



EDITOR INVITADO

**FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR:
GUIAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA (UNA PROPUESTA)**

**CARDIOVASCULAR RISK FACTORS:
GUIDELINES FOR PRIMARY PREVENTION (A PROPOSAL)**

A pesar del indudable progreso en conocimiento de etiopatogenia, fisiopatología, historia natural, diagnóstico y manejo de la enfermedad aterotrombótica cardio-cerebro-vascular, las posibilidades de detección precoz y enfoque terapéutico oportunos parecerían ser cada vez más infructuosas. Son alarmantes los índices de prevalencia de afectación coronaria, carotídea, cerebral, aórtica y vascular periférica como fenómenos críticos de catástrofes inducidas por la agregación patológica de múltiples factores condicionantes, que genéricamente rotulamos como factores de riesgo cardiovascular.

Infortunadamente, las políticas de prevención y promoción de la salud en las instancias naturales gubernamentales y del sector privado, son precarias cuando no inexistentes. Los recursos que, por definición y por ley, deben destinarse a este propósito, sufren los recortes infames que los manejadores de turno quieran aplicarles, invocando ajustes presupuestales o un histórico déficit fiscal. Esto configura la ausencia de una política de Estado que propugne por ofertar a sus ciudadanos, estándares de vida digna y saludable en los aspectos mínimos de una condición teóricamente humana: agua potable, nutrición básica, vacunación temprana, saneamiento ambiental con erradicación de plagas endémicas, espacio físico decorosamente habitable, oportunidad laboral de salario mínimo o de economía informal, educación elemental obligatoria.

Si esto no ocurre con lo fundamental, mucho menos podemos esperar que suceda con lo medianamente especializado o de alta complejidad. Las patologías consideradas como catastróficas y de alto costo, comparten el dudoso beneficio de generar pequeñas batallas contra un Estado improvidente, mediante el recurso constitucional de las tutelas que amparan el derecho de todo ciudadano a la salud y a la vida. Este mecanismo de virulenta pugnacidad, estimulado por las mismas IPS y EPS que se niegan, en principio, a remitir sus pacientes al estudio diagnóstico

específico o al médico especialista competente, genera en el maltrecho engranaje del sistema nacional de salud una injusta y malsana condición de maltrato dual en el binomio médico-paciente y una incompetente, cuando no negligente, prestación del servicio.

Nuestra información epidemiológica autóctona es muy limitada e, infortunadamente, carecemos de una estructurada y confiable base de datos sobre la real situación de nuestra patología cardio-cerebro-vascular; esto, a su vez, nos impide conocer qué impacto podríamos ejercer sobre aspectos de prevención esencial, primaria y secundaria, de marcadores y factores de riesgo, y el desarrollo futuro de enfermedad aterotrombótica, amén de condicionar y limitar la adopción de guías de manejo.

El papel de las sociedades científicas, para este propósito, debe concentrarse en la generación del conocimiento y en la implementación de un documento político fundamentado en ensayos clínicos propios, que no se limite a reciclar información de otras latitudes; su viabilidad económica debe garantizarse por aportes provenientes del Ministerio de Protección Social y del Instituto Nacional de Ciencia y Tecnología (Colciencias), de la industria farmacéutica, de alimentos y de equipos médicos. Aquí desempeñaría un papel preponderante la Fundación Colombiana del Corazón, hija de la Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular, dada su particular función como catalizadora de los fenómenos de prevención a través de educación en ejercicio cardiosaludable, nutrición y control de peso, eliminación del tabaquismo y otras adicciones, etc., creando grupos multidisciplinarios de estudio de nuestra realidad poblacional en las patologías que nos competen, y definiendo puntos de corte específicos para los parámetros usuales: ej., perímetro abdominal, glicemia basal, niveles de lípidos, etc.

Esta estrategia de lógica elemental nos permitirá decidir cuándo y cómo intervenir, articulando guías de manejo con las prioridades en atención médica primaria de los municipios o de las unidades de atención en salud. Para esto debemos contar con un modelo de historia clínica básica epidemiológica que incluya, además de los datos demográficos obvios, los registros elementales de todo ser humano (tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, peso, talla, perímetro abdominal, glicemia basal, perfil lipídico mínimo, estatus de tabaquismo, presencia o no de dolor).

Y para lograr documentos confiables debe establecerse una metodología sencilla y práctica en la obtención de la información, unificando conceptos y criterios que faciliten la aplicación de las guías.

Podría contemplarse, además, la posibilidad de comprometer las instituciones cardiológicas más representativas del país, en su condición de centros de referencia para patologías específicas, en la recepción de la información. Ésta podría, igualmente, incluir datos de los que no disponemos hasta ahora y que nos han obligado siempre a remitirnos a las cifras norteamericanas o de la Unión Europea; cuál es el monto de los costos primarios y secundarios en atención de salud cardiovascular, cuál es el costo atribuible a la enfermedad cardio-cerebro-reno-vascular directamente relacionada al tabaco por consumo activo o pasivo, o a el cuarteto siniestro de hipertensión-dislipidemia-diabetes-obesidad.

Obviamente, este análisis epidemiológico de una patología social crónica, que ha gravitado en el entorno de un modelo socio-económico fracasado, debe generar un compromiso gubernamental en la adopción de medidas responsables de salud pública, en un modelo inteligente que defina políticas de intervención; cuáles mecanismos se deben implementar, cómo eliminar lo ineficiente, cómo sustituir lo inoperante, cómo optimizar el recurso disponible, cómo modificar lo que admita variables de recuperación.

Todos los centros de atención médica primaria y especializada deberán adaptar y adoptar las guías de manejo para su acreditación y certificación correspondientes. La racionalización de su uso universal conducirá, de manera indefectible, a la generación de documentos de alto contenido científico, filosófico, socioeconómico y político, que redunden en beneficios tangibles para la salud física y mental de nuestras comunidades.

Las enfermedades cardiovasculares aún ocupan un primer lugar como causa de morbi-mortalidad en países desarrollados. Para 1996 se estimó en 16 millones el total de individuos fallecidos por enfermedades cardio-cerebro-vasculares, explicando un 30% del total de muertes por todas las causas en el mundo entero.

Los esfuerzos de la comunidad médica internacional, sociedades científicas y organizaciones gubernamentales y privadas de salud, orientados a la identificación y detección precoz de los factores mayores de riesgo, a través de estudios poblacionales y estrategias de control efectivo, mediante educación a la comunidad y manejo individualizado de pacientes de alto riesgo, de alguna manera han contribuido a lograr un descenso significativo de dichas tasas de morbi-mortalidad cardiovascular hasta en un 50% en países como Australia, Canadá, Francia y Estados Unidos, de un 60% en Japón y de un 25% en otros países de la Unión Europea.

Los costos directos de salud, sumados a los costos atribuibles a incapacidad laboral, trauma familiar y social, se elevan a cifras astronómicas del orden de los 60 billones de dólares por año en sólo Estados Unidos. Muchas de esas muertes se hubieran podido evitar, o al menos posponer, si en una simple consulta médica de «chequeo cardiovascular» se propusiera y programara una revisión sistemática de marcadores o factores de riesgo cardiovascular, mediante la elaboración correcta de una historia clínica y la realización de algunos exámenes de laboratorio en una muestra de sangre en ayunas.

Al hablar de riesgo cardiovascular invocamos un concepto clínico y, al referirnos a factores de riesgo cardiovascular, implicamos una relación estadística dentro de un contexto epidemiológico. Dichos factores incluyen todas aquellas condiciones anormales que, de una u otra forma, inciden en la génesis y apocalipsis final de las catástrofes vasculares. Son variables patológicas que se correlacionan de forma estadística con la ocurrencia de una enfermedad subsecuente, sin que necesariamente exista relación de causalidad. Y su peso relativo variará en términos de relevancia para propósitos de planeación en salud pública o por su impacto en la patogénesis de la enfermedad aterotrombótica en el continuo cardio-cerebro-vascular, pudiéndose identificar factores iniciadores, promotores, potenciadores y precipitadores de los eventos clínicos agudos.

Finalmente, los conceptos de prevención primaria y secundaria deben ser los que normen, orienten y dirijan nuestra práctica médica diaria. Hacemos prevención primaria al investigar, detectar y manejar oportuna y eficazmente uno o más de los marcadores o factores de riesgo que amenazan la salud cardio-cerebro-reno-vascular de cualquier individuo, para impedir o retrasar su evolución a situaciones de daño orgánico. Y hacemos prevención secundaria inteligente cuando promovemos, en el individuo víctima de daño orgánico establecido, la regresión, estabilización o normalización de sus múltiples factores agresores. Resulta altamente gratificante y costo-efectivo incentivar con entusiasmo todo lo que signifique PREVENCIÓN.

Y prevención oportuna surge cuando se inicia un programa consistente, coherente y continuado de educación precoz en valores y beneficios de nutrición saludable, ejercicio cardiosaludable y eliminación de adicciones, desde las más temprana infancia y desde el hogar y la escuela primaria.

Adolfo Vera-Delgado, MD. HFACP