Artículos de revisión

Recomendaciones educativas para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares

EDUCATIONAL RECOMMENDATIONS FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF CARDIOVASCULAR DISEASES

Alfredo Darío Espinosa Brito[1]

[1] Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba

Cómo citar este artículo:
Espinosa-Brito A. Recomendaciones educativas para la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2011 [citado 2025 Jul 12]; 1(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/22

Resumen

Cada vez parece más evidente que para brindar un cuidado efectivo a las personas con enfermedades cardiovasculares, o en riesgo de padecerlas, tanto los pacientes, como sus familiares y los profesionales sanitarios, deben expandir sus competencias profesionales, para lograr resultados favorables. En este trabajo se plantean y justifican cuatro recomendaciones educativas relacionadas con el paciente, la familia y los profesionales de la salud, así como se proponen acciones para llevarlas a la práctica en el contexto latinoamericano actual. Se sugiere capacitar al personal sanitario para brindar una asistencia integral y un cuidado centrado en el paciente, a través de una educación continuada apropiada, para poder educar, al mismo tiempo, a los pacientes y sus familiares. También se aboga por promover sistemas organizados para educar a las personas en riesgo y a los pacientes con enfermedades cardiovasculares y de este modo favorecer su propio control y autocuidado. Finalmente, se plantea la educación a la población en la identificación temprana de los síntomas de las urgencias cardiovasculares para obtener mejores resultados en la asistencia médica en esos casos.

Palabras clave: enfermedades cardiovasculares, prevención de enfermedades, educación en salud, primeros auxilios

Abstract

It seems increasingly obvious that providing effective care for people suffering from or at risk of cardiovascular disease, be it patients, their families or their health professionals, should be useful to expand their professional skills and to achieve better results. In this paper, we present and justify four educative recommendations related to patients, families and health professionals. Actions to implement them in the current Latin American context are also provided. It is suggested to train health professional to provide general and patient-centered care through a continuous and appropriate education process involving both, patients and their families. Organized systems are also promoted as a resource to educate people at risk and patients with cardiovascular disease, thus promoting their self-control and self-care. Finally, there is population education in the early identification of symptoms of cardiovascular emergencies as a useful resource to obtain better results in health care in such cases.

Recibido: 2011-01-14 12:19:31
Aprobado: 2011-01-23 07:45:06

Correspondencia: Alfredo Darío Espinosa Brito. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" Cienfuegos espinosa@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares cuando se presentan en forma epidémica no se controlan con tecnologías y medicamentos. Los hospitales podrán seguir recibiendo mejores equipos y nuevos medicamentos, con lo que disminuirá el número de fallecidos por estas causas en esas instituciones, pero no el número de los que enferman.[1]

Cada vez parece más evidente que, para brindar un cuidado efectivo a las personas con afecciones cardiovasculares, o en riesgo de padecerlas, tanto sus familiares como los profesionales sanitarios deben expandir sus competencias profesionales, con énfasis en las educativas, para lograr resultados favorables. Por otra parte, estas entidades tienen características propias, pues, además de cumplir con todos los criterios para ser enfermedades crónicas, durante sus crisis, comparten también muchas de las particularidades de los problemas agudos, e inclusive "catastróficos", de salud.[2-10]

Las enfermedades cardiovasculares, en conjunto, representan aproximadamente el 20 % del total de defunciones en América, el porcentaje más alto entre las causas principales de defunción en todas las subregiones y países de la región.[11] Sin embargo, debido a que los pueblos tienen orígenes étnicos diferentes y a que las altas tasas de migración han influido en sus características genéticas, así como a los distintos grados de desarrollo humano integral, los modos, condiciones y estilos de vida no son homogéneos, lo que hace que estos países constituyan un verdadero mosaico demográfico, económico, social y epidemiológico. Esto ha llevado a algunos a preguntarse si en la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares deben aplicarse los mismos criterios en América Latina que en Europa y Norteamérica.[12] También se ha insistido en la necesidad de generar evidencias propias a través de investigaciones regionales, con intervenciones de tipo socioeducativas, laborales y psicológicas, con intensa participación comunitaria y financiación oficial, como una premisa fundamental en los próximos años, antes de que la creciente problemática de las enfermedades no transmisibles, en general, y las cardiovasculares, en particular, sea una realidad imposible de modificar y extremadamente difícil de paliar.

No obstante, actualmente hay una serie de evidencias que hacen recomendar un grupo de acciones generales educativas, que permitirían evitar o retrasar la carga de enfermedad y muerte que hoy provocan estas afecciones, situación que pudiera incrementarse en el futuro, de no actuarse desde ya.[13-39]

En este trabajo, a partir de la revisión de la literatura y de la experiencia previa en el tema,[1] se plantean y justifican cuatro recomendaciones educativas relacionadas con el paciente, la familia y los profesionales de la salud, así como se proponen acciones para llevarlas a la práctica en el contexto latinoamericano actual. Aunque aquí se refieren de modo más directo a las enfermedades cardiovasculares, este enfoque puede servir de modelo y extrapolarse con pequeños cambios al enfrentamiento de otros problemas importantes de salud, sobre todo en el campo de las enfermedades crónicas.

DESARROLLO

Recomendación I: Capacitar al personal sanitario, con énfasis en los que trabajan en la atención primaria de salud, para una asistencia integral y un cuidado centrado en el paciente, a través de una educación continuada apropiada.

Objetivo:Mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios en competencias relacionadas con la asistencia integral y el cuidado centrado en el paciente.

Se requiere considerar la atención a los pacientes y el papel del profesional que cuida, desde la más amplia perspectiva, incluyendo la estrategia poblacional, la integración multinivel del sistema de salud y la asistencia continuada. Además, las revisiones sistemáticas muestran que el cuidado centrado en el paciente obtiene mejores resultados en la adherencia terapéutica, reduce la morbilidad y mejora la calidad de vida de los pacientes.[40]
Estas capacidades, habilidades y destrezas se reflejan en cinco competencias básicas, que se deben lograr en todos los profesionales que atienden pacientes con enfermedades cardiovasculares:[41]

1. Atención centrada en el paciente.
2. Trabajo en equipo, alianzas.
3. Mejoramiento de la calidad.
4. Tecnologías de la información y la comunicación, incluyendo el acceso a las mejores evidencias disponibles en un

momento dado.

5. Perspectiva de salud pública.

El enfoque de la atención centrada en el paciente, con la perspectiva de incrementar su compromiso en la adopción de conductas que mejoren su salud y retrasen las complicaciones, pudiera ser especialmente importante en contextos de bajos recursos, donde hay limitaciones en el número de los trabajadores de salud, así como en los suministros de medicamentos y equipos y donde los escasos recursos tienen un impacto adverso particular.

Hay que considerar también que cada vez se aboga más por una asistencia basada en las mejores evidencias disponibles para cada caso, con el auxilio de revisiones sistemáticas, como el uso de herramientas auxiliares potentes en la práctica clínica de guías, protocolos, algoritmos y otros, que hay que adecuar a cada contexto, incluyendo la calidad de la competencia y el desempeño de los profesionales de que se dispone y la organización de los servicios de salud, en cada lugar.[42-59]

Actividades que se proponen:

- Reformas en las universidades médicas para rediseñar la formación integral de los profesionales de la salud que se requieren.
- Patrocinio de las sociedades científicas que adopten y divulguen esta visión en declaraciones y documentos, y que la incluyan como temática en congresos y jornadas científicas.
- Implementación y ejecución de diversas modalidades de educación continuada y entrenamiento sistemático de los profesionales de la salud.
- Introducción de los conceptos del “modelo de cuidado a enfermos crónicos” (chronic care model) en los servicios de atención primaria que asisten pacientes con afecciones cardiovasculares.
- Elaboración y aplicación de Guías de Práctica Clínica, basadas en las mejores evidencias disponibles y periódicamente actualizadas, sobre los factores de riesgo y enfermedades que se pretenda intervenir.

Recomendación II: Capacitar y certificar al personal sanitario, con énfasis en los que trabajan en la atención primaria de salud, para la educación de los pacientes y familiares.

Objetivo: Mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios en actividades de comunicación y educativas con pacientes y familiares.

Las recomendaciones que se emitan en relación a la salud — sobre todo cuando no se puede hacer una segmentación previa de las audiencias —,[*]para que sean eficaces, deben ser claras, lo más abarcadoras posibles y tratar de incluir sólo información que recoja las evidencias aceptadas universalmente en un momento dado. Esto se debe a que la conducta humana que se pretende educar o transformar positivamente, depende no sólo de la transmisión de conocimientos, sino de muchos otros factores, entre los más importantes: los subjetivos de la persona, su jerarquía de valores, sus condiciones de vida y su nivel educacional, los factores interpersonales de la relación de familia, los que dependen de las interrelaciones con el resto de los miembros de la comunidad, y los relacionados con los servicios de salud.[60]

Por ello, para enfrentar la capacitación de los profesionales sanitarios en este campo, debe concebirse el problema de las enfermedades cardiovasculares y el riesgo cardiovascular, como un fenómeno histórico-social-psicológico, determinado por las condiciones socio-económicas, por el carácter de las relaciones sociales y culturales en su conjunto, que expresan la posición que el individuo ocupa en su comunidad y, como tal, el comportamiento que se deriva de ese lugar, así como las especificidades personales internas, todo lo que explica el significado que la realidad alcanza para las personas en función de sus motivos y necesidades.[61-71]

Las acciones que han demostrado mayor eficacia en este sentido, se basan más en la comunicación social en salud que en la tradicional educación sanitaria.[**]

Actividades que se proponen:

- Educación continuada en comunicación social en salud para el personal sanitario.
- Aplicación de Guías de Práctica Clínica que incluyan contenidos relacionados con actividades educativas.

Recomendación III: Promover sistemas organizados para educar a las personas en riesgo y a los pacientes con enfermedades cardiovasculares y favorecer su propio control y autocuidado.

Objetivo: Responsabilizar tanto a las autoridades, como a los profesionales sanitarios, en la educación de las personas en riesgo y de los enfermos con afecciones cardiovasculares y sus familiares.

En las Américas, el progreso en la educación ha sido considerable en los últimos 25 años, medido según la tasa de alfabetización, que ha aumentado de 88 % en los años ochenta hasta alrededor de 94 % en 2006. Sin embargo, el progreso educativo no ha sido uniforme en todos los grupos de población: las mujeres todavía tienen tasas de alfabetización inferiores a las de los hombres; los residentes de las zonas rurales presentan tasas más bajas que sus homólogos de las zonas urbanas y los pobres están menos alfabetizados que los ricos. Aún así, el acceso a la educación está mejorando en toda América Latina y el Caribe, como lo indica el aumento de la matrícula neta en la educación primaria tanto para los varones como para las niñas, que pasó de 86 % en 1990 a 95 % en 2004.[11]

Un aspecto muy importante de la educación a los pacientes, es enseñarlos a conocer sus problemas de salud, a responsabilizarse con su propio control y autocuidado. Hay que tener en cuenta que, muchas veces, los que padecen de una enfermedad cardiovascular, también presentan otras “intercurrentes” (comorbilidad), situación que aumenta con la edad y que hay que atender diferenciadamente.

El tema del cumplimiento de las prescripciones médicas, en tanto comportamiento humano relacionado con la salud y la enfermedad, ha sido objeto de una atención variable por los profesionales de salud. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud reconoce la elevada magnitud que presentan las deficiencias en la adherencia terapéutica, así como sus repercusiones para la salud de la población, y considera que su atención debe ser una estrategia de trabajo priorizada por los sistemas de salud, los científicos e investigadores de las disciplinas de las ciencias de la salud.[72, 74]

La no adherencia también incluye la ausencia a consultas de seguimiento e interconsultas, la modificación deficiente de hábitos y estilos de vida necesarios para el mejoramiento de la enfermedad y la práctica de la automedicación. En este proceso influyen factores demográficos, sociales, económicos, familiares, individuales, propios de las características de la enfermedad y el tratamiento, las particularidades de la organización de los servicios de salud, así como la calidad de la atención médica y, en especial, lo referido a la comunicación establecida entre profesionales y pacientes. [***]

Los médicos, las enfermeras y los farmacéuticos deberían dedicar tiempo suficiente para asesorar a los pacientes acerca de la adherencia al tratamiento y sus ventajas, así como advertirle sobre las desventajas de la no adherencia. Si el médico no tiene tiempo suficiente para esta explicación, debe delegar esta tarea en otros profesionales sanitarios, pero una información completa y comprensible debería siempre realizarse.[74]

Se han comprobado proporciones elevadas de no adherencia, tanto de las personas en riesgo como las enfermas, a las indicaciones de los tratamientos que se indican por parte de los profesionales de la salud, con las consecuencias negativas que esta situación acarrea. Tanto las personas en riesgo como los enfermos, cuando son educados, tienen mejor control de su dieta, de su actividad física, de su presión arterial, del nivel de glucosa o lípidos en sangre, lo que se traduce en una menor probabilidad de abandonar los tratamientos indicados, disminuye la morbilidad grave, o la retrasa, o disminuye la mortalidad prematura, por lo que existe consenso en que una educación adecuada de enfermos y personas en riesgo debe priorizarse entre las futuras acciones de salud.[75-79]

Actividades que se proponen:

- Selección de mensajes basados en las mejores evidencias, con adecuación a los diferentes contextos.
- Consejo médico cara a cara (dieta, ejercicio físico, tabaco, adherencia al tratamiento).
- Consejo por personal de enfermería, por otro personal sanitario y por promotores de salud.
- Cálculo de riesgo individual según tablas, escalas, índices pronósticos.
- Trabajar con material educativo variado: afiches, posters, trípticos, folletos, libros.

- Situar línea telefónica para consultas.
- Explotación de los medios masivos de comunicación (radio, televisión, prensa escrita).
- Hacer uso de tecnologías modernas de la comunicación: videos, multimedias, juegos, Internet, correo electrónico.
- Brindar asesoría a grupos comunitarios de autoayuda, redes, etc.

Recomendación IV: Educar a la población, particularmente a la de alto riesgo, en la identificación temprana de los síntomas de las urgencias cardiovasculares (con énfasis en el síndrome coronario agudo, el edema agudo pulmonar y los accidentes vasculares encefálicos).

Objetivo: Lograr la consulta de los pacientes a las unidades de urgencia y emergencia en el menor tiempo posible después de iniciados los síntomas.

La letalidad durante las primeras horas de un síndrome coronario agudo, un edema agudo pulmonar y algunos casos de accidentes vasculares encefálicos, depende de su identificación temprana por el paciente y los familiares, pues están muy relacionadas, en gran medida, con la posibilidad de una inmediata atención médica calificada, capaz de brindar tratamientos demostrados como eficaces en las primeras horas de producirse estos cuadros.

Las actividades educativas dirigidas a identificar precozmente por las personas en riesgo, los pacientes y sus familiares, los síntomas cruciales (dolor en el pecho, disnea, dificultades con la motilidad de las extremidades, trastornos de conciencia, según cada caso), y la necesidad de acudir a recibir atención médica inmediata, son deseables, aunque el efecto de estas acciones ha sido muy debatido.[80, 81]

Actividades que se proponen:

- Inclusión de estos contenidos en todas las acciones sugeridas en la Recomendación III.
- Desarrollo de campañas gubernamentales de educación dirigidas a la población.
- Acciones públicas de las sociedades científicas.

Notas

*Se aconseja que, siempre que sea factible, se identifiquen los gustos, preferencias, valores, diferencias y necesidades de las personas, en general, y de los pacientes, en particular, antes de dar recomendaciones.[4]

Educación para la salud: Se parte de la premisa de que alguien experto en salud todo lo que tiene que hacer es dar información a las personas para que se formen o cambien sus actitudes en relación a su salud. Es la clásica manera de educar a los niños. No se habla con las personas, sino a las personas. Muy centrada en dar mensajes, que con frecuencia contienen prohibiciones (no fume, no consuma sal, no ingiera bebidas alcohólicas, etc.) y que se dirigen a todos, tanto a los que deberían interesarse, como a los que no tienen nada o poco que ver con el contenido de los mensajes. La relación que se establece es de experto activo a receptor inexperto pasivo. Cada vez más se comprueba que este estilo obtiene pocos resultados para producir cambios positivos, sobre todo a largo plazo, en las personas. **Comunicación social en salud**: Identifica quiénes, dónde y a través de qué medios, están los “nudos clave” que hacen cambiar de opinión a las personas. Tiene sus bases en la psicología y el comportamiento del “consumidor”. Parte de un proceso, antes de emitir mensajes, de entender qué piensan las personas en relación a los asuntos que se quieren influir, para hacerlo de manera objetiva, simple, positiva, alentadora y eficaz y no impositiva y sin resultados. Requiere investigaciones previas (características psicográficas de los grupos, segmentación) y de seguimiento. Los mensajes tienen que ser validados. La relación que se establece es de diálogo activo entre emisor y receptor. Necesidad de trabajo unido, en equipo, con el mismo propósito, entre muchos factores. Hay que hacer inaceptable, fuera de moda, el comportamiento que se quiere modificar. Proceso que ha demostrado mayor eficacia para producir cambios, pero que requiere de mayor tiempo y recursos. En general, los médicos están mal preparados en estas habilidades, no así los enfermeros.

***Martín L. Adherencia terapéutica. Caracterización en hipertensos en áreas de salud seleccionadas 2003-2007. [Tesis doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ordúñez PO, Cooper RS, Espinosa AD, Iraola MD, Bernal JL, La Rosa Y. Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes de una epidemia y desafíos para la prevención y control. Rev Cubana Salud Pública. 2005;31(4):270-84

2. Wagner E, Austin B, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. Milbank Quarterly. 1996;74:511-44

3. O'Neil EH; The Pew Health Professions Commission. Creating health professional practice for a new century. San Francisco: Pew Health Professions Commission; 1998

4. Davis RM, Wagner EG, Groves T. Advances in managing chronic disease. BMJ. 2000;320:525-6

5. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost l, Mc Culloch D, et al. Quality improvement in Chronic illness care: A collaborative approach. J Quality Improvement. 2001;27(2):63-80

6. Pan American Health Organization Definition of competency. Washington DC: Pan American Health Organization; 2002

7. Maisterra A, Bochatay L, Brondino A, Flichtentrei D. Diez formas de fracasar en prevención cardiovascular. Rev CONAREC. 2006;22(87):247-50

8. Gibbon W. Medical schools for the health-care needs of the 21st centrury. Lancet. 2007;369:2211-3

9. World Health Organization. Prevention and control of noncommunicable diseases: implementation of the global strategy. Sixty-First World Health Assembly (WHA61.14) [Internet]. Geneva: WHO; 2008 [citado 15 Jun 2008]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R14-en.pdf

10. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. Copenhagen: Representation WHO for Europe; 2008

11. Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud en las Américas. Indicadores básicos. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2006

12. Bunout D, Escobar D. Prevención de enfermedades cardiovasculares: ¿deben aplicarse los mismos criterios en América Latina que en Europa y Norteamérica?. Rev Esp Cardiol. 2000;53:889-95

13. Collins R, Peto R, MacMahon S, Hebert P, Fiebach NH, Eberlein KA et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2 short term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. Lancet. 1990;335:827-38

14. White F, Vega J, Aedo C, Jadue L, Robles S, Salazar R, et al. Proyecto de demostración en educación en diabetes. Informe Final. Washington (DC): Organización Panamerciana de la Salud; 1998

15. Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of The Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285:2486-97

16. Glasgow RE, Hiss RG, Anderson RM. Report of the health care delivery work group: behavioral research related to the establishment of a chronic disease model for diabetes care. Diabetes Care. 2001;24(1):124-30

17. Behavioral Counseling in Primary Care to Promote Physical Activity [Monografía en Internet]. Rockville (MD): US Preventive Services Task Force; 2010 [citado 12 Dic 2010]. Disponible en: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsphys.htm

18. Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet [Monografía en Internet]. Rockville (MD) : US Preventive Services Task Force; 2010 [citado 12 Dic 2010]. Disponible en: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspsdiet.htm

19. Jones DW. Dietary Sodium and Blood Pressure. Hypertension. 2004;43:932-5

20. Yusuf S, Hawken S, Ôunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F. 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. Taskforce for the Prevention of Cardiovascular Disease. Prevention of cardiovascular disease: an evidence-based clinical aid 2004. Practical Implementation. MJA. 2004;181(6):F1-F14

22. World Health Organization. Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions. Geneve : World Health Organization; 2005

23. Vanwormer JJ, Boucher JL, Pronk NP. Telephonebased counseling improves dietary fat, fruit, and vegetable consumption: a best-evidence synthesis. J Am Diet Assoc. 2006;106(9):1434-44

24. Walsh JM, McDonald KM, Shojania KG, Sundaram V, Nayak S, Lewis R, et al. Quality improvement strategies for hypertension management: a systematic review. Med Care. 2006;44(7):646-57

25. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, Critchley JA, Labarthe DR, Kottke TE, et al. Explaining the Decrease in U.S. Deaths from Coronary Disease, 1980–2000. N Engl J Med. 2007;356:2388-98

26. Gaziano TA, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. Lancet. 2007;370:1939-46

27. Lim SS, Gaziano TA, Gakidou E, Reddy KS, Farzadfar F, Lozano R, Rodgers A. Prevention of cardiovascular disease in high-risk individuals in low-income and middle-income countries: health efects and costs. Lancet. 2007;370:2054-62

28. Mosca L, Banka CL, Benjamin EM, Berra K, Bushnell C, Dolor RJ, et al. Evidence-Based Guidelines for Cardiovascular Disease Prevention in Women: 2007 Update Circulation. 2007;115:1480-1501

29. World Health Organization. 2008–2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. Geneva: World Health Organization; 2008

30. Collins GS, Altman DH. An independent external validation and prediction: a prospective open cohort study evaluation of QRISK cardiovascular risk. BMJ [Revista en Internet]. 2009 [citado 10 Dic 2010];339:b2584. Disponible en: http://www.bmj.com/content/339/bmj.b2584.full

31. The Global Alliance for Chronic Diseases. Lancet. 2009;373:2084

32. Nabel EG, Stevens S, Smith R. Combating chronic disease in developing countries. Lancet. 2009;373:2004-6

33. Aspirin for prevention of cardiovascular events. Is only effective in established cardiovascular disease. BMJ. 2009;337:1005-6

34. U.S. Preventive Services Task Force. Aspirin for the Prevention of Cardiovascular Disease: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2009;150:396-404

35. Kottke TE, Jordan CO, O'Connor PJ, Pronk NP, Carreón R. Readiness of US Health Plans to Manage Cardiometabolic Risk. Prev Chronic Dis. 2009 [citado 30 May 2010];6(3):[aprox. 5p]. Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/jul/pdf/08_0142.pdf

36. Wendel-Vos GCW, Dutman AE, Verschuren M, Ronckers ET, Ament A, van Assema P, et al. Lifestyle Factors of a Five-Year Community-Intervention Program The Hartslag Limburg Intervention. Am J Prev Med. 2009;37(1):50-6

37. Counseling to prevent tobacco use and tobacco-caused disease [Monografía en Internet]. Rockville (MD): U.S. Preventive Services Task Force; 2003 [citado 4 May 2010]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/tobacccoun/tobcounrs.htm

38. Organización Panamericana de la Salud. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Directrices para la evaluación y el manejo del riesgo cardiovascular. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2010

39. World Health Organization. Equity, social determinants and public health programmes / editors Erik Blas and Sivasankara Kurup. Geneve : World Health Organization; 2010

40. Mead N, Bower P. Patient centeredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. Social Science and Medicine. 2000;51:1087-110

41. World Health Organization. Noncommunicable Diseases and Mental Health

Cluster. Chronic Diseases and Health Promotion Department. Preparing a health care workforce for the 21st century. The challenge of chronic conditions. Geneve : World Health Organization; 2005

42. Espinosa AD, Ordúñez PO, Álvarez FC, Vázquez LE, Armas Y, Diez E, et al. El Proyecto Global de Cienfuegos. Diez años después. Rev Fed Arg Card. 2000;29:524-6

43. Bochatay L, Brondino A, Flichtentrei D. Hacia una evidencia basada en la medicina. Rev Fed Arg Card [Revista en Internet]. 2001 [citado 23 Ago 2009];30(4):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.fac.org.ar/revista/02v31n2/cuerpo/sumario.htm

44. Wagner EH. Meeting the needs of chronically ill people [editorial]. BMJ. 2001;323:945-6

45. CARMEN. An Initiative for Integrated Prevention of Noncommunicable Diseases in the Americas. Washington: PAHO; 2003

46. Clinicians, Services and Commissioning in Chronic Disease Management in the NHS: The need for Co-ordinated Management Programmes. London: Royal College of Physicians; 2004

47. Fleming B, Silver A, Ocepek-Welikson K, Keller D. The relationship between organizational systems and clinical quality in diabetes care. Am J Manag Care. 2004;10(12):934-44

48. Oates K, Tracey D. Chronic disease management. Highland NSH Board. 2005;4:1-9

49. El ABC en el manejo de algunas enfermedades no transmisibles y sus principales factores de riesgo. Rev Finlay. 2005;10(No. especial):7-148

50. Groves T, Wagner EH. High Quality Care for People with Chronic Diseases. BMJ. 2005;330:609-10

51. Hung DY, Rundall TG, Crabtree BF, Tallia AF, Cohen DJ, Halpin HA. Influence of primary care practice and provider attributes on preventive service delivery. Am J Prev Med. 2006;30(5):413-22

52. Schmittdiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of primary health care orientation on chronic care management. Ann Fam Med. 2006;4(2):117-23

53. Espinosa Brito A. La promoción de la salud y la prevención en las enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Soc Cruceña Medicina Interna. 2007;3(1):15-26

54. Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades cardiovasculares. Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular. Ginebra: OMS; 2008

55. Doval HC, de Abreu M, Tájer CD, Mariani J, Ferrante DC. Prevención primaria y secundaria de las enfermedades cardiovasculares. En: Reussi R, Mercado J, Tájer C. Evidencias en Medicina Interna II. Buenos Aires: Edimed; 2008: p. 31-84

56. American College of Cardiology, American Heart Association, American College of Physicians (ACCF/AHA/ACP). Competence and Training Statement: A Curriculum on Prevention of Cardiovascular Disease. Circulation. 2009;120:e100-e126

57. Doval HC, Ferrante DC. Prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. En Doval HC, Tájer CD. Evidencias en Cardiología. Buenos Aires : Edimed-Gedic; 2008: p. 105-32

58. Doval HC. Prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares. En: Doval HC, Tájer CD. Evidencias en Cardiología. Buenos Aires: Edimed-Gedic; 2008: p. 133-62

59. Scout IA. Evaluating cardiovascular risk assessment for asymptomatic people. BMJ. 2009;338:164-8

60. Changes of disease pattern in developing countries. Intern J Epidemiol. 2005;34:961-6

61. Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa : Government of Canada; 1974

62. Rojas F. Estado de salud de la población: objeto y contenido de su estudio. Rev Cub Adm Salud. 1982;8:39-50

63. Terris M. Newer Perspectives on the Health of Canadians: Beyond the Lalonde Report. J Public Health Policy. 1984;5:327-37

64. Aldereguía J, Komarov YM. Principales determinantes y factores del estado de salud de la población. En: Ramos N, Aldereguía J. Higiene social y Organización de la salud pública.

Guantánamo: Pueblo y Educación; 1987: p. 73-103

65. Aldereguía J. Hacia un enfoque sociohigiénico integral del estado de salud de la población. Rev Finlay. 1988;2:4-10

66. Buck C. Después de Lalonde: la creación de la salud. En: Promoción de salud: una antología.Publicación científica No. 557. Washington: Organización Panamerciana de la Salud; 1996: p. 3-14

67. Fernández L. Pensando en la Psicología. Selección de lecturas. La Habana: Editorial Félix Varela; 2003: p. 48

68. Colominas MG. Factores socioeconómicos y enfermedad cardiovascular. A propósito de la confección de Guías de Prevención. Rev Fed Arg Cardiol. 2005;34:235-48

69. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2005

70. Baker DW, Asch SM, Keesey JW, Brown JA, Chan KS, Joyce G, Keeler EB. Differences in education, knowledge, self-management activities, and health outcomes for patients with heart failure cared for under the chronic disease model: the improving chronic illness care evaluation. J Card Fail. 2005;11(6):405-13

71. Marmot M. Health in an unequal world. Lancet. 2006;368:2081-84

72. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud; 2004

73. World Health Organization. Adherence Report: Reviewing the evidence (Spring 2002) Network from more than 40 countries. Geneve: World Health Organization; 2002

74. Chockalingam A, Bacher M, Cutler H, Drover A, Feldman R, Fodor G, et al. Adherence to Management of High Blood Pressure: Recommendations of the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control. Can J Public Health. 1998;89(5):5-7

75. Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. Rev Cubana Salud Pública [Revista en Internet]. 2006 [citado 20 Ene 2008];32(3):[aprox. 12p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300013&lng=es&nrm=iso

76. Orduñez P, Bernal JL, Pedraza D, Espinosa Brito A, Silva LC, Cooper R. Success in control of hypertension in a low-resource setting: the Cuban experience. Journal of Hypertension. 2006;24:845-9

77. Brink S. The Diabetes Prevention Program: How The Participants Did It. Health Affairs. 2009;28(1):57-62

78. Ordúñez P, Barceló A, Bernal JL, Espinosa A, Silva LC, Cooper RS. Risk factors associated with uncontrolled hypertension: Findings from the base line CARMEN survey in Cienfuegos, Cuba. J Hypertens. 2008;26:663-71

79. Russell LB. Preventing Chronic Disease: An Important Investment, But Don't Count On Cost Savings. Health Affairs. 2009;28(1):42-5

80. Goldberg RJ, Yarzebski J, Lessard D, Gore, JM. Decade-Long Trends and Factors Associated With Time to Hospital Presentation in Patients With Acute Myocardial Infarction. The Worcester Heart Attack Study. Arch Intern Med. 2000;160:3217-23

81. Ordúñez-García P, Iraola-Ferrer M, La Rosa-Linares Y. Reducing mortality in myocardial infarction. Experience in Cuba shows optimizing thrombolysis may reduce death rates in poor countries. Br Med J. 2005;330:1271-2