

# Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a pacientes con trastornos cardiometabólicos: una llamada a la acción para los asociados



## CMEO Pódcast Transcripción

### Monica Peek, MD, MPH, MS, FACP:

Hola y bienvenidos a una actividad de CMEO Snack muy especial que forma parte de una serie que estoy dirigiendo sobre diversidad, equidad e inclusión con CME Outfitters. El CMEO Snack de hoy se titula, *Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a pacientes con trastornos cardiometabólicos: una llamada a la acción para los asociados*.

El programa de hoy cuenta con el apoyo de un subsidio educativo de Walmart Incorporated. Soy la Dra. Monica Peak, catedrática distinguida con el nombramiento Ellen H. Block de Justicia Sanitaria en el Departamento de Medicina de la Universidad de Chicago. Allí también soy directora asociada del Chicago Center for Diabetes Translation Research y directora de Investigación del MacLean Center for Clinical Medical Ethics. Es realmente un placer estar acompañada hoy por mis amigos y colegas, el Dr. Marc Cohen y la Dra. Rachel Bond. Marc y Rachel, ¿podrían presentarse hoy ante el público?

### Marc Cohen, MD, FACC:

Soy el Dr. Marc Cohen. Actualmente soy presidente del Departamento de Medicina de Newark Beth Israel de Newark, Nueva Jersey. Y durante los últimos 40 años, he sido cardiólogo intervencionista y he visto muchos resultados no tan buenos relacionados con años y años de enfermedades cardiometabólicas, que acaban provocando ataques al corazón o accidentes cerebrovasculares o algunas cosas no tan agradables. Por lo tanto, tengo mucha experiencia relacionada con lo cardiovascular.

### Rachel Bond, MD, FACC:

Y yo soy la Dra. Rachel Bond. Soy directora del Sistema de Salud Cardíaca de la Mujer de Dignity Health en Phoenix, Arizona. También soy profesora adjunta de Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la Universidad de Creighton. Integro la directiva de varias sociedades cardiovasculares, entre otros, soy copresidenta del Comité de Mujeres y Niños de la Asociación de Cardiólogos de Raza Negra. Mi práctica clínica se centra más bien en las disparidades raciales y étnicas, así como en las disparidades de sexo y género y en la equidad en salud, por lo que espero con interés nuestro debate del día de hoy.

### Monica Peek:

Gracias a ambos. Su trayectoria y experiencia tiene un significado tan rico, tanta experiencia para nuestra conversación de hoy, así que estoy muy, muy contenta de tenerlos. Antes de comenzar nuestra conversación, quiero retroceder y hablar un poco sobre el racismo estructural y el racismo interpersonal, y cómo impacta en la forma en que los pacientes marginados socialmente, en particular los pacientes de minorías raciales, reciben atención, interpretan la atención y cómo eso afecta su salud.

### Rachel Bond:

# Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a pacientes con trastornos cardiometabólicos: una llamada a la acción para los asociados



Bueno, yo diría que, en lo que respecta a las calculadoras, muchas de las cuales utilizamos para las enfermedades cardiovasculares, lo que hacen es ayudarnos a los médicos a determinar el riesgo de que un paciente sufra un episodio cardiovascular. Así, podemos centrarnos en la prevención primaria, es decir, es decir, en evitar que algo ocurra antes de que la enfermedad se manifieste. A modo de ejemplo, utilicemos la calculadora de riesgo Pooled Cohort de ACC/AHA. Sabemos que ese cálculo particular del riesgo contempla, desde una perspectiva racial, tanto a la raza blanca como a la negra. Sin embargo, la limitación es que, si tuviéramos que usarlo en otra raza que no es la blanca ni la negra, habría una gran limitación porque no se ha estudiado en esa raza en particular.

Por eso diría que es importante que cualquiera que esté pensando en hacer estos cálculos que nos dan la oportunidad de [estratificar el riesgo] mejor en los pacientes lo haga con una población de pacientes diversa, no solo desde el punto de vista de la raza y la etnia, sino también de los distintos sexos y géneros. Porque si observamos muchos ensayos de investigación, sabemos que muchas mujeres a veces tienen una menor participación en la investigación. Por lo tanto, ¿cómo sabemos que estas calculadoras son específicas para un sexo, un género, una raza y una etnia si no las utilizamos ni probamos en un grupo o cohorte realmente diverso?

En el ámbito cardiovascular, diría que en todos los cálculos que tenemos, habría que estar, yo diría, muy centrados en quién fue incluido en los antecedentes al crear estas calculadoras reales y, lo que es más importante, quién fue estudiado y a quién se le pidió que participara en la investigación. Y luego, de cara al futuro, a medida que desarrollemos más y más estas calculadoras que son realmente muy útiles para nosotros como médicos, solo tendremos que ser más cuidadosos para asegurarnos de incluir a un grupo mucho más diverso de pacientes.

## **Monica Peek:**

Eso es solo parte del bagaje que traemos al encontrarnos con cosas como la pandemia y decimos: “Eh, el Gobierno ha establecido una nueva vacuna que nos gustaría administrar a la población”, y nos preguntamos por qué muchas minorías y otras comunidades de color desconfían de estas vacunas o de nuevas pruebas o estudios médicos que se están llevando a cabo. Es con esos antecedentes que hoy queremos profundizar un poco más en el impacto del racismo en las enfermedades crónicas y en la experiencia cotidiana de las personas de color. Así que, Rachel, voy a pasar a ti. Sabemos que el racismo no solo afecta a la atención de salud, sino también al acceso a ella y a la atención que se presta una vez que las personas están en el sistema de salud. Sabemos que el racismo también puede causar enfermedades crónicas. ¿Puedes hablar un poco sobre esto?

## **Rachel Bond:**

Con esa falta de confianza, conocemos muchos factores de estrés, como el racismo, que tienen un impacto negativo desproporcionado en la salud. Cuando pensamos en los grupos raciales y étnicos desfavorecidos, vemos que suelen estar más expuestos a factores de estrés, como ingresos más bajos, acceso limitado o deficiente a la atención de salud, acceso limitado a los recursos o discriminación, que pueden ser tanto comunitarios como sistémicos. También sabemos que podría haber una exposición a entornos inseguros y desventajas sociales. Y algo que es relevante que abordemos cuando se trata de estas exposiciones crónicas al estrés tóxico, como el racismo,

# Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a pacientes con trastornos cardiometabólicos: una llamada a la acción para los asociados



es que eso tiene un impacto desproporcionado en la salud cardiovascular, ya que conduce a la desregulación de los niveles de cortisol o el sistema hipotalámico hipofisario.

Sabemos también que los marcadores inflamatorios aumentarán y todo ello causa, lamentablemente, una carga prematura, tanto cognitiva como en la estructura cardiovascular. Por eso, estas comunidades presentan índices cada vez más elevados de enfermedades cardiovasculares en etapas cada vez más tempranas de la vida. Y creo que es importante que nosotros, como médicos, tengamos en cuenta estos aspectos, como el racismo sistémico al que muchos de estos grupos privados de sus derechos tienen que enfrentarse día a día.

## **Monica Peek:**

Bien, Marc, ahora que hablamos de cómo el racismo puede causar e impactar en las enfermedades crónicas, ¿podrías explicarnos qué son los factores de riesgo cardiometabólico y cómo podemos evitar que contribuyan a las enfermedades cardíacas en nuestros pacientes de color?

## **Marc Cohen:**

Los factores de riesgo cardiometabólico son aquellos que predisponen a los pacientes a desarrollar un infarto de miocardio, un ataque al corazón, un accidente cerebrovascular, la muerte súbita cardíaca o la muerte súbita. En otras palabras, la diabetes predispone a desarrollar un ataque al corazón mucho antes que al vecino que no es diabético. Tener la presión arterial alta sin controlar predispone a sufrir un accidente cerebrovascular mucho antes de que lo sufra el vecino, que no tiene la presión arterial alta. La obesidad tiene múltiples efectos negativos en la salud cardiovascular, como predisponer a la presión arterial alta, que a su vez predispone al accidente cerebrovascular, o predisponer a la apnea obstructiva del sueño, que a su vez predispone a la fibrilación auricular y a su vez predispone al accidente cerebrovascular, etcétera.

Por lo tanto, estos son factores muy fáciles de identificar, y en el año 2022 debe ser relativamente fácil de tratar y educar al paciente sobre cómo minimizar estos factores de riesgo en ellos mismos. Solo por mencionar algunos datos breves, estos factores de riesgo son mucho más frecuentes entre la población afroamericana. Así, por ejemplo, entre las mujeres afroamericanas, la tasa de presión arterial alta es aproximadamente una vez y media más elevada que entre las mujeres no afroamericanas. La probabilidad de mortalidad relacionada con la diabetes en las mujeres afroamericanas es el doble que en las mujeres no afroamericanas. La obesidad también es dos veces mayor en las mujeres afroamericanas. Son datos simples y llanos que demuestran que nuestra población afroamericana sufre más factores de riesgo que luego la predisponen a episodios irreversibles como el accidente cerebrovascular, el ataque al corazón y la muerte súbita.

# Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a pacientes con trastornos cardiometabólicos: una llamada a la acción para los asociados



## Monica Peek:

Excelente. Gracias por eso. Rachel, ¿puedes profundizar un poco más en la importancia de la prevención en la infancia, en específico para los niños de poblaciones raciales y étnicas desfavorecidas?

## Rachel Bond:

Sí, por supuesto. Creo que la razón por la que queremos centrarnos en la prevención lo antes posible es que, aunque las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en Estados Unidos, pueden prevenirse en un 80 %. Es de esperar que la prevención temprana conduzca a una prevención primordial, e incluso a la prevención primaria. Por eso, cuando pensamos en todas las herramientas que damos a nuestros pacientes adultos, queremos asegurarnos de que sea de una perspectiva generacional, para que también las incorporen en su familia. Pero tal vez incluso debemos comenzar esas conversaciones con nuestros pediatras lo más temprano posible, cuando se involucran con los niños más pequeños, asegurarnos de que estén limitando y controlando el tiempo de pantalla, haciendo ejercicio, comiendo sano. Sabemos que ahora los datos sugieren que permanecer sentado es la nueva versión de fumar: tenemos cada vez más niños sentados frente a pequeñas tabletas o juegos de computadora y que lamentablemente no están saliendo ni haciendo deporte o al menos saliendo a caminar por el barrio. Y, lamentablemente, como consecuencia de ello, cada vez vemos a más niños con diagnósticos de sobrepeso u obesidad.

La obesidad es una epidemia en nuestra población más joven, en particular entre la comunidad negra y morena, y sabemos que conlleva una serie de posibles riesgos cardiovasculares, como accidentes cerebrovasculares y ataques al corazón. Creo que tenemos que fomentar estas conversaciones lo antes posible, de forma sencilla y básica, por ejemplo, explicándoles cómo es una dieta sana, cuáles son las recomendaciones para hacer ejercicio, que son unos 150 minutos de actividad moderada a la semana, lo que incluye caminar. Pero también tenemos que ser conscientes de que a veces hay limitaciones en las comunidades desfavorecidas. Porque puede que tengan acceso limitado a alimentos frescos y asequibles, o incluso a un lugar seguro para hacer ejercicio, y aquí es donde yo diría que a veces utilizar los centros comunitarios puede ser clave, porque muchas veces tienen acceso a esos alimentos más asequibles porque se proporcionan a las comunidades de forma gratuita, y también pueden tener un lugar seguro donde abrir un gimnasio, por ejemplo.

Creo que, desde una perspectiva más amplia, debemos incorporar a la comunidad en algunas de estas conversaciones cuando nos centramos en estas poblaciones más desfavorecidas, pero también es importante que mantengamos estas conversaciones lo antes posible con los niños y sus padres, para inculcarles, una vez más, que se trata de un cambio generacional, no solo individual.

## Monica Peek:

Absolutamente. Excelente, excelente punto que, ya sabes, estas enfermedades no surgen de la nada, sino que comienzan antes en los grupos de una minoría racial. Así que, gracias por esta gran explicación.

Marc, también sabemos que los prejuicios implícitos están presentes entre todos los proveedores. Todos los tenemos quizás contra las personas con sobrepeso o contra grupos raciales y étnicos diferentes al nuestro. La

## Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a pacientes con trastornos cardiometabólicos: una llamada a la acción para los asociados



literatura es rica a la hora de abordar los tipos de prejuicios que todo el mundo trae, en particular los médicos. Entonces, ¿puedes hablar un poco sobre qué tipo de estigmas existen en cuanto a los trastornos cardiometabólicos? Y luego, de nuevo, nunca olvidaré la transición que has hecho de duplicar los medicamentos a ser una persona que quiere cerrar la puerta y hablar de los determinantes sociales de la salud. Por eso quiero que hables un poco de tu trayectoria, y de cómo has identificado tus propios prejuicios, y de lo que hiciste para mejorar tu camino.

### **Marc Cohen:**

Por dar un ejemplo, hace muchos años, como médico en formación o médico joven, mi actitud era la siguiente: tengo un problema médico, un paciente con presión arterial alta que toma una dosis determinada de medicación y la presión sigue siendo alta, así que lo más sencillo es aumentar la medicación. Gracias, vuelva dentro de tres meses. A los tratantes les encantaría. El paciente entra, el paciente sale, todo el mundo estaría contento, excepto, por supuesto, que no abordamos exactamente el fondo de la cuestión de por qué el paciente tiene hipertensión. En la era actual, de Marc Cohen 2.0 tal vez, lo que yo haría es preguntarle al paciente, ¿quién le cocina? ¿Usted se cocina? ¿Tiene tiempo siquiera para preparar una comida saludable? ¿O tiene dos trabajos, tres hijos, o cuida de su tía o padre de edad avanzada? La conclusión, básicamente, es que cada uno de nuestros estados de enfermedad en general, especialmente los estados cardiometabólicos, puede remontarse a un mecanismo.

Por ejemplo, si me siento con una paciente, como ocurrió la semana pasada, y hablo con ella sobre sobrepeso, me dice: “sí”, tiene un trabajo sedentario, es informática, trabaja con computadoras y se pasa todo el día sentada comiendo. Créase o no, ninguno de sus médicos anteriores -esta mujer tiene como 55 o 56 años de edad, y estoy seguro de que ha consultado al menos 10 médicos antes de venir a mi consultorio-, identificó el hecho de que esto es solo un mal hábito. La paciente me lo dijo voluntariamente, ni siquiera tuve que indagar mucho. Le dije: “Bueno, ¿qué cree usted que va a pasar si sigue así?”. Y poco a poco, no tardó tanto, sino que poco a poco, fue comprendiendo que, si seguía por ese camino, no acabaría bien.

El compromiso de no limitarse a observar la enfermedad, tomar el talonario de recetas o ingresar en la historia clínica electrónica y duplicar la dosis de labetalol, sino de sentarse con la paciente, escucharla y decirle: “¿Qué está ocurriendo en su rutina diaria que pueda estar predisponiéndola a esto?”.

### **Monica Peek:**

Absolutamente. Muchas gracias. Tenemos algunas voces de los pacientes. Rachel, vuelvo a ti y te pregunto: ¿por qué es importante escuchar la voz de los pacientes y qué podemos hacer todos para influir en la salud cardiometabólica?

## Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a pacientes con trastornos cardiometabólicos: una llamada a la acción para los asociados



### Rachel Bond:

Por supuesto. Quiero decir que, con solo estos tres ejemplos, una suposición es que debido a su raza y etnia, no son conscientes de cómo comer más sano de la forma correcta. Otro ejemplo es el de las comunidades de color, que a veces no se sienten cómodas hablando de sus problemas médicos subyacentes, y cómo la incorporación de la comunidad y de los líderes de confianza podría tener gran impacto. E incluso el otro ejemplo, sobre cuántas veces las mujeres de comunidades de color, la comunidad negra y morena en particular, son descartadas cuando se presentan con signos y síntomas que son preocupantes para las enfermedades cardiovasculares, y muchas veces se cree que es un ataque de pánico.

Creo que esto pone de relieve el hecho de que la voz de nuestros pacientes es tan poderosa, y es tan fácil de escuchar, porque estos pacientes, como cualquier paciente, conocen su cuerpo mucho mejor que nosotros, y si nos dicen que algo no está bien, si hacen preguntas, tenemos que ser considerados y tomarnos tiempo para escucharlos y, con suerte, si lo hacemos, nos facilitará mucho nuestro trabajo. Si nos detuviéramos a escuchar a nuestros pacientes, probablemente seríamos capaces de averiguar lo que les ocurre o, al menos, de orientarnos en la dirección correcta para pedirles que se realicen la prueba adecuada. Por eso, no quiero dejar de hacer hincapié en la voz del paciente. E incluso tengo ejemplos en mi propia clínica, porque me centro bastante en las mujeres y las mujeres de color, y como se ha mencionado muchas veces, son sus voces las que se silencian.

Muchas mujeres acuden a mí en busca de una segunda opinión porque las han descartado, les han dicho que es ansiedad, que es estrés, que tal vez deberían replantearse sus relaciones personales. Y al final, les hacemos pruebas adicionales y les diagnosticamos enfermedades cardiovasculares reales, cosas que se prolongaron durante años, y que lamentablemente se manejaron mal o se subdiagnosticaron. Y algo que creo que cabe destacar es que el estrés crónico, esos factores de estrés tóxicos, como hemos mencionado, son factores de riesgo en sí mismos de las enfermedades cardiovasculares. Así que, si van a decir que se debe a un ataque de pánico o al estrés, tienen que reconocer el hecho de que esos son factores de riesgo, y luego tener en cuenta otros factores de riesgo; entonces, con suerte, serán más empáticos a la hora de profundizar en lo que los trae a ustedes como médicos o a ustedes como, digamos, la sala de emergencias cuando se presentan con algunos de estos signos y síntomas que son realmente preocupantes.

Por lo tanto, es probable que la voz del paciente sea lo primero que deban tener en cuenta como médicos y, con suerte, lo que otros empiecen a hacer al elaborar una historia clínica detallada.

### Monica Peek:

Muy bueno. Muchas gracias por volver a centrar la experiencia en la voz del paciente y recordarnos a todos lo que aprendimos cuando éramos estudiantes de medicina, como escuchar lo que dice el paciente. Empezamos la nota SOAP con el componente subjetivo de la experiencia del paciente.

Muchas gracias por eso, a los dos. No sé cómo estamos de tiempo, pero creo que nos pasamos. Marc y Rachel, muchas gracias por su maravillosa visión de cómo todos, como médicos y seres humanos, podemos influir en la vida y la salud de quienes nos rodean. Para brindar una excelente atención, es necesario trabajar en equipo, y todos los miembros del equipo son importantes. No es necesario ser médico para influir en la salud, el bienestar y

## Abordar los prejuicios y las disparidades en la atención a pacientes con trastornos cardiometabólicos: una llamada a la acción para los asociados



la actitud de los pacientes y clientes que se cruzan en nuestro camino. Quiero repasar los principales puntos del programa de hoy: reconocer el impacto del racismo en la salud y examinar los propios prejuicios, reconocer cómo los determinantes sociales de la salud afectan a los pacientes y los consumidores, y recordar que la prevención es clave para la salud cardíaca.

Me gustaría pedirles a todos que consulten estos recursos para obtener más información sobre lo que hablamos durante la actividad de hoy, porque no hemos podido llegar a ver todo, y hay mucho más que aprender. Por último, les pido que completen la evaluación en línea, porque realmente queremos saber su opinión. Queremos saber qué les ha gustado, cómo podemos mejorar y qué otros temas les gustaría que tratáramos. También tenemos otros programas en nuestras actividades sobre diversidad e inclusión.

Muchas gracias por su compromiso con la educación en materia de diversidad, equidad e inclusión. Cuando sabemos más, podemos hacerlo mejor. Muchas gracias por acompañarnos hoy y por ser buenas personas. Que tengan un buen día.