- & 0,7% hipertrigliceridemia
- & 2,2% hiperglucemia
- & 10,2% hiperuricemia

5.2. Conclusiones relacionadas con los HÁBITOS DIETÉTICOS:

& Frecuente consumo diario de lácteos (95,6%) , pan (89,8%) frutas (76,6%) y verduras (73,7%),

& La ingesta semanal de pescados (92,7%), legumbres (87,6%), huevos (83,2%), carnes (80,3%) y embutidos (64,2%) es importante

& Raras veces ingieren cortezas/gusanitos/bolsas de patatas (59,9%), chocolate (54,7%), hamburguesas/perritos calientes (53,3%), dulces/golosinas (46,0%)

& Afirman no tomar nunca café el 25,5%, que contrasta con el 62,0% que declara consumirlo diariamente

& Resultados de ingesta estadísticamente muy igualados presentan los frutos secos -47,4% alguna vez a la semana y 46,0% raras veces-, y las bebidas gaseosas -37,2% alguna vez a la semana y 32,1% diariamente-

& Podemos afirmar que el 63,5% siguen la mayoría de los criterios que definen la dieta mediterránea; sólo 0,7% , apenas cumplen estas características en su alimentación.

INDICE

	Páginas
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	2
3. CÁLCULO DEL RIESGO CARDIO-VASCULAR.....	3
4. RESULTADOS:	
4.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS.....	4
4.2. REPRESENTACIÓN GRÁFICA.....	27
4.3. RIESGO CARDIO-VASCULAR -SCORE-	67
4.4. RIESGO CARDIO-VASCULAR -FRAMINGHAN-	73
5. CONCLUSIONES:	
5.1. RELACIONADAS CON ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO... ..	76
5.2. RELACIONADAS CON HÁBITOS DIETÉTICOS.....	76
5.3. RELACIONADAS CON RIESGO C-V A LOS 10 AÑOS.....	78.

3. MATERIAL Y MÉTODOS:

3.1. DISEÑO: “Serie de casos”.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO: El presente trabajo es un estudio piloto con una muestra de 137 profesores/as de algunos Institutos de Córdoba capital (13), donde se valoran una serie de factores relacionados con la prevención de la principal causa de muerte en nuestro país: enfermedad cardio-vascular.

3.3. VARIABLES:

3.4. FUENTES DE INFORMACIÓN: Hoja de recogida de datos (Historia clínica, Exploración física y complementaria) y Encuesta dietética de frecuencia de consumo de grupos de alimentos (“a diario”, “semanalmente”, “raras veces” o “nunca”).

3.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO: Ha consistido básicamente en lo siguiente:

- **Depuración de los datos y análisis de los posibles valores perdidos:** se realizó en un primer momento como fase preliminar a la obtención de resultados definitivos, una revisión de la base de datos, con obtención de listados de frecuencias para todas las variables, detección y subsanación de posibles errores en los datos y comprobación de datos perdidos o faltantes, valorándose sus causas.
- **Análisis univariado o descriptivo:** Características de la población estudiada y demás variables del estudio: Medidas de tendencia central (media), dispersión (desviación típica) y posición (límites de distribución), en las variables cuantitativas; obtención de listado de distribuciones de frecuencias (tabulación y cálculo de frecuencias absolutas y relativas) en las cualitativas. Cálculo de los estimadores principales con sus correspondientes intervalos de confianza para el 95% de seguridad (IC95%).
- **Análisis divariado:** Se hizo un análisis de la relación de la variable “factores riesgo cardio-vascular”, cruzándola con las variables de ambas tablas (Framingham y Score). Cuando se trataba de variables cualitativas se aplicó la prueba de Ji-cuadrado de Pearson, o test exacto de Fisher –cuando no cumplía criterios para ser usada la prueba anterior), mientras que el test T-student o ANOVA fueron las pruebas estadísticas usadas para determinar su asociación en las variables cuantitativas. Todos los contrastes usados fueron bilaterales ($p < 0,05$).

Se han propuesto diversos modelos para realizar la estimación del riesgo; el primero de ellos, simple, pero útil, es cuantificar el número de factores de riesgo. Otra forma sería la estimación cuantitativa del riesgo, hecha clásicamente a partir de las tablas de Framingham. El uso de estas tablas presenta básicamente dos inconvenientes: el primero es que permiten una estimación del riesgo coronario, pero no del CV; el segundo problema es que dichas tablas sobreestiman el riesgo coronario en poblaciones de menor riesgo como la española, por lo que la reciente publicación de los resultados del proyecto SCORE sobre mortalidad cardio-vascular a los 10 años ha permitido elaborar unas tablas basadas en datos europeos. Para este estudio se han utilizado ambas tablas:

➤ **TABLA DE FRAMINGHAM (Anderson, 1991):**

Utiliza un método cuantitativo de puntuación con una serie de variables; en base al valor de dichas variables se suman los puntos y obtenemos un número que equivale a un determinado porcentaje de riesgo a los 10 años.

➤ **TABLA SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation, 2003):**

Consiste en una estimación de riesgo que incluye como variables “edad”, “sexo”, “presión arterial sistólica”, “tabaco” y “colesterol total”. La novedad es que existen tablas para países de alto riesgo y otras distintas para países de bajo riesgo, entre los que se incluye España.

2. OBJETIVOS:

2.1. OBJETIVOS GENERALES:

- **Fomento de la cultura preventiva en los centros educativos**
- **Impulso del tratamiento de la conservación de la salud en el colectivo docente**

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Este estudio tiene las siguientes finalidades en relación con la muestra estudiada de la población educadora:

- 1. Averiguar los valores medios de diferentes datos antropométricos, bioquímicos, de exploración, de estilos de vida y de antecedentes**
- 2. Determinar la prevalencia de factores de riesgo cardio-vascular**
- 3. Identificar individuos de “alto riesgo”, calculando la probabilidad de padecer patología cardio-vascular a los 10 años**
- 4. Conocer hábitos dietéticos.**