

ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

Cardiovascular Diseases And Primary Health.

* Mario Alberto Pastor Verbel¹

Recibido: noviembre 16 de 2013.

Aprobado: diciembre 04 de 2013.

Resumen

El presente artículo resalta la relación directa la Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares con la Atención Primaria en Salud. Factores como el tabaquismo, una dieta poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol; son desencadenantes de la presencia de Enfermedades Cardiovasculares (ECV) en una persona. La prevención eficaz desde la Atención Primaria de estos factores, disminuye considerablemente la mortalidad y morbimortalidad por ECV. Facilitar y realizar acciones dirigidas a impedir o disminuir la incidencia de estos condicionantes (prevención primaria), supone un impacto importante en el estado de salud y en la economía de la población.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud, Enfermedades Cardiovasculares, Estilo de Vida.

Abstract

This article highlights the direct relationship between the Prevention and Control of Cardiovascular diseases, and Primary Health Care. Factors such as smoking, an unhealthy diet, physical inactivity and harmful use of alcohol are triggers to the presence of Cardiovascular Diseases (CVD) in a person. Effective prevention of these factors, through Primary Care, significantly reduces the mortality and morbidity caused by CVD. Facilitating and performing actions aimed at preventing or reducing the incidence of these factors (primary prevention), lead to a major impact on the health state and the economy of the population.

Keywords: Primary Health Care, Cardiovascular Diseases, Life Style.

Importancia que tiene la Atención Primaria en Salud para la Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV), son la principal causa de mortalidad en todo el mundo, pues se cobran más vidas que todas las otras causas combinadas (1). De los 57 millones de defunciones que se produjeron en todo el mundo en 2008, 36 millones casi las dos terceras partes se debieron principalmente a enfermedades cardiovasculares (1).

En Colombia, las enfermedades cardiovasculares, con un 28,7%, fueron la principal causa de

defunción entre las cinco principales en el período 1985-2006 (2).

Las ECV se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol (1).

Se ha identificado que entre un 30% y 60% de la población no realiza los niveles mínimos

¹ Enfermero, Especialista en Gestión de la Promoción y la Prevención, Coordinador de Programas de Promoción y Prevención. Clínica las Peñitas S.A.S
*Correspondencia: correo electrónico: mariopastorverbel@hotmail.com

recomendados de actividad física y la obesidad está aumentando en forma acelerada (3). Los principales efectos de estos factores de riesgo recaen cada vez más en los países de ingresos bajos y medios y en las personas más pobres, como reflejo de los determinantes socioeconómicos subyacentes (1). Se prevé que los casos de diabetes, cardiopatía isquémica y mortalidad por accidentes cerebrovasculares se triplicarán en América Latina y el Caribe durante las próximas dos décadas (4).

Si bien las enfermedades crónicas afectan a todos los grupos de población, el impacto es mucho mayor en la población pobre, dada la mayor prevalencia de factores de riesgo, el menor acceso a servicios de detección y tratamiento y a la menor capacidad para hacer frente a las consecuencias financieras de las enfermedades crónicas (5).

A pesar de su rápido crecimiento y su distribución no equitativa, la mayor parte del impacto humano y social que causan cada año las defunciones relacionadas con las ECV, podrían evitarse mediante intervenciones bien conocidas, costoeficaces y viables. Muchas intervenciones sanitarias relacionadas con las ECV se consideran costoeficaces, especialmente en comparación con los costosos procedimientos que suelen requerirse cuando la detección y el tratamiento se han retrasado y el paciente llega a fases avanzadas de la enfermedad (1). Se ha identificado de manera clara que estos costos económicos y fiscales de las enfermedades crónicas además de ser tan elevados, van en aumento.

Según un estudio realizado en países de ingresos bajos y medios, entre ellos, Brasil, Argentina, México y Colombia, la producción económica registrará pérdidas del orden de los US\$85 mil millones como resultado de enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes, entre 2006 y 2015 en los 23 países analizados en el estudio (3). Se estima que sólo en América Latina y el Caribe los costos directos de la diabetes ascienden a US\$10 mil millones por año (3).

Entre las consecuencias económicas derivadas de las enfermedades crónicas también se cuentan el impacto negativo sobre el consumo, el ahorro, la oferta de mano de obra, la productividad y la acumulación de capital humano (4). Por consiguiente, los gobiernos deberán fortalecer sus respuestas y establecer prioridades para las intervenciones basadas en criterios probados de efectividad en función de los costos, protección financiera y capacidad de respuesta.

En las últimas tres décadas se ha estudiado mucho sobre las causas, la prevención y el tratamiento de las ECV y se ha logrado reducir considerablemente la mortalidad en numerosos países de ingresos altos, la base de evidencia para la adopción de medidas aumenta constantemente, y la atención mundial dedicada a la epidemia de ECV se está intensificando (1).

La evidencia ha demostrado que, en gran medida, la mayor parte de las muertes por ECV se pueden prevenir. Es posible prevenir hasta un 80% de las enfermedades cardíacas, accidentes cerebrovasculares y diabetes tipo II, mediante la eliminación de los factores de riesgo común, tales como tabaquismo, dieta poco saludable, inactividad física y consumo nocivo de alcohol (6). El tabaquismo, por sí solo, es la principal causa de muerte evitable en el continente Americano; aproximadamente un tercio de las muertes por enfermedad cardíaca y cáncer pueden ser atribuidas al uso de tabaco (6).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), entendiendo la necesidad de reducir la epidemia de estas enfermedades, lanza el *Plan de Acción 2008-2013: Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*, aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2008. El Plan contempla seis objetivos claves, que deben aplicar, la OMS y otros asociados internacionales. Estos objetivos son los siguientes (1):

- Elevar la prioridad acordada a las enfermedades no transmisibles en el marco de las activi-

dades de desarrollo en los planos mundial y nacional, e integrar la prevención y el control de esas enfermedades en las políticas de todos los departamentos gubernamentales.

- Establecer y fortalecer las políticas y planes nacionales de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
- Fomentar intervenciones que reduzcan los principales factores de riesgo comunes modificables: consumo de tabaco, dieta poco saludable, inactividad física y uso nocivo del alcohol.
- Fomentar las investigaciones en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles.
- Fomentar alianzas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
- Realizar un seguimiento de las enfermedades no transmisibles y sus determinantes y evaluar los progresos en los ámbitos nacional, regional y mundial.

Siguiendo los lineamientos establecidos en los objetivos claves del Plan de acción de la OMS, se esperaría que las reducciones más significativas de ECV sean resultado de un enfoque exhaustivo e integral para tratar los factores de riesgo y los determinantes. Entre las intervenciones recomendadas están principalmente las acciones de política pública en materia de prevención primaria, tales como: el control del tabaco (impuestos, regulación de la publicidad y la prohibición de fumar), reglamentación del alcohol (impuestos, regulación de la publicidad, restricciones de compra), promoción de dieta saludable (reducción del consumo de sal y reemplazo de grasas trans en alimentos) (7), intervenciones de salud pública (promoción de una alimentación saludable, promoción de la actividad física en la comunidad, entre otros), y las intervenciones de atención primaria (orientación relativa a consumo de tabaco y alcohol, terapia multimedicamentos para el control de factores de riesgo, detección y tratamiento temprano) (8).

La Atención Primaria en Salud (APS) cumple una función importante en las estrategias de prevención y control de las ECV

La Atención Primaria en Salud (APS), desde que se lanzó en Alma Ata 1978, propuso un cambio radical del enfoque en la prestación de servicios de salud, particularmente en el componente médico, entre otras cosas propuso: cambiar el enfoque de factores de riesgo individual a determinantes fuera del sector salud; el cambio del predominio de servicios curativos a promoción de la salud y prevención de la enfermedad; de servicios hospitalarios a servicios en la comunidad; de servicios centralizados a servicios descentralizados; y finalmente, de responsabilidad única del gobierno por la salud de la población, a responsabilidad compartida con las personas por su salud (intersectorialidad) (9). Desde el inicio fue considerada como un desafío al orden establecido, y su evolución ha sido un poco lenta por cuanto todavía existen muchos paradigmas establecidos por cambiar.

En el tema de las ECV, la evidencia ha demostrado que la atención primaria contribuye a la prevención y al control de estas enfermedades mediante la prevención primaria de los factores de riesgo (promoción de la actividad física, disuasión del inicio del tabaquismo), la prevención secundaria de las complicaciones derivadas de factores de riesgo existentes y la prevención terciaria (rehabilitación y prevención de futuras complicaciones derivadas de accidentes cerebrovasculares o la diabetes no controlada). Se dispone de evidencia variada sobre la eficacia de la atención primaria en la realización de todas esas funciones (10).

Tal vez lo más difícil ha sido demostrar la eficacia de la prevención primaria, fundamentalmente por la complejidad que reviste ajustar factores de comportamiento, por la necesidad de un compromiso sostenido en el tiempo y porque con frecuencia las elecciones individuales están limitadas por variables ambientales (por ejemplo, disponibilidad de alimentos frescos, lugares para realizar una actividad física,

precio y disponibilidad de cigarrillos), aun cuando se ha demostrado que el contacto permanente con un profesional de la salud primaria puede asociarse con un mayor compromiso de los individuos a cumplir con planes destinados a adoptar conductas más saludables (11).

La mayor parte de la evidencia sobre la eficacia de atención primaria parece estar concentrada en la prevención secundaria a través de la gestión de factores de riesgo y la coordinación de atención y suministro de medicamentos entre especialistas y hospitales (10). Por ejemplo, en la atención primaria el control de la diabetes requiere de supervisión periódica del nivel de glucosa en la sangre, suministro de medicamentos reductores de la glucosa, control efectivo de factores de riesgo cardiovascular y coordinación con los otros niveles de atención y medicamentos prescritos. El control de la hipertensión requiere de la vigilancia de la presión arterial, la prescripción y el cumplimiento de los tratamientos con medicamentos antihipertensivos, la coordinación con otros niveles de atención y los cambios de estilos de vida, tales como reducción del tabaquismo, dieta y ejercicios.

Para que la atención primaria maximice su contribución a la prevención y al control de las enfermedades crónicas es claro que se requieren intervenciones que vayan más allá de simplemente incrementar el acceso. La publicaciones existentes sugieren diversas características, entre ellas, perfeccionar el diseño de las prácticas a fin de mejorar el acceso y el seguimiento, y con ello facilitar el autocontrol del paciente a través de mejor comunicación y apoyo a lo largo del tratamiento, aumentando y/o creando competencias de autocuidado; incrementar la capacidad del equipo de salud de ofrecer una atención de alta calidad a través de la capacitación y educación de los profesionales y apoyo a la toma de decisiones; fortalecer las redes de salud para facilitar el acceso a los servicios de diagnóstico y especializados; y mejorar los sistemas de información para facilitar el uso de registros clínicos, recordato-

rios al paciente y proveedores, coordinación de los medicamentos prescritos y rastreo de resultados en el tiempo. Estas características no dependen únicamente del proveedor de atención primaria individual y requieren de inversiones dirigidas al sistema integral de salud sobre la base de recursos e incentivos adecuados.

Si bien es cierto que su aplicación requiere de una sólida infraestructura de implementación, los resultados pueden ser eficientes en función de los costos (8). Por ejemplo, la prevención secundaria de ECV a través de la detección simplificada de riesgos fuera del laboratorio para identificar el 6% de la población que presenta un riesgo de ECV mayor que el 25% tiene un costo de \$1,20 por persona y puede redundar en una disminución del 20% de la mortalidad por ECV (12).

Lo anteriormente expuesto, denota cuán importante e imprescindible es la Atención Primaria en Salud para la intervención de las enfermedades cardiovasculares, que tanto daño pueden ocasionar, además del gran impacto social y económico que generan en cualquier comunidad. Se hace necesario que todos los sectores de la sociedad comprendan lo importante y prioritario que se constituye el crear intervenciones costoeficaces a través de una política pública social basada en la evidencia. Por tal motivo, se hace un llamado urgente para que todos los gestores de conocimiento de la sociedad (principalmente los entes educativos superiores) redoblen sus esfuerzos en generar conocimientos innovadores con respecto a la intervención de estas patologías y así, aumentar la evidencia en todos los sectores de la costoefectividad que genera la aplicación de una APS con infraestructura sólida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. OMS 2011; 1-20.
2. Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. : ANÁLISIS DE LA

- SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007. Morbilidad y mortalidad de la población colombiana.[Online] Imprenta Nacional de Colombia – Bogotá 2011. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ASIS-Tomo%20III--Morbilidad%20y%20mortalidad%20de%20la%20poblacion%20colombiana.pdf>.
3. Macinko J, Dourado I, Guanais F. Enfermedades Crónicas, Atención Primaria y Desempeño de los Sistemas de Salud. [Online]. Banco Interamericano de Desarrollo 2011. Disponible en: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36647969>.
 4. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global Burden of Disease and Risk Factors. World Bank; Washington (DC) 2006.
 5. Institute of Medicine (US) Committee on Preventing the Global Epidemic of Cardiovascular Disease. Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health. [Online] National Academies Press; Washington (DC) 2010 [Consultado 19 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK45693/>
 6. Organización Mundial de la Salud. Observatorio mundial de la salud [Internet]. WHO. [citado 19 de septiembre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/gho/es/index.html>
 7. Campbell NRC, Correa-Rotter R, Legowski B, Legetic B. Efforts to reduce dietary salt in the Americas. *Rev Panam Salud Pública* 2012; 32(4):253-7.
 8. Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al. Disease Control Priorities in Developing Countries. [Online]. World Bank; Washington (DC) 2006 [citado 19 de septiembre de 2013] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11728/>
 9. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.
 10. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(6):64-78.
 11. Frankenfield DC, Coleman A, Alam S, Cooney RN. Analysis of estimation methods for resting metabolic rate in critically ill adults. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2009;33(1):27-36.
 12. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 2007; 370(9603):1939-46.