



Prevención cardiovascular

## Determinación del Riesgo Cardiovascular Global. Importancia de su implementación sistemática en el Sistema Nacional de Salud.

*Determination of the Global Cardiovascular Risk. Importance of his systematic implementation in the National System of Health.*

**Dr. Alfredo F. Dueñas Herrera<sup>1</sup>, Dra. Nurys B. Armas Rojas<sup>1</sup>, Dr. Juan Prohías Martínez<sup>2</sup>.**

<sup>1</sup> Instituto de Cardiología y Cirugía cardiovascular. La Habana. Cuba. UCMH

<sup>2</sup> Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana. Cuba. UCMH

**Correspondencia:** Dr. Alfredo F. Dueñas Herrera. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. La Habana. Cuba. Teléfono: 78386028.

Email: [prevcard@infomed.sld.cu](mailto:prevcard@infomed.sld.cu)





## Introducción

Las enfermedades de origen vascular que tienen como base común el estrechamiento de la luz arterial por lesiones ateroscleróticas constituyen una causa frecuente de morbilidad por un grupo de enfermedades de alta letalidad constituyendo entre todas la primera causa de muerte en Cuba.<sup>1</sup>

Estas enfermedades (cardíacas-cerebrales-renales y vasculares periféricas), constituyen casi un 40% de todos los fallecidos del país, son producto de la interacción combinada y continuada de un grupo de factores, (factores de riesgo cardiovascular). Estos factores pueden ser de origen genético o medioambientales, entre estos últimos unos pocos no son modificables, (edad- sexo-raza y antecedentes familiares de enfermedad vascular prematura), sin embargo otros muchos si lo son, (hipertensión arterial-tabaquismo-hiperlipoproteinemia-diabetes mellitus-obesidad y sedentarismo), más del 80 % de las muertes cardiovasculares son explicables por la interacción de estos factores.

### Riesgo Cardiovascular Global (RCG).

El RCG es la probabilidad que tiene una persona de enfermar o morir por una enfermedad vascular posterior a su determinación. Puede ser determinado para 2-5-10 años o toda la vida.<sup>2,3</sup>

Existen dos formas de determinar el RCG.

-Cualitativa: Por la suma de factores de riesgo cardiovascular presentes en un individuo, a saber: hiperlipoproteinemia, tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, sedentarismo, obesidad.

0-1 factor-----Riesgo bajo.

2-3 factores-----Riesgo moderado.

más de 3 factores-----Riesgo alto

-Cuantitativa: Utilizando tablas establecidas que le dan un valor a cada factor presente, entre las más utilizadas están las de Framingham (1991), Organización Mundial de la Salud (2007) y Gaziano sin Laboratorio (2008). En Cuba hemos realizado estudios con estas tres tablas. (4-10).

Factores que utilizan cada una de ellas.

### Framingham.

-Edad, sexo, cifra de colesterol total, cifra de colesterol HDL, presión arterial sistólica, tabaquismo, diabetes mellitus e hipertrofia ventricular izquierda.

### OMS- Región América A (2007).

Edad, sexo, cifra de colesterol total, presión arterial sistólica, tabaquismo y diabetes mellitus.

### Gaziano sin laboratorio (2008).

Edad, sexo, presión arterial sistólica, índice de masa corporal, tabaquismo y diabetes mellitus

### Puntos prácticos:

Existen algunas personas que ya deben ser clasificadas como de riesgo alto sin necesidad de utilizar las tablas. Aquellas que:

-Tienen una cifra de colesterol sérico superior a 8 mmol/l. o Colesterol LDL > 6mmol/l, cifra de presión arterial superior a 180/110 mmHg, pacientes con enfermedad renal, o pacientes con insuficiencia renal establecida.

También el RCG puede ser más alto que el indicado por las tablas en aquellas personas que :

-Tengan tratamiento antihipertensivo,

-Menopausia prematura.

-Obesidad.

-Historia familiar de cardiopatía isquémica o enfermedad cerebrovascular prematura en familiares de 1ra. Línea. (< de 55 años en el hombre y 65 en la mujer.)

-Valores de triglicéridos > de 2.0 mmol/l.

-Niveles elevados de proteína C reactiva.

-Microalbuminuria

También aquellos clasificados como de riesgo bajo y moderado deben ser re-clasificados si tienen otras pruebas como serían: el puntaje de calcio elevado y grosor intima media carotídea mayor de 0,9 mm.



### **Importancia de la determinación del RCG a toda la población mayor de 35 años de edad.**

-En el año 2015 un tercio de los fallecidos por enfermedad cardiovascular lo hicieron en edades entre 35 y 69 años.

-El 63 % de los fallecidos por estas enfermedades estaban en categoría de RCG alta.

-La información que ofrece al individuo evaluado hace que este se adhiera más fuertemente a un estilo de vida sano.

-Disminuye los gastos de las acciones preventivas al limitar la población diana, la fuerte motivación de esta población en alto riesgo, permite acciones más intensivas y de alto impacto.

-La determinación del RCG constituye la piedra angular para poder establecer políticas públicas de prevención que sería la forma más adecuada de combatir las enfermedades de origen vascular.

Estas acciones pueden ir dirigidas a:

Toda la población: Son muy costosas y de poco impacto en las personas de bajo y moderado riesgo.

Personas de RCG alto: Son menos costosas y de gran impacto.

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.

### **Utilidad de la determinación sistemática del Riesgo Cardiovascular Global.**

La determinación del RCG permitiría:

-Estratificar a la población según nivel de RCG.

-Determinar la magnitud y distribución de los principales factores de riesgo de enfermedad vascular.

-Establecer las bases para el desarrollo de acciones de prevención.

-Evaluar el impacto de estas acciones.

### **PROPUESTA DE IMPLEMENTACION EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.**

Actividades a realizar:

- Llevar a cabo investigaciones puntuales en comunidades abiertas y cerradas (APS y centros de trabajo), utilizando las tablas de la OMS o Gaziano.

- Divulgación de estos resultados al personal de la salud. (Dirigentes, Médicos, Enfermeras, etc.).

- Divulgación sobre el modo de utilizar las tablas de la OMS y Gaziano.

- Entrenamiento al personal de la salud, médicos y enfermeras sobre el uso sistemático de estas tablas. (Conferencias, talleres, eventos científicos etc.).

### **Barreras actuales para la implementación de la determinación sistemática del RCG a la población.**

-Consideramos que los principales factores que condicionarían un lento proceso de implementación podrían ser:

-No existe una suficiente percepción de riesgo en la población de los factores que conducen a estas enfermedades

-Insuficiente información al personal de la salud sobre la importancia de conocer el riesgo cardiovascular global de la población.

-Insuficiente educación y desarrollo de medidas de promoción sobre enfermedades de origen vascular.

-Poca existencia de estrategias comunicativas para el control de los factores de riesgo de las enfermedades de origen vascular.

- Limitaciones ocasionales de reactivos para la determinación de factores hemoquímicos en APS.

### **Recomendaciones:**

-Lo anteriormente planteado nos lleva a plantear las siguientes recomendaciones:

-Divulgación al personal de la salud (decisiones y ejecutores), de la importancia de la determinación sistemática del RCG en la población,

-Utilización del RCG como piedra angular de las estrategias de prevención de las enfermedades de origen vascular.



-Determinación en los centros de trabajo y a nivel de APS Del RCG a toda la población mayor de 35 años y dispensarizar a las personas de RCG alto.

-Capacitación al personal de la salud de centros de trabajo y APS en estas técnicas.

- Determinación y control de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular mas prevalentes.

-Continuar las investigaciones puntuales sobre este tema y divulgar sus resultados.

-Incrementar la percepción de riesgo sobre las enfermedades de origen vascular y sus factores causales en el personal de la salud y población general.

-Introducción de estrategias de prevención de enfermedades vasculares.

-Incrementar la interacción entre los tres niveles de atención médica.

-Promover la intersectorialidad como elemento indispensable para la prevención de estas enfermedades.

-Análisis periódico de costo/beneficio del impacto de las medidas que se vayan implementando.

#### **Beneficios esperados:**

-Además de la disminución de la morbimortalidad por enfermedades de origen vascular, se lograría aumentar la expectativa de vida de la población, con mayor calidad de vida.

- Por compartir factores comunes con otras enfermedades (cáncer-enfermedades respiratorias-digestivas altas) es de esperar que se produzca una disminución de la morbilidad de estas y lógicamente de la mortalidad general.

Las enfermedades de origen vascular constituyen sin dudas el gran desafío del siglo XXI.

#### **Referencias bibliográficas**

1. Minsap. Anuario estadístico. 2015.
2. OMS Prevención de las enfermedades cardiovasculares. ISBN 978 92 4 1547260 (2008).
3. 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. de Cardiol. 2012, 65 (10): 937-966.

4. Gaziano T. et al. Laboratory- based versus non laboratory-based method for assessment of cardiovascular disease risk. The NHANES I. Follow up study cohort. [www.the-lancet.com](http://www.the-lancet.com) march 15 2008.
5. Willis et al. Primary Prevention of cardiovascular diseases using validated risk scores. A systematic review. J.R. Soc Med. 2012m August 105 (8) 348-56. 2012.
6. Dueñas A.,: Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular Global. Editorial Rev Cub. de Cardiol y Cirugia Cardiovasc. Vol. 19 No. 3 y 4 2013. pp. 119-120.
7. Dueñas A., Armas N., de la Noval R., Milian A., Acosta M. et al: Riesgo Cardiovascular Global entre los trabajadores del hotel Melia Cohiba.Rev. Cub. de Cardiol y Cirugía Cardiocasc. Vol. 10. 2010.
8. De la Noval R., Romero SE., Armas NB., Dueñas AF., Acosta M., Ortega Y: Estimación del Riesgo Cardiovascular Global en trabajadores del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Rev Cub. de Cardiol y Cirugia Cardiovasc. Vol. 19 No. 2 Abril-Junio 2013. pp. 66-71.
9. Armas N., de la Noval R., Dueñas A., Castillo JC., Suarez R., Castillo A.,: Estimación del Riesgo Cardiovascular mediante tablas de la OMS. Area de salud Héroes del Moncada: 2011. Rev. Cub. de Cardiol y Cirugía Cardiovasc. Vol. 20 No. 1 2014.
10. Nordet P., Mendis S., Dueñas A., de la Noval R., Armas N., de la Noval I.: Total Cardiovascular Risk assessment using two prediction tools, with and without Cholesterol. Medicc Review. 15 (4): 36-40. 2015.

**Recibido:** 09-1-2017  
**Aceptado:** 20-03-2017



