

Estrategias de control de enfermedades crónicas.

Estrategias de control de las enfermedades cardiovasculares crónicas

Introducción: El contexto

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en el mundo contemporáneo. El análisis de la realidad epidemiológica indica que ante el crecimiento de determinadas patologías, como la obesidad y la diabetes, la epidemia tiende a incrementarse.

Se trata de un grupo de patologías relacionadas claramente con los hábitos culturales e históricos (alimentación, sobrepeso, sedentarismo, tabaquismo), con las condiciones simbólicas de la existencia socialmente, conformadas (competitividad, condiciones de trabajo, inseguridad, estrés, etc.), con la genética, con la biología molecular y la bioquímica sanguínea (factores hereditarios, dislipidemias, trombogénesis, disfunción endotelial, HTA).

Los abordajes de un cuadro con las múltiples determinaciones que este exhibe no admiten las modelizaciones reduccionistas ni la superficialidad de los esquemas de causalidad lineal y determinista.

El reconocimiento de lo inacabado e incompleto de los saberes, su carácter provisorio y su replanteo crítico permanente están presentes en la descripción actual de los procesos aterogénicos y su continua transformación constituye la manifestación más rotunda de este fenómeno.

Los conceptos con los que la medicina construye su saber y de los cuales los médicos extraemos los criterios que guían nuestra praxis, lejos de ser una traducción genuina de lo real, sin interposiciones o mediaciones de ningún tipo, se encuentran profundamente insertos en la cultura de la que formamos parte, en los paradigmas históricos del tiempo que nos toca vivir, y responden a un modelo de racionalidad vigente. Toda situación médica implica una mediación, es decir, un nexo indisoluble con lo social.

El tipo de causalidad consagrado por nuestra cultura médica vigente como la única posible y la que detenta la exclusividad de los prestigios canónicos de la ciencia es aquella que recibe la legitimación social e histórica.

Estas situaciones en el campo del conocimiento se sustentan no

sólo en criterios de verdad o pertinencia de orden científico, sino en la hegemonía social que un discurso adquiere respecto de otros posibles.

Aun cuando secretamente perseguimos la quimera de estar dando cuenta de la realidad más desnuda y objetiva, ponemos en juego todo un arsenal de ideas que, a la vez que sustenta esta ilusión, oculta sus procedimientos bajo la fachada de la transparencia y la objetividad totales.

Una visión estrecha no sólo limita la capacidad de encontrar soluciones adecuadas, sino que hace imposible dar el paso previo fundamental y decisivo: Impide reconocer las problemáticas a consecuencia de una ceguera metodológica que recorta un campo de visibilidad y decibilidad arbitrariamente para luego, ocultando este detalle, exhibirse como sujeto de la visibilidad total.

El individuo en situación de enfermedad participa del principio de recursividad siendo, al mismo tiempo, producto y productor, rompiendo con la linealidad mecanicista de las causas y los efectos. El enfermo no es un ente aislado, sino que se encuentra en permanente intercambio con el ambiente del que forma parte. De manera hologramática: "La parte está en el todo, y el todo están en las partes".

Muchos autores han designado a esta situación con dos neologismos: Entrecruzamiento del "genoma" y el "ambióma" para dar cuenta de los múltiples factores que modelan el devenir de lo humano.

"Nadie está al mando. Si los genes pueden afectar la conducta y la conducta puede afectar a los genes, entonces la casualidad es circular"

Dr. Carlos A. Soria



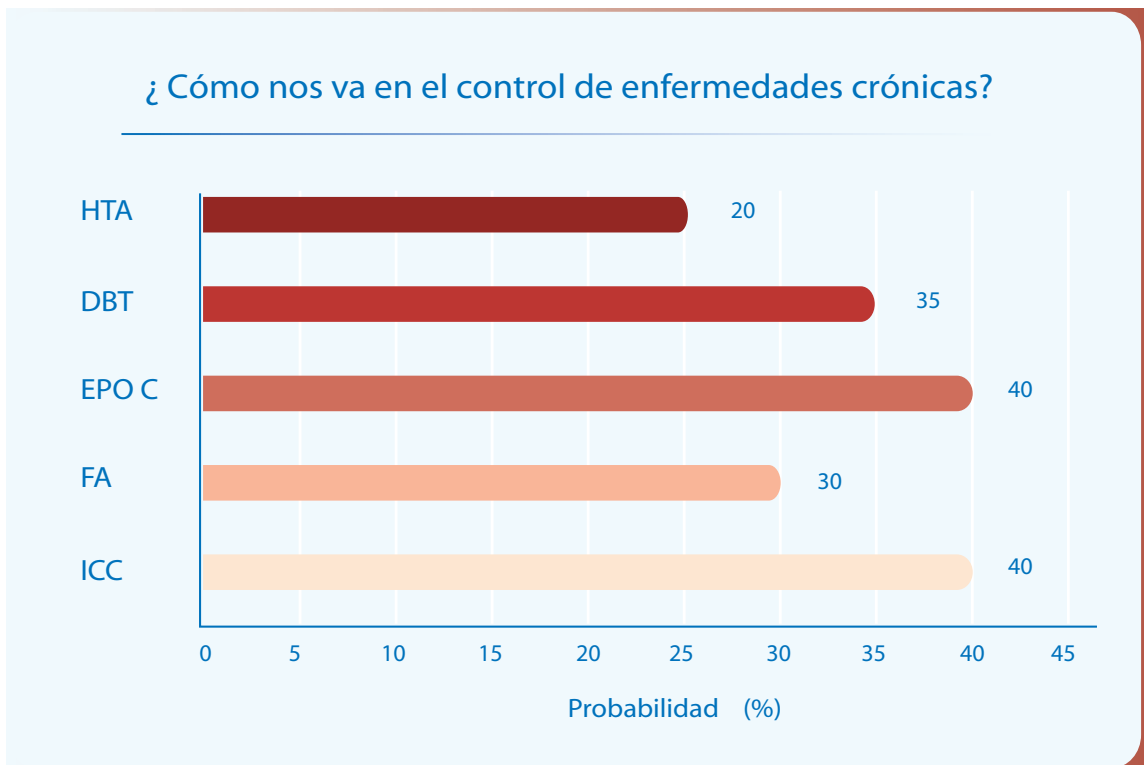
Del mismo modo que cada persona constituye una unidad de la sociedad de la que forma parte, este "cuerpo social" se encuentra inscripto en cada individuo de manera profunda e indeleble a través de esa herencia extrasomática constituida por las marcas culturales, cuya impronta modula y condiciona todos los hechos de la vida humana.

La enfermedad no podía permanecer ajena a esta característica, pese a los intentos del modelo médico hegemónico de reducirla a un fenómeno estrictamente biológico dotado de una ontología propia y omniexplicativa.

Los hechos: ¿Cómo nos va en el control de las enfermedades crónicas?

Las estadísticas que dan cuenta de las tasas de control de las patologías crónicas de mayor prevalencia o de sus factores de riesgo no resultan muy alentadoras.

En general, el control de enfermedades como la diabetes, hipertensión arterial, obesidad, insuficiencia cardíaca o dislipidemias está muy lejos de las metas propuestas por las recomendaciones de los expertos internacionales.



Altherotrombosis includes coronary heart disease and stroke.

1. American Heart Association. 2002 Heart Stroke Statistical Update. AHA, 2002

2. US Decennial Life Table for 1989 - 91 1999: (14)

En ciertos casos específicos, como el de la hipertensión arterial, la baja tasa de control satisfactorio es una realidad mundial. El fracaso en el logro de las metas parece afectar a los más diversos países por encima de sus características sociales y económicas, o de acceso a la medicación.

Las predicciones epidemiológicas para el siglo XXI resultan alarmantes en términos de expansión de la población afectada, lo que permite vislumbrar un preocupante panorama para el futuro inmediato.

La diabetes constituye un caso paradigmático de esta situación.

Las causas: ¿Por qué nos va como nos va en enfermedades crónicas?

Los motivos capaces de generar esta realidad son numerosos y de diverso tipo: económicos, sociales, culturales, asistenciales, educativos, etc.

Sin desconocer la naturaleza múltiple en determinaciones que la realidad epidemiológica actual registra, es nuestro propósito analizar de manera específica algunas de ellas.

Las patologías de mayor prevalencia y con perspectivas de crecimiento más acelerado son enfermedades de naturaleza crónica. Merece destacarse que las características propias de este tipo de cuadros los diferencian notablemente de las patologías agudas. Esta distinción delimita dos campos con perspectivas y abordajes diferentes que requieren de un aparato conceptual propio y raramente intercambiable.

La aplicación automática de criterios tradicionalmente muy eficaces en el terreno de las enfermedades agudas produce escasos o ningún resultado cuando son aplicados en el ámbito de las enfermedades crónicas.

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 para tener en cuenta a la hora de analizar algunas de las razones de nuestros fracasos.

Esta situación se vincula a los modos en que las diversas patologías son representadas por el médico, y a menudo también por el paciente, y con el tipo de prácticas que de ellas se derivan.

“ Nuestros modelos mentales no sólo determinan el modo de interpretar el mundo, sino de modo de actuar en él”.

H. Gardner

Los rasgos sobresalientes de cada tipología de enfermedad son:

Diferencias entre enfermedades Agudas y Crónicas	
Enfermedad Aguda	Enfermedad Crónica
Episódica	Continua
Paciente inexperto	Paciente experto
Paciente pasivo	Paciente activo
Médico ordena	Médico educa
Habitualmente se cura	Habitualmente no se cura
Retorna a la normalidad	No retorna a la normalidad
Guiada por parámetros simples y numéricos	Guiada por parámetros complejos y cuantitativos

Podría ser una propuesta estimulante pensar si nuestros patrones de acción, si los modelos que guían nuestra práctica, no constituyen uno más de los elementos que fundan nuestro fracaso.

No resulta difícil advertir que la formación profesional del médico se sustenta en un esquema educativo que, salvo excepciones, fue diseñado para un momento histórico donde las enfermedades agudas eran el mayor motivo de preocupación social.

Las transformaciones de la epidemiología han resultado mucho más vertiginosas que las de los modelos pedagógicos y los planes de estudios universitarios.

El modelo de práctica médica tradicional ha resultado notablemente eficaz y operativo durante mucho tiempo. Las matrices conceptuales que lo fundan se transmiten de generación en generación de manera muchas veces explícita, pero otras veces lo hace a través del llamado currículum oculto. Los modelos y los patrones de práctica profesional son incorporados de modo no consciente, y se adoptan sin someterlos a la crítica o sin contrastarlos con los resultados. Lo establecido por la tradición y el consenso no es percibido como objeto de reflexión, y sus supuestos permanecen invisibles bajo lo aparentemente natural.

Un modelo establece patrones que filtran los datos que cobran significado y organiza las acciones concretas que estos significados producen.

- ❖ ¿Qué significa una formación centrada en el paciente hospitalizado que prepara profesionales que actuarán con pacientes predominantemente ambulatorios?
- ❖ ¿Cómo adaptar una educación orientada a las intervenciones transversales y centradas en la función del médico para una práctica que demanda acciones longitudinales y centradas en el paciente como artífice y responsable de su autocuidado?
- ❖ ¿Cómo articular una experiencia educativa orientada a obtener resultados inmediatos con una práctica profesional capaz de vislumbrar resultados alejados en el tiempo?

Modelos mentales y prácticas profesionales:

“ Nuestras teorías determinan lo que medimos”.

Albert Einstein



Los modelos mentales son un conjunto de disposiciones que, de manera activa y concreta, son capaces de modelar la conducta. Constituyen las herramientas básicas por medio de las cuales nos apropiamos de la realidad. Son las coordenadas que delimitan el campo de lo visible y lo decible.

Las observaciones que los hombres hacemos sobre lo real son siempre selectivas, incluso en el interior del campo presuntamente "objetivo" de las ciencias.

Estos modelos ejercen una influencia determinante en la percepción recortando selectivamente las observaciones y asignándoles un sentido específico.

" El problema de los modelos mentales no radica en que sean atinados o erróneos. Por definición, todos los modelos son simplificaciones. El problema surge cuando son tácitos, cuando existen por debajo del nivel de la conciencia".

Echeverría

Las prácticas médicas se arraigan profundamente en modelizaciones que generan representaciones de la enfermedad y criterios de acción. Frente a una realidad cambiante, la escasa plasticidad adaptativa de estos modelos puede constituirse en barrera para el aprendizaje. Mientras esta situación permanezca en el anonimato de lo inconsciente, mientras su poderosa influencia no sea sacada a la superficie, su poder se convertirá en una barrera para los cambios que las nuevas condiciones de un mundo cambiante exigen.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son el nuevo escenario de la práctica profesional en el siglo XXI. Existe, por lo tanto, una urgente necesidad de desnudar las contradicciones internas de nuestros supuestos básicos y de elaborar, desde allí, estrategias adaptadas a las nuevas realidades.

En ocasiones, esta tarea es capaz de poner de manifiesto que algunos de esos supuestos resultan insostenibles en el momento actual.

En el ámbito de las enfermedades cardiovasculares, el reconocimiento de la enfermedad como tal y del momento oportuno para las conductas proactivas del médico constituye un momento clave.

¿Dónde está la enfermedad? ¿Dónde comienza

aquello que reconozco como tal?

La percepción de la enfermedad queda delimitada por nuestros esquemas y teorías, que permiten conformar verdaderas distinciones capaces de ser reconocidas como tales.

Allí donde la enfermedad es identificada, mi intervención es reclamada. Aquello que veo y nombro como tal es lo que convoca mi intervención.

Una formación que descansa predominantemente en la práctica hospitalaria, orientada al reconocimiento de los signos evidentes de enfermedad y a las intervenciones a corto plazo es probable que tenga dificultades para orientarse en un escenario de patologías silentes y con intervenciones destinadas a producir resultados muy alejados.

El período de capacitación que, ignorando muchas veces el mundo real, se focaliza en determinado estilo de práctica profesional genera patrones que se reproducen con independencia de las mutaciones que la historia imprime al ámbito de la acción médica.

Sin un replanteo teórico acerca de la noción misma de enfermedad, quedamos condenados a la intervención tardía y a los resultados desalentadores que hoy logramos.

No resulta suficiente aquello que se dice en el terreno de los discursos mientras no se transforme en base para lo que se hace en el terreno de la práctica.

Seguramente, nadie dudaría en responder que la prevención de los episodios CV mayores es un imperativo, pero los resultados indican que las modalidades actuales de intervención no resultan suficientes.

Los modelos mentales generan una inercia capaz de sofocar las mejores intenciones.

El caso de la enfermedad coronaria puede constituirse en ejemplo paradigmático de esta situación. El momento a partir del cual una persona es identificada como "enfermo coronario" indica generalmente el comienzo de las intervenciones enérgicas.

Esta identificación obedece a estándares culturales compartidos por médicos y pacientes, que en general se conforman sobre la base de las manifestaciones tardías de la enfermedad, cuando las posibilidades de prevención ya se encuentran seriamente limitadas.

Ese momento crucial a partir del cual se identifica al enfermo constituye una verdadera distinción, un campo de designación lingüística que produce representaciones y genera prácticas en consecuencia.

Pese a que resulta ampliamente conocido el prolongado período de profundas alteraciones estructurales y funcionales coronarias que antecede las manifestaciones clínicas mayores,



funciona en los hechos una distinción que sólo reconoce como enfermedad, y por lo tanto actúa con la energía requerida, la etapa de accidentes coronarios graves.

En el interior de un paradigma de pensamiento, aquellos datos de la realidad que no coinciden con nuestros modelos previos se vuelven invisibles, no los vemos o no los registramos como significativos. Esta operación ocurre, incluso, cuando las personas podamos comprender y hasta coincidir con la necesidad de modificarlos.

¿Carecemos de las herramientas para un adecuado control de las enfermedades CV?

El problema de la eficacia: los impresionantes avances en el terreno de la farmacología molecular y clínica de las últimas décadas han aportado un conjunto de recursos terapéuticos de alta eficacia y gran seguridad. El número de moléculas activas no cesa de incrementarse pese a que esto no se traduzca completamente en las tasas de control de las patologías crónicas más frecuentes.

Una extensa población del planeta no logra acceder a estos recursos por dramáticas situaciones sociales y económicas que las marginan, entre otras cosas, del acceso a la salud. Por otro lado, en las regiones más favorecidas y con acceso a los recursos de salud garantizados tampoco se alcanzan los estándares previstos.

La investigación clínica produce centenares de trabajos que atestiguan la eficacia de las drogas y la seguridad de su uso superando los más rigurosos controles.

Todo parece indicar que los médicos disponemos de una serie de herramientas con alta potencia y suficientemente seguras para implementar estrategias de tratamiento y de control con mejores resultados. Los recursos farmacológicos se agregan al eje central de la intervención que se sustenta en los cambios del estilo de vida.

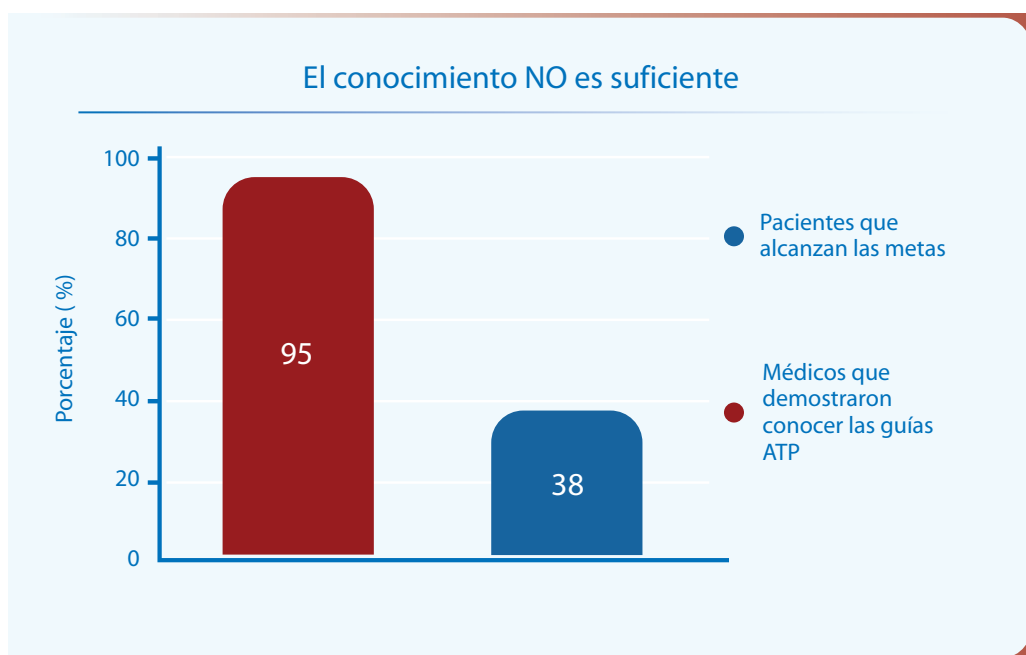
¿Cuáles serán las razones de la preocupante situación en enfermedades CV?

Frecuentemente, se apela a explicaciones basadas en datos reales como: subprescripción, subdosificación, falta de adherencia, etc.

Estas condiciones se registran en los más diversos escenarios y constituyen el llamado gap o brecha entre lo que la investigación aporta y lo que la práctica concreta hace.

El caso de los tratamientos para la insuficiencia cardíaca es un ejemplo de la situación descrita:

Otros ámbitos exhiben similares realidades, donde lo que se conoce dista notablemente de lo que se logra, de lo que se hace. El caso de las dislipidemias es otro ejemplo:



NCEP, National cholesterol Education Program. Pearson TA, et al. Arch Intern Med. 2000; 160: 459 - 467



¿Carecemos de los modelos de pensamiento capaces de implementar los recursos?

El problema de la eficiencia: La capacidad de trasladar los resultados de la investigación a la práctica define la eficiencia. Este paso, que media entre la eficacia conocida de un instrumento y la eficiencia de su aplicación, es menos sencillo y automático de lo que una visión reduccionista podría imaginar.

Los recursos se implementan y se organizan sobre la base de modelos asistenciales y esquemas cognitivos que determinan el momento y la circunstancia en que deberían ser empleados.

Las más importantes organizaciones internacionales han convocado esfuerzos para reflexionar y unir voluntades tendientes a suturar esta dramática distancia, donde muchas personas quedan atrapadas y pierden la oportunidad de prevenir graves enfermedades.

Cruzar la brecha entre el conocimiento disponible y su implementación efectiva requiere no sólo de acceso a los recursos, sino también de transformaciones en los modelos de pensamiento que guían las acciones sobre la enfermedad.

¿Percibimos el problema tal como es?

El problema de la percepción: es indudable que conocemos los pobres resultados de las intervenciones, la eficacia de las herramientas disponibles y la diferencia que existe entre unas y otras.

Pero: ¿Será esto suficiente? ¿Habrá una porción del problema menos visible, pero no menos determinante? ¿Qué condiciona nuestra mirada y nuestra interpretación?

Ese dispositivo que organiza nuestras observaciones ha sido llamado paradigma por Thomas Khun. Todos estamos insertos en un paradigma, todas nuestras interpretaciones de la realidad están sujetas a las coordenadas que este determina.

“ Los paradigmas filtran y seleccionan nuestras experiencias, tomamos aquellos datos que mejor se acomodan a nuestras normas y reglamentos previos tratando de ignorar el resto”.

Joel Barker

Un paradigma determina qué queda incluido en la observación y qué queda excluido de ella.

Actualmente, existen investigaciones que dan cuenta del fundamento biológico de este modo de operar sobre la realidad.

“ Nosotros tendemos a vivir en un mundo de certidumbre, de solidez perceptual, donde nuestras convicciones prueban que las cosas sólo son de la manera en que las vemos y que lo que nos parece cierto no puede tener otra alternativa”.

Humberto Maturana

¿Qué quedará fuera de la observación de la baja tasa de control en enfermedades CV?

El intento de modificar la perspectiva e inaugurar puntos de vista diversos podría aportar la cuota de creatividad e innovación que el encierro metodológico no admite.

Es probable que la estructura asistencial tradicional de la visita en consultorio (estrategia de bajo contacto) no resulte la más apropiada para este tipo de enfermedades.

Otras propuestas que modifiquen los modos de interacción entre el equipo de salud y los pacientes generan nuevas instancias para el abordaje de esta problemática.

Los grupos transdisciplinarios y las estructuras de encuentro regular y sistemático (estrategias de alto contacto) ofrecen bases más propicias para el logro de cambios definitivos. El contacto sostenido, y no el episódico y fugaz, es una alternativa posible.

Las experiencias en grupos de rehabilitación cardiovascular con equipos integrados de profesionales de disciplinas diversas, pacientes y familiares resultan ejemplos alentadores. En ámbitos de alto contacto, la adherencia a los tratamientos y las transformaciones conductuales son posibles, y las pérdidas de seguimiento o recaídas son monitoreadas y rectificadas permanentemente.

Las enfermedades agudas, habitualmente manejadas en ámbito de internación, encuentran a un paciente que pasa el 90% del tiempo de enfermedad en contacto con el médico.

Las enfermedades crónicas, por el contrario, encuentran a un paciente que pasa el 90% del tiempo de enfermedad sin contacto con el médico.

Las estrategias para obtener intervenciones efectivas deberían contemplar al menos dos puntos básicos fundamentales:

- ❖ Extender el tiempo de contacto entre paciente y equipo de salud.
- ❖ Habilitar al paciente para ejercer el autocuidado y el auto-



monitoreo.

La estructura tradicional de la visita al consultorio se presenta como un escenario insuficiente para el logro de los objetivos que estas enfermedades demandan.

La tradición y los modelos heredados del ejercicio de la medicina constituyen una barrera para imaginar otros escenarios posibles. El encuentro entre médicos y equipo de salud no tiene obligación de restringirse a una forma particular, más bien tiene la imperiosa necesidad de encontrar alternativas que respondan a los nuevos rostros de la enfermedad.

Referencias Bibliográficas:

1- American Heart Statistics, 2002 Us decenal life tables 1989-91

2 - National Cholesterol Education Program, NIH, USA

3- From News to Everyday Use, Karin Guldbrandsson, Swedish National Institute of Public Health

4- Chronic Diseases in Low and Middle Income Countries, WHO. www.who.int/chp

Arch Intern Med. 2008;168(10):1049-1054

Acute Coronary Syndrome. What Do Patients Know?

Kathleen Dracup, DNSc; Sharon McKinley, RN, PhD; Lynn V. Doering, RN, DNSc; Barbara Riegel, RN, DNSc; Hendrika Meischke, PhD; Debra K. Moser, RN, DNSc; Michele Pelter, RN, PhD; Beverly Carlson, RN, MS; Leanne Aitken, RN, PhD; Andrea Marshall, RN, MS; Rebecca Cross, RN, PhD; Steven M. Paul, PhD

5- Adherence to prescribed antihypertensive drug. Compiled dosing histories treatments: longitudinal study of electronically BMJ 2008;336;1114-1117; originally published online 14 May 2008; Burnier Bernard Vrijens, Gábor Vincze, Paulus Kristanto, John Urquhart and Michel

