

sanitario. Prevención: profesionales A. Primaria los más implicados. Estrategias preventivas: detección precoz, guías, Educación para la salud (EPS)... Día Europeo Prevención RCV y Semana Salud del Municipio, nuestro centro participó con actividades/intervenciones cuidados cardiovasculares (abordaje global factores riesgos), con enfoque promoción salud/establecimiento colaboración instituciones sociosanitarias (Ayuntamiento-A. especializada).

**Objetivos:** Captar, concienciar, informar, motivar población: estilos vida, prevención, control enfermedades cardio-cerebrovasculares, identificar riesgos. Promover hábitos/vida saludable (población nuestro municipio) participando/colaborando en actividades comunitarias (Ayto-Municipio/A. Especializada). Educar en salud: fomentar salud comunitaria. Aclarar dudas. Conocer factores prevalentes RCV y determinar Score. Fomentar la importancia de acudir a consulta enfermería comunitaria regularmente.

**Desarrollo:** Actividades/intervenciones EpS: Día Europeo Prevención RCV, Semana Salud Municipio, estableciendo colaboración con instituciones socio-sanitarias. Población (40-65 años), captación prevista: 70. Carteles informativos/actividades. Folletos informativos/recomendaciones: estilos vida saludable. Consejos/recomendaciones hábitos cardiosaludables: consultas medicina/enfermería, centro comunitario (Ayto-AE). Hojas/registro: %RCV, factores prevalentes (edad, sexo, tabaco, hipertensión, obesidad, diabetes, p. abdominal, otros factores). Sala proyección: presentación informativa-educativa. Taller educativo. Determinación: glucemia, colesterol, T.A., peso/talla, IMC, p. abdominal. Cálculo/Registro RCV (SCORE riesgo bajo). Aclarar dudas. Fomento/recomendación: importancia acudir a consulta enfermería comunitaria regularmente.

**Resultados:** Día RCV: C. Salud enfermería/medicina: información, consejos, recomendaciones, entrega documentación informativa, cálculo de RCV (Score riesgo bajo). Proyección presentación/taller educativo. Cálculo/registro RCV. Semana Salud: centro comunitario (Ayto-AE): Taller/proyección-presentación educativa, determinación: glucemia, colesterol, T.A., peso, talla, IMC, p. abdominal. Cálculo/Registro RCV (Score riesgo bajo). Entrega folletos informativos -consejos/recomendaciones- y datos determinaciones (glucemia, colesterol, peso,...). Fomento/recomendación acudir a consulta enfermería comunitaria regularmente. Intervenciones (NIC): EpS/asesoramiento (5510-5240), fomento salud comunidad/hábitos saludables (8500), asesoramiento nutricional (5246), fomento actividad/ejercicio (0200), prevención sustancias nocivas (4500), identificación riesgos (6610). Análisis situación sanitaria/sangre capilar (6520-4035), enseñanza grupo (5604). Captación: 130 personas: 79 mujeres, 51 hombres (54,54 años/media). Score medio: 1,4% (0%-7%). Fumador (20%). HTA (46,15%). DM (20,77%). Colesterolemia (37,70%). Obesidad (30,77%). P. abdominal elevado (46,92%)

**Conclusiones:** Objetivos cumplidos. Superado captación prevista de personas interesadas en conocer factores de riesgo cardiovascular, estilo vida, hábitos saludables. Elevado % (HTA, obesidad abdominal). En futuro inmediato: seguimientos/citas concertadas, planes de cuidados adecuados/personalizados. Claves fundamentales: detección precoz, seguimientos, intervención comunitaria, EpS: adecuada, estructurada, oral/escrita, personalizada/grupal.

## Enfermería

### 322. UNA RESPONSABILIDAD CONJUNTA DE LOS EQUIPOS DE SALUD: RIESGOS Y CUIDADOS CARDIOVASCULARES

E. Tornay Muñoz, E. Fernández Escalada, J. Merino Lorente, Y. Rodríguez López, J. Cano Carrascosa, M. Prieto Marcos y M.Y. Alcacera Mayayo

CS Juncal, Área Este, Torrejón de Ardoz.

**Presentación:** Enfermedad cardio-cerebrovascular importante causa: muerte prematura, invalidez. Contribuye: aumento coste

### 323. CAMPAÑA ANTI-TABACO Y CRAVING

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

<sup>1</sup>CS Xativa. <sup>2</sup>CS Meliana.

**Objetivos:** Se presenta y referencia el seguimiento a los 6 y 12 meses, de una campaña institucional inicial de 3 meses contra el tabaquismo activo, realizada hacia la población fumadora inscrita voluntariamente en un programa de deshabituación tabáquica

por parte del equipo de Atención Primaria en un centro de salud, y, con apoyo inicial de las partes implicadas oficialmente (Dirección Gerente del Departamento de Salud Xàtiva-Ontinyent, Conselleria de Sanidad, Ayuntamiento y Empresa privada), siendo el propósito del estudio ofrecer los resultados obtenidos en la Consulta de Enfermería a los 6 y 12 meses de inicio de la campaña.

**Métodos:** Siendo reconocido en diversos estudios nacionales y avalados en congresos y jornadas relacionadas con el tabaquismo que las recaídas o craving, término avalado en lengua inglesa, que en el proceso de dejar de fumar forma parte de la alta prevalencia de las recaídas, y habiéndose realizado un estudio inicial de tres meses sobre fumadores en fase de abandono con terapias sustitutivas donde se habían obtenido resultados positivos a los tres meses del tratamiento antitabaco (abril-junio 2011) en el grupo a estudio de un 65% con tratamiento farmacológico y un 8% con terapia conductual (49 usuarios). La campaña inicial se interrumpe por circunstancias institucionales con la consecuencia del seguimiento no efectivo y real sobre el grupo a estudio inicial de los tres primeros meses, por lo que se plantea un seguimiento telefónico y a demanda del grupo con la intención de mantener la actitud y concepto del estatus de no fumador a los 6 y 12 meses de control fuera de campaña institucional.

**Resultados:** A los 3 meses de campaña activa se observan datos que reflejan un abandono del hábito del tabaco, basado en cooximetrías y entrevista personal del 65% del grupo a estudio, con 49 usuarios incluidos por abandono del resto. A los 6 meses del seguimiento con interrupción de la campaña y seguimiento por parte de la responsable de enfermería mediante consulta y encuesta telefónica, se observa un nivel de recaída de un 63,2% un total de 31 personas han vuelto a fumar. A los 12 meses y con estudio del resto de no fumadores activos, mediante cita a consulta de enfermería y realización de cooximetría, se observa un índice de recaída del 61,1% del total de no fumadores, lo cual supone la existencia de 11 personas no fumadores, 22,4%, sobre el total inicial de 49. Siendo las causas alegadas para las recaídas, las relacionadas con las estrategias conocidas como de estabilización y mantenimiento de las pautas iniciales, como han sido los estados de ansiedad, irritabilidad, estrés, aumento de peso, deslices en eventos familiares con falta de apoyo y la disminución de poder adquisitivo debido a la situación laboral para la adquisición prioritaria de medicación.

**Conclusiones:** Las recaídas se pueden considerar como parte del fenómeno de dejar de fumar. Escasos resultados positivos de la campaña institucional a partir de los 6 meses de implantación. Multitud de factores socio/económicos son determinantes en la recaída. Necesidad de la implantación de la Consulta de Enfermería Anti-Tabaco.

### 324. DESCONTROL DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2: UNA REALIDAD

D. Rodríguez Ibáñez y V. Rosario Ortega

CS El Puerto, Las Palmas de Gran Canaria.

**Objetivos:** La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es la forma de diabetes predominante, y se correlaciona, en un 80% con el exceso de peso. En la actualidad, la hemoglobina glicosilada (HbA1c) es el método más eficaz para la monitorización del control de la DM2. El conocimiento del control que poseen los pacientes sobre su DM2 debe hacer mejorar las estrategias para ayudar a estos a prevenir las complicaciones de la misma.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo, de carácter transversal y de abordaje cuantitativo. Se seleccionó una muestra aleatoria de trescientos pacientes diagnosticados de DM2 de las dieciséis Unidades de Atención Familiar de la Zona Básica de Salud El Puerto, de un total de 2.753. Se recogieron los datos en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del

2012. Variables independientes: sexo y edad; variables dependientes: HbA1c, índice de masa corporal (IMC), colesterol HDL y presión arterial (PA). Criterios de inclusión: paciente diagnosticado en la historia clínica informatizada de DM2 y mayor de 14 años.

**Resultados:** Un 76,7% de los pacientes historiadados no presentan cifras de HbA1c en último año. Del resto, más de la mitad, un 15% frente a un 8,3%, presentan cifras de HbA1c > 7%.

La relación entre las variables no ofrece significancia estadística ( $p < 0,005$ ), pero si una tendencia a reflejar que los pacientes con descontrol de su DM2 presentan cifras de presión arterial sistólica > 140, un IMC > 30 y tienen criterios de síndrome metabólico.

**Conclusiones:** Se desconoce la verdadera situación de los pacientes con DM2 de esta ZBS, planteándose la duda de saber si es: por inercia terapéutica de los médicos, de Enfermería o de ambos; o por abandono del control de los pacientes. En los datos hallados, observamos una tendencia a correlacionar el descontrol de la DM2 y la PA, y ello bajo el influjo de la obesidad. Con lo que proponemos la necesidad de educar a los profesionales de la Enfermería en mejorar el conocimiento del control de los pacientes con DM2 a través de la herramienta consensuada, la Hb1Ac.

### 325. CONTROL EVOLUTIVO DE LOS ÍNDICES TOBILLO-BRAZO (ITB) EN PACIENTES CON DOBLE PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR (DIABETES MELLITUS TIPO II E HIPERTENSIÓN) Y PLAN DE CUIDADOS ASOCIADO

R. Bordallo Galaso<sup>1</sup>, S. Duran Alcobet<sup>1</sup>, V. Duran Alcobet<sup>2</sup>, C. López Ramírez<sup>1</sup> y F. Mera Cordero<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ABS 17 Setembre, El Prat de Llobregat. <sup>2</sup>ABS La Palma de Cervelló, Barcelona. <sup>3</sup>ABS El Pla, Sant Feliu de Llobregat.

**Objetivos:** Determinar la evolución de la enfermedad vascular periférica (complicación crónica macrovascular) en pacientes con doble patología cardiovascular (diabetes mellitus tipo 2 y hipertensión arterial) a través de los ITB realizados en el Centro de Atención Primaria 17 Setembre del Prat de Llobregat (Barcelona), partiendo de resultados previos. Y valorar, el uso de los planes de cuidados de enfermería y la taxonomía utiliza por el equipo enfermero del centro en la actividad profesional diaria.

**Métodos:** Estudio descriptivo, ámbito urbano (53.425 habitantes > 15 años). Población entre 52 y 94 años, 20.553 ciudadanos, de los cuales por zona de distribución de área básica de salud, en el ABS 17 Setembre tienen diagnóstico de diabetes mellitus 1780 usuarios, y diagnóstico de hipertensión arterial 5047 usuarios. En el estudio participan 90 usuarios. Los usuarios son elegidos por presentar doble patología cardiovascular (diabetes mellitus II e hipertensión arterial) y tener realizado un índice tobillo-brazo previo al estudio. Se recogen datos basales de los resultado de los ITB previos y se extraen los nuevos resultados de los ITB realizados en el centro durante los periodos comprendidos entre el 1 de junio de 2011 hasta el 30 de agosto de 2012. A su vez recogemos los datos de la historia clínica informatizada donde se registra la elaboración de los planes de cuidados realizados por el equipo de enfermería del centro, y el uso de diagnósticos de enfermería NANDA para su elaboración.

**Resultados:** De los datos basales previos obtenemos que un 83,333% de los usuarios presenta un ITB dentro de los parámetros de la normalidad (según la guía de práctica clínica del Institut Català de la Salut [ICS]), un 15,55% presentan arteriopatía periférica y un 1,117% calcificaciones. Con los datos obtenidos de los itb realizados durante el periodo de estudio, se observa que un 22,222% presentan arteriopatía periférica, un 73,3% presentan un ITB normal y un 4,478% tienen calcificaciones. En relación al uso de los planes de cuidados de enfermería, a sólo un 3,34% no se les ha iniciado ningún plan de cuidados, mientras que a la gran mayoría, un 96,66% se les ha elaborado un plan de cuidados personalizado.

Para realizar dichos planes de cuidados, un 23% de los profesionales han usado la taxonomía NANDA como herramienta de trabajo y un 77% han usado el CIM10 (Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud de la Organización Mundial de la Salud), para elaborar los planes.

**Conclusiones:** Podemos concluir como en muchos otros estudios que la enfermedad vascular periférica aumenta con la edad y duración de la diabetes. El ITB, es una exploración no invasiva útil para el cribado de enfermedad arterial periférica en la mayoría de los pacientes con diabetes y un buen indicador del grado de isquemia de la extremidad. Con los datos obtenidos hemos confirmado como se ha producido un incremento de la arteriopatía periférica de un 6,672%, en los usuarios estudiados. La actividad enfermera en atención primaria utiliza la metodología enfermera (NANDA) como herramienta para mantener un lenguaje común y una calidad óptima de cuidados, y así favorecer la continuidad de dichos cuidados. Observamos que la herramienta de trabajo utilizada como eje básico de los planes de cuidados en nuestro centro de salud no ha sido la propia de enfermería (NANDA), ya que sólo un 23% de los profesionales la ha usado para elaborar los planes de cuidados. Deberíamos plantearnos realizar un estudio para averiguar el porqué del uso de la taxonomía de otro colectivo sanitario, en este caso el CIM10, para elaborar un plan de cuidados propio de enfermería.

### 326. EJERCICIO FÍSICO: ALTERNATIVA PARA EL CONTROL DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

C. García Reza<sup>1</sup>, B.C. Sosa García<sup>2</sup>, R.C. Zeitoune Gollner<sup>3</sup>, G. Solano Solano<sup>4</sup> y M.E. Medina Castro<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México.

<sup>2</sup>Instituto Nacional de la Nutrición, México. <sup>3</sup>Universidad Federal de Rio de Janeiro, Brasil. <sup>4</sup>Universidad Autónoma de Hidalgo, México. <sup>5</sup>Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Morelia, México.

**Objetivos:** Analizar los beneficios de un programa de ejercicio físico con ritmo en un grupo de personas con hipertensión arterial dirigido por enfermería en un municipio del Estado de México.

**Métodos:** Se trata de un estudio de tipo cuantitativo cuasi experimental, pretest-posttest, sin grupo control. Intervención de tipo grupal, efectuado en el auditorio la deportiva del centro de salud, durante el periodo comprendido entre agosto a diciembre de 2009. Los criterios para elegir a los sujetos de estudio fueron: personas del sexo masculino y femenino, mayores de 18 años con hipertensión arterial, sin problemas de comunicación ni de equilibrio u alguna, psiquiátrica aguda. Antes de iniciar el programa se llevaron a cabo las gestiones indicadas, se firmó el consentimiento libre e informado, conforme a las consideraciones éticas para realizar investigación en seres humanos, basado en el reglamento de investigación de la Ley General de Salud. El programa de ejercicio físico con ritmo, dirigido por los responsables de la investigación, pero indicado y vigilado por un educador físico, 20 sesiones de ejercicio físico con ritmo. Para la aplicación del Programa diseñado se tuvieron en cuenta las fases establecidas: Fase de diagnóstica: se realizó el monitoreo de la presión arterial pretest y posttest, Fase de intervención: a los participantes se les repitió de nuevo el propósito del estudio, la utilidad para el cuidado y control de presión arterial. Para el análisis de datos se realizó por análisis de naturaleza descriptiva. En la modalidad descriptiva, las medias y la desviación estándar, fueron las pruebas de importancia para el análisis; se usó la prueba t de Student para identificar la diferencia de las medias de la presión arterial pre y post ejercicio; fue admitido el valor de  $p < 0,05$  como significativo.

**Resultados:** Dentro del estudio intervinieron 99 mujeres; de ellas, 81,8% son amas de casa. Después de la intervención, la presión arterial sistólica mostró disminución significativa en 8,28

mmHg y la presión diastólica en 4,72 mmHg. Es notable los beneficios del programa de ejercicio con ritmo en cuanto a la disminución en la presión arterial sistólica de 8,28 mmHg y la presión arterial diastólica de 4,72 mmHg. El ejercicio físico con ritmo ha sido un importante aliado con el efecto hipotensor y protector para los pacientes con hipertensión arterial, en este sentido, el ejercicio físico con ritmo y la capacidad, para lograr al final de la intervención disminuir en niveles significativos la PAS y PAD; estos datos evidencian las intervenciones de enfermería en las que se incluye el ejercicio físico para el control de la hipertensión arterial.

**Conclusiones:** Encontramos un efecto benévolo del programa de ejercicio físico con ritmo, los beneficios sobre la disminución de la presión arterial y mantener las cifras dentro de los límites normales, resultados similares a la medicación prescrita habitualmente por el médico. Estos efectos son evidentes del ejercicio físico con ritmo al disminuir la presión arterial en la etapa de posttest ejercicio, eso reveló una asociación entre la práctica del ejercicio físico con ritmo y la PAS y PAD.

### 327. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: RECOMENDACIÓN DE SAL SI O NO EN LA DIETA

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

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 31.430 habitantes, y con 2.803 pacientes diagnosticados de HTA. según el estudio de Castiglione et al. publicado en la revista Hypertension 2011;57:180-5.

**Métodos:** Los pacientes a los que se ha realizado un mapa, se les hizo un seguimiento más cuidadoso con la utilización de diagnósticos y intervenciones más personalizadas. Se seleccionó a los 153 pacientes no dipper que tenían una media de frecuencia cardíaca a las 24 horas superior a 70 pulsaciones por minuto, al ser los más sensibles a la sal.

**Resultados:** Según los resultados obtenidos con la MAPA, los pacientes obtuvieron los siguientes diagnósticos: 305 dipper de los cuales 218 tenían una frecuencia cardíaca 24 horas superior a 70 pulsaciones por minuto, y 87 inferiores a 70 pulsaciones por minuto, 244 no dipper de los que 153 tenían una FC superior a 70 x<sup>1</sup>, y 91 inferior a 70 x<sup>1</sup>. Los principales diagnósticos enfermeros y las intervenciones utilizados habitualmente en nuestra consulta son: Diagnóstico (00099): mantenimiento ineficaz de la salud, relacionado con la falta de interés por mejorar las conductas de salud, manifestadas por la falta de logro de la dieta prescrita. NOC (1622): Conducta de cumplimiento de la dieta prescrita. NIC (4420): Acuerdo con el paciente, determinar con el paciente los objetivos y ayudar al paciente a establecer objetivos realistas y a corto plazo; a examinar los recursos disponibles para el cumplimiento. NIC (4360): modificación de la conducta, determinar la motivación del cambio, fomentar substitución hábitos indeseables por deseables, facilitando la implicación del familiar que cocina. Diagnóstico (00001): alteración de la nutrición por exceso relacionado con la ingesta excesiva de sodio, manifestado por el desconocimiento de los alimentos con alto contenido de sodio. NOC (1802): Conocimiento de la dieta adecuada. NIC (5614): Enseñanza dieta prescrita: evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita, explicar el propósito de la dieta, instruir al paciente de los alimentos ricos en sodio y de las comidas permitidas y prohibidas, incluir a la familia (señora que cocina), ayudando al paciente a sustituir ingredientes. NIC (5246): Asesoramiento nutricional: establecer relación terapéutica basada en la confianza y el respeto, valorar los esfuerzos realizados para conseguir objetivo.

**Conclusiones:** Es recomendable la reducción de la sal en todos los pacientes cuando no se dispone de MAPA. El uso sistemático de los diagnósticos enfermeros potencia el buen seguimiento de los pacientes independientemente del profesional que los atiende, evitando duplicidades o contradicciones en los mensajes transmitidos. Su uso consigue un mejor seguimiento del plan terapéutico.

### 328. CUESTIONARIOS CLÍNICOS Y RECAÍDAS EN TABACO

I. Belenguer Lissarde<sup>1</sup>, G. Belenguer Civera<sup>1</sup> y R. Lekerika Llopis<sup>2</sup>

<sup>1</sup>CS Xàtiva. <sup>2</sup>CS Meliana.

**Objetivos:** Diversos estudios relacionan la prevención de la recaídas en el tabaco y la función multidisciplinar para conseguir la disminución, prevenir o evitar situación, fundamentándose en técnicas de colectivos profesionales, incluida la Enfermería, y que tienen su base en la necesidad de identificar los problemas relacionados con el tratamiento, multifactores de riesgo que suelen desencadenar la situación negativa que se genera con las recaídas tabáquicas, y, en muchas ocasiones están basadas en actuaciones clínicas o de aplicación de cuestionarios identificativos ante las recaídas.

**Métodos:** Expertos clínicos en abstinencia y recaídas desde principio del siglo XX, Tiffany, Conklin, Early, Shiffman, entre otros, recogen las múltiples causas de las recaídas aduciendo a sobre todo, sensación de malestar interno, cuadros de desánimo, asociación de estímulos neutros anteriores con experiencias satisfactorias o positivas, fases encubiertas del cese del consumo caracterizado por inquietud y un sentido falso de confianza. Esta situación son de afrontamiento por parte de los profesionales del colectivo de la Enfermería en las atenciones globales frente al hábito del tabaquismo y algunas, sobre todo las previas al abandono están basadas en encuestas relacionadas con el grado de consumo y situación psicosocial, así, como con la percepción profesional en la consulta, al tiempo, que realizamos las pruebas complementarias.

**Resultados:** Con el uso de cuestionarios validados y basados en métodos multidimensionales intentamos conseguir el abandono del tabaco y de la recaídas, con anticipación a los efectos físicos y emocionales del no consumo, cuestión que nos la referenciamos como objetivo máximo. Referente a la existencia de cuestionarios enfermeros para el control de las recaídas, nos encontramos en una situación de inexistencia, y, pese a las múltiples bibliografías relacionadas con el tabaco y las recaídas no existe documentación actualizada que nos proporcione un cuestionario específico enfermero de detección de recaídas ante el tabaco y que recoja con facilidad y claridad esta situación que se produce en una proporción muy elevada, se recogen intervenciones clínicas que afectan a los campos cognitivos, conductuales y sociales.

**Conclusiones:** Existencia de múltiples test de recaídas de sustancias adictivas. La recaída en el tabaco se relaciona con lo fisiológico, conductual y cognitivo. La Enfermería juega un papel importante en las conductas adictivas. Las intervenciones enfermeras deben mantener actuaciones preventivas frente a las recaídas.

### 329. MODIFICACIONES DEL RIESGO CARDIOVASCULAR POR LA SITUACIÓN ACTUAL

M.J. Chorén Freire, M.C. Borrell Borrell, M. Cascón García, E. Ares Fernández y A. Díaz Ortiz

ICS, Barcelona.

Debido a la situación actual de crisis que estamos viviendo, las personas realizan cambios en sus actividades diarias ya sea alimentación, ejercicio, consumo, etc., por ello queremos estudiar las

modificaciones realizadas y como han afectado al riesgo cardiovascular. Hemos realizado un estudio multicéntrico comparativo relacionando hábitos higiénico-dietéticos, y ejercicio/sedentarismo en relación con los ítems de valoración de riesgo cardiovascular. En líneas generales se observa una disminución del ejercicio programado, y en un 35% modificado, una variación de la dieta, con proporciones de principios inmediatos no proporcionales a las recomendaciones de la FAO/OMS, una disminución de consumo de tabaco, y en un 68% modificación del mismo.

### 330. DETECCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON INFECCIÓN DE VIH DEL DEPARTAMENTO UNO DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

R. Sanz Forner, L. Martorell, L. Medina Beltran y M.R. Foguet Albiol

Hospital Comarcal de Vinaròs, Castellón.

**Introducción:** Los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana tienen un aumento del riesgo cardiovascular (RCV). La técnica de índice tobillo/brazo (ITB) es una prueba objetiva y sencilla de diagnosticar la enfermedad arterial periférica (EAP) valorando las presiones sistólicas en brazos y piernas. La presencia de síndrome metabólico es otra herramienta útil para valorar el RCV. Glucosa plasmáticas > o igual 102-125 mg/dl o en tratamiento. Triglicéridos ≥ 150 mg/dl o en tratamiento. Obesidad abdominal H ≥ 102 cm y M ≥ 88 cm. HDL-colesterol H < 40 mg/dl M < 46 mg/dl o en tratamiento. TA ≥ 135/85 mmHg o en tratamiento.

**Objetivos:** Evaluar el RCV en pacientes con infección por VIH mediante la determinación de ITB y detección del síndrome metabólico. Comprobar si existen diferencias entre el resultado del ITB manual e ITB automático.

**Métodos:** En una muestra de 48 pacientes procedentes de la consulta externa, de virus de la enfermedad de la inmunodeficiencia humana de nuestro hospital, se ha realizado la determinación del ITB manual, ITB automático y detección de síndrome metabólico en 34 de los mismos, de edades entre 21 y 68 años. Para determinación de ITB manual se ha utilizado: Esfigmomanómetro, doppler de 8 mmHg y gel conductor. Para determinar el ITB automático utilizamos un medidor automático watch BP office ABI.

**Resultados:** Detectamos EAP en 4 pacientes. (12%). Ningún paciente presenta síndrome metabólico. Dos de los pacientes presentan resultados patológicos corresponden al ITB manual (6%) y otros 2 al automático (6%) sin existir relación entre ambos.

**Conclusiones:** En pacientes asintomáticos se puede detectar EAP mediante la determinación del ITB. Existen diferencias respecto a los resultados obtenidos de ITB entre la técnica manual y la automática.

### 331. USO DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA COMUNICACIÓN EN FUMADORES ATENDIDOS POR PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA

M.C. Castaño Sánchez, C. Agudo Conde, C. Rodríguez Martín, E. Gómez Miguel, C. Gabriel Rodríguez, B. Sánchez Salgado, A. de Cabo Laso, Y. Castaño Sánchez, J.I. Recio Rodríguez y M.A. Gómez Marcos

Unidad de Investigación, CS La Alamedilla, IBSAL, SACYL, Salamanca.

**Introducción:** En el abordaje del tabaquismo, problema de salud de primera magnitud, el personal de enfermería de Atención Primaria (AP) tiene un papel predominante. El uso de las nuevas tecnologías de información y de la comunicación (TIC) está cada vez



más extendido. Se ha señalado que dichas tecnologías enriquecen la relación asistencial sanitaria.

**Objetivos:** Conocer el uso de las TICs: correo electrónico, mensajes por SMS y páginas webs, entre las personas fumadoras, atendidas en AP, como estudio previo a un ensayo clínico aleatorio (TABATIC).

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo, multicéntrico. Se presentan datos de una muestra de fumadores de 18 a 85 años (seleccionadas por muestreo aleatorio simple) atendidos en 120 Centros de Salud de Cataluña, Aragón y Salamanca reclutados desde noviembre 2011 a febrero 2012. Los profesionales que participaron fueron mayoritariamente enfermeras el 54,1% (125 de un total de 231 sanitarios). El cuestionario, realizado mediante entrevista personal, incluye variables sociodemográficas, variables relacionadas con las TICs (uso de correo electrónico, mensajes por SMS y páginas webs), utilidad de las TICs para dejar de fumar (escala Likert de 0 a 10), perfil de consumo de tabaco.

**Resultados:** Se incluyeron 1.725 fumadores, con una edad media de  $45,54 \pm 13,65$ ; el 49,9% (860) eran mujeres. La mayoría de los fumadores aceptaron participar, el 93,24% (1.725); porcentaje de rechazo 6,7% (125). El 74% utilizan SMS, el 71,5% web y el 65,3% e-mail. El 16,9% declararon no utilizar ninguna TIC, el 48,9% utilizan una TIC, el 50,3% usan dos TICs y el 60,1% usan las tres. Perfil de consumo: la edad media de inicio del consumo fueron  $17,2 \pm 4,5$ , el número de cig/día es  $15,4 \pm 9,3$ , la dependencia media (test de Fagerström) fue de  $2,4 \pm 1,6$  y los intentos previos para dejar de fumar  $2,2 \pm 2,4$ . Los factores que se asocian a una mayor utilización de las TICs fueron personas jóvenes, pertenencia a una clase social más favorecida y mayor nivel de estudios y en el caso de una mayor utilización de SMS, el sexo femenino.

**Conclusiones:** Nuestros resultados muestran la relevancia de la edad, sexo, clase social y nivel de estudios en el uso de las TICs. Los fumadores mostraron gran interés en el estudio como refleja su bajo porcentaje de rechazo. La alta participación de los profesionales enfermeros en el estudio demuestra la importancia y el interés que tiene abordar el tabaquismo en nuestras consultas de AP.

### 332. GRADO DE ACUERDO ENTRE LOS MARCADORES VASCULARES ÍNDICE TOBILLO BRAZO E ÍNDICE DE AUMENTO

P. Ibáñez Sanz

*Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.*

**Objetivos:** Principal: determinar el porcentaje de pacientes con índice tobillo brazo (ITB) patológico que presentan un índice de aumento (IA) también patológico y compararlo con el de los pacientes con ITB normal. Secundario: comparar las características de los pacientes que tienen los dos índices de daño vascular patológicos con aquellos que sólo tienen uno.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal realizado en la consulta de enfermería de riesgo cardiovascular en pacientes que acudían para la realización de ITB para la estratificación de su riesgo cardiovascular. Durante los dos últimos años se recogió una muestra de 51 pacientes, con una edad media de 50 años, 29,4% mujeres y el 70,6% varones, así como un IMC medio de 26.95. Se considera ITB patológico al  $< 0,9$  y  $> 1,3$ , y el índice de aumento (IA) patológico según el informe del Sphygmocor (El informe detallado del paciente incluye: Imagen paralela de la forma de onda de pulso periférico registrada y de la forma de onda de pulso aórtico central calculada en forma simultánea Imagen comparada de la forma de onda de pulso periférica registrada promediada y de la forma de onda de pulso aórtico derivada promediada. Medición de sístole y diástole Índices centrales derivados de la dinámica de la interacción ventri-

culovascular. Parámetros de Control de la Calidad). A todos los pacientes se les realizó medidas antropométricas para obtener el IMC y se registraron los factores de riesgo cardiovascular descritos en su historia médica. (HTA, tabaco, DM, DL, síndrome metabólico, eventos cardiovasculares y SAOS). La prueba de ITB fue realizada con un esfigmomanómetro y doppler, se realizó la medida en ambos brazos seleccionando aquel con la PA más elevada, a continuación se midió la PA en ambas piernas, en arterias pedias y tibiales posteriores también de ambas. Se calculó el índice dividiendo la PA de pierna entre la del brazo. A continuación se le medía al paciente mediante el aparato de SphygmoCor la elasticidad arterial calculando así el índice de aumento.

**Resultados:** 52,9% de los pacientes presentaron un ITB patológico, de ellos el 29,6% tenían un IA patológico, mientras que solo un 8,3% de los que no presentaban ITB patológico presentaron un IA patológico. Con respecto a los FRCV: la probabilidad de tener ambos marcadores normales es mayor en las mujeres que en los varones. El porcentaje de pacientes con ambos marcadores patológicos presentan mayor ECV frente a los que no tienen ninguno alterado, así como los pacientes que presenta DM tipo2 y dislipemia.

**Conclusiones:** Los pacientes con ITB patológico tienen casi cuatro veces más o probabilidad de tener un IA patológico que los que no tienen ITB patológico. El sexo femenino se asocia a una mayor probabilidad de normalidad de ambos marcadores y el antecedente de enfermedad cardiovascular a que ambos sean anormales.

### 333. RESULTADOS TRAS UN AÑO DE SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA APLICADA CON HERRAMIENTAS INTERACTIVAS EN CONSULTA DE ENFERMERÍA DE HTA

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

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Introducción:** Las enfermedades cardiovasculares suponen la causa más importante de mortalidad y de hospitalizaciones en la población española. La educación sanitaria en el ámbito cardiovascular es un reto importante para enfermería con el objetivo de conseguir que la población española recupere los hábitos de vida cardiosaludables que se han ido perdiendo en la era moderna.

**Objetivos:** Estudiar si la educación sanitaria realizada desde la consulta de enfermería de una unidad de hipertensión arterial hospitalaria disminuye el riesgo cardiovascular aplicando nuevas herramientas didácticas, en especial con métodos interactivos que maneja el paciente fuera de consulta.

**Métodos:** Se incluyeron 53 pacientes con riesgo cardiovascular moderado, alto y muy alto que se valora tras doce meses de intervención. Se realizaron tres tomas de PA siguiendo la guía de la Sociedad Europea de HTA del 2009 y con aparatos validados. Se procede a una intervención individualizada para aprendizaje del cambio de estilo de vida aplicando plan de cuidados estandarizados con valoración específica en riesgo cardiovascular, se estratifica el riesgo, se realiza diagnóstico de enfermería, se marcan objetivos y se diseñan actividades utilizando manteles educativos como método interactivo tanto gráfico como accediendo a página web específica, se entregan también folletos escritos con gráficos al paciente. Se describe la experiencia tras 12 meses.

**Resultados:** Han participado 53 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 60,4% eran varones con una edad de  $52,02 \pm 15,4$  años (rango 17-76 años). Respecto a los AP, diabéticos: 18,9%, dislipémicos: 79,2%, S. metabólico: 64,2%, tenían lesión de órgano diana 34%, enfermedad cardiovascular precoz 5,7%, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz el 71,7%. Al año de seguimiento, el IMC varía del  $33,17 \pm 3,6$  kg/m<sup>2</sup> al  $30,60 \pm 3,5$  kg/m<sup>2</sup> ( $p = 0,00$ ) con una pérdida media de peso de  $6,97$  kg/m<sup>2</sup>. El perímetro de cintura se redujo de  $106,2$  cm  $\pm 10,9$  a  $99,7$  cm  $\pm 9,3$  cm ( $p = 0,00$ ) que corresponde a una reducción media de 6,5 cm. La presión sistólica inicial fue de  $132,7$  mmHg  $\pm 17,2$  llegando a  $124,3$  mmHg  $\pm 11,4$ .

**Conclusiones:** Las nuevas herramientas interactivas y didácticas, suponen un gran soporte para la E. Sanitaria en enfermería y nos abren una nueva dimensión de trabajo que aplicada con un plan de cuidado individualizado contribuye a controlar los factores de riesgo cardiovascular y disminuir el riesgo cardiovascular de los pacientes.

### 334. RESULTADOS DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO EN RELACIÓN CON LA VELOCIDAD DE ONDA DE PULSO PATOLÓGICA EN EL PACIENTE CON HTA

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

*Hospital Clínico San Carlos, Madrid.*

**Introducción:** El aumento de la velocidad de onda de pulso (VOP) nos permite estudiar la rigidez arterial en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV). En los pacientes hipertensos una VOP superior a 12 m/s se considera como un FRCV que hay que tener en cuenta para la estratificación del riesgo cardiovascular (RCV).

**Objetivos:** Estudiar qué factores guardan relación con la alteración de la velocidad de onda de pulso (VOP).

**Métodos:** Se incluyen 291 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 RCV. 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 VOP por tonometría de la arteria carótida y arteria femoral y la presión central y el augmentation index (AI) por tonometría de la arteria radial con un Shymcor, modelo MM3. Se realiza eco carotídea para determinar el grosor íntima media (GIM) con una sonda lineal de 12 Mz y un ecógrafo Philips HD7 y la medición se realiza con un software QLAB.

**Resultados:** De estos 291 pacientes el 53,6% son hombres. La edad media es de  $59,3 \pm 13,4$  años. Tienen antecedentes familiares de enfermedad (enf.) cardiovascular precoz 10,3%, enf. cerebrovascular 4,8%, enf. cardíaca 7,9%, enf. renal 6,2%, enf. arterial periférica 1,7%, retinopatía avanzada 7,6%, diabéticos el 21%, dislipémicos el 50,2%, fumadores 18%. Los años de evolución de la HTA  $10,2 \pm 9,3$ . El IMC es  $28,4 \pm 4,7$  Kg/m<sup>2</sup>. La PAS braquial  $124,1 \pm 17,3$  mmHg. La PAD braquial  $74,5 \pm 36,1$  mmHg. La PAD central  $112,6 \pm 16,3$  mmHg. La PAD central  $73,6 \pm 10,7$  mmHg. El AI está aumentado en 11,3%. La VOP está aumentada en 11,7%. El GIM promedio fue de  $0,65 \pm 0,15$  mm. Los pacientes con VOP patológica presentan las siguientes diferencias estadísticamente significativas respecto a los que presentan una VOP normal: mayor edad ( $57,5$  vs  $72,2$ ,  $p = 0,000$ ), más años de evolución ( $9,2$  vs  $17,2$ ,  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** 1. La VOP patológica está relacionada con la edad y con los años de evolución de la HTA. 2. Dentro del grupo que son diabéticos el porcentaje que tiene la VOP patológica es claramente

superior que en el grupo de los no diabéticos. 3. El porcentaje de pacientes con VOP y presión arterial central elevada (17,6%) es mayor que en pacientes que presentan VOP normal (11%). 4. El GIM promedio en los pacientes con VOP patológica es superior al que presentan con VOP normal.

### 335. CONOCIMIENTO DE ENFERMERÍA SOBRE LA MEDICIÓN CORRECTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

A.I. Tejada Ruiz<sup>1</sup>, M.S. Gómez Bermúdez<sup>1</sup>, M.A. Prudencio Muñoz<sup>1</sup>, C. Sedeño Lara<sup>1</sup>, M.J. Fornet Torres<sup>1</sup>, M.P. Millán Muñoz<sup>1</sup>, M.A. González Benítez<sup>1</sup>, E. Tejada Ruiz<sup>2</sup>, J.M. Fernández Pacheco<sup>1</sup> y C.L. Avilés Pereira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AGS Serranía de Málaga, Ronda. <sup>2</sup>Hospital Perpetuo Socorro, Badajoz.

La medida e interpretación correcta de la PA son esenciales en el diagnóstico y manejo de la HTA. El diagnóstico de HTA requiere usar una metodología correcta. Son múltiples los factores que pueden contribuir a medir incorrectamente la PA. Los estudios observacionales sugieren que enfermería no sigue una o más de las recomendaciones internacionales, produciéndose errores importantes en la toma de PA. La alta prevalencia de HTA, sus complicaciones cardiovasculares y las características de la enfermedad hacen que el papel de enfermería sea muy importante en la prevención, diagnóstico, evaluación clínica, tratamiento y seguimiento. El propósito es evaluar el grado de conocimiento de Enfermería de un Área Gestión Sanitaria sobre las recomendaciones internacionales para la toma correcta de la PA, mediante encuesta validada, autoaplicada y anónima a todos los DUE del Área, en activo, en enero 2012. La encuesta consta de 12 preguntas cerradas, con respuesta múltiple y una sola válida, divididas en 4 categorías. La 1ª hace referencia al diagnóstico de HTA y correcta medida de la PA; la 2ª a la extremidad donde debe medirse la PA; la 3ª a la evaluación y el diagnóstico de la hipotensión ortostática y la 4ª interroga sobre las características y uso correcto del manguito. También recoge información sobre edad, sexo y año de finalización de la carrera. Se repartieron 339 encuestas, de las que se han recogido 168, obteniéndose que el tiempo medio desde la finalización de la carrera es de 18,18 años con desviación estándar de  $\pm 8,53$  años, un 78% son mujeres y la edad media es de 40,9 años con desviación de  $\pm 7,7$  años. Contestaron correctamente a la pregunta nº visitas mínimo para diagnóstico de HTA 48,2%, nº de mediciones PA cada visita 48,2%, intervalo de tiempo mínimo entre mediciones PA en la misma visita 60,7%, qué hacer en caso de diferencia de  $\geq 5$  mmHg en las distintas lecturas de PA 31,5%, qué brazo debe elegirse para medida PA la 1ª vez 50,6%, qué brazo debe elegirse para medición de PA en posteriores visitas 63,4%, sabe qué es hipotensión postural 24,2%, en qué pacientes debe buscar existencia de hipotensión ortostática 76,4%, qué porcentaje de brazo debe quedar cubierto por la cámara hinchable del manguito 46,3%, en caso de duda sobre el tamaño del manguito elegiremos 16,6%, hasta que presión se debe inflar el manguito 78,4%, cual es la velocidad para desinflar el manguito 61,7%. A la vista de los resultados podríamos concluir que parece necesario incidir sobre los profesionales sanitarios estudiados para asegurar una práctica correcta a la hora de la monitorización de la PA. La relevancia de este estudio no solo radica en mostrar las deficiencias en la formación de enfermería, sino también en que en la literatura revisada no hemos hallado estudios previos similares. Si estos datos se confirmaran con otros estudios, obligarían a reforzar la formación continuada de enfermería, lo que redundaría en un manejo correcto de este procedimiento.

### 336. VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA HIPERTENSIÓN

D. Estrada<sup>1</sup>, P. Arias Barroso<sup>2</sup>, T. Ho<sup>3</sup>, J.P. Agudo<sup>4</sup>, R. Capillas<sup>5</sup>, E. Gibert<sup>6</sup>, M. Isnard<sup>7</sup>, M. Martínez<sup>8</sup>, A. Salvadó<sup>9</sup> y M.J. Solé<sup>10</sup>

<sup>1</sup>Hospital Clínic, Barcelona. <sup>2</sup>Fundació Puigvert, Barcelona.

<sup>3</sup>Hospital del Mar, Barcelona. <sup>4</sup>EAP La Mina, Barcelona. <sup>5</sup>EAP Sant Josep, Hospitalet de Llobregat. <sup>6</sup>EAP Gòtic, Barcelona. <sup>7</sup>EAP El Masnou, Barcelona. <sup>8</sup>EAP Sardenya, Barcelona. <sup>9</sup>EAP La Sagrera, Barcelona. <sup>10</sup>Hospital de Sant Pau, Barcelona.

**Introducción:** En algunos estudios realizados en España se ha observado que el grado de información y de conocimientos sobre la hipertensión sigue siendo bajo. Existen estudios en los que se ha demostrado que una intervención educativa mejora el conocimiento en estos pacientes, creando beneficios para él, que derivarán en un mejor control de su enfermedad, puesto que un paciente bien informado y concienciado cabe esperar que cumpla con el tratamiento, mejore sus hábitos de vida y, en consecuencia, sus niveles de presión, su calidad de vida y, por extensión, la de sus familiares. Para ello es necesario contar con instrumentos óptimos, validados y fiables, que puedan ser utilizados en cualquier entorno de la salud, para evaluar el grado de conocimientos de estos pacientes y los resultados de las intervenciones educativas encaminadas a ello.

**Objetivos:** 1. Validar un cuestionario de conocimientos sobre hipertensión (CSH) en catalán y castellano en varios centros de Atención Primaria y unidades especializadas de hipertensión. 2. Valorar la eficacia de una intervención educativa.

**Métodos:** Para ambas versiones: 1. Adaptación del cuestionario existente. 2. Grupos de discusión y consulta expertos. 3. Prueba piloto de la comprensión del cuestionario. 4. Sensibilidad al cambio (test McNemar). 5. Fiabilidad a través la consistencia interna (alfa Cronbach), para ello se realizó un estudio multicéntrico, cuasi experimental, de antes-después, que consistió en la aplicación y evaluación de una intervención educativa a 60 pacientes hipertensos en lengua castellana y a 60 en lengua catalana atendidos en 4 centros de Atención Primaria y en 4 centros de atención especializada en hipertensión de la provincia de Barcelona.

**Resultados:** Cuestionario definitivo dividido en nueve bloques que incluyen entre ellos conocimientos sobre la hipertensión, los factores de riesgo asociados a la misma, los riesgos de la hipertensión, la dieta, el ejercicio y la medicación. Participaron en la validación del cuestionario 4 centros de Atención Primaria y 4 centros de atención especializada en hipertensión, con un total de 120 pacientes, 60 respondieron al cuestionario en castellano y 60 al de catalán. El tiempo que se estimó para la cumplimentación del cuestionario fue de 5 minutos. En el estudio comparativo entre atención primaria (n = 62) y especializada (n = 58), las variables descriptivas de la muestra (edad, sexo, estado ocupacional y nivel de estudios) no presentaban diferencias significativas. La edad media fue de 63 años para los que contestaron en catalán, de los cuales un 58% fueron mujeres y de 60 años para los de castellano, de los cuales un 57% también fueron mujeres. Al analizar la consistencia interna de todos los ítems, hemos obtenido un valor del coeficiente alfa de Cronbach de 0,795 para el cuestionario en catalán y un 0,799 en castellano. Comparando el pre y el pos observamos como ambos grupos han aumentado el porcentaje de aciertos en todas los ítems respecto a la situación inicial, demostrando la prueba de McNemar cambios significativos con valores  $p \leq 0,05$ .

**Conclusiones:** El CSH es una herramienta fiable y útil para evaluar el nivel de conocimientos sobre la hipertensión, para realizar programas de educación y poder evaluar su efectividad.

### 337. PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN EL SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA DEL PACIENTE HIPERTENSO. ACTITUD DE ENFERMERÍA ANTE EL MAL CONTROL

C. Castillo Peris<sup>1</sup>, L. Guerrero Llamas<sup>2</sup>, C. Herrero Gil<sup>3</sup>, M.P. Roda Ribera<sup>4</sup>, G. Belenguer Civera<sup>5</sup> y C. Sanchis Doménech<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital de La Ribera, Alzira. <sup>2</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid.

<sup>3</sup>CS de Corea, Gandía. <sup>4</sup>Hospital Lluís Alcanyis, Xativa. <sup>5</sup>CS de Xativa, Valencia. <sup>6</sup>CS de Algemes, Valencia.

**Objetivos:** La falta de control de la PA puede deberse a: 1) factores relacionados con los pacientes (falta de adherencia al régimen prescrito), 2) factores asociados a la asistencia sanitaria prestada por los profesionales médicos y de enfermería. Observar la práctica clínica habitual de los profesionales de enfermería (PE) en el manejo del paciente hipertenso en seguimiento por enfermedad crónica.

**Métodos:** Diseño del estudio: estudio multicéntrico nacional de dos fases: 1<sup>a</sup>. Transversal. 2<sup>a</sup>. Retrospectivo a las tres últimas visitas anteriores a la visita de inclusión en el último año. Población de estudio: pacientes adultos HTA atendidos por enfermería en Centros de AP de España y Consultas de Unidades de HTA. Se evaluó PAS, PAD, FC, número de medidas, peso, talla, cumplimiento, recomendaciones y derivación.

**Resultados:** Participaron 115 (PE) de toda España 82,6% AP y el 17,4% de de Unidades de HTA o CCEE. Se evaluó a 575 pacientes con 1.650 visitas. Media edad de 67,71 años (DE: 11,24 años), proporción de mujeres 53,7%. Pacientes con FRCV 74,5%, con ECV 34,1%. No se deriva al médico ante el mal control al menos en una visita en el 50% de los pacientes, y en el 28% que presentan mal control en las 4 visitas no hay derivación al médico. No se priorizan las vistas de enfermería en ante el mal en las 4 visitas en 50% (7,9% de total). Se mide el cumplimiento en el 80% de las vista, se utilizan técnicas no clásicas en el 30%.

**Conclusiones:** Hay una baja derivación al médico ante el mal control. La mitad de los pacientes no se prioriza el seguimiento de enfermería ante el mal control. La media del cumplimiento es muy alta, pero no se utilizan técnicas recomendadas en un importante grupo de pacientes.

### 338. VARIABILIDAD EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL GESTACIONAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

C. Sedeño Lara<sup>1</sup>, M.J. Fornet Torres<sup>1</sup>, M.P. Millán Muñoz<sup>1</sup>, M.S. Gómez Bermúdez<sup>1</sup>, E. Tejada Ruiz<sup>2</sup>, M.A. Prudencio Muñoz<sup>1</sup>, A.I. Tejada Ruiz<sup>1</sup>, M.A. González Benítez<sup>1</sup>, C.L. Avilés Pereira<sup>1</sup> y J.M. Fernández Pacheco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Área de Gestión Sanitaria Serranía de Málaga, Ronda.

<sup>2</sup>Hospital Perpetuo Socorro, Badajoz.

La hipertensión arterial (HTA) continúa siendo la complicación médica más frecuente del embarazo en nuestro medio. Puede presentarse hasta en el 10% de todas las gestantes, estando su presencia asociada a una mayor morbilidad materna y perinatal. La importancia de su estudio radica en que, por un lado, una atención sanitaria prenatal adecuada puede prevenir o atenuar las alteraciones hipertensivas de la gestación y por otra parte, que la HTA en el embarazo tiende a considerarse como un marcador precoz de HTA esencial y de ECV en el futuro. Los trastornos hipertensivos en el embarazo cumplen un amplio espectro de condiciones, incluyendo HTA crónica preexistente, preeclampsia e HTA gestacional. La definición de HTA en el embarazo se ha simplificado en los últimos años; PAS  $\geq 140$  mmHg y/o PAD  $\geq 90$  mmHg, ambas confirmadas en 2 o más ocasiones consecutivas y separadas por un periodo de 4-6 horas, siendo esta HTA descubierta por primera vez después de las 20 semanas de gestación sin proteinuria. El diagnóstico HTA gesta-

cional es confirmado si no se ha desarrollado preeclampsia y la TA ha retornado a lo normal dentro de las 12 semanas postparto. Por ello, la creación e implantación de una guía de actuación en gestantes diagnosticadas de HTA, unificará criterios de tratamiento y derivación, disminuyendo posibles complicaciones fetales y maternas, evitando la variabilidad por parte de los profesionales. Estudio retrospectivo, descriptivo y longitudinal de un total de 90 gestantes con HTA tratadas en un Área de Gestión Sanitaria, desde el 1 de enero 2010 hasta el 31 de octubre 2012. Se ha realizado una hoja de recogida de datos incluyendo edad, factores de riesgo asociados a los trastornos hipertensivos del embarazo, dónde se llegó al diagnóstico, tratamiento, seguimiento posterior tras el diagnóstico y pruebas realizadas a las gestantes, obteniéndose los siguientes **Resultados**: Edad media 32,3 años; mediana de embarazo 2; rango intercuartílico 1-3; antecedentes familiares con RCV 46,4%; enfermedad renal crónica 3,3%; diabetes 20%; enfermedades autoinmunes 1,1%; embarazo múltiple 3,3%; intervalo prolongado entre embarazos 10%; HTA previa al embarazo 28,4%; abortos previos 21,7%; pérdidas fetales 4,9%; parto prematuro previo 1,2%; diagnosticados atención primaria 25,6%; diagnosticados en consulta monitores 13,3%; diagnosticados consulta de tocología 23,3%; diagnosticados en otros lugares 13,3%; no registrados 24,4%; tratadas con antihipertensivos 88,8%; tratadas dieta 3,4%; tratamiento combinado 1,1%; sin tratamiento 6,7%; MAPA inicio 22,5%; MAPA después de 20 semanas 12,5%; MAPA después de 36 semanas 12,5%; ECG 13,6%; proteinuria al inicio 76,4%; analítica antes de 20 semanas 77,5%; analítica después de 20 semanas 80,9%; analítica después de 30 semanas 71,9%; ecocardiograma 9,2%; fondo de ojo 13,6%; seguimiento 67,7%; derivados unidad de HTA 29,7%; derivados atención primaria 39,1%; derivados otros 9,4%; no derivados 21,9%; parto 43,2%; parto instrumental 7,4%; cesárea 49,4%.

**Conclusiones**: A la vista de los resultados podríamos concluir que la creación e implantación de una guía de actuación en gestantes diagnosticadas de HTA gestacional, adaptada a nuestro centro, unificará criterios de tratamiento y derivación, disminuyendo de esta forma posibles complicaciones tanto fetales como maternas y evitando la variabilidad por parte de los profesionales.

### 339. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

F. Cirera Segura, A. Pérez Baena, N. Sánchez Flores y J.L. Martín Espejo

*Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.*

**Objetivos**: Uno de los factores relacionados con el daño vascular está relacionado con la magnitud y duración del aumento de la presión arterial (PA). El control de la PA es de suma importancia en los pacientes con Enfermedad Renal Crónica (ERC), ya que ambas están íntimamente relacionadas, al producir arteriosclerosis de arterias intertubulares y arteriolas aferentes, disminuyendo el flujo renal. En la consulta ERCA, trabajamos principalmente los diagnósticos de Enfermería: Conocimiento deficiente sobre: la enfermedad, dieta y tratamiento, y Manejo inefectivo del régimen terapéutico, con el objetivo de controlar o disminuir en la medida de lo posible, los factores de riesgo que predisponen el daño renal. Por todo lo expuesto nos propusimos como objetivo de este trabajo, valorar los resultados obtenidos, tras las intervenciones de enfermería realizadas para la mejora de la PA, en pacientes con ERC.

**Métodos**: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de 6 meses de duración, cuya muestra fueron todos los pacientes incidentes en la consulta ERCA de nuestro hospital. De la historia clínica se recogieron los datos demográficos y epidemiológicos, las constantes vitales y datos analíticos relacionados con el control de PA. De igual forma se recogieron datos relacionados con la ERC y su

evolución así como hábitos tóxicos para la salud. Estos datos se recogieron en la consulta inicial, a los 3 y 6 meses de permanencia. El análisis se realizó con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 19.0, estableciendo el nivel de significación en  $p < 0,05$ .

**Resultados**: La muestra la compusieron 57 pacientes, el 64,9% eran hombres ( $n = 37$ ). La edad media fue  $69,4 \pm 14,7$  años. El 84% ( $n = 48$ ) tenían una ERC en estadio 4, el resto de pacientes en estadio 3 y 5. La etiología de la ERC más prevalente fue: enfermedad vascular 21%. El 45% tenía diabetes mellitus. Evaluamos los cambios en las constantes vitales relacionadas con el control de la PA a lo largo del estudio con diferencias significativas para la PAS ( $p = 0,002$ ), la PAD ( $p = 0,002$ ) y la PAM ( $p < 0,001$ ) al final del estudio, las diferencias más evidentes se producen fundamentalmente tras la primera visita, disminuyendo su efecto a lo largo del tiempo de estudio. La evolución de la FC no fue significativa. No se observaron cambios en los hipotensores ni en los diuréticos en el estudio. Los pacientes descendieron de peso significativamente ( $p < 0,001$ ), pasando de un peso inicial de  $79,4 \pm 15,7$  a un peso final de  $76,3 \pm 14,6$  al final del estudio, y de un 32,1% que presentaba edemas a un 18% al finalizar el seguimiento. Los cambios en la diuresis no fueron significativos ( $p = 0,347$ ), siendo la inicial de  $2.013,1 \pm 726,4$  ml/24 horas y la final de  $1.968 \pm 857,3$  ml/24 horas. Analizamos la evolución de los factores de daño renal a lo largo del tiempo y no observamos cambios ni en la proteinuria ( $p = 0,166$ ) ni en el cociente microalbuminuria/creatinina ( $p = 0,114$ ), sí en la creatinina sérica que aumenta significativamente ( $p = 0,003$ ) y en el sodio en orina ( $p = 0,002$ ). No encontramos cambios significativos en el análisis de los hábitos tóxicos como el tabaco ( $p = 0,25$ ) y el alcohol ( $p = 1$ ).

**Conclusiones**: Las intervenciones realizadas en la consulta de Enfermería, como los cuidados y la información necesarias para la corrección de la dieta, actividad física, la necesidad de tomar el tratamiento así como de abandonar hábitos nocivos, han favorecido una disminución de la PAS, PAD y PAM, disminución del peso y un menor número de pacientes con edemas. Sin embargo, y a pesar de corregir la PA, no hemos conseguido evitar la progresión de los marcadores de daño renal ya que pueden tener origen multifactorial. De igual forma, hemos detectado la necesidad de reforzar los consejos sanitarios en el tiempo para mantener sus efectos e incidir sobre las conductas generadoras de salud, por lo que pensamos que las intervenciones de Enfermería deben ser una constante en el tratamiento del paciente con ERC.

### 340. EL CONTROL DEL SÍNDROME METABÓLICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2

D. Rodríguez Ibáñez y V. Rosario Ortega

*CS El Puerto, Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos**: El aumento exponencial de los pacientes diagnosticados de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) en los últimos años, y las previsiones para las décadas futuras, implican un aumento del riesgo cardiovascular (RCV) en general, con lo que, los últimos estudios publicados, muestran que el control de los pacientes con DM2 ha de ser visto desde una perspectiva metabólica en general, incluyendo el control de la Presión Arterial (PA) y las cifras de dislipemia (DLP). La obesidad, sumada a los otros factores principales de RCV, denominando a esta enfermedad crónica como síndrome metabólico (SM), ha de centrar las intervenciones de la Enfermería en Atención Primaria de Salud (APS) y, a su vez, en la educación para la salud (EpS). La pregunta de partida que se plantea en esta investigación es: ¿Qué pacientes diagnosticados de DM2 del CS El Puerto presentan un descontrol del SM?

**Métodos**: Estudio observacional descriptivo, de carácter transversal y de abordaje cuantitativo. Se seleccionó una muestra aleatoria de trescientos pacientes diagnosticados de DM2 de las dieci-



séis Unidades de Atención Familiar (UAFs) de la ZBS El Puerto, de un total de 2753. Se recogieron los datos en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de marzo y el 31 de mayo del 2012. Variables independientes: sexo y edad; variables dependientes: Índice de masa corporal, colesterol HDL y presión arterial. Criterios de inclusión: paciente diagnosticado en la Historia Clínica Informatizada de DM2 y mayor de 14 años.

**Resultados:** Tras la obtención de los resultados, los datos obtenidos reflejan con una significancia estadística ( $p < 0,005$ ) que existe un porcentaje elevado de pacientes con DM2 (34,7%) con un descontrol del SM, siendo también relevante la falta de datos en muchos de ellos (31,8%).

**Conclusiones:** Existe una relación directa entre la obesidad y el descontrol del SM en pacientes con DM2 en el CS El Puerto. La Enfermería debe abordar con mayor esfuerzo el control de la obesidad como factor relacionado al SM y la DM2, y la EpS es la herramienta adecuada. La EpS es esencial para optimizar el control metabólico, para evitar la progresión de las complicaciones crónicas, para facilitar cambios de actitud del paciente ante su enfermedad y su estilo de vida y para establecer una permanente y comprensiva relación con el paciente. Debemos tener claro al realizar EpS como profesionales sanitarios, que educar no sólo es informar, sino que es un conjunto de acciones dirigidas al paciente para que éste con los conocimientos adquiridos, sea capaz de actuar adecuadamente, es decir, cambiar hábitos de vida negativos y no meramente tener la información sin actuación tanto por nuestra parte como por ellos mismos.

### 341. DIFERENCIA DE PRESIÓN INTERBRAZOS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON DIABETES E HIPERTENSIÓN

J.J. López Hernández<sup>1</sup>, M. Martínez González<sup>1</sup>, J. Gaitán Valdizán<sup>1</sup>, B. Lavín Gómez<sup>1</sup>, M.I. Armentia González<sup>2</sup> y P. Muñoz Cacho<sup>3</sup>

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

<sup>3</sup>Gerencia de Atención Primaria, Santander.

**Objetivos:** La diferencia de presión entre brazos (DPIB) se ha asociado con aumento del riesgo cardiovascular (RCV) y sobre todo con enfermedad arterial periférica (EAP) aunque también se ha asociado a pobre control de la tensión arterial (TA). Las Guías recomiendan la toma de TA en los 2 brazos para determinar el brazo con mayores cifras de TA aunque existe escaso cumplimiento de esta recomendación. Los diabéticos, población de alto RCV, son especialmente sensibles a esta recomendación y podemos subestimar el RCV al no tomar la TA en el brazo con mayores cifras de TA. Los propósitos del estudio son: 1) Determinar las características de los pacientes con diabetes (DM) e hipertensión (HTA) con diferencias de TA sistólica y diastólica entre los 2 brazos superiores a 5 mmHg. 2) Determinar la prevalencia de factores de RCV en una población con DM y HTA. 3) Determinar la relación entre las diferencias de presión interbrazos significativas y RCV, medido por diferentes escalas.

**Métodos:** Se incluyeron en el estudio 101 pacientes con DM y HTA, atendidos en un centro de salud rural. Medición de la TA: 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 está validado para su uso en pacientes con fibrilación auricular. Medición del índice tobillo-brazo (ITB): se utilizó el mismo aparato que determina de modo automático el ITB. Cálculo de riesgo cardiovascular: se utilizaron distintas escalas para calcularlo: 1) Framingham usando lípidos. 2) Framingham usando IMC. Estas escalas determinan riesgo de desarrollar enfer-

medad cardiovascular a los 10 años. 3) Score para países de bajo riesgo, usando colesterol total. 4) Score para países de bajo riesgo, calibrada con HDL. Estas escalas determinan riesgo de mortalidad por causa cardiovascular a los 10 años

**Resultados:** Se estudiaron 101 pacientes con DM y HTA. 50% hombres, media de edad 65 años hombres y 67 mujeres. El 55% tenían más de 10 años de evolución de la DM y 12 años la HTA. Solo el 38% tenían la TA controlada (inferior a 130/85 mmHg), 40% tenían antiagregación, 12% fibrilación auricular (FA) y 95% de los que tenían FA están anticoagulados. El 7% usaban insulina, media de HbA1c 6,8% (el 68% tenían HbA1c  $< 7$  y solo el 8% HbA1c  $> 8$ ). El 56% tenían IMC  $> 30$ , ictus 5%, cardiopatía isquémica (CI) 8%, ITB patológico el 32%. En las DPIBsistólica, el 40% de los hombres tenían diferencias  $> 5$  mm vs mujeres 23% ( $p < 0,001$ ), y al compararlo con la edad, los mayores de 75 años 40% tenía DPIBs  $> 5$  mm. En las DPIB-diastólica el 26% de las mujeres tenían diferencias  $> 5$  mm y solo el 14% de los hombres, sin embargo por edad, no encontramos diferencias entre los grupos ( $< 64$  a. 65-74 y  $> 75$  a). No encontramos relación entre DPIB y Score o Score corregido por HDL pero si encontramos que la DPIB  $> 5$  mm se correlaciona con Framingham usando lípidos o IMC. Así mismo los diabéticos con ITB patológico tienen DPIB tanto diastólica y sistólica  $> 5$  mm (80% vs 15%).

**Conclusiones:** La medición de la TA simultáneamente en los 2 brazos con dispositivo electrónico, se hace necesario, sobre todo en la población con DM para diagnosticar el brazo con mayor TA, ya que podemos estar minimizando los valores. La DPIBs podría estar poniendo de manifiesto la rigidez de la pared arterial, ya que en nuestro estudio hemos comprobado la alta prevalencia de DPIB en diabéticos y la asociación entre DPIBs con la escala de RCV de Framingham y con ITB patológico. Es una medida de bajo coste, asequible en la consulta que servirá para priorizar pacientes de alto riesgo.

### 342. INSTALACIONES DEPORTIVAS Y CUMPLIMIENTO DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA EN HIPERTENSOS

M.L. Guitard Sein-Echaluze<sup>1</sup>, J. Torres Puig-Gros<sup>1</sup>, D. Farreny Justribo<sup>1</sup> y J.M. Gutiérrez Vilaplana<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Facultad de Enfermería, Universidad de Lleida, Lleida. <sup>2</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

**Objetivos:** Determinar la asociación del cumplimiento de las recomendaciones sobre actividad física (AF) en personas hipertensas con la accesibilidad y opinión sobre las instalaciones deportivas así como el ámbito de residencia.

**Métodos:** Se realizó un estudio transversal (2008-2009) 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 la actividad física estaba contraindicada. La definición de instalación deportiva, además de la clásica, incluyó aquellos espacios abiertos o de libre acceso preparados para tal finalidad. La variable dependiente, cumplimiento de las recomendaciones sobre AF, se midió a partir del cuestionario Minnesota. Las independientes fueron el ámbito de residencia, la accesibilidad (distancia, horario y económica) a instalaciones deportivas y la opinión sobre éstas. Las variables cuantitativas se describieron a través de la media acompañada de la desviación estándar ( $\sigma \pm DE$ ) y las cualitativas a través de porcentajes. La asociación se midió a través de la odds ratio cruda y ajustada ( $OR_a$ ) por regresión logística binaria. El análisis se estratificó por sexos. El nivel de significación aceptado fue de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Participaron 783 hipertensos con una media de edad de 66,1 años ( $DE: 10,2$ ), el 54,0% (423) eran mujeres y el 68,2% (534) residían en medio urbano. Cumplían las recomendaciones sobre AF el 64,2% (503). El nivel de accesibilidad y opinión sobre las

Tabla 1 Comunicación 342. Accesibilidad y opinión sobre instalaciones deportivas

	Accesibilidad% (n)			Opinión% (n)
	Distancia	Horaria	Económica	
Buena	76,9 (578)	68,9 (513)	61,3 (454)	84,1 (608)
Regular	16,2 (122)	17,6 (131)	24,5 (182)	13,8 (100)
Mala	6,9 (52)	13,6 (101)	14,3 (106)	2,1 (15)

instalaciones se presenta en la tabla. A nivel global, un mayor nivel de cumplimiento de las recomendaciones se asoció con el hecho de residir en el medio rural con una OR<sub>a</sub> de 1,74 (IC95% 1,23-2,45) y una accesibilidad horaria regular con una OR<sub>a</sub> de 3,91 (IC95% 2,05-4,97) o buena con una OR<sub>a</sub> de 2,00 (IC95% 1,17-3,42). En los hombres se asoció con una accesibilidad horaria regular con una OR<sub>a</sub> de 5,68 (IC95% 2,98-10,83) o buena con una OR<sub>a</sub> de 3,41 (IC95% 1,58-7,41). En las mujeres se asoció con residir en medio rural con una OR<sub>a</sub> 2,07 (IC95% 1,62-4,50) y con una buena opinión sobre las instalaciones con una OR<sub>a</sub> de 3,18 (IC95% 1,71-5,90).

**Conclusiones:** Así como en los hombres el cumplimiento de las recomendaciones depende de su accesibilidad horaria a instalaciones deportivas, en las mujeres depende de residir en medio rural y de una buena opinión sobre dichas instalaciones.

### 343. CAMBIOS DE ESTILO DE VIDA EN PACIENTES CON SÍNDROME METABÓLICO EN CONSULTA DE ENFERMERÍA. SEGUIMIENTO A 1 AÑO

M.V. Laguna Calle, A. Ba Pedraz, A. Fernández Cruz y N. Martell Claros

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

**Introducción:** El síndrome metabólico es un predictor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares, pero lo verdaderamente preocupante es su alta incidencia en los diferentes grupos de edad según demuestran los estudios. Por este motivo, en Enfermería debemos trabajar en cambios de estilo de vida de forma intensa y prioritaria para disminuir su alta prevalencia.

**Objetivos:** Estudiar si hay una disminución del síndrome metabólico al adoptar cambios de estilo de vida en los pacientes en consulta de enfermería tras realizar modificación de conductas en alimentación y promover ejercicio físico.

**Métodos:** Se incluyeron 53 pacientes con riesgo cardiovascular moderado, alto y muy alto de la Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico San Carlos, que se valora tras doce meses de intervención. Se realizaron tres tomas de PA siguiendo la guía de la Sociedad Europea de HTA del 2009 y con aparatos validados. Se procede a una intervención individualizada para aprendizaje del cambio de estilo de vida aplicando plan de cuidados estandarizados con valoración específica en riesgo cardiovascular, se estratifica el riesgo, se realiza diagnóstico de enfermería, se marcan objetivos y se diseñan actividades resaltando tipo de alimentación específica para disminuir síndrome metabólico con folletos escritos y gráficos y promoción de ejercicio físico. Se describe la experiencia tras 12 meses.

**Resultados:** Han participado 53 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 60,4% eran varones y al año quedan el 41%, con una edad comprendida de 52,02 ± 15,4 años (rango 17-76 años). Respecto a los AP: diabéticos: 18,9%, dislipémicos: 79,2%, tenían lesión de órgano diana 34%, enfermedad cardiovascular precoz 5,7%, antecedentes familiares de

enfermedad cardiovascular precoz el 71,7%. El IMC varía del 33,17 ± 3,6 kg/m<sup>2</sup> al 30,60 ± 3,5 kg/m<sup>2</sup> (p ≤ 0,00) con una pérdida media de peso de 6,97 kg/m<sup>2</sup>. El perímetro de cintura se redujo de 106,2 ± 10,9 cm a 99,7 ± 9,3 cm que corresponde a una reducción de 6,5 cm. La presión sistólica inicial fue de 132,7 ± 17,2 mmHg llegando a 124,3 ± 11,4 mmHg (p ≤ 0,08) y la presión arterial diastólica de 80,1 ± 10,6 mmHg disminuyó a 75,2 ± 8,9 mmHg (p ≤ 0,08). Al inicio presentaban S. metabólico el 51,2% al finalizar el 48,8%, lo que significa una reducción del 14,6%. Realizaban al inicio E. físico 29,4% y al finalizar se produjo un aumento de un 35,3% alcanzando un total del 64,7% de los pacientes.

**Conclusiones:** Los cambios de estilo de vida focalizados hacia una alimentación cardiosaludable y una pauta de Ejercicio físico diaria es el modelo principal a seguir para eliminar el síndrome metabólico y prevenir enfermedades cardiovasculares.

### 344. HIPOTENSIÓN NOCTURNA: INCIDENCIA EN ISQUEMIAS Y GLAUCOMA DE TENSIÓN NORMAL

M. Entrialgo Rodríguez y A. Arias Arias

Hospital de Cabueñes, Gijón.

**Objetivos:** En el periodo nocturno se produce un descenso de la presión arterial considerado fisiológico (patrón dipper) existiendo caídas más pronunciadas (dipper extremo) y se dan tanto en normotensos como en hipertensos. Existen referencias sobre descensos bruscos y prolongados de la PA naturales o inducidos por medicación antihipertensiva como responsables de patologías isquémicas (lesiones isquémicas cerebrales silentes o patologías oftalmológicas isquémicas). El glaucoma es una patología ocular no isquémica que se presenta bajo varias formas clínicas. El más frecuente es el crónico simple de etiología y fisiopatología desconocida que afecta al 1,5% > 40 años y aumenta con la edad hasta el 7% > 80 años siendo una de las principales causas de ceguera. Es asintomático y de progresión lenta, y solo se diagnóstica por exploración clínica. Se observó que pacientes diagnosticados de glaucoma de tensión normal (GNT) (tensión ocular normal) que eran hipertensos y tenían realizada una MAPA presentaban valores muy bajos de PA en la noche, lo que llevó a pensar que esta HPN podría estar presente en todos los pacientes con este diagnóstico. El objetivo de este estudio es analizar la presencia de HPN (por porcentaje de descenso en las presiones o por valor absoluto de las mismas) en pacientes diagnosticados de GNT y comparar con población afín de RCV a través de la MAPA.

**Métodos:** Para la muestra a fin de evitar sesgos, se atiende a las características del grupo de estudio (glaucoma) en cuanto a edad, con o sin HTA y sin otra patología cardiovascular añadida. Se incluyen 37 pacientes divididos en tres grupos: 1- GNT (n 13), 2- Control (n 17) y 3- Control I (n 7) igual que grupo control pero diagnosticados de proceso isquémico lacunar silente o neuritis isquémica óptica. Los datos se obtienen por MAPA de 24 horas. Se utiliza monitor Spacelabs 90207. Se analizan además de edad y sexo las siguientes variables la PAS, PAD y la presión arterial media (PAM) como marcador de perfusión de órgano blanco, en periodo diurno (D) y noctur-

no (N) y para los valores mínimos registrados en la noche (P), % de descenso en PAS y PAD y el nº de lecturas totalizadas < 20% del descenso nocturno y nº de lecturas PAS < 100 y PAD < 60 en la noche. Los datos se analizan con paquete estadístico SPSS v18. Pruebas de contraste  $\chi^2$ , t de Student y ANAVA MLG para medidas repetidas. Significación estadística  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** No hay diferencias significativas para a la edad (p 0,718) ni para el sexo (p 0,379), PAD noche (p 0,257) descenso nocturno PAS (p 0,760) y PAD (p 0,180), ni en las lecturas < 20% de PAS o PAD (p 0,563) (p 0,618) o lecturas PAS < 100 (p 0,096) ni PAD < 60 (0,544). El% de descenso nocturno roza la normalidad ( $\pm 10\%$ ) para subir > 30% en el pico de la noche sin diferencias entre los tres grupos así como las lecturas nocturnas PAS < 100 o PAD < 60 (media de  $\pm 4$  lecturas PAS y  $\pm 8$  PAD). Se han encontrado diferencias significativas para la PAS (p 0,000) y PAM (p 0,000): D, N y pico para los grupos 1 y 2 y PAD día (0,008) y pico (p 0,036) sin diferencias con el tercer grupo. La PAD presenta en general valores bajos; D ( $\pm 70$ ) N ( $\pm 60$ ) y P noche ( $\pm 45$ ) en los tres grupos, pero no es significativa en la noche ni su% de descenso.

**Conclusiones:** Con las limitaciones que derivan del reducido tamaño de la muestra, y de la práctica ausencia de bibliografía y estudios sobre HPN para comparar, se puede decir que respecto a la MAPA: los pacientes de GNT comparten perfil de HPN con los pacientes diagnosticados de procesos isquémicos silentes. Es más diferenciadora la PAS que la PAD, señalada en algún estudio como factor relevante en la HPN. La PAM ha resultado relevante por significación estadística y por los bajos valores presentados (65-70 en la noche). ¿Cuenta más el % de descenso o el valor de la PA para constatar HPN? Con todo parece interesante llamar la atención sobre los episodios de HPN por las posibles consecuencias, y sobre todo considerando que es más fácil de manejar cuando se produce inducida por fármacos que cuando sucede de forma natural.

### 345. PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL EN EL SEGUIMIENTO POR ENFERMERÍA DEL PACIENTE HIPERTENSO. EXPLORACIÓN FÍSICA

C. Castillo Peris<sup>1</sup>, L. Guerrero Llamas<sup>2</sup>, C. Herrero Gil<sup>3</sup>, M.P. Roda Ribera<sup>4</sup>, A. Talens Almiñana<sup>5</sup> y C. Sanchis Doménech<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital de la Ribera, Alzira. <sup>2</sup>Hospital 12 de Octubre, Madrid.

<sup>3</sup>CS de Coreia, Gandia. <sup>4</sup>Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva. <sup>5</sup>CS de Tavernes de la Valldigna, Valencia. <sup>6</sup>CS de Algemesi, Valencia.

**Introducción:** La falta de control de la PA puede deberse a: 1) factores relacionados con los pacientes (falta de adherencia al régimen prescrito), 2) factores asociados a la asistencia sanitaria prestada por los profesionales médicos y de enfermería.

**Objetivos:** Observar la práctica clínica habitual de los profesionales de enfermería (PE) en el manejo del paciente hipertenso en seguimiento por enfermedad crónica.

**Métodos:** Diseño del estudio: estudio multicéntrico, Nacional de dos fases: 1ª. Transversal. 2ª. Retrospectivo a las tres últimas visitas anteriores a la visita de inclusión en el último año. Población de estudio: pacientes adultos HTA atendidos por enfermería en Centros de AP de España y Consultas de Unidades de HTA. Se evaluó PAS, PAD, FC, número de medidas, peso, talla, cumplimiento, recomendaciones y derivación.

**Resultados:** Participaron 115 (PE) de toda España 82,6% AP y el 17,4% de Unidades de HTA o CCEE. Se evaluó a 575 pacientes con 1.650 visitas. Media edad de 67,71 años (DE: 11,24 años), proporción de mujeres 53,7%. Se registran, 1 medida 69,7%, 2 medias 35,45%, 3 medidas de la PA en el 27,8%. La talla se registra 82,6% de las visitas, el peso 88,5% y el perímetro abdominal el 50,6%.

**Conclusiones:** Bajo registro de las medidas de la PA, solo una tercera parte se les realiza tres medidas. El perímetro abdominal solo se registra en la mitad de los pacientes.