

## **CAPITULO 12**

### **ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR**

**Ricardo Rasmussen y Julio Vallejos**

Instituto de Cardiología de Corrientes, Argentina  
E-mail: rirasmu@yahoo.com.ar

**P**ara explicar porqué es importante la prevención cardiovascular, nada tiene mas vigencia hoy que el concepto establecido hace más de un siglo por Rudolph Virchow: "las epidemias se producen como consecuencia de alteraciones en la cultura humana..." A lo que podríamos agregar: "...actuando algunas veces sobre un genoma vulnerable, que hace posible que la enfermedad se exprese."

Dado el origen de la epidemia justamente en modificaciones generalizadas de la cultura humana, es evidente que las "varitas mágicas" de alta tecnología no son y no pueden ser la solución; se trate de fármacos, intervenciones quirúrgicas, manejos de genes o cualquier otra cosa. En el mejor de los casos, estos abordajes especiales pueden aportar una contribución únicamente si se reconoce que son complementarias a las acciones sobre el estilo de vida.

Esta estrategia de doble vertiente, resaltando la mejora de los estilos de vida tanto para el conjunto de la población como para las personas y familias de mayor riesgo, es y deberá ser la clave de la prevención cardiovascular.

Reconocemos entonces que existen claramente dos estrategias de prevención: una individual y otra poblacional. <sup>(1-3)</sup>

La estrategia individual resulta mucho más cómoda para el médico ya que concuerda con su modus operandi habitual, en el que se busca establecer el riesgo de los pacientes, empleándose medidas de detección y estratificación sistemáticas a través de las consultas médicas, adecuando las medidas terapéuticas al nivel personal de riesgo. En la estrategia poblacional se pretende reducir el nivel medio de un factor de riesgo en toda la comunidad, a través de programas que involucren a diferentes estamentos de la sociedad, utilizando como herramienta básica la educación para la salud, con la intención de modificar aquellos parámetros culturales que son nocivos.

Así estos dos enfoques abordan dos cuestiones etiológicas diferentes. El enfoque individual busca las causas de los casos y se pregunta ¿porqué esta persona tiene el colesterol elevado? Mientras que el enfoque poblacional busca las causas de la incidencia y se pregunta: ¿por qué tiene esta población una concentración media de colesterol tan alta y muchos individuos con niveles elevados del mismo?

Estos dos enfoques se comentan a menudo como posibilidades mutuamente excluyentes, y algunas veces con escaso compromiso de los "actores" de la salud, pero no debería considerarse así. Ambos presentan ventajas e inconvenientes y deben ser considerados como metodologías complementarias.

La estrategia individual resulta atractiva a los médicos, que saben que la detección y tratamiento

de una situación de riesgo asintomática como la hipertensión por ejemplo, puede conseguir una disminución de la morbimortalidad.

Al aplicar este enfoque, el médico trata a un individuo que comprende la necesidad de ser tratado y en general ambos se sienten cómodos y están adecuadamente motivados. Además de esta manera administra los recursos, generalmente escasos, que pueden ser aplicados a individuos en que el rendimiento será mayor en términos de reducción de riesgo.

No obstante lo atractivo de las ventajas, este enfoque acarrea algunas dificultades, dentro de ellas lo limitado en el número de personas que se pueden abarcar, lo que hace que solamente se proteja el vértice de una pirámide de riesgo, con el consecuente menor impacto sanitario, al no conseguir modificar la causa básica del problema.

(4-6)

Además a menudo ocurre que las personas con un mayor riesgo son las que menos probablemente participen o cumplan un programa de prevención, aunque fuera a "su medida" y la posibilidad de predicción de cualquiera de las herramientas empleadas, biológicamente tendrá marcadas limitaciones, excepto en los pocos casos que entran en la categoría de máximo riesgo.<sup>7</sup> Esta estrategia a menudo enfrenta al individuo a que realice cambios que lo enfrenta con las costumbres socio ambientales del momento. El dejar de fumar para una persona donde todos sus compañeros de trabajo lo hacen, es bastante difícil.

Por otro lado la estrategia poblacional tiene muchas ventajas. La modificación de los factores de riesgo en toda la comunidad tiene posibilidades

realmente de modificar el patrón de enfermedad en una sociedad.<sup>8-13</sup>

Además, las modificaciones que se producen en toda una población apoyan a las actitudes individuales.

Dado que el diseño de la estrategia de base poblacional tiene como característica intrínseca la de afectar a muchos individuos con un riesgo bajo, da lugar a la “paradoja de la prevención”: las medidas preventivas que benefician mucho a la sociedad en conjunto, aportan un beneficio pequeño a cada individuo, por ser poco específicas,<sup>14</sup> y esto puede ocasionar que la motivación personal sea pequeña.

Las modificaciones beneficiosas para la salud son mucho más fáciles cuando resultan socialmente aceptadas.

Se resumen abajo las principales ventajas y desventajas de ambas estrategias<sup>(15-16)</sup>:

### **Estrategia individual**

#### **Ventajas**

Intervención apropiada para el individuo.  
Motivación del sujeto.  
Motivación del médico.  
Buena relación costo-eficiencia al manejar los recursos.  
Proporción riesgo / beneficio favorable.

#### **Desventajas**

Dificultades y costos de los estudios de detección.  
No aborda las causas fundamentales de la enfermedad.  
Abarca relativamente pocos sujetos, como para traducirlo en impacto sanitario.  
Dificultades conductuales si encuentra un medio social nocivo.  
Se puede llegar a “etiquetar” como enfermos a sujetos asintomáticos.

## **Estrategia poblacional**

### **Ventajas**

Posibilidad de alterar las causas básicas de la enfermedad.

Mayores posibilidades de reducir la incidencia de la enfermedad.

Conveniencia conductual

### **Desventajas**

Pequeño beneficio para el individuo (“Paradoja de la prevención”).

Poca motivación de los sujetos

Poca motivación del médico.

Por lo tanto queda claramente establecido que ambos enfoques tienen ventajas y desventajas, pero son necesariamente complementarios y se necesita un profundo compromiso de todos los protagonistas de la salud para lograr una mayor adherencia individual y social, y de esta manera, poder cambiar la historia de la enfermedad en la comunidad.

## **Propuesta de la Federación Argentina de Cardiología**

La Federación Argentina de Cardiología a través del Comité de Epidemiología y Prevención se encuentra profundamente comprometida con la prevención cardiovascular y hace un llamado a la acción.

Considerando que los lineamientos estratégicos de prevención deben seguir las dos vertientes enunciadas anteriormente, alienta su aplicación concreta y simultánea<sup>17</sup>.

### Estrategia individual:

La actualización de este Consenso Nacional de Prevención Cardiovascular quiere obrar de

herramienta útil para la práctica médica cotidiana, extendiendo las fronteras de su aplicación más allá de los cardiólogos, llegando a los clínicos, médicos de familia, ginecólogos, pediatras, etc. que comprometidos con la prevención, encuentren en estas guías, respuestas prácticas a las situaciones diarias que se presentan al atender a sus pacientes. El momento de la consulta médica es una oportunidad irreplicable para hacer "prevención y promocionar la salud" Es el momento de educar, intervenir y controlar la evolución de los pacientes. Dado el alto nivel de credibilidad de los médicos y otros profesionales del sistema sanitario como fuente de la información necesaria sobre la salud, su frecuente contacto con la población en un momento en que las personas son especialmente conscientes de sus conductas y estilo de vida, y la continuidad de la asistencia que prestan estos profesionales; la consulta médica se convierte en un instrumento valioso para la prevención cardiovascular.

La secuencia de actividades en la consulta de prevención deben comprender: diagnóstico, tratamiento o intervención, plan de cambio y control evolutivo. En cada una de las áreas de la prevención cardiovascular de este Consenso, se intentó normatizar estos aspectos para que el médico los tenga de una manera sistematizada y práctica.

No obstante reconocer que los profesionales de la salud son conscientes de los beneficios de las intervenciones preventivas avalados por la medicina basada en la evidencia, con frecuencia no las realizan. Algunas de las razones de esta falta de intervención son las siguientes:

- Baja eficacia percibida
- Falta de conocimientos prácticos
- Falta de tiempo
- Falta de remuneración
- Falta de organización de la consulta para facilitar estas intervenciones.
- Escasa autogratificación por estos esfuerzos.

Se sabe que estas barreras son un desafío a vencer, pero el conocimiento cabal de las mismas implica el primer paso para subyugarlas.

### **Estrategia poblacional**

A través de esta estrategia se amplían los horizontes más allá de la relación médico-paciente individual, favoreciendo los cambios personales, al crear una "cultura de salud" en la comunidad, reconociendo que gran parte del riesgo de las enfermedades cardiovasculares es conductual y puede ser controlado.

Los médicos como actores principales del sistema sanitario, tienen también un rol protagónico en esta estrategia y deben adquirir un compromiso con ella, dada la considerable influencia que tienen en la sociedad.

El paradigma antropológico propiciado por la OMS defiende esencialmente esta idea, aspirando que la organización de la comunidad toda, gire alrededor de un proyecto propio de promoción de la salud.

Teniendo como base la "educación para la salud" intervienen en ella individuos, grupos, organizaciones e instituciones, intentando que se



mantengan en el tiempo como hábitos saludables incorporados.

Siendo los actores de la salud motores de este tipo de estrategias, es fundamental el compromiso de todos para llevar adelante programas que se adecúen a las realidades sociales. Además es indispensable involucrar a todos los sectores: políticos, económicos, sanitarios, educativos, religiosos, de comunicaciones, recreativos, de bienestar social, grupos populares independientes y otros grupos comunitarios.

La Federación Argentina de Cardiología en su innegable rol en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades cardiovasculares, apoyará la implementación de programas con estrategia poblacional a través de su brazo comunitario: la Fundación Cardio y el Comité de Epidemiología y Prevención, quienes motorizarán acciones que comprometan a los diferentes estamentos sociales, gubernamentales y no gubernamentales, teniendo como base:

- Ayudar a crear conciencia de la importancia de la prevención en todos sus aspectos. (Medios de comunicación y publicidad)
- Favorecer la implementación de programas que se incluyan en la currícula educativa (Ministerio de Educación)
- Impulsar y apoyar la sanción de leyes que favorezcan los hábitos saludables (alimentación, tabaquismo, ejercicio físico)
- Colaborar con las instituciones y organizaciones que soliciten el apoyo de la FAC.

- Promover ante las autoridades de salud el reconocimiento pleno de las acciones preventivas y su adecuada valoración.

### **Nuestra experiencia**

Entusiasmados con la idea de poner en prácticas aquellas medidas de prevención atinentes a intentar modificar hábitos en los individuos, a fin de promocionar la salud cardiovascular, disminuyendo la prevalencia de los factores de riesgo por todos conocidos, y por tanto su impacto en la morbi-mortalidad, se crea en el año 1995, en el Instituto de Cardiología de Corrientes, el Departamento de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares (DEPRECAV). El mismo cuenta con un equipo multidisciplinario, integrado por médicos (cardiólogos y deportólogos), nutricionistas, bioquímicos, profesores de educación física y kinesiólogos, como otros asistentes para apoyo general.

Se opta por iniciar acciones a nivel comunitario, conforme el espíritu de lo explicitado en páginas anteriores, en forma de campañas a favor de la salud cardiovascular. La primera idea fue la de realizar algo que adhiriera a la población en esta etapa inicial. Se decidió realizar una Marcha Aeróbica, ya que la idea era lograr la participación de toda la gente, de la familia en sí, desde los niños muy pequeños hasta los más añosos, fueran sanos o enfermos, en un evento mayúsculo. Dado que la tarea, y por ser la primera, era ardua y no podía dejarse nada librado al azar, se contó con una gran equipo de gente para trabajar, como así una gran colaboración por parte de empresas, municipalidad, estamentos del gobierno de la Provincia, medios de prensa, etc. Ese primer evento fue todo un éxito,

donde la actividad física, implementada con música y guiada por profesores de Educación física, hizo que la gente (unos 4000 aproximadamente), con fuerza y algarabía, disfrutara y contagiara a muchos en su paso por la costanera (a la vera del Paraná), en una tarde soleada de septiembre de 1995.

Con el respaldo de toda una comunidad, se decidió seguir con la campaña iniciada ese año, abriendo el espectro hacia la educación, visando difundir la idea de la prevención, intentando lograr a través del efecto "cascada" una mayor llegada a la población, en todos sus niveles. Se realizó un convenio con el Ministerio de Educación, y se programaron acciones a fin de atraer a los más jóvenes a compenetrarse en la idea de la promoción de la salud cardiovascular. Dichas tareas fueron variadas durante todos estos años (desde 1996 a la fecha), dirigida ora a docentes, ora a alumnos, las que podríamos sintetizar en las siguientes listas:

- a) Curso de capacitación docente
- b) Concurso de dibujos
- c) Concurso de conocimientos (Justa del Saber)
- d) Concurso musical
- e) Jornadas educativas para la salud (Feria de Ciencias)
- f) Teatro de títeres (aplicado a Jardines de infantes)
- g) Charlas de extensión
- h) Programa ATADoS (Adicciones al Tabaco, Alcohol, Drogas o Salud)
- i) Encuestas en la población, y su aplicación a Matemáticas y Estadística
- j) Aplicación a idiomas
- k) Jornadas de Deporte y Salud

## l) Participación en las Marchas aeróbicas como monitores

Se continuó con la realización de Marchas Aeróbicas tanto en Capital (anual, y que se convirtió en un clásico de la ciudad), como en el interior (9 ciudades); y otras que se adhirieron a la idea desde el interior del país (Quilmes, Paraná, Resistencia, Iguazú, Rosario, Tucumán, etc.). Siempre un slogan acompañaba al evento: "Todo corazón", "del Mercosur", habiendo participado delegaciones de Paraguay, Brasil y Uruguay; "Bici-marcha", donde hubo una interesante integración entre caminantes y ciclistas; "del milenio"; "de los pañales", con clara alusión de que los hábitos saludables deben iniciarse y mantenerse desde la infancia; etc.

Las marchas propiamente dichas, contaban con un dispositivo organizativo amplio, donde las tareas se repartían entre médicos, enfermeros, bioquímicos, profesores de educación física, kinesiólogos, docentes, estudiantes del profesorado de educación. Física que obraban como monitores de las mismas, alumnos del secundario como personal de apoyo, ingenieros y técnicos, sonidistas, voluntarios, etc. Fundamental, el ordenamiento del tránsito y la seguridad gracias a la labor de los agentes de la Dirección de tránsito municipal y de la Policía de la provincia, respectivamente. Apoyo de empresas que contribuían, con su esfuerzo, a abaratar los costos lógicos de estas grandes movilizaciones de gente, aportando camiones, ambulancias, agua para el recorrido, control de glucemia y colesterol, etc.

Previo a cada evento, se entregaba un cuestionario con preguntas simples relacionado al estado de salud del participante, para una mayor seguridad sanitaria y para estratificar su condición física, a fin de seleccionar su inclusión en uno de los tres grupos con diferentes intensidades de ejercicios (con el tiempo, y con el objetivo de simplificar esta selección, se dividió en dos grupos solamente: moderada-alta intensidad y leve-moderada intensidad). Esto permitió ajustar el control sanitario durante el recorrido, y exceptuando algunas pocas complicaciones menores (que fueron atendidos de inmediato por personal médico y/o paramédico, y resueltas en el momento), no hubo nada que empañara ninguno de los eventos realizados en todo este tiempo.

En base a estos cuestionarios se realizaron trabajos estadísticos y científicos, pero uno de los datos extraídos de los mismos fue el demostrar que alrededor de poco más de un 30% de los participantes continuaban realizando actividad física regular, con lo que, si esto se extrapolara a toda una población, estaríamos con el 1/3 necesario para ser considerada como "ciudad salud". Además, el impacto mediático del evento fue importante, ya que cálculos indirectos dejarían entrever que aproximadamente más de 300 mil personas tuvieron noticias de su realización y del objetivo de las mismas.

Por eso, todo el esfuerzo puesto en estas actividades, nos deja una gran satisfacción, y que es la del compromiso con la salud de nuestra gente, para una más y mejor calidad de vida, y que es a lo que las medidas de prevención deben apuntar como objetivo principal:

La salud es para todos...; pero debemos estar todos para la salud.



## **Bibliografía**

- 1.- Rose G. Sick individuals and sick populations. Internat. J Epidem 1985; 14:32-8
2. -Cardiovascular diseases: different strategies for primary and secondary prevention? Fisher P. Heart. 2004; 90(10): 1217-23.
3. -Primary and secondary prevention of cardiac disease: bridging the two solitudes. Dafoe WA, Huston P, Wong C, Stokes H. Can J Cardiol. 2003 May; 19(6): 709-13.
4. -Fisher P., Guinan K., Burke J. Impact of a public cholesterol-screening program. Arch. Int. Med 1990; 150:2567-72

5. -Trends and disparities in coronary heart disease, stroke, and other cardiovascular diseases in the United States: findings of the national conference on cardiovascular disease prevention. Cooper R, Cutler J, Desvigne-Nickens P, Fortmann SP, Friedman L, Havlik R, Hogelin G, Marler J, McGovern P, Morosco G, Mosca L, Pearson T, Stamler J, Stryer D, Thom T. *Circulation*. 2000; 102(25): 3137-47

6. -Resource implications and health benefits of primary prevention strategies for cardiovascular disease in people aged 30 to 74: mathematical modeling study. Marshall T, Rouse A. *Can J Cardiol*. 2003 May; 19(6): 709-13.

7. -Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001; 285(19): 2486-97

8. -Evaluating the impact of population and high-risk strategies for the primary prevention of cardiovascular disease. Emberson J, Whincup P, Morris R, Walker M, Ebrahim S. *Eur Heart J*. 2004; 25(6): 484-91

9. -Twenty-year trends in coronary risk factors in North Karelia and in other areas of Finland. Vartiainen E, Puska P, Jousilahti P, Korhonen HJ, Tuomilehto J, Nissinen A. *Int J Epidemiol*. 1994; 23(3): 495-504.

10. -Prevention of coronary heart disease in Finland—application of the population strategy. Salonen JT. *Ann Med.* 1991 Dec; 23(6): 607-12

11. - Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme—experiences from Finland. Pekka P, Pirjo P, Ulla U. *Public Health Nutr.* 2002; 5(1A): 245-51.

12. -WHO MONICA Project: objectives and design. Bothig S. *Int J Epidemiol.* 1989; 18(3 Suppl 1): S29-37

13. -Monitoring of cardiovascular disease and risk factor trends: experiences from the WHO/MONICA project. Gutzwiller F. *Ann Med.* 1994; 26(1): 61-5

14. - Rose G. Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease. *Brit Med j* 1981; 282: 1847-51

15. - How cost-effective are new preventive strategies for cardiovascular disease? Wisosky K. *Am J Cardiol.* 2003; 91(10A): 22G-27G

16. -Cost-effectiveness of primary and secondary prevention in cardiovascular diseases. *Eur Heart J.* 1998 Apr; 19 Suppl C: C59-65.

17. -Prevention of cardiovascular diseases: should the same criteria be applied in Latin America and Europe and North America? Bunout D, Escobar E. *Rev Esp Cardiol.* 2000 Jul; 53(7): 889-95.