

Equipo Atención Primaria (EAP) 101 La Pau de Barcelona. Primero se identificaron pacientes con registro RCV moderado, alto y muy alto; a posteriori se introdujeron pacientes con registro de RCV bajo y leve para aumentar el tamaño de la muestra. Población asignada EAP (a 31/12/08) 14500 hab. Variables: sexo, edad. Existencia de registro y valor durante los dos últimos años de las siguientes variables: tabaco, alcohol (UBAs), tensión arterial (mmHg), perímetro abdominal, nivel práctica ejercicio físico, índice de masa corporal (IMC), colesterol total, colesterol HDL, colesterol LDL, riesgo cardiovascular (REGICOR), escala de ansiedad y depresión (HADS), test calidad de vida percibida (SF 12), encuesta alimentación (Autotest de Iniciativa Nutricional), nº visitas año enfermería pre-intervención, nº visitas año post-intervención y diagnósticos, criterios de resultado e intervenciones enfermeros/as. Análisis de los datos: variables cualitativas se describirán mediante números absolutos y porcentajes sobre el total; variables cuantitativas se describirán mediante medidas de tendencia central y de dispersión; para la comparación de variables antes y después de la intervención se aplicaran pruebas estadísticas: variables cualitativas test de McNemar, variables cuantitativas t-Student y/o test Wilcoxon; variables asociadas independientemente a la variación de RCV se realizara una regresión lineal múltiple.

Discusión: Inicio primer grupo julio 2009; a fecha de diciembre 2009 disponemos de valores pre-intervención de 2 grupos, citados el 3er grupo y citación recogida datos post-intervención 1er grupo. Los pacientes verbalizan dificultades para poder asistir a las ocho sesiones que consta la educación grupal. Los pacientes seleccionan primordialmente el turno de tarde para la educación grupal. Dificultades para reclutar a los pacientes en el primer contacto.

Proyecto financiado. Modulo Investigación XB Institut Català de la Salut.

422. EFECTO DE LA DIETA MEDITERRÁNEA SOBRE LA PRESIÓN ARTERIAL

M. Doménech Fera-Carot, R. Estruch Riba, E. Ros Rahola y A. Coca Payeras

Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: El objetivo principal del estudio PREDIMED es examinar el efecto de la dieta mediterránea (DMed) sobre incidencia de enfermedades cardiovasculares en personas de alto riesgo en prevención primaria. Un objetivo secundario es estudiar el efecto de la DMed sobre los factores de riesgo cardiovascular, tales como la hipertensión arterial.

Objetivo: Evaluar si, en ausencia de otras modificaciones terapéuticas o de restricción salina adicional, el consumo de alimentos típicos de la DMed se asocia con un descenso de la presión arterial (PA).

Métodos: Estudio longitudinal de intervención dietética con medida de características antropométricas y cifras de PA clínicas y por monitorización ambulatoria de la PA (MAPA), en la visita basal y tras un año de intervención.

Resultados: Análisis preliminar de 49 participantes (27V/22M) aleatorizados a un grupo de dieta baja en grasa (DBG, n = 16), DMed + aceite de oliva virgen (AOV, n = 19) y DMed + frutos secos (FS, n = 14). Las cifras basales de PA media en la consulta y por MAPA de los 49 individuos fueron (en mmHg): $144 \pm 19/81 \pm 11$ y $120 \pm 13/71 \pm 8$, respectivamente, sin diferencias significativas entre los 3 grupos. Al año no hubo diferencias significativas en cambios de peso (en kg): grupo DBG, 1,1; grupo AOV, 0,7; y grupo FS, -1,1. En cuanto a las cifras de PA, si bien las cifras medias de PA clínicas descendieron de modo similar en los 3 grupos (en mmHg): grupo DBG, -14/-8; grupo AOV -21/-8; y grupo FS, -19/-8, si encontramos diferencias en las cifras medidas por MAPA, cuyo descenso al año fue (en mmHg) de: grupo DBG 1,2/1,4; grupo AOV, -2,6/-1,4;

Tratamiento no farmacológico

421. ANÁLISIS DEL IMPACTO PRELIMINAR DE UN ESTUDIO DE INTERVENCIÓN CON EDUCACIÓN SANITARIA GRUPAL EN ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR BAJO/MODERADO/ALTO. PROYECTO REGIAULA

M. Chorén Freire¹, J. Martín Royo², M. Zambrano Cortejoso², M. Saumell Torner³, F. Moreno Gayoso² y F. Fernández Bernal²

¹ABS San Andrés, Barcelona. ²ABS La Pau, Barcelona. ³Formación ICS, Barcelona.

Introducción: La educación grupal (EG) puede modificar estilos de vida no saludables y optimizar el riesgo cardiovascular (RCV-REGICOR) y/o las variables asociadas que intervienen en la población.

Objetivos: Principal: determinar si EG disminuye cifras de RCV. Específicos: determinar si la EG mejora calidad de vida percibida, tipo de dieta, nivel de ejercicio físico, disminuye/cesa consumo de tabaco y evaluar el impacto de la EG sobre frecuentación en agencias de enfermería y medicina.

Métodos: Estudio intervención antes/después sin grupo control. Criterios inclusión: pacientes con registro RCV últimos 2 años con valor bajo, moderado, alto, o muy alto. Criterios exclusión: no aceptación participar en estudio, deterioro cognitivo y analfabetismo. Fuente información: historia clínica informatizada (e-CAP) del

y grupo FS, $-5,7/-3,7$, siendo el descenso entre el grupo FS respecto al grupo DBG casi significativos ($p = 0,099$) para la PA sistólica y significativos ($p = 0,027$) para la PA diastólica.

Conclusión: La dieta mediterránea ejerce un efecto beneficioso sobre el control de la PA que es superior en los participantes que consumen regularmente frutos secos.

423. EFICACIA DEL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL: DATOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO CONTROLADO

M. Fortún Sánchez¹, R. Espinosa López¹, I. Magán Uceda¹, C. Gesteira Santos¹, J.A. García Donaire², L. Fernández López², J. Segura², M.P. García Vera¹ y J. Sanz Fernández¹

¹Universidad Complutense de Madrid, Madrid. ²Unidad de Hipertensión, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Se han desarrollado diferentes tratamientos psicológicos (p. ej., entrenamiento en control de estrés, terapia cognitiva para la ira y entrenamiento en respiración lenta guiada con Resperate) para la hipertensión arterial esencial (HTA-E) dirigidos a la reducción de los factores psicológicos asociados a HTA-E: ira, ansiedad, estrés y depresión. Estos tratamientos han recibido apoyo empírico inconsistente, aunque la mayoría de los estudios muestran reducciones significativas de la presión arterial (PA) (Linden, Lenz y Con, 2001; Linden y Moseley, 2006).

Propósito del estudio: Analizar la eficacia del tratamiento psicológico en pacientes con HTA-E sobre variables de PA (clínica, AMPA y MAPA) y psicológicas (ansiedad, depresión, ira, estrés y calidad de vida).

Método: Ensayo clínico con pacientes diagnosticados de HTA-E, bajo tratamiento farmacológico sin cambios y procedentes de la Unidad de Hipertensión del Hospital 12 de Octubre y la Clínica Universitaria de Psicología de la UCM, que fueron asignados aleatoriamente a tres grupos de tratamiento psicológico (terapia cognitiva para la ira, entrenamiento en control de estrés y entrenamiento en respiración con Resperate) y a un grupo de control de lista de espera. El grupo de tratamiento psicológico estaba compuesto por 27 pacientes y el de control por 10, y de todos se obtuvieron medidas pretratamiento y postratamiento de PA (clínica, AMPA y MAPA), ira (mediante el STAXI-2), ansiedad (mediante el BAI y la HAD-A), estrés (mediante la SRLE), depresión (mediante el BDI-II breve) y calidad de vida (mediante la MINICHAL). También se midieron factores clásicos de riesgo de HTA-E (p. ej., sexo, edad, IMC, glucosa, colesterol total, HDL y LDL, y triglicéridos).

Resultados: Diferentes pruebas t y chi-cuadrado no encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de tratamiento psicológico y el de control en ninguno de los factores clásicos de riesgo de HTA-E. Diferentes ANOVAs de dos factores (momento de medida y grupo de tratamiento) de dos niveles (medida pre frente a post; grupo de tratamiento psicológico frente a de control) para cada una de las variables de PA y psicológicas, no encontraron ninguna interacción estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre los dos factores, excepto para la PA sistólica clínica ($F = 6,7$, $p = 0,014$) e ira ($F = 10,6$, $p = 0,003$), y ciertas tendencias a la significación ($p < 0,10$) para la MAPA sistólica diurna ($F = 3,2$, $p = 0,082$) y calidad de vida ($F = 2,9$, $p = 0,094$). Estas cuatro interacciones reflejaban reducciones mayores en PA sistólica clínica, MAPA sistólica diurna e ira, así como una mayor mejora de la calidad de vida, en los pacientes que recibieron tratamiento psicológico frente a los pacientes en lista de espera.

Conclusiones: Aunque estos resultados preliminares deben tomarse con precaución dado el pequeño tamaño de la muestra, sugieren que el tratamiento psicológico es eficaz para reducir la PA sistólica, reducir la ira y aumentar la calidad de vida en pacientes con HTA-E. Es posible, además, que la reducción de la ira y el au-

mento de calidad de vida pudieran mediar los beneficios antihipertensivos de la HTA-E, aunque esta cuestión se examinará en el futuro cuando el tamaño muestral del presente estudio sea lo suficientemente grande.

424. EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCACIONAL EN OBESIDAD SOBRE EL PESO Y LA PRESIÓN ARTERIAL EN UNA COHORTE DE PACIENTES HIPERTENSOS OBESOS

M.A. González Benítez², M. Prudencio Muñoz¹, M. Maíz Jiménez², V. Castellanos Guerrero¹, B. Escolano Fernández², A. Pérez Rivera², C. Luque Amado², A. Muñoz Claros², I. Gallardo² y A. Ruiz Cantero²

¹Unidad de HTA, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga. ²Servicio de Medicina Interna, Hospital de La Serranía, Ronda, Málaga.

Propósito del estudio: Medir la influencia de una intervención sistemática sobre obesidad en el peso y la presión arterial de los pacientes atendidos en la Unidad de HTA de un hospital comarcal.

Métodos: Fueron incluidos los pacientes con índice de masa corporal > 30 remitidos a la Unidad de HTA a largo de un año. A cada paciente se le realizó una intervención educacional que consistía en sesión grupal de información sobre los alimentos, test de motivación, dieta individualizada por raciones y refuerzo de información una vez al mes durante un año, con medida de peso, perímetro de cintura (PC) e índice de masa corporal (IMC). Se realizó un estudio antes-después comparándose IMC, PC, presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD) y presión arterial media (PAM) al inicio de la intervención, al año (momento de finalización de la intervención) y a los dos años (1 año después de finalizar la intervención). La medición de la presión arterial se realizó mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA).

Resultados: Se incluyeron 61 pacientes (32 hombres, 29 mujeres), edad media $59,84 \pm 14,59$ años. Redujeron su IMC 56 pacientes (91,8%). El IMC medio al inicio de la intervención fue de $33,68 \pm 3,56$, al año $31,65 \pm 4,29$ y a los dos años $31,27 \pm 3,94$. La reducción media del IMC al año de seguimiento fue de 2,03 (IC95% 1,46, 2,59), $p < 0,05$. No existían diferencias estadísticamente significativas entre el IMC medio al año y a los dos años de seguimiento. En cuanto al perímetro de cintura, consiguieron reducirlo 54 pacientes (88,5%). La evolución de la media del perímetro de cintura fue: al inicio del seguimiento $107,36 \text{ cm} \pm 10,65$, al año $104,04 \pm 10,94$ y a los dos años $102,75 \pm 10,36$. La reducción media del perímetro de cintura al año de seguimiento fue de 3,31 (IC95% 1,94, 4,68), $p < 0,05$ y a los dos años fue de 4,61 (IC95% 3,06, 6,17), $p < 0,05$. Las medias de presión arterial fueron: PAS al inicio del seguimiento $138,33 \pm 15,30 \text{ mmHg}$, al año $136,12 \pm 16,26$ y a los dos años $125,76 \pm 15,30$; PAD al inicio $83,77 \pm 8,37$, al año $82,29 \pm 9,45$ y a los dos años $75,69 \pm 7,42$; PAM al inicio $102,71 \pm 10,08$, al año $101,14 \pm 11,16$, y a los dos años $92,5 \pm 11,11$. Existe una reducción progresiva de la presión arterial en estos pacientes. Las diferencias entre las medidas de presión arterial al inicio y al año del seguimiento no alcanzan significación estadística, aunque sí la alcanzan a los dos años de seguimiento: reducción media de PAS 12,89 mmHg (IC95% 8,63-17,10) $p < 0,05$, de PAD 8,30 (IC95% 5,88-10,72) $p < 0,05$ y de PAM 10,45 (IC95% 7,24-13,67) $p < 0,05$.

Conclusiones: La realización de una intervención educacional individualizada sobre hipertensos obesos consigue una reducción de IMC, perímetro de cintura y presión arterial en los pacientes estudiados. La reducción de IMC se produce durante la duración de la intervención, aunque tras finalizar ésta los pacientes consiguen mantener la reducción de IMC conseguida. El perímetro de cintura continúa reduciéndose tras finalizar la intervención, a pesar de que el IMC se mantiene constante, en probable relación con cambios en hábitos de vida (ejercicio físico). La reducción de peso se acompaña también de una reducción de las cifras de presión arterial (ma-

yor al final del seguimiento), que podría estar en relación tanto con la reducción de IMC y perímetro de cintura como con un aumento del cumplimiento del tratamiento, al realizarse un seguimiento muy estrecho de estos pacientes.

425. EDUCACIÓN SANITARIA Y REGISTRO EN PACIENTE CRÓNICO CON RIESGO CARDIOVASCULAR

M.J. Chorén Freire¹, M.I. López Méndez² y S. Martín Martín³

¹ABS Guineueta, Barcelona. ²ABS Llatí, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona. ³ABS Seu, Santa Coloma de Gramenet, Barcelona.

Propósito del estudio: Para realizar dicho estudio se seleccionaron pacientes de 35-74 años asignados en un área básica de salud de Barcelona con los siguientes diagnósticos: Trastorno del metabolismo de las lipoproteínas, Hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, Dependencia sobre el tabaco). El centro de atención primaria correspondió a un área urbana de la misma ciudad y se utilizaron como criterios de exclusión los pacientes que estaban diagnosticados de cardiopatía isquémica y accidente cerebral vascular. El estudio se basó en la educación sanitaria recibida por parte del paciente y la forma de registrarla mediante herramientas informatizadas con respecto al cálculo del riesgo cardiovascular, ejercicio, dieta y variables como peso, talla.

Propósito del estudio: Conocer el grado de control de los factores de riesgos, la forma de registrar y el asesoramiento recibido en educación sanitaria en los pacientes con riesgo cardiovascular.

Métodos: Hoja de monitorización informatizada (hoja de RCV Regicor+hoja hipertensión arterial+hoja de dm tipo 2). Historia clínica del paciente. Visita concertada de 7 minutos en medicina general.

Resultados: Recogida de un gran número de datos importantes sobre los pacientes y sobre el control de su enfermedad, así como de los factores de riesgo y de sus enfermedades asociadas para realizar una mejor educación sanitaria.

Conclusiones: La gran importancia de los registros informatizados en la atención del paciente crónico en Atención Primaria así como de la Educación Sanitaria para reforzar el proceso y la comunicación entre paciente-personal sanitario.

426. POTASEMIA Y POTASIURIA EN HIPERTENSIÓN RENOVASCULAR

M. Ayala Gutiérrez¹, M. Carrillo de Albornoz², M. Chaves¹, J. Martínez González¹, A. Antonia García¹, R. Gómez Huelgas¹ y P. Aranda Lara¹

¹Hospital Carlos Haya, Málaga. ²Escuela de Medicina Deportiva, Málaga.

Introducción: Los niveles séricos bajos de potasio deberían hacernos sospechar hiper-aldosteronismo, ante un cuadro de HTA resistente.

Objetivos: Describir los valores de potasemia en una muestra de 70 pacientes con Hipertensión renovascular. Como objetivo secundario se plantea la descripción clínica de la muestra y la valoración de diversas variables que puedan influir en la potasemia. Revisamos 70 casos constatados de HTA renovascular (40 mujeres, 30 varones; edad: 58,53, DE: 14,8). Criterios de inclusión: hiperaldosteronismo, hiperreninémico con gammagrafía/nefrograma isotópico con captopril indicativo de HTA renovascular; y en los casos de sospecha de enfermedad bilateral, además arteriografía o angio-RMN de arterias renales. Valoramos los niveles de potasemia, en relación con los datos clínicos, tratamiento, y datos bioquímicos, con especial atención a la natremia, natriuria, función renal, niveles de ARP, aldosterona, e iones.

Resultados: Factores de riesgo: Sedentarismo; 66%. Obesidad; 40%. Diabetes 33%. Hiperlipemia; 33%. Tabaquismo; 40%. Daño de órgano diana: Enf. renal; 33%. Enf. cardiaca; 33%. Enf. cerebrovascular; 13%. Presión arterial al inicio del estudio: TAS; 158,3 ± 16,2; (66% pacientes TAS mayor de 140 mmHg). TAD; 87,1 ± 8,3; 33%; (33% pacientes con TAD mayor 90 mmHg). Variables analíticas: Glucosa; 125,7; ± 57,4. Creatinina; 1,2; ± 0,5. Colesterol total; 198,5; ± 35,3. Col-LDL; 131,5; ± 33,9. Col-HDL; 49,7; ± 23,3. Triglicéridos: 153,4; ± 82,2. Na; 140,3; ± 2,3. K; 4,45; ± 0,52 (en 60 pacientes con K mayor a 4 mmol/l). Na U; 101,3; ± 43,1. K U; 33,1; ± 24,4. Micralb; 96,7 ± 162,7 (50% de los pacientes > 30 mg/g); Aldosterona; 403,5 ± 239,6 (Rango: 80-1205); ARP; 12,9; ± 13,9. Tratamiento: Inh-eje RAA; 90%. ARA-II; 60%. Asa; 33%. Tiazidas; 36,6%. Inh-ald; 13,3%. B-Bloq; 26,6%. Diagnóstico de imagen: la HTA renovascular fue bilateral en 16,6%. Factores de riesgo: el perfil del paciente con HTA renovascular es de mujer con HTA de predominio sistólico con niveles de glucemia y creatinina discretamente elevados, microalbuminuria y niveles de Na y k normales, en su gran mayoría con K mayor de 4. En su tratamiento, tienen una media de 3 fármacos predominando los inhibidores del eje RAA.

Conclusiones: Es claramente llamativa la ausencia de hipopotasemia, ya que esta se cita ampliamente en la literatura como marcador de HTA renovascular e hiperaldosteronismo. Es posible que la hipopotasemia quede enmascarada por el uso de fármacos que producen hiperpotasemia, ya que la casi totalidad de los pacientes usaban inhibidores del eje RAA o diuréticos ahorradores de potasio. En la muestra estudiada la hipopotasemia no ha resultado un marcador útil para la detección de HTA renovascular. Desaconsejamos que la hipopotasemia se use como marcador limitante para iniciar el estudio de una posible HTA renovascular.

427. MATERIAL DIDÁCTICO EN TALLERES ESTRUCTURADOS PARA PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR

N. Puig Girbau, M.M. Lladó Blanch y M.C. Seco Salcedo

ABS Llefià, Badalona, Barcelona.

Introducción: La tarea asistencial derivada del seguimiento, el control y el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular considerados de forma aislada, los recursos limitados y la evidencia que éstos no se dirigen a los pacientes con más riesgo, si no a la población más demandante, obligan a establecer prioridades de actuación para que las intervenciones tengan más impacto y sean más eficaces. Lo que requiere de estructuras de apoyo y técnicas adecuadas para la educación de estos pacientes.

Objetivo: Dar a conocer el material didáctico de los talleres estructurados para realizar educación sanitaria a pacientes con RCV.

Métodos: El contenido didáctico diseñado para llevar a cabo los talleres estructurados, consta de 4 sesiones más una sesión monográfica del pie diabético en formato PowerPoint, esta sesión se incluye, a decisión del profesional, en cualquier sesión excepto en la primera. Los talleres estructurados son siempre conducidos por las enfermeras referentes del paciente. Los pacientes reciben 4 sesiones al año, de 45' cada una, excepto en el grupo de RCV alto y muy alto con DM, en el que una de las sesiones es de 60', ya que incluye además la sesión la monográfica del pie diabético. Cada sesión se centra en un aspecto concreto de los hábitos generadores de salud: 1ª sesión: Riesgo cardiovascular y prevención. 2ª sesión: Alimentación. 3ª sesión: Ejercicio físico, tabaco y alcohol. 4ª sesión: Farmacología y cumplimiento terapéutico. Sesión monográfica: Revisión pie diabético (sólo grupos con DM).

Resultados: La satisfacción de los pacientes que asistieron a los talleres fue muy alta. Sobre 5 valoraron el contenido (4,7), sesiones agradables (4,6), duración de la sesión (4,4) y horario (4,4). Las

enfermeras evalúan este material, como una buena herramienta para llevar a cabo educación a los pacientes con RCV.

Discusión: El material didáctico para llevar a cabo la educación a pacientes con RCV ha obtenido una puntuación muy alta en las encuestas de satisfacción de los pacientes y de las enfermeras, lo que nos anima a difundir este material y poder ponerlo al alcance de todos los profesionales como una herramienta de gran utilidad.

428. PREVALENCIA DE ACTIVIDAD FÍSICA EN LA POBLACIÓN MAYOR DE 18 AÑOS DE LA PROVINCIA DE LÉRIDA

A. Quesada Almacellas, M. Calderó Solé, V. Sánchez Fernández, R. Llovet Font, M.À. Molló Iniesta, M. Falguera Vilamajó, A. Rodríguez Garrocho, J. Montserrat Capdevila, M.B. Vilanova Fillat y M. Pena Arnaiz

ABS Pla d'Urgell, Mollerussa.

Propósito del estudio: El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de actividad física en la población general de la provincial de Lérida.

Métodos: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Muestra total de 293 pacientes mayores de 18 años representativos de la provincia de Lérida seleccionados aleatoriamente a partir del censo, estratificados por edad y género. La encuesta realizada incluía una evaluación de la actividad física realizada en la última semana. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: sedentarios y no sedentarios, según los minutos semanales de actividad física realizados.

Resultados: Se incluyeron en el estudio un total de 293 participantes. El 58,4% fueron mujeres (IC95% 52,5-64,1%) y el 41,6%, hombres (IC95% 35,9-47,5%). La mediana de edad es de 50,8 años (DE 19,3). En el grupo de las mujeres, un 52,9% (IC95% 45,4-60,4%) tienen un estilo de vida sedentario, mientras que en los varones este porcentaje se reduce hasta un 46,3% (IC95% 37,4-55,2%). En cuanto al grupo de actividad física activa (> 150 minutos semanales), el 47,1% son mujeres y el 53,7% son hombres. Las diferencias de prevalencia, según actividad física y género, no resultaron significativas ($p < 0,05$).

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que algunos factores sociodemográficos, como la edad y el género, podrían ser determinantes del estilo de vida sedentario. El ejercicio físico regular es una práctica poco arraigada entre la población. La mayoría de los adultos llevan una vida sedentaria o realizan una actividad física menor a la recomendada. Futuros estudios son necesarios para poder comprobar si existe asociación con los distintos factores sociodemográficos.

429. "ROMPE CON EL TABACO"

C. Sarasa Bosque¹, S. Denizón Arranz¹, C. Pérez Marco¹, M. Alonso Sánchez², C. Arruga Mombiola¹, P. Suñén¹, J.L. Antonio Paniagua¹ y E. Melus Palazón¹

¹CS Actur Sur, Zaragoza. ²CS San Pablo, Zaragoza.

Propósito del estudio: Realizar una intervención comunitaria de educación para la salud dirigida a facilitar el abandono del hábito tabáquico. Obtener datos cuantificados de la efectividad de la intervención.

Métodos: Durante 5 días dispusimos un espacio en el vestíbulo del CS Actur Sur de Zaragoza, de acceso libre para los usuarios; en dicho espacio se les propuso realizar cooximetrías y aportaciones libres; además intervenimos mediante consejo antitabaco, refuerzo (personal y mediante papelógrafo) y apoyo a la toma de decisión de abandono de su hábito tabáquico, con un árbol de decisiones para fijación de fecha de cese (1 semana/1 mes/6 meses) En los 6

meses posteriores, realizamos seguimiento activo de los pacientes telefónicamente, contactando con ellos en su fecha propuesta para potenciar su decisión y remitiéndolos en todos los casos a su consulta de Medicina de familia.

Resultados: Se realizaron 110 cooximetrías; de ellas 32% fueron severas, 52% moderadas, 16% leves. 47 personas fijaron fecha para dejar de fumar; 40 de ellas hicieron uso del árbol de decisiones. En su seguimiento telefónico, 23 habían abandonado el tabaquismo.

Conclusiones: La intervención comunitaria contribuye de manera favorable al abandono del hábito tabáquico, según resultados. La fijación de fecha de cese en un plazo corto podría ser determinante en la rentabilidad de la intervención intensiva. Resulta fundamental emprender acciones dirigidas a este fin en el ámbito de la Atención Primaria. La acogida por parte de los usuarios fue sentida como muy satisfactoria por los profesionales.