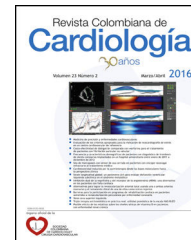




SOCIEDAD
COLOMBIANA
DE CARDIOLOGÍA Y
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

Revista Colombiana de Cardiología

www.elsevier.es/revcolcar



EDITORIAL

El papel del cardiólogo clínico en un programa de prevención cardiovascular



The role of the clinical cardiologist in a cardiovascular prevention program

Nicolás Jaramillo Gómez^{a,b,c}

^a Laboratorio de Hemodinámica, Clínica Las Américas, Medellín, Colombia

^b Enfermedades Cardiometaabólicas CEMDE – CES, Medellín, Colombia

^c Universidad CES, Medellín, Colombia

Recibido el 29 de agosto de 2016; aceptado el 1 de septiembre de 2016

Disponible en Internet el 17 de noviembre de 2016

Para iniciar tan apasionante tema editorial se tendrá en cuenta una definición sobre la prevención en la enfermedad cardiovascular (enfermedad cardiovascular), que sea acertada y conceptualmente universal. En concordancia con ello, se asumirá aquella adoptada por el sexto grupo de trabajo continuo (6th. Joint Task Force) de la Sociedad Europea de Cardiología¹, entidad que la define como un conjunto de acciones coordinadas, dirigidas a una población o un individuo, con el objetivo de eliminar o minimizar su impacto y las discapacidades relacionadas con esta².

Al contextualizar esta definición, es claro que frente a una enfermedad que aún al día de hoy se posiciona como la líder mundial en morbilidad y mortalidad, la prevención se hace una necesidad prioritaria, más cuando se revisan las tendencias actuales de declive en la enfermedad coronaria, que vienen dándose desde la década de los 80, en países y regiones de poblaciones de altos ingresos económicos³. Esta directriz se relaciona de manera directa con las medidas de prevención que se pusieron en marcha de forma exitosa, entre ellas la entrada en vigencia en muchos países de la ley antitabaco, pero no se ve reflejada en países como el nuestro, ya que seguimos en un escalamiento progresivo y preocupante de la incidencia de obesidad,

sedentarismo y diabetes mellitus en cuanto a factores de riesgo cardiovascular modificables. No menos alarmante es la poca efectividad en cuanto a llegar a metas en el tratamiento de patologías con gran incidencia en nuestro medio, como la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la misma diabetes, debido a la falta de adherencia dada por múltiples causas.

Al evaluar causas directas de estas tendencias, la primera circunstancia que hace que las enfermedades crónicas no transmisibles estén en aumento son los estilos de vida modernos, que desde el proceso de industrialización cambiaron el rumbo del mundo, y así como dieron una calidad de vida diferente, también están pasando su cuenta de cobro.

El advenimiento de la automatización, la movilidad facilitada y la Internet, crearon un ambiente completamente sedentario que lleva a un exceso de consumos calóricos difíciles de limitar, traducéndose en un incremento de la obesidad como enfermedad prevalente en el mundo, y trayendo consigo todas sus adversidades⁴. Dentro de estas tendencias, aún más preocupante es ver como la obesidad se ha concentrado en edades muy tempranas.

Se unen a estos cambios, la capacidad cada vez mayor de tener en nuestras poblaciones facilidades de atención en los sistemas de salud y grandes adelantos tecnológicos que aplicados a la medicina, han dado como resultado un

Correo electrónico: nicojaramillo27@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.09.008>

0120-5633/© 2016 Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

incremento en la expectativa de vida y por ende uno muy significativo de la población mayor de 65 años, que conduce a tener personas con mayores morbilidades y enfermedades crónicas no transmisibles de alto impacto económico para el sistema de salud de cualquier país⁵.

En este escenario, es pertinente retomar el artículo "Nunca demasiado pronto, nunca demasiado tarde para la prevención", publicado en 2014, en la Revista Española de Cardiología, en el que se hace un recorrido desde la prevención primordial y primaria que se extiende a lo largo de la vida del individuo. Los autores describen estrategias novedosas para lograr hábitos de vida sana, que prevengan la adopción de factores de riesgo cardiovascular, es decir practicar la prevención primordial y crear intervenciones diseñadas para modificar los factores de riesgo cardiovascular con el fin de evitar el evento cardiovascular inicial⁶.

En el contexto local, los cardiólogos nos enfrentamos a un escenario que bien podría resumirse así:

1. Hábitos de vida que hacen a nuestras poblaciones susceptibles de enfermedades crónicas no transmisibles: alto consumo calórico que lleva a obesidad, penetración de la Internet y desplazamiento facilitado que trae como resultado el sedentarismo, así como consumo de cigarrillo y sustancias con gran capacidad de adicción.
2. Aumento de la diabetes tipo 2, secundaria a estos hábitos de vida.
3. Cambio de las tendencias demográficas, con un aumento significativo de la población mayor de 65 años.
4. Falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y a los hábitos de vida cardio-saludables.

Con base en el escenario anterior, el sistema de salud en Colombia ha venido evolucionando y ha comenzado a implementar una visión más integral y posiblemente más efectiva, en la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles, entre ellas la enfermedad cardiovascular y la diabetes, en la que se está planeando cómo mantener una adherencia al programa, creando pertenencia y brindándole más conocimiento de su propia enfermedad al paciente y lo que implica su propio cuidado.

Papel actual del cardiólogo en el reto que asume nuestro sistema de salud

El grupo de trabajo se compone generalmente de médico especialista que se acompaña de médico general experto, enfermera, sicóloga, química farmacéutica, nutricionista y programa de rehabilitación cardíaca. Con este grupo de trabajo, se reconoce la necesidad de trabajar con el conocimiento que está impartido por el cardiólogo y su médico general experto, asociado a un ambiente positivo generado por la visión de una salud cardiovascular positiva, que sale de la integración de una psicología positiva y una cardiología preventiva⁷.

En cuanto a la estrategia de adherencia, la cual es un punto primordial en la prevención secundaria como lo muestran en su artículo Freeman et al., donde impacta en un 80% los desenlaces finales de los pacientes postinfarto de miocardio, se debe mantener un mínimo de 40% a esta para retener

el impacto⁸, situación que está reforzada por la enfermera y la química farmacéutica del grupo.

Por su parte, el aspecto nutricional, según el Instituto Nacional para la excelencia en la salud y el cuidado (National Institute for Health and Care Excellence "NICE"), habla de cómo puede impactarse la mortalidad, ya que la enfermedad coronaria podría disminuir a la mitad con solo modestas reducciones en los factores de riesgo cardiovascular, dado que sugiere que al establecer ocho prioridades dietarias, también se podrían bajar a la mitad las muertes por enfermedad cardiovascular⁹, tornándose así en otro elemento fundamental en el manejo integral del paciente cardiovascular.

Así mismo, entra en el escenario el trabajo de rehabilitación y medicina del ejercicio, con la supervisión de médicos deportólogos, fisiatras y especialistas en el ejercicio, quienes plantean, con una base dilucidada en el trabajo del profesor Antikainen, recién revelada en el Congreso Europeo de cardiología, en Roma: *Leisure time physical activity reduces the risk of cardiovascular death and an acute CVD event also among older adults*, que la actividad física moderada reduce el riesgo de un evento cardiovascular en más del 30% y que los niveles altos de ejercicio pueden lograr mayores reducciones del riesgo¹⁰. Se conforma así de manera excepcional un grupo de trabajo, que logra impactar la enfermedad, a través del uso de recursos sencillos y costo-eficientes.

El cardiólogo como líder debe hacer parte de todo el proceso, administrar los recursos y orientar cada línea de atención, actividades para las cuales deberá conocer y comprometerse un poco más con los modelos integrales, retroalimentándolos positivamente y dirigiéndolos en pro de las instituciones prestadoras de salud, las instituciones administradoras de salud, el grupo de salud y el paciente.

Es un compromiso y prácticamente una obligación con el paciente, que el cardiólogo facilite e implemente este sistema con el objetivo de impartir un verdadero concepto de salud con el que se controle la enfermedad al ofrecer atención de salud básica y especializada, con un nivel de educación que se toma como prevención secundaria, en donde primordialmente se busca adherencia a la medicación y conservación de hábitos de vida sana a través de la prestación de soporte en ejercicio supervisado y de motivación a adquirir el hábito de asistir de forma frecuente al programa establecido, sin dejar de lado el acompañamiento de parte de su grupo familiar o cuidador primario, a quienes también se les educa, cerrándose así un ciclo completo, con un poco de prevención.

Todas estas acciones se miden con base en impactos inmensos en la morbilidad y mortalidad de los pacientes con enfermedad cardiovascular.

En síntesis, el cardiólogo clínico está llamado a la acción, como líder y poseedor de un conocimiento, y a crear un equipo de trabajo adecuado que comparta los mismos intereses.

Bibliografía

1. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the

- European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts). Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J*. 2016;37:2315–81.
- Porta MS, International Epidemiological Association, editores. *A dictionary of epidemiology*. 5th. ed. Oxford; New York: Oxford University Press; 2008.
 - Moran AE, Forouzanfar MH, Roth GA, Mensah GA, Ezzati M, Murray CJ, et al. Temporal trends in ischemic heart disease mortality in 21 world regions, 1980 to 2010: the Global Burden of Disease 2010 study. *Circulation*. 2014;129:1483–92.
 - Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*. 2011;377:557–67.
 - Pemberthy C, Jaramillo-Gómez N, Velásquez Mejía CA, Cardona-Vélez J, Contreras-Martínez H, Jaramillo-Restrepo V. Conceptos actuales sobre el envejecimiento y la enfermedad cardiovascular. *Rev Colomb Cardiol*. 2016;23:210–7.
 - Castellano JM, Penalvo JL, Bansilal S, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular en tres etapas de la vida: Nunca es demasiado pronto, nunca demasiado tarde. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:731–7.
 - Labarthe DR, Kubzansky LD, Boehm JK, Lloyd-Jones DM, Berry JD, Seligman MEP. Positive Cardiovascular Health. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68:860–7.
 - Bansilal S, Castellano JM, Garrido E, Wei HG, Freeman A, Spettell C, et al. Assessing the Impact of Medication Adherence on Long-Term Cardiovascular Outcomes. *J Am Coll Cardiol*. 2016;68:789–801.
 - Collins M, Mason H, O’Flaherty M, Guzman-Castillo M, Critchley J, Capewell S. An economic evaluation of salt reduction policies to reduce coronary heart disease in England: a policy modeling study. *Value Health*. 2014;17:517–24.
 - Barengo NC, Antikainen RL, Borodulin K, et al. Leisure time physical activity reduces the risk of cardiovascular death and an acute CVD event also among older adults. *European Society of Cardiology 2016 Congress*. Roma, Italia; 2016.