

MONITORIZAREA DISLIPIDEMIILOR ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE, FUNDAMENTUL PROGRAMELOR PREVENTIV-CURATIVE PENTRU BOLILE CARDIOVASCULARE

Conf. Dr. E. Ilicea, Dr. Elvira Ilicea

REZUMAT

Creșterea indicatorilor de mortalitate, de morbiditate și de incapacitate temporară de muncă prin boli cardio-vasculare, în paralel cu scăderea duratei medii de viață și a duratei de viață activă, impun o amplă și complexă activitate medicală preventivă la toate nivelurile sistemului sanitar național.

Integrarea activităților de cardiologie în asistența medicală primară vizează:

1. identificarea și limitarea acțiunii factorilor de risc
2. depistarea și monitorizarea epidemiologică, clinică, diagnostică și terapeutică a unor afecțiuni predispozante
3. monitorizarea bolnavilor cu reumatism articular acut și a celor cu cardiopatie reumatismală cronică
4. asigurarea asistenței medicale și medico-sociale a bolnavilor cardio-vasculari, într-un context instructiv-educativ-formativ și relațional-informațional specific, pentru implementarea de tehnici noi eficiente de investigație, diagnostic, terapie, recuperare și reinserție socio-profesională, finalizate cu ameliorarea indicatorilor de morbiditate și mortalitate.

Existența certă a dovezilor că dislipidemiile reprezintă factorul crucial în bolile cardiovasculare, iar corectarea abaterilor de la valorile standard, este benefică atât pentru prevenirea cât și pentru tratarea acestora, a determinat autorii ca în cadrul activităților de evaluare anuală a stării de sănătate a populației asistate, să realizeze programe de investigații țintă vizând profilul lipidic la diferite categorii de asistați, să le evalueze și să le coreleze cu indicatorii de morbiditate și mortalitate prin boli cardiovasculare.

Rezultatele obținute:

- se încadrează în limitele standard de implicare și responsabilizare a modificărilor lipidice în geneza bolilor cardiovasculare
- susțin importanța programelor preventive de depistare și combatere a dislipidemiilor la populația indemnă
- demonstrează locul și rolul medicului de familie în identificarea, limitarea și sau neutralizarea factorilor de risc majori în prevenirea și combaterea bolilor cardiovasculare
- evidențiază necesitatea implementării abilităților și tehnicilor de investigație a profilului lipidic în practica medicului de familie, în contextul integrării activităților de cardiologie în asistența primară, apreciată fundamentul prevenției primare în bolile cardiovasculare.

INTRODUCERE

Bolile cardiovasculare, înregistrează în întreaga lume cote alarmante ale indicatorilor de morbiditate și mortalitate, indicele de mortalitate fiind de 23% din totalul cauzelor de deces.

Studiile epidemiologice recente:

- au evidențiat variabilitatea fenomenului la nivel planetar cu tendințe semnificative de scădere a acestora în țările dezvoltate și de creștere majoră în țările subdezvoltate și cele Est europene printre care și România, unde reprezintă principala cauză de deces
- au demonstrat că modificările degenerative de tip aterosclerotic de la nivelul peretelui vascular stau la baza patologiei cardiovasculare, particularitățile evolutive ale procesului aterosclerotic condiționează evoluția și prognosticul bolilor cardiovasculare
- au fundamentat rolul factorilor de risc în geneza bolilor cardiovasculare

- au identificat, clarificat, evaluat și ierarhizat factorii de risc incriminați în patologia cardiovasculară
- au cuantificat rolul și locul profilaxiei primare în bolile cardiovasculare
- au demonstrat relația dintre profilaxia primară și identificarea factorilor de risc (numai identificarea reală a lor permite profilaxia primară eficientă)
- au definit riscul ca probabilitatea ca o persoană să dezvolte o patologie cardiovasculară, într-un interval de timp
- au cuantificat riscul în:
 - risc absolut: probabilitatea dezvoltării unei afecțiuni cardiovasculare într-o perioadă de timp determinat: pe termen scurt, pe termen lung
 - risc relativ: definit ca raportul dintre riscul absolut la un individ și media riscului absolut la grupa din care face parte

- risc atribuibil: definit ca diferența dintre valoarea riscului absolut al unei persoane și aceea a unui grup martor
 - redus la populația tânără
 - crește odată cu vârsta
- au clasificat factorii de risc în:
 - factori de risc cauzali în bolile cardiovasculare: fumatul, hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia, diabetul zaharat (glicemie mai mare de 128 g%0), sindromul X metabolic
 - factori de risc condiționali: factori de risc semnificativ asociați cu bolile cardiovasculare fără a se dovedi rolul cauzal: creșterea trigliceridelor, creșterea lipoproteinei A, creșterea particulelor mici de LDL, hiperhomocisteinemia, creșterea unor factori ai coagulării (fibrinogen, inhibitorul activității plasminogenului), fumatul, dislipidemiile
 - factori predispozanți, factori ce cresc probabilitatea ca individul să dezvolte patologie cardiovasculară: obezitatea, sedentarismul, antecedente familiale, sexul masculin, vârsta mai mare de 45 de ani, stresul, caracteristici de personalitate, rezistența crescută la insulină, adicțiile (alcoolismul, diete), statut socioeconomic, particularități etnice, de grup, strămutare
 - au demonstrat că:
 - dislipidemiile
 - preced îmbolnăvirile
 - se asociază constant și continuu cu creșterea incidenței bolilor cardiovasculare
 - sunt în relație de interdependență cu bolile cardiovasculare
 - au la bază mecanisme patogenice specifice
 - abordate corect terapeutic duc la reducerea incidenței bolilor cardiovasculare
 - se pot asocia cu alți factori de risc
 - identificarea profilului colesterolic
 - este necesar și important
 - poate permite evidențierea unor fracțiuni noi de colesterol implicați în geneza bolilor cardiovasculare
 - permite definirea:
 - rolui HDL ca factor de protecție de sine stătător
 - trigliceridelor ca factor de risc independent;
 - rolului unor noi fracțiuni lipidice, parțial cunoscute
 - stabilește obiective terapeutice:
 - scăderea colesterolului sub 200, LDL sub 130, trigliceridelor sub 150

PREZENTAREA TEMEI

Evaluarea anuală obligatorie a stării de sănătate a populației asistate la nivelul cabinetelor medicale de medicina familiei permite medicului de familie identificarea, evaluarea și elaborarea programelor de modelare, limitare și neutralizare a factorilor de risc pentru atenuarea efectelor lor negative asupra stării de sănătate. Eșantionarea stratificată a populației, realizarea investigațiilor clinico-biologice semnificative grupei de vârstă a asistaților, au permis: identificarea elementelor biomorfofuncționale specifice, selectarea abaterilor de la valorile standard, evaluarea gradelor stării de sănătate și corelarea acestora cu prezența, implicarea și responsabilizarea factorilor de risc.

Justificarea studiului:

- creșterea incidenței bolilor cardiovasculare
- creșterea indicatorilor de morbiditate și mortalitate prin boli cardiovasculare
- implicarea și responsabilizarea factorilor de risc în geneza bolilor cardiovasculare
- rolul esențial al tulburărilor metabolismului lipidic în determinismul bolilor cardiovasculare
- creșterea indicatorilor de morbiditate cu incapacitate temporară de muncă
- scăderea calității vieții și a vieții active
- creșterea complicațiilor și handicapurilor generate cu grade variate de dependență medicosocială
- costuri constant crescute necesare asigurării nevoilor de asistență medicală

Descrierea obiectivelor:

- realizarea controlului stării de sănătate în contextul paternelui vârstei, sexului, profesiei
- identificarea parametrilor somatometrici (greutate corporală, înălțime, circumferința taliei)
- investigarea biologică (glicemie, colesterol total, HDL, LDL, trigliceride)
- identificarea profilului lipidic
- evidențierea și evaluarea devierilor de la valorile standard
- corelare și impact cu bolile cardiovasculare
- elaborarea programelor preventive primare, secundare și terțiare
- monitorizare
- evaluarea și reconsiderarea programelor preventiv curative

Populația țintă:

- populația adultă peste 40 de ani

Activități realizate:

- organizarea activității de evaluare a stării de sănătate a întregii populații: întocmirea catagrafiilor
- informarea asistaților prin afișaj în unitate, deplasări la domiciliu, invitații scrise și verbale directe și telefonice
- realizare: programare și mobilizare în luna nașterii; control clinicobiologic
- integrarea rezultatelor contextului biopsihosocial al asistatului
- evaluare inițială
- inițiere terapeutică singur sau în echipă după caz
- evaluare cu reconsiderare terapeutică periodică (3 luni, 6 luni) și finala (la 12 luni)
- decizie de continuare și sau renunțare la programele de investigație și terapie

Etape parcurse:

- constituirea echipei de lucru
- selectarea și identificarea grupului
- informarea grupului
- elaborarea modulelor de investigare
- aplicarea lor
- evaluare
- programe preventive

Acțiuni:

- selectarea grupului
- catagrafierea grupului selectat
- elaborarea tabelelor și graficelor
- corelarea acțiunilor cu activitățile laboratoarelor și cabinetelor de specialitate
- informarea membrilor grupului selectat
- intervenții pentru acceptarea și susținerea demersurilor noastre medicale
- programarea și mobilizarea membrilor grupului selectat
- realizare, înregistrare, evaluare
- elaborare, inițiere, aplicare și monitorizare de programe preventiv curative

Mijloace de realizare:

- mediatizare
- contact direct
- asigurarea suportului asistaților și autorității

Planificare:

- în cursul anului 2005 de la 1.01.2005 până la 31.12.2005
- pe grupe ce corespund lunii de naștere a asistaților
- evaluarea acțiunii: periodică lunară (prima săptămână a lunii următoare) finala (prima săptămână a lunii ianuarie 2006)

Colaboratori:

- medicii nutriționiști, cardiologi, neurologi
- laboratoarele de investigații

REZULTATELE STUDIULUI**Eșantionarea stratificată pe grupe de vârstă și sex (tabelul 1)**

Se constată transformări demografice importante ce se încadrează în trendul mileniului trei caracterizate prin:

- Scăderea dramatică a natalității, grupa 0-1 an reprezentând în eșantion numai 0,43% din structura populației
- Reducerea numărului persoanelor active reprezentate în eșantion în procent de:
 - 33% până la 40 ani, apogeul împlinilor socio-profesionale, pragul de la care se apreciază că începe declinul
 - 25% cele între 40-60 ani
- Creșterea populației vârstnice la valori de 27,5% față de 19% la nivel național
- Reconfigurarea piramidei vârstelor cu tendința reconversiei piramidei în trunchi de piramidă, prin îmbătrânirea populației
- Longevitatea, realizarea majoră a umanității, devine la început de mileniu trei problema majoră de sănătate

Eșantion selectat

Din 2330 de asistați catagrafiați au fost selectați pentru studiu 1219, reprezentând populația adultă peste 40 de ani, în proporție de 52,3% din asistați. Investigația profilului lipidic pornind de la rolul esențial al dislipidemiilor în geneza bolilor cardiovasculare.

Tabelul 1

Grupa de vârstă	Total	%	Sex feminin	Sex masculin
0-1 an	10	0,43	4	6
2-18 ani	317	13,6	160	317
19-40 ani	777	33,35	414	363
între 40-60 ani	578	25	336	242
peste 60 ani	641	27,5	352	289

Tabelul 2

Colest. total mg/dl	Total	%	Sex feminin	Sex masculin
peste 280	78	6,4	41	37
240-280	301	24,7	190	111
200-239	740	60,7	425	315
160-199	74	6,7	35	39
sub 160	4	0,3	1	3

Tabelul 3

Trigliceride mg/dl	Total	%	Sex feminin	Sex masculin
sub 100	19	1,5	5	14
până la 160	735	64	418	317
între 161-200	412	33,8	217	195
peste 200	53	4,4	37	16

Tabelul 4

LDL mg/dl	Total	%	Sex feminin	Sex masculin
sub 70	2	0,16	0	2
70-100	9	0,74	0	9
100-150	267	22	127	143
151-160	687	56,4	453	234
peste 160	229	18,8	112	117

Tabelul 5

HDL mg/dl	Total	%	Sex feminin	Sex masculin
sub 35	36	3	15	21
35-49	240	19,7	127	113
50-59	857	70,3	523	352
peste 60	46	3,8	27	19

Tabelul 6

Constantele biologice	Total	%	Sex feminin	Sex masculin
Col > 200	1119	91,7	656	463
LDL > 150	1183	97	592	489
TRG > 160	465	38	254	211
HDL < 35	36	3	15	21
Col > 200	1119	91,7	656	463
LDL > 150	229	97	112	117
TRG > 160	465	38	254	211
HDL ≥ 35	1183	97	567	484
Col < 200	78	6,4	26	52
LDL < 150	278	22,8	127	15
TRG < 160	754	61,8	423	321
HDL ≥ 35	1183	97	567	484

Determinarea colesterolului total (colst. tot) (tabelul 2)

Din investigațiile efectuate rezultă că:

- peste 90% din populația eșantionată prezintă abateri majore de la valorile standard
- incidența este mai mare la femei

Determinarea trigliceridelor (tabelul 3)

Se constată că:

- peste 40% din asistați prezintă valori peste limitele admise
- numai 1,5% se situează la nivelul valorilor ideale
- incidența este mai mare la femei

Determinarea LDL (tabelul 4)

Evidențiază:

- un procent de 75% din asistați cu valori peste limitele normale din care 8,8% înregistrează cote alarmante.

- un procent de 23% din asistați înregistrează valori în limite normale
- un procent de numai 0,9% din asistați cu valori ideale
- incidența mai mare la femei

Determinarea HDL (tabelul 5)

Înregistrează valori:

- sub limitele admise la 3% din eșantionați
- la limita riscului la 20%
- cu incidența crescute la bărbați

Stratificarea eșantionului după abaterile constantelor lipidice de la valorile standard (tabelul 6)

Evidențiază prezența:

- dislipidemiilor la peste 90% din eșantionați

Tabelul 7

Boli cardiovasculare	Total	%	Sex feminin	Sex masculin
Fără BCV	738	60	403	335
Investigate	488	40	285	203
din care necunoscute	210	43	131	89

Tabelul 8

Statut de fumător	Total	%	Sex feminin	Sex masculin
Nefumători	116	9,5	101	15
10 țigări/zi	480	39,4	374	106
până la 20 țigări/zi	496	39,5	204	289
peste 20 țigări/zi	105	8,6	10	95

- dezechilibrelor complexe
- incidenței crescute la femei

Corelarea patologiei cardiovasculare cu dezechilibrele biologice constatate (tabelul 7)

Evidențiază:

- corelarea dezechilibrelor cu bolile vasculare în procent de 40% din eșantionați din care un procent de 43% aparent sănătoși, purtători de o formă necunoscută de boală cardiovasculară
- frecvența mai mare la femei
- că dezechilibrele metabolice (la peste 91%) preced bolile cardiovasculare (la doar 40% din eșantionați)

Asocierea fumatului (tabelul 8)

Considerat factor major de risc în bolile cardiovasculare, la populația din eșantion constatăm:

- numai 9,5% nefumători
- 11,5% consumatori în exces
- 79% consumatori de până la 20 țigări/zi
- ponderea femeilor nefumătoare este mai mare, dar cea a fumătoarelor o depășește pe cea a fumătorilor

Programe preventive primare și secundare (tabelul 9)

Programele preventive au fost inițiate la toți asistații depistați cu dezechilibre ale metabolismului lipidic, dar:

- Numai 42% au fost corecte și complete
- 40% au fost incomplete, prin abandon, apreciate de asistații inutile, ineficiente și costisitoare

Tabelul 9

Programe	Asistați	%
Inițiate	1183	100
Incomplete	451	40
Refuzate	213	17,5
Complete	512	42

- 17,5% refuzate, apreciate de asistații inutile în contextul unei stări de sănătate satisfăcătoare

Viabilitate și continuitate

- determinismul dislipidemiilor în bolile cardiovasculare
- identificarea precoce a tulburărilor metabolismului lipidic factor crucial în prevenirea și combaterea bolilor cardiovasculare
- comutarea medicinei curative spre medicina preventivă
- eficientizarea măsurilor preventive în asistența primară pentru reducerea incidenței bolilor vasculare
- conturarea continuității investigațiilor profilului lipidic la întreaga populație cu posibilitatea extinderii spre populația tânără
- reducerea costurilor cu ameliorarea raportului cost/beneficiu, cost/eficiență
- implicarea, responsabilizarea și reconsiderarea medicului de familie în prevenirea și combaterea bolilor cardiovasculare
- transfer de tehnici și abilități specifice, compatibile în medicina primară pentru identificare și monitorizare a factorilor de risc