



Cad Aten Primaria
Año 2006
Volumen 13
Pág. 232-236

Intervención comunitaria para a promoción de hábitos sans e diagnósticos precoz de HTA, dislipemia e diabete

Vázquez Troitiño, Francisco

Médico de Familia. Centro de Saúde de Coruxo, Vigo

García Soidán, Francisco Javier

Médico de Familia. Centro de Saúde do Porriño

Meleiro Rodríguez, Luís

Médico de Familia. Centro de Saúde de Coruxo, Vigo

RESUMO

Obxectivo: Promover hábitos sans na comunidade e detectar posíbeis enfermos de HTA, Dislipemia e Diabete.

Deseño: Análise observacional descritiva dunha actuación comunitaria.

Participantes: A actuación foi levada á cabo polos sanitarios das zonas de saúde de Coruxo, Mos e O Porriño e dirixida a toda a poboación adulta destas zonas.

Intervencións: Impartiuse unha charla en cada unha das parroquias e realizáronse medicións "in situ" de Tensión Arterial (TA), Colesterol e Glucosa por método dixital, aos asistentes. Así mesmo, entregóuselle un tríptico sobre hábitos sans.

Medicións e resultados: Ás reunións acudiron 739 persoas o que representa o 2,1% da poboación adulta. Realizaron algunha determinación 407 persoas, 55% dos asistentes. Detectáronse valores patolóxicos de TA no 59,5%, Colesterol no 10,5% e Glucosa no 12,1% dos asistentes; moitos deles non se recoñecían enfermos previos.

Conclusións: De forma global podemos afirmar que, no noso medio, cando os profesionais sanitarios propoñen unha acción de educación para a saúde dirixida á poboación á que atenden, utilizando todos os recursos da propia comunidade e implicándoa de forma accesible e con temas de interese, as persoas responden moi satisfactoriamente; e así pódese chegar a gran número de persoas. Que moitos sanitarios están dispostos a colaborar nestas actividades. Que estas actividades poden servir para promover cambios de hábitos e detectar problemas de saúde novos ou mal controlados en numerosas persoas. As autoridades sanitarias poden promover estas actuacións incentivando aos profesionais.

Dirección para la correspondencia

Francisco Vázquez Troitiño

Centro de Saúde de Coruxo. Rúa José Rivas s/n. 36330 Vigo (Pontevedra)
e-mail: troitinhoermida@hotmail.com

PALABRAS CLAVE

Intervención comunitaria, Promoción da saúde, Factores de risco cardiovascular.

FONTE DE FINANZAMENTO

A realización do traballo de campo foi incentivada economicamente por Novartis.

INTRODUCCIÓN:

As accións e intervencións propias da Atención Primaria (AP) comprenden, non só os aspectos curativos, senón tamén e de forma fundamental as actividades de prevención e promoción da saúde. A forma máis efectiva de levar a cabo estas accións é a través da educación para a saúde, con participación activa da comunidade. Polo tanto cómpre entender a promoción da saúde e a intervención comunitaria como unha parte integrante do perfil dos profesionais de AP.

Con esta premisa os profesionais dos centros de saúde de Coruxo, Mos e O Porriño decidimos acudir á comunidade, aos seus lugares de reunión habitual e nun horario cómodo, co fin de facilitarles o acceso á información e á detección precoz de morbilidade cardiovascular (CV); eliximos esta patoloxía pola súa magnitude e transcendencia e as posibilidades de abordaxe: as enfermidades cardiovasculares constitúen a principal causa de mortalidade en Galicia⁽¹⁾ que no ano 2001 foron responsábeis do 34,4% das mortes, 26,3% en homes e do 38,5% en mulleres. A cardiopatía isquémica é a primeira causa de mortalidade en homes e a segunda en mulleres, mentres que a enfermidade cerebrovascular é a primeira causa de mortalidade en mulleres e a segunda en homes.

Cada día dispoñemos de máis evidencias de que contra estas enfermidades podemos loitar exitosamente controlando axeitadamente os seus factores de risco, fundamentalmente os clasicamente recoñecidos como maiores, a diabete (DM), a dislipemia (Dis), a hipertensión arterial (HTA) e o tabaquismo.

A HTA é un problema de saúde pública en España. Coa actual definición de HTA (cifras e 140/90 mmHg ou estar en tratamento farmacolóxico antihipertensivo), aproximadamente o 35% dos adultos é hipertenso, cifra que se incrementa ao 40% nas idades medias e ao 68% nos > 60 anos⁽²⁻⁴⁾.

Por outra parte un 20% da poboación adulta española ten unhas cifras de colesterol plasmático por encima dos 250 mg/dl (Dis) e máis dun 50% maior de 200 mg/dl⁽⁴⁻⁷⁾.

En canto á DM, sabemos que é un importante factor de risco de cardiopatía isquémica e ictus, as taxas de morbilidade por estas enfermidades son 2-4 veces maiores nos diabéticos que nos non diabéticos⁽⁸⁾. A prevalencia de DM en España encóntrase en torno ao 10%, un terzo dos cales se encontra sen diagnosticar⁽⁴⁾⁽⁹⁾.

A dieta sa e o exercicio físico regular son as bases para previr e tratar estes problemas. Sen embargo os datos indican que no ano 2001 en España o 40% da poboación maior de 16 anos declaraba non realizar exercicio físico. Nos últimos dez anos aumentou o tempo dedicado a actividades sedentarias, como conducir ou ver televisión⁽⁵⁾⁽¹⁰⁾. O problema afecta máis a mulleres novas, xa que un 50% non realiza actividade física, e as maiores de 65 anos, cun 62% de inactividade física⁽⁹⁾.

Os profesionais sanitarios dos centros de saúde de Coruxo, Mos e O Porriño decidimos poñer en marcha un proxecto, cos seguintes obxectivos: dar a coñecer á poboación a importancia da morbimortalidade CV; explicar a relación entre a morbimortalidade CV e os hábitos de vida; informar acerca das principais entidades de risco CV: HTA, Dis e DM; facilitar os coñecementos esenciais sobre o diagnóstico e a prevención das patoloxías anteriores e por último realizar a detección de posibles novos casos de HTA, Dis e DM entre os asistentes ás reunións informativas.

MATERIAL E MÉTODO

Ámbito, poboación diana: Toda a poboación adulta dos municipios do Porriño (14.500 habs.), Mos (12.500), UAP de e Coruxo(8.000) que suma unha poboación total de 35.000 habitantes distribuídas en 22 parroquias; maioritariamente rural. Non se realizou ningunha selección.

Período: De maio a agosto de 2005.

Tipo de estudo: Observacional descritivo.

Material: Presentación en material audiovisual co programa informático PowerPoint (material adxunto en Internet. Anexo 1) sobre morbimortalidade CV da Área sanitaria e Galiza; abordaxe secuencial de HTA, Dis e DM, reflectindo os criterios diagnósticos, fisiopatoloxía, factores condicionantes, consecuencias e abordaxe preventiva e de control con especial énfase en hábitos sans. Folleto tríptico impreso de

hábitos sans para os asistentes (Material adxunto en Internet. Anexo 2). Carteis anunciadores para as asociacións de veciños. Aparato dixital validado para toma de TA, Glucómetro e Colesterolímetro. Fichas de baleirado individual e de reunións.

Organización: O proxecto e material foi elaborado por 4 médicos de AP, para a súa edición definitiva foi sometido a debates dos profesionais dispostos a participar no proxecto.

O proxecto foi presentado a unha empresa patrocinadora que o apoiou. Posteriormente presentouse nas concellarías de Sanidade de Mos e O Porriño que prestaron o seu total apoio a través das asociacións veciñais (AA.VV.) para a difusión e organización. Estas asociacións fixaron os horarios e días para posibilitar a maior concorrencia.

Organizouse unha reunión en cada parroquia cunha duración total prevista de 2 horas: 45 minutos de exposición e o resto do tempo para debate-coloquio e realizar as determinacións aos asistentes; animouse a practicalas predominantemente aos que non coñecían o seu estado previo ou non padecían estas enfermidades.

A cada reunión acudiu un médico e unha enfermeira preferiblemente do Equipo de Atención Primaria da zona onde se realizou a exposición.

A cada asistente entregóuselle o folleto de hábitos sans e aos que realizaron determinacións anotáronselles os resultados para entregar ao seu médico de AP.

Fontes de información: Recollida de datos en fichas específicas en cada reunión e ficha individual de todas as persoas que realizaron medición de TA, Colesterolemia (C) ou Glucemia (G).

Medicións: En cada reunión rexístrouse o tempo de duración, número de asistentes por sexo e localidade. Realizáronse medicións de TA, C o G ás persoas voluntarias; a éstas rexístróuselles, ademais, a idade, o sexo e se eran coñecedores de padecer algunha das tres patoloxías referidas: HTA, Dis ou DM.

Para o estudo de variables utilizouse o programa Excel e SPSS.

RESULTADOS

Profesionais participantes: Médicos/as: 9. Enfermeiros/as: 10.

Asistencia de cidadáns/ás: Número total de reunións comunitarias: 22 (O Porriño 8, Mos 10, Coruxo 4). Supuxo un termo medio de 1 reunión cada 1.591 habitantes (1.810, 1.250 e 2.000 respectivamente).

O termo medio de asistentes por reunión foi de 34 persoas. O total de asistentes, a súa distribución por zonas e sexo foi tal como reflic-

te a táboa 1. Supuxo un 2,1% da poboación adulta total con diferenzas relevantes: 2,9% en Mos, 1,7% no Porriño e 1,7% en Coruxo.

TÁBOA 1

Asistentes ás charlas segundo poboación e sexo

Poboación	Homes		Asistentes Mulleres		Total
	n	%	n	%	
O Porriño	82	33,5	163	66,5	245
Mos	87	24,2	273	75,8	360
Coruxo	25	18,7	109	81,3	134
TOTAL	194	26,3	545	73,7	739

Determinacións: os datos de TA, C e G reflíctense nas táboas 2 e 3. En dúas das parroquias non se rexistraron as determinacións. Ao 55% das persoas asistentes realizóuselles polo menos unha determinación (23,8% homes e 76,2% mulleres), a idade media foi de $57,6 \pm 14,7$ anos. Realizáronse 349 determinacións de TA, 265 de C e 298 de G.

Das persoas que contestaron ao cuestionario, recoñecían padecer HTA 36%; Dis 24,6% e DM o 13,7% (datos de TA, C e G na táboa 3).

Tiñan TA sistólica (TAS) elevada o 52,9%; Colesterol ≥ 200 o 39,2%; G ≥ 200 o 1,7% (6 persoas).

Por grupos de idade presentaban cifras de TA $\geq 140/90$ o 7,7% das persoas menores de 35 anos; o 47,2% das comprendidas entre 35 e 64 anos e o 74,2% de 65 anos ou máis.

A prevalencia encontrada non ofrecía diferenzas relevantes entre homes e mulleres.

Presentaban Hipertensión Sistólica Aislada (HSA) o 49,2% dos maiores de 65 anos, o 29,4% dos $>$ de 35 e $<$ 65 anos e o 3,8% dos menores de 35 anos.

TÁBOA 2

Distribución das persoas por coñecemento de patoloxía previa

Coñecemento patoloxía previa	HTA		Dislipemia		Diabetes	
	n	%	n	%	n	%
Si	113	27,8	70	17,2	40	9,8
Non	201	49,3	214	52,6	252	61,9
Ns/Nc	93	22,9	123	30,2	115	28,3
TOTAL	407	100	407	100	407	100

DISCUSIÓN

A terceira parte dos profesionais sanitarios aceptaron realizar o traballo. O feito de estar subvencionado seguramente favoreceu o compromiso; pero ao realizarse a última hora da tarde, para ser máis

accesible á poboación, posiblemente dificultou unha maior participación.

A resposta das concellarías de Sanidade dos municipios e das AA.VV. foi excelente.

É probable que a influencia das reunións se estendese aos familiares dos asistentes ao haber entregado documentación escrita. É de resaltar unha maior asistencia no Concello de Mos feito que coincide con maior proporción de reunións, maior ruralidade e unha total implicación da Concellaría e das AA.VV. O termo medio de asistentes por reunión (34) resultou adecuado.

A maioría das persoas que acudiu ás reunións optou por realizar algunha determinación, o que reflicte o interese e motivación dos asistentes.

TÁBOA 3

Prevalencia de cifras alteradas de ta, colesterol e glucosa nos/nas asistentes segundo o estado de coñecemento de patoloxía previa

Coñecemento patoloxía previa(a)	HTA ($\geq 140/90$)		HIPERLIPIDEMIA (≥ 250 mg/dl)		G ALTA (≥ 140 mg/dl)	
	n	%	n	%	n	%
Si	79	81,3	12	23,1	13	44,8
Non	83	47,7	16	10,9	21	10,6
Ns/Nc	27	34,6	0	0	3	4,3
TOTAL determinacións alteradas.	189	59,5	28	10,5	37	12,1

(a) Refírese ás persoas que contestaron ao ítem se padecían ou non HTA, dislipemias ou Diabetes.

A elevada porcentaxe de persoas con TA elevada tanto nos diagnosticados de HTA como nos que non se recoñecían hipertensos evidencia un defectuoso control, de aí a importante porcentaxe de persoas con TA elevada respecto das non diagnosticadas previamente. Estas cifras están sobreestimadas debido a que non se realizou unha segunda determinación para confirmar o resultado, por problemas de tempo e por este mesmo motivo tampouco fomos rigorosos en ter ás persoas 5 minutos en repouso previo, nin en realizar unha segunda determinación pasados 2 minutos. No futuro, sería desexable ter en conta estes aspectos.

A pesar destas limitacións detectouse un elevado número de persoas con HTA mal controlada e outras non diagnosticadas. Isto pode deberse á inercia dos profesionais en relación ao diagnóstico precoz e tratamento; así como o incumprimento de hábitos saudables e terapéuticos polos pacientes^(3,11,12).

A elevada porcentaxe de persoas con TAS elevada é acorde co feito de que esta aumenta coa idade⁽¹³⁾ e o termo medio de idade dos/das asistentes era alto. A HSA é un factor de risco CV maior⁽¹⁴⁾ que está presente nesta poboación.

O método utilizado para despistaxe de Dis foi mediante punción dixital, aceptado para este fin⁽¹⁵⁾. Ao non realizarse a determinación en xaxún, tan só ten valor para o cribado⁽¹⁵⁾, non para o diagnóstico definitivo. A prevalencia de cifras de colesterol ≥ 250 mg/dl encontrada foi do 10,5% que resultou ser semellante a outros estudos⁽⁵⁾ e inferior á estimada para a poboación española maior de 20 anos que é de un 20%⁽⁴⁻⁷⁾. Os novos casos detectados (10,9%) é unha cifra similar á de outros estudos (7,8%)⁽¹⁶⁾. Atopouse un colesterol ≥ 200 no 39,2% dos casos, cifra que foi inferior á encontrada noutros estudos (53%)⁽⁵⁾ e a referenciada para a poboación española (50%)⁽⁴⁻⁷⁾.

Ao tratarse dun estudo descritivo carecemos de información para poder analizar este feito.

Dado que a cuarta parte dos diagnosticados presentaban colesterolemias $>$ de 250 reflicte o mal control destes pacientes.

A prevalencia coñecida de DM entre os asistentes foi do 13,6%, o cal concorda co que cabería esperar en base a estudos de prevalencia a nivel español, sobre todo tendo en conta que a poboación que acudiu ás charlas tiña unha idade media de 58 anos⁽¹⁷⁾.

En canto aos valores de G capilar obtidos, podemos consideralos como determinados en fase posprandial, xa que a medición se realizou ao final da charla, a cal duraba aproximadamente 75 minutos.

Aínda que tamén encontramos 31 persoas con valores de G entre 140-199 mg/dl, dos cales 13 eran diabéticos coñecidos pero 24 (9,5% dos que se rexistrou a medición da G) non o eran.

Este tipo de actividades poden ser útiles como método de educación sanitaria á poboación pero tamén como un medio útil na captación de novos casos de persoas con factores de risco CV⁽¹⁶⁾⁽¹⁸⁾.

Existe concordancia entre a porcentaxe de pacientes que tiñan cifras altas TA, C e G e os/as que recoñecían ter a patoloxía respectiva, o cal evidencia un control que dista moito do ideal.

Esta experiencia foi útil para detectar novos casos e pacientes mal controlados/as, do cal se informou aos seus correspondentes médicos e enfermeiras mediante o envío dos resultados a través do paciente. É de esperar que iso reactivase as medidas para un mellor control e o diagnóstico de novos pacientes⁽¹⁶⁾⁽⁸⁾.

AGRADECEMENTOS

Aos veciños de Coruxo, Mos e O Porriño; ás AA.VV. de todas e cada unha das parroquias, as concellarías de Sanidade de Mos e O Porriño; a todos os profesionais sanitarios destas zonas de saúde e a Laboratorios Novartis. Coa súa desinteresada participación fixeron posible esta experiencia.

Conflicto de intereses: proxecto financiado por Novartis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mortalidad por Capítulo, Causa y Sexo (2001). Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III [cited 05/06/2006]; Available from: http://193.146.50.130/htdocs/mortal/mortal2001/ww9201_cau_ca_defu.htm
2. Banegas J, Rodríguez Artalejo F. El problema de la hipertensión arterial en España. *Rev Clin Esp.* 2002;(202):12-5.
3. Banegas J, Rodríguez-Artalejo F, Ruilope L, Graciani A, Luque M, de la Cruz-Troca J, et al. Hypertension magnitude and management in the elderly population of Spain. *J Hypertens.* 2002;20:2157-64.
4. Medrano M, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc).* 2005;(124):606-12.
5. Banegas J, Villar F, Pérez C, Jiménez R, Gil E, Muñoz J, et al. Estudio epidemiológico de los factores de riesgo cardiovascular en la población española de 35 a 64 años. *Rev San Hig Pub.* 1993(67):419-45.
6. Lago Deibe F, Abad Vivas Pérez JJ, Alvarez Cosmea A, Blasco Valle M, Del Álamo Alonso A, Llor Vila C, et al. Recomendaciones Semfyc. Dislipemias. Barcelona: Semfyc; 1997.
7. Villar Álvarez F, Maiques Galán A, Brotons-Cuixart C, Torcal-Laguna J, Lorenzo-Piqueres A, Vilaseca Canals J, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares: aplicaciones prácticas del riesgo cardiovascular. *Aten Primaria.* 1999(supl 1):66-75.
8. Kannel W, McGee D. Diabetes and cardiovascular disease: the Framingham Study. *JAMA.* 1979(241):2035-8.
9. Goday A. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Rev Esp Cardiol.* 2002(55):657-70.
10. Gutiérrez-Fisac J, Regidor E, Banegas J, Rodríguez-Artalejo F. Prevalencia de obesidad en la población adulta española: 14 años de incremento continuado. *Med Clin (Barc).* 2005(124):196-7.
11. Roca-Cusachs A, Merino J, Aranda P, Gil V, Guayta R, Abellán J, et al. La observancia terapéutica en el paciente hipertenso. Madrid: Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial; 1996.
12. Puigventós F, Llodrá V, Vilanova M, Delgado O, Lázaro M, Forteza-Rey J, et al. Cumplimiento terapéutico en el tratamiento de la hipertensión: 10 años de publicaciones en España. *Med Clin (Barc).* 1997;109:702-6.
13. Guía Española de Hipertensión Arterial 2005. Hipertensión arterial. Definición. Epidemiología. Hipertensión. 2005;22(Supl 2):3-8.
14. Kannel W. Update on hypertension as a cardiovascular risk factor. In: Mancia G, Chalmers J, Julius S, Saruta T, Weber M, Ferrari A, et al., editors. *Manual of Hypertension.* New York: Churchill Livingstone; 2002. p. 3-19.
15. Guía de Prevención de Riesgos Coronarios. Task Force for Prevention of Coronary Heart Disease & International Atherosclerosis Society. Barcelona: Blatt Medic SL/Börm Bruckmeier Publishing LLC; 2006.
16. Van den Berg P, van Dalsen C, de Rooij R, Prins A, Hoes A. Cardiovascular health check in the elderly in one general practice: does it offer new information and lead to interventions?. *Fam Pract.* 1999;16:389-94.
17. Gomis R, Franch Nadal J, García Soidán J, Mata Cases M, Aznar Costa J, Barrios Alonso V, et al. Documento 2005 de consenso entre varias sociedades científicas sobre pautas de manejo del paciente diabético tipo 2 en España. *Av Diabetol.* 2005;21:195-238.

18. Hourihan F, Krass I, Chen T. Rural community pharmacy: A feasible site for a health promotion and screening service for cardiovascular risk factors. *Aust J Rural Health.* 2003;11:28-35.

- No noso medio os factores de risco cardiovascular están infra-diagnosticados e o seu control é deficitario.
- As intervencións comunitarias regulares poden ser un método para mellorar estas deficiencias.

PUNTOS CLAVE E ESQUEMA XERAL DO ESTUDO

PUNTOS CLAVE

- *Aportacións deste estudo*
- A colaboración dos profesionais sanitarios con asociacións de veciños e autoridades políticas locais constitúe un bo método para realizar con éxito intervencións comunitarias.

ESQUEMA XERAL DO ESTUDO

- Estudo observacional descriptivo.
- Población diana: 35.000 habitantes.
- Asistentes ás reunións: 739 persoas.
- Número de reunións: 22.
- Asistencia media: 34 persoas por reunión.
- Perdas: non se rexistraron os datos individuais en 2 reunións.