

## Enfermería

### 356. SENSIBILIDAD A LA SAL. ¿RESTRICCIÓN O NO?

G. Ribas Miquel, E. Boix Roqueta, M. Ferré Munté,  
J. Gifré Hipolit y M. Beltran Vilella

*ABS Cassà de la Selva, Girona.*

**Introducción:** Analizar los pacientes susceptibles de beneficiarse de la reducción de la sal de forma estricta en un Centro de Salud que da cobertura a una población de 30.742 habitantes, y con 3.933 pacientes diagnosticados de HTA según el estudio de Castiglione et al. (Hypertension. 2011;57:180-5).

**Métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo de todas las MAPA solicitadas durante el año en curso. Para la recogida de datos se utilizó la plantilla del estudio CARDIORISC.

**Resultados:** De los 78 MAPA realizados durante el periodo de enero a noviembre, 45 fueron hombres (57,69%) y 33 mujeres (42,31%). La edad media entre hombres fue de 56,36 años y entre las mujeres de 62,57 años. El motivo de solicitud principal fue el diagnóstico de bata blanca (34,61%), seguido de la valoración de la eficacia del tratamiento (24,35%) y de Patrón circadiano (20,51%). El 41,02% de los pacientes no recibía tratamiento farmacológico antihipertensivo en el momento de realizar la MAPA. El riesgo cardiovascular añadido al diagnóstico según la tabla Framingham fue: 5,12% normal, 16,60% ligero, 43,58% moderado, 15,38% elevado, 15,38% muy elevado, 3,84% no válido. Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 39 Dipper de los cuales 16 tenían una frecuencia cardíaca 24 horas inferior a 70 pulsaciones por minuto, y 23 inferiores a 70 pulsaciones por minuto, 29 Non Dipper de los que 18 tenían una FC superior a 70 x', y 11 inferior a 70 x'.

**Conclusiones:** De los 78 pacientes analizados sólo se beneficiarían de una reducción de la sal en su dieta de forma más estricta 18 pacientes. Hay 34 pacientes que sólo se beneficiarían de la reducción de forma muy escasa. 16 pacientes no se beneficiarían de una reducción estricta de la sal.

### 357. CONSUMO DE FÁRMACOS EFERVESCENTES EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

S. González Perea<sup>1</sup>, M. Monteoliva García<sup>1</sup>, M.A. Ríos Rodríguez<sup>2</sup>  
y M.R. García Cerdán<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CAP Camps Blancs, Sant Boi de Llobregat, Barcelona.

<sup>2</sup>CAP Montornès del Vallès, Barcelona.

**Objetivos:** Conocer el consumo de fármacos efervescentes en los pacientes con hipertensión arterial (HTA) y si han recibido información de cómo dicho consumo puede alterar su control de la tensión arterial (TA).

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo transversal con pacientes hipertensos que acudían a la consulta de enfermería entre el periodo de febrero y marzo de 2011. Se recogieron de la historia clínica del paciente las variables: edad, sexo, año del diagnóstico, tabaquismo, enfermedades crónicas, control de la TA en el último año, consumo de fármacos efervescentes en ese periodo, información recibida de dichos fármacos y quién la proporcionó.

**Resultados:** Se obtuvo una muestra de 125 pacientes hipertensos, de los cuales el 58% eran mujeres y el 42% hombres, con una media de edad de 70,2 (DE: 9,9) años y de 69,7 (DE: 8,5) años, respectivamente. El 85,6% fueron diagnosticados hace más de 5 años. Respecto al hábito tabáquico: 8,8% fumadores, 28,8% exfumadores y 62,4% no fumadores. Solo se han encontrado diferencias significativas en hombres fumadores y exfumadores respecto a las

mujeres que nunca han fumado. Enfermedades crónicas: 62,4% dislipemia, 41,6% diabetes, 54% obesidad, 8% insuficiencia cardíaca, 13,6% insuficiencia renal, 3,2% hepatopatía, 4,8% arteriopatía, 5,6% accidente cerebrovascular-accidente isquémico transitorio y 10,4% cardiopatía isquémica. Respecto al control de la TA: 47,2% control óptimo, 29,6% control aceptable y 23,2% mal control. Respecto a la pregunta que se formuló "¿Alguna vez le han explicado que los fármacos efervescentes pueden aumentar la TA?", respondieron afirmativamente el 52,4%, y dicha información la recibieron del médico el 9,4% y de enfermería el 90,6%. Del total de la muestra un 25,6% tiene prescrito tratamiento efervescente, el 46,9% son analgésicos, el 19% son expectorantes, el 19% son potasio, el 13% son laxantes y el 9% son calcio.

**Conclusiones:** Hay que informar al paciente de los posibles efectos de los fármacos efervescentes sobre su control de la TA, y de las acciones que deben tomar si se producen efectos secundarios, y minimizar en la medida de lo posible los riesgos cardiovasculares. Es importante que todos los profesionales se impliquen en proporcionar dicha información tanto verbal como escrita para favorecer el cumplimiento terapéutico.

### 358. ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN ZONA SEMI-RURAL DE ALBACETE Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA

P.J. Tarraga López<sup>1</sup>, C. Moreno Cano<sup>2</sup>, J.P. Serrano Selva<sup>1</sup>  
y M.L. Marcos Navarro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Medicina, Albacete. <sup>2</sup>CS Madrigueras, Albacete.

<sup>3</sup>Hospital General, Albacete.

**Objetivos:** Conocer la adherencia relacionada con la calidad de vida en pacientes hipertensos del C.S. de Madrigueras núcleo (Albacete). Específicos: analizar adherencia de pacientes hipertensos. Estudiar influencia de la adherencia en autopercepción de la calidad de vida de los pacientes hipertensos. Conocer diferencias en adherencia en relación con las variables (edad, sexo, nivel de estudios, estado civil y profesión ejercida la mayor parte de su vida).

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo transversal. Emplazamiento: Centro de Salud de Madrigueras (Albacete). Población objeto de estudio: 434 pacientes hipertensos del C.S. de Madrigueras núcleo. Periodo de estudio: la fase de recogida de datos autoadministrados se inició a finales de setiembre de 2008 y finalizó a finales de marzo de 2010. Fuentes de información: Cuestionarios: MINICHAL y Morisky-Green; de recogida de datos sociodemográficos; facilitados aprovechando campañas masivas consulta de enfermería de vacunación antigripal, consulta diaria de enfermería control adulto, visita domiciliar de enfermería. Programa informático TURRIANO del SESCAM.

**Resultados:** Se evaluaron a 434 hipertensos por el 'Statistical Package for the Social Sciences' (SPSS) con valores de variables: 0-referencia/más significativos, 1-resto; en el software del SPSS, el valor de referencia 0 de la regresión logística, es 1. En el 'estado de ánimo' y las 'manifestaciones somáticas' del MINICHAL, el 0 representa a los valores 0 y 1, y el 1 los valores 2 y 3. Los resultados mejor CVRS en pacientes menos consumidores de otra medicación (además de la antihipertensiva) y en pacientes con mayor adherencia terapéutica, con un 93,5% de correctos en los cuatro ítems del test Morisky-Green.

**Conclusiones:** El 85,0% son pacientes de 60 años y más; la adherencia es del 80% se asocia significativamente, de acuerdo con los datos, a mayor la CVRS. Por último, todos los resultados del estudio confirman la relación de la CVRS de los pacientes hipertensos con la salud y con variables clínicas y sociodemográficas en tanto el alto porcentaje de pacientes de 60 años y más, de ellos: 30 mujeres más que varones y 78% total de casados, con más del 62% sin

estudios (analfabetos/leen y escriben) puede derivar en los resultados en la dimensión más significativa (EA) del MINICHAL.

### 359. ROL DEL REFERENTE DE CUIDADOS CARDIOVASCULARES INTEGRALES

E. Tornay Muñoz, A. Herrero Fuentes, C. Cobo Martín, P. Cordero de Ciria, J. Torres Morales, E. Serrano Serrano, B. Real de Asúa Guinea, M.C. Calvete Modrego, M.A. María Tablado y P. Sánchez Muñoz

CS Los Fresnos, Torrejón de Ardoz, Madrid.

**Introducción:** Enfermedad cardiovascular (ECV), importante causa: muerte prematura, invalidez. Contribuye: aumento coste sanitario. Existe una estrecha relación con el estilo de vida y factores fisiológicos y bioquímicos modificables. Las modificaciones de los factores de riesgo se han mostrado capaces de reducir la mortalidad y la morbilidad, sobre todo en individuos en alto riesgo. Existen evidencias sobre la relación entre el riesgo cardiovascular y la enfermedad renal crónica y se insiste en la necesidad de la detección precoz. Prevención: profesionales de atención primaria los más implicados. Estrategias preventivas: detección precoz, guías, Educación para la salud (EPS)... Con motivo del Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular, en nuestro centro se decidió formar parte y colaborar con la red de enfermería de cuidados cardiovasculares en su proyecto de acción, dando un enfoque más global en el abordaje de los distintos factores de riesgos. El referente de cuidados cardiovasculares integrales (CCVI) en un centro de salud de atención primaria forma parte también de la red de enfermería de estos cuidados y su papel es coordinar e informar al equipo de todo lo relacionado con los factores de riesgos cardiovasculares, intervenciones y actividades para prevención de los mismos.

**Objetivos:** Captar al mayor número posible de personas interesadas en los factores de riesgo cardiovascular. Coordinar, informar, motivar, y concienciar a la población de la importancia de los estilos de vida en la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, organizar actividades para informar, educar en salud y poder incluir en futuros planes de cuidados. Coordinar e informar al equipo. Evaluar el proyecto acción.

**Métodos:** Proyecto de acción de EpS en el Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular. Valoración del algoritmo de actuación. Registro RCV (SCORE). Pacientes (40-65 años), carteles informativos de la actividad, folletos informativos-recomendaciones de estilos de vida saludable, proyección de una presentación informativa y taller educativo, captación, consejo breve y cálculo RCV en consultas medicina y enfermería, hojas de registro, sala proyección. Captación prevista al menos 50 personas.

**Resultados:** El día de esta intervención, durante las consultas de enfermería y medicina tanto en la mañana como en la tarde se realizaron las actividades de información, consejo breve, entrega de documentación informativa y el cálculo de RCV según tabla SCORE de riesgo bajo. En la tarde en horario de 19h-21h, se realizó la sesión/taller educativo y la proyección preparada para ello, a cargo de la enfermera referente de cuidados cardiovasculares integrales (CCVI), que bloqueó su consulta para esta actividad en esa franja horaria. Captación: 135 pacientes: 75 mujeres y 60 hombres (40-65 años). RCV medio de 1,07% en rango de 0% al 10%. Sólo 6 personas por encima del 3%, el resto por debajo del 2%, y la mayoría entre 0% y 1%.

**Conclusiones:** Gran afluencia de persona interesadas en conocer los factores de riesgo cardiovascular, vida y hábitos saludables. El esfuerzo del equipo ha superado (casi triplicado) la captación prevista. Esta captación nos ha servido para que en un futuro inmediato realicemos seguimientos de citas concertadas con estas personas

y determinar sus factores de RCV (tabaco, sexo, estrés, obesidad...) y así elaborar planes de cuidados con las actividades e intervenciones adecuadas a cada uno de ellos. También pensamos que es fundamental en el equipo la pivotación de un referente o responsable de cuidados cardiovasculares integrales (CCVI) para las acciones de este tipo de actividades. Claves fundamentales: detección precoz, planes de cuidados, educación para la salud (EpS): adecuada, estructurada, oral, escrita, personalizada, grupal.

### 360. HTA Y EMBARAZO

E.S. Rodríguez<sup>1</sup>, M.F. Rubio<sup>1</sup>, E.B. Martínez<sup>2</sup> y H.B. Martínez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Mataró, Barcelona. <sup>2</sup>Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

**Introducción:** El embarazo puede provocar HTA y a veces consecuencias graves para el gestante y el feto: preeclampsia o eclampsia. La enfermedad hipertensiva en el embarazo es la causa de un alto porcentaje de mortalidad perinatal (27%) y de mobimortalidad materna (63%). La hipertensión arterial (HTA) que se diagnostica durante el embarazo en mujeres con tensión arterial (TA) previa normal. Se considera HTA cuando se obtienen valores iguales o mayores a 140 mmHg de TA sistólica (máxima) y 90 de diastólica (mínima) después de las 20 semanas de gestación y en dos tomas separadas por un mínimo de cuatro horas. La hipertensión gestacional más grave aumenta el riesgo de prematuridad y de complicaciones maternas y fetales graves. La hipertensión gestacional se puede presentar con diferentes grados de gravedad: a) Hipertensión gestacional. Presenta valores altos de TA asociados o no a la presencia de proteínas en orina. Es la HTA más leve y sólo hay que hacer un seguimiento específico de la gestación, que puede hacer la mujer en su domicilio, para controlar la TA y la presencia de proteínas en orina. También hay que ajustar la dieta y los hábitos de vida. b) Preeclampsia leve. Presenta valores altos de TA y una cantidad significativa de proteínas en orina en dos determinaciones con tira reactiva separadas por un mínimo de cuatro horas. c) Preeclampsia grave. Presenta valores de TA por encima de 160/110 mmHg, con una cantidad significativa de proteínas en orina, disminución de plaquetas, alteración del hemograma, dolor epigástrico y síntomas neurológicos (cefalea, alteraciones visuales, etc.). d) Eclampsia. Presenta todos los signos y síntomas del punto anterior, además de convulsiones y coma.

**Objetivos:** Detectar con la colocación y registro de MAPA las hipertensiones gestacionales y evitar posibles complicaciones en el embarazo. Diseño: es un estudio retrospectivo y observacional.

**Métodos:** Colocación y registro de MAPA. Ámbito del estudio: gestantes derivadas del servicio de Ginecología al servicio de consultas externas de Medicina Interna de nuestro hospital.

**Resultados:** En total hay 25 MAPA realizados. Actualmente estamos trabajando en los resultados y conclusiones del trabajo.

### 361. ENFERMERÍA E INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO

G. Belenguer Civera<sup>1</sup>, M. Guillem Tarín<sup>1</sup>, I. Belenguer Ricarte<sup>1</sup>, M. Ciancotti Oliver<sup>2</sup>, R. Climent Climent<sup>3</sup> y R. Lekerika Llopis<sup>4</sup>

<sup>1</sup>CS Xàtiva, Valencia. <sup>2</sup>Dirección Enfermería, Xàtiva-Ontinyent.

<sup>3</sup>Consulta de Cardiología, Hospital de Xàtiva, Valencia.

<sup>4</sup>CS Meliana, Valencia.

**Objetivos:** El tabaquismo constituye la principal causa de morbi-mortalidad evitable, según la OMS, la cual recuerda en sus planes de lucha contra el hábito de fumar, que la reducción del consumo de tabaco es la medida más importante que pueden adoptar los países, debido a sus repercusiones positivas tanto para la salud como para la economía en general. La implicación enfermera debe de hacerse presente con la puesta en marcha de actividades

de abordaje hacia esta adicción con actuaciones mantenidas y estructuradas en los centros sanitarios y consultas de Atención primaria, con campañas estables en colaboración con los facultativos para establecer una actuación grupal y consensuada, que maximice los resultados a obtener ante la población fumadora activa principalmente. El estudio que se presenta es el auspiciado en campaña institucional, con implicación de la Agencia Valenciana de Salud, Dirección de Atención Primaria, área 14, Xàtiva-Ontinyent (Valencia), Excmo. Ayuntamiento de Xàtiva (Concejalía de Sanidad) y la firma comercial Pfizer, cada uno de ellos aportan tanto material humano y físico, como dossieres informativos para el desarrollo de la campaña, la cual tiene una duración inicial de 3 meses.

**Métodos:** Se inicia una campaña anti-tabaco denominada "Ahora Sí", dirigida hacia la población fumadora sin distinción de edad o sexo y con residencia en la ciudad de Xàtiva, de 28.000 habitantes y a desarrollar en dos de las Consultas del Centro de Atención Primaria, con dos profesionales facultativos y dos de Enfermería, todos voluntarios y con formación específica anti-tabaco. Se contempla la captación inicial de usuarios, los cuales son evaluados en consulta con test motivacional de deseo de abandono del hábito tabáquico y con la apertura de una historia clínica específica, donde se han recogido datos referentes a su filiación, hábitos tóxicos, analíticas generales, mediadas antropológicas, constantes vitales, niveles de presión arterial, cooximetría y saturación de oxígeno, así como encuestas de motivación grado de adicción, mediante test de Fagerström modificado, test de Minnesota y test de U.I.S.P.M. Las consultas son desarrolladas conjuntamente por facultativo/enfermería en habitáculos separados según las pruebas a realizar, el total de ellas es de 5 sesiones, distribuidas en fases de preparación 2 y en fase de intervención directa 3, hasta finalizar el plazo en tres meses de asistencia a consulta, en ellas el facultativo ha negociado con el usuario el tipo de tratamiento a instaurar durante ese periodo, ya bien, medicación o no, sustitutiva de la nicotina o bien apoyo multiprofesional, con entrega de dossier informativo de autocontrol tabáquico.

**Resultados:** Se inicia la campaña en abril de 2011, con la captación de 55 usuarios motivados, de los cuales 6 abandonan el estudio en distintas fases, siendo un total de 29 mujeres y 20 hombres los que mantienen su compromiso inicial. Las edades están comprendidas entre los 33 y 65 años, siendo adictos al consumo en una media de 30 años, con consumos variables entre los 10 y los 50 cigarrillos día. En todos los controles se les realiza una cooximetría como prueba fidedigna de consumo de tabaco, así como entrevista recordatoria del mantenimiento del compromiso, observándose desde el inicio la disminución del monóxido de carbono, con rangos de disminución importantes, menores de 10 en numerosos casos al mes del inicio de la primera consulta. Del total de usuarios que finalizan el programa con tratamiento sustitutivo de la nicotina, en su mayoría, tratados con vareniclina®, 60%, resto con chicles de nicotina, 25%, con educación sobre su toma y posibles efectos adversos y el grupo de sin tratamiento, 15%, se observa a la conclusión el abandono de un total del 65% del total con tratamiento farmacológico y un 8% con terapia conductual, siendo el resto incluidos en el grupo de recaída parcial o total, basándonos en el hecho de que las cooximetrías realizadas en los controles evidenciaban la reducción progresiva de sus cifras alcanzando niveles de 0 a 6 en la última consulta.

**Conclusiones:** Necesidad de la realización de campañas sistemáticas e institucionales ante el tabaquismo. Importancia de la coordinación Enfermera como abordaje integral del proceso final en las consultas de atención primaria. El consejo anti-tabaco enfermero, se presenta como una recomendación científica basada en la evidencia y de grado máximo. Liderazgo de la Enfermería en las consultas de deshabituación tabáquica. La cooximetría y la medición de la saturación de oxígeno, se referencian como básicas en los controles y en la consecución de objetivos.

### 362. ARTERIOPATÍA PERIFÉRICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

R. Sanz, M. Masia, E. Beltran, M.R. Foguet Albiol, L. Martorell, L. Medina y A. Pla

*Hospital Comarcal de Vinarós, Castellón.*

**Objetivos:** Principal: detección de arteriopatía en pacientes con diabetes mellitus (tipo I y tipo II), de más de cinco años de duración. Secundarios: evaluar la relación de arteriopatía periférica entre hombres y mujeres; evaluar la relación de arteriopatía periférica en pacientes hipertensos.

**Métodos:** El estudio se realizó en una única visita. Se incluyó a pacientes diabéticos de más de cinco años de evolución, hombres y mujeres, de edades comprendidas entre 40-75 años, tratados con insulina y A.D.O. Los pacientes son usuarios de la planta de hospitalización y CCEE de Atención Especializada de Medicina Interna, que abarca el Departamento 1 de la Comunidad Valenciana. Se midieron el peso, la valoración del tratamiento (antigluceémicos, antiagregantes y antihipertensivos) y revisión de la historia clínica (a.p.). Se realizó la medición de ITB mediante el tensiómetro automático ITB WATCHBP office.

**Resultados:** Se evaluaron 22 casos, los cuales eran diabéticos. Un 32% eran mujeres y un 68% eran hombres. Del total de la muestra, el índice tobillo-brazo fue menor de 0,9 en el 13,33% de caso en hombres y en el 14,29% de mujeres (de los cuales 100% eran hipertensos tratados farmacológicamente). El resto, un total 72,38% no estaban afectados aunque el 100% hipertensos (tratados farmacológicamente).

**Conclusiones:** Debido al tamaño de la muestra los resultados obtenidos no pueden extrapolarse a la población diabética de nuestra área. Los resultados obtenidos no son concluyentes, aunque el estudio se sigue realizando, incrementando la muestra. El método de ITB para el diagnóstico de arteriopatía periférica es todavía una técnica de medición poco utilizada en nuestra área (tanto por parte de los facultativos como por enfermería). Un mayor conocimiento de la técnica por parte del profesional sanitario ayudaría a la detección de arteriopatía periférica.

### 363. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y SU GRADO DE CONOCIMIENTO EN UNA MUESTRA POBLACIONAL ESPECIAL

V.E. Villanueva Barrios

*Las Delicias, Jerez de la Frontera, Cádiz.*

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de factores de riesgo vascular (FRV) y su grado de conocimiento en una población especial: Acompañantes de pacientes en una consulta de enfermería. Los FRV estudiados son: obesidad visceral, HTA, alteraciones de la glucemia, enfermedad renal crónica (ERC) y tabaquismo.

**Métodos:** El estudio se hizo en una muestra de 128 sujetos que acudían a la consulta acompañando al paciente. La edad media era de 49 años; 77 (60%) eran mujeres. Las variables estudiadas dentro de la muestra fueron: perímetro abdominal; presión arterial (triple toma), determinación de glucemia; función renal (filtrado glomerular estimado (FGe) (MDRD) y la excreción urinaria de albúmina en primera orina de la mañana.

**Resultados:** Alto índice de obesidad abdominal, 66 sujetos (52%). De éstos 71% eran mujeres; 58 personas (45%) eran hipertensos. 31 (53%) desconocían su condición. El 3% de la muestra tenía un FGe < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>, 66% de éstos eran mujeres; el 9% de la muestra tenía microalbuminuria y 1 sujeto macroalbuminuria. 21% eran fumadores, siendo más frecuente esta condición en mujeres. En 20 personas (16%) se detectó anomalía de la glucemia en ayunas. En 7 personas (6%) se detectó DM. 4 de éstas (57%) descono-

cían padecer DM. El 74% de los sujetos con HTA tenían, además obesidad abdominal.

**Conclusiones:** En nuestra “especial” población: 1. Hay una elevada prevalencia de obesidad abdominal y de HTA. 2. La prevalencia de glucemia anómala en ayunas y de DM es alta. 3. Los FRV se asocian con frecuencia. 4. Un % importante de sujetos con HTA y de sujetos con DM desconocen su condición.

### 364. EDUCACIÓN GRUPAL EN PACIENTES HIPERTENSOS

C. López Ramírez<sup>1</sup>, M. Salazar Rojas<sup>1</sup>, F. Mera Cordero<sup>2</sup>, F. Juárez Fernández<sup>1</sup>, O. Antiga Devés<sup>1</sup>, M.I. Suárez Fuster<sup>1</sup>, S. Durán Alcobet<sup>1</sup>, R. Bordallo Galaso<sup>1</sup> y R.M. Luna Gámez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CAP 17 Setembre, El Prat de Llobregat. <sup>2</sup>CAP El Plà, Sant Feliu de Llobregat. <sup>3</sup>CAP Pujol i Capsada, El Prat de Llobregat.

**Objetivos:** Proyecto taller orientado a educar a un grupo de pacientes hipertensos de tres áreas básicas de salud del Prat de Llobregat (Barcelona). Con la finalidad de mejorar hábitos de vida en relación a su enfermedad.

**Métodos:** Estudio descriptivo de una población con diagnóstico de hipertensión arterial de 4.385 pacientes, con edades comprendidas entre los 45 y 65 años. De los cuales deciden participar 86 usuarios. Se recogen datos basales de la hoja de monitorización de la historia clínica informatizada que consta de datos clínicos y entrevista directa, previa a la realización de la educación grupal. Se recogen datos relacionados con la edad, sexo, índice de masa corporal, dieta, actividad física, cumplimiento farmacológico, consumo de tabaco, y comorbilidad con diabetes mellitus. Estos 86 usuarios, se dividen en 3 grupos para realizar el primer taller teórico sobre la etiopatogenia de la hipertensión, y las medidas higiénico-dietéticas y cambios en el estilo de vida aconsejados por las guías clínicas del ICS. Posteriormente se subdividen en 6 subgrupos, con el objetivo de realizar un taller práctico de cocina cardiosaludable e hiposódica, y un taller práctico de actividad física cardiosaludable.

**Resultados:** Se obtiene datos basales previos a los talleres, con la finalidad de compararlos 6 meses después de la intervención (pendiente de evaluar). De los datos basales obtenidos, un 75,6% de los pacientes tienen un control óptimo de la tensión arterial según guía clínica de hipertensión del ICS. Un 23,3% realiza de manera adecuada el ejercicio, según criterio del manual de actividad física en atención primaria del departamento de salud de la Generalitat de Cataluña, un 22% realizan de manera adecuada la dieta y un 76, 7% cumplen de manera correcta el tratamiento farmacológico.

**Conclusiones:** Esperamos evaluar a 6 meses, el grado de mejora en el% de los pacientes hipertensos con una actividad física y hábitos de vida adecuados, tras una intervención grupal.

### 365. ACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE DE HIPERTENSOS Y HORAS DE TRABAJO

M.L. Guitard Sein-Echaluze, J. Torres Puig-Gros, J.M. Gutiérrez Vilaplana y D. Farreny Justribó

Facultad de Enfermería, Universitat de Lleida, Lleida.

**Objetivos:** Este estudio pretende describir la influencia de las horas de trabajo remunerado y no remunerado en la realización de actividad física en el tiempo libre (AFTL) en hipertensos.

**Métodos:** De febrero a septiembre de 2008 se realizó un estudio transversal incluyendo los pacientes de 18 a 80 años con hipertensión arterial atendidos en 5 consultas de enfermería del Área de Salud de Lleida y excluyendo aquellos en que el ejercicio físico estaba contraindicado. Las variables fueron: la AFTL a partir del cuestionario Minnesota y medida en m/día calculados en relación a la última semana y clasificada en 4 niveles (ligera < 143 m/día, moderada 143-286 m/día e intensa > 286 m/día), horas de trabajo diario remunerado y no remunerado (horas ocupadas regularmente en otro tipo de obligaciones no remuneradas), edad (adulto joven 18-44 años, adulto 45-64 años y mayor 65-82 años), sexo (hombre/mujer) y ámbito de residencia (urbano/rural). La información se obtuvo por entrevista personal. Las variables cuantitativas se describieron a través de la media acompañada de la desviación estándar ( $\bar{x} \pm DE$ ) y las cualitativas a través de porcentajes, siendo la prevalencia la medida de frecuencia. El análisis univariado se realizó a través de la ANOVA de un factor y el multivariado a través de la regresión logística ordinal. El nivel de significación aceptado fue de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Participaron 786 hipertensos con una edad de  $66,0 \pm 10,2$  años, el 53,9% (424) eran mujeres y el 68,3% (537) residía en el medio urbano. La intensidad de la AFTL fue de  $285,3$  m/día (IC95% 263,5-307,2); el 37,7% (296) realizaba un nivel de AFTL ligero, el 21,6% (170) moderado y el 40,7% (320) intenso. Realizaban  $6,6 \pm 2,4$  horas diarias de trabajo remunerado y  $3,6 \pm 1,8$  horas de trabajo no remunerado. Se observó un mayor nivel de AFTL a en aquellas personas que realizaban menos horas de trabajo remunerado y más horas del tipo no remunerado (tabla) especialmente en los adultos. La influencia positiva de las horas de trabajo no remunerado se constató en los adultos jóvenes y adultos, en las mujeres y en los residentes en ámbito rural. La contribución de la menor

Horas diarias de trabajo remunerado y no remunerado y nivel de actividad física en el tiempo libre

| Grupo        | Horas diarias de trabajo (X $\pm$ DE) |                       |                      |       | No remunerado       |                       |                      |       |
|--------------|---------------------------------------|-----------------------|----------------------|-------|---------------------|-----------------------|----------------------|-------|
|              | Remunerado                            |                       |                      |       | Nivel de AFTL       |                       |                      |       |
|              | Ligero<br>(n = 296)                   | Moderado<br>(n = 170) | Intenso<br>(n = 320) | p     | Ligero<br>(n = 296) | Moderado<br>(n = 170) | Intenso<br>(n = 320) | p     |
| Total        | 3,1 $\pm$ 4,2                         | 1,8 $\pm$ 3,4         | 1,7 $\pm$ 3,3        | 0,000 | 1,3 $\pm$ 3,1       | 1,4 $\pm$ 2,4         | 2,1 $\pm$ 2,8        | 0,000 |
| Adulto joven | 7,9 $\pm$ 3,7                         | 2,5 $\pm$ 3,5         | 5,5 $\pm$ 4,2        | NS    | 0,4 $\pm$ 1,2       | 5,5 $\pm$ 3,9         | 3,2 $\pm$ 2,6        | 0,001 |
| Adulto       | 6,0 $\pm$ 4,2                         | 4,5 $\pm$ 4,2         | 3,5 $\pm$ 4,2        | 0,000 | 1,1 $\pm$ 3,0       | 1,0 $\pm$ 2,2         | 2,4 $\pm$ 3,4        | 0,002 |
| Mayor        | 0,2 $\pm$ 0,9                         | 0,3 $\pm$ 1,4         | 0,6 $\pm$ 1,9        | 0,028 | 1,6 $\pm$ 3,3       | 1,5 $\pm$ 2,5         | 2,0 $\pm$ 2,4        | NS    |
| Mujeres      | 1,5 $\pm$ 3,0                         | 1,1 $\pm$ 2,5         | 1,2 $\pm$ 2,7        | NS    | 1,7 $\pm$ 3,3       | 2,0 $\pm$ 3,0         | 3,0 $\pm$ 3,2        | 0,001 |
| Hombres      | 5,0 $\pm$ 4,8                         | 2,6 $\pm$ 4,0         | 2,2 $\pm$ 3,9        | 0,000 | 0,9 $\pm$ 2,9       | 0,7 $\pm$ 1,5         | 1,3 $\pm$ 2,0        | NS    |
| Urbano       | 3,4 $\pm$ 4,4                         | 1,8 $\pm$ 3,4         | 1,3 $\pm$ 3,1        | 0,000 | 1,2 $\pm$ 2,9       | 1,1 $\pm$ 2,3         | 1,5 $\pm$ 2,5        | NS    |
| Rural        | 1,8 $\pm$ 3,5                         | 2,0 $\pm$ 3,3         | 2,2 $\pm$ 3,5        | NS    | 1,6 $\pm$ 3,6       | 2,2 $\pm$ 2,8         | 2,9 $\pm$ 3,0        | 0,011 |

realización de trabajo remunerado se observó en los adultos, los hombres y en el medio urbano. Una vez realizada la regresión logística mantuvieron la asociación la edad (adultos) y el ámbito de residencia.

**Conclusiones:** La realización de trabajo no remunerado mejora el nivel de AFTL en los hipertensos especialmente en la edad adulta y en el medio rural. Contribuye a ello la menor ocupación en el trabajo remunerado.

### 366. EJERCICIO FÍSICO Y SU RELACIÓN CON ÍNDICE DE MASA CORPORAL EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

C. García Reza, B.C. Sosa García, C. Pacheco Salas, V. Gómez Martínez, G. Solano Solano y E. Medina Romero

Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), Toluca, <sup>5</sup>UAEP, Pachuca.

**Objetivos:** Identificar la modificación del índice de masa corporal en personas con hipertensión arterial, en el Estado de México.

**Métodos:** Se trata de un estudio explorativo de abordaje cuantitativo, la muestra estuvo conformada por 35 hombres y mujeres. Se aplicó un programa de ejercicio físico aeróbico en un periodo de seis meses, se registraron periódicamente datos antropométricos y niveles de presión arterial antes y después del ejercicio físico. Se informó a cada persona las medidas de confidencialidad en el manejo de la información, se brindó información detallada sobre los objetivos y características de estudio. Se entregó un consentimiento informado solicitando su aprobación y firma para la participación siempre y cuando estuviera de acuerdo, para atender los aspectos éticos que garantizan el bienestar de la persona sujeta a investigación, según la Ley General de Salud, Título segundo, Capítulo I, Artículo 14. Para obtener la información se acudió a las personas con hipertensión arterial en agosto 2010, los días jueves a las 8:00 horas; con báscula, cinta métrica, baumanómetro y estetoscopio previamente calibrados.

**Resultados:** La edad promedio fue de 66 años, con una desviación estándar  $\pm 11,06$  años, el peso promedio fue de 67 kilogramos  $\pm 12,049$  Kg 97,1% fueron mujeres, casadas dedicadas al hogar. Con respecto a la escolaridad 57,1% de las personas concluyó la primaria y 34,3% son analfabetas. Al término el programa se consiguió una reducción de 2 Kg con respecto al peso promedio que y de 5 a 8 mmHg en las personas con hipertensión arterial.

**Conclusiones:** El índice de masa corporal es una herramienta para determinar el sobrepeso y obesidad y disminuir la hipertensión arterial.

### 367. PREVENCIÓN Y CONTROL DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES AFECTOS DE ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA EN ASISTENCIA PRIMARIA. EL PAPEL DE ENFERMERÍA

J. Roda Diestro<sup>1</sup>, P.A. Trigos Gimenez<sup>1</sup>, P.A. Oriol Torón<sup>1</sup>, T. Badía Farré<sup>1</sup>, H. Mejía Barrandica<sup>1</sup> y M.J. García Jordán<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ABS Docente Martorell Ciutat, Barcelona. <sup>2</sup>ABS Sant Andreu de la Barca, Barcelona.

**Introducción:** La aplicación del doppler y la determinación del índice tobillo-brazo (ITB) por parte del personal de enfermería, se confirma como un elemento de primer orden en el proceso de diagnóstico precoz de la enfermedad arterial periférica (EAP), y por tanto en la prevención de eventos cardiovasculares mayores, hoy por hoy, primera causa de muerte e invalidez en nuestro país. En este contexto, nos planteamos la realización de un estudio multidisciplinar, actualmente en vigor, que nos permita conocer, de primera mano, como manejamos el riesgo cardiovascular en estos pacientes.

**Objetivos:** Evaluar el manejo terapéutico realizado sobre pacientes con enfermedad arterial periférica (EAP) en un centro de Atención Primaria, y determinar el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) asociados, versus a los pacientes sin EAP.  
**Métodos:** Estudio: descriptivo, transversal. Ámbito: Área Básica de salud urbana. Sujetos: pacientes con, al menos, un factor de riesgo cardiovascular y diagnosticados de EAP. Muestra: N: 31 pacientes afectos de EAP, de los 107 individuos con  $1 \geq$  FRCV reclutados en tres consultas de medicina-enfermería de Atención Primaria entre abril 2010 y abril 2011. Variables: edad, género; diabetes (DM), tabaquismo, dislipemia (DLP), hipertensión arterial (HTA), obesidad; fármacos: antiagregantes, antihipertensivos, hipolipemiantes; control FRCV: HbA1c, PAS/PAD, LDL-col, tabaquismo. Análisis estadístico: proporciones en variables cualitativas, medias y dispersión en cuantitativas. Test  $\chi^2$  para comparar % pacientes bien controlados para FRCV según presenten o no EAP. Si no cumplen condiciones de aplicación se utiliza, corrección por continuidad o test exacto de Fisher. Se comparan medias de control FRCV mediante t Student-Fisher o U Mann-Whitney. Intervalos de Confianza 95%.

**Resultados:** Edad 71,81 (67,79-75,82); 67,74% (48,6-83,3) varones; DM: 54,8% (36-72,7); tabaquismo: 22,6% (9,59-41,1); DLP: 87,1% (70,2-96,4); HTA: 87,1 (70,2-96,4); obesidad: 74,2% (55,4-8,1); Control FRCV: HbA1c:  $7,16 \pm 1,17$ , buen control HbA1c 53%; colesterol total:  $190,8 \pm 61,14$ ; LDL col  $94,37 \pm 45,30$ , buen control LDL col: 50%; presión arterial sistólica (PAS):  $139,91 \pm 15,32$  en varones con EAP versus  $131,45 \pm 11$  en varones sin AP (p: 0,011); presión arterial diastólica (PAD):  $76,18 \pm 9,30$  en varones con EAP versus  $71,39 \pm 7,37$  en varones sin EAP (p: 0,009), buen control HTA: 32,1% en pacientes con EAP versus 52,9% en pacientes sin EAP (p: 0,063); IMC:  $30,32 \pm 4,79$ ; tabaquismo: 77,4% no fumadores; fármacos: antiagregantes 61,3% (76,2% AAS, 14,3% clopidogrel), anti-hipertensivos 87,1% (diuréticos 50%, IECAs 42,9%), hipolipemiantes 80,6% (estatinas 88,5%).

**Conclusiones:** Dislipemia, HTA y sobrepeso son los FRCV más prevalentes. Un 22,6% de los pacientes diagnosticados de EAP fuman. Un 32% de los pacientes diagnosticados de EAP presentan control óptimo de su HTA con valores promedios para PAS y PAD significativamente más altos que en pacientes sin EAP. La mitad de los pacientes dislipémicos y diabéticos mantienen un control subóptimo.

### 368. ELABORACIÓN DE UN PROGRAMA EDUCATIVO GRUPAL DIRIGIDO A LAS PERSONAS HIPERTENSAS Y FAMILIARES

R. Soriano Giménez, D. Estrada Reventós y C. Estruch Castellà  
Hospital Clínic, Barcelona.

**Introducción:** En un análisis de corte transversal realizado en el Hospital Clínic de Barcelona, dio como resultado una mayor prevalencia de ingresos de pacientes con enfermedades cardiovasculares, y el factor de riesgo más frecuente fue la hipertensión arterial, en un 40% de los episodios. En nuestra práctica diaria vemos como habitualmente estos pacientes tienen muy poca información sobre la hipertensión arterial, datos que obtuvimos en un estudio anterior. Es importante que la población hipertensa sea consciente de la importancia de este factor de riesgo, así como de los beneficios de un cambio en el estilo de vida y en un buen control de las cifras de presión, que en definitiva incidirán en una mayor cantidad y mejor calidad de vida.

**Objetivos:** Nuestro objetivo fue elaborar y poner en marcha un programa educativo grupal, dirigido a la formación del paciente hipertenso y su familia acerca de la hipertensión.

**Métodos:** Las etapas del programa fueron: 1. Diseño del programa educativo: se diseñó dos talleres en formato PowerPoint, el primero encaminado a elevar el nivel de conocimiento de los pa-

cientes hipertensos y familiares sobre la hipertensión, factores que influyen, estilos de vida saludables y tratamiento. El segundo encaminado a la automedida de la presión arterial ambulatoria y su correcta utilización. 2. Difusión del programa: se elaboró una hoja informativa, la cual es entregada a todos los pacientes que son visitados en la unidad de consultas extensa de hipertensión. También es repartida cada semana en distintos mostradores de otras consultas externas y en unidades de hospitalización. También se hace una difusión a través del correo o email. 3. Aplicación del programa: se inició el 21 de junio. La frecuencia y duración es de 1 sesión semanal (miércoles) de 10h a 12h, exceptuando el mes de agosto y diciembre. 4. Evaluación del programa: se pasa un cuestionario antes de iniciar el programa educativo y el mismo una vez finalizado. También se pasa un cuestionario de satisfacción al final.

**Resultados:** Se han realizado durante el año 2011, 21 sesiones grupales con una media de 4 pacientes y un total de 84. Un 62% son hombres. La edad varía entre 36 y 85 con una media de 68 años. Un 91% son pacientes hipertensos tratados con medicación, los 9% restantes son familiares. La procedencia de los pacientes ha sido 64% de la consulta de hipertensión, 6% digestivo, 6% cardiología, 6% familiares del personal de la casa, 6% conocidos de otros pacientes, 3% neumología, 3% neurología, 3% lípidos y 3% carta por correo/o Internet. Al final de los talleres se observa un aumento en el porcentaje de respuestas correctas que va del 30% al 83%. Al analizar las encuestas de satisfacción, encontramos que los asistentes considera la información que ha recibido muy buena (78%) o buena (22%), cree que le puede servir mucho (88%) o bastante (12%) para mejorar sus conocimientos sobre la hipertensión y cree que las recomendaciones dadas pueden servirle mucho (81%) o bastante (19%) para mejorar la toma de medicación y ayudarlo en la modificación de su estilo de vida. Después de la realización de los talleres, han manifestado que les sigue preocupando que sea una enfermedad para toda la vida, las subidas de las cifras de presión arterial, las consecuencias que le puede ocasionar a la larga y la medicación. Las sugerencias que nos han recomendado son ampliar la información con otros talleres o programas sobre alimentación y recetas. Reforzar la información con más talleres e ir dando consejos recordatorios. También consideran importante ampliar el horario por la tarde. Además consideran estos talleres de gran utilidad.

**Conclusiones:** Analizadas las encuestas observamos que el resultado es muy satisfactorio, ya que hemos conseguido que los pacientes aumenten su grado de conocimientos en relación a su hipertensión. Por lo tanto, dada la satisfacción mostrada por los asistentes y el reconocimiento de la importancia de los talleres grupales, creemos importante continuar realizándolos con el fin de que se puedan beneficiar el máximo de pacientes.

### 369. ANÁLISIS DEL ESTUDIO Y VALORACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS CON PATOLOGÍA DE SALUD CRÓNICA ADSCRITOS A LA ZONA BÁSICA DE SALUD DEL PUERTO

R. Barrios Cabrera<sup>1</sup>, I. Eugenio Barranco<sup>1</sup>, D.R. García González<sup>2</sup>, R. Quesada Perdomo<sup>3</sup>, A.M. Quintana Afonso<sup>1</sup>, D. Rodríguez Ibáñez<sup>1</sup> y R. Sánchez García<sup>4</sup>

<sup>1</sup>CS Puerto, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>CS Guanarteme, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>3</sup>CS Jinamar, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>4</sup>CS Alcaravaneras, Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos:** La evidencia científica publicada refiere una "triada" de factores de riesgo cardiovascular-hipertensión arterial (HTA), dislipemia (DLP) y diabetes mellitus (DM)- en un % elevado de personas mayores de 65 años. Sin embargo, el estudio previo de valoración de la población mayor de 65 años de patología de salud crónica adscritos a la Zona Básica de Salud (ZBS) Puerto muestra

que tan solo un 2,02% de éstos padecen las tres enfermedades. Este hecho, nos lleva a realizar un análisis cualitativo de las bases de datos utilizadas y facilitadas por la Gerencia de Atención Primaria de Salud de Gran Canaria (GAP), afrontando una línea de investigación diferente a la cuantitativa del estudio previo, pues los datos aportados por la GAP difieren en una cantidad considerable respecto de la población real censada en dicho centro.

**Métodos:** Estudio cualitativo a través de la anamnesis clínica, realizado en el período comprendido entre agosto del 2010 y abril del 2011. Se utiliza una base de datos Microsoft Excel donde cuantificamos las siguientes variables dependientes: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), deterioro cognitivo -Alzheimer, Parkinson, demencia senil- (DC), insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), insuficiencia renal severa (IRS), diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA) y obesidad. Y las variables dependientes: sexo y edad. Se cuantifica una población mayor de 65 años de 4.476 repartidas en quince cupos médicos.

**Resultados:** Las diferencias que se encuentran respecto a ambos estudios son: las patologías analizadas en el primer estudio son las siguientes: DM con un total de 1.112 pacientes; HTA con 2323; ICC con 106; IRS con 185; EPOC con 218; obesidad con 421; DC con 249. Las patologías halladas en el segundo estudio son las siguientes: DM con un total de 1397 pacientes; HTA con 2870; ICC con 400; IRS con 189; EPOC con 310; obesidad con 1023; DC con 234. En base a los datos reseñados, las diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,005$ ) encontradas entre ambos estudios son: obesidad, el nº ha aumentado en 602 usuarios; la segunda en importancia sería la HTA con una diferencia de 547 usuarios; la DM con una diferencia de 285; la ICC de 294; y por último, al analizar el DC, encontramos que hay una diferencia de 15 usuarios menos en el segundo estudio, que se explicaría con el número de defunciones acaecidas en el período del análisis, un total de 40.

**Conclusiones:** La extracción de datos que realiza la GAP en base a episodios de salud abiertos en historia clínica de salud, no se ajusta a la realidad, quedando demostrado que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la cartera de servicios y la anamnesis clínica. Este segundo estudio cualitativo muestra que la recogida de datos de las historias de salud del CS Puerto es poco rigurosa, y no utilizable a la hora de cuantificar el RCV.

### 370. TENSIÓN ARTERIAL EN CONSULTA FRENTE A AMPA. ¿UNA REALIDAD EN USO?

I. Eugenio Barranco<sup>1</sup>, D.R. García González<sup>2</sup>, A.M. Quintana Afonso<sup>1</sup> y D. Rodríguez Ibáñez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CS Puerto, Las Palmas de Gran Canaria. <sup>2</sup>CS Guanarteme, Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos:** La automonitorización de la presión arterial (AMPA) se ha situado en los últimos años como la herramienta de mayor importancia para el diagnóstico y control de la hipertensión arterial (HTA). Numerosos son los estudios que avalan esta herramienta como método de trabajo en las consultas de Enfermería de Atención Primaria de Salud en base al control de un factor de riesgo cardiovascular (RCV) tan importante y en donde la Enfermería juega un papel fundamental. Sin embargo, los estudios en curso, donde el estudio MAPAPRES pudiese mostrar los datos más significativos y cercanos a la realidad, nos muestran que no conseguimos los objetivos planteados, y si nos centramos en la población de Gran Canaria, no sólo no los alcanzamos, sino que la prevalencia de macroangiopatías secundarias a la HTA va en aumento. Con lo que una duda nos ocupa: existiendo una herramienta que nos muestra el control o descontrol de la HTA, ¿se está utilizando ésta en APS? ¿conocen los enfermeros de APS su correcto uso?

**Métodos:** Se realizó una revisión bibliográfica a través de las principales fuentes de salud (IBCES, CUIDEN, LILACS, CINAHL, ME-

DLINE y COCHRANE) utilizando como Descriptores de Salud (DeCS) los siguientes términos: 1. Presión Sanguínea/Blood Pressure, 2. Autoevaluación Diagnóstica/Diagnostic Self Evaluation, 3. Atención de Enfermería/Nursing Care y 4. Enfermería Primaria/Primary Nursing. Se estableció como límite a la búsqueda las publicaciones superiores a 10 años de antigüedad.

**Resultados:** Los resultados a esta búsqueda bibliográfica por fuente de datos es la siguiente: en IBCES no se hayó ningún artículo; tampoco en CINAHL; en LILACS se hayaron 45 artículos usando los DeCS 1. y 3., resultando útiles 3 de ellos; en CUIDEN se hayaron 8 artículos, siendo útiles 2 de ellos, al realizar la búsqueda con el DeCS 1.; en MEDLINE se encontraron 17 artículos -usando todos los DeCS-, resultando útiles 2 de ellos; y en COCHRANE se halló una revisión. Tras la lectura crítica de los artículos encontrados, y centrándonos en la revisión Cochrane de Liam G Glynn et al: "Intervenciones para mejorar el control de la Presión Arterial en pacientes hipertensos", se confirma que no existen datos estadísticamente significativos que muestren el uso de la AMPA como herramienta de control de la HTA en APS, siendo ésta, y este hecho si nos muestra una abundante evidencia científica en las investigaciones publicadas en el campo de la APS, una de las principales bazas en la lucha por el control de la HTA y la prevención del RCV.

**Conclusiones:** Tras lo expuesto, resulta patente la falta de evidencia científica en el uso de la AMPA en APS como herramienta de control de la HTA y prevención del RCV, a pesar del aumento de diagnósticos en este sentido. Con lo que, de esta revisión bibliográfica, se puede plantear una hipótesis de trabajo: conocer el nivel de conocimientos de los enfermeros del CS Puerto en relación con la AMPA.

### 371. RESULTADOS DE LA PRESIÓN BRAQUIAL, CENTRAL Y AUGMENTATION INDEX TRAS LA INTERVENCIÓN CLÍNICA EN EL PACIENTE HIPERTENSO

A. Barbero Pedraz, M.V. Laguna Calle, M. Ávila Sánchez-Torija y N. Martell Claros

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Introducción:** Las medidas de la presión braquial y la presión central difieren. Pero la relación de la presión central es más estrecha con la morbimortalidad cardiovascular que la presión braquial.

**Objetivos:** Comparar las variaciones de presión braquial, presión central y augmentation index tras intervención clínica, farmacológica y de cambios de estilo de vida, en pacientes vistos en la Unidad de HTA del H Clínico san Carlos.

**Métodos:** Se incluyen 136 pacientes, en los que se recogen datos antropométricos: edad, sexo, talla, peso, perímetro abdominal, índice de masa corporal (IMC) y datos epidemiológicos relacionados con el riesgo cardiovascular (RCV) en situación inicial (I) y tras 1 año de intervención clínica habitual (F). Se realizan 3 tomas de presión arterial braquial en situación de reposo siguiendo las directrices de la Sociedad Europea de Hipertensión del 2009. Y se considera válida la media de las 3. Se determina la presión central y el augmentation index por tonometría de la arteria radial con un Shymcor, modelo MM3.

**Resultados:** De los 136 pacientes 61 son varones (44,8%). La edad media es de  $59,9 \pm 12,3$  años. El tiempo de evolución de la HTA es de  $9,9 \pm 13,4$  años. El IMC (I) es de  $29,6 \pm 4,8$  Kg/m<sup>2</sup> y el IMC (F)  $29,1 \pm 5$  ( $p = ns$ ). La PAS braquial (I) es  $128,4 \pm 19,2$  mmHg y PAS braquial (F) es  $123,4 \pm 17,3$  mmHg ( $p \leq 0,01$ ). La PAD braquial (I) es  $75,2 \pm 1,2$  mmHg y la PAD braquial (F) es  $73,4 \pm 10,1$  mmHg ( $p \leq 0,05$ ). La PAS central (I) es  $117,9 \pm 18,9$  mmHg y la PAS central (F) es  $113,7 \pm 16,6$  mmHg ( $p \leq 0,05$ ). La PAD central (I) es  $74,9 \pm 14,2$  mmHg y la PAD central (F) es  $74,3 \pm 10,2$  ( $p = n.s$ ). El augmentation index (I) está elevado en 26 pacientes (19,1%) y el augmentation

index (F) en 15 pacientes (11,02%), lo que significa que el 34,6% de los pacientes han normalizado el AI.

**Conclusiones:** 1. En condiciones basales la PAS braquial es mayor que la PAS central. Sin embargo la PAD central y la braquial no se diferencian significativamente. 2. Tras la intervención clínica se reduce de forma significativa la PAS braquial y central, aunque continúan siendo menor las cifras de presión central. 3. La PAD braquial se reduce tras la intervención, pero la PAD central no se modifica. 4. El porcentaje de pacientes que tienen el augmentation index elevado se reduce tras la intervención clínica en el 34,6% de los pacientes.

### 372. PREVALENCIA DE HIPERTROFIA DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN CRITERIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS

M.D. Martínez Malabia<sup>1</sup>, A. Alonso Lorenzo<sup>2</sup>, D. Gómez Sáez<sup>2</sup>, M. Ayuso Cuesta<sup>3</sup>, L. Luna del Pozo<sup>1</sup> y A.I. Rabadán Velasco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CS Sillería, Toledo. <sup>2</sup>Gerencia AP, Guadalajara. <sup>3</sup>CS Buenavista, Toledo.

**Objetivos:** Conocer la prevalencia de hipertrofia de ventrículo izquierdo (HVI) en hipertensos.

**Métodos:** Estudio descriptivo y analítico de 207 pacientes crónicos en seguimiento en consulta de Enfermería de un Centro de Salud, entre los años 2009 y 2011. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), criterios electrocardiográficos para hipertrofia de ventrículos izquierdo Cornell y Sokolov, voltaje y duración por voltaje, frente a 16 criterios electrocardiográficos incluidos en el proyecto Electoprés.

**Resultados:** Se incluyeron 123 hipertensos (59,4%) con edad media  $70,8 \pm 11,3$  años, 61% mujeres. Las cifras medias de PAS fueron  $137,1 \pm 166$  y PAD  $76,2 \pm 10,3$  mmHg. IMC promedio  $30,4 \pm 4,8$ ; prevalencia de obesidad 50,8%. El 4,1% estaban diagnosticados previamente de HVI. Con criterios de Cornell y Sokolov, la prevalencia de HVI fue 12,3%, frente a un 48,4% con todos los criterios Electoprés. Al analizar simultáneamente la influencia de las cifras de PAS, PAD, años de hipertensión se encontró que las cifras más elevadas de PAS aumentaban la probabilidad de presentar HVI ( $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** Con criterios clásicos, Cornell y Sokolov, se obtuvo una prevalencia de HVI en algo más de uno de cada diez hipertensos. Los nuevos criterios suponen un aumento en la prevalencia de hipertensos con probabilidad de presentar HVI.

### 373. EXPERIENCIA EN TALLERES DE PREVENCIÓN DE RIEGO VASCULAR EN PACIENTES CON SOBREPESO EN ATENCIÓN PRIMARIA

A.B. Arrabal Téllez<sup>1</sup>, J. Martín Martínez<sup>2</sup>, F.J. Sánchez Navas<sup>1</sup>, M.C. Paloma Atencia<sup>1</sup>, M. Padial Ortiz<sup>1</sup>, A. Podadera Valenzuela<sup>1</sup>, G.L. Rivas Ruiz<sup>1</sup>, G. del Campo Cortijo<sup>2</sup> y S. Jurado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centro de Nerja, Málaga. <sup>2</sup>Hospital Carlos Haya, Málaga.

**Introducción:** Las enfermedades vasculares constituyen actualmente la primera causa de muerte en las llamadas sociedades industrializadas y son fuente importante de discapacidad, contribuyendo, en gran medida, al aumento de los costes de la asistencia sanitaria. La aparición de las enfermedades vasculares está estrechamente asociada con hábitos de vida inadecuados y factores de riesgo modificables. La intervención sobre dichos factores, y el cambio de hábitos, reduce la mortalidad y la morbilidad en individuos con o sin la enfermedad diagnosticada. Por ello, la prevención de la génesis, desarrollo y complicaciones de la enfermedad vascular es un objetivo de primer orden en la sociedad actual, en ello debe implicarse todo el mundo, desde autoridades e instituciones sanitarias, hasta el ciudadano de manera individual. Por todo esto

nosotros desde Atención Primaria hemos querido realizar talleres para Educar y Enseñar hábitos de vida saludables a pacientes con sobre peso.

**Métodos:** Nos reunimos el equipo multidisciplinar del centro: enfermeros, fisioterapeutas, matrona e incluso con dos enfermeros de la Unidad de Nefrología que estaban relacionados con la consulta de hipertensión arterial, para promover este taller. Se realizó un díptico informativo para los usuarios, los que estaban interesados se captaban a través de las consultas de Enfermería. El taller se planteó en 3 sesiones de 2 horas durante 3 semanas consecutivas. Los diferentes temas a tratar según las sesiones son: 1. Cambio de estilo de vida. Objetivos: valorar en qué estadio de motivación se encuentra el grupo del taller, -conocer la información e implicación que poseen los usuarios del sobrepeso como un factor de riesgo vascular, -introducir elementos motivacionales para el mantenimiento y pérdida de peso. 2. Consejos de alimentación saludables. Objetivos: que individualicen el plan de alimentación según necesidades nutritivas, metabólicas y de hábitos dietéticos, que combinen los diferentes alimentos en función del contenido de H.C., grasas y aporte de calorías totales, que integren el plan de alimentación al menú familiar. 3. Cesta de la compra y ejercicio. Objetivos: enseñar de forma real el tamaño de las raciones de los alimentos en crudo, confeccionar un menú entre todos los participantes, enseñar ejercicios físicos de mantenimiento y de relajación para la vida diaria.

**Conclusiones:** Aumentamos la motivación de nuestros usuarios a cambiar sus actitudes respecto a sus hábitos de vida para prevenir el riesgo vascular. Aumentamos el conocimiento en cuanto a dieta, elaboración de menús, cesta de la compra. Motivamos la incorporación de ejercicios saludables en su vida diaria.

### 374. ¿CRISIS HIPERTENSIVA O INCORRECTA TOMA TENSIONAL?

H. Sánchez Parejo<sup>1</sup>, M. Genís García<sup>1</sup>, A. Faure Gómez<sup>1</sup> y M. Parejo Martín<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CUAP Sant Martí, Barcelona. <sup>2</sup>CAP Magòria, Barcelona.

**Introducción:** La hipertensión arterial (HTA) es un proceso crónico que presenta una prevalencia de más del 25% en la población occidental adulta. Aproximadamente un 1-2% de los pacientes hipertensos desarrollarán una crisis hipertensiva (urgencia o emergencia) en algún momento de su vida. Las crisis hipertensivas constituyen un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias, con una clara tendencia al aumento de episodios en los últimos años. Ante el incremento de la incidencia de crisis hipertensivas en un centro de Urgencias de Atención Primaria y una Área Básica de Barcelona, iniciamos el estudio de todas aquellas visitas espontáneas demandadas por los usuarios expresando y refiriendo elevación de las cifras tensionales. El equipo de enfermería percibió que un gran número de visitas de urgencia etiquetadas como: Elevación de la tensión arterial, tras las tomas en consulta no se observaba valores tensionales elevados tal y como indicaban sus aparatos tensionales, registrados en farmacias o bien derivados por otros profesionales.

**Objetivos:** Principal: conocer los motivos de las incorrectas determinaciones tensionales, etiquetadas como crisis hipertensiva, en un Centro de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) y en las visitas espontáneas de un Centro de Atención Primaria de Barcelona, en el periodo comprendido entre 2010-2011. Secundarios: averiguar la efectividad de los cuidados e intervenciones de enfermería ante una incorrecta toma tensional.

**Métodos:** Nuestro estudio se ha llevado a cabo en el Área Básica de Salud de Magòria y el CUAP St. Martí de Barcelona. Valoración de las visitas que el motivo de la misma era elevación de la tensión arterial. Tras realizar una amplia anamnesis y descartar riesgo vi-

tal, todas las enfermeras del estudio aplicábamos la misma praxis consensuada con estudios y metodologías publicadas. Registramos el número total de visitas valoradas, atendidas y resueltas por enfermería sin ofrecer ningún hipotensor y evaluamos las visitas que fueron derivadas al médico por la no disminución de valores tensionales, requiriendo tratamiento farmacológico. Por último en una base de datos diferenciábamos la procedencia de la derivación de los usuarios.

**Resultados:** De un total de 85 personas etiquetadas de padecer una crisis hipertensiva o una elevación de la tensión arterial, tan sólo un 2% era realmente una crisis hipertensiva con necesidad de fármaco hipotensor y pruebas complementarias. Un 54% su origen era domiciliario, acudían tras observar en su aparato tensional valores elevados y las causas de la incorrecta valoración eran: Incorrecta toma tensional por diversas causas: Desconocimiento de correcta toma, aparatos no homologados o bien no calibrados (desconocimiento de mantenimiento). Un 32% procedían de farmacias cercanas a los centros de urgencias y de atención primaria y las posibles causas de la mala interpretación de los resultados fueron: causas ambientales: ruidos, farmacia con mucha gente, no reposo previo antes de la medida tensional, causas externas: no calibrado de aparato tensional, incorrecta toma tensional (posición del usuario, manguito por debajo del pliegue antecubital, no realización de varias tomas tensionales espaciadas entre ellas). Un 12% derivadas por otros especialistas donde predomina como causa principal de la incorrecta interpretación la incorrecta toma tensional. Un 2% fueron crisis hipertensivas con necesidad de medicación hipotensora.

**Conclusiones:** Ante los resultados obtenidos, el colectivo de enfermería ha de actuar en ampliar los conocimientos y habilidades de nuestra población con el fin de evitar malas interpretaciones, aumentar la independencia de su autocuidado, disminuir el nivel de ansiedad provocado por las cifras obtenidas y a su vez reducir el número de visitas espontáneas en los centros de atención primaria. Reforzar conocimientos y habilidades al resto de colectivos para evitar incorrectas determinaciones.

### 375. CONSEJO ENFERMERO DURANTE LA SEMANA SIN HUMO. PERFIL DEL FUMADOR

R. Ramos Ramos<sup>1</sup>, B. del Pino Casado<sup>1</sup>, A. Casado Lollano<sup>2</sup>, I. Fernández Berdasco<sup>1</sup>, C. Sanz Matesanz<sup>1</sup> y M.A. Bustamante López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CS Los Ángeles, Madrid. <sup>2</sup>CS Párroco Julio Morate, Madrid.

**Introducción:** El consejo breve antitabaco es la intervención más efectiva, eficiente y rentable que hoy en día se puede realizar para luchar contra la epidemia tabáquica. Ya desde el clásico estudio de RUSELL, se sabe que si se realizan 100 consejos a fumadores, se puede obtener una abstinencia de entre un 5 y un 10% al año. Mientras que el consejo realizado por médicos está ampliamente estudiado, el enfermero no.

**Objetivos:** Medir el efecto del consejo antitabaco, realizado por enfermeras, en fumadores captados durante la semana sin humo, en dos centros de salud del SERMAS, en las fases de precontemplación, contemplación y preparación, a los 6 meses y al año y específicamente en la comunicación describir el perfil del fumador captado.

**Métodos:** Estudio cuasi-experimental o post intervención. La población de estudio son los fumadores en fase de precontemplación, contemplación y preparación de dos centros de salud. La muestra serán los captados en los centros de salud durante la semana sin humo (23/5/11-31/5/11), por las enfermeras, en turno de mañana y tarde. El tamaño muestra, se realizará para conseguir una efectividad del 10%, para un estudio pos intervención, con una potencia del 80% y una precisión del 95%. Se necesitar unos 400 pacientes.



**Criterios de Inclusión:** Fumadores mayores de 14 años, durante la semana sin humo, en fase de precontemplación, contemplación y preparación. **Criterios de exclusión:** patología psiquiátrica grave, fumadores en fase de acción. **Captación:** se colocarán carteles por todo el centro de salud, sesión informativa a enfermería y por correo interno a todos los profesionales. Se colocó una mesa informativa y de captación, con una enfermería desde donde se derivaban a consulta de enfermería o se le daba el consejo directamente. Se realizaron en las semanas previas a la semana sin humo, dos sesiones de autoformación para capacitar en la realización del consejo breve. La intervención consistió en la valoración del fumador (conjunto mínimo de datos, consenso de la Sociedad Española de aparato respiratorio) y en función de ella la realización de un consejo antitabaco. **Variables:** edad, nivel cultural, paq/año pre y post intervención, fase del proceso de abandono pre y post intervención, n° de intentos, Fagerstrom, Richmond y abstinencia (6-12m).

**Resultados:** Se han captado 144 fumadores, su perfil es el de una mujer (54%) u hombre (44,4%) de mediana edad (media: 51,17 DE:  $\pm 14,66$ ), el porcentaje que trabaja (48%) es similar al que no (42%) (jubilados o parados), la mayor parte están casados (51%) y mayoritariamente han cursado estudios primarios básicos (41,7%). En cuanto al hábito tabaquito, su edad de mantenimiento del consumo de tabaco esta entorno a los 18 años (DE:  $\pm 6,5$ ), con una media de 23,69 paquetes/año y un consumo medio de cigarrillos diarios de 15,24. Un 54% tienen una dependencia física moderada-baja y un 37% alta o muy alta. En cuanto a la motivación para dejar el consumo prácticamente casi todos (91%) presenta una motivación moderada-baja y tan solo 0,7% alta. Y la mayor parte están en fase de precontemplación y contemplación y tan sólo un 8%, en preparación.

**Conclusiones:** A la vista de los resultados el fumador captado, es un fumador con alto grado de tabaquismo (por encima de 20 paquetes/año) y poco motivado, hecho que se confirma con la fase de abandono en la que se encuentra (pre y contemplación), con nivel cultural medio-bajo y con alto grado de desocupación, bien por ser jubilado, prejubilado o estar en paro. Todas estas características están asociadas a un fumador con menos probabilidades de dejar el hábito.

### 376. HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE EN LA ADOLESCENCIA. ¡SÍ, GRACIAS!

C. Herrero Gil<sup>1</sup>, M. Roda Ribera<sup>1</sup>, M. López Ibáñez<sup>2</sup>, B. Blasco Pérez<sup>3</sup>, E. Segarra Marí<sup>4</sup> y J. Mínguez Platero<sup>5</sup>

<sup>1</sup>CS Corea, Gandía. <sup>2</sup>CS Carlet, Valencia. <sup>3</sup>Hospital Elx-Vinalopó, Alicante. <sup>4</sup>CS Cullera, Valencia. <sup>5</sup>Hospital de la Ribera, Alzira.

**Introducción:** La infancia y la adolescencia son etapas fundamentales en la adquisición y desarrollo de hábitos y pautas alimentarias que condicionan el estado nutricional en etapas posteriores de la vida. Si estos hábitos son adecuados contribuirán a garantizar la salud en la edad adulta. Es muy importante que el niño aprenda a comer de forma saludable, tanto para conseguir un desarrollo físico y psíquico óptimo, como para evitar posibles factores de riesgo de determinadas patologías propias de los adultos a largo plazo, y de gran importancia desde el punto de vista sanitario, como es el nivel de sobrepeso y la obesidad. También hemos de tener en cuenta, que durante la edad escolar los factores que influyen en la conducta alimentaria no sólo van a depender de la familia, sino que también van a depender del medio escolar, de sus compañeros y amigos, de la publicidad, especialmente la televisiva. Muchos de los estudios epidemiológicos muestran que aunque en ocasiones la población está informada y conoce los conceptos básicos de una dieta saludable, los beneficios que aportan la realización de actividad física y la inconveniencia del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, ello no se traduce en una puesta en práctica de

los conceptos aprendidos. Los datos publicados en la bibliografía indican que los niños y sobre todo los adolescentes no siguen las recomendaciones de una correcta nutrición y actividad física. Esto demuestra la continua necesidad de iniciativas de Educación para la Salud (EpS) para promover estilos de vida saludables. El medio escolar, junto al familiar, son los ámbitos educativos de mayor influencia, por tanto la instauración de programas escolares de EpS sería el método idóneo para iniciar y/o consolidar la adhesión psicoafectiva a unas buenas prácticas alimentarias y a estilos de vida saludable.

**Objetivos:** El objetivo de este estudio es conocer los hábitos alimentarios, de descanso, de ocio y de consumo de sustancias adictivas de la población preadolescente (14 años) de la Zona Básica de Salud (ZBS) n° 3 del Departamento de Salud de Gandía, así como relacionar dichos hábitos con el sexo, tipo de colegio y la presencia o no de enfermería escolar en el centro educativo.

**Métodos:** Se trata de un estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico, sobre los hábitos alimentarios, descanso, ejercicio, ocio y hábitos tóxicos de la población de 2° de ESO (13-14 años), en total 460 alumnos, de la ZBS n° 3 del Departamento de Salud de Gandía. La recogida de datos se realizó a través de una encuesta de confección propia, auto administrada, de carácter anónimo y voluntario, dentro del horario lectivo y a los alumnos presentes en ese momento. Se ha procedido a realizar un análisis descriptivo de las diferentes variables. Las variables cuantitativas fueron descritas con media y desviación estándar, las variables cualitativas fueron descritas con frecuencias y porcentajes, para cada una de sus categorías. La significación estadística de la diferencia entre porcentajes se ha estimado mediante la prueba de  $\chi^2$ . Se consideran estadísticamente significativos los valores de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se recogieron 443 (96,30% del total de los alumnos) encuestas, que se dividieron de la siguiente manera, 80 (18,05%) procedentes de colegios concertados laicos, 149 (33,63%) recogidas en los colegios concertados religiosos y 214 (48,32%) procedentes de IES. En el colegio Carmelites, que posee enfermería escolar se recogieron 51 encuestas. Con respecto al sexo, podemos apreciar que 228 (53,40%) son chicos y 149 (46,60%) son chicas. El 20,33% de la muestra dice no desayunar antes de salir de casa, el 9,24% no almuerza a mitad mañana. En el colegio con enfermería escolar los que declaran que no desayunan son un 20%, frente a un 27% del colegio sin enfermería y el 25% del IES. En cambio no almuerzan a media mañana en el IES el 14% de los alumnos, frente al 2% del colegio con enfermería escolar. Es importante señalar que el 13% de los alumnos del IES dicen no cenar. Hay que destacar que solo el 0,44% de los chicos dice estar obeso, mientras que las chicas dicen estar obesas en el 7,65% de los casos. A la siguiente pregunta, "Si sigues algún régimen alimenticio ¿por qué motivo?", 57,89% lo hace por motivos de estética, 35,10% por deporte y tan sólo 7,01% lo hace por motivos de salud. En el colegio con enfermería escolar sólo el 14% sigue algún tipo de régimen, frente al 23% del colegio sin enfermería escolar y el 34% del IES. A la pregunta "¿Realizas ejercicio en el tiempo libre?", el 46,68% de la muestra lo hace de manera regular, 38,45% lo hace ocasionalmente y el 14,87% nunca hace ejercicio. Con respecto a las horas dedicadas a ver la TV, DVD o video, de lunes a viernes hay diferencias significativas ( $p = 0,000$ ), siguen siendo los alumnos del IES con un 57% los que declaran que ven la TV, DVD o video más de 3 horas, frente al 19% del colegio sin enfermería escolar y el 25% del colegio con enfermería escolar. Al observar la línea de sábado y domingo, no hay diferencia significativa ( $p = 0,802$ ), siguen siendo los alumnos del IES los que más horas ven la TV, DVD o video, el 63% dice estar más de 3 horas, pero seguidos de cerca por el colegio sin enfermería escolar (56%) y el colegio con enfermería escolar (57%). Con respecto al consumo de alcohol, destacar que el 43,30% de la muestra ha consumido alcohol alguna vez, el 20,50% de la muestra dice haber fumado alguna vez y el 10,80% lo ha consumido alguna vez cannabis. El 69% del total de la muestra toma leche a diario, se puede constatar que el

41% de la muestra toma cualquier tipo de carne, más de 3 veces a la semana, el 77% de los jóvenes manifiestan consumir pescado 2 o menos veces a la semana, solo el 36% de la muestra consume fruta a diario, las legumbres son consumidas 3 o más veces a la semana por el 16% de los adolescentes. Los refrescos son consumidos de manera diaria en un 26% de la muestra, también destacar que el 20% de la muestra come a diario snacks.

**Conclusiones:** Después de haber analizado los resultados obtenidos en este trabajo, creo que es muy importante que existan más investigaciones sobre hábitos de vida saludable en la población infantil y juvenil, que nos permita conocer la realidad de nuestra propia población para evaluar deficiencias, mejorar, equilibrar e incorporar hábitos de vida saludable. Los resultados aquí expuestos ponen de manifiesto que es necesario el trabajo coordinado de padres, educadores y profesionales de la salud, con la intención de promover conductas generadoras de salud y prevenir conductas no saludables. En las experiencias consultadas en la bibliografía, existe un personal sanitario adscrito a estos programas, que actúan como agentes educadores en el ámbito escolar, incrementando la interacción entre profesores, padres y alumnos. Sinceramente creo que la existencia de una Enfermería Comunitaria perfectamente consolidada en Atención Primaria, a pesar de la falta de desarrollo en algunos aspectos como el del abordaje en la escuela, y el momento actual de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria parecen, en principio, justificar la presencia de la figura de la Enfermería Escolar en todos los colegios.

### 377. CUANDO LA DIFERENCIA SÍ IMPORTA

J.J. López Hernández<sup>1</sup>, M.M. Martínez González<sup>1</sup>,  
M.I. Armentia González<sup>2</sup>, M. Delgado Benito<sup>1</sup>, E. Marcos García<sup>1</sup>,  
C. Céliz Villacorta<sup>1</sup> y E. Izaguirre Palazuelos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CS Pisuëña-Cayón, Sarón. <sup>2</sup>CS La Vega-Zapatón, Torrelavega.

**Objetivos:** La diferencia de presión arterial entre los dos brazos, se ha reportado desde hace más de 100 años. Sin embargo el conocimiento de su prevalencia y relevancia es todavía desconocido. Las Guías actuales no hacen énfasis en este tema, solamente recomiendan, que al inicio del diagnóstico se tome la presión arterial en los 2 brazos, y si hay diferencias, se tome siempre en el brazo con cifras más altas. Se sabe que la diferencia de presión entre brazos está presente en enfermedades con alteraciones anatómicas, como estenosis de subclavia, coartación de aorta, o arteriopatía periférica, sin embargo, en pacientes “aparentemente sanos”, se han observado diferencias significativas: 1) Determinar prevalencia de diferencia entre los 2 brazos en una muestra de hipertensos en tratamiento atendidos en A. Primaria, utilizando una técnica de medida simultánea en ambos brazos. 2) Determinar el índice tobillo-brazo (ITB), en una muestra de diabéticos utilizando un sistema automático. 3) Determinar si existe relación entre diferencias de presión en ambos brazos y alteración de ITB en una muestra de diabéticos.

**Métodos:** Se incluyeron en el estudio 236 pacientes atendidos en un centro de salud rural, con el diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), que recibían tratamiento. El 29,6% eran diabéticos. Medición de la presión arterial: todos los pacientes, se encontraban sentados, sin hablar, después de haber reposado como mínimo 5 minutos. Se tomó la TA simultáneamente en los 2 brazos con un aparato automático “WATCH BP OFFICCE. Microlife ABI”, que determina diferencias entre los 2 brazos, haciendo 3 mediciones separadas 1 minuto cada una, y realizando el mismo dispositivo una media de las 3 TA en cada brazo, el dispositivo puede usarse cuando el paciente presenta fibrilación auricular. El mismo aparato determina de modo automático el ITB. Al paciente se le dejó solo en la consulta mientras se realizaba la medición. Siempre se hizo por el mismo enfermero en todos los pacientes. En los pacientes diabéti-

cos se realizó después de la medición de la TA un ITB. Se analizaron: sexo, edad, IMC, tratamientos antihipertensivo., anticoagulantes o vasodilatadores, y hemoglobina glucosilada en la muestra de diabéticos.

**Resultados:** Se estudiaron 236 pacientes, 56% mujeres, el 44% con un IMC > 30, 81% mayores de 65 años. La diferencia entre brazos de TA sistólica > 10 mmHg, fue de 3,8% (p = 0,083) y 5% para la diastólica. El brazo con mas diferencias de presión fue el derecho (sistólica 12% vs 8,5% izdo). En cuanto a la diastólica, la diferencia fue mayor en hombres 7,8% vs 3% (p = 0,092), lo mismo ocurrió con la edad, a mayor edad, mayor diferencia 6,5% > de 75 años vs 4,5%. En cuanto a los tratamientos, el 10% estaban en tratamiento dietético solamente, 34% con 1 fármaco, 46% con 2 y 11% con 3 o más fármacos. El 77% de los diabéticos tenían hemoglobina glucosilada < 7,4%. En el grupo diabético se encontró diferencia > 10 mmHg en sistólica 8,6% vs 1,8% (p = 0,003)\*, pero no así en la diastólica. Se realizaron 60 (ITB) en los diabéticos, siendo patológicos el 37,5%, así mismo los diabéticos con ITB patológico tenían más diferencias entre brazos tanto para sistólica como diastólica.

**Conclusiones:** En este estudio encontramos que la prevalencia de las diferencias entre los 2 brazos, es más bajo que en otros estudios lo que podría deberse a la metodología, ya que hasta ahora no se disponía de aparatos simultáneos, de gran fiabilidad como el utilizado en nuestras mediciones. De nuestro estudio, se deduce que en los pacientes diabéticos, debe de tomarse la TA en los 2 brazos, ya que en esta población fue relevante la diferencia, y además aquellos pacientes con más afectación vascular tenían diferencias más acusadas. Por lo tanto la toma de TA con dispositivos de medición simultánea debería aconsejarse a todos los pacientes, ya que la diferencias entre brazos puede tener importancia clínica en términos de diagnóstico y tratamiento.

### 378. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA A LARGO PLAZO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA EN HÁBITOS HIGIÉNICO-DIETÉTICOS EN PACIENTES HIPERTENSOS

M.V. Laguna Calle, N. Martell Claros y A. Barbero Pedraz

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** La educación sanitaria de forma continuada e individualizada, podría ser una buena herramienta eficaz para mantener los cambios de conducta en el estilo de vida en los pacientes con riesgo cardiovascular.

**Objetivos:** Estudiar si la educación sanitaria realizada desde la consulta de enfermería de una unidad de hipertensión arterial hospitalaria consigue la independencia del paciente en la adquisición de conductas cardiosaludables a largo plazo.

**Métodos:** Se incluyeron 40 pacientes con riesgo cardiovascular elevado que se valora tras doce meses de intervención. Se realizaron tres tomas de PA siguiendo la guía de la Sociedad Europea de HTA 2009 y con aparatos validados. Se realiza una encuesta nutricional (Nutriled de Cardiorisc) y se procede a una intervención individualizada a través de la metodología de planes de cuidados estandarizados, se valoran los datos para llegar al diagnóstico de enfermería. Se pautan actividades sobre el manejo de la alimentación y abandono del sedentarismo, se entregan folletos escritos con gráficos al paciente. Se describe la experiencia en 12 meses.

**Resultados:** Han participado 40 pacientes que acuden a consulta de enfermería en la Unidad de HTA. El tiempo de intervención lo dividimos en dos periodos el primero de aprendizaje (5 visitas- 4 meses) y el segundo de seguimiento (4 visitas- 8 meses). El 60% eran varones con una edad comprendida entre 52,7 años ± 15 años (rango 17-76 años). Reconocían ser fumadores 17,5%. Respecto a los AP de los pacientes, el 25% eran diabéticos, el 81,5% dislipémicos, y el 55% presentaban síndrome metabólico. Tenían lesión de

órgano diana el 37,5% y enfermedad cardiovascular precoz 5%. El 75% referían antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz. Respecto al tratamiento farmacológico, un 2,5% no lo recibía, en monoterapia 27,5%, en biterapia el 25%, y con triple terapia 45%. El IMC varía del  $33,5 \pm 4,8$  Kg/m<sup>2</sup> al  $30,7 \pm 4,2$  Kg/m<sup>2</sup> ( $p \leq 0,05$ ) con una pérdida media de peso de  $8,1$  Kg/m<sup>2</sup>. El perímetro de cintura se redujo de  $106,8$  cm  $\pm$   $12,5$  cm a  $99,4$  cm  $\pm$   $9,2$  cm ( $p \leq 0,05$ ) que corresponde a una reducción de  $7,4$  cm. La presión arterial sistólica inicial fue de  $129,6 \pm 18,6$  mmHg llegando a  $123,7 \pm 4,9$  mmHg ( $p \leq 0,05$ ) y la presión arterial diastólica de  $80 \pm 2,8$  mmHg disminuyó a  $75,6 \pm 12,7$  mmHg ( $p \leq 0,05$ ). Realizaban e. físico antes de llegar a la consulta 32,5% y después de 1 año un 60% ( $p \leq 0,05$ ).

**Conclusiones:** Las modificaciones de conducta se han mantenido a largo plazo utilizando el método individualizado de intervención en planes de cuidados y el paciente ha adquirido el manejo para aplicar cuidados y conductas cardiosaludables de forma independiente. Esto se refleja en que tras 12 meses los pacientes continúan con pérdidas de peso, más de la mitad ha introducido e. físico en su actividad diaria y han obtenido reducciones significativas de presión arterial.

### 379. PREVALENCIA DEL SÍNDROME METABÓLICO EN UN PROGRAMA DE DIÁLISIS PERITONEAL

F. Cirera Segura y J. Martín Espejo

*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Objetivos:** En diálisis peritoneal (DP) el estudio del síndrome metabólico (SM) tiene especial relevancia debido a las alteraciones metabólicas producidas por la sobrecarga de glucosa que inducen los líquidos de diálisis. Los objetivos que nos planteamos fueron: determinar la prevalencia del SM al inicio del programa de DP y ver su evolución al año, valorar la influencia del SM sobre la mortalidad en nuestros pacientes y revisar las intervenciones de Enfermería destinadas a prevenir la instauración del SM.

**Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de 5 años de evolución. La muestra estuvo compuesta por 53 pacientes. Se recogieron variables demográficas, analíticas y relacionadas con la DP al inicio y al año de permanencia en el programa. El análisis se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19.0, y el nivel de significación fue  $p < 0,05$ .

**Resultados:** La muestra la compusieron 28 hombres y 25 mujeres, con una edad media de  $62,02 \pm 15,33$  años. El 66% estaban en DP continua ambulatoria y 34% en DP automática. El tiempo medio en DP fue  $28,02 \pm 12,88$  (12-55) meses. El peso medio fue  $71,13 \pm 13,49$  Kg, y el IMC,  $27,13$ . Presentaron hipertensión 39 pacientes al inicio del estudio. Las determinaciones analíticas no presentaron ninguna anormalidad. Analizamos cada factor que describen el SM de forma individual al inicio y al año del programa en DP y no difirieron, salvo la glucemia ( $p = 0,012$ ). Se estudiaron los pacientes con diagnóstico establecido de SM, que aumentaron aunque sin significación ( $p = 0,18$ ). Destacar también que los únicos factores que se mantuvieron o mejoraron fueron los correspondientes al IMC (mantenido en el 24,5%) y la hipertensión arterial que pasó de un 76,3% al 66%. El 28,3% de los pacientes era diabético antes de iniciar DP y la etiología de la ERC fue una nefropatía diabética en el 53,3% ( $n = 9$ ) de los casos. Al año, el porcentaje de pacientes con una glucemia superior a 100 mg/dL aumentó de forma significativa al 32,1% ( $n = 17$ ), ( $p = 0,012$ ). 33 pacientes (62,3%) presentaron un IMC superior a 25 Kg/m<sup>2</sup>. Al año, no se encontraron diferencias significativas en el IMC. Sin embargo, sí hallamos significación cuando analizamos el peso al inicio ( $71,13 \pm 13,49$ ) y al año en DP ( $74,07 \pm 14,41$ ) con  $p < 0,001$ . El aumento de peso medio de cada paciente fue de  $2,94 \pm 3,71$  Kg. El 68,5% de los pacientes presentó hipercolesterolemia, 22,6% hipertrigliceridemia e hipertipemia

combinada el 25%. El 32,1% presentó bajos niveles de colesterol HDL. De ellos 64,2% estaban en tratamiento con estatinas y ninguno tomaba omega 3. El resto estaba en tratamiento dietético. La hipertrigliceridemia aumentó al año al 32,1%, mientras que disminuyó al 30,02% los pacientes que presentaron niveles bajos de colesterol HDL. Ninguno fue significación. Sobre la hipertensión arterial, al inicio del programa la presentaron 39 pacientes (73,6%) y al año 35 pacientes (66%) sin significación ( $p = 0,454$ ). Aumentaron los pacientes que presentaron 4 y 5 factores de riesgo a costa del grupo de aquellos que presentaban 3 al inicio aunque no hemos encontrado significación ( $p = 0,213$ ) para afirmar que con el tiempo aumentan el número de factores que presentan los pacientes. La supervivencia de los pacientes con SM fue de 45,2 meses (IC (95%) 42,09-52,67) frente a 47,38 meses (36,56-53,85) en aquellos que no lo padecían. No hubo diferencia significativa ( $p = 0,990$ ).

**Conclusiones:** En nuestra unidad tenemos un elevado porcentaje de pacientes diagnosticados o con riesgo de padecer SM y esta situación parece aumentar al año de DP. Los pacientes con SM al comienzo del estudio tuvieron una supervivencia menor que el resto de la población estudiada, aunque ser significativa. Puede deberse al tamaño muestral y a que los FRCV aumentan la mortalidad a medio-largo plazo. Debemos evaluar y corregir los diagnósticos de Enfermería definidos así como las intervenciones que proponemos, ya que es posible disminuir prevalencia del SM en nuestra población.

### 380. RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, ICODextrina Y DIÁLISIS PERITONEAL

J.L. Martín Espejo, F.C. Segura, F.B. Martín y L.S. Junco

*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Objetivos:** Una de las funciones de Enfermería es la educación del paciente, especialmente en diálisis peritoneal (DP). La educación no debe limitarse a la técnica sino que debe abarcar todo lo concerniente al paciente dentro del proceso de su enfermedad. En definitiva, sobre todas las medidas que puedan mejorar la CV y prevenir los FRCV. Una medida a considerar pudiera ser el uso de icodextrina (ICO) ya que presenta una serie de características que pueden disminuir la aparición de algunos FRCV. Nos planteamos como objetivos de este trabajo: valorar los FRCV que presentan nuestros pacientes al inicio del programa de DP; valorar la mortalidad en base al uso o no de icodextrina.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 5 años de evolución, con una muestra de 54 pacientes. Se recogieron las variables de la historia clínica digital con la que trabajamos, al inicio y salida del programa de D.P. o cierre del estudio: demográficas, comorbilidad, FRCV, datos analíticos y otras variables. El análisis se realizó con el IBM S.P.S.S. Statistics 19.0.

**Resultados:** La muestra la compusieron 54 pacientes, 28 H y 26 M, con una edad media  $62,31$  años. El 67% estaban en DPCA y 33% en DPA. El tiempo medio en DP fue de 28 meses. El 1,9% de los pacientes se clasificó como bajo transportador, 25,9% medio-bajo, 59,3% medio-alto y 13% alto transportador. Para describir la muestra y estudiar la mortalidad de los pacientes en base a la posible influencia de la ICO, se establecieron dos grupos, sin diferencias entre ellos. Se recogieron los FRCV y la comorbilidad vascular al inicio de DP, y se analizaron sin significación estadística. Destacar el gran número de eventos cardiovasculares previos al inicio de tratamiento 31,5% y la elevada comorbilidad cardiovascular en ambos grupos. Dentro de los FRCV, reseñar que la hipercolesterolemia se presentó en el 64% y la HTA en un 74% de los pacientes. La anemia se presentó en un 41% de los pacientes, a pesar del 90% tratados con EPO. Sobre el tabaquismo, que al inicio se presentó en el 40,4% de los pacientes, al final sólo fue del 9,3%. Del 51,9% de pacientes sedentarios, pasamos a un 56,6%. Al analizar la supervivencia,

2 exitus tuvieron lugar en el grupo que utilizó ICO, cuyo tiempo medio de supervivencia fue de 51 meses (IC (95%) = 45,55-56,08 meses) y 6 eventos en el grupo que no la usó. La supervivencia media de este último grupo fue de 44 meses (IC (95%) = 37,9-49,92 meses). Sin significación  $p = 0,285$ . Cuando analizamos mediante modelo de regresión de Cox el uso de ICO, encontramos que una tendencia protectora sobre la mortalidad de origen cardiovascular (HR = 0,429; IC (95%) = 0,086-2,139;  $p = 0,302$ ), sin significación estadística.

**Conclusiones:** La ERC constituye un problema de salud pública por su elevada incidencia, prevalencia, morbimortalidad y coste. La enfermería nefrológica debe conocer esta realidad e incluir la valoración de los FRCV en su rutina habitual de trabajo, para actuar sobre aquellos aspectos que puedan mejorar o retrasar, su

aparición en la ERC. Estos datos corroboran la necesidad de abordar por parte Enfermería a través de diagnósticos enfermeros los cuidados e información necesarios para la corrección de la dieta, la actividad física, abandonar hábitos nocivos, etc. para evitar los FRCV. Al inicio de DP los pacientes mantenían la diuresis, lo que influyó positivamente en la adecuación de la diálisis. Esta situación no suele mantenerse, por lo que Enfermería debe conocer alternativas, como el uso de ICO o líquidos de composición más fisiológica. Como conclusión, en nuestro trabajo los pacientes que iniciaron DP ya tienen un elevado número de FRCV. Es función de Enfermería actuar sobre ellos para evitar la principal causa de morbimortalidad de los pacientes con ERC. Es necesario que se realicen estudios más amplios sobre la repercusión del uso de ICO sobre la mortalidad cardiovascular de los pacientes en DP.