

**Regional Plan of Action
Cardiovascular Diseases Prevention and Control 2011-2016**

Buenos Aires, Argentina, June 29th -July 1st 2010

Panel: Evaluation and management of cardiovascular risk .

Justification:

- Ischemic heart disease (IHD) and cerebrovascular disease (CVD) continue to be the main causes of morbidity and mortality, even premature mortality and disability in the Region of the Americas.
- These conditions are related to a high social and economic burden to countries and catastrophic expenditures for individuals, families, communities, health systems and society as a whole.
- IHD and CVD, at the same time they –partially- are consequences of social inequities, also are main contributors to inequalities in health, negating poverty alleviation efforts.
- There is potential to prevent up to 75% of IHD and CVD if available scientific knowledge on major risk factors prevention and control is implemented (tobacco use, physical inactivity, unhealthy diet, obesity, hypertension, diabetes, raised cholesterol) is implemented.
- There is a clear recognition that what has been done until now has not been effective enough to revert the epidemic.
- There are cost-effective and affordable interventions that have shown to be feasible in reducing this burden even in low resource settings.
- There are major gaps in diagnosis and treatment of hypertension and diabetes leading to an increase in the incidence of chronic renal disease.

Recommendations for action

1. The panel recognizes that cardiovascular prevention should be part of every person's right to achieve the best possible health.
2. The panel recognizes that the reduction of cardiovascular risk requires a combination of population and high risk strategies, and a strengthening and reorientation of health system and services.
3. As key population strategies the panel recommends the development of policies and interventions that promote the creation of environments that facilitate elimination of tobacco and promote the healthy diets, physical activity and weight control.
4. These strategies will require the joint commitment and action of the health sector with others to increase access to and reduce cost of healthy foods, to create environments that promote physically active daily lives, and legislation that regulates the production, distribution, and advertising of products with adverse

cardiovascular health effects, mainly tobacco, trans fats, and sodium. These population strategies will not only reduce levels of risk for the population as a whole but will also facilitate and potentate the impact of the high risk strategy.

5. The panel recognizes that both the prevalence and the control of cardiovascular risk factors are unequally and inequitably distributed in the population as a whole. An important goal of both population and high risk strategies is to reduce these inequalities. The presence and magnitude of these inequalities should be used as indicators of the functioning and effectiveness of such strategies.
6. The panel recognizes that Cardiovascular Prevention and Control plan of action should be aligned with the WHO NCD action plan and PAHO regional strategy and plan of action for prevention and control of chronic diseases. Cardiovascular prevention and control activities should be integrated into the national health plan with an explicit budget based on estimates of risk distribution of the population.
7. The panel also recommends that the impact of these policies and interventions should be systematically evaluated. Local minimum indicators for monitoring of prevalence, treatment and control of IHD risk factors are critical for planning and evaluating interventions to prevent IHD. Performance evaluation and quality assessment should be incorporated as a part of the information system. Adequate resources should be allocated in advance to monitoring systems within regular operative health budgets.
8. People with established or at significant risk of IHD and CVD should be identified and offered appropriate advice and treatment. Primary health care services should be strengthened to assess and manage cardiovascular risk with special focus on women and social disadvantaged population. Cardiovascular global risk assessment and management should be considered as an essential intervention in PHC.
9. The panel identified the chronic disease care model could facilitate a more comprehensive and sustainable Cardiovascular care. Within this model, the panel identified that patient –and his/her family–education aimed to address self-care management is an essential component.
10. The panel considers that the Cardiovascular Prevention tools (Global risk charts, PEN) developed by WHO are evidence based, cost-effective and feasible to implement even in low resources settings. These tools could be then adapted and adopted by countries, considering local barriers prior to implementation.
11. The panel emphasizes that countries should urgently define a clear policy to ensure availability and access to cardiovascular risk prevention essential medicines and technologies, with focus on social disadvantaged populations.
12. Targeted screening and management, particularly at worksite should be used to improve coverage and access to the cardiovascular prevention strategy.

13. A comprehensive and sustainable approach should be implemented to educate the PHC workforce on cardiovascular prevention, and to evaluate their performance periodically. A reorientation of health professionals' schools curricula should be revisited to respond to these demands.
14. Taking into account that renal disease burden is increasing, the panel considers that its early detection (through albuminuria and creatinine) at PHC in at risk population with special focus on diabetes and hypertension should be prioritized.
15. Referral system should be organized for directing those that require further assessment from primary care to higher levels of care.
16. The following items should be made available in primary care for assessment and management of cardiovascular risk:
 - Standard protocols and guidelines
 - Referral criteria
 - Risk prediction charts
 - Basic investigations laboratory tests
 - Essential medicines
 - Simplified medical record
 - Self care-Patient education support
 - Family and community education

Plan de Acción Regional.

Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares 2011-2016

Buenos Aires, Argentina, 29 de Junio – 1 de Julio 2010

Panel: Evaluación y Gestión del Riesgo Cardiovascular

Justificación:

- La enfermedad isquémica del corazón y los accidentes cerebro-vasculares siguen siendo las principales causas de morbilidad y mortalidad y también de mortalidad prematura y discapacidad en la Región de las Américas.
- Estas condiciones están relacionadas con una alta carga social y económica y gastos catastróficos para individuos, familias, comunidad, sistemas de salud y la sociedad como un todo.
- Estas condiciones, a la vez que son en parte producto de las inequidades sociales, son también grandes contribuidoras a las inequidades en salud, contrarrestando los esfuerzos en la lucha contra la pobreza.
- Potencialmente se puede prevenir hasta el 75% de la enfermedad isquémica del corazón y de los accidentes cerebro-vasculares, si aplicamos el conocimiento científico disponible acerca de la prevención y el control de sus de los factores de riesgo (consumo de tabaco, la inactividad física, la dieta poco saludable, el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión arterial, diabetes, colesterol elevado)
- Existe un amplio reconocimiento de que lo hecho hasta hoy no ha sido suficientemente efectivo para frenar la epidemia.
- Existen intervenciones costo-efectivas y asequibles que han demostrado ser viables en la reducción de esta carga de la enfermedad, incluso en entornos de bajos recursos.
- Hay grandes lagunas en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión y la diabetes que conducen a un aumento en la incidencia de la enfermedad renal crónica.

Recomendaciones para la acción

1. El panel reconoce que la prevención cardiovascular forma parte del derecho de toda persona al nivel de salud más alto posible.
2. El panel reconoce que la reducción del riesgo cardiovascular requiere una combinación de estrategias poblacionales y de alto riesgo y también del fortalecimiento y reorientación de los sistemas y servicios de salud.
3. Como estrategias fundamentales de carácter poblacional el panel recomienda el desarrollo de políticas e intervenciones que promuevan la creación de entornos que faciliten la eliminación del hábito de fumar, y la promoción de la alimentación sana, la actividad física, y el control del peso corporal.

4. Estas estrategias requieren la colaboración del sector de la salud con otros sectores para incrementar el acceso y reducir los costos de alimentos saludables, para crear ambientes que promuevan la actividad física en la vida cotidiana, y legislación que regule la producción, distribución y publicidad de los productos que tengan efectos adversos sobre la salud cardiovascular tales como el tabaco, las grasas trans y el sodio. Estas estrategias poblacionales no sólo reducen los niveles de riesgos para la población en su conjunto, sino que también facilitan y potencian el impacto de las estrategias de alto riesgo.
5. El panel reconoce que tanto la prevalencia como el control de factores de riesgo cardiovascular están distribuidos de manera desigual e inequitativa. Una meta importante tanto para la estrategia poblacional como para de alto riesgo es reducir estas desigualdades e inequidades. La presencia y la magnitud de estas inequidades deben ser utilizadas como indicadores del funcionamiento y la eficacia de estas estrategias.
6. El Panel reconoce que el Plan de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares debe estar alineado con la estrategia global de la OMS y con la estrategia regional de la OPS e integrado en el Plan Nacional de Salud, con un presupuesto basado en la distribución de los riesgos estimados de la población.
7. El panel también recomienda que se evalúe sistemáticamente el impacto de esas políticas e intervenciones a fin de crear una base de evidencias para identificar las estrategias más eficaces para el futuro. La monitorización a nivel local de la prevalencia, el tratamiento y control de los factores de riesgo de las ECV, es necesaria para la planificación y evaluación de las intervenciones preventivas y debe incluirse dentro de los presupuestos operativos del sistema de salud.
8. Las personas con ECV establecida o en riesgo significativo de tenerla, deben ser identificadas y se les debe ofrecer asistencia y tratamiento adecuados. Los servicios de atención primaria deben ser reforzados para evaluar y controlar el riesgo cardiovascular con especial atención a las mujeres y a las poblaciones más desfavorecidas socialmente. La evaluación y tratamiento del riesgo cardiovascular global debe ser considerada como una intervención esencial de la APS.
9. El panel identificó que el modelo de atención de enfermedades crónicas podría facilitar una atención cardiovascular más integral y sostenible. Dentro de este modelo un componente esencial es la educación del paciente orientada al autocuidado.
10. El panel considera que los instrumentos de prevención cardiovascular elaborados por la OMS (evaluación del riesgo cardiovascular y paquete de intervenciones esenciales en enfermedades crónicas) están basados en pruebas, son coste efectivos y son factibles de implementar aún en escenarios

de bajos recursos. Estos instrumentos podrían ser adaptados a las condiciones locales considerando previamente las barreras para su implementación.

11. El panel enfatiza en la necesidad de que los países definan políticas claras que aseguren la disponibilidad y el acceso a los medicamentos esenciales básicos y a la tecnología, incluidas las pruebas de laboratorio, para la reducción del riesgo cardiovascular con especial en la atención a las poblaciones desfavorecidas.
12. El panel recomienda utilizar los lugares de trabajo como escenarios para el tamizaje oportunista y el control del riesgo cardiovascular. Ello podría mejorar cobertura y acceso a la estrategia de prevención cardiovascular.
13. Deberían implementarse estrategias integrales y sostenibles de educación continuada y de evaluación del desempeño, dirigidas especialmente a los trabajadores de Atención Primaria y centrada en la formación en prevención de enfermedades cardiovasculares. Sería necesaria también una reorientación de los planes de estudio universitarios, de pre y postgrado para adaptarse a las necesidades de cada país.
14. El panel recomienda la detección temprana (por medio de albuminuria y creatinina) de la enfermedad renal en la atención primaria de salud particularmente en la población de riesgo y con especial atención a las personas con diabetes e hipertensión.
15. Deben implantarse sistemas de referencia que permitan dirigir a los enfermos desde la APS al nivel asistencial requerido.
16. Se recomienda que en la APS deben estar disponibles, para la evaluación y gestión de riesgo cardiovascular, los siguientes puntos:
 - Normas y protocolos
 - Criterios de referencia
 - Tablas de predicción de riesgo
 - Pruebas de laboratorio básicas
 - Los medicamentos esenciales
 - Registros o Historias clínicas simplificadas
 - Apoyo al paciente en el autocuidado
 - Educación de las familias y la comunidad