

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

La experiencia chilena en factores de riesgo en enfermedades cardiovasculares

DR. JUAN GIACONI GANDOLFO
*Profesor Adjunto de Salud Pública
Departamento de Salud Pública*

La tradición sanitaria de los últimos treinta años se ha centrado en nuestro país en el manejo de factores de riesgo en los programas materno e infantil. Existen criterios médicos y socioeconómicos ampliamente aceptados aplicables a las acciones que se programan a niños menores de seis años y a embarazadas y puerperas. En lo fundamental, tanto el programa materno como el programa infantil reconocen grupos de mayor riesgo, estableciendo acciones programáticas adicionales y una mayor concentración de actividades en ellos. En contraste con lo anterior, hace sólo pocos años se ha intentado actuar sobre los factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles y, específicamente, de las cardiovasculares, primera causa de muerte en Chile. Este artículo intenta esbozar algunas de las acciones realizadas, los problemas enfrentados y sugerencias a futuro.

Subprograma de hipertensión arterial

Este subprograma se inició en la década de los '70 con normas precisas en cuanto a criterios diagnósticos y terapéuticos. A pesar del entusiasmo de algunos equipos de trabajo, en las evaluaciones realizadas se ha podido concluir que la cobertura, elemento fundamental en el éxito de cualquier programa, no supera el 25% de la población de hipertensos en la comunidad. Si consideramos que el 12% de la población mayor de 15 años es hipertensa, sólo en esta área de riesgo tenemos un gran desafío pendiente.

Diabetes mellitus

Este subprograma es contemporáneo al de hipertensión arterial. Su cobertura en la diabetes tipo I insulino dependiente es bastante buena. Lamentablemente, no ocurre lo mismo con el manejo poblacional de la diabetes tipo II del adulto, respecto a la cual la cobertura global no supera el 50% de los afectados.

Determinaciones de perfil lipídico

A este respecto no existe en Chile ningún programa masivo de detección de colesterol, triglicéridos y lipoproteínas plasmáticas. Los la-

boratorios de los hospitales y consultorios de especialidades del Sistema Nacional de Servicios de Salud no están aún en condiciones de realizar estos exámenes a grupos significativos de la población. No hay que olvidar que las técnicas de laboratorio de estas determinaciones son relativamente exigentes para dar resultados confiables. Por otra parte, el manejo terapéutico con dieta y medicamentos es sólo parcialmente eficaz. Muchos expertos desaconsejan el uso masivo de estas determinaciones por las mismas razones.

Tabaquismo

En 1981 se empezaron a tomar en nuestro país medidas concretas en relación al consumo de tabaco. Es así como se reglamenta la comercialización y publicidad, obligando a colocar la advertencia "El tabaco es dañino para la salud" (D.L. N° 106 y 156 de 1981).

El año siguiente se prohíbe a profesionales, funcionarios y público en general fumar en determinados lugares, tales como salas de espera de enfermos, oficinas administrativas con atención de público, salas de espera de público, etcétera (Circular N° 34-95 junio de 1982).

En 1984 el Ministerio de Educación imparte normas para los profesores en las cuales se prohíbe fumar en las salas de clases (Circular N° 601). La nueva Ley de Tránsito de febrero de 1985 prohíbe fumar en el interior de los vehículos de la locomoción colectiva, lo que se hace extensivo a Ferrocarriles del Estado y al transporte aéreo.

En junio de 1986 la advertencia para comercialización y publicidad de tabaco se sustituye por "El tabaco puede producir cáncer".

De acuerdo a los estudios publicados, no se han notado cambios importantes en la prevalencia del hábito tabáquico. En todo caso, la información disponible reciente muestra un incremento en el número de mujeres y de jóvenes que fuman.

En los últimos meses se ha intentado en el Congreso Nacional una legislación orientada a prohibir todo tipo de publicidad, prohibir la venta de cigarrillos a menores de 16 años y restringir los lugares en que se puede fumar. Esta legislación no ha prosperado hasta la fecha, siendo sus principales detractores las compañías de tabaco y las agencias de publicidad.

Sedentarismo

Combatir los hábitos sedentarios de la población es un punto particularmente difícil. La Dirección General de Deportes, las autoridades de Gobierno Interior (Intendentes, Gobernadores y Alcaldes) y las autoridades educacionales han hecho un esfuerzo serio orientado particularmente a la práctica masiva de diferentes deportes. Con cifras disponibles de 1984, 3.950.000 chilenos practican algún deporte, aunque la mayor parte de éstos son menores de 40 años.

El sector salud no se ha destacado en este terreno, pese a que cuenta con una extraordinaria red de establecimientos a lo largo del país. Ciertamente ésta es un área en la cual se puede profundizar más.

Obesidad y hábitos dietéticos

Los hábitos alimentarios no son ideales en un porcentaje significativo de nuestra población. Esto obedece en algunos casos a falta de medios económicos y en otros a falta de información técnica específica. Como resultado de lo anterior, existe una alta prevalencia de obesidad y de malos hábitos dietéticos, con un consumo de grasas en que predominan las saturadas. El Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el área de nutrición es la principal para actuar.

Manejo del estrés

Los programas de salud mental en Chile no han tenido prioridad hasta la fecha. El manejo adecuado de las tensiones emocionales es prácticamente inexistente a nivel masivo. Es cierto que los medios de prensa documentan a la población sobre el tema y detallan las características de la personalidad de tipo A y las distintas maneras de enfocar un buen manejo del estrés. Esta difusión puede ser de ayuda, pero no reemplaza un programa en manos de equipos técnicos y que logren una suficiente adherencia en el tiempo.

Anticonceptivos

El uso de anticonceptivos orales se relaciona con un mayor riesgo de tromboembolismo. En Chile, la población de mujeres en edad fértil tiene una cobertura con métodos anticonceptivos de aproximadamente 30%, de los cuales la mitad son hormonales. A esto hay que agregar

la automedicación, de la cual se desconocen cifras precisas. En mujeres mayores que fuman o son hipertensas, éste es un factor de riesgo adicional.

CONSIDERACIONES PARA EL FUTURO

En primer lugar, es deseable que todos los equipos de salud, junto con tomar conciencia del éxito obtenido en los programas materno-infantiles, consideren las insuficiencias existentes en el manejo de los factores de riesgo de las enfermedades crónicas en el programa del adulto.

En segundo lugar, hay que tener claro que, mayoritariamente, lo que se intenta hacer es cambiar los hábitos y costumbres de la población. Los sociólogos y antropólogos nos han enseñado la gran resistencia para conseguir cambios en esta área. Basta señalar lo ocurrido con el SIDA en la última década. Para que una intervención tenga éxito, es indispensable la colaboración de organismos gubernamentales y no gubernamentales, medios de publicidad y de la comunidad organizada.

En tercer lugar, es muy importante introducir en el programa infantil el concepto, hoy día demostrado, que la aterosclerosis comienza precozmente en la vida. En consecuencia, no hay que esperar la edad adulta para preocuparse de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular. En los niños sí que vale la pena identificar aquellos que tengan mayor riesgo de aterosclerosis y enfermedad coronaria para realizar una intervención educativa precoz.

COMENTARIO FINAL

Las recomendaciones hechas requieren grandes esfuerzos y recursos; sin embargo, éstos son pequeños si se compara con el costo humano y económico que actualmente tienen estas enfermedades. Más aún, si se logran hábitos de vida más sanos en la población, su mantención a lo largo del tiempo es mucho menos cara y difícil. ❖

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. WHO Technical Report Series, N° 732, 1986: Community prevention and control of cardiovascular diseases (report of a WHO Expert Committee).
2. Farquhar, J.W. et al. Community education for cardiovascular health. *Lancet*, 1977; 1:1191-1195.
3. Rose, G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Brit Med Journal*, 1981; 1:1847-51.

4. Farquhar, J.W. The community-based model of lifestyle intervention trials. *Am J Epidemiol*. 1978; 108:103-111.
5. Strong, W.B., Denisson, A. Pediatric Preventive Cardiology: Atherosclerosis and Coronary Heart Disease. *Pediatrics in Review*, 1988; 9:303-313.
6. Investigaciones sobre la tensión arterial en los niños, informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Serie de Informes Técnicos 715. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1985.