



Diez formas de fracasar en prevención cardiovascular

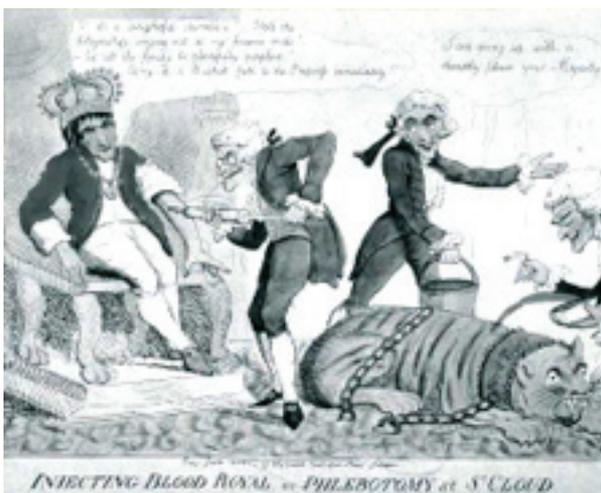
*“Es imposible aprender sobre lo que
se cree saber”*

Epicteto

No resulta extraño que la historia de la ciencia nos muestre hechos que hoy nos parecen absurdos. Lo verdaderamente sorprendente es que hechos que son claramente absurdos aún hoy no lo parezcan. Las transformaciones de la realidad o los desarrollos de las ciencias requieren de una adecuación de la racionalidad vigente para que el nuevo conocimiento esté en condiciones de operar sobre el mundo convertido en prácticas concretas. ¿Estaremos aplicando hoy en prevención cardiovascular una racionalidad a la medida de la magnitud del problema? ¿Son nuestras prácticas asistenciales el reflejo de lo que los conocimientos científicos han puesto de manifiesto?



Diversos procedimientos empleados en reanimación cardiopulmonar



Diversos tratamientos empleados para tratar la Insuficiencia Cardíaca

Es clásico –y hasta reiterativo- comenzar un artículo sobre enfermedades cardiovasculares recordando que se trata de la primera causa de muerte en el mundo occidental. Podríamos hacer el intento de hacerlo esta vez afirmando que resulta alarmante la tasa de fracaso y falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y a las modificaciones del estilo de vida que la medicina obtiene en el control a largo plazo de este grupo de patologías. Más inquietante aún es la escasa atención que esta situación genera y la insistencia en reiterar esquemas asistenciales que, a todas luces, resultan inapropiados para el perfil epidemiológico que hoy enfrentamos. ¿Cuáles podrán ser las razones de esta inercia clínica?

Las causas de situaciones tan complejas como las enfermedades cardiovasculares son múltiples. No nos es posible analizarlas en



este breve espacio por lo que proponemos detenernos en aquellas que tienen que ver con la “racionalidad médica” vigente. Sobre ellas -y no siempre sobre los otros determinantes- los médicos podemos proponer y concretar alguna transformación efectiva. La propuesta es, entonces, analizar brevemente diez ideas que obstaculizan el abordaje de la enfermedad cardiovascular en la medida en que generan representaciones erróneas y prácticas desafortunadas.

Considere enfermo sólo a quien padece síntomas

“No vemos las cosas tal como ellas son, las vemos tal como nosotros somos”

Anais Nin

Parece redundante insistir en que durante años los pacientes que padecen enfermedades vasculares permanecen en un período silente. Muchos de ellos sólo presentan manifestaciones clínicas en períodos muy avanzados del trastorno como los pacientes diabéticos. Equiparar síntomas a enfermedad expone a los enfermos a inadmisibles demoras diagnósticas y a intervenciones tardías. Vale la pena explorar la propuesta de lógicas no binarias o borrosas que admiten fronteras menos rígidas entre una cosa y otra. De este modo queda al descubierto la naturaleza artificial de las definiciones y las confusiones que de ellas se derivan. Asumir que quien no padece un síntoma o no presentó un evento mayor no está enfermo es caer en las redes de nuestras propias definiciones y, ahogarnos enredados en ellas.

Considere que dar órdenes es una estrategia comunicativa apropiada.

“Al oír tu discurso han dicho: ¡qué bien habla! Al oír el mío han corrido a empuñar las armas”

Demóstenes

El cambio de hábitos es una necesidad básica en la prevención y el tratamiento de las enfermedades CV. Existen evidencias que demuestran claramente que el estilo imperativo o la mera transmisión de datos no garantiza modificaciones de la conducta. La educación es un proceso que requiere del uso de acciones pedagógicas específicas. La creencia reduccionista que confunde información con educación o que imparte órdenes y luego considera paradójicos los pobres resultados obtenidos constituye un obstáculo muy grave para implementar programas preventivos eficaces. No se trata únicamente de

estimular hábitos saludables, también es imperioso establecer una comunicación eficaz para que las acciones farmacológicas tengan los resultados esperados. Una parte trascendente del efecto medicamentoso proviene de la forma en que la necesidad del tratamiento sea comunicada a un paciente. La comunicación no está en la periferia, sino en el centro neurálgico de todo acto médico.

Considere a sus pacientes responsables de sus hábitos de vida.

“Nadie se desembaraza de un hábito o de un vicio tirándolo de una vez por la ventana; hay que sacarlo por la escalera, peldaño a peldaño”

Dicho popular europeo.

La perspectiva “culpabilizadora” deposita sobre el individuo la responsabilidad total sobre sus hábitos. Las investigaciones provenientes de las ciencias sociales y del comportamiento indican –desde hace décadas- que la conducta de las personas es una construcción social y, por lo tanto, el producto de una historia, una pertenencia cultural y de los numerosos determinantes que operan en esta esfera. La administración de culpas, la moralización del comportamiento, imponen a las personas una carga a menudo imposible de llevar. El estímulo, el soporte social en redes de pares, las acciones educativas sostenidas, la participación de los grupos de pertenencia o las estrategias cognitivas son algunas de las metodologías posibles. El cambio de hábitos no es menos complejo que su conformación originaria. Resulta ingenuo pretender que el voluntarismo o las actitudes autoritarias podrían producir los resultados que todos esperamos.

Considere al modelo asistencial clásico apropiado para enfermedades crónicas.

“Todos los sistemas están preparados para obtener exactamente los resultados que obtienen”

Las modalidades de asistencia dependientes de la demanda son el producto de una época con otro perfil epidemiológico (infeccioso o traumático). La nueva situación con alto predominio de enfermedades crónicas produce necesidades diferentes. Para ejemplificar esto de modo sintético podemos plantear un cuadro de diferencias entre las enfermedades agudas y crónicas.



Enfermedades Agudas	Enfermedades Crónicas
Episódica	Continua
Paciente inexperto	Paciente experto
Paciente pasivo	Paciente activo
Médico que ordena	Médico que educa
Habitualmente se cura	Habitualmente NO se cura
Retorna a la normalidad	No retorna a la normalidad
Parámetros simples y numéricos	Parámetros complejos y cualitativos

Todo parece indicar que el contacto sostenido con el paciente y los vínculos ampliados hacia grupos de enfermos que comparten problemas semejantes y sus familias produce resultados notablemente superiores a los que hasta hoy tenemos. Son muchos los estudios que demuestran que los programas sistemáticos, y no el contacto episódico, constituye la herramienta apropiada al tipo de patologías que debemos enfrentar. Recientemente el estudio EUROACTIVE ha obtenido resultados altamente favorables empleando equipos coordinados por enfermeras, no sólo sobre los propios pacientes, sino sobre sus grupos familiares que también mostraron importantes cambios en sus hábitos y en la prevalencia de factores de riesgo como el tabaquismo, sedentarismo u obesidad. La inadecuación de los modelos de práctica profesional orientados hacia los cuadros agudos y una realidad sanitaria que nos enfrenta dramáticamente a la incontrolada expansión de enfermedades crónicas podría ser un elemento a tener en cuenta a la hora de analizar algunas de las razones de nuestros reiterados fracasos.

Considere que Ud. sabe todo lo necesario para resolver el problema.

“Llega un momento en que el espíritu prefiere lo que confirma su saber a lo que lo contradice, o prefiere las respuestas a las preguntas”

Gaston Bachelard

Las enfermedades cardiovasculares son producto del entrecruzamiento de múltiples factores dependientes de la biología y del ambiente, del ambioma y del genoma. La formación tradicional del médico no podría abarcar la totalidad de los saberes requeridos para modificar su expansión epidémica. Hay cuatro cegueras básicas que entorpecen la transformación de la mentalidad profesional que la actualidad reclama:

- ❖ Ceguera a los límites de su conocimiento específico

- ❖ Ceguera a los saberes ajenos
- ❖ Ceguera a todo cuanto no pueda reducir a sus esquemas de causalidad
- ❖ Ceguera a las críticas extradisciplinarias

El reconocimiento de lo inacabado e incompleto de los saberes, su carácter provisorio y su replanteo crítico permanente son hoy un imperativo ético metodológico irrenunciable. Disciplinas como la enfermería, la asistencia social, la nutrición, la antropología, la sociología o la psicología no pueden quedar marginadas de las iniciativas de prevención cardiovascular. Ignorarlas no sólo empobrece nuestros resultados sobre los pacientes, nos degrada como profesionales capturados en una ingenua ilusión omnipotente.

Considere a la cultura y a las condiciones sociales como ajenas al tema.

“Los pacientes acuden a nosotros, pero no se convierten en nosotros”

Noah Gordon

Excluir de nuestras delimitaciones de enfermedad cardiovascular los determinantes sociales y culturales es una forma de garantizar el fracaso de nuestras intervenciones. En el año 2004 el estudio INTERHEART aportó evidencia suficiente acerca de la influencia de los factores psicosociales de enfermedad CV. Ya hemos mencionado el papel que ellas juegan en la génesis de los hábitos que favorecen su advenimiento, del mismo modo establecer terapéuticas y recomendaciones que no las tomen en cuenta, no es sólo una ingenuidad, es un acto deliberado de imprudencia y de ceguera. Nadie podrá sostener recomendaciones desvinculadas de sus condiciones materiales de existencia y del universo simbólico de valores en el que vive. Toda propuesta de acción está destinada a personas incluidas en un ambiente. No existen posibilidades de generar recomendaciones neutras o asépticas que no las tomen en cuenta. Nadie puede modificar lo que no ha identificado como problema, nadie puede transformar sus hábitos contra su historia o su cultura sin la ayuda imprescindible para construir nuevas redes de sentido, nadie adherir a tratamientos a los que no puede acceder o a explicaciones que no logra comprender. Las dimensiones cultural y social –y no meramente biológica– de la enfermedad son caras de una misma moneda que sólo el espíritu analítico de la ciencia desarticula para estudiar, aunque con frecuencia olvide restituir al continuo indisoluble de donde nunca debieron salir.



Considere a las enfermedades cardiovasculares como patologías del varón.

*“Quien cree que todas las frutas maduran
al mismo tiempo que las frutillas;
nada sabe acerca de las uvas...”.*

Paracelso

La epidemiología aporta datos en permanente transformación. Los perfiles de cada enfermedad se modifican en contacto con las condiciones históricas de la vida de las personas. Sin embargo las actitudes generadas como respuesta a determinadas situaciones se modifican a ritmos mucho más lentos que la realidad. Las enfermedades cardiovasculares de un mundo con roles de género en mutación constante disuelven las categorizaciones más rígidas haciendo que lo que en algún momento fue casi privativo del varón hoy se difunda entre las mujeres. Actualmente estas patologías crecen en el género femenino hasta convertirse en la principal causa de muerte. Los rasgos clínicos y los patrones evolutivos típicos del varón no son los mismos que en la mujer. Estas particularidades hacen de las enfermedades CV en la mujer un tema con características específicas respecto de aspectos como: síntomas, modos de presentación, distribución por edades, evolución de los cuadros agudos, presencia de comorbilidades. No tener esto presente produce graves “efectos colaterales”: baja tasa de reconocimiento y admisión en unidades de cuidados intensivos, baja aplicación de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos agresivos, etc. Todo parece indicar que las pacientes mujeres deben luchar contra una enfermedad de la que se suponían a salvo y contra un prejuicio médico que aplica sobre ellas modelos clínicos provenientes de la descripción del cuadro en hombres.

Considere que rehabilitar es volver al estado previo a la enfermedad.

*“La salud que sucede a la curación
no es la salud anterior”*

Georges Canguilhem

Esta premisa -inscrita en la propia palabra re-habilitar- encierra su propia falacia. No es posible volver en el tiempo en ninguna instancia de la vida, más aún, muchas veces ni siquiera es deseable. Si se admite que muchas de las condiciones de vida previas a enfermar han ejercido una influencia nefasta para producir la enfermedad, no podría ser un objetivo volver a ellas. Este planteo estimula en el paciente una ilusión perjudicial y falsa. Genera expectativas que no se van a cumplir condenándolo a reiteradas frustraciones y, por otro lado,

impiden tomar conciencia de las necesarias transformaciones hacia modos de vida diferentes que garanticen el control de la patología que padece. Georges Canguilhem afirma al respecto: “La conciencia lúcida e que curar no es volver, ayuda al enfermo en su búsqueda de un estado de menor renuncia posible, liberándolo de la fijación al estado anterior”

Considere que la enfermedad consiste en la obstrucción al flujo sanguíneo.

*“La verdad es más importante que los
hechos”*

Frank Lloyd Wright (1867-1959)

Desde esta perspectiva la enfermedad queda definida por el grado de reducción del flujo a través de un vaso. Esta definición, aún siendo real para una etapa de la enfermedad, es restringida y lleva implícitos al menos dos riegos conceptuales que pueden ocasionar graves daños en los pacientes:

- Quien no presenta obstrucción no tiene enfermedad
- Quien resuelve la obstrucción que padecía cura su enfermedad

El análisis del prolongado proceso de aterogénesis permite concluir que el período más prolongado en el curso de esta enfermedad es justamente aquél donde la enfermedad está presente, pero la luz del vaso no se encuentra comprometida de manera significativa. Es perfectamente posible encontrar evidencias de notable afección funcional (disfunción endotelial) y estructural de los vasos con una localización excéntrica o extraluminal dando lugar al proceso conocido como remodelación vascular. Del mismo modo luego de un procedimiento desobstructivo exitoso endoluminal o quirúrgico, el flujo se restablece pero la enfermedad endotelial subsiste. Actualmente sabemos que los episodios agudos guardan menos relación con el grado de obstrucción previa que con las condiciones de vulnerabilidad locales o sistémicas de cada paciente.

Es conocido el modo en que nuestras prácticas se derivan de las representaciones que construimos de los objetos de conocimiento. La “metáfora de la cañería” como modelo de enfermedad vascular responde a una idea rudimentaria basada en conceptos puramente hidrodinámicos. De este modo no resulta extraño que muchas veces no se considere enfermo a quien claramente lo está o se considere curado a quien definitivamente no lo está. Resulta entonces más apropiado considerar que la obstrucción no es la enfermedad, aunque represente un momento de extrema gravedad en su curso, y



que la desobstrucción no es la curación, aunque represente un punto crucial como estrategia de tratamiento. La enfermedad es el conjunto de condiciones que hacen que la obstrucción ocurra y, la mayoría de las veces, esto no resulta modificado por lo procedimientos que restituyen el flujo de sangre en el vaso obstruido.

Considere a la aterosclerosis es una enfermedad regional y segmentaria

“No existen realidades simples sino explicaciones simplificantes”

Gastón Bachelard

1. Numerosas investigaciones han acumulado evidencia suficiente como para afirmar la naturaleza “sistémica” de la enfermedad aterosclerótica. La territorialidad del proceso vascular ha dejado de representarse como circunscripta al minúsculo espacio de la obstrucción segmentaria para pensarse en los términos de un nuevo paradigma que la concibe como trastorno generalizado de los endotelios vasculares concebidos como órgano complejo. Mencionamos sólo algunos de los hechos que avalan esta hipótesis:

- ❖ Coexistencia de placas ATC en territorios alejados de los responsables del episodio clínico: ATC carotídea, microalbuminuria, coronaria, etc).
- ❖ Modificaciones en la mieloperoxidasa de los neutrófilos en coronarias de pacientes con Angina Inestable, independientemente de la localización.
- ❖ Alta incidencia de cuadros clínicos mayores ocasionados por placas que mostraban escaso grado de obstrucción previamente.
- ❖ Notable disminución de los episodios clínicos incluso con escasa regresión del componente obstructivo vascular con el uso prolongado de Estatinas.
- ❖ Recientemente estudios morfométricos han logrado demostrar regresión de la placa con mejoría de la luz vascular con altas dosis de algunas estatinas.
- ❖ Alta incidencia de hallazgo de enfermedad coronaria en los exámenes preoperatorios para cirugía por arteriopatía obstructiva de los miembros inferiores.
- ❖ Alta incidencia de hallazgos de arteriopatía carotídea extracraneana en los exámenes preoperatorios de cirugía de revascularización miocárdica.
- ❖ Descripción de componentes sistémicos inflamatorios que vinculan a la aterosclerosis con otras enfermedades como la artritis reumatoidea.

- ❖ Modificaciones en los marcadores sistémicos inflamatorios (PCR) con el uso de Estatinas y su relación directa con la mortalidad por episodios coronarios.

¿Qué riesgos implica sostener un abordaje segmentario de la aterosclerosis?

Nadie ignora la falta de registro de la patología vascular en territorios alejados en pacientes que consultan por enfermedad coronaria, cerebral o periférica. Esta focalización extrema opera en la práctica cotidiana desconociendo que el mayor riesgo para un paciente con patología en un territorio es presentar cuadros dependientes de la misma enfermedad en un territorio distante de aquel. La falta de perspectiva sistémica, la ausencia de visión integral del paciente y la alarmante incomunicación entre especialidades son sólo algunos de los motivos que generan esta situación.



Referencias:

Widespread Coronary Inflammation in Unstable Angina. Antonino Buffon, M.D., Luigi M. Biasucci, M.D., M.D., Filippo Crea, M.D., and Attilio Maseri, M.D. NEJM 04.07.2002.

CARDIOVASCULAR RISK FACTORS FEBRERO 2005. 34 Factores de riesgo y epidemiología cardiovascular en la mujer S. GÓMEZ-MORENO, G. BARÓN-ESQUIVIAS, E. LAGE, A. MARTÍNEZ

Phillips, L. S., Branch, W. T., Cook, C. B., et. Al.. (2001). Clinical Inertia. *Annals of Internal Medicine*, 135, 825-834.

Ethan Halm, MD, MPH; Toni Sturm, MD; Pablo Mora, PhD; Jason Wang, PhD; Howard Leventhal, PhD

Horne (1997) Representation of medication and treatment. In K. Petrie & J. Weinman (Eds.) *Perceptions of health and illness*. London: Harwood

Horne, R. (2003). Treatment perceptions and self-regulation. In L. D. Cameron, & H. Leventhal (Ed.), *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour* (pp. 138-154).

London: Routledge Taylor & Francis Group.

Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J. Psychosomatic Res*, 47, 555-567.
Horne, R., & Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 555-567. (Data analyzed with AMOS)

Ann Behav Med. 1997 Summer;19(3):239-63. Compliance with cardiovascular disease prevention strategies: a review of the research. Burke LE, Dunbar-Jacob JM, Hill MN.

Howard Leventhal, Michael Diefenbach, Elaine A. Leventhal, *Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions*, *Cognitive Therapy and Research*, Volume 16, Issue 2, Apr 1992, Pages 143 – 163

Lack of adherence to lipid-lowering drug treatment. A comparison of utilization patterns in defined populations in Funen, Denmark and Bologna, Italy Authors: Larsen J.; Vaccheri A.; Andersen M.; Montanaro N.; Bergman U. Source: *British Journal of Clinical Pharmacology*, Volume 49, Number 5, May 2000, pp. 463-471(9) Publisher: Blackwell Publishing

AHA Statistical Update. *Circulation*. 2006;113:e85-e151.). © 2006 American Heart Association, Inc. Heart Disease and Stroke Statistics—2006 Update. A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee

Mosca L, Mochari H, Christian A, Berra K, Taubert K, Mills T, Burdick KA, Simpson SL. Related Articles, Links

National study of women's awareness, preventive action, and barriers to cardiovascular health. *Circulation*. 2006 Jan 31;113(4):525-34.

Maglio Francisco; Reflexiones y algunas confesiones. Publicaciones Latinoamericanas 2.004

Geertz Clifford; *The Interpretation of Cultures*, Basic Books, Nueva York, 1973;

Aguirre Patricia; "Qué comen los argentinos que comen" Colección Políticas Públicas, Ciepp, Miño y Dávila Editores

EUROACTION: a nurse lead multidisciplinary preventive cardiology programme for coronary patients, high risk individuals and their families. Core syllabus topic : Cardiovascular Disease Prevention - Risk Assessment and Management. World Congress of Cardiology, Barcelona, Spain 2006. http://www.escardio.org/knowledge/congresses/CongressReports/hotlinesandctus/707003_Wood.htm

Antonino Buffon, M.D., Luigi M. Biasucci, M.D., M.D., Filippo Crea, M.D., and Attilio Maseri, M.D. NEJM 04.07.2002. Widespread Coronary Inflammation in Unstable Angina.

John F. Keaney, Jr., M.D. Joseph A. Vita, M.D. NEJM:04.07.2002. The Value of Inflammation for Predicting Unstable Angina.

Russell Ross, Ph.D. NEJM 14.01.99. Atherosclerosis An Inflammatory Disease.

Roberto Corti, MD; Valentin Fuster, MD, Juan J. Badimon. Lipid Lowering by Simvastatin Induces Regression of Human Atherosclerotic Lesions Two Years' Follow-Up by High-Resolution Noninvasive Magnetic Resonance Imaging (*Circulation* Nov. 18 de 2.002).

Winter et al, PCR and PTCA. *European Heart Journal* Vol: 23, N° 12, June 2.002

Luciardi, Muntaner, Altman. *Aterogénesis y Aterotrombosis*. FAC, Vol: 31. N° 4, 2.002.

Dominick J. Angiolillo, Luigi M. Biasucci, Giovanna Illuso, Filippo Crea. La inflamación en los síndromes coronarios agudos. *Revista española de cardiología*, 2.004; 57 (5): 443-46

Goran K. Hansson, M.D, Ph. D. Inflammation, Atherosclerosis and coronary artery disease.

New England Journal of Medicine, 352: 16 pag: 1.685/1.695; April 21, 2.005

Canguilhem George: "escritos sobre medicina", Amorrortu ediciones, Bs As 2004.

