

Guía práctica de prevención cardiovascular

VIRGINIA NATERO, OLGA ARAÚJO, ROBERTO AGUAYO, OSCAR DÍAZ ARNESTO, EDGARDO SANDOYA,
EN NOMBRE DE LOS REDACTORES DE LA GUÍA DE PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

Declarada de interés ministerial por el Ministerio de Salud Pública el 27 de marzo de 2008

REDACTORES

Olga Araújo: Lic. de Enfermería Especialista en Cardiología.
Noelia Ardanaz: Química Farmacéutica,
Farmacia Comunitaria.
Ricardo Bachman: Cardiólogo, Hipertensión Arterial.
Eduardo Bianco: Cardiólogo, Cesación de Tabaquismo.
Gerard Burdiat: Cardiólogo, Deportólogo.
Oscar Díaz Arnesto: Cardiólogo, Rehabilitación.
Gabriela González: Licenciada en Nutrición.
Mario Lado: Cardiólogo, Dislipemias.
María Esther Lagos: Psicóloga,
Modificación del Comportamiento.
Bernardo Layerle: Cardiólogo, Internista.
Ma. del Carmen Lizuain: Cardióloga.
Beatriz Murguía: Cardióloga.
Elena Murguía: Cirujana Cardíaca.
Virginia Natero: Licenciada en Nutrición.
Téc. en Gastronomía.
Tania Palacio: Psicóloga, Modificación del Comportamiento.
Laura Roballo: Cardióloga, Cesación de Tabaquismo.
Edelma Ros: Química Farmacéutica, Farmacia Comunitaria
Edgardo Sandoya: Cardiólogo, Gestión de Calidad
Washington Vignolo: Cardiólogo, Internista

COORDINADORES

Roberto Aguayo
Olga Araújo
Virginia Natero
Edgardo Sandoya

AGRADECIMIENTO

Nuestro especial agradecimiento a quienes han realizado un valioso aporte a esta guía:

Ruben Cesarco: Internista, Medicina Psicosocial.
Verónica Massonnier: Psicóloga, Tendencias Sociales.
Raúl Pisabarro: Endocrinólogo, Obesidad.

AUSPICIOS

- Ministerio de Salud Pública
- Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular
- Sindicato Médico del Uruguay
- Federación Médica del Interior
- Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Medicina, UDELAR
- Servicio de Cardiología. Departamento Clínico de Medicina. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina, UDELAR

Este trabajo ha sido posible gracias a una contribución incondicional para educación de Gramón Bagó de Uruguay SA

Prefacio

El Comité de Prevención de la Sociedad Uruguaya de Cardiología comenzó hace unos cinco años a tratar de hacer realidad lo que tantas veces se pregona y poco se practica: el trabajo en equipo. Para ello se conformó un grupo con profesionales de la salud provenientes de diferentes disciplinas, en el que se aprendió a construir aprendizajes desde miradas particulares y complementarias. Ello se tradujo en una concepción de la prevención que se vio reflejada en diversas instancias educativas en congresos de la especialidad y de otras disciplinas, en actividades formativas desarrolladas en el interior y en Montevideo, así como en multitudinarias jornadas comunitarias de sensibilización.

Como resultante de ese largo proceso y de los datos que invariablemente muestra la pobre situación de la prevención cardiovascular en nuestro medio, se llegó a la convicción de que era necesario transmitir nuestro aprendizaje como forma de contribuir a mejorar el abordaje de la misma.

Se entendió por el grupo que una guía práctica, con especial énfasis en los aspectos donde los profesionales de la salud tenemos nuestras mayores carencias, era una herramienta apropiada para contribuir al objetivo de mejorar la salud cardiovascular de nuestra población.

Concebimos que el carácter de guía “práctica” debiera estar fuertemente sustentado en una estrategia de comunicación diferente, la que incluyese –como principios básicos– sencillez, orden lógico, énfasis en lo fundamental y, a su vez, brindar algunos elementos mnemotécnicos que facilitaran su utilización.

A pesar de no respetar la diagramación habitual de la Revista Uruguaya de Cardiología, decidimos mantener la forma de la publicación original de la guía, dado que la misma es el soporte visual de la estrategia comunicacional antes mencionada.

Aspiramos a que, en la pequeña medida en que los materiales de este tipo pueden contribuir, la guía sea una herramienta que facilite su labor en la desafiante tarea de optimizar la prevención cardiovascular en nuestro país.

Introducción

La evidencia indica cuáles son las terapéuticas efectivas para el manejo del riesgo cardiovascular, lo que se recoge en los diversos consensos nacionales. Sin embargo, los estudios muestran que en nuestro país, al igual que en la mayor parte del mundo, el control de los factores de riesgo es pobre. El problema radica no el conocimiento de QUÉ hay que hacer, sino en CÓMO llevar a la práctica las acciones adecuadas. Con ese problema en mente, hemos desarrollado esta guía práctica, en la que proponemos un esquema de abordaje del riesgo y su control, poniendo especial énfasis en CÓMO llevar a cabo las recomendaciones formuladas. En una sección llamada LO NUEVO abordamos los factores de riesgo psicosocial y las actitudes y competencias que como profesionales sanitarios debemos desarrollar para ayudar de la mejor forma a nuestros pacientes. Somos conscientes de que habitualmente nos toca desarrollar nuestra actividad profesional en condiciones que no son las ideales, lo que muchas veces no permite hacer todo lo que deseáramos. Asimismo sabemos, pues así surge de la evidencia y de la experiencia, que los materiales de este tipo tienen poco impacto si no se complementan con actividades prácticas que impliquen la aplicación de los mismos. En tal sentido, la Sociedad Uruguaya de Cardiología llevará adelante talleres destinados a la implementación práctica de la guía a partir del análisis de casos reales en grupos de médicos, nutricionistas, enfermeras, psicólogos, químicos farmacéuticos y otros profesionales de la salud. Aspiramos a que el presente material y la estrategia de difusión enunciada puedan contribuir en alguna medida a optimizar las competencias y las actitudes del equipo de salud para, de esa forma, mejorar la calidad de vida de sus pacientes.

Qué hacer

SIEMPRE ESTIMULE

- Vivir libre de humo de tabaco ⁽¹⁾.
- Ser físicamente activo ⁽²⁾.
- Adoptar un estilo alimentario saludable ^(3,4).
- Mantener un peso adecuado ⁽⁵⁾.

INVOLÚCRESE

Entienda la realidad de vida de su paciente. Intente ponerse en su lugar ⁽⁶⁾.

Acompáñelo, apóyelo, estimúlelo.

**Sea un ejemplo en el manejo
de su propio riesgo ^(7,8).**

Qué hacer

Siempre piense en el riesgo cardiovascular total ⁽⁹⁾

DETERMINE

- actividad física ⁽¹⁵⁾;
- estilo alimentario ⁽³⁾;
- estado de tabaquismo ⁽⁵⁾;
- talla, peso y cintura ^(5,16);
- PA ^(5,17);
- glucemia ⁽⁵⁾;
- perfil lipídico ⁽⁵⁾;
- creatininemia ⁽¹³⁾;
- HbA1c ⁽¹⁸⁾;
- hipertrofia ventricular izquierda ⁽¹⁹⁾;
- situación psicosocial ⁽²⁰⁾ (tabla 1).

DEFÍNALO

El paciente tiene riesgo alto si tiene enfermedad arterial coronaria, o cerebral o periférica, o si tiene creatininemia elevada o si tiene más de dos factores de riesgo.

DISMINÚYALO

Una vez que conoce cuál es el riesgo de su paciente, acuerde con él medidas para disminuirlo, tratando de alcanzar los valores objetivo (tabla 2).

Siempre piense en el riesgo cardiovascular total ⁽⁹⁾

DEFÍNALO

Definir el riesgo cardiovascular es fundamental. Cuanto mayor riesgo, más exigente debe ser el tratamiento ⁽⁵⁾.

Existe riesgo alto cuando el paciente tiene enfermedad arterial coronaria, cerebral o periférica. En ese caso considere el tratamiento con ácido acetilsalicílico ⁽¹⁰⁾ y estatinas ^(11,12). También tienen riesgo alto los pacientes con creatinemia elevada ⁽¹³⁾ o más de dos factores de riesgo ⁽⁵⁾. Si el paciente no tiene ninguno de los elementos anteriores, debe calcular su riesgo cardiovascular mediante las tablas correspondientes (ver tablas para cálculo de riesgo cardiovascular) ⁽¹⁴⁾.

Para realizar el cálculo es imprescindible conocer:

- edad;
- colesterol LDL;
- colesterol HDL;
- presión arterial (PA);
- diabetes;*
- tabaquismo.

A pesar de que el cálculo del riesgo cardiovascular es aproximado, estimarlo es muy útil para:

- definir la terapéutica;
- hacer tangible su riesgo al paciente;
- compararlo con individuos de igual edad con riesgo promedio y riesgo bajo;
- visualizar los cambios a lo largo del tiempo ⁽²³⁾.

Elementos que aumentan el riesgo:

- Cardiopatía isquémica en padre o hermanos <55 años, en madre o hermanas <65 años ⁽²⁴⁾.
- Sedentarismo (<30 minutos de actividad física tres veces por semana) ⁽²⁵⁾.
- No consumir fruta y verdura diariamente ⁽²⁵⁾.
- Sobrepeso u obesidad (mayor riesgo a mayor IMC) ^(25,26).
- Obesidad central ⁽²⁵⁾ (cintura >80 cm en mujeres y >94 cm en hombres) ⁽²⁷⁾.
- Glucemia de ayuno alterada o tolerancia a la glucosa disminuida ⁽²⁸⁾.
- Hipertrofia ventricular izquierda ⁽²⁹⁾.
- Factores de riesgo psicosocial ^(25,30).
- Un factor de riesgo aislado severamente aumentado ⁽⁵⁾.

* Si bien la diabetes es un ítem del cálculo del riesgo, tenga presente que todo paciente diabético es potencialmente de alto riesgo ^(21,22).

TABLA 1. DETERMINACIONES A REALIZAR, FRECUENCIA Y CONDICIONES DE REALIZACIÓN

<i>Determine</i>	<i>Cuándo</i>	<i>Cómo</i>
Actividad física	En cada consulta	Pregunte y registre
Estilo alimentario	En cada consulta	Pregunte y registre
Estado de tabaquismo	En cada consulta	Pregunte y registre
Talla	En la primera consulta	Descalzo, con tallímetro
Peso	Regularmente	Con balanza calibrada, sin abrigos ni zapatos
Cintura	Regularmente	Por encima de la cresta ilíaca, en espiración
Presión arterial	Regularmente	Sentado, en reposo
Glucemia	En la primera consulta. Después según el riesgo	En ayunas
Perfil lipídico	En la primera consulta. Después según el riesgo.	Ayuno de 12 horas
Creatinemia	En la primera consulta. Después según el riesgo	En ayunas, calcule el filtrado glomerular
HbA1c en diabetes	Cada tres a seis meses	
Hipertrofia ventricular izquierda	Periódicamente	Electrocardiograma / ecocardiograma
Situación psicosocial	En las primeras consultas	Evalúe estrés familiar, laboral, financiero. Evalúe depresión

TABLA 2. VALORES OBJETIVO

	<i>Deseable</i>	<i>Ideal</i>
Actividad física ⁽³²⁾	30 minutos de actividad física moderada tres veces por semana	45 minutos diarios de actividad física
Estilo alimentario ⁽³⁾	Consumir frutas y verduras diariamente	Consumir cinco frutas y verduras diariamente
Estado de tabaquismo ⁽³³⁾	Avanzar en la etapa de cambio	Cesación absoluta
Peso ^(3,34)	Si hay exceso tratar de reducir un 10%	IMC 18,5-24,9 kg/m ²
Cintura ^(3,27)	<88 cm en mujeres <102 cm en hombres	<80 cm en mujeres <94 cm en hombres
Presión arterial ^(3,35)	<140/90 mmHg	<130/80 mmHg
Glucemia ⁽³⁶⁾	<110 mg/dl	<100 mg/dl
Colesterol LDL ^(5,37)	<160 mg/dl en bajo riesgo <130 mg/dl en riesgo moderado <100 mg/dl en alto riesgo	<130 mg/dl <100 mg/dl <70 mg/dl
HbA1c en diabetes ⁽¹⁸⁾	< 7%	< 6%
Hipertrofia ventricular izquierda ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾	Reducción	Regresión total
Estrés, depresión ⁽⁴¹⁾	Reducción	Control

DISMINÚYALO

- El riesgo cardiovascular no es fijo, es posible disminuirlo actuando sobre sus diferentes componentes.
- Acuerde con el paciente las medidas necesarias para llevar cada uno de ellos al valor objetivo (tabla 2) ⁽³¹⁾.
- Si el objetivo no puede ser alcanzado en uno de los factores, el riesgo cardiovascular igual puede disminuirse actuando más intensamente sobre los otros elementos.
 Haga saber esto al paciente y su familia.

Tablas para cálculo de riesgo cardiovascular Riesgo vascular en hombres

Edad	Puntos	LDL (mg/dl)	Puntos	HDL (mg/dl)	Puntos
30-34	-1	<100	-3	<35	2
35-39	0	100-159	0	35-44	1
40-44	1	160-189	1	45-59	0
45-49	2	≥ 190	2	≥ 60	-1
50-54	3				
55-59	4				
60-64	5				
65-69	6				
70-74	7				

Diabetes	Puntos	Fumador	Puntos
No	0	No	0
Si	2	Si	2

Presión arterial				
Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)			
	<85	85-89	90-99	≥100
<130	0 pt.			
130-139	1 punto			
140-159	2 puntos			
≥ 160	3 puntos			

Asigne los puntos correspondientes a cada uno de los factores de riesgo

Sume los puntos		Puntos	Riesgo coronario a 10 años
Edad		≤ 14	≥ 56%
LDL		13	47%
HDL		12	40%
PA		11	33%
Diabetes		10	27%
Fumador		9	22%
Total		8	18%
		7	14%
		6	11%
		5	9%
		4	7%
		3	6%
		2	4%
		1	4%
		0	3%
		- 1	2%
		- 2	2%
		≤ 3	1%

Sume los puntos y vea cuál es el riesgo de cardiopatía isquémica a 10 años

Tablas para cálculo de riesgo cardiovascular **Riesgo vascular en mujeres**

Edad	Puntos	LDL (mg/dl)	Puntos	HDL (mg/dl)	Puntos
30-34	- 9	<100	-2	<35	5
35-39	- 4	100-159	0	35-44	2
40-44	0	≥ 160	2	45-49	1
45-49	3			50-59	0
50-54	6			≥ 60	-2
55-59	7				
60-64	8				
65-69	8				
70-74	8				

Diabetes	Puntos	Fumador	Puntos
No	0	No	0
Sí	4	Sí	2

Presión Arterial					
Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)				
	< 80	80 - 84	85 - 89	90 - 99	≥ 100
< 120	-3 p.				
120-129	0 punto				
130-139		0 punto			
140-159	2 puntos				
≥ 160	3 puntos				

Asigne los puntos correspondientes a cada uno de los factores de riesgo

Sume los puntos		Puntos	Riesgo coronario a 10 años	
Edad		≥ 17	≥ 32%	Muy alto
LDL		16	27%	
HDL		15	24%	
PA		14	20%	
Diabetes		13	17%	Alto
Fumador		12	15%	
Total		11	13%	
		10	11%	Medio
		9	9%	
		8	8%	
		7	7%	
		6	6%	Bajo
		5	5%	
		4	4%	
		3	3%	
		2	3%	Muy bajo
		1	2%	
		0	2%	
		- 1	2%	
		≤ - 2	1%	

Sume los puntos y vea cuál es el riesgo de cardiopatía isquémica a 10 años

Usted ya calculó cuál es el riesgo de cardiopatía isquémica a 10 años de su paciente.

Si lo desea puede ver cómo es el riesgo de su paciente en relación con el riesgo de un hombre de la misma edad.

Puede realizar la comparación con un individuo con riesgo y con un individuo con riesgo bajo.

Tabla para comparar el riesgo cardiovascular en hombres

Tabla para Riesgos Comparados en Hombres		
Edad	Riesgo promedio de CI a 10 años	Riesgo bajo de CI a 10 años
30-34	3%	2%
35-39	5%	3%
40-44	7%	4%
45-49	11%	4%
50-54	14%	6%
55-59	16%	7%
60-64	21%	9%
65-69	25%	11%
70-74	30%	14%

Tabla para comparar el riesgo cardiovascular en mujeres

Tabla para Riesgos Comparados en Mujeres		
Edad	Riesgo promedio de CI a 10 años	Riesgo bajo de CI a 10 años
30-34	<1%	<1%
35-39	1%	<1%
40-44	2%	2%
45-49	5%	3%
50-54	8%	5%
55-59	12%	7%
60-64	12%	8%
65-69	13%	8%
70-74	14%	8%

Cómo hacerlo

- Diagnostique ⁽⁵⁾.
- Negocie ^(42,43).
- Acuerde objetivos ⁽⁴⁴⁾.
- Trabaje en equipo ⁽⁴⁵⁾.
- Evalúe ⁽⁴⁵⁾.

**Sea un ejemplo en el manejo
de su propio riesgo ^(7,8).**

Cómo vivir libre de humo de tabaco

DIAGNOSTIQUE

En cada consulta diagnostique y registre en la historia clínica ⁽⁴⁶⁾:

1. **Estado de fumador** ⁽⁴⁷⁾

Fumador actual: fuma todos los días u ocasionalmente. Ex fumador: ningún cigarrillo en los últimos seis meses. No fumador: fumó <100 cigarrillos en toda su vida. Fumador pasivo: exposición laboral o en lugares cerrados.

2. **Etapa de consumo** ⁽⁴⁸⁾

Precontemplación: no quiere dejar de fumar, no lo está considerando. No conviene alentar a la cesación, es preferible identificar posibles desventajas de su tabaquismo que se puedan trabajar con el paciente para que cambie de opinión. Contemplación, preparación o acción: está interesado en dejar de fumar. Puede aplicarse la estrategia de intervención mínima y considerar la posibilidad de enviar a servicios especializados de apoyo a la cesación ⁽⁴⁹⁾.

3. **Grado de dependencia** ⁽⁴⁷⁾

¿Cuántos cigarrillos fuma al día? ¿Cuánto demora en fumar el primero al despertar? Dependencia moderada/severa: fuma más de 20 cigarrillos/día y fuma el primero en los 60 minutos siguientes a levantarse ⁽⁵⁰⁾. En caso de dependencia leve (<15 cigarrillos al día) y sin intentos previos de cesación, realice la intervención mínima, pues duplica la chance de abstinencia al año ^(51,52).

NEGOCIE

Negocie el objetivo a alcanzar destacando las razones para dejar de fumar personalizando: beneficio en salud, beneficios económicos ⁽⁵³⁾.

ACUERDE OBJETIVOS

Teniendo presente que el objetivo mínimo es avanzar en la etapa de cambio y que el objetivo ideal es la cesación absoluta ⁽⁵³⁾.

TRABAJE EN EQUIPO

Reúnase periódicamente con el personal con el que comparte el manejo de los pacientes y realicen juntos el análisis de una o más historias clínicas tratando de establecer entre todos acciones para mejorar el control del tabaquismo ⁽⁴⁵⁾.

EVALÚE

- **El proceso:** defina un indicador y un plazo para evaluar su trabajo, por ejemplo, registre a la cesación en la historia clínica en la última semana.
- **El resultado:** evaluar al cabo de dos consultas consecutivas si ha habido avances en la etapa de cambio, si realizó la consulta al servicio especializado, etcétera.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA USTED

En caso de dependencia leve (menos de 15 cigarrillos al día) y sin intentos previos de cesación, realice la intervención mínima, pues duplica la chance de abstinencia al año ⁽⁵²⁾. Cuando la dependencia es moderada o severa o cuando existe un fracaso previo, derive a un centro especializado ⁽⁴⁹⁾.

La intervención mínima consiste en brindar consejo durante uno a tres minutos en cada consulta basándose en las tres A ⁽⁵²⁾:

- **Averigüe:** estado de fumador, grado de dependencia, motivación y posibilidades para asistir a un servicio especializado de apoyo a la cesación.
- **Anime:** de manera empática, personalizando el mensaje, para lograr la abstinencia en el menor tiempo posible.
- **Ayude:** brinde asesoramiento básico sobre las maneras de dejar de fumar y evalúe la necesidad de derivación a servicio especializado.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA DAR A SU PACIENTE ⁽⁵³⁾

- Aumente la actividad física.
- Aumente la ingesta de líquidos.
- Deje la cajilla de cigarrillos lejos de su alcance.

- No compre varias cajillas a la vez.
- Póngase metas gradualmente: no fumar en su casa, en el auto, con el mate, etcétera.
- Cambie a una marca diferente y que no sea de su agrado.
- Revise mentalmente y haga un listado de sus razones para dejar de fumar.
- Considere un plazo y fije una fecha para intentar dejar de fumar con la ayuda de su médico o el equipo de salud especializado.
- No acepte ofrecimiento de cigarrillos de otros fumadores.
- Pida a quienes fuman que lo hagan fuera de su casa.
- Si fuma, en toda la casa deje una de las habitaciones 100% libre de humo de tabaco.

Cómo ser físicamente activo ⁽⁵⁴⁾

DIAGNOSTIQUE

Diagnostique y registre en la historia clínica el estado de actividad física:

Activo: 30 o más minutos diarios por lo menos tres veces por semana.

Subactivo: menos de 30 minutos diarios tres veces por semana.

Sedentario: no realiza ninguna actividad física.

NEGOCIE

El objetivo a alcanzar destacando que ⁽⁵⁵⁾:

- Nunca es demasiado tarde para comenzar a ser activo ^(56,57).
- La actividad física sólo se puede volver un hábito si es entretenida ⁽⁵⁵⁾.
- Al hacer ejercicio mejorará su estado de ánimo ⁽⁵⁴⁾.
- Controlará mejor su riesgo cardiovascular ⁽⁵⁸⁾.
- El ejercicio puede ser hecho en tres sesiones de diez minutos cada una, pero es mejor si puede hacerlo en una vez ⁽⁵⁹⁾.
- Cualquier ejercicio es mejor que nada ⁽⁶⁰⁾.
- No tiene que ser un ejercicio extremo para ser bueno ⁽⁵⁵⁾.
- Cuanto más activo sea físicamente, mejor será para su salud ⁽⁶¹⁾.

ACUERDE OBJETIVOS

Averigüe cuál es la actividad física de más agrado de su paciente y estimúlelo para que la realice ⁽⁵⁵⁾. Recuerde que el objetivo deseado es que él realice 30 minutos de actividad física tres veces por semana y que el objetivo ideal es que haga 30-45 minutos cinco a siete días a la semana. Los pacientes de alto riesgo deberían ir a un centro de rehabilitación especializada ⁽⁶²⁾.

TRABAJE EN EQUIPO

Reúnase periódicamente con el personal con el que comparte el manejo de los pacientes y realicen juntos el análisis de una o más historias clínicas tratando de establecer entre todas acciones para mejorar la actividad física de los pacientes ⁽⁴⁵⁾.

EVALÚE

- **El proceso:** defina un indicador y un plazo para evaluar su trabajo, por ejemplo, cantidad de pacientes que mejoran su estado de actividad física en seis meses.
- **El resultado:** por ejemplo, adherencia y grado de cumplimiento del objetivo acordado con el paciente.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA USTED

A la hora de recomendar actividad física se debe tener en cuenta frecuencia, intensidad, tipo y duración.

- **Frecuencia:** vimos que lo ideal es la realización diaria. La actividad física no se acumula; si pasan más de 72 horas entre ejercicio y ejercicio se pierde su beneficio ⁽⁶³⁾.
- **Intensidad:** para graduarla es útil conocer la escala de Borg ⁽⁶⁴⁾ de percepción subjetiva del esfuerzo, que va de 6 a 20: 6 es ningún esfuerzo y 20 es el máximo. En pacientes sin eventos previos, realizar ejercicios entre 11 y 16 (leves a intensos) y en pacientes con eventos, entre 11 y 14 (14: cuando el esfuerzo hace entrecortar la palabra). En individuos sedentarios o mayores, al inicio de la actividad física alcanza con caminar lentamente (una cuadra cada dos minutos), mientras que para los activos es necesario caminar una cuadra por minuto.
- **Tipo:** la actividad física más recomendable es la aeróbica con movimientos isotónicos, rítmicos, continuados y que involucre grandes grupos musculares: caminar, trotar, andar en bicicleta, nadar, bailar, etcétera (los ejercicios en el agua son muy útiles para aquellos pacientes con afecciones neurológicas, osteoarticulares o con sobrepeso u obesidad) ⁽⁵⁴⁾. Los ejercicios de sobrecarga, que mejoran la resistencia y la fuerza muscular, se pueden agregar luego de un período de acondicionamiento inicial. Deben utilizarse preferentemente los isotónicos (con movimiento articular) a los isométricos (contracción muscular sin acortamiento y con maniobra de Valsalva), que si se realizan a bajas cargas y con varias repeticiones, son muy útiles y seguros ⁽⁵⁴⁾.
- **Duración:** el objetivo ideal es una duración de 30-45 minutos, lo que puede ser realizado en tres sesiones de 10-15 minu-

tos cada una, pero es mejor si puede hacerlo en una única sesión ⁽⁵⁹⁾.

No pretenda que el paciente realice actividades que no sean de su agrado.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA DAR A SU PACIENTE

- Ante todo elija moverse.
- Trate de no usar el control remoto.
- Levántese varias veces de la mesa o el escritorio para ir a buscar lo necesario.
- Al mediodía dé un par de vueltas a la manzana.
- Baje del ómnibus o estacione el auto a 10 cuadras y camine hasta su trabajo.
- Suba por escaleras en su trabajo y en su apartamento.
- Saque a pasear al perro, haga mandados en bicicleta.
- Haga ejercicios de estiramiento en su casa y en el trabajo.
- Busque siempre la actividad física que le resulte más placentera (caminar, ciclismo, tenis, natación, voley, baile, etcétera.)

- Levántese de la silla y haga ejercicios en el lugar durante unos minutos, por ejemplo estiramiento, abdominales, etcétera.

ACERCA DE CAMINAR DIGA A SU PACIENTE:

- Hágalo un hábito: tome un tiempo para caminar adecuado a su estilo de vida, sus biorritmos y su agenda. Usted conoce su mejor tiempo para caminar.
- Esté comprometido con caminar pero no se obsesione, no es el fin del mundo si pierde una caminata; pero no deje que un día sin hacerlo arruine su hábito.
- Evite el aburrimiento: cuando comience a aburrirse, cambie su ruta o su rutina.
- Camine erguido: mantenga el cuerpo derecho y deje que sus brazos y piernas hagan el trabajo. Dé pasos largos naturales y deje que sus brazos se balanceen suavemente para desarrollar ritmo y balance.
- Agendar su tiempo de caminata puede ayudarlo a estar motivado.
- Llevar registro de los tiempos de caminata puede ayudarlo a estar motivado.
- Salga con amigos, familiares o con su perro. Esto ayuda a adherirse a la caminata.

Cómo adoptar un estilo alimentario saludable

DIAGNOSTIQUE

Interrogue acerca de:

- Tipo de alimentos consumidos.
- Lugar y horario de las comidas, volumen de comidas.
- Formas de preparación habitual (especialmente frituras, salsas, aderezos).
- El consumo excesivo de alcohol, grasas, sodio y/o azúcar (si existe, aconseje, ofrezca ayuda) ⁽³⁾.

NEGOCIE

- Proponga alternativas.
- Identifique barreras y elementos o situaciones que favorezcan el cambio. El cambio de hábito alimentario implica procesos complejos, en los que intervienen la cultura, la salud, la personalidad, la situación económica, etcétera.
- Poder armonizar los objetivos terapéuticos con las necesidades sentidas del individuo requiere de un trabajo en equipo que incluya al licenciado en nutrición.
- Identifique hábitos alimentarios inadecuados y sugiera cómo sustituirlos por otros saludables que le brinden placer y que le sean posibles de llevar a cabo.

El nutricionista puede hacer un plan personalizado de alimentación saludable, es el profesional formado para ello ^(65,66).

ACUERDE OBJETIVOS

Recuerde que el objetivo deseado es que consuma más fruta y verdura y menos alimentos grasos ⁽⁶⁷⁾. El ideal es consumir más de 5 porciones de frutas y/o verduras al día y el consumo de pescado debe ser semanal.

Los lácteos, preferentemente descremados e incluir el consumo de aceites vegetales, leguminosas y semillas. El consumo de alcohol debe ser moderado, al igual que el de azúcar y de sal ⁽³⁾.

TRABAJE EN EQUIPO

Reúnase periódicamente con el personal con el que comparte el manejo de los pacientes y realicen juntos el análisis de una o más historias clínicas tratando de establecer entre todos acciones para mejorar la alimentación de los pacientes ⁽⁴⁵⁾.

Evalúe

- **El proceso:** defina un indicador y un plazo para evaluar su trabajo, por ejemplo, cantidad de historias donde registró un consejo alimentario en tres meses.
- **El resultado:** grado de alcance del objetivo por parte del paciente.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA USTED

Promueva el consumo de:

- **Frutas y vegetales.** Estimule consumir cinco o más porciones al día, con variedad de colores en la semana. Sugiera una fruta en cada comida y ensalada en almuerzo y cena. Aprovechar las frutas y vegetales de estación para abaratar costos.
- **Cereales y granos integrales y leguminosas.** Al menos cinco veces en la semana. Elegir pan integral (se ve la fibra a simple vista), pastas, harina y arroz integral. Agregar leguminosas en las ensaladas.
- **Pescado.** Dos a cuatro veces por semana: atún, palometa, anchoíta, bonito, pez espada, pescadilla. Puede ser pescado enlatado natural (si no tiene problema con la sal). Se puede preparar al horno, asado, en tarta, a la plancha, con ajo y perejil, con papas, vegetales, arroz, pasta, limón, etcétera.
- **Lácteos.** Descremados y quesos de bajo contenido de sodio. Sugiera seleccionar diferentes variedades para encontrar la más adecuada a cada gusto y para evitar el aburrimiento.
- **Comida casera.** Fomente el uso de alimentos naturales. La comida casera lleva tiempo, pero hay vegetales cortados, congelados, y el microondas ayuda a disminuir los tiempos de cocción.

- **Aceites.** Recomiende el uso de aceites de oliva, girasol alto oleico, soja, arroz y canola. Puede sugerir el uso de semillas sin sal: nuez, maní, girasol.
- **Carnes.** Elija cortes magros. Retire toda la grasa visible de las porciones de carne que vaya a consumir.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA DAR A SU PACIENTE

- Pruebe nuevas formas de disfrutar de la comida por medio de condimentos, sabores, vegetales, busque ayuda en recetarios para prepararlos.
- Aproveche incorporar diferentes texturas en la comida diaria, alimentos crujientes como las frutas y las verduras crudas que van a aumentar su saciedad al igual que los caldos.
- Seleccione comidas y alimentos bajos en sodio, grasas saturadas y grasas trans o aceites vegetales hidrogenados.
- Lea las etiquetas para hacer una adecuada selección de los alimentos industrializados y preparados.
- Realice todas las comidas, especialmente no se saltee el desayuno.
- Cocine al horno, plancha, parrilla, vapor, hervor, microondas.
- Saltear con una mínima cantidad de aceite.
- Seleccione comida saludable cuando no cocina o come fuera de su casa, sugiera alimentos poco elaborados, naturales.
- Sugiera el uso de edulcorante en sustitución del azúcar.

Cómo mantener un peso adecuado

DIAGNOSTIQUE

Determine el IMC y la cintura de su paciente ⁽⁶⁸⁾. Si alguno es excesivo analice la etapa de cambio en la que se encuentra ⁽⁴⁸⁾:

- **Precontemplación:** no está dispuesto a bajar de peso; plantee un objetivo mínimo.
- **Contemplación, preparación, acción:** en este caso está interesado en bajar de peso, puede tratar de conseguir un objetivo más ambicioso.

NEGOCIE

- Bajar de peso requiere una adecuada combinación de motivación, actividad física regular y restricción calórica, puesto que el peso es la resultante del total de calorías consumidas y la actividad física realizada ⁽⁶⁹⁾.
- La reducción calórica mediante una alimentación balanceada, placentera y sostenible a largo plazo es clave para el descenso de peso; la actividad física regular es el otro pilar para lograr dicho objetivo y para mantener la reducción de peso.
- Negocie alternativas de actividad física y alimentación que sea posible llevar a cabo, pues de esa forma se puede mantener la motivación por el objetivo buscado.

El nutricionista puede hacer un plan personalizado de alimentación saludable, es el profesional formado para ello.

ACUERDE OBJETIVOS

Recuerde: si hay exceso de peso, el objetivo deseado es reducirlo 10% y el ideal es mantener un IMC entre 18,5 y 25 kg/m² ⁽⁴⁾. Un objetivo mínimo sería prevenir la ganancia de peso ⁽⁷⁰⁾. También fije objetivos con respecto a la cintura: deseable <88 cm en mujeres y <102 cm en hombres ⁽³⁾; ideal <80 cm en mujeres y <94 cm en hombres ⁽²⁷⁾.

TRABAJE EN EQUIPO

Reúnase periódicamente con el personal con el que comparte el manejo de los pacientes y realicen juntos el análisis de una o más historias clínicas tratando de establecer entre todos acciones para mejorar el control de peso ⁽⁴⁵⁾.

EVALÚE

- **El proceso:** defina un indicador y un plazo para evaluar su trabajo, por ejemplo, porcentaje de pacientes con IMC y cintura registrados en la historia clínica durante un mes.
- **El resultado:** comparar el peso alcanzado con el peso objetivo.

Recuerde: conseguir un peso y una cintura adecuados determina una importante reducción del riesgo cardiovascular.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA USTED

- Mida la cintura en espiración natural, preprandial y fuera del período menstrual.
- La cintura y el peso son medidas que deben consignarse en cada visita ⁽⁷¹⁾.
- Transmita a su paciente que el objetivo es la salud y no la pérdida de peso.
- Un problema frecuente en la pérdida de peso es la recidiva: háblelo con su paciente ⁽⁷²⁾.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA DAR A SU PACIENTE

- Haga un plan con objetivos alcanzables.
- No cambie radicalmente su forma de alimentarse con una “dieta”: quien lo hace tiende a contar los días que le quedan para salir de esa prisión gastronómica.
- Desarrolle hábitos alimentarios que permitan ir incorporando las recomendaciones nutricionales de forma progresiva.
- No baje mucho peso en corto plazo, logre y consolide pequeños objetivos.
- Puede bajar las calorías sin eliminar los alimentos favoritos, reduzca las porciones.

- Realice cuatro comidas diarias y no se saltee ninguna de ellas. Si come cantidades moderadas de alimento varias veces en el día evitará la sensación de hambre.
- Antes de cada comida beba uno o dos vasos de agua y consuma suficiente líquido en el día.
- Los vegetales darán volumen y saciedad, inclúyalos en las comidas principales.
- Adecúe la cantidad de cereales y panes según su actividad física.
- Lleve a la mesa sólo lo que va a comer de forma de no tentarse con servirse más.
- Prefiera alimentos crocantes y firmes, mastique bien, coma lento. Elija temperaturas muy frías o calientes, colaboran con este objetivo.
- Planifique, tenga prontos alimentos saludables a mano para consumir si siente hambre.

Cómo llevar la presión arterial al valor deseable o ideal ⁽⁷²⁾

DIAGNOSTIQUE

- Mida la PA con técnica y equipo adecuados en cada consulta ^(73,74).
- Diagnostique hipertensión arterial (HTA) si tiene PA sistólica ≥ 140 mmHg y/o PA diastólica ≥ 90 mmHg al menos en tres consultas separadas por dos o más semanas entre sí ^(5,35).
- En caso de dolor, ansiedad, urgencias, no considere el valor hallado y procure medir la PA algunos días después de superada la situación.

NEGOCIE

- Debería indicar fármacos antihipertensivos:
 - de inicio en pacientes con alto riesgo o hipertrofia ventricular izquierda (HVI) y PA promedio $>130/80$ mmHg así como en todos los individuos con PA $>180/100$ mmHg;
 - después de 90 días de tratamiento si no se consiguen los valores objetivo ^(5,35).
- Establezca metas intermedias de PA a alcanzar y acuérdelas con el paciente.
- Procure que el paciente tenga claro que es hipertenso.
- Elabore un plan de control para los próximos meses en la consulta inicial.
- Brinde alternativas ante problemas sociales o económicos.
- Eduque acerca del riesgo de la presión alta con particular énfasis en el accidente cerebrovascular (ACV) ⁽¹⁷⁾.
- Estimule la moderación en el consumo de sodio y alcohol, junto a una alimentación saludable.
- Trabaje en la reducción del peso corporal, si hubiera exceso.
- Explique que un fármaco logra su efecto pleno a las 3-4 semanas de uso y que no debe preocuparse si hasta ese momento la PA sigue alta.

ACUERDE OBJETIVOS

Recuerde que los objetivos son:

- deseado PA $<140/90$ mmHg;
- ideal $<130/80$ mmHg ^(5,35).

En alto riesgo, diabetes o nefropatía, el objetivo es $<130/80$ mmHg y en diabetes con nefropatía $<125/75$ mmHg ⁽⁷⁵⁾.

TRABAJE EN EQUIPO

Reúnase periódicamente con el personal con el que comparte el manejo de los pacientes y realicen juntos el análisis de una o más historias clínicas tratando de establecer entre todos acciones para mejorar el control de la PA ⁽⁴⁵⁾.

EVALÚE

- **El proceso:** defina un indicador y un plazo para evaluar su trabajo. Por ejemplo, cantidad de hipertensos controlados en la consulta de una semana.
- **El resultado:** por ejemplo, grado de cumplimiento del objetivo por su paciente.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA USTED

- Mida correctamente la PA.
 - Con un aparato calibrado periódicamente y usando un manguito apropiado ⁽⁷⁶⁾, en un ambiente cálido y silencioso con el paciente sentado cómodamente y sin hablar.
 - Ponga el estetoscopio fuera del manguito, baje lentamente la columna de mercurio.
 - Lea la PA a los 2 mmHg más cercanos y anótela inmediatamente que hace la lectura.
 - Considere la presión diastólica cuando desaparecen los ruidos cardíacos (fase V).
 - Tome la menor de dos medidas, mida otra vez si hay más de 5 mmHg de variación entre medidas.
 - Mídala de pie si sospecha hipotensión postural y en los pacientes añosos ⁽⁷⁷⁾.
- Al tratar la HTA:
 - El beneficio deriva del descenso de la PA per se, siendo independiente de los fármacos utilizados ⁽⁷⁸⁾.
 - Use fármacos de acción prolongada.
 - Si no consigue el control con un fármaco, asocie otro; un diurético, si no lo recibe.

- Considere el uso de IECA o ARA2 en diabéticos y nefrópatas, y β -bloqueantes en cardiopatía isquémica ⁽⁷⁹⁾.
- Ante una consulta por PA elevada ⁽⁸⁰⁾:
 - Bájela gradualmente pues no hay riesgo si el paciente no tiene elementos clínicos de riesgo asociados, no use antihipertensivos sublinguales ^(35,81).
 - Indique tomar la medicación habitual y guardar reposo, agregue un sedante si existe un componente ansioso importante.
 - Tranquilice al paciente asegurando que así va a estar bien.
 - Explique que el riesgo se produce cuando la PA está elevada por años, aunque sea tan poco como 145 mmHg de sistólica, y no porque esté alta un par de días.
- Bajar la presión arterial diastólica (PAD) 5 mmHg durante cinco años reduce 42% el riesgo relativo de ACV.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA DAR A SU PACIENTE

- Aunque la PA esté normal, no deje de tomar el medicamento.
- Consiga una nueva caja de fármacos antes de que se termine la que está tomando.
- No modifique la dosis ni cambie de fármacos sin consultarlo previamente.
- Si baja de peso o modifica su estilo de vida puede ser necesario revisar el tratamiento.

Cómo conseguir el LDL objetivo ⁽³⁴⁾

DIAGNOSTIQUE

Determine cuál es el valor de LDL, de HDL y de triglicéridos (TG).

NEGOCIE

- Reducir grasas saturadas y trans: carne gorda, lácteos, bizcochos, *snacks*, galletitas.
- Aumentar consumo de vegetales y frutas, cereales integrales y leguminosas.
- Aumentar omega 3: pescado al menos dos veces por semana, semillas, soja.
- Aumentar monoinsaturados: aceite de oliva, girasol alto oleico y canola.
- Aumentar la actividad física aeróbica a 30 minutos diarios.
- Luego de 90 días de la adopción efectiva de estas medidas, determine el LDL; si no se alcanzó el valor objetivo, indique estatinas ⁽⁵⁾.
 - Los pacientes con riesgo alto deben recibir estatinas sin importar cuál sea el nivel de LDL ⁽⁵⁾.
 - Los pacientes con LDL >190 mg/dl deben recibir estatinas independientemente del riesgo ⁽⁵⁾.

ACUERDE OBJETIVOS

- En bajo riesgo: <160 mg/dl (deseado ⁽⁵⁾); <130 mg/dl (ideal ⁽⁵⁾).
- En riesgo moderado: <130 mg/dl (deseado); <100 mg/dl (ideal).
- En alto riesgo: <100 mg/dl (deseado); <70 mg/dl (ideal).

Alcanzado el LDL objetivo, trate de conseguir HDL >40 mg/dl y TG <150 mg/dl ⁽⁵⁾.

TRABAJE EN EQUIPO

Reúnase periódicamente con el personal con el que comparte el manejo de los pacientes y rea-

licen juntos el análisis de una o más historias clínicas tratando de establecer entre todos acciones para mejorar el control del LDL ⁽⁴⁵⁾.

EVALÚE

- **El proceso:** defina un indicador y un plazo para evaluar su trabajo, por ejemplo cantidad de pacientes de alto riesgo con LDL objetivo a 6 meses.
- **El resultado:** por ejemplo, porcentaje de cumplimiento del objetivo por el paciente ⁽⁸³⁾.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA USTED:

- Indique estatinas en las dosis apropiadas para conseguir el nivel objetivo de LDL.
- El ezetimibe puede ser usado junto a estatinas cuando no se logran los objetivos ⁽⁵⁾.
- Use fibratos con triglicéridos >500 mg/dl.
- **Efectos secundarios y controles:**
 - Las estatinas excepcionalmente pueden producir miopatía o alteración hepática ⁽⁸⁴⁾.
 - Se sugiere realizar un enzimograma si aparecen síntomas o cuando se utilizan dosis elevadas de estos fármacos ⁽⁵⁾.
 - Las mialgias aisladas no obligan a la suspensión de la estatina.
- **Criterios para la suspensión de las estatinas:**
 - aumento de TGP / TGO tres veces por encima de su valor basal y/o
 - aumento de CPK diez veces por encima de su valor basal ⁽⁵⁾.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA DAR A SU PACIENTE:

- A veces las estatinas pueden provocar debilidad muscular, no se preocupe si le ocurre pues generalmente no es importante.
- No viva pendiente de medirse el colesterol pues los efectos del colesterol elevado ocurren a lo largo de los años.

Cómo conseguir la HbA1c objetivo

DIAGNOSTIQUE

Determine la HbA1c cada tres a seis meses en los pacientes diabéticos ⁽¹⁸⁾.

NEGOCIE

La educación tiene un papel fundamental en los diabéticos: su paciente debe conocer la enfermedad, su tratamiento, su control y los signos de alarma. Debe educarle acerca del automonitoreo de glucemia, peso y cintura ⁽⁸⁵⁾.

ACUERDE OBJETIVOS

Recuerde que el objetivo deseado es HbA1c <7% y que el valor ideal es <6%.

TRABAJE EN EQUIPO

Reúname periódicamente con el personal con el que comparte el manejo de los pacientes y realicen juntos el análisis de una o más historias clínicas tratando de establecer entre todas acciones para mejorar el control de la HbA1c.

EVALÚE

- **El proceso:** defina un indicador y un plazo para evaluar su trabajo, por ejemplo cantidad de diabéticos con HbA1c objetivo entre los tratados por año.
- **El resultado:** por ejemplo porcentaje de cumplimiento del objetivo por su paciente.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA USTED:

- Los diabéticos tipo 1 deben ser referidos al especialista para su manejo ⁽¹⁸⁾.
- Es necesaria la consulta nutricional para elaborar un plan personal de alimentación.
- Poner especial énfasis en la reducción del consumo de ácidos grasos saturados.
- Se debe fraccionar la cantidad de hidratos de carbono en comidas y colaciones, jerarquizando más la cantidad que el tipo o fuente de ellos.

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA DAR A SU PACIENTE:

- Realice automonitoreo de la glucemia de forma regular.
- No deje de tomar los medicamentos ni haga desarreglos en las comidas.
- Visite al podólogo regularmente.
- Visite regularmente al nutricionista ⁽¹⁸⁾.

Cómo mejorar el uso y la adherencia de fármacos ^(87,88)

- Los medicamentos se toman con agua salvo que se especifique otra forma de administrarlos. Algunos no deben ingerirse con lácteos pues alteran la absorción y por lo tanto el efecto.
- No se deben fraccionar comprimidos recubiertos o de liberación modificada excepto que sean ranurados.
- No abrir las cápsulas con polvo o gránulos, ni moler éstos, pues se pierde el efecto o puede que el fármaco se transforme en subproductos tóxicos.
- Mantener el medicamento en el envase original para facilitar la identificación y preservar sus propiedades.
- Los blisters de color o aluminio protegen los principios activos, por eso es importante quitar el comprimido/cápsula en el momento de tomarlo y no antes.
- Separar la medicación de la toma de antiácidos por lo menos dos horas pues alteran la disolución y la absorción y, por ende, el efecto.
- Guardar bien cerrado y fuera del alcance de los niños. No almacenar los medicamentos en el baño o cocina (la alta temperatura altera la estabilidad del medicamento).
- No tomar medicamentos acostado, pues puede quedar adherido a las paredes del esófago e irritar la mucosa y no llegar al sitio de acción.
- En caso de olvido de una dosis se debe tomar lo antes posible. Si se aproxima la hora de la siguiente toma, no duplicar compensando el olvido. Realizar una única toma pues el duplicarla no produce mayor efecto y se verán acentuados los efectos adversos.

Explíquelo a su paciente que tomar un medicamento en ayunas, significa

una hora antes o dos horas después de una comida.

Si se debe tomar con los alimentos, se puede hasta una hora después de ingerir los alimentos.

CONSEJOS PARA QUE EL PACIENTE RECUERDE TOMAR LOS MEDICAMENTOS ⁽⁸⁹⁾:

- Tomarlos todos los días a la misma hora.
- Tomarlos en el momento de realizar alguna actividad habitual.
- Usar cajitas especiales que le ayuden al seguimiento.
- Tener un Calendario de Medicamentos cerca de los medicamentos y anotar cada vez que toma una dosis.
- Colocar una nota o un recordatorio en su heladera.
- Programar el despertador a la hora en que debe tomar la medicación.

TRUCOS PARA AYUDAR A SU PACIENTE A TOMAR BIEN LOS MEDICAMENTOS:

- Entender los medicamentos, saber para qué los toman y a qué hora tomarlos.
- Si va a estar fuera de la casa, que se asegure de llevar la medicación necesaria para el tiempo que vaya a estar fuera.
- Pegar etiquetas de colores en los medicamentos, por ejemplo azul puede ser para los de la mañana, rojo para el mediodía y amarillo para los de la noche o utilizar dibujos que le ayuden a recordar la hora de la toma: sol-mañana; taza de té-tarde; luna-noche.
- Tome nota de sus dudas para conversar con su médico en la próxima consulta

El químico farmacéutico es el profesional capacitado para ayudar al paciente a cumplir mejor la terapéutica indicada por el médico ^(90,91).

Lo nuevo ^(92,93)

- Factores de riesgo psicosocial ^(20,94)
- Técnicas ⁽⁴⁵⁾
- Evaluación ⁽⁹⁵⁾
- Involúcrese ⁽⁹⁶⁾
- Sea un ejemplo

**Sea un ejemplo en el manejo
de su propio riesgo ^(7,8)**

Factores de riesgo psicosocial ⁽⁹⁷⁾

El estilo de vida que incluye la alimentación no saludable, la inactividad física y el fumar, favorecen el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica; pero hoy se sabe que también los factores emocionales y los agentes estresantes crónicos promueven los eventos cardiovasculares con un peso similar al de los factores de riesgo tradicionales.

TIPOS DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

Se consideran dos categorías generales:

- Factores emocionales: trastornos afectivos como depresión, hostilidad y enojo.
- Agentes estresantes crónicos: escaso soporte social, mal nivel socioeconómico, estrés laboral, estrés marital y presión por los cuidadores.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Es habitual que los diferentes profesionales sanitarios manejen lo referido a alimentación en exceso y a la inactividad física, pero es menos frecuente que busquen y traten los factores de riesgo psicosocial. Si bien no todos los profesionales de la salud son especialistas en salud mental, existen razones de peso por las que deben ser proactivos en este importante aspecto del cuidado del paciente:

- 1) Su alta prevalencia entre los pacientes cardíacos.
- 2) El *distrés* psicológico muchas veces se presenta como síntomas cardíacos.
- 3) Afectan negativamente la adherencia al tratamiento.
- 4) El estrés psicológico agudo puede afectar las cardiopatías en buen o mal sentido.

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL

El médico tiene un papel muy importante en la identificación y manejo de los factores de riesgo psicosocial:

- buscándolos;
- derivando en forma apropiada a los pacientes;
- manejando las formas leves de *distrés* psicológico.

1. BÚSQUEDA DE LOS FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL ⁽³⁰⁾

Es posible mejorar su detección mediante una búsqueda sistemática. Interrogar a los pacientes acerca de aquéllos lleva implícito el mensaje de que son importantes para brindar un cuidado óptimo.

Es posible incorporar preguntas que permitan identificar factores emocionales como depresión, ansiedad y enojo; agentes estresantes crónicos como sobrecarga laboral, estrés familiar y manifestaciones somáticas que pueden estar relacionadas al estrés como fatiga y trastornos del sueño.

Preguntas abiertas para pesquisar factores de riesgo psicosocial:

- ¿Cómo diría que es su nivel de energía?
- ¿Cómo ha estado durmiendo?
- ¿Cómo ha estado su ánimo últimamente?
- ¿Tiene algún tipo de presión en el trabajo o en su casa?
- ¿Qué hace usted para relajarse después del trabajo o al final del día?
- ¿Tiene dificultad para relajarse?
- ¿Quiénes le brindan apoyo?
- ¿Hay algo personal que no hemos cubierto que desearía compartir conmigo?

2. DERIVACIÓN APROPIADA ⁽³⁰⁾

Los pacientes con *distrés* significativo o desajuste comportamental marcado deben ser derivados a especialistas para consejo, tratamiento psiquiátrico o ambos. Pero es importante seguir a estos pacientes luego de la derivación, pues es muy frecuente que abandonen los psicofármacos y la psicoterapia.

3. MANEJO DEL *DISTRÉS* PSICOLÓGICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA ⁽³⁰⁾

Presentaciones subclínicas de *distrés* psicológico como depresión menor, estrés laboral, incapacidad para relajarse y dificultad para dormir pueden ser manejados en la asistencia cardiológica habitual. En la tabla 3 se presentan intervenciones comportamentales prácticas para el manejo de los factores de riesgo psicosocial.

LA EVIDENCIA NACIONAL

Diversos estudios cualitativos realizados en nuestro medio muestran que el médico funcio-

TABLA 3. INTERVENCIONES

<i>Tipo de intervención</i>	<i>Condición a tratar</i>	<i>Intervención</i>
Ejercicio	<i>Distrés psicológico</i>	Prescripción de ejercicio, rehabilitación
Consejo nutricional	Manejo del estrés con sobrealimentación	Brinde consejo nutricional apropiado.
Entrenamiento en relajación	Estrés general y por situaciones específicas	Estimúlelo para que inicie el entrenamiento, aconseje videos u otros materiales instructivos
Manejo del estrés	Estrés general y por situaciones específicas	Recomiende vacaciones, yoga, hobbies, mascotas, música o actividades placenteras
Soporte social	Pobre soporte funcional o estructural	Brinde sugerencias sociales específicas: que se una a un grupo de caminata, se involucre en actividades altruistas, grupos de otro tipo, etcétera
Información de salud	Estrés en situaciones específicas (por ejemplo laboral, familiar) o baja educación	Información específica para la situación con libros, artículos, folletos, videos o sitios web

na como líder de opinión, con un peso importante en el momento de la consulta; sus recomendaciones encuentran, por lo tanto, a la persona en un estado especial de apertura. También surge de estos estudios que el paciente es receptivo a un médico que puede decir “no sé” o buscar referencias cuando es necesario, y esto no menoscaba la relación. Del mismo modo, la re-

lación puede afianzarse incluso cuando la figura médica no aparece como “perfecta” o “dueño de todo el saber”, sino que se enriquece a través de un vínculo de intercambio mutuo. Se puede trabajar para un nuevo paradigma en el que el paciente es considerado en un lugar “adulto” y, por ende, comprometido en un trabajo de ambos hacia el objetivo de la salud ⁽⁹⁸⁾.

Técnicas

EMPLEE TÉCNICAS DE COMUNICACIÓN, DE NEGOCIACIÓN Y DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA ⁽⁹⁹⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte enfáticamente que la salud mundial se halla frente a un enorme desafío ⁽⁴⁵⁾.

Los sistemas de salud han sido creados sobre la base del hospital, modelo muy adecuado para manejar las afecciones agudas. Este sistema, junto a cambios fundamentales del entorno (pasteurización de la leche, potabilización del agua, etcétera) consiguió prolongar la expectativa de vida en forma sustancial.

Ello ha llevado a que la carga global de enfermedad en el mundo actual sea la derivada de enfermedades crónicas tales como cardiopatías, hipertensión, depresión, asma, diabetes y patologías articulares.

Manejar las enfermedades crónicas con sistemas de salud concebidos para el manejo de cuadros agudos, hará que cada vez sea necesario invertir más dinero y los resultados serán cada vez peores, advierte la OMS.

¿CÓMO ENFRENTAR EL DESAFÍO?

Para gestionar el cambio imprescindible, la OMS recomienda:

1. Promover el cambio de paradigma.
2. Integrar, evitando la fragmentación de servicios.
3. Emplear al personal de salud de forma más efectiva*.
4. Centrar la asistencia en el paciente y su familia.
5. Ir más allá del consultorio.

* En relación con este punto, establece que es necesario desarrollar equipos y modelos de asistencia basados en evidencia, y que los diferentes profesionales de la salud deben incorporar destrezas de manejo de afecciones crónicas. Estas incluyen técnicas de comunicación avanzada, habilidades para promover cambios de comportamiento, técnicas de negociación y habilidades para educar y aconsejar en forma adecuada, y por eso constituyen una parte central en esta guía.

LA COMUNICACIÓN EFECTIVA ES PARTE CENTRAL DE LA ASISTENCIA

Se puede poseer el conocimiento más acabado, dominar el arte de diagnosticar y estar al tanto de la última evidencia, pero si no se es capaz de establecer una adecuada relación humana con el paciente, no se brindará cuidado adecuado.

CÓMO COMUNICARSE EFECTIVAMENTE

- Escuchar requiere estar tranquilo y prestar atención a la persona que está hablando. Cuando usted escucha, capta el contenido de lo que oyó. Muchos de nosotros, mientras la otra persona está hablando, estamos pensando lo que diremos a continuación. Eso no es escuchar. Muestre que está escuchando, sentado o parado a nivel ocular con el paciente.
- Siempre que sea posible realice su consulta sentado, pues muestra como si estuviera ahí para quedarse y tiene interés y paciencia. Usted debe mostrar ambas cosas aun si no es lo que está sintiendo.
- Un buen interrogatorio se basa en el mantenimiento, a través de ajustes mínimos, del equilibrio entre la narrativa de nuestro paciente y nuestra búsqueda de los detalles que necesitamos para el diagnóstico.
- La confianza es básicamente resultado de una buena comunicación. La evidencia muestra que la confianza está asociada con la calidad de la comunicación médico-paciente ⁽¹⁰⁰⁾.
- La literatura sobre mala praxis dice que los pacientes buscan otro médico o plantean un juicio cuando la comunicación es defectuosa ⁽¹⁰¹⁾.
- La evidencia muestra que la comunicación y las habilidades interpersonales son determinantes más importantes de la confianza que la competencia técnica ⁽¹⁰²⁾.
- La percepción del paciente de ser tratado con respeto, ser oído y ser comprendido le lleva a confiar en el médico.
- Mostramos respeto por el paciente y simplificamos el trabajo averiguando qué es lo que sabe sobre un problema antes de dar

explicaciones. Debemos usar un abordaje sistemático para su educación ⁽¹⁰³⁾:

- a. Averiguar lo que el paciente ya sabe.
 - b. Preguntarle qué es lo que desea saber.
 - c. Hablar en términos que el paciente comprenda.
- La mayoría de los fracasos se dan por no entender lo que él necesita saber ⁽¹⁰⁴⁾.
 - Cuando está involucrada la salud, pocos somos desapasionados; para educar exitosamente a su paciente, debe comprender qué sentimientos están unidos a la información que posee sobre su enfermedad ⁽¹⁰⁵⁾.
 - Cuantos más elementos de comunicación use, probablemente tendrá más éxito en la explicación.
 - Evite las palabras técnicas siempre que sea posible, explique los términos técnicos, haga dibujos, ofrezca folletos, señale los puntos claves.
 - Nunca hable a su paciente con superioridad.
 - Los médicos debemos explicar y educar constantemente; la misma palabra doctor significa conducir y enseñar.
 - Debemos enseñar sobre prevención, mantenimiento de la salud, diagnóstico y tratamiento.

Todos los integrantes del equipo de salud deben reforzar los mensajes preventivos en cada contacto con el paciente y su familia.

TÉCNICAS DE NEGOCIACIÓN ⁽¹⁰⁶⁻¹⁰⁹⁾

- La negociación se puede definir como la relación que establecen dos o más personas en relación con un asunto determinado con vistas a acercar posiciones y poder llegar a un acuerdo que sea beneficioso para todos.
- Una regla que debe presidir cualquier negociación es el respeto a la otra parte.
- Hay que tener muy claro que cuando se negocia, uno no se enfrenta con personas, sino con problemas. En definitiva, hay que tratar de encontrar una solución equitativa que tenga en cuenta los puntos de vista e intereses de todos los intervinientes. De este modo todos considerarán el acuerdo como algo propio y no como una solución que ha venido impuesta. Además, todos saldrán satisfechos de la negociación, con intención de cumplir lo pactado y con inte-

rés en mantener esta relación que ha resultado tan beneficiosa.

- El éxito de una negociación depende en gran medida de conseguir una buena comunicación entre las partes. Hay que cerciorarse de que la otra parte ha captado con exactitud el mensaje que uno ha transmitido.
- Una vez que se conoce con precisión la posición del interlocutor resulta más fácil buscar puntos de encuentros que satisfagan los intereses mutuos. Podremos seleccionar aquellos argumentos que respondan mejor a sus intereses
- Esto que parece obvio falla en numerosas negociaciones, siendo la principal causa de que éstas no lleguen a buen término. La causa principal de los fallos de comunicación reside generalmente en que no sabemos escuchar.
- La buena comunicación exige una escucha activa: cuando el paciente ha expuesto una idea importante conviene repetir sus palabras (“Lo que usted dice es...”) para asegurarnos que lo hemos entendido. El paciente agradecerá que le preste atención, lo que mejorará la negociación.

Un buen negociador se caracteriza por ser ⁽¹¹⁰⁾:

- **Entusiasta:** aborda la negociación con ganas, con ilusión. Aplica todo su entusiasmo y energía en tratar de alcanzar un buen acuerdo.
- **Gran comunicador:** sabe presentar con claridad su visión, consigue captar el interés de la otra parte. Se expresa con convicción.
- **Persuasivo:** sabe convencer, utiliza con cada interlocutor aquellos argumentos que sean más apropiados, los que más le puedan interesar.
- **Muy observador:** capta el estado de ánimo de la otra parte, cuáles son realmente sus necesidades, qué es lo que espera alcanzar. Detecta su estilo de negociación, “sabe” leer el lenguaje no verbal.
- **Psicólogo:** capta los rasgos principales de la personalidad del interlocutor así como sus intenciones.

Está claro que estos principios generales de negociación se aplican en su mayor parte en la relación médico-paciente.

ELABORE UN PLAN Y NEGOCIE SU SECUENCIA Y PLAZOS

- Elabore un plan de abordaje del riesgo para varios meses junto a su paciente. No pretenda modificar todos los elementos que deben ser corregidos a partir de la primera consulta.
- Para alcanzar los objetivos es necesario acordar con el paciente pequeñas metas que permitan mejorar en forma progresiva, no pretenda que alcance los valores objetivo en el corto plazo.
- No se desanime si solo se consigue un resultado parcial, pues todo descenso, por leve que sea, implica una reducción del riesgo.
- Una situación especial se da cuando el paciente ha salido de un evento agudo, pues es ese caso es más proclive a adoptar conductas saludables.

TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA ⁽¹¹¹⁾

Para tener más probabilidad de éxito en la prevención, es necesario saber si el paciente está motivado para el cambio.

Si definimos la motivación como la probabilidad de que una persona inicie, continúe y se comprometa con una estrategia específica para cambiar, vemos que como agentes de salud no sólo debemos dar consejos, sino también motivar, es decir aumentar la probabilidad de que el paciente siga unas acciones concretas cuyo objetivo es el cambio.

Esta definición nos lleva a ocho técnicas específicas para aumentar la probabilidad de conductas que promueven el cambio:

1. **Dar información y aconsejar:** un consejo dado con claridad es un elemento que estimula el cambio, para que sea efectivo debe como mínimo: identificar claramente el problema o el área problemática, explicar por qué el cambio es importante y recomendar un cambio específico ⁽¹¹²⁾.
2. **Eliminar obstáculos:** varios obstáculos pueden interferir no sólo con la entrada en el tratamiento, sino también con los esfuerzos para cambiar. Una vez que dichos obstáculos se han identificado, nuestra tarea es ayudar al paciente a resolver los problemas prácticos ⁽¹¹³⁾.
3. **Ofrecer distintas alternativas:** cuando está a nuestro alcance, es particularmente útil ya que la percepción de que uno ha elegido con libertad un curso concreto de acción, sin una influencia externa significativa o una coerción, aumenta la motivación intrínseca ⁽¹¹⁴⁾.
4. **Disminuir la deseabilidad:** es prudente pensar que un patrón de conducta que persiste a pesar de las consecuencias negativas se mantiene por otros incentivos positivos. No es necesario que estas sean consecuencias positivas reales o adecuadas, alcanza con que la persona perciba o crea que la conducta tiene recompensas positivas. Cuando se aclaren esos incentivos positivos se pueden buscar aproximaciones efectivas para disminuirlos, anularlos o compensarlos ⁽¹¹⁵⁾.
5. **Promover la empatía:** la empatía, o cómo ponerse en el lugar del otro, ayuda en muchas ocasiones a comprender por qué la persona hace lo que hace. Cuando la persona aprecia que la entendemos, se facilita de modo muy importante su proceso para cambiar ⁽¹¹⁶⁾.
6. **Proporcionar retroalimentación:** a lo largo de todo el proceso es muy importante que le devolvamos a la persona la información que recogemos sobre él, cómo lo vemos, cómo vemos su situación y cuáles son las consecuencias de su hábito ⁽¹¹⁷⁾.
7. **Clarificar los objetivos:** estos tienen que ser realistas, alcanzables y aceptados por el paciente. De poco sirve que le proponamos o él elija objetivos que nunca se pueden cumplir. Ello sería contraproducente e irrealista, porque la persona los rechazará directamente o no los cumplirá ⁽¹¹⁸⁾.
8. **Ofrecerle ayuda activa:** esto implica estar interesado de forma activa y afirmativa por el proceso de cambio del paciente. Aunque en cierto sentido es verdad que el cambio es algo en que decide el paciente, también es algo que nosotros podemos influir en gran manera sobre cómo tomar esta decisión ⁽¹¹⁹⁾.

PROCESOS DE CAMBIO

Los procesos de cambio pasan por cinco etapas, y para tener éxito es necesario actuar de forma apropiada en cada una de ellas (tabla 4).

Una vez que conoce la etapa de cambio de su paciente, las técnicas de modificación de la conducta son herramientas imprescindibles para el control del riesgo cardiovascular.

TABLA 4. PROCESOS DE CAMBIO

<i>Etapa</i>	<i>Estrategia más apropiada</i>
Precontemplación: el paciente no considera que tenga un problema, que necesite introducir un cambio en su vida, o no se ve capaz de hacerlo; rara vez acude por sí mismo a un tratamiento.	Establecer buen contacto, preguntar, incrementar la confianza. Aumentar la percepción del paciente de los riesgos y problemas de su conducta actual. Expresarle nuestra preocupación e interés y dejarle nuestra puerta abierta.
Contemplación: reconoce el problema y considera la posibilidad de cambiar pero está ambivalente y tiene dudas para hacerlo.	Ayudarle a resolver su ambivalencia fomentando el balance de pros y contras de cambiar y los riesgos de no cambiar. Reforzar su autoeficacia para el cambio de la conducta actual. Resumir sus afirmaciones que lo motivan al cambio.
Preparación: se compromete a realizar alguna acción y planifica cambiar en un futuro inmediato y tal vez ha hecho algún intento en el último año.	Clarificar los objetivos y presentarle un menú de opciones. Ayudarle a elegir la estrategia más adecuada. Negociar un plan de cambio. Ayudarle a identificar quién le puede dar apoyo social. Que informe a otras personas que tiene planes de cambiar ciertas conductas.
Acción: busca activamente el modo para cambiar sus hábitos pero todavía no ha llegado a un cambio estable.	Introducirle en un tratamiento, ayudarle en su proceso de cambio y reforzarle por sus esfuerzos. Apoyar objetivos realistas de cambio. Anticipar las dificultades que tendrá en distintos momentos para el cambio.
Mantenimiento: el reto consiste en mantener el cambio conseguido en la etapa anterior y prevenir la recaída.	Ayudarle a identificar las situaciones de alto riesgo y desarrollar estrategias de afrontamiento para ellas. Afirmar su propósito de cambio y su autoeficacia. Revisar las metas a largo plazo con la persona.
Recaída: no siempre el cambio es un proceso lineal, y el paciente que ha llegado hasta la etapa anterior puede volver a la conducta no deseada.	Ayudarle a volver a entrar en el ciclo de cambio y a que reconsidere los cambios positivos que ha logrado hasta ahora. Ayudarle a encontrar estrategias de afrontamiento alternativas. Combatir la desmoralización y mantener el contacto de apoyo. Estimúlelo, pues quien una vez ha cambiado una conducta puede volver a hacerlo.

En la tabla 5 se presentan algunas técnicas que se pueden emplear con éxito en la clínica por los diferentes integrantes del equipo de salud.

Deberían desarrollarse reuniones periódicas del equipo para analizar la evolución del paciente y para acordar los objetivos, mensajes y técnicas a emplear desde cada área de competencias.

TABLA 5. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA ⁽¹²²⁾

<i>Técnica</i>	<i>Descripción</i>
Autoregistro	El paciente registra qué, dónde y cuándo come, fuma o realiza la conducta para aumentar el conocimiento de su propio comportamiento.
Control de estímulos	Identifique los desencadenantes del hábito a cambiar y diseñe estrategias para modificar su exposición a estos estímulos.
Autocontrol	Utilice una serie de autoafirmaciones que ayuden al control de la realización de la tarea.
Reestructuración cognitiva	Cambie las percepciones, pensamientos o creencias que sabotean los esfuerzos por cambiar y ayude al paciente a fijar objetivos de cambio realistas.
Solución de problemas	Analice las situaciones que impiden el mantenimiento de un estilo de vida saludable e identifique sus posibles soluciones; haga saber al paciente que planear es la clave para el cambio y que no existe una píldora mágica
Prevenga recaídas	Haga que el paciente desarrolle habilidades para saber que la recaída puede prevenirse en algunas situaciones: viajes, fiestas, “bajones”.
Recompensas	Use recompensas (verbales o tangibles) para aumentar determinado comportamiento o al alcanzar un objetivo.
Principio de Premack	Establezca que las conductas que se emiten espontáneamente con una alta probabilidad pueden utilizarse para reforzar conductas de probabilidad menor.
Soporte social	Use el soporte de la familia y amigos del paciente para modificar el estilo de vida.
Contactos frecuentes	Estimule la consulta, el contacto telefónico o por Internet con usted y el resto del equipo de salud para promover la adherencia con las conductas recomendadas.

Evaluación

¿POR QUÉ EVALUAR?

Para saber cómo lo estamos haciendo y, más importante aun, cómo le está yendo a nuestro paciente, es necesario objetivar si el control del riesgo es adecuado ⁽¹²¹⁾.

¿QUÉ EVALUAR?

Podemos evaluar diferentes aspectos de la práctica asistencial; el abordaje más difundido en salud plantea evaluar la calidad de: estructura, proceso y resultados ⁽¹²²⁾.

Por **estructura** se entienden los medios empleados para desarrollar las tareas: esfigmomanómetro, consultorio, balanza, laboratorio de análisis clínico, etcétera.

Por **proceso** se entiende una serie de actividades relacionadas, destinadas a conseguir un fin determinado. Por ejemplo, el proceso de control de la obesidad se compone de una serie de actividades relacionadas como pesar, medir la talla, calcular el IMC, dar consejo nutricional básico, estimular la actividad física regular, derivar a nutricionista, establecer fecha de próximo control, registrar lo actuado en la historia clínica, etcétera.

El **resultado** refiere a lo que se obtiene luego de llevar a cabo las actividades planificadas: cifras de PA alcanzadas, cantidad de fruta y verdura consumida diariamente.

¿CÓMO EVALUAR?

Para evaluar la calidad de la estructura, del proceso y de los resultados del proceso asistencial se emplean indicadores que permiten objetivar los diferentes aspectos.

Un indicador es una medida cuantitativa de la presencia, ausencia o del grado de un criterio determinado y puede expresarse en forma absoluta o porcentual ⁽⁸⁵⁾. Los indicadores

adecuados son aquellos que, basados en evidencia científica, son realistas, medibles y sencillos en su formulación y en su determinación ⁽¹²³⁾.

¿CÓMO DEFINIR LOS INDICADORES?

Supongamos que se desea evaluar la calidad del manejo de la PA elevada mediante indicadores de estructura, de proceso y de resultado. Los indicadores a emplear podrían ser:

- **De estructura:** disponibilidad de esfigmomanómetro calibrado, manguitos para brazo normal y obeso, cartilla para registro de la PA por el paciente, folleto explicativo de los riesgos de la PA elevada, etcétera.
- **De proceso:** pacientes con PA registrada en la historia clínica, cantidad de historias clínicas con recomendaciones específicas en pacientes con PA elevada, registro del grado de cumplimiento en la toma de fármacos por parte del paciente, etcétera.
- **De resultado:** grado de cumplimiento del objetivo de PA definido para el paciente, porcentaje de pacientes con PA controlada a los seis meses de tratamiento, pacientes controlados con un solo antihipertensivo, etcétera.

¿REALMENTE ES NECESARIA LA EVALUACIÓN? ⁽⁹⁵⁾

La evaluación de nuestra práctica mediante indicadores es indispensable para saber cómo lo estamos haciendo y cómo les está yendo a nuestros pacientes. Un principio general establece que toda actividad es intrínsecamente valiosa, pero el mismo principio define que toda actividad puede ser mejorada. Cuantificar lo actuado constituye el punto de partida para mejorar lo que hacemos y de esa forma hacer lo mejor por nuestros pacientes.

Involúcrese (124,125)

ENTIENDA LA REALIDAD DE VIDA DE SU PACIENTE ⁽¹²⁶⁾

Controlar su riesgo cardiovascular implica un proceso complejo y dificultoso para el paciente.

Es necesario que usted como profesional trate de entender al individuo en todas sus dimensiones vitales.

Entender qué le motiva, cuáles son los problemas que le acucian, conocer la composición de su núcleo familiar, entre otros, son elementos centrales para poder ayudarle en el proceso de cambio ⁽¹²⁷⁻¹²⁹⁾.

INTENTE PONERSE EN SU LUGAR

Conociendo a su paciente en su globalidad, trate de ponerse en su lugar y vea cuáles son los elementos que contribuyen a su estilo de vida.

ACOMPÁÑELO, APÓYELO, ESTIMÚLELO

Su apoyo es esencial, no sea punitivo, estimule los logros aunque sean pequeños, apóyelo en los fracasos como punto de partida para la mejora.

Si usted se coloca como un observador externo y no demuestra con hechos estar del lado del paciente, difícilmente este pueda tener éxito en el control del riesgo cardiovascular.

Sea un ejemplo en el manejo de su propio riesgo ⁽¹³⁰⁾

- Todos aprendemos más por el ejemplo que por los consejos.
- Como profesionales de la salud debemos ser un modelo en la forma de abordar nuestro propio riesgo cardiovascular.
- Por ello es necesario que no fumemos, seamos físicamente activos, adoptemos un estilo alimentario saludable y tratemos de mantener un peso adecuado.

Los pacientes deben ver nuestra actitud hacia el autocuidado.

Ello es particularmente importante cuando los pacientes tienen conocimiento de nuestra vida fuera de la consulta.

La idea no es que todos estemos en condiciones óptimas, se trata de que los pacientes perciban el esfuerzo en controlar nuestro propio riesgo; de esa forma seremos creíbles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Teo KK, Ounpuu S, Hawken S, Pandey MR, Valentin V, Hunt D, et al.** Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study. *Lancet* 2006; 368: 647-58.
2. **Waxman A; World Health Assembly.** WHO global strategy on diet, physical activity and health. *Food Nutr Bull* 2004; 25: 292-302.
3. **MSP, Programa Nacional de Nutrición.** Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya. Montevideo: MSP, 2005.
4. **Who World Health Organization; Food and Agriculture Organization of the United Nations.** Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases. Who technical report series 916, report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation on. (monografía en línea) Geneva: WHO, FAO, 2002. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/005/AC911E/ac911e00.HTM> (Accedido 27/2/09)
5. **Sociedad Uruguaya de Aterosclerosis, Sociedad Uruguaya de Cardiología.** 1er Consenso nacional de aterosclerosis. Recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la aterosclerosis. Montevideo: SUA, SUC, 2004.
6. **Larson E, Yao X.** Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005; 293: 1100-6.
7. **McLeod ME.** The caring physician: a journey in self-exploration and self-care. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 2135-8.
8. **Lobelo F, Duperly J, Frank E.** Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med* 2009; 43: 89-92.
9. **Grupo Multidisciplinario de Riesgo Cardiovascular Absoluto.** Recomendaciones para la prevención de la enfermedad coronaria y otras afecciones ateroscleróticas. Montevideo, 1999
10. **Antithrombotic Trialists' Collaboration.** Collaborative meta analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324: 71-86.
11. **Costa J, Borges M, David C, Vaz A.** Efficacy of lipid lowering drug treatment for diabetic and non-diabetic patients: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2006; 332: 1115-24.
12. **Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators.** Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005; 366: 1267-78.
13. **Di Angelantonio E, Danesh J, Eiriksdottir G, Gudnason V.** Renal function and risk of coronary heart disease in general populations: new prospective study and systematic review. *PLoS Med* 2007; 4: e270.
14. **Wilson P, PW, D'Agostino RB, Levy D, Belanger AM, Silbershatz H, Kannel WB.** Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. *Circulation* 1998; 97: 1837-47.
15. **Elley CR, Kerse N, Arroll B, Robinson E.** Effectiveness of counselling patients on physical activity in general practice: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2003; 326: 793.
16. **Manson J, Skerrett P, Greenland P, VanItallie T.** The escalating pandemics of obesity and sedentary lifestyle. *Arch Int Med* 2004; 164: 249-58.
17. **Sandoya E, Schettini C, Bianchi M, Senra H.** Elementos asociados al buen control de la presión arterial en individuos hipertensos. *Rev Urug Cardiol* 2005; 20: 86-93.

18. **American Diabetes Association.** Position Statement. Standards of Medical Care for Patients with Diabetes Mellitus. *Diab Care* 2002; 25 (Suppl.1): S33-49.
19. **Kannel WB, Gordon T, Offutt D.** Left ventricular hypertrophy by electrocardiogram: prevalence, incidence, and mortality in the Framingham Study. *Ann Intern Med* 1969; 71: 89-105.
20. **Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al; INTERHEART Study Investigators.** Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364: 937-52.
21. **Hurst R, Lee R.** Increased incidence of coronary atherosclerosis in type 2 diabetes mellitus: mechanisms and management. *Ann Intern Med* 2003; 139: 824-34.
22. **Diabetes mellitus: a major risk factor for cardiovascular disease.** A joint editorial statement by the American Diabetes Association; The National Heart, Lung, and Blood Institute; The Juvenile Diabetes Foundation International; The National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; and The American Heart Association. *Circulation* 1999; 100: 1132-3.
23. **Brotons C.** Mejoremos la predicción del riesgo coronario en España. *Rev Esp Cardiol* 2003; 56: 225-7.
24. **Myers RH, Kiely DK, Cupples LA, Kannel WB.** Parental history is an independent risk factor for coronary artery disease: the Framingham Study. *Am Heart J* 1990; 120: 963-9.
25. **Lanas F, Avezum A, Bautista L, Díaz R, Luna M, Islam S, Yusuf S for the INTERHEART investigators in Latin America.** Risk factors for acute myocardial infarction in Latin America. *Circulation* 2007; 115: 1067-74.
26. **Wilson PW, Bozeman SR, Burton TM, Hoaglin DC, Ben-Joseph R, Pashos CL.** Prediction of first events of coronary heart disease and stroke with consideration of adiposity. *Circulation* 2008; 118: 124-30.
27. **Internacional Diabetes Federation.** The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome (monografía en línea) Brussels: IDF, 2006. Disponible en: http://www.idf.org/webdata/docs/MetS_def_update2006.pdf (Accedido el 23/2/09)
28. **Fuller J, Shipley M, Rose G, Jarrett R, Keen H.** Coronary-heart disease risk and impaired glucose tolerance: the Whitehall Study. *Lancet* 1980; 1: 1373-6.
29. **Levy D, Salomon M, D'Agostino R, et al.** Prognostic implications of baseline electrocardiographic features and their serial changes in subjects with left ventricular hypertrophy. *Circulation* 1994; 90: 1786-93.
30. **Dimsdale J.** Psychological stress and cardiovascular disease. *J Am Coll Cardiol* 2008; 51: 1237-46.
31. **Chapman RH, Benner JS, Petrilla AA, Tierce JC, Collins SR, Battleman DS, et al.** Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. *Arch Intern Med* 2005; 165: 1147-52.
32. **Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al; American College of Sports Medicine; American Heart Association.** Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116: 1081-93.
33. **Velicer WF, Martin RA, Collins LM.** Latent transition analysis for longitudinal data. *Addiction* 1996; 91: 197-209 (Suppl.)
34. **World Health Organization.** Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO Consultation. Geneva, World Health Org, 2000 (Tech. Rep. Ser., no. 894).
35. **Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al.** National Heart, Lung, and Blood Institute Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003; 289: 2560-72.
36. **American Diabetes Association.** Position Statement. Screening for Diabetes. *Diab Care* 2002; 25(Suppl.1): S2 1-4.
37. **National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults.** Third Report of the Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *Circulation* 2002; 106: 3143-421.
38. **Okin PM, Devereux RB, Jern S, Kjeldsen SE, Julius S, Nieminen MS, et al; LIFE Study Investigators.** Regression of electrocardiographic left ventricular hypertrophy during antihypertensive treatment and the pre-

- diction of major cardiovascular events. *JAMA* 2004; 292: 2343-9.
39. **Wachtell K, Okin PM, Olsen MH, Dahlöf B, Devereux RB, Ibsen H, et al.** Regression of electrocardiographic left ventricular hypertrophy during antihypertensive therapy and reduction in sudden cardiac death: the LIFE Study. *Circulation* 2007; 116: 700-5.
 40. **Mathew J, Sleight P, Lonn E, Johnstone D, Pogue J, Yi Q, et al; Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) Investigators.** Reduction of cardiovascular risk by regression of electrocardiographic markers of left ventricular hypertrophy by the angiotensin-converting enzyme inhibitor ramipril. *Circulation* 2001; 104: 1615-21.
 41. **Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L.** The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2005 45: 637-51.
 42. **McGauley G, Campbell C.** Doctor-patient relationships in chronic illness: insights from forensic psychiatry. *BMJ* 2005; 337: 667-70.
 43. **Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K.** Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288: 2469-75.
 44. **Hyman DJ, Pavlik VN, Taylor WC, Goodrick GK, Moye L.** Simultaneous vs sequential counseling for multiple behavior change. *Arch Intern Med* 2007; 167: 1152-8.
 45. **Organización Mundial de la Salud.** Cuidado innovador para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. OMS, OPS, 2002.
 46. **Coleman T.** Cessation interventions in routine health care. *BMJ* 2005; 328: 631-3.
 47. **The Clinical Practice Guideline Treating Tobacco Use and Dependence 2008 Update Panel, Liaisons, and Staff.** A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *Am J Prev Med* 2008; 35: 158-76.
 48. **Prochaska JO, Velicer WF, Fava JL, Ruggerio L, Laforge RG, Rossi JS, et al.** Counselor and stimulus control enhancements of a stage-matched expert system intervention for smokers in a managed care setting. *Preventive Medicine* 2001; 32: 22-32.
 49. **Coleman T.** Special groups of smokers. *BMJ* 2004; 328: 575-7.
 50. **West R.** Assessment of dependence and motivation to stop smoking. *BMJ* 2004; 328: 338-9.
 51. **Mottillo S, Filion KB, Bélisle P, Joseph L, Gervais A, O'Loughlin J, et al.** Behavioural interventions for smoking cessation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Eur Heart J* 2009; 30: 718-30.
 52. **Coleman T.** Use of simple advice and behavioral support. *BMJ* 2004; 328: 397-9.
 53. **WHO Tobacco Free Initiative.** Building blocks for tobacco control: a handbook. Geneva: WHO, 2004
 54. **Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al; American College of Sports Medicine; American Heart Association.** Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116: 1081-93.
 55. **SPARC.Sport & Recreation New Zealand.** Green prescription (Sitio Web).2008. Disponible en : <http://www.sparc.org.nz/getting-active/green-prescription/overview> (Accedido el 25/02/2009).
 56. **Young A, Dinan S.** Activity in later life. *BMJ* 2005; 330: 189-91.
 57. **Nelson ME, Rejeski WJ, Blair SN, Duncan PW, Judge JO, King AC, et al; American College of Sports Medicine; American Heart Association.** Physical activity and public health in older adults: recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116: 1094-105.
 58. **Wagner A, Simon C, Evans A, Ferrières J, Montaye M, Ducimetière P, et al.** Physical activity and coronary event incidence in Northern Ireland and France: the Prospective Epidemiological Study of Myocardial Infarction (PRIME). *Circulation* 2002; 105: 2247-52.
 59. **Pate RR, Pratt M, Blair SN, Haskell WL, Macera CA, Bouchard C, et al.** Physical activity and public health. A recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995 1; 273: 402-7
 60. **Miller RR, Sales AE, Kopjar B, Fihn SD, Bryson CL.** Adherence to heart-healthy behaviors in a sample of the U.S. population. *Prev Chronic Dis* 2005; 2: A18.
 61. **Ministerio de Sanidad y Consumo de España.** Plan integral de cardiopatía isquémica 2004-2007. (monografía en línea).Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003. Disponible en <http://www.sorecar.org/plan.pdf>. (Accedido el 26/2/09)

62. **Borg G.** Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 1982; 14:3 77-81.
63. **Smith SC Jr.** How the health care system can influence cardiovascular disease risk factors. *Prev Med* 1999; 29: S66-71.
64. **Borg GAV.** Psychophysical basis of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc* 1982; 14: 377-81.
65. **Cant RP, Aroni RA.** Exploring dietitians' verbal and nonverbal communication skills for effective dietitian-patient communication. *Hum Nutr Diet* 2008; 21: 502-11.
66. **Joshi K.** The effect of fruit and vegetable intake on risk for coronary heart disease. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1106-14.
67. **Mozaffarian D, Katan M, Ascherio A, Stampfer M, Willett W.** Trans fatty acids and cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2006; 354: 1601-13.
68. **Ashley J.** Weight control in the physician's office. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1599-604.
69. **Haslam D, James P.** Obesity. *Lancet* 2005; 366: 1197-209.
70. **Hitchcock P, Pugh J.** Management of overweight and obese adults. *BMJ* 2002; 325: 757-61.
71. **Bray GA.** Obesity is a chronic, relapsing neurochemical disease. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2004; 28: 34-8.
72. **Oliveria SA, Lapuerta P, McCarthy BD, L'Italien GJ, Berlowitz DR, Asch SM.** Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *Arch Intern Med* 2002 25; 162: 413-20.
73. **Coelho EB, Moysés Neto M, Palhares R, Cardoso MC, Geleilate TJ, Nobre F.** Relationship between regular attendance to ambulatory appointments and blood pressure control among hypertensive patients. *Arq Bras Cardiol* 2005; 85: 157-61.
74. **Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD, Casson RI, Lam M, MacDonald SE, et al.** Randomised equivalence trial comparing three month and six month follow up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004; 328: 204.
75. **National Kidney Foundation.** K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification. *Am J Kidney Dis* 2002; 39(2 Suppl 1): S1-266.
76. **Bovet P, Hungerbuhler P, Quilindo J, Grettve ML, Waerber B, Burnand B.** Systematic difference between blood pressure readings caused by cuff type. *Hypertension* 1994; 24: 786-92.
77. **Pickering T, Hall J, Appel L, Falkner B.** Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans and Experimental Animals. *Hypertension* 2005; 45: 142-61.
78. **Staessen J, Wang J, Thies L.** Cardiovascular protection and blood pressure reduction: a meta-analysis. *Lancet* 2001; 358: 1305-15.
79. **Rosendorff C, Black HR, Cannon CP, Gersh BJ, Gore J, Izzo JL Jr, et al.** American Heart Association Council for High Blood Pressure Research; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention. Treatment of hypertension in the prevention and management of ischemic heart disease: a scientific statement from the American Heart Association Council for High Blood Pressure Research and the Councils on Clinical Cardiology and Epidemiology and Prevention. *Circulation* 2007; 115: 2761-88.
80. **Rorke J, Richardson S.** Evidence based management of hypertension: What to do when blood pressure is difficult to control. *BMJ* 2001; 322: 1229-32.
81. **Pignone E, Mulrow C.** What are the elements of good treatment for hypertension? *BMJ* 2001; 322: 1107-9.
82. **Collins R, Peto R, MacMahon S, Herbert P.** Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2, Short-term reductions in blood pressure: overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827-38.
83. **Sandoya E.** Auto-auditoría: control de lípidos y de presión arterial en pacientes en prevención secundaria. *Rev Urug Cardiol* 2007; 22: 243-8.
84. **Heart Protection Study Collaborative Group.** MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20536 high-risk individuals: a randomised placebo controlled trial. *Lancet* 2002; 360: 7-22.
85. **Coulter A, Entwistle V, Gilbert D.** Sharing decisions with patients: is the information good enough? *BMJ* 1999; 318: 318-22.
86. **Nair BR, Finucane PM.** Reforming medical education to enhance the management of chronic disease. *Med J Aust* 2003; 179: 257-9.
87. **Food and Drug Administration.** Consumer Education: Ensuring Safe Use of Medicine. All graphics and other media. (Página Web) 2008. Disponible en: <http://www.fda.gov/cder/consu->

- merinfo/ensuring_safe_use_all_resources.htm#interactions (Accedido el 25/02/2009)
88. **Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, McDonald HP, Yao X.** Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;(2): CD000011.
 89. **Haynes RB, McKibbin KA, Kanani R.** Systematic review of randomised trials of interventions to assist patients to follow prescriptions for medications. *Lancet* 1996; 348: 383-6.
 90. **Lee JK, Grace KA, Taylor AJ.** Effect of a pharmacy care program on medication adherence and persistence, blood pressure, and low-density lipoprotein cholesterol: A randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 296:2563-71
 91. **Issetts BJ, brown LM, Schondelmeyer SW, Lenarz LA.** Quality assessment of a collaborative approach for decreasing drug-related morbidity and achieving therapeutic goals. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1813-20.
 92. **Holman H.** Chronic disease: the need for a new clinical education. *JAMA* 2004; 292: 1057-9.
 93. **Darer JD, Hwang W, Pham HH, Bass EB, Anderson G.** More training needed in chronic care: a survey of US physicians. *Acad Med* 2004; 79: 541-8.
 94. **Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG.** Five year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation* 2002; 105: 1049-53.
 95. **Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine.** Crossing the quality chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington D.C: Institute of Medicine, 2001.
 96. **Teutsch C.** Patient-doctor communication. *Med Clin North Am* 2003; 87: 1115-45.
 97. **Rozanski A, Blumenthal JA, Davidson KW, Saab PG, Kubzansky L.** The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: The emerging field of behavioral cardiology. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45: 637-51.
 98. **Massonier V.** Están pasando cosas. Montevideo: Macrotendencias, 2008.
 99. **Duffy FD, Gordon GH, Whelan G, Cole-Kelly K, Frankel R, Buffone N, et al; Participants in the American Academy on Physician and Patient's Conference on Education and Evaluation of Competence in Communication and Interpersonal Skills.** Assessing competence in communication and interpersonal skills: the Kalamazoo II report. *Acad Med* 2004; 79: 495-507.
 100. **Platt FW, Gordon GH.** Field Guide to the Difficult Patient Interview. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999.
 101. **Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM.** Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553-9.
 102. **Park M, Park R.** The fine art of patient-doctor relationships. *BMJ* 2004; 329: 1475-80.
 103. **Little P, Dorward M, Warner G, Stephens K, Senior M, Moore M.** Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004; 328: 444.
 104. **Wensing M, Elwyn G.** Methods for incorporating patients' views in health care. *BMJ* 2003; 326: 877-80.
 105. **Kennedy J.** "Doc, tell me what I need to know"—a doctor's perspective. *BMJ* 2003; 327: 862-3.
 106. **Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice.** European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary. *Eur Heart J* 2007; 28: 2375-414.
 107. **Whitehead D.** A social cognitive model for health education/health promotion practice. *J Adv Nurs* 2001; 36: 417-25.
 108. **A Joint effort of Management Sciences for Health and the United Nations Children's Fund; UNICEF.** Negotiation Techniques. (Página Web) 1998. Disponible en: <http://erc.msh.org/quality/ittools/itnegot2.cfm>. (Accedido el 27/2/09).
 109. Win-Win Negotiation (Página Web) 2008. Disponible en : <http://www.mindtools.com/CommSkll/NegotiationSkills.htm> (Accedido el 27/2/09).
 110. Negotiation Techniques (monografía en línea) 3rd ed: Professional Convention Management Association. Diponible en: http://www.idsa.org/Connex/PDFs/Event_Planning/check_Negotiation.pdf. (Accedido el 27/2/09).
 111. **Grover SA, Lowensteyn I, Joseph L, Kaouache M, Marchand S, Coupal L, et al; Cardiovascular Health Evaluation to Improve Compliance and Knowledge Among Uninformed Patients (CHECK-UP) Study Group.** Patient knowledge of coronary risk profile improves the effectiveness of dyslipidemia therapy: the CHECK-UP study: a ran-

- domized controlled trial. *Arch Intern Med* 2007; 167: 2296-303.
112. **Heisler M, Bouknight RR, Hayward RA, Smith DM, Kerr EA.** The relative importance of physician communication, participatory decision making, and patient understanding in diabetes self-management. *J Gen Intern Med* 2002; 17: 243-52.
113. **Wens J, Vermeire E, Royen PV, Sabbe B, Denekens J.** GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. *BMC Fam Pract.* 2005 May 12; 6: 20.
114. **Cooper LA, Roter DL, Johnson RL, Ford DE, Steinwachs DM, Powe NR.** Patient-centered communication, ratings of care, and concordance of patient and physician race. *Ann Intern Med* 2003; 139: 907-15.
115. **Orth-Gomér K.** Psychosocial and behavioral aspects of cardiovascular disease prevention in men and women. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 147-51.
116. **Coulehan JL, Platt FW, Egner B, Frankel R, Lin CT, Lown B, et al.** Let me see if I have this right...": Words that help build empathy. *Ann Intern Med* 2001; 135: 221-7.
117. **Mead N, Bower P.** Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 2002; 48: 51-61.
118. **Pearson GJ, Olson KL, Panich NE, Majumdar SR, Tsuyuki RT, Gilchrist DM, et al.** Maintenance of improved lipid levels following attendance at a cardiovascular risk reduction clinic: a 10-year experience. *Vasc Health Risk Manag* 2008; 4: 1127-35.
119. **Naik AD, Kallen MA, Walder A, Street RL Jr.** Improving hypertension control in diabetes mellitus: the effects of collaborative and proactive health communication. *Circulation* 2008; 117: 1361-8.
120. **Leahy RL.** *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide.* New York: Guilford Press, 2003.
121. **Farahani P, Levine MJ.** Goal attainment for multiple cardiovascular risk factors in community-based clinical practice (a Canadian experience). *Eval Clin Pract* 2009; 15: 212-6.
122. **Donabedian A.** Evaluating the quality of medical care. *M Mem Fun Quat* 1966; 44: 166-206.
123. **Glaziou P, Irwig L, Mant D.** Monitoring in chronic disease: a rational approach. *BMJ* 2005; 330: 644-8.
124. **Halpern J.** What is clinical empathy? *J Gen Intern Med* 2003; 18: 670-4.
125. **Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, Paul L, Gilbert TC, Fontan G, et al.** The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns* 2007; 66: 29-36.
126. **Fuertes JN, Boylan LS, Fontanella JA.** Behavioral indices in medical care outcome: the working alliance, adherence, and related factors. *J Gen Intern Med* 2009; 24: 80-5.
127. **Larson E, Yao X.** Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA* 2005; 293: 1100-6.
128. **Halpern J.** Empathy and patient-physician conflicts. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 696-700.
129. **Weng HC.** Does the physician's emotional intelligence matter? Impacts of the physician's emotional intelligence on the trust, patient-physician relationship, and satisfaction. *Health Care Manage Rev* 2008; 33: 280-8.
130. **Forsythe M, Calnan M, Wall B.** Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ* 1999; 319: 605-8.