

Medicent Electrón. 2018 oct.- dic.;22(4)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR**Estimación del riesgo cardiovascular global: una necesidad en la atención primaria de salud****Estimation of global cardiovascular risk: a necessity in primary health care**Yamila Molina Ramírez¹, Mirdo Espinosa Fuentes², María Eugenia Bolufé Vilaza¹

1. Policlínico Juan Bruno Zayas. Cifuentes, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: yamilamolina@infomed.sld.cu
2. Hospital General Docente Mártires del 9 de Abril. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba.

Señor Editor:

Las enfermedades de origen vascular constituyen sin dudas el gran desafío del siglo XXI. La progresión del proceso de aterosclerosis continúa siendo la causa más frecuente de las enfermedades cardiovasculares (ECV), las cuales son a su vez la primera causa de muerte en Cuba.¹

Expertos de todo el mundo han diseñado varias herramientas capaces de predecir la probabilidad que tiene un individuo de enfermar o morir por una enfermedad vascular en los próximos cinco a 10 años, o durante toda su vida, y esto es precisamente lo que se denomina: riesgo cardiovascular global (RCG).

En el mundo actual, sobretodo en la última década, la estimación del riesgo cardiovascular se ha convertido en piedra angular de las guías clínicas de prevención primaria para las ECV, esas que amenazan a cada minuto la vida de miles de personas y muchas veces la percepción de ese riesgo pasa inadvertido o se subestima.

La existencia de la enfermedad aterosclerótica asintomática, evidencia que la ausencia de síntomas no asegura la inexistencia de la enfermedad, muchas veces se está expuesto a un alto riesgo de padecerla por la presencia de varios factores de riesgo o alteraciones graves en alguno de ellos, y es en estos casos donde se hace más útil la predicción.²

La atención primaria de salud cuenta con programas implementados para la prevención de las ECV; es necesario que los médicos de la familia utilicen herramientas capaces de mejorar la atención a los pacientes, y los estratifiquen sobre la base de su RCG y no solo por el riesgo relativo o aislado de un factor de riesgo presente. Más del 80 % de las muertes cardiovasculares son explicables por la interacción de estos factores.³

Si se tiene en cuenta la elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares en la población, sobre todo en personas mayores de 35 años, se tendría una cantidad apreciable de pacientes con riesgo cardiovascular, sin mencionar que muchas veces coexisten en un mismo individuo. ¿Pero: quiénes realmente tienen mayores probabilidades de desarrollar una complicación cardiovascular mortal o no en los próximos años?

La atención primaria juega un papel fundamental para determinar esta probabilidad en la población en general al establecer acciones de prevención con un enfoque de riesgo de mayor visión, basado en la utilización de la estimación del RCG.

Existen dos métodos para calcular el RCG: uno cualitativo, en dependencia de la cantidad de factores de riesgo y el segundo cuantitativo, mediante tablas establecidas que le dan un valor a cada factor presente; estas permiten estratificar mejor e intervenir en un menor número de pacientes respecto al método cualitativo. Evaluar el RCG mediante tablas, permite tomar decisiones más eficientes que cuando se evalúan los factores de riesgo cardiovasculares por separado.⁴

Los métodos de predicción tienen más utilidad en la prevención primaria, pues los pacientes con historia de ECV se conocen sin necesidad de emplear el cálculo matemático, al igual que existen pacientes con determinadas condiciones que los colocan en alto riesgo sin la necesidad de usar las tablas. Las personas con RCG alto constituyen entre un 10 y 23 % de la población mayor de 35 años y aportan el 63 % de los fallecidos por estas enfermedades.⁵

La incorporación de la predicción del RCG durante la consulta médica en la atención primaria de salud permitiría: individualizar las acciones según el grado de riesgo cardiovascular estimado para cada individuo – para evitar o aplazar la aparición de complicaciones cardiovasculares mayores –, ofrecer información más objetiva al paciente evaluado, lo cual hace que se adhiera mejor a una conducta terapéutica adecuada y eleva la percepción del riesgo, disminuir los gastos al delimitar la población más vulnerable y no dejar escapar aquellos pacientes con elevado riesgo.

La lucha contra las ECV es una tarea constante; implica el compromiso del equipo básico de salud como protagonista en la atención primaria, pues el conocimiento y uso sistemático de tablas para la estratificación del RCG es una valiosa herramienta de prevención.

Existen estudios en Cuba que recomiendan la utilización de determinadas tablas de predicción para la atención primaria que tienen en cuenta las características de la población cubana, la disponibilidad y accesibilidad a los recursos para su implementación en el sistema nacional de salud.⁶

Para disminuir la incidencia de las enfermedades cardiovasculares, se deben emplear los mejores métodos preventivos. La utilidad de la predicción del RCG está demostrada, y no se conciben políticas de prevención sin su empleo pues es el arma más efectiva.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2016 [internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2017 [citado 1 sep. 2017]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf
2. Vega Abascal J, Guimará Mosqueda MR, Garcés Hernández Y, Vega Abascal LA, Rivas Estévez M. Predicción de riesgo coronario y cardiovascular global en la Atención Primaria de Salud. Correo Cient Méd [internet]. 2015 abr.-jun. [citado 30 oct. 2017];19(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000200003&lng=es
3. Dueñas Herrera AF. Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular global. Rev Cubana Cardiol Cir Cardiovasc [internet]. 2013 [citado 30 oct. 2017];19(3-4):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/418/504>

4. Perk J, de Backer G, Golke H, Graham I, Taskinen MR, Wiklund O, *et al.* Guía Europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol.* 2012;65(10):937-66.
5. Arias Morales A, García Hernández RA, Oliva Pérez M. Riesgo cardiovascular global en pacientes ancianos hipertensos. *Rev Cubana Med [internet].* 2014 abr.-jun. [citado 15 dic. 2017];53(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232014000200007&lng=es
6. Brotons C, Moral I, Fernández D, Cuixart L, Muñoz A, Soteras A, *et al.* Clinical consequences of using the new cardiovascular risk tables SCORE OP in patients aged over 65 years. *Med Clín (Barc.) [internet].* 2016 Aug. 27 [citado 15 dic. 2017];147(9):[aprox. 6 p.]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27575527>

Recibido: 30 de enero de 2018

Aprobado: 4 de marzo de 2018

Yamila Molina Ramírez. Policlínico Juan Bruno Zayas. Cifuentes, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: yamilamolina@infomed.sld.cu