

Educación para a saúde: Prevenición cardiovascular na muller

Dr. José Luis García Soidán

Profesor titular da Universidade de Vigo

Dra. Anxela Soto Rodríguez

Profesora Axudante Doutora da Universidade San Jorge de Zaragoza

Dra. M^a Reyes Pérez Fernández

Profesora titular da Escola Universitaria de Enfermaría de Ourense (Sergas)

Dra. Raquel Leirós Rodríguez

Universidade de Vigo

Universidade de Vigo

Servizo de Publicacións

2018

MANUAIS DA UNIVERSIDADE DE VIGO, Nº 70.

Edición
Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo
Edificio da Biblioteca Central
Campus de Vigo
36310 Vigo

© Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo, 2018
© José Luis García Soidán, Anxela Soto Rodríguez, M^a Reyes Pérez Fernández e Raquel
Leirós Rodríguez

ISBN: 978-84-8158-782-1
D.L.: VG 363-2018

Maquetación e impresión: Tórculo Comunicación Gráfica, S.A.

Reservados todos os dereitos. Nin a totalidade nin parte deste libro pode reproducirse ou transmitirse por ningún procedemento electrónico ou mecánico, incluídos fotocopia, gravación magnética ou calquera almacenamento de información e sistema de recuperación, sen o permiso escrito do Servizo de Publicacións da Universidade de Vigo.

ÍNDICE

Limiar	7
INTRODUCCIÓN	9
Referencias bibliográficas.	13
CAPÍTULO I: SAÚDE PÚBLICA E COMUNITARIA	17
1.1. Saúde pública e comunitaria en España.	18
1.2. Atención Primaria	20
1.2.1. Desenvolvemento da Atención Primaria	21
1.2.2. Funcións da Atención Primaria.	22
1.3. Referencias bibliográficas	27
CAPÍTULO II: EDUCACIÓN PARA A SAÚDE	31
2.1. Principios básicos	34
2.2. Obxectivos da educación para a saúde.	35
2.3. Actividades na educación para a saúde.	36
2.4. Metodoloxía da EPS	36
2.4.1. Modelo Prochaska e Diclemente	36
2.4.2. Modelo Precede-Procede	37
2.4.3. Modelo FACILE	38
2.5. Referencias Bibliográficas.	39

CAPÍTULO III: PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR NA MULLER . . .	41
3.1. Fisiopatoloxía das enfermidades cardiovasculares	42
3.2. Factores de risco cardiovascular na muller	43
3.2.1. Factores de risco cardiovascular non modificables	43
3.2.2. Factores de risco cardiovascular modificables	45
3.2.3. Factores de risco cardiovascular específicos na muller	55
3.3. Referencias bibliográficas	57
CAPÍTULO IV: EDUCACIÓN PARA A SAÚDE NA MULLER	63
4.1. Recomendacións dietéticas	65
4.2. Recomendacións de exercicio físico	68
4.3. Recomendacións sobre hábitos tóxicos	71
4.4. Necesidade de educación para a saúde nas mulleres	72
4.5. Referencias bibliográficas	74

Limiar

Este manual sobre “Educación para a Saúde: Prevención cardiovascular na muller” trata sobre a importancia da Saúde Pública e Comunitaria na prevención de enfermidades cardiovasculares nas mulleres.

As enfermidades cardiovasculares son a primeira causa de mortalidade no sexo feminino e ademais observouse que a taxa de mortalidade por esta patoloxía na muller duplicouse dende un 30% no ano 1997 ata un 54% no 2009. Por outra parte demostrouse que nos últimos anos produciuse unha redución da mortalidade mais notable nos homes que nas mulleres. Non obstante, a maioría das mulleres consideran que están protexidas fronte a estas patoloxías e que se trata dunha enfermidade típica dos homes. Ademais, trala menopausa, o risco de presentar esta patoloxía é igual ou mesmo pode chegar a superar o risco do home.

Polo tanto, é imprescindible concienciar ás mulleres de que non están libres de padecer unha enfermidade cardiovascular e estimar o risco cardiovascular da poboación feminina nesta etapa, antes de que aparezan manifestacións clínicas, para poder iniciar estratexias preventivas.

A mellor estratexia preventiva e de promoción de saúde das que dispomos os profesionais sanitarios é a Educación para a saúde, a través da cal pódese conseguir a modificación do estilo de vida dos pacientes e de maneira paralela conseguir a redución da morbimortalidade por enfermidades cardiovasculares.

O interese pola educación para a saúde ten unha longa tradición, xa que dende a idade Antiga o ser humano mostrou unha gran preocupación por mellorar a súa saúde.

Pero non foi ata o ano 1986, cando a Organización mundial da saúde, por medio da Carta de Ottawa, definiu a promoción da saúde como o proceso que permite ás persoas incrementar o control sobre a súa saúde para melloralas. A Educación para a

saúde ten como finalidade responsabilizar ós pacientes da defensa da saúde propia e colectiva, mediante a adquisición e fortalecemento dos comportamentos e estilo de vida saudables.

Este manual pretende introducir ós profesionais sanitarios (fisioterapeuta, enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, etc) e da educación, nos conceptos básicos de Saúde Pública e Comunitaria, así como coñecer unha das estratexias máis importantes neste ámbito da “Educación para a saúde” con especial énfase na prevención cardiovascular nas mulleres para aplicarlos na súa práctica asistencial diaria.

Os autores

1. INTRODUCCIÓN

A educación para a saúde (EPS), é unha das funcións máis destacadas dos profesionais sanitarios dentro do ámbito da Saúde Pública e Comunitaria (Kaufman, 2016; Miller, Moore, Stead, & Balser, 2010). A importancia da EPS mostra unha longa tradición, xa que dende a Idade Antiga a humanidade mostrou unha gran preocupación pola súa propia saúde e un gran interese por transmitir os seus coñecementos ós seus descendentes. O ser humano caracterízase pola súa continua transformación de forma paralela á sociedade na que vive, o cal fai que as estratexias de EPS se deban adaptar ós novos cambios culturais e económicos para que esta sexa efectiva. Tamén é necesario que esta se adapte a evolución epidemiolóxica, sendo as enfermidades crónicas como a diabetes mellitus, hipertensión ou dislipemia as máis prevalentes na actualidade que favorecen o desenvolvemento das enfermidades cardiovasculares (ECV), as cales considéranse a primeira causa de morte a nivel mundial (Ferreira-González, 2014; Perea, 2004).

Antes do século XX, as infeccións e a desnutrición eran as causas máis frecuentes de mortalidade en todo o mundo e unicamente un 10% das mortes eran provocadas polas ECV. Na actualidade, as ECV convertéronse na epidemia dominante xa que a estas atribúense aproximadamente o 30% das mortes en todo o mundo (Figura A). Esta cifra é próxima ó 40% nos países desenvolto e en torno ó 28% en aqueles en vías de desenvolvemento (Gaziano, 2009; Lopez, Mathers, Ezzati, Jamison, & Murray, 2006). Esta diferenza é debida, entre outras causas, ó proceso de migración do campo ás cidades, á industrialización e especialmente, ó estilo de vida (Gaziano, 2009). No ano 2010, as ECV en conxunto produciron 12,9 millóns de mortes no mundo, o que significa unha cuarta parte do total mundial (Lozano et al., 2010).

Nos últimos anos, as ECV representaron aproximadamente o 33% do total de mortes nos Estados Unidos ou o que pódese traducir en 1 de cada 2,8 mortes, é dicir, unha media dun americano cada 37 segundos (Artinian et al., 2010). Con todo, este porcentaxe vai aumentando concretamente en Europa, estimándose que cada ano as ECV causan en total uns 4 millóns de mortes, o que supón un 47% de tódalas mortes no

noso continente (Jena et al., 2018; Nichols, Townsend, Scarborough, & Rayner, 2013).

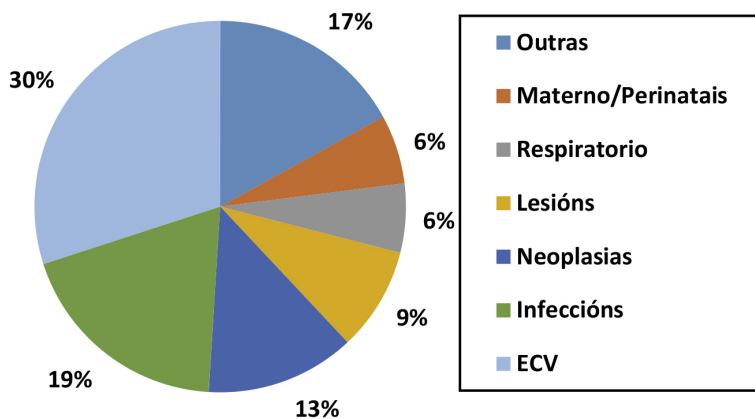


Figura A. Enfermedades cardiovasculares comparadas con outras causas de defunción (Gaziano, 2009; Go et al., 2013).

ECV: Enfermedade cardiovascular.

En referencia á mortalidade no noso país, o Instituto Nacional de estadística (2012) mostra que no ano 2012 (Tabla B) as ECV mantivéronse como a primeira causa de morte (responsables do 30,3% de defuncións) e no ano 2013 foron a principal causa de hospitalización (13,3% do total) (Ministerio de Sanidade, servicios sociais e igualdade, 2012). En Galicia, como no resto de España, ademais de mostrarse como a principal causa de morte no ano 2011, supuxeron o 40% do total das mortes (Consellería de Sanidade, 2013).

Tabla B. Defuncións segundo a causa de morte no ano 2012 en España (Ministerio de Sanidade, servicios sociais e igualdade, 2012).

	Nº de defuncións	%
TOTAL DEFUNCIÓNS	402.950	100,0
1. Enfermedade cardiovascular	122.097	30,3
2. Tumores	110.993	27,5
3. Enfermedades do sistema respiratorio	47.336	11,7
4. Enfermedades do sistema nervioso e dos órganos dos sentidos	22.089	5,5
5. Enfermedades do sistema dixestivo	19.797	4,9

En relación ó custo total directo e indirecto das ECV, no ano 2009 nos Estados Unidos, estimouse en 312.600 millóns de dólares e no 2010 en 315.400 millóns de dólares. En comparación, no 2008, o custo estimado de outras enfermidades como neoplasias malignas e benignas foi de 228.000 millóns de dólares. Por tanto as ECV parece que teñen un custo moito máis elevado que outras patoloxías (Go et al., 2014). En Europa, as ECV provocan un custo total de 196.000 millóns de euros anuais, aproximadamente o 54% da inversión total en saúde, e da lugar a un 24% das perdas en produtividade (Ferreira-González, 2014).

O aumento da esperanza de vida e o consecuente envellecemento progresivo da poboación, a inmigración, os cambios sociais e económicos, o sedentarismo, o tabaquismo e unha globalización da dieta occidental, fan supoñer que o predominio de ECV non diminuírá nun futuro próximo, e que ou mesmo pode chegar a aumentar. Con todo, a mortalidade en xeral por ECV diminuíu nas últimas décadas (Jena et al., 2018) grazas á mellora no tratamento, así como a mellora na prevención e na xestión dos factores de risco. Non obstante, esta diminución foi máis significativa nos varóns que nas mulleres (Shaw, Bugiardini, & Merz, 2009; Towfighi, Zheng, & Ovbiagele, 2009). Concretamente en Europa reduciuse a mortalidade por SCA un 32% en varóns (de 146 a 100/100.000) e un 30% en mulleres (de 64 a 45/100.000) e ademais no ano 2008 as ECV foron responsables do 42% de tódalas mortes entre as mulleres menores de 75 anos e do 38% nos homes (Ferreira-González, 2014; Jena et al., 2018). En relación ó accidente cerebrovascular (ACV), cada ano, sofren esta patoloxía 55.000 mulleres máis que os homes (Go et al., 2014). Outros estudos indican que a taxa por ECV na muller duplicouse dende un 30% no ano 1997 ata un 54% no 2009 (Wu et al., 2014). Estimase que para o ano 2030, o SCA provocará o 14,9% das defuncións nos varóns e o 13,1% en mulleres e que o ACV causará o 10,4% das defuncións nos varóns e o 11,8% en mulleres (Gaziano, 2009).

No noso país os tumores foron a primeira causa de morte nos homes e a segunda en mulleres (Figura C) (Ministerio de Sanidade, servicios sociais e igualdade, 2012). En cambio, as ECV foron a primeira causa de mortalidade feminina (282,2 mortes por cada 100.000) e a segunda entre os homes (239,4). A nivel máis detallado, o SCA ocupou o primeiro lugar en número de defuncións, aínda que con un descenso do 0,2% respecto ó ano 2011. Seguiulle o ACV, que aumentou un 2,3%. Por sexo, o SCA foi a primeira causa de morte nos homes e nas mulleres o ACV.

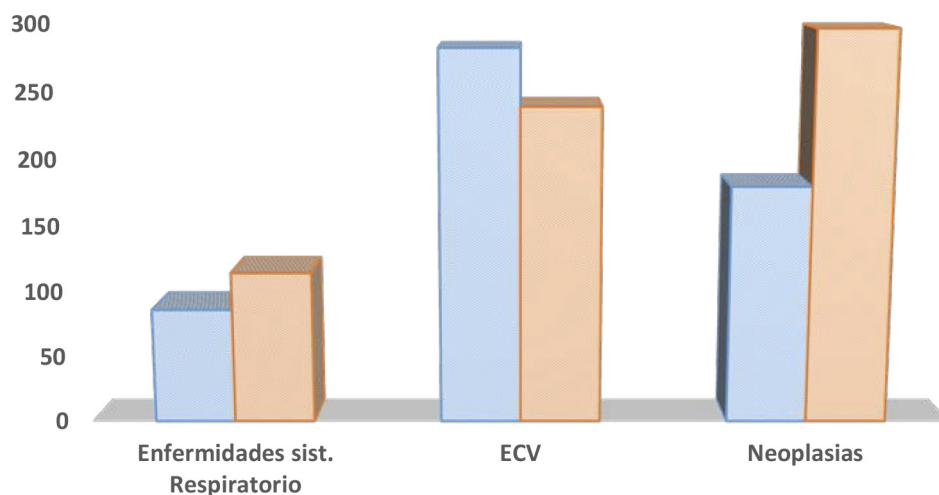


Figura C. Taxas brutas por 100.000 habitantes segundo a causa de morte e sexo no ano 2012 en España (Ministerio de Sanidade, servicios sociais e igualdade, 2012).

En Galicia, ó igual que en España, no ano 2011, a primeira causa de morte nos homes foron os tumores (41%) seguido polas ECV (34%) e nas mulleres a primeira causa foron as ECV (47%) seguido polos tumores (28%) (Consellería de Sanidade, 2013).

En relación á morbilidad, no ano 2012 en España as principais causas das altas hospitalarias nas mulleres foron os episodios de embarazo, parto e puerperio (20,1% do total), seguidos das ECV (11,1%). Nos homes o motivo máis frecuente foron as ECV (13,3% do total), seguida do grupo de enfermidades do aparato dixestivo (12,2%) e do aparato respiratorio (10,9%) (Ministerio de Sanidade, servicios sociais e igualdade, 2012). En Galicia no ano 2013 a principal causa das altas de hospitalización foron as ECV (22.889 en homes e 17.691 en mulleres) seguida das enfermidades respiratorias (Consellería de Sanidade, 2013).

Non obstante, a maioría das mulleres consideran que están protexidas fronte a estas patoloxías e que se trata dunha enfermidade típica dos homes. Ademais, trala menopausa, o risco de presentar esta patoloxía é igual ou mesmo pode chegar a superar ó risco do home (Lisabeth, & Bushnell, 2012). Polo tanto, é imprescindible concienciar ás mulleres de que non están libres de padecer unha ECV e estimar o risco cardiovascular da poboación feminina nesta etapa, antes de que aparezan manifestacións clínicas, para poder iniciar estratexias preventivas. Este obxectivo conséguese a través da EPS.

En conclusión a EPS considérase un instrumento da promoción da saúde e polo tanto unha función importante dos profesionais sanitarios. É unha das modalidades máis importantes no campo da Saúde Pública e Comunitaria. Ten como finalidade responsabilizar ós pacientes da defensa da saúde propia e colectiva, mediante a adquisición e fortalecemento dos comportamentos e estilo de vida saudables. A EPS inclúe non só actividades de ensinanza para cambiar comportamento individual de saúde, se non tamén esforzos, directivas políticas, apoios económicos, actividades medioambientais, medios de comunicación e programas de saúde (Costa, 2008; Xiangyang, Genming, Dequan, Duoquan, & Liang, 2016).

1.3. Referencias bibliográficas

- Artinian, N., Fletcher, G., Mozaffarian, D., Kris-Etherton, P., Van-Horn, L., . . . Lichtenstein, A. (2010). Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults: A scientific statement from the american heart association. *Circulation*, 122(4), 406-441. doi:10.1161/CIR.0b013e3181e8edf1.
- Consellería de Sanidade. (2013). Enfermos dados de alta por xénero, diagnóstico e provincia de residencia. instituto galego de estadística. Retrieved from <http://www.ige.eu/igebdt/selector.jsp? COD=405&paxina=001&c=0202001>.
- Costa, M. (2008). *Educación para la salud*. Madrid: Pirámide.
- Ferreira-González, I. (2014). Epidemiología de la enfermedad coronaria. *Revista Española De Cardiología*, 67(2), 139-144. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.10.003>
- Gaziano, T.A. (2009). Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares. In A. Fauci, E. Braunwald, D. Kasper, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson & et al. (Eds.), *Harrison, principios de medicina interna* (17^a ed., pp. 1375-1379). México D.F: Mc Graw Hill.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V., Benjamin, E., Berry, J., . . . Blaha M. J. (2014). Heart disease and stroke statistics-2014 update: A report from the american heart association. *Circulation*, 129(3), 228-292. doi:10.1161/CIR.0000000000000558.
- Go, A.S., Mozaffarian, D., Roger, V., Benjamin E., Berry J., . . . Borden W.B. (2013). Heart disease and stroke statistics-2013 update: A report from the

american heart association. *Circulation*, 127(1), 237-245. doi:10.1161/CIR.0b013e31828124ad.

Jena, A. B., Olenski, A., Blumenthal, D. M., Yeh, R.W., Goldman, D. P., & Romley J. (2018). Acute myocardial infarction mortality during dates of national interventional cardiology meetings. *J Am Heart Assoc.* 2018; 7(6), 134-139. doi:10.1714/1264.13964.

Kaufman A. (2016). Beyond flexner alliance: Social mission in health professions education. *Educ Health*, 29(3), 277-279. doi:10.4103/efh.EfH_345_16.

Lisabeth, L., & Bushnell, C. (2012). Stroke risk in women: The role of menopause and hormone therapy. *The Lancet.Neurology*, 11(1), 82-91. doi:10.1016/S1474-4422(11)70269-1

Lopez, A. D., Mathers, C. D., Ezzati, M., Jamison, D. T., & Murray, C. J. (2006). *Global burden of disease and risk factors*. Washington: World Bank.

Lozano, R., Naghavi, M., Foreman, K., Lim, S., Shibuya, K., Aboyans, V., . . . Murray, C. (2010) J.Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: A systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2095-2128. doi:http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61728-0

Miller, B. M., Moore, D. E., Stead, W. W., & Balsler J. R. (2010). Beyond flexner: A new model for continuous learning in the health professions. *Acad Med*, 85(2), 266-272. doi:10.1097/ACM.0b013e3181c859fb.

Ministerio de Sanidade, servicios sociais e igualdade. (2012). Encuesta nacional de salud de españa (ENSE). Retrieved from <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>

Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P., & Rayner, M. (2013). Trends in age-specific coronary heart disease mortality in the european union over three decades: 1980-2009. *Eur Heart J.*, 34(39), 3017-3027. doi:10.1093/eurheartj/eh159.

Perea R. (2004). *Educación para la salud. reto de nuestro tiempo*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.

- Shaw, L. J., Bugiardini, R., & Merz, C. N. (2009). Women and ischemic heart disease: Evolving knowledge. *Journal of the American College of Cardiology*, *54*(17), 1561-1575. doi:10.1016/j.jacc.2009.04.098 [doi]
- Towfighi, A., Zheng, L., & Ovbiagele, B. (2009). Sex-specific trends in midlife coronary heart disease risk and prevalence. *Archives of Internal Medicine*, *169*(19), 1762-1766. doi:10.1001/archinternmed.2009.318 [doi]
- Wu, L., Chen, R., Ma, D., Zhang, S., Walton-Moss, B., & He, Z. (2014). Effects of lifestyle intervention improve cardiovascular disease risk factors in community-based menopausal transition and early postmenopausal women in china. *Menopause*,
- Xiangyang, T., Genming, Z., Dequan, C., Duoquan, W., & Liang, W. (2016). Health education and promotion at the site of an emergency: Experience from the chinese wenchuan earthquake response. *Glob Health Promot.*, *23*, 15-26.