

¿Cómo mantener un estilo de vida cardiosaludable?.

Dr. Ignacio Sainz. Cardiólogo. *Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. Centro de Rehabilitación Cardíaca. Sevilla.*

Las razones de nuestros problemas.

La investigación científica en la Salud aporta cada vez más datos de cuál es nuestro origen y qué modificaciones en nuestra manera de vivir se han hecho a lo largo de los siglos. Esto ha llevado a repercutir en la aparición de las enfermedades y progreso de la curación de ellas.

Un artículo reciente de prensa del paleontólogo y director de las investigaciones del yacimiento de Atapuerca Juan Luis Arsuaga se titulaba “Estamos diseñados para vivir en la Prehistoria”.

Hace un comentario sobre las costumbres de los homínidos desde la prehistoria hasta nuestros días, ya que no le ve sentido a la investigación y al estudio antropológico si no es para reflejar sus hallazgos en el hombre de hoy. Nuestros genes son los mismos y no les ha dado tiempo a evolucionar. Para ellos un millón de años es poco tiempo para el cambio.

Estudian la alimentación de nuestros antepasados. Los azúcares y las grasas los descubrió el homínido en la Naturaleza. Probablemente en épocas de hambruna. Cuando los descubre en la Naturaleza ve que le permitía tomarlos y tener energía para seguir caminando durante una semana detrás de un animal para cazarlo y comerlo. De él obtendría mayor energía para dedicar tiempo a otras actividades, que desarrollaran el comportamiento intelectual de los sujetos.

Pero el problema surge cuando tenemos esos azúcares y grasas a solo unos metros, en los tarros de nuestra cocina, sin necesidad de gastar calorías para conseguirlos, como ocurre en la actualidad. Sin embargo al hombre de hoy le atraen los sabores dulces y grasos. Nosotros diríamos en Andalucía que algo está “sabroso” si tiene la cantidad de sal y grasa esperada por el comensal. Tenemos un instinto que dice “Come toda la grasa que puedas, toma todo lo dulce que puedas que mañana no sabemos si comerás” como dice Arsuaga.

La evolución de la Humanidad ha sido demasiado rápida para que nuestros genes se adapten produciéndose un conflicto entre ellos, nuestras adaptaciones y nuestras circunstancias actuales.

Las teorías de la obesidad refrendan estas afirmaciones. Existe una denominada del “gen ahorrador”. Formulada en 1963 por el genetista y diabetólogo J. V. Neel como del “thrifty gene” y revisada por él mismo en 1998 (1).

La base fundamental de la hipótesis fue que, en nuestra historia evolutiva, los genes, que promueven la deposición de grasa en los tejidos del ser humano habrían sido ventajosos porque permitían a sus portadores sobrevivir en períodos de hambruna. En la sociedad moderna, dichos genes no aportan la ventaja en la supervivencia, debido a que promuevan la deposición de grasa y la obesidad puesto que no se produce el periodo de hambruna que nunca llega. El resultado es obesidad y la diabetes, que se convierten en factores de riesgo de enfermedades.

Esta apoyaría el comentario del Juan Luis Arsuaga, Premio Príncipe de Asturias en 1997.

Así mismo en los estudios de grupos de investigadores de los beneficios del ejercicio físico con amplia experiencia y publicaciones en este tema como los de la Universidad de Leipzig, hacen referencia al desfase entre evolución de nuestra especie y hábitos que han cambiado a lo largo de los siglos. (2)

Si bien aportaban una ventaja en épocas pasadas pues permitía la supervivencia, el acumulo de esta grasa que no se metabolizaría en la actualidad nos perjudica. En diferencia al pasado, hoy la media de los seres humanos sobrevive muchos mas años que en las etapas prehistóricas, que con dificultad llegaba a los 40 años. La digestión y el almacenamiento de la grasa conllevan con la prolongación de la vida a alteraciones de grasas y glúcidos que con el deterioro propio de la edad de los órganos provoca las enfermedades cardiovasculares por depósito de lípidos que padecemos.

Estilo de vida cardiosaludable.

La consideración de conductas cardiosaludables se ha acuñado en el siglo pasado. Se basa en la identificación por epidemiología de aquellos sujetos o poblaciones de menor incidencia de las cardiopatías principalmente isquémicas y enfermedades cardiovasculares en general.

También en el siglo pasado se ha medido el peso de cada uno de los factores de riesgo tradicionales: edad, antecedentes familiares, hipertensión, hiperlipemia, tabaquismo, obesidad, sedentarismo y diabetes.

Sin embargo se asociaron hasta 240 factores de riesgo que finalmente no han demostrado su trascendencia.

Solamente los 8 principales reseñados antes han mostrado importancia. Pero entre ellos hay que destacar que hay una diferencia en el peso específico de cada uno.

Hablemos principalmente de la diabetes. Desde los estudios del profesor Haffner publicados en 1990 se conoce este fenómeno. En ellos se mostraban como el pronóstico del diabético sin enfermedad coronaria era el mismo que aquel sujeto que tenía ya un infarto de miocardio. El paciente diabético pasó de estar en el campo de la prevención primaria a la prevención secundaria. (3)

El resto de los factores de riesgo cardiovascular se ha tratado con fármacos con diverso éxito, pero la obesidad y su consecuencia la diabetes tipo 2, principalmente, requieren de conductas preventivas que dependen en gran medida de la voluntad del sujeto. Estos son los factores de riesgo que mayor dificultad y tasa de éxito se obtienen. Este fracaso se observa aún con mayor medida en estudios de prevención primaria, ya que no existe el temor a tener un evento como pasa en la prevención secundaria que ya se ha padecido.

Por el conocimiento que se tiene de todo ello se traza lo que sería un perfil de menor riesgo vascular que denominaríamos estilo de vida cardiosaludable.

Las distintas guías nos orientan sobre el perfil de bajo riesgo (4). Aquí se expresan las últimas editadas por la Revista Española de Cardiología, que están más adaptadas a nuestras poblaciones, probablemente ya las habremos comentado en el curso.

1. Asistir a los individuos con bajo riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) para mantenerlos en ese estado durante toda la vida y ayudar a reducirlo a quienes tienen un riesgo total de ECV aumentado.

2. Alcanzar las características de las personas que tienden a mantenerse sanas:

2.1. No fumar

2.2. Elección de alimentos saludables

2.3. Actividad física: 30 minutos de actividad moderada al día

2.4. IMC < 25 kg/m² y evitar la obesidad central

2.5. PA < 140/90 mmHg

2.6. Colesterol total < 5 mmol/l (~ 190 mg/dl)

2.7. cLDL < 3 mmol/l (~ 115 mg/dl)

2.8. Glucosa sanguínea < 6 mmol/l (~ 110 mg/dl)

3. Conseguir un control más riguroso de los factores de riesgo en personas con alto riesgo, sobre todo en los que tienen ECV establecida o diabetes:

3.1. Presión arterial < 130/80 mmHg cuando sea factible

3.2. Colesterol total < 4,5 mmol/l (~175 mg/dl) con opción de < 4 mmol/l (~ 155 mg/dl) si es factible

3.3. cLDL < 2,5 mmol/l (~ 100 mg/dl) con opción de < 2 mmol/l (~ 80 mg/dl) si es factible.

3.4. Glucosa sanguínea < 6 mmol/l (~ 110 mg/dl) y glucohemoglobina (HbA1c) < 6,5% si es factible.

4. Considerar tratamiento farmacológico cardioprotector para los individuos con alto riesgo, sobre todo cuando haya ECV aterosclerótica establecida.

Actualmente se ha considerado también el perímetro de cintura que sea de 80-88 cm en mujeres y 94-102 cm en varones. Recomendar perder peso cuando el perímetro de cintura es \geq 88 cm en mujeres y \geq 102 cm en varones (cifras para asiáticos de 90 cm el varón y 80 cm la mujer que actualmente hay poblaciones importantes en nuestro país).

Problemas en la consecución de una buena prevención primaria y secundaria.

Los tres puntos fundamentales a considerar son: el paciente, el médico y el cardiólogo (5).

1. Obstáculos para el paciente:

1.1 Información sobre la enfermedad y modificación del riesgo.

Desgraciadamente en las consultas postinfarto se detecta una falta de conocimientos del paciente sobre su proceso y la importancia de la modificación de los factores de riesgo cardiovascular (FRC). En cuanto al tabaquismo, se ha comprobado que en algunas ocasiones los pacientes han salido del hospital sin ningún consejo o comentario para abandonar el hábito. También se ha encontrado que el momento de mayor éxito es el inmediato al episodio (6), dado el impacto emocional que el paciente ha recibido. Los índices de abandono son de entre el 50 y el 70%. Esta última cifra se consigue con los pacientes que reciben información discreta pero específica (7), incluyendo el seguimiento telefónico. Cuatro teorías se postulan en el cambio de comportamiento (8):

- Teoría del procesamiento de la información al consumidor. Afirma que la información es necesaria para la toma de decisiones racionales y es fundamental en la conducta humana. Sin embargo, siendo necesaria, no es suficiente para la modificación de la conducta. Un 87% de los fumadores comprende que el tabaco es nocivo para la salud (9) pero continúa fumando. Como intervención se debe poner la información a la altura de la comprensión del paciente, y ya sólo faltará la motivación, la habilidad, el apoyo ambiental o los recursos necesarios para la eliminación de la conducta indeseable.
- Teoría del aprendizaje social. Se basa en el concepto de que la mayoría de las conductas son aprendidas y, por tanto, pueden desaprenderse (10) (Tabla 1).
- Modelo de creencia en la salud. Se centra en las variables cognitivas y de actitud como forma de comprender la motivación de un paciente y la probabilidad de que cumpla una pauta médica completa o ponga en práctica un cambio en conducta de salud (11).
- Modelo de cambios por estadios. Facilita el establecimiento de unas expectativas más razonables respecto a lo que pueda conseguir un paciente en un momento. El dejar de fumar puede servir de ejemplo. Requiere de 3 a 4 intentos y de 5 a 10 años. Las fases del cambio de conducta son: a) precontemplación (sin considerar aún el cambio). b) contemplación, pensando y haciendo planes para cambiar la citada conducta.
c) acción, cambio de la conducta.
d) mantenimiento de la conducta modificada, necesita al menos un tiempo de 6 meses.
- Autotratamiento conductual. Requiere que el individuo sea consciente de que la conducta no es fenómeno arbitrario, sino que se produce a causa de unos antecedentes o factores identificables. El registro conductual es el resumen de la conducta, sus desencadenantes y consecuencias. Un paso intermedio es el moldeado, que consiste en establecer unos objetivos realistas, pequeños y alcanzables, como paso intermedio para el cambio conductual final.

1.2 Nivel de comprensión.

La información transmitida puede no llegar al paciente sino está adaptada a su lenguaje escrito. Incluso puede ocurrir que haya problemas de comprensión escrita al enfrentarnos con alfabetismo funcional, que según datos propios, y teniendo en cuenta la población entre 65 y 85 años, llega al 30% (sujetos que saben escasamente rubricar documentos y nunca han precisado de otros conocimientos). En muchas ocasiones esto no se refleja en la historia clínica y no es conocido por los profesionales sanitarios a la hora de proporcionar información o folletos explicativos.

Cuando se presenta una enfermedad, estos pacientes se enfrentan ante problemas de tener que interpretar textos en folletos o charlas que les proporcionamos.

1.3 Modelos de conciencia de la salud.

Sujetos que pertenecen a otras culturas o minorías étnicas no perciben la salud y la medicina científica como lo hace la cultura occidental. Las medidas preventivas no llegan a calar en ellos y a veces creencias mágicas las sustituyen e impiden el éxito de la corrección de los FRC.

1.4 Grupos y red social de apoyo.

El ambiente social: los amigos, los compañeros de trabajo y la familia pueden ayudar o aportar recursos que lleven al fracaso o consecución de objetivos de la PS. Puede tomar apoyo en compañeros que fuman, la esposa u otros familiares. Un aspecto positivo de los PRC está en la terapia de grupo y el apoyo que se realiza entre los pacientes que han padecido un infarto de miocardio.

La corrección del sedentarismo dista mucho de evitarse si los programas de ejercicio son individuales comparados con los ejercicios en grupo de pacientes rehabilitados. El mismo compromiso de acudir a un centro de rehabilitación, la predisposición que el grupo representa debe aprovecharse.

Al establecer un programa de PRC en un área debemos tener en cuenta las condiciones particulares de los grupos sociales que existen en esa comunidad. Si este análisis no se hace, el éxito del programa es escaso, dado que estos grupos sociales, religiosos o étnicos tienen gran importancia en la aceptación de las medidas preventivas.

1.5 Establecer evaluaciones periódicas de los conocimientos de los pacientes.

Averiguar el grado de información que los pacientes han procesado y su cumplimiento.

1.6 Financiación.

Las medidas preventivas, como la dieta, pueden fracasar si pedimos un consumo de alimentos que graven la economía familiar. Asimismo, los fármacos empleados en la hipertensión y la

hipercolesterolemia tienen un coste que hay que tener en cuenta si los sujetos y sus familias están dispuestos a sufragarlos de una manera continuada.

En aquellos pacientes con hipercolesterinemia de origen genético hay posibilidades de rebajar el precio de los hipolipemiantes en los sujetos que pagan los fármacos en la modalidad de aportación reducida, contemplada en el Servicio Nacional de Salud.

Otras medidas de PS, como el ejercicio o abstención del tabaco, serán más fáciles, puesto que pueden suponer un ahorro para los sujetos. Sin embargo, en el tabaquismo hay que valorar la circunstancia de que los medicamentos indicados para su tratamiento no son abonados por el Sistema Sanitario. No obstante, esto se puede reconducir, ya que resultan más baratos que la compra de cajetillas de tabaco.

2. Obstáculos para el médico

Los médicos que se preocupan por los cambios de estilo de vida de los pacientes han demostrado que pueden influir significativamente en sus acciones para alterar las conductas, como el tabaquismo, la dieta cardiosaludable y el cumplimiento de las pautas prescritas (12).

Los obstáculos para la actuación del médico son múltiples y pueden ser particulares. Se muestran en la tabla 2.

1. Poca confianza en la actuación y creencia en que ésta no es eficaz. Las medidas más simples de abandono del tabaco son muy rentables, económicamente eficaces. El llamado consejo de los 3 min con un folleto consigue muy buenos resultados (Ockene, Quirk). En el caso de la dieta hipolipemiente, un consejo a los pacientes que consiga reducir el valor de colesterol en un 10% conducirá a una disminución del riesgo del 20%, que en la población de Estados Unidos puede representar 100.000 vidas salvadas.
2. Los médicos creen que tienen poco conocimiento en estas áreas del comportamiento y su formación no es adecuada. Programas cortos para residentes de medicina de familia o medicina interna, de hasta 3 horas, pueden ser suficientes (13). Los medios audiovisuales son de gran ayuda.
3. Los médicos creen que la prevención no forma parte de su trabajo. Sin embargo, los pacientes consideran que el médico es la fuente más fiable de información y consejo sobre la salud (13). El consejo médico tiene éxito en el abandono del tabaco.
4. El tiempo es corto y las medidas sobre los FRC no son urgentes en la presión asistencial. Por lo explicado anteriormente, es necesario que los sistemas sanitarios faciliten estos servicios y el tiempo necesario para su aplicación.
5. Los médicos creen que los pacientes no desean que se pregunten por la modificación de los factores de riesgo. Evitan los temas relacionados con hábitos poco saludables. Las campañas de concienciación del personal sanitario tienen proyección sobre los pacientes cuando se enfoca en una perspectiva de colectivo, quizá desde un único

individuo. La información sobre los nuevos avances en los tratamientos y sobre los mecanismos de los FRC que se pueden aportar a los pacientes es agradecida por el sujeto. La introducción de nuevos fármacos para la dependencia tabáquica es agradecida de aplicar dada las mayores tasas de éxito en el abandono. Por otro lado, los pacientes no desean que se les remita a otros centros o unidades para este consejo (14).

6. Cuando los médicos hablan a los pacientes sobre la prevención pueden tener la sensación de que la mayoría de los pacientes no seguirán su consejo. Además el tiempo escaso de las consultas y en muchas ocasiones la vuelta del paciente sin conseguir los objetivos de prevención es descorazonador.

3. Obstáculos para los cardiólogos.

El hecho de la naturaleza multifactorial de la aterosclerosis requiere conocimientos en áreas tan dispares como hipertensión, lípidos, nutrición, ejercicio físico, obesidad; que además de la cardiología diaria requiere estar actualizado permanentemente (15). Parece que los internistas y médicos de familia son más receptivos para seguir cursos de asesoramiento y prevención. Esto debe cambiar, y los cardiólogos son los primeros que deben seguir las pautas y aspectos de la prevención primaria y secundaria (PS).

4. Obstáculos del sistema.

La creciente demanda de atención cardiológica de las poblaciones ancianas, la presión doble de las pruebas invasivas y de trazados gráficos, y a su vez la masificación de las consultas, hacen que se relegue a un segundo plano la PS. Pocas personas que no hayan visto de cerca el trabajo de los médicos en los hospitales o las consultas pueden comprenderlo. Los pasos para una reducción de lípidos por la dieta serían (16):

1. Aconsejar una reducción de las grasas en la dieta. Hacer una correlación entre la enfermedad coronaria, la dieta y “su colesterol”.
2. Valoración. Experiencia previa y encuesta dietética con repaso de la dieta consumida en los últimos días.
3. Detectar las principales comidas con exceso de grasas.
4. Negociar un plan. Plantear un objetivo dietético y de valores de colesterol. Estar preparado para tratar los problemas y preguntas inesperadas.
5. Establecer un sistema de seguimiento con el valor objetivo, por ejemplo, entre un 75 y un 90% del valor de las lipoproteínas de baja densidad actual. Si no se consiguen cifras menores del 90% de lipoproteínas de baja densidad enviar al dietista.

Como hemos comentado en la actuación del médico general, ocurre que las organizaciones donde trabajamos no consideran ni valoran adecuadamente la PS. Tenemos que aprovechar

la corriente actual hacia los servicios de prevención para captar recursos que den la posibilidad de establecerla.

Tabla 1. Factores determinantes múltiples o interactivos de la conducta de salud.

1. Características personales:

Demografía

Personalidad

Educación/información:

- Disponibilidad
- Creencia en su utilidad
- Deseada por el consumidor

Cogniciones (pensamientos, creencias, temores):

- Creencia en la vulnerabilidad personal y riesgos percibidos de la conducta
- Creencia en la capacidad de modificación de la conducta
- Creencia en que el cambio de la conducta reducirá el riesgo
- Creencia en que los beneficios del cambio superan los costes

Habilidades:

- Habilidad de autotratamiento
- Habilidad de reducción de estrés

Fase de cambio: disposición

2. Entorno:

- Social
- Cultural
- Económico
- Político

3. Otras conductas:

Conductas asociadas. Consumo de alcohol, café y tabaco

4. Factores fisiológicos:

Adicción a sustancias: nicotina

Tabla 2. Obstáculos para la actuación del médico en materia preventiva.

- Creencia en que su actuación no es eficaz
- Entrenamiento inadecuado en los métodos de modificación del comportamiento
- Dudas sobre si la labor preventiva es labor del médico
- Poco tiempo de actuación en consulta
- Creencia de que el paciente no precisa del médico para modificar su conducta

- Creencia de que los pacientes no agradecen estas intervenciones
- Creencia de que los pacientes no van a seguir estas recomendaciones
- Conocimiento inadecuado de la epidemiología de la enfermedad cardiovascular
- Recomendaciones conflictivas y dudas persistentes sobre la eficacia de la intervención

Bibliografía.

1. Neel JV. The “Thrifty genotype” in 1998 *Nutr Rev.* 1999 May; 57(5 Pt 2):S2-2.
2. Gielen S, Schuler G, Adams V. Cardiovascular effects of exercise training. *Molecular mechanism.* *Circulation* 2010; 122; 1221-1238.
3. Haffner SM et al. *N Engl J Med.* 1998; 339:229-234.
4. Guías prácticas para la prevención cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2008; 61(1):e1-e49.
5. Joliffe JA, Rees K, Taylor R, Thompson D, Oldridge N, Ebrahim S. Exercise-based rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Sys Rev* 2001; CD001800.
6. Chiriboiga DE, Ockene JK, Ockene IS. Obstáculos para el empleo de métodos de prevención de la enfermedad coronaria. En: Abrams J, editor. *Clínicas cardiológicas de Norteamérica.* 2003. P. 445-55.
7. Taylor CB, Houston-Miller N, Pillen JD, DeBusk RF. Smoking cessation after acute myocardial infarction: effect of nurse-managed intervention. *Ann Intern Med* 1990. 118-23.
8. Ockene J, Kristeller JL, Goldberg R, Ockene I, Merriam P, Barret S, et al. Smoking cessation and severity of disease the Coronary Artery Smoking Intervention Study. *Health psychol* 1992. 119-26.
9. Radd J, Glanz K. How individuals use information for health action consumer information processing. En: Glanz K, Lewis FM, Reimer BK, editors. *Health behavior and health education; theory, research and practice.* San Francisco: Jossey-Bass; 1994.
10. American Lung Association. *Survey of attitudes toward smoking.* Princeton: Gallup Organization; 1985.
11. Bandura A. *Social learning theory.* Englewood Cliffs: Prentice-Hall; 1977.
12. Rosenstock IM. The health belief model: explaining health behavior through expectancies. En: Glanz K, Lewis FM, Rimer BK, editors. *Health behavior and health education, theory, research and practice.* San Francisco: Jossey- Bass Publishers; 1990.

13. Ockene JR, Quirk ME, Goldberg RJ, Kisteller JL, Donnelly G, Kalan KL, et al. A residents training program for the development of smoking intervention skills. *Arch Intern Med.* 1988; 1039-45-
14. Us Department of Health, Education and Welfare, Healthy People. The Surgeon General's report on health promotion and disease prevention. USDHHS publ. N° (ADM) 70-800. Ford AS, Ford WS. Health education and the primary care physician: the Practitiones perspective. *Soc Sci Med.* 1983; 1505-12.
15. Fiore M, Novotny T, Lynn W, Pierce JP, Giovino GA, Hatziandren EJ, et al. Methods used to quit smoking in the US. Do cessation program help? *JAMA* 1990; 2760-5
16. Cohen MV, Byrne NJ, Levine B, Gutowski T, Andelson R, Low rate of treatment by cardiologist in patients with suspect and proven coronary heart disease. *Circulation* 1991; 1238-43.
17. Ockene IS, Ockene JK, Barriers to lifestyle change and the need to develop and integrated approach to prevention. *Cardiol Clin* 1996; 159-69.