

salud pública mundial. Nuestro centro participa en el Día Mundial Sin Tabaco como estrategia de prevención.

Objetivo: Informar, sensibilizar, concienciar a la población de que tabaco seriamente perjudica la salud. Fomentar: hábitos saludables, estrategias, beneficios para no fumar. Organizar actividades preventivas. Entregar folletos informativos. Asesorar sobre hábitos saludables. Derivar para deshabituación tabáquica. Evaluar Test: Fagerström, Prochaska-Diclemente.

Métodos: Carteles informativos previos en sitios visibles. Reunión repartos tareas: mesas, consultas. Asesoramientos sobre hábitos saludables, información, prevención. Derivación: deshabituación tabáquica. Petición, recopilación: folletos informativos preventivos, cuestionarios (Fagerström, Prochaska-Diclemente). Captación prevista: 50 personas, población adulta de nuestro centro salud. Paquete informático: SPSS 22.

Resultados: Carteles informativos en sitios visibles, folletos entregados, asesoramientos: hábitos saludables, deshabituación tabáquica. Mesas, consultas. Derivaciones concertadas: deshabituación tabáquica. Cuestionarios realizados. Evaluación: SPSS 22. Captación: 191 personas (hombres 38,22%, mujeres 61,78%). Edad media: 46,0105 años (rango 15-79). Fumadores: 27,22% (hombres 42,31%, mujeres 57,69%). Exfumadores: 18,85% (hombres 19,44%, mujeres 80,56%). No fumadores: 53,93% (hombres 33,98%, mujeres 66,02%). Fagerström: baja: 21,15% (hombres 45,45%, mujeres 54,55%). media: 61,54% (hombres 37,5%, mujeres 62,5%). alta: 17,31% (hombres 55,56%, mujeres 44,44%). Prochaska Diclemente. fumadores: precontemplación: 76,92% (hombres 35%, mujeres 65%). Contemplación: 23,08% (hombres 66,67%, mujeres 33,33%). Exfumadores: acción: 11,11% (hombres 50%, mujeres 50%). Mantenimiento: 25% (hombres 33,33%, mujeres 66,67%). Finalización: 63,89% (hombres 52,17%, mujeres 47,83%).

Conclusiones: Objetivos cumplidos. Captación mayor de la esperada. Citas concertadas (deshabituación tabáquica). Mayor porcentaje: mujeres exfumadores. Dependencia media. Claves fundamentales en programas preventivos: intervenciones comunitarias, educación para la salud.

Enfermería

219. EDUCACIÓN PARA LA SALUD A TRAVÉS DE LA RADIO

M.A. Bustamante López¹, D. Fernández Delgado¹ y J.M. Torcal Lorite²

¹Centro de Salud Los Ángeles, Madrid. ²Servicio de Salud Pública, Madrid.

Introducción: Actividad novedosa y motivante, para los miembros del equipo y atractiva para el usuario.

Objetivo: General: transmitir EPS a través de la radio. Específico: elegir los temas de salud dependiendo de la estación del año y temas de actualidad.

Métodos: Un programa de radio semanal de una hora de duración, interactivo con los radioyentes.

Resultados: Los resultados de seguimiento del programa se evalúan a través de las descargas en internet que se producen.

220. ESTRATEGIAS PARA LA PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR

M. Prieto Marcos, E. Tornay Muñoz, J. Cano Carrascosa, R. Calvillo Bustamante, A. González Valls, J. Merino Lorente, C. Fernández Quiñones, R. Clemente Jurado, A. Orcajo Muñoz y Equipo del Centro de Salud Juncal

Centro de Salud Juncal, Torrejón de Ardoz.

Introducción: Tabaco causa de mortalidad evitable. Las consecuencias afectan: fumadores activos, pasivos. Tema prioritario de

221. PROGRAMA GRUPAL DE DESHABITUACIÓN TABÁQUICA EN EL MEDIO RURAL

J. Pardo La Higuera¹, P. Torres Moreno¹, F.J. López Sánchez², S. Priego Jiménez¹, M.A. La Torre Atienda³ y G. Antón Salvador¹

¹Centro de Salud Minglanilla, Cuenca. ²UME Jumilla, Murcia.

³Centro de Salud de Requena, Valencia.

Introducción: El consumo de tabaco es considerado por la OMS como uno de los principales factores de riesgo modificables de enfermedad y mortalidad prematura en los países desarrollados.

Objetivo: Conocer las características sociodemográficas, dependencia tabáquica y motivación de los individuos sometidos a un programa de deshabituación tabáquica en Atención Primaria, así como el porcentaje de abandono del hábito tabáquico y de mantenimiento.

Métodos: Se ha realizado un programa de deshabituación tabáquica, organizando a los pacientes en grupos de 15 a 20 y realizándose 10 sesiones en un periodo de 3 meses de más de 2 horas cada una. En las sesiones se realiza en primer lugar el diagnóstico de fumador y se estudia el nivel de dependencia y motivación, se miden parámetros clínicos (antropométricos, presión arterial, FEV1 (y si está alterado se realiza espirometría) y coximetría. Se decide tratamiento farmacológico según las características y preferencias de los pacientes. Se establece un contrato grupal de prevención de recaídas, se explican las consecuencias del consumo de tabaco para la salud y se explican diferentes técnicas de modificación de conducta.

Resultados: Se ha analizado una muestra de 193 pacientes, de ellos el 55,4% eran varones, edad media de 39,5 años. El 74,1%

demandaron el tratamiento por iniciativa propia. La edad media de inicio del consumo fue de 14,30 años (DE = 12,91), la media de cigarrillos consumidos fue de 23,74% (DE = 11,16). El 38,3% de los fumadores tenían una alta dependencia a la nicotina y el 64,3% una dependencia moderada-alta según el test de Fagerström, pero solo el 17,15% refería una alta motivación para el abandono de hábito tabáquico según el test de Richmond, sin embargo el 45,1% tenía muchas posibilidades de dejar de fumar según el test de Henri Mondor. Han recibido tratamiento farmacológico el 70,5%, con un porcentaje de abandono del hábito tabáquico del 56,5% al final de la intervención, manteniéndose el 42,5% al año y el 36,8% a los 2 años. Los motivos de recaída más frecuentes fueron los sociales (28,3%) y el síndrome de abstinencia (22,8%).

Conclusiones: La intervención grupal en Atención Primaria en la deshabituación del hábito tabáquico muestra una alta efectividad con un alto porcentaje de abstinencia.

222. ¿CONOCEN NUESTROS PACIENTES EN HEMODIÁLISIS LA MEDICACIÓN QUE TOMAN Y SU INDICACIÓN?

V. Moriyón Cortina, M. Pablos de Pablos, M.J. Entrialgo Rodríguez, A.M. Suárez Lares y J.M. Vegas Valle

Hospital de Cabueñes, Gijón.

Introducción y objetivo: El incumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas es muy frecuente con gran relevancia en el pronóstico de pacientes con elevada comorbilidad. El objetivo de nuestro trabajo es determinar el grado de conocimiento y cumplimiento del tratamiento farmacológico en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA) en hemodiálisis y estudiar su posible relación con determinadas características de los pacientes.

Métodos: Población de estudio: pacientes prevalentes en la unidad de Hemodiálisis del Hospital de Cabueñes. Se realizó una encuesta de forma voluntaria. Se recogieron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, causa de ERCA, medicación prescrita, control de la medicación, etc. Se extrajo de la historia clínica la medicación real prescrita, la posología y la indicación.

Resultados: Se excluyeron 7 pacientes de un total de 51: 1 exitus, 1 traslado a otro centro, 2 por déficit cognitivo y 3 por falta de colaboración. La edad media de la muestra final de $n = 44$ pacientes fue 68,66 (DE 11,5), hombres 59% ($n = 26$). El 34% ($n = 15$) eran diabéticos, con más de tres factores de riesgo cardiovascular 13 pacientes (30%). El 16% ($n = 7$) presentan un origen no filiado de la ERCA, 34% ($n = 15$) nefropatía diabética; 11% ($n = 5$) nefroangioesclerosis y otras causas en el 39% ($n = 17$). El 70% ($n = 31$) tienen estudios básicos, frente al 30% con estudios medios o superiores. El 70% ($n = 31$) de los pacientes manifiesta en el cuestionario que controlan ellos mismos su medicación, el 23% ($n = 10$) por algún familiar y el 7% ($n = 3$) están institucionalizados. Hasta 80% ($n = 35$) aseguran no olvidar la toma de la medicación y un 20% confiesa olvidarla ocasionalmente. No existen diferencias en cuanto a sexo (68% hombres vs 33% mujeres, $p = 0,604$), nivel de estudios básicos (89% frente al 11% que tienen estudios secundarios ($p = 0,174$), ni edad (22% menores de 70 años vs 78% mayores de 70, $p = 0,063$). El 91% ($n = 40$) asegura tomar la medicación a la hora indicada, frente un 9% que no cumple el horario prescrito. Reconoce problemas con la posología o abandono de la medicación un 23% ($n = 10$) por diversas causas. Según el cuestionario el 55% ($n = 24$) de los pacientes afirma conocer la medicación que toman, el 14% ($n = 6$) admiten no conocerlo y el 32% ($n = 14$) reconocen conocer solamente algún fármaco. Los pacientes encuestados toman una media de 7 fármacos al día. Comparando sus respuestas con los datos de la historia clínica conocen el nombre del fármaco un 57% ($n = 25$) y su indicación un 43% ($n = 19$).

Conclusiones: Un alto porcentaje (en torno al 50%) de los pacientes en hemodiálisis por ERCA desconocen su medicación, su indica-

ción o posología. Sin embargo la percepción que tienen sobre su conocimiento es alta, no existen diferencias en cuanto a sexo, edad o nivel de estudios. El mayor conocimiento se centra en aquellos fármacos para patologías crónicas como HTA y DM quizás con mayor tiempo de tratamiento y con una percepción por parte del paciente como de "mayor necesidad". Sin embargo vemos que el desconocimiento de fármacos para el control del metabolismo óseo (tanto quelantes del P como calciomiméticos, vit D.) es mayor, así como el de los hipolipemiantes. Probablemente programas de educación al respecto puedan mejorar el grado de conocimiento y cumplimiento teniendo posiblemente así incidencia en el pronóstico.

223. GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE AMPA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

A.M. Cáceres Castillo¹ y C. Castillo Peris²

¹Universidad Católica de Valencia, Alzira. ²Hospital de la Ribera, Alzira.

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares (CV) constituyen España según el Instituto Nacional de Estadística (2008) la principal causa de muerte. Originando el 32,5% de las defunciones. Del total de causas de muerte por enfermedad CV las enfermedades isquémicas del corazón suponen el 30,98%, las enfermedades cerebro vasculares el 27,38% y la insuficiencia cardiaca el 15,64%. Los factores de riesgo (FR) clásicos, modificables, relacionados con las enfermedades CV son la presión arterial (PA), hipercolesterolemia y tabaquismo. Un aspecto a considerar referente a la hipertensión arterial (HTA) es su grado de control. La presión arterial se considera un FR modificable, y su descenso se traduce en una reducción del riesgo de desarrollar un evento CV. Sin embargo el control de la PA es insuficiente. El diagnóstico de la HTA se realiza con la medida de la PA en la consulta (PAC), con automedida de la PA en domicilio (AMPA), y mediante monitorización ambulatoria de la PA durante al menos 24 horas (MAPA). En los últimos años La AMPA ha experimentado un gran auge producido por la implicación de los pacientes en el seguimiento de su HTA y por la accesividad a los monitores de PA. Un número importante de hipertensos adquiere estos monitores de PA sin una indicación previa o/y formación previa por parte del personal sanitario. Esto conlleva que las medidas de AMPA que realizan los pacientes no estén realizadas con una adecuada técnica y sus resultados no sean útiles en el seguimiento y la ayuda de toma de decisiones por parte del personal sanitario. Conocer como los pacientes hipertensos realizan la AMPA nos permite evaluar la pertinencia de programas de adiestramiento en la realización de automedida. Características del estudio: estudio descriptivo transversal. Población a estudio: pacientes hipertensos que realizan AMPA en una zona básica de salud. Selección de pacientes a estudio: pacientes que acuden a la consulta de enfermería que realizan AMPA y manifiestan su consentimiento en participar en el estudio. Variables a estudio: edad, sexo, estudios, profesión, años hipertenso, número fármacos que toma, otros factores de RCV, ¿quién le recomendó comprar aparato AMPA?, le aconsejaron sobre el modelo, quién le aconsejó, se informó usted por otros medios, realiza mantenimiento de aparato, al año o cuando se estropea, donde lo compró, llevo el aparato para saber su manejo y aprobación por el personal sanitario, alguna vez ha llevado el aparato a consulta, le muestra las cifras obtenidas al sanitario, cuándo lo compró, recibió instrucciones de uso, cuantas medidas realiza, cuántos días al mes, semana, cada cuanto tiempo, toma decisiones según cifras...

Resultados: Se realizará un análisis estadístico descriptivo para valorar la proporción de pacientes que realizan AMPA correcta. Se realizará estudio estadístico descriptivo para ver las variables del paciente que se asocian a una mejor o peor conocimiento de la técnica de AMPA.

Conclusiones:Cuál es el grado de correcta realización de la técnica de AMPA y a que características del paciente se asocia.

224. COMPARACIÓN ENTRE TOMA AISLADA DE TENSIÓN ARTERIAL EN CONSULTA Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE TENSIÓN ARTERIAL EN UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y RIESGO VASCULAR DEL ANCIANO

M. Moralejo Martín, M. Pumares Álvarez, R. Ruiz Ortega, G. López Castellanos, C. Sánchez Gallego y L. Manzano Espinosa

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivo: La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) entre los pacientes con insuficiencia cardiaca y riesgo vascular es muy elevada (de aproximadamente 75% en estudios previos) por lo que su diagnóstico y tratamiento es un objetivo muy importante en las Unidades especializadas en seguimiento de este tipo de pacientes. Numerosos estudios avalan que la monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) aporta mayor fiabilidad para el diagnóstico y seguimiento de los paciente hipertensos. En nuestro estudio intentamos ver si existen diferencias entre las medidas aisladas de tensión arterial (TA) en consulta y los valores obtenidos en MAPA, tanto en pacientes no hipertensos como en pacientes hipertensos ya diagnosticados.

Métodos: Escogemos una muestra de 337 pacientes atendidos en la consulta de insuficiencia cardiaca y riesgo vascular atendidos consecutivamente entre enero de 2013 y octubre de 2015. A todos los pacientes seleccionados se le realiza toma de TA aislada en la consulta previa y posterior a la colocación de MAPA y se revisa el tratamiento y su cumplimiento comprobando que este no ha sido modificado desde la realización del MAPA a la toma de TA en consulta. Analizamos las diferencias entre los valores de TA en consulta inmediatamente posterior a la realización del MAPA y la media de TA obtenida en el MAPA mediante t de Student en el global de pacientes y por subgrupos de pacientes hipertensos diagnosticados y de no hipertensos. Se utiliza el paquete estadístico SPSS 19.0.

Resultados: En nuestra muestra, los pacientes presentaban una edad media de $84 \pm 5,9$ años con una prevalencia de 89,6% de diagnóstico de hipertensión previo a la consulta. Como comorbilidades relevantes se aprecia un 78,8% de pacientes con insuficiencia cardiaca y un 56% de pacientes con FA (esta cifra está sesgada al tratarse de una unidad de IC). Se detectó una elevada prevalencia de diabetes (41,7%) y de dislipemia (39,5%). Tan solo encontramos un 18,1% de pacientes con insuficiencia cardiaca y un 15,3% de pacientes con EPOC. Se apreciaron diferencias significativas entre la medida de TA aislada en consulta y los valores de TA en MAPA siendo 10,1 mmHg mayor la TA sistólica en consulta con respecto a la obtenía en el MAPA y 5,3 mmHg mayor la TA diastólica de consulta con respecto al MAPA, ambas con una $p < 0,001$. Esta diferencia se mantiene tanto en pacientes diagnosticados de HTA como en no diagnosticados (Pacientes hipertensos: TA sistólica en consulta = 137 mmHg vs MAPA = 128 mmHg; TA diastólica en consulta = 74 mmHg vs MAPA = 69 mmHg; $p < 0,001$ en ambas. Pacientes no hipertensos: TA sistólica en consulta = 127 mmHg vs MAPA = 116 mmHg; TA diastólica en consulta = 71 mmHg vs MAPA = 64 mmHg; $p < 0,001$ en ambas).

Conclusiones: La toma de TA con MAPA muestra valores menores de TA tanto en pacientes hipertensos como sin diagnóstico de hipertensión, por lo que consideramos que la realización de MAPA es útil tanto para la discriminación de pacientes con HTA de bata blanca en pacientes sin diagnóstico de hipertensión, como para seguimiento de pacientes con hipertensión ya diagnosticada permitiendo un mejor ajuste de la medicación y evitando la sobredosificación por medidas aisladas elevadas con el riesgo de hipotensiones que conlleva.

225. ENCUESTA Y PREVALENCIA DE TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE BACHILLERATO EN INSTITUTO MANCOMUNAL

G. Belenguer Civera, I. Belenguer Ricarte, J.J. Escrihuela Soler, A. Orquín Vera y M.A. Ricarte Lisarde

Centro de Salud de Xàtiva, Xàtiva.

Introducción: El consumo de tabaco en el colectivo de los adolescentes está considerado como un problema de salud pública de creciente actualidad, debido a que su prevalencia supone un riesgo para el futuro estado de su salud y las patologías asociadas. Las tendencias de consumo en este grupo de personas, sobre todo estudiantes de bachillerato, indican la existencia de la aparición de nuevos fumadores en la edad comprendida entre los 14 y 17 años y por ello la necesidad de conocer su incidencia como medida preventiva ante el inicio del hábito tabáquico.

Métodos: Se realiza un estudio de tabaquismo mediante encuesta anónima dirigida a escolares de bachillerato de tres institutos de un grupo mancomunal, con presentación de una batería de 20 preguntas relacionadas con el tabaquismo que incluyen ítems a cerca de su lugar de consumo, gastos económicos, forma de inicio y consideraciones personales hacia la persona fumadora.

Resultados: Del total de encuestados 33,8% son fumadores siendo un 53,5% masculinos y 46,5% mujeres, con antecedentes familiares de un 83%. Suelen fumar en lugares públicos no céntricos con aumento significativo los fines de semana, constatándose una edad media de inicio a los 14,5 años y considerando a la persona fumadora normal con poca fuerza de voluntad o figurante.

Conclusiones: Elevado número de estudiantes de bachillerato fumadores. Incidencia familiar relacionada con el tabaquismo. Inexistencia de sensación de temor hacia su salud. Necesidad del aumento de charlas y campañas por parte de los responsables sanitarios y municipales competentes.

226. LA EDAD CARDIOVASCULAR, ¿MOTIVA A LOS PACIENTES?

M.A. Ballester Navas¹, R. Bordallo Galaso², C. Cols Sagarra³, C. López Ramírez⁴, F. Mera Cordero⁵, V. Duran Alcobet⁶, N. Boncompte Pons¹, E. Medina Rondón¹, M.Y. Rodríguez Sancho¹ y M. Sánchez Juárez¹

¹ABS Vila Vella, Sant Vicenç dels Horts. ²ABS La Granja, Molins de Rei. ³ABS Gelida, Gelida. ⁴ABS Disset de Setembre, El Prat de Llobregat. ⁵ABS El Pla, Sant Feliu de Llobregat. ⁶ABS Corbera, Corbera de Llobregat.

Objetivo: Evaluar el riesgo cardiovascular a través del Regicor y de la edad cardiovascular post intervención sanitaria enfermera a los 6 meses de haber realizado la intervención inicial en pacientes con y sin patologías relacionadas con enfermedades cardiovasculares.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal, de ámbito urbano. En el estudio inicial participan 49 usuarios de manera voluntaria entre las edades comprendidas de 40 y 74 años. Se recogen datos basales de la hoja de monitorización de la historia clínica informatizada, que consta de datos clínicos, previa a la realización de la educación individual y 6 meses después. Se obtienen datos relacionados con la edad, sexo, cifras de colesterol total y fraccionado, glicemia basal y hemoglobina glicosilada (HbA1c), cifras de tensión arterial (PAS y PAD), índice de masa corporal (IMC), consumo de tabaco, riesgo cardiovascular (tablas Regicor y de edad vascular) y se recogen datos sobre diferentes patologías (hipertensión, dislipemia, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral, insuficiencia cardiaca, patología arterial y patología renal).

Resultados: 55,1% hombres, edad media 61,55 (DE 9,6) años. 18,4% fumadores. Patologías asociadas: HTA 71,4%, dislipemia:

57,1%, diabetes: 38,8%, cardiopatía isquémica: 4,1%. Sin diferencia de sexos a excepción de la diabetes: 51,9% en hombres vs 22,7% en mujeres ($p = 0,036$). Valores pre y post intervención de variables recogidas: colesterol total 203,84 (DE 43,25) mg/dl vs 194,74 (29,25) mg/dl; colesterol LDL 122,88 (DE 44,0) mg/dl vs 114,64 (DE 28,5) mg/dl; glucemia basal 116,03 (DE 39,03) mg/dl vs 111,96 (DE 43,6) mg/dl; TAS 135,43 (DE 10,8) mmHg vs 129,31 (DE 11,25) mmHg ($p = 0,001$): TAD 76,98 (DE 8,07) vs 76,96 (DE 9,3) mmHg; IMC 29,97 (DE 4,59) vs 29,55 (DE 3,93); Regicor 4,62 (DE 2,75) vs 4,29 (DE 2,78); edad vascular 73,34 (DE 10,12) vs 71,55 (10,03).

Conclusiones: Elevado porcentaje de factores de riesgo cardiovascular en los pacientes observados, pero con un bajo porcentaje de otras patologías asociadas. A pesar de observarse una mejoría a los 6 meses post intervención en las medidas de todas las variables recogidas, sólo fue estadísticamente significativa en el caso de las cifras de presión arterial sistólica. La educación individualizada puede mejorar ligeramente las cifras de control de las variables relacionadas con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), así como el valor de Regicor y edad vascular.

227. ASOCIACIÓN DE LA FUNCIÓN DE SALUD CARDIOVASCULAR IDEAL CON PARÁMETROS DE FUNCIÓN VASCULAR

J.I. Recio Rodríguez, N. Sánchez Aguadero, L. Gómez Sánchez, S. Conde Martín, E. Ruiz Hernández, C. Lugones Sánchez, C. Montero Sánchez, P. Martínez Pérez, I. Ailing García y S. Mora Simón

Unidad de Investigación de La Alamedilla, Salamanca.

Objetivo: La American Heart Association ha establecido una nueva fórmula, que establece la salud cardiovascular ideal, midiendo 7 parámetros que evalúan estilos de vida y factores de riesgo cardiovascular. Vasculares. Nuestro objetivo fue evaluar la asociación de ICVH (Ideal Cardiovascular Health), con los parámetros de rigidez arterial y estructura y función vascular.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se analizaron 1.553 sujetos, con edades entre 20-80 años, libres de enfermedades cardiovasculares, seleccionadas mediante muestreo aleatorio entre los pacientes consultantes en 6 centros de salud repartidos por España. La salud cardiovascular ideal consiste en la presencia simultánea de 4 comportamientos de salud: la abstinencia de fumar, índice de masa corporal ideal, la actividad física en los niveles adecuados, y el consumo de un patrón de dieta que promueve la salud cardiovascular; la presencia simultánea de 3 factores de salud: colesterol total no tratada de menos de 200 mg/dL, la presión arterial no tratada de menos de 120/80 mmHg, y la ausencia de DM2 y ECV clínica. Utilizando esta la definición de la AHA, clasificamos el nivel de cada parámetro de salud cardiovascular como el ideal, intermedio o pobres. Los participantes fueron agrupados en 3 categorías según el número de parámetros dentro del nivel ideal: de 0 a 2, 3 a 4, y 5 a 7. El índice de aumento periférico (Paix) y la presión arterial sistólica central (PAC) se midieron utilizando software de la onda de pulso (A-Pulse, HealthSTATS Internacional, Singapur) tonometría para captar el pulso de la arteria radial, y una ecuación patentado para estimar PAC. La ecografía carotídea para valorar el grosor íntima-media de la arteria carótida común (GIM) se realizó con el dispositivo de ultrasonidos Sonosite Micromax (Sonosite Inc., Bothell, Washington, EEUU). Velocidad de la onda de pulso carotídeo femoral (VOP) se estima a través del Sistema SphygmoCor (AtCor Medical Pty Ltd., Oficina Central, West Ryde, Australia).

Resultados: La edad media fue de 55,6 años, el 60,3% eran mujeres. De acuerdo con el número de indicadores en el nivel ideal, 47,9% tenían una puntuación total entre 0-2, 42,8% entre 3,4 y 9,3% entre 5-7. La media de la presión arterial fue 124/77 mmHg, PASC

116 mmHg, PAIX 83. Los valores medios de VOP y el GIM fueron 7,1 m/seg y 0,680 mm, respectivamente. El ISCV mostró una correlación inversa con el IMT ($r = -0,379$, $p < 0,001$), la VOP ($r = -0,349$, $p < 0,001$), PAIX ($r = -0,100$, $p < 0,001$) y la PASC ($r = -0,429$, $p < 0,001$). En un análisis ANCOVA, después de ajustar por edad, sexo y la frecuencia cardíaca, los participantes en el grupo ideal tuvieron los valores más bajos de PAIX (83,4 vs 92,8 (peor) y 90,8 (intermedio), $p < 0,001$), IMT (0,664 vs 0,699 (peor) y 0,672 (intermedio), $p < 0,014$), la VOP (7,46 vs 7,97 (peor) y 7,48 (intermedio), $p < 0,045$) y la PAESC (107 vs 121 (peor) y 114 (intermedio), $p < 0,001$).

Conclusiones: El ISCV mostró una asociación inversa con los parámetros hemodinámicos centrales y los parámetros de la estructura y la función vascular en una muestra aleatoria de los adultos europeos.

228. ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE COBERTURA DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LAS CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

J. Muñoz Castellanos¹, C. Febrel Bordeje², C. González Sáenz de Lafuente¹ y R. Valdés García³

¹Centro de Salud General Ricardos, Madrid. ²Área 4 de Salud Pública, Madrid. ³Centro de Salud Rafael Alberti, Madrid.

Objetivo: Principal: evaluar la cobertura de pacientes que tienen realizado y registrado en la historia clínica informatizada (HCI) de atención primaria (AP) el cálculo de riesgo cardiovascular (RCV) y compararlo con la cobertura aislada de aquellas patologías que suponen un aumento de dicho riesgo. Objetivos específicos: 1. Describir los datos de cobertura de los servicios 405, 406, 407, 408, 409, 415 de la cartera de servicios estandarizados (CSE) recogidos en la HCI de los pacientes de AP de la Comunidad de Madrid (CM). 2. Argumentar la importancia del cálculo de RCV como método fundamental de prevención primaria. 3. Aumentar la utilización de la herramienta de cálculo de RCV en la labor asistencial de los profesionales de AP.

Métodos: Tipo de estudio: descriptivo, transversal y retrospectivo. Población diana: pacientes a partir de 14 años con HCI en centros de salud de la CM. Periodo del estudio: datos registrados en las HCI entre 2010 y 2014, ambos incluidos. Fuentes de información: búsqueda bibliográfica en Pubmed, Dialnet, Google académico, Medline, Scielo y la aplicación informática de gestión clínica de la CM: e-SOAP. Desarrollo del estudio: según la bibliografía, la estimación de que un individuo desarrolle un acontecimiento cardiovascular partiendo de la valoración de sus factores de riesgo constituye un elemento muy valioso para la prevención primaria. Una evaluación del riesgo global permite tomar decisiones de una forma más eficiente que mediante el abordaje individualizado de los factores de riesgo. La CSE de AP de la CM incluye en su servicio 405 la valoración del RCV en el adulto a los 10 años, usando la tabla SCORE. En este estudio se han recogido los datos de cobertura del mismo en los centros de salud de la dirección asistencial centro para valorarlos y compararlos con los del resto de direcciones asistenciales y con la CM, al igual que se ha recopilado la información de los servicios que valoran individualmente los siguientes factores de RCV: HTA (406), DM (407), hipercolesterolemia (408), obesidad (409) y tabaquismo (415), con el fin de conocer en cuáles de ellos se incide más desde las consultas de medicina y enfermería de AP.

Resultados: En el análisis de los datos se ha obtenido: HTA, DM y dislipemia: cobertura muy elevada tanto en la DAS como en la CM. Se observa estable hasta el 2013, con descenso en 2014, situándose en torno al 80% en DM y dislipemia y al 60% en HTA debido al reajuste más real del denominador de prevalencia por tramos etarios. Obesidad: por el contrario, ha ido ascendiendo a lo largo de los años, situándose en 2014 en una cobertura del 65,6%. Tabaquismo:

destaca su baja cobertura, rozando el 60%. El resultado más relevante en este estudio nos muestra una cobertura muy baja del cálculo de RCV, pasando de una media de 70.18% de cobertura en factores de riesgo aislados a cifras inferiores al 8% en el cálculo de RCV.

Conclusiones: En base a los resultados obtenidos, parece que el personal de AP de la CM incide en mayor medida en los factores de RCV de manera individual, especialmente en los relacionados con la DM, HTA e hipercolesterolemia, seguido de la obesidad, y dejando más al margen el tabaquismo, que en el cálculo del RCV global, pese a resultar más beneficioso y eficiente. Por ello, consideramos que sería necesario promocionar la importancia del cálculo del RCV global y el uso de las herramientas que lo hacen posible entre los profesionales.

229. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA EN HIPERTENSIÓN Y RIESGO VASCULAR EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES ANCIANOS EN COORDINACIÓN CON UNA UNIDAD DE INSUFICIENCIA CARDIACA

M.V. Laguna Calle, M. Méndez Bailón, M. Varas Mayoral, P. Paz, A. Esteban Fernández, M. Abad Cardiel, N. Martell Claros y E. Calvo Manuel

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: Los programas educativos y de intervención basados en enfermería especializada en insuficiencia cardiaca (IC) han demostrado reducir la tasa de reingresos hospitalarios, y mortalidad de los pacientes con IC. Sin embargo, su eficacia en las unidades de hipertensión ha sido menos evaluada. El objetivo de nuestro estudio fue conocer el impacto de la intervención de los cuidados de enfermería en términos de reingresos y visitas a urgencias en una población anciana con IC.

Métodos: Se incluyeron 29 pacientes con el diagnóstico de IC en un programa de seguimiento ambulatorio de IC basado en enfermería en coordinación con un médico de medicina interna y una unidad de IC de Cardiología. La enfermera especializada en HTA y riesgo vascular realizó un plan de cuidados basado en la valoración integral del paciente realizando una intervención educativa basada en medidas higiénico-dietéticas y signos de alarma para IC. Se realizó un control telefónico de los pacientes y visitas presencial en los primeros 30 días desde el alta hospitalaria. Se llevó a cabo un seguimiento coordinado con el internista y la unidad de IC de Cardiología. Se evaluaron las características basales de los pacientes incluidos realizando un análisis descriptivo y se realizó un análisis de la tasa de reingreso antes y después de la intervención de enfermería. Programa estadístico SPSS con $p < 0,05$.

Resultados: La edad media fue de $79,79 \pm 7,33$ años con 55% de mujeres. La escala media de Barber fue de $1,04 \pm 0,2$ y la de Pfeiffer de $1,46 \pm 0,83$. El proBNP medio fue de 5.433 pg/ml. Y la FEVI media del $51,1 \pm 10,40\%$. Dentro de los factores de riesgo vascular más del 80% tenían HTA, 45% DM2 y el 41% presentaban insuficiencia renal crónica. El 83% se encontraba en FA y el 44% presentaban valvulopatía mitral y/o aórtica significativas. El 70% recibían betabloqueantes, 55% de IECAs y un 20% de ARA 2, y un 36% espironolactona. De los 29 pacientes incluidos, 27, es decir el 78% habían tenido ingresos previos por IC (desde 1 hasta 8). Durante el periodo de seguimiento basado en enfermería la tasa de reingresos disminuyó al 18% ($p < 0,05$).

Conclusiones: La intervención basada en enfermería de unidades de HTA en coordinación con internistas y cardiólogos especializados en IC, disminuye la tasa de reingreso hospitalario. Creemos importante incluir en los programas de atención de patologías crónicas como la IC los cuidados de enfermería para mejorar el pronóstico de estos enfermos en coordinación con programas y unidades de IC.

230. DESCRIPCIÓN DE UN PROYECTO DE EDUCACIÓN SANITARIA EN LA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN CONSULTA DE ENFERMERÍA

J.R. Martínez Álvarez¹, M.V. Laguna Calle², M.A. Barbero Pedraz², A.M. Romero Barrios², M. Abad Curiel², L. Reinares², J.A. García Donaire² y N. Martell Claros²

¹Universidad Complutense de Madrid, SEDCA, Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La prevención y control de la enfermedad cardiovascular (ECV) está íntimamente ligada con la educación sanitaria. Es un reto para todos los profesionales de enfermería y expertos en el manejo del riesgo cardiovascular (RCV), desarrollar un trabajo interdisciplinario encaminado a la implantación de actividades de carácter preventivo con el objeto de conseguir mejores resultados en el control de los FR y prevención de la ECV.

Objetivo: Implementar un Programa Formativo desde la consulta de enfermería de Educación sanitaria de la UHTA en colaboración con la Unidad de Nutrición de la Universidad Complutense de Madrid, en pacientes con RCV. Favorecer la adhesión a la dieta mediterránea de los pacientes incluidos en este programa promoviendo estilos de vida saludable. Valorar el grado de satisfacción por parte de los pacientes.

Métodos: Se incluyeron 50 pacientes con RCV moderado, alto y muy alto, que se valora tras seis meses de intervención. Se les realiza valoración individual por patrones funcionales en la primera visita en consulta de enfermería y se diseña plan de cuidados. Se realizan dos sesiones grupales como segunda y tercera visita. En el primer taller grupal se realiza una encuesta sobre el grado de utilización de la dieta mediterránea y posteriormente con medios audiovisuales se desarrolla una intervención encaminada a la sensibilización de los pacientes sobre los beneficios de seguir una alimentación variada y equilibrada según el esquema de la dieta mediterránea. Esta intervención incide, asimismo, sobre los beneficios de la práctica de una actividad física adaptada. Se proporciona material didáctico complementario. Los pacientes inician en esta Sesión un diario dietético. En el segundo taller, realizado con un intervalo de quince días, el paciente aporta y se comentan grupalmente sus diarios dietéticos utilizando la rueda de los alimentos como soporte didáctico. Complementariamente, se cierra la sesión con un Taller sobre etiquetado de los alimentos. Al finalizar, los participantes reciben otros materiales informativos y dirección de páginas web útiles para fomentar su adhesión a los cambios propuestos en sus estilos de vida, especialmente su alimentación y la práctica de actividad física. El seguimiento posterior y la evaluación del paciente se realizan en consulta de forma individualizada cada seis semanas, hasta los seis meses.

Resultados: Población maestra: mujeres: 39,2%, hombres: 60,2%. Edad media de $62,2 \pm 10,1$ años (rango: 55-77). Respecto a los FR: fumadores: 5,9%, s. metabólico: 62,7%, LOD: 66,7%, ECV: 15,7%. Realizaban e. físico: 66,7% y 66,6% presentaban RCV alto o muy alto. Al inicio de la intervención utilizaban la dieta mediterránea un 17,7% de los pacientes. Se midió el grado de satisfacción de los pacientes incluidos en el programa al inicio de tres meses con un valor de puntuación entre el 0 y el 10 resultando una media de 8 puntos.

Conclusiones: 1. El proyecto es muy bien aceptado y valorado por los pacientes. 2. Los pacientes no siguen en su mayoría los patrones de la dieta mediterránea al inicio del proyecto.

231. EFICACIA EN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE EDUCACIÓN SANITARIA DE UNA INTERVENCIÓN EN PACIENTES CON RCV EN LA UNIDAD DE HIPERTENSIÓN

J.R. Martínez Álvarez¹, M.V. Laguna Calle², M.A. Barbero Pedraz², A.M. Romero Barrios², M. Abad Curiel², L. Reinares², J.A. García Donaire² y N. Martell Claros²

¹Universidad Complutense de Madrid, SEDCA, Madrid. ²Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La prevención y control de la enfermedad cardiovascular está íntimamente ligada con la educación sanitaria. En la actualidad es una técnica imprescindible. Es una prioridad desarrollar programas educativos eficaces en la población española para estimular estilos de vida saludables que disminuyan la tasa de morbimortalidad.

Objetivo: Estudiar si la educación sanitaria individualizada integrada con educación sanitaria grupal disminuye los parámetros ligados al riesgo cardiovascular.

Métodos: Se incluyeron 50 pacientes con RCV moderado, alto y muy alto. Se les realiza valoración individual por patrones funcionales en la primera visita en consulta de enfermería y se diseña plan de cuidados. Se realizan dos sesiones grupales impartidas a los pacientes como segunda y tercera visita. En el primer taller grupal se realiza encuesta sobre la utilización de la dieta mediterránea y posteriormente con medios audiovisuales se realiza presentación PowerPoint de la misma, focalizando en los grupos de alimentos saludables y cantidades a utilizar según necesidades de ingesta. En el segundo taller con intervalo de quince días el paciente escribe los menús que ha realizado diariamente en este periodo y los aporta en la sesión, donde se valora con la rueda de alimentos el aprendizaje y manejo de la dieta mediterránea. Seguidamente se realiza presentación sobre la lectura del etiquetado de los alimentos. Al finalizar los talleres se les entrega folletos escritos y páginas web interactivas para fomentar sus conocimientos, aprendizaje y manejo sobre estilo de vida sano. El seguimiento y evaluación del paciente se realiza en consulta de forma individualizada cada seis semanas, hasta un total de 6 meses.

Resultados: Población maestra: Mujeres: 39,2%, hombres: 60,2%. Edad media de 62,2 ± 10,1 años (rango: 55-77). Respecto a los FR: fumadores: 5,9%, s. metabólico: 62,7%, LOD: 66,7%, ECV: 15,7%. Realizaban e. físico: 66,7% y 66,6% presentaban RCV alto o muy alto. Los valores antropométricos y de presiones iniciales y finales se presentan en la tabla.

	Inicial	Final	Porcentaje
Peso	85,3 ± 12,3	83,8 ± 11,5	P = 0,005
IMC	31,9 ± 3,5	30,6 ± 6,0	P = 0,087
Perímetro abdominal	104,6 ± 7,2	103,1 ± 7,5	P = 0,009
PAS	133,9 ± 11	131,4 ± 13	No significativa
PAD	80,43 ± 8,3	80,1 ± 6,5	No significativa

Valores analíticos	Inicial	Final	Porcentaje
Glucosa basal	111,2 ± 19,3	104,6 ± 13	p < 0,003
HbA1c	6,2 ± 0,62	6,0 ± 0,57	p < 0,001
Colesterol T	193,5 ± 37,1	175,1 ± 33,6	p < 0,006
HDLc	47,9 ± 10	45,6 ± 8,3	p < 0,045
LDLc	111,9 ± 30,4	102 ± 31,6	p < 0,042
Exc/Na	246,4 ± 80,2	171,0 ± 40,4	p < 0,056
No encontramos diferencia significativa en los triglicéridos y Homa.			

Conclusiones: Nuestra intervención educativa: 1. Mejora el perfil glucémico y lipídico. 2. Reduce perímetro de cintura y el peso de forma significativa en los seis primeros meses de intervención. Para confirmar la validez de nuestra intervención se necesita seguimientos de los pacientes a largo plazo.

232. ¿SE PUEDE MEJORAR LA DETECCIÓN DE HIPERTROFIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN ATENCIÓN PRIMARIA?

J.J. López Hernández¹, M.M. Martínez González¹, A. Fernández Serna², L. Alli Alonso², C. Celiz Villacorta³, L. Campo Alegria⁴, P. Muñoz Cacho⁵ y M.I. Armentia González⁶

¹Centro de Salud Pisueña-Cayón, Sarón. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander. ³Policlínico Guillermo Kaerin, Lima (Perú). ⁴Servicio de Urgencias, Hospital J. Molina, Lanzarote. ⁵Gerencia de Atención Primaria Santander, Santander. ⁶Centro de Salud La Vega Zapatón, Torrelavega.

Objetivo: La presencia de hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI), medida por ECG o eco identifica al paciente hipertenso de alto riesgo. El ECG presenta una alta especificidad (90%) pero una baja sensibilidad, alrededor del 18-20%. Los métodos clásicos de diagnóstico de HVI, son los criterios de Cornell y Sokolov. Recientemente se ha descrito un nuevo criterio que aumenta la sensibilidad del ECG, basado en el producto del Cornell por el IMC. El objetivo del estudio es determinar la prevalencia de HVI, en una población hipertenso, medida por diferentes índices, Cornell, Sokolov y Cornell ajustado con IMC, Establecer relación entre los anteriores índices, con IMC, o perímetro abdominal. Determinar relación entre toma de IECAS o ARAII e HVI y los 3 índices. Determinar si existe concordancia entre la ecocardio, y los 3 índices. Determinar la prevalencia de grado de control de tensión arterial (TA), en dicha población.

Métodos: Se estudiaron 232 pacientes hipertensos, elegidos consecutivamente según acudían a controles rutinarios de su tensión arterial, en un centro rural. Un 5% pertenecían a un centro de atención primaria de Lima (Perú), y del servicio de urgencias del hospital de Lanzarote. En todos los pacientes se realizó un ECG de 12 derivaciones, IMC, perímetro abdominal, TA, toma de IECAS o ARA II, y si tenían realizada ECO en el último año. Se consideró HVI por índice Cornell (SV3 +RAVL) > 20 en mujeres y > 28 mm en hombres, HVI por Sokolov SV1+RV5 >35 mm, y nuevo índice "strain pattern" (producto de Cornell por IMC) > 604 mm/Kg/m². Se considero buen control de TA, TA sistólica < 140 mmHg, y TA diastólica < 90 mmHg, medidas en la consulta. Se consideró perímetro abdominal patológico mujeres > 88 cm. Y hombres > 102 cm. Las lecturas de todos los ECG fueron hechas por la misma persona.

Resultados: La edad media fue de 70 años, el 56,6% eran mujeres, el 60% eran obesos, un 38,4% eran diabéticos, tomaban IECAS el 75%, y la prevalencia de HVI medida por Cornell fue de 12% en hombres y 55,7% en mujeres, (p = 0,000), por Sokolov 7% en hombres y 3,1% en mujeres (p = 0,142) y por el nuevo índice 50% en hombres y 44,3% en mujeres.. El 65% tenían la TA sistólica controlada, y el 91% la TA diastólica. Cuando separamos por diabetes el 36% tenía HVI medida por Cornell (p = 0,48), con Sokolov solo el 8% (p = 0,076), y con el nuevo índice el 50% (p = 0,0288). El 40% de los que tenían un perímetro abdominal patológico tenía HVI por Cornell, un 3,7% por Sokolov y 50,5% con el índice. En cuanto a la toma de IECAS o ARAII, el 43% de los varones que los tomaban tenían HVI por Cornell y el 45% de mujeres, mientras que por Sokolov solo el 8% de los hombre y el 3,1% de mujeres, por el nuevo índice el 51,3% de los hombres y el 44,3% de mujeres. Tenían realizada Eco el 23%, y de estos el 70% tenía HVI. La concordancia con el diagnóstico de HVI, según ecocardio es del 52,7% para el índice, 34,5% para el Cornell y solo el 9,1% para Sokolov. Si analizamos concordancia con ecocardiograma para HVI y no HVI, con el nuevo índice es de 65,4%,

con Cornell 47,2% y con Sokolov 11,1%. Respecto al IMC mayor de 30, encontramos diferencias significativas, con nuevo índice, tanto en el total ($p = 0,000$), como por sexos, hombres ($p = 0,004$) y mujeres ($p = 0,000$), y también en Sokolov.

Conclusiones: El nuevo índice Cornell, ajustado al IMC, en la población hipertensa estudiada, mejora el diagnóstico de HVI, a través de un simple ECG. La evaluación rutinaria con el índice de Sokolov minimiza el diagnóstico de HVI. El nuevo índice mejora el diagnóstico de HVI un 10 y un 46%, respectivamente, del Cornell y Sokolov. Existe asimismo una buena concordancia con la HVI, medida por ecografía. Consideramos que es una medida sencilla de aplicar en nuestras consultas, sobre todo en las consultas de atención primaria, donde no se dispone de ecocardiogramas.

233. MANEJO Y CONTROL DE PACIENTES EN TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES ORALES EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

D. Pérez Manchón

Centro de Salud Villanueva de la Cañada, Villanueva de la Cañada.

Objetivo: Estudiar el riesgo hemorrágico, perfil cardiometabólico y grado de control de INR capilar en pacientes tratados con antagonistas de la vitamina K (AVK) en una zona básica de salud de atención primaria.

Métodos: Estudio multicéntrico observacional con revisión retrospectiva de historias clínicas, realizado durante 2014 en Villanueva de la Cañada (Dirección Asistencial Noroeste, Madrid). La población de estudio eran personas mayores de 14 años, no institucionalizadas y en tratamiento con AVK al menos durante el último año. Se incluyó una muestra de 257 individuos, representativa de los 5 municipios de la zona básica (Brunete, Quijorna, Villanueva del Cañada, Villanueva del Pardillo y Villafranca del Castillo) con seguimiento del INR capilar en atención primaria. El criterio de exclusión fue la anticoagulación oral por patologías con rango de INR fuera de 2-3 o ausencia de registros en la historia clínica. Las variables de estudio fueron sociodemográficas, tiempo en rango terapéutico (TTR) del último año, factores de riesgo cardiovascular y riesgo hemorrágico mediante la escala *Has-Bled* (≥ 3 pts).

Resultados: El 54,1% eran hombres y el 45,9% mujeres con una media de 75,8 años \pm 9,95 y 77,5 años \pm 11,82, respectivamente. El 89,1% tenía edad de riesgo (> 65 años), el 15,2% era inmovilizado y el 68,9% polimedcado (6 o más principios activos) con un tiempo de tratamiento con AVK de 6,11 años (IC95% 5,66-6,56) siempre mayor en hombres frente a mujeres (6,30 vs 5,89). El patrón cardiometabólico de multimorbilidad fue mayoritario (72,3%), con una prevalencia de HTA del 82,9%, 36,6% de DM, 58,4% de obesidad, 59,5% de hipercolesterolemia, 11,3% de antecedentes de IAM y 22,6% de tabaquismo activo, siempre con mayor proporción en hombres (IAM y tabaquismo, $p < 0,001$). La media de TTR fue del 60% con diferencias significativas ($p = 0,03$) por género y municipio (Brunete del 63,83% vs Vª Pardillo 56,39%). Por patologías, el TEP tuvo el mayor TTR con un 60,7% (IC95% 53,87-67,63). Hubo un 47,1% de labilidad en el INR (TTR $< 60\%$) con mayor proporción en pacientes de Vª Cañada (30,6%), en hombres (52,9%), FA (71,1%), polimedcados (82,6%) y patrón cardiometabólico (75,8%). El 66,9% tenía alto riesgo hemorrágico siendo significativo ($p < 0,001$) en polimedcados, HTA, hipercolesterolemia y DM, con un TTR (55,62%, IC95% 53,22-58,01) inferior a pacientes sin riesgo (68,87%, IC95% 65,70-72,05). En nuestra población, el riesgo de hemorragias se incrementa 8 veces más en pacientes HTA y 4 veces más en pacientes polimedcados.

Conclusiones: Los pacientes en tratamiento con AVK requieren un control exhaustivo del INR, de la medicación y enfermedades concomitantes. El perfil de paciente con riesgo hemorrágico incluye la edad (> 65 años), polimedicación y un patrón cardiometabólico

de multimorbilidad con presencia de múltiples FRCV. Es precisamente este patrón el más prevalente en población española desde edades tempranas. El TTR es un indicador fácil, útil y eficaz tanto para estimar el control de la anticoagulación oral como para la prevención de complicaciones, especialmente en pacientes hipertensos y polimedcados. En nuestro estudio está por debajo del estimado en la Comunidad de Madrid. En conclusión, el control del paciente con AVK en el ámbito de atención primaria debe tener un enfoque global que incluya la monitorización del INR con un TTR $> 60\%$, de estilos de vida y manejo de FRCV.

234. GRADO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE SOBRE LA INFORMACIÓN RECIBIDA DESDE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2. ESTUDIO REFLEJA2

L. Orera-Peña¹, J. Franch-Nadal², E. Labrador-Barba¹ y P. Rodríguez Fortúnez¹

¹Departamento Médico de Mylan, Madrid. ²CAP Raval Sud y Centro de Investigación Biomédica en Red de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBEREM), Barcelona y Madrid.

Objetivo: Grado de satisfacción de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) sobre aspectos relacionados con su patología, tratamiento y manejo clínico en el control del riesgo cardiovascular.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo y multicéntrico, realizado en adultos, en el que se utiliza un autocuestionario electrónico con 17 preguntas cerradas. Este estudio ha sido aprobado por el CEIC del Hospital Universitario Puerta del Hierro (Madrid).

Resultados: Se analizaron resultados de 1.012 pacientes con diagnóstico de DM2 distribuidos en 47 provincias españolas (edad media: 54,2 \pm 11,2 años y un 51% hombres). El 9,8% residían en área rural, el 22% en semiurbana y el 68,2% en urbana. El 74,5% de los pacientes estaban casados, un 11,9% viudos y un 13,6% solteros. El 4% de los pacientes tenían estudios de doctorado, el 22,3% universitarios, un 37,3% secundarios, un 27,2% primarios y un 9,2% no tenían ningún tipo de estudio. El 45,3% se encontraban en situación laboral activa. El tiempo medio desde el diagnóstico de la DM2 era de 11,3 \pm 9,7 años y el tiempo medio de duración de tratamiento 10,7 \pm 9,6 años. El 24,1% habían tomado tratamiento inyectable + oral combinado, el 15,3% inyectable, el 51,2% oral (52,7% monoterapia) y el 9,4% no tomaban tratamiento. De los pacientes que estaban tratados con antidiabéticos inyectables el 52,6% tomaba una dosis diaria, el 23,3% dos dosis, el 17,8% tres dosis, el 5% cuatro dosis, el 0,8% cinco dosis y el 0,5% seis dosis. El 47,6% presentaba HTA, el 65,5% hipercolesterolemia, el 50,9% trigliceridemia, el 40,6% obesidad y el 25,4% ninguno de los anteriores. Más de la mitad de los pacientes consideraban que la información que proporcionaba enfermería sobre su patología se daba algunas veces (29,5%), frecuentemente (29,4%) y siempre (15%) y se encontraban satisfechos o muy satisfechos (46,5% y 18% respectivamente) con la información ($p < 0,001$). Respecto a la información recibida sobre el autocontrol de la glucemia, la mayoría de los pacientes opinaban que se les proporcionaba algunas veces (29,8%), frecuentemente (32%) y siempre (14%) y también se encontraban satisfechos o muy satisfechos (48% y 18% respectivamente) con la información facilitada ($p < 0,001$). Respecto a la información sobre la administración del tratamiento, la mayoría de los pacientes afirmaban que se les proporcionaba algunas veces (29%), frecuentemente (27,2%) y siempre (13%) y se encontraban satisfechos o muy satisfechos (43% y 17% respectivamente) con la información recibida ($p < 0,001$).

Conclusiones: Alrededor de un 60% de los pacientes encuestados están satisfechos con la información que se recibe desde la consulta de enfermería sobre su DM2, el autocontrol de la glucemia y administración del tratamiento para el control de su enfermedad.

235. INFLUENCIA DE LA DIETA MEDITERRÁNEA Y EL EJERCICIO FÍSICO

R.M. Soriano Giménez, D. Estrada Reventos y M. Camafort Babwosky
Hospital Clinic, Barcelona.

Objetivo: El objetivo de este estudio es identificar el grado de influencia de la dieta mediterránea hipocalórica y el ejercicio físico sobre la presión arterial de los pacientes hipertensos, que tengan prescrito la colocación de una MAPA en una Unidad de Hipertensión.

Métodos: Estudio descriptivo, transversal basado en la cumplimentación de dos cuestionarios cualitativos uno sobre la dieta mediterránea hipocalórica (Encuesta estudio Predimed Plus) y otro sobre el ejercicio físico (valoración del nivel y la intensidad de la actividad física - RAPA 1 y RAPA 2.). Además de una recogida de datos sociodemográficos, antropométricos, presión arterial y resultados de la MAPA.

Resultados: Muestra: 167 pacientes, 56% hombres, grupo de edad predominante (82%) entre 41 a 80 años donde el 56% trabajan; el 49% son universitarios y el 85% viven con la familia. El 29% se les ha diagnosticado la enfermedad hace menos de 1 año, y el 68% sigue tratamiento farmacológico. Los factores de riesgo más relevantes son dislipemia (43%) y obesidad (30%). En los resultados de la MAPA, vemos que el 15% tienen alterados todos los períodos de valoración, 58% tienen alguno y 27% están controlados. Respecto a sexos, edad, adherencia a la dieta mediterránea hipocalórica y ejercicio físico vemos diferencias en los resultados. Sexo: mujeres: 7% tienen todos los períodos alterados, 61% tienen algún período alterado y el 32% están controladas. Hombres: 21% tienen todos los períodos alterados, 56% tienen algún período alterado y el 23% están controlados. Edad: de 21 a 40 años: 20% tienen alterados todos los períodos, 52% alterado algún período y 28% controlados. De 41 y 60 años: 26% tienen alterados todos los períodos, 42% alterado algún período y 32% controlados. De 61 y 80: 3% tienen alterados todos los períodos, 75% alterado algún período y 22% controlados. Adherencia a la dieta mediterránea hipocalórica: Baja: 35% dónde el 15% tienen alterados todos los períodos, 56% alterado algún período y 29% controlados. Media: 53% donde el 18% tienen alterados todos los períodos, 56% alterado algún período y 26% controlados. Alta: 9% dónde el 0% tienen alterados todos los períodos, 67% alterado algún período y 33% controlados. Muy alta: 2% dónde el 100% tienen alterados algún período. Realización de ejercicio físico: Activos: 62% donde el 17% tienen alterados todos los períodos, 55% alterado algún período y 28% controlados. Moderadamente activos: 21% dónde el 14% tienen alterados todos los períodos, 54% alterado algún período y 32% controlados. Poco activos: 17% donde el 11% tienen alterados todos los períodos, 72% alterado algún período y 17% controlados. Sedentarios: 0%. El 71% no realiza actividades para aumentar la fuerza muscular y mejorar la flexibilidad.

Conclusiones: Observamos que la adherencia a la dieta mediterránea hipocalórica no nos permite concluir que ayude a reducir los niveles de presión arterial ya que el 89% de los no alterados tienen una adherencia media-baja. Por el contrario, vemos que existe una tendencia a que el ejercicio físico ayuda a controlar la presión arterial ya que el 88% de los no alterados corresponde a personas activas o moderadamente activas y además si nos centramos en los poco activos vemos que el 83% presentan algún tipo de alteración, mientras que los activos sólo serían el 68%.

236. LA VIDA SIN HUMO TIENE MEJOR COLOR. PREVENIR Y EDUCAR DESDE LA INFANCIA

E. Tornay Muñoz, M. Prieto Marcos, J. Cano Carrascosa, R. Calvillo Bustamante, M. Calvo Chiloeches, J. Merino Lorente, A. Orcajo Muñoz, A. González Valls, Y. Menéndez Robles y A. Pérez Pérez

Centro de Salud Juncal, Torrejón de Ardoz.

Introducción: El tabaco causa de mortalidad evitable. Las consecuencias afectan a fumadores activos y pasivos. Tema prioritario de salud pública mundial. Nuestro centro colabora cada año en la Semana Sin Humo con intervenciones preventivas, una de ellas es un concurso de dibujos y eslóganes.

Objetivo: Prevenir y educar desde la infancia mediante concurso de dibujos, lemas, cartel. Concienciar a la población a través de la creatividad de los niños de la importancia de prevenir el tabaquismo y potenciar alternativas saludables. Informar, sensibilizar y prevenir el consumo del tabaco, ya que este perjudica seriamente la salud. Influir en el entorno. Fomentar la prevención del tabaquismo.

Métodos: Realización de carteles informativos: centro de salud, colegios. Colocados en sitios visibles. Los trabajos recibidos se colocarán en sitio estratégicamente visible en nuestro centro de salud. Población infantil: 6-12 años. Trabajos esperados: 50. Premios: dibujo (infantil, 3º-4º, 5º, 6º curso), lema, cartel, originalidad. Elaboración: diplomas de premios y de participación. Elaboración: plantilla evaluadora de premios. Petición: subvenciones a distintos organismos.

Resultados: Recibimos 76 dibujos-lemas-carteles, entre 6 y 12 años. Participación en evaluación para los distintos premios: profesionales del centro de salud. Dada la calidad de los trabajos recibidos, empataron: dibujo (5º curso), lema y originalidad. Se expusieron en la zona pediátrica de nuestro centro de salud. En el exterior un cartel: "Jóvenes artistas exponen aquí". No recibimos subvención para los premios. Estos fueron patrocinados por algunos miembros del equipo. Se entregaron premios, diplomas de premios y participación. Los diplomas fueron impresos en la Gerencia de Nuestra Área Asistencial.

Conclusiones: Objetivos cumplidos ampliamente. Número considerable de trabajos recibidos y de mucha calidad. Tuvimos gran dificultad para decidir cuál era el mejor en cada una de las categorías, empatando en algunas de ellas, así que premiamos a ambas. Dada la calidad de los mismos se quedan expuestos, dando difusión para años sucesivos, y para fomento de la prevención del tabaquismo. Desde que realizamos estas intervenciones, y sobre todo tras haber visto los trabajos de nuestros "jóvenes artistas", han aumentado las citas concertadas en consultas para que le ayudemos a dejar de fumar, que cuantificaremos en otro estudio. Proyecto educativo de salud relacionado con el tabaquismo: los niños reflejan su visión sobre los fumadores y las consecuencias negativas globales e integrales, que pueden influir en su entorno. Las Intervenciones Comunitarias son llaves primordiales para la prevención y nuestro centro aporta su granito de arena para cambios de hábitos y actitudes desde los cimientos.

237. EVOLUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA AVANZADA TRAS LA INTERVENCIÓN 5614 ENSEÑANZA: DIETA PRESCRITA

M.C. Torres Torradeflot, J.M. Gutiérrez Vilaplana, L. Craver Hospital y M. Baigol Guilanyà

Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC), constituye un factor de riesgo cardiovascular (FRCV) independiente. Los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA), se consideran de alto riesgo CV. Estos pacientes se remiten a la consulta específica ERCA. En la primera visita se valoran los parámetros analíticos aportados por el paciente y se hace la intervención, enseñanza: dieta prescrita (dieta ERCA).

Objetivo: Valorar la evolución de los FRCV después de la intervención, 5614 Enseñanza: dieta prescrita en pacientes con ERCA.

Métodos: Estudio observacional. Se incluyeron 92 pacientes incidentes en la consulta ERCA en el 2014. Las variables analizadas

fueron, variables demográficas (edad, Sexo, tabaquismo) y variables clínicas (peso, presión arterial, parámetros bioquímicos (potasio, fósforo, ácido úrico, colesterol total, LDL, albúmina y filtrado glomerular estimado (FGMDRD4)). Se establecieron como objetivos de los FRCV: para el colesterol total ≤ 200 mg/dl, LDL ≤ 70 mg/dl, ácido úrico $\leq 7,2$ mg/dl- ≤ 6 mg/dl en hombres y mujeres respectivamente, presión arterial $\leq 140/90$ mmHg.

Resultados: Edad media $69,53 \pm 15$ años (22-90), el 64,1% (n = 59) hombres. El 41,3% diabéticos. El 48,9% (n = 45) de los pacientes eran no fumadores, el 41,3% (n = 38) exfumadores y el 9,8% (n = 9) fumadores. La media del peso en la primera visita fue de $78,65 \pm 1,81$ kg y en la segunda visita $77,46 \pm 1,79$ kg. La diferencia de la media $1,18 \pm 0,19$ kg (p = 0,001). El rango de peso en la primera visita osciló de 41,3 kg a 133,8 kg y en la segunda visita de 41 kg a 131 kg. La media del IMC en la primera visita fue de $29,53 \pm 0,57$ (15,54-44,06) y en la segunda de $29,13 \pm 0,26$ (15,43 - 43,22). La diferencia de la media fue de $0,40 \pm 0,076$ (p = 0,001). En la primera visita el 40,2% (n = 37) de los pacientes presentaron sobrepeso versus el 41,3% (n = 38) en la segunda y el 42,4% (n = 39) obesidad frente al 39,2% (n = 36) en la segunda. La media de la presión arterial sistólica (PAS) en la primera visita fue $148,53 \pm 1,93$ mmHg y la de la presión arterial diastólica (PAD) $78,79 \pm 1,28$ mmHg. En la segunda visita $138,68 \pm 1,64$ mmHg y $74,03 \pm 1,22$ mmHg, respectivamente. La diferencia de la media de la PAS fue $9,84 \pm 1,79$ mmHg (p = 0,001) y para la PAD $4,76 \pm 0,88$ mmHg (p = 0,001). El 30,4% de

los pacientes mantuvieron la PAS dentro del objetivo en la primera visita y el 45,7% en la segunda, para la PAD el 85,9% se mantuvo dentro del objetivo en la primera visita y el 91,3% en la segunda. El 81,5% (n = 75) de los pacientes realizaron automedida de la presión arterial en domicilio (AMPA). En la primera visita la media del colesterol-total fue $174,85 \pm 4,04$ mg/dl, del c-LDL $100,42 \pm 3,39$ mg/dl. En la segunda visita $166,66 \pm 3,69$ mg/dl y $95,86 \pm 3,26$ mg/dl, respectivamente. La diferencia de la media del colesterol-total fue de $8,18 \pm 3,35$ mg/dl (p = 0,016) y la del c-LDL $4,55 \pm 2,75$ mg/dl (p = 0,102). El 75% de los pacientes mantuvieron el objetivo para el colesterol-total en la primera visita y el 86% en la segunda. Para c-LDL el 18,5% de los pacientes alcanzaron el objetivo en la primera visita y el 16,3% en la segunda. La media para el K en la primera visita fue $4,74 \pm 0,05$ mmol/l, el P $3,85 \pm 0,07$ mg/dl, el ácido úrico $7,23 \pm 0,18$ mg/dl, la albúmina $3,98 \pm 0,03$ g/dl y CLMDRD $22,68 \pm 0,62$. En la segunda visita la media del K $4,59 \pm 0,06$ mmol/l, el P $3,74 \pm 0,07$ mg/dl, ácido úrico $7,22 \pm 0,19$ mg/dl, albúmina $3,95 \pm 0,04$ g/dl y CLMDRD $22,08 \pm 0,64$. La diferencia de la media resultó ser estadísticamente significativa para el K.

Conclusiones: 1. Los pacientes remitidos a la consulta de ERCA en la primera visita, presentan una alta incidencia de FRCV (sobrepeso, obesidad, HTA). 2. Tras la intervención 5614 Enseñanza: dieta prescrita (dieta ERCA), en la primera visita, hay una mejoría en los diferentes FRCV estudiados. 3. Existe una significación estadística en la diferencia de la media para la PAS, PAD, K y el colesterol total.