



EDITOR INVITADO

PROPUESTA EN PREVENCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR *PROPOSAL IN CARDIOVASCULAR RISK PREVENTION*

Marco conceptual

La propuesta planteada por la Sociedad Colombiana de Cardiología, la Federación Diabetológica Colombiana, la Asociación Colombiana de Medicina Interna y la Sociedad Colombiana de Nefrología, está encaminada a lograr un acercamiento con el Gobierno Nacional que permita establecer un programa integral en promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular, en la totalidad del territorio colombiano, en compañía de las instituciones en mención y que incluya todos los niveles de atención en salud. Así mismo, hace parte de la preocupación de estas sociedades científicas por la creciente epidemia de enfermedades cardiovasculares en nuestro país, ya que constituyen la primera causa de muerte y discapacidad.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo silencioso. Su prevalencia mundial está en aumento (1) mientras el control poblacional de las cifras de presión elevadas, aún es muy pobre (menos de 30% de los pacientes tratados están controlados) (2).

De acuerdo con estudios realizados por el grupo de investigación del Doctor Dagnóvar Aristizábal Ocampo, en Medellín, la hipertensión tiene un riesgo atribuible poblacional de 32,3%. Según estos datos, si se lograra la prevención de este importante factor con intervenciones de prevención primaria, se reducirían los problemas cardiovasculares en un 32%.

De otra parte, la diabetes mellitus es una de las primeras causas de defunción en el mundo occidental. Puede afectar a cualquier persona; no respeta edad, género, grupo étnico o nacionalidad. Su prevalencia aumentó rápidamente en años recientes. El envejecimiento de la población mundial, los malos hábitos alimentarios, el sedentarismo y la obesidad parecen ser las causas mejor identificadas por los estudios epidemiológicos. De acuerdo con datos de la Federación Internacional de Diabetes (IDF, por su sigla en Inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras para 2000 la población mundial diabética se estimaba en 175 millones, para 2010 se calcula en 240 millones. Esto se fundamenta en la información epidemiológica actual, la previsión de la distribución demográfica por edades, los niveles actuales y futuros del desarrollo económico, así como la presunción de que las tasas de prevalencia serán mayores en 2010. La prevalencia estimada para Colombia es de 5% a 8%, lo cual permite calcular una población aproximada de 3 millones de diabéticos.

Sin duda la diabetes mellitus se ha convertido en una pandemia y con ello en un problema de salud pública; el paciente diabético tiene dos a cuatro veces mayor riesgo de enfermedad coronaria y ataque cerebrovascular que el no diabético. Es una de las principales causas de ceguera en los adultos y es responsable de un tercio de las amputaciones no traumáticas que se practican en los centros hospitalarios

y de 20% a 30% de las causas de enfermedad renal crónica. La calidad de vida del paciente diabético se empobrece de manera significativa y su expectativa de vida se reduce en doce años aproximadamente.

Por tales motivos, los profesionales de la salud se ven obligados a cambiar la forma de abordar las enfermedades de los pacientes desde los principios de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como una nueva política de salud pública. Esto ocurre gracias a que en las últimas décadas la población mundial ha presenciado todo un proceso evolutivo en la salud dado por fenómenos de transición epidemiológica y demográfica, dentro de los que se destacan el incremento en la esperanza de vida al nacer que nos enfrenta a un mayor número de personas con enfermedades crónicas, siendo mayor la expectativa en la mujer que en el hombre y considerándose esta una población de especial abordaje. En estos primeros años del siglo XXI, la patología más seria y prevalente que presenta la mujer colombiana es la enfermedad cardiovascular. En cuanto a mortalidad en Colombia, ésta afecta a 50,7 por 1.000 mujeres con enfermedades cerebrovasculares y a 67,1 por 1.000 mujeres con enfermedad isquémica del corazón, siendo la primera causa de muerte en este país (3).

Los cambios en los hábitos nutricionales y en la actividad física son las características que más se relacionan con la acelerada transición económica experimentada por los países en vía de desarrollo en los últimos años, la cual dio origen a una migración masiva del campo a la ciudad (4). A la transición económica se sumaron, en algunos países Latinoamericanos como es el caso de Colombia, situaciones de orden político que llevaron a grandes desplazamientos de campesinos a los centros urbanos (5).

El proceso de transición demográfica en Colombia puede ser un ejemplo de lo que ocurre en otros países de la región de las Américas; es el producto de transformaciones sociales profundas en los niveles de urbanización, industrialización, ingresos, educación y atención de la salud. Esto se refleja en el cambio de la estructura poblacional, como resultado de la acelerada reducción de las tasas generales de fertilidad, natalidad y mortalidad y en consecuencia, en el aumento en la esperanza de vida al nacer.

El proceso de transición epidemiológica en Colombia es similar al acaecido en los países de ingresos medios, conocido como «transición prolongada y polarizada», debido a la coexistencia de enfermedades transmisibles, crónicas y degenerativas, y de lesiones: violencia y trauma.

Fumar es la causa de muerte más evitable en el mundo y es un factor preponderante en la aparición de enfermedad coronaria. El tabaco es responsable de una de cada cinco muertes en Occidente y es un factor de riesgo fundamental no sólo en la generación de cardiopatía isquémica, sino de eventos cerebrovasculares y enfermedad vascular periférica. Se estima que 29% de las muertes causadas por enfermedad coronaria, se relacionan de manera directa con el tabaquismo.

El riesgo de enfermedad cardiovascular comienza a disminuir desde el momento en que se deja de fumar; hay 50% de reducción de eventos cardiovasculares e infarto no fatal y hacia el tercer año el riesgo disminuye prácticamente al de los que nunca han fumado.

Según las estimaciones, los niveles altos de colesterol ocasionan cerca de 4,4 millones de defunciones (7,9% del total) y la pérdida de 40,4 millones de AVAD (2,8% del total), aunque sus efectos suelen coincidir con los de la hipertensión. Esa cifra representa 18% de los accidentes cerebrovasculares y 56% de las cardiopatías isquémicas mundiales (6).

En relación con la rehabilitación orientada hacia la prevención esencial y primaria de riesgo cardiovascular, es importante considerar que esta es la «más económica» y sobre todo la que más ayudaría a evitar la discapacidad que se asocia con la enfermedad cardiovascular. Discapacidad que hoy en día se incrementa en hombres y mujeres que están entre los 50 y 69 años de edad, que han sufrido un evento coronario, hasta en 49% y 69% respectivamente.

A nivel nacional el reto que nos compromete a todos es frenar el incremento acelerado en la incidencia de las enfermedades cardiovasculares por medio de la orientación de las políticas actuales y el estrecho acompañamiento de las autoridades regionales de salud para intervenir en la atención de las poblaciones más vulnerables del país.

Las cinco áreas más importantes de acción se encuentran contempladas en la «declaración de victoria sobre la salud cardiovascular» y que en la actualidad aún constituyen el estándar internacional para orientar las políticas ya mencionadas; los puntos que comprende son:

- Educación de la población y estímulo de la demanda de educación de los consumidores.
- Aplicación oportuna del conocimiento científico.
- Voluntad política para promover la salud pública.
- Creación de coaliciones para conseguir los recursos necesarios.
- Promoción de una nueva forma de trabajo mediante la coordinación de las iniciativas de grupos ubicados dentro de cada país y en distintas partes del mundo.

De otro lado la OMS, en su conocido informe de salud en el mundo para el año 2002, insta a los países a adoptar políticas y programas que promuevan intervenciones en el conjunto de la población, como por ejemplo, la reducción de la cantidad de sal en los alimentos procesados, la disminución de las grasas alimentarias, el fomento del ejercicio, el consumo abundante de frutas y verduras, y la reducción del tabaquismo.

La Organización advierte que «la falta de intervención tiene costos graves». El informe predice que se haga algo, ya que para 2020 morirán cada año a causa del tabaco nueve millones de personas, frente a los cerca de cinco millones actuales; cinco millones de defunciones frente a los tres millones actuales, serán atribuibles al sobrepeso y a la obesidad. El número de años de vida sana que no disfrutarán es inaceptablemente alto (6).

Estas son las intervenciones más costo-eficaces identificadas para reducir las enfermedades cardiovasculares y se encuentran al alcance de las comunidades si se les educa oportunamente y se comprometen con su salud.

Por todo lo expuesto, es conveniente establecer alianzas estratégicas entre el gobierno nacional y las sociedades científicas colombianas a cargo del estudio y manejo de las enfermedades cardio-cerebro-vasculares, como un compromiso conjunto en la protección de la salud.

En conclusión, la realización de estudios que identifiquen el peso específico de cada uno de los factores de riesgo, y que evalúen el impacto de las medidas de prevención y de intervención terapéutica bajo las propias condiciones de las poblaciones del tercer mundo, son una obligación de todos los actores involucrados con la Salud Pública; es decir Ministerios, Universidades, Sociedades Científicas e Institutos de Investigación. Por lo tanto, para los países latinoamericanos es fundamental diseñar ensayos clínicos bien estructurados, que permitan evaluar de forma estricta la eficacia de las intervenciones dirigidas a la prevención y recuperación de las enfermedades cardiovasculares y metabólicas que hoy en día son los problemas más importantes de salud en estos países. Es preferible que este tipo de estudios los coordinen y financien los Sistemas Nacionales de Ciencia y Tecnología y tengan independencia de cualquier conflicto de interés comercial, además de ser concebidos para mostrar resultados que permitan obtener un cambio positivo en la práctica médica y en las políticas de Salud Pública (7).

Así, de manera puntual, se propone lo siguiente:

- Apoyo a los entes territoriales de salud para el desarrollo de políticas que permitan la generación de nuevos instrumentos en promoción de la salud y prevención de la enfermedad cardiovascular y capacitación del recurso humano de la salud.
- Historia única nacional en riesgo cardiovascular, marco de referencia Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).
- Estrategias de intervención acordes con la epidemiología regional.

Dora I. Molina de Salazar, MD.
Docente de la Facultad de Ciencias para la Salud
Universidad de Caldas

Bibliografía

1. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet* 2005; 365 (9455): 217-223.
2. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289 (19): 2560-2572.
3. Género, Salud y Desarrollo en las Américas – Indicadores Básicos 2005. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
4. La otra guerra: destierro y despoblamiento. Boletín COHDES, abril 2003.
5. República de Colombia. Ministerio de Defensa Nacional. Informe anual de derechos humanos y derecho internacional humanitario 2002 y avances periodo presidencial 2003. Disponible en: <http://www.mindefensa.gov.co/index.php?page=181&id=371>
6. Jaramillo Gómez NI, Torres de Galvis Y. Aspectos epidemiológicos y conocimiento sobre factores asociados como base para la prevención cardiocerebrovascular. En: Factores de riesgo cardiovascular. Mitos y realidades. 2ª. Ed. Clínica Las Américas: Medellín; 2007. p. 17-59.
7. López-Jaramillo P, Casas JP, Bautista L, Serrano NC, Morillo CA. An integrated proposal to explain the epidemic of cardiovascular disease in a developing country. From socioeconomic factors to free radicals. *Cardiology* 2001; 96: 1-6.