

**CARDIOLOGÍA** EL MÉDICO DE PRIMARIA TIENE CADA VEZ UNA LABOR MÁS IMPORTANTE

La protección vascular integral exige hallar la lesión subclínica

→ El curso *Protección Vascular Integral en el Paciente de Riesgo*, dirigido a médicos de familia y organizado y acreditado por la Sociedad Espa-

ñola de Cardiología, ha hecho hincapié en la identificación de la lesión subclínica y en un abordaje global de los factores de riesgo.

■ **Santiago Rego** Santander

El reto que tiene el médico de primaria en la protección vascular integral es identificar al paciente de más alto riesgo, un individuo con el que tenemos que ser muy agresivos para prevenir cualquier evento cardiovascular, porque si ya lo presentara hemos perdido gran parte de la batalla. "De ahí que sea clave la identificación de la lesión subclínica, y abordar todos los factores de riesgo de una manera global", según ha manifestado Vivencio Barrios, cardiólogo del Hospital Ramón y Cajal, de Madrid.

Barrios ha codirigido en Santander, junto con Gustavo Rodríguez Roca, médico de familia del centro de salud de Puebla de Montalbán (Toledo), el curso *Protección Vascular Integral en el Paciente de Riesgo*, dirigido a médicos de familia y organizado y acreditado por la Sociedad Española de Cardiología con el patrocinio de AstraZeneca Cardiovascular.

Hipertrofia ventricular

A juicio de Barrios y Roca, la mejor manera de prevenir la lesión subclínica es procurando un exhaustivo control de los factores de riesgo: hipertensión arterial, diabetes, hipercolesterolemia, tabaquismo y obesidad, fundamentalmente: "Si se detecta una hipertrofia en el ventrículo izquierdo, por ejemplo, bajando la hipertensión arterial (HTA) ya logramos una mejoría en el enfermo", han advertido a modo de ejemplo.

Además, ha añadido Ba-



Jesús Zarauza, Vivencio Barrios y Gustavo Rodríguez Roca.

La mejor manera de prevenir la lesión subclínica es un exhaustivo control de los factores de riesgo: HTA, diabetes, tabaquismo y obesidad

En la protección vascular integral del paciente de riesgo no hay que centrarse en un factor aislado, sino integrarlo en un contexto general

De poco bastaría ser muy agresivos en el tratamiento hipolipemiente si no se protege al enfermo con una antiagregación adecuada

rrios que hay arsenal terapéutico "más que suficiente" para bajar los niveles de HTA, de colesterol LDL o de glucosa. "Si disponemos de fármacos eficaces y bien tolerados para reducir el peligro en los pacientes con alto riesgo hay que utilizarlos, y como médicos estamos obligados a emplear los mejores fármacos que existen".

En la protección vascular integral del paciente de riesgo no basta con fijarse únicamente en un factor aislado, sino que lo importante es integrarlo dentro de un contexto cardiovascular ge-

neral y atender por igual a todos los posibles factores de riesgo.

Colaboración del paciente

Hay que identificar previamente al paciente de riesgo y "después abordar de forma global su tratamiento, porque de poco sirve bajar la hipertensión arterial en un paciente si éste sigue fumando o, en el caso del diabético, conseguir bajar la glucosa, pero no lograr ni reducir el peso ni que haga ejercicio físico", ha asegurado Barrios.

Para el cardiólogo, convencido de que no hay que

basar todo el control de los factores de riesgo en los fármacos, la labor de identificación del posible riesgo ha de realizarla el médico de familia con la colaboración del cardiólogo. "De poco bastaría ser muy agresivos en el tratamiento hipolipemiente si no protegemos al enfermo con una antiagregación adecuada, y un correcto control de la HTA y de la hemoglobina glicosilada en el caso de la diabetes. Para reducir el riesgo y mejorar el pronóstico hay que abordar todos los factores de riesgo de manera global", ha insistido.

Rodríguez Roca y Barrios están convencidos de que la primaria está "muy bien preparada" para hacerse cargo de la protección vascular integral del paciente de riesgo al haber ya herramientas diagnósticas "muy válidas para hacer una buena aproximación del paciente cardiovascular. La derivación vendrá cuando carezca de los medios necesarios o cuando tenga alguna duda. Y en el caso de que se haya producido un evento vascular el especialista ha de entrar en juego, pero coordinado con el médico de familia".

DEL TABÚ A LA IMPLICACIÓN CRECIENTE

Hace unos años la insuficiencia cardiaca era un tema tabú para el médico de atención primaria. Pero los avances diagnósticos y terapéuticos, junto a las numerosas actividades de formación continuada impartidas por determinados grupos de médicos de AP y cardiólogos, han facilitado que el facultativo de familia cada vez se implique más en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del enfermo con insuficiencia cardiaca crónica que permanece estable. Determinar, por ejemplo, el impacto que tiene la enfermedad cardiovascular en el control de la HTA y del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad en una

población de pacientes hipertensos es un aspecto clave, en opinión de ambos especialistas. Los dos codirectores del curso han recordado que existen numerosos estudios que muestran que dicho control es bajo en la población hipertensa con enfermedad cardiovascular. Asimismo, han resaltado que un porcentaje importante de pacientes con HTA tienen además fibrilación auricular. De hecho, han destacado que la presencia de hipertensión incrementa el riesgo de desarrollar fibrilación, y la presencia de ésta empeora el pronóstico de los pacientes con HTA.