

Enfermería

260. VALORACIÓN Y CONOCIMIENTO DE LAS CIFRAS TENSIONALES POR PARTE DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BARCELONA CIUDAD

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

ICS, Barcelona.

Introducción: Una gran parte de la población hipertensa no conoce su condición, y por ello no controla su enfermedad. Prevenir la hipertensión nos ayudará a reducir tanto la mortalidad como la morbilidad así como enfermedades asociadas, por ello pretendemos valorar el conocimiento de la patología y poder incidir en su control en caso de hallarse presente.

Objetivo: El objetivo del estudio es valorar el conocimiento que presentan los profesionales de enfermería que prestan servicios en la atención primaria de Barcelona ciudad de sus cifras tensionales.

Métodos: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Mediante la encuesta realizada personalmente a los profesionales de enfermería se estudia los conocimientos que presentan de sus cifras tensionales. En caso de desconocimiento se procede a la toma de tensión para valorar y catalogar sus cifras. Criterios de inclusión: Personal de enfermería que compone la plantilla de Atención Primaria de Barcelona Ciudad como personal estatutario en el Instituto Catalán de la Salud que realiza funciones de enfermería asistencial y que se encuentre presente el día que se realiza la encuesta y quiera colaborar. Período de estudio: enero-diciembre 2013

Resultados y conclusiones: En proceso.

261. ESTUDIO LIPOFREE: EFICACIA DEL USO DE LIPODEX EN EL CONTROL DE LAS LIPODISTROFIAS

D. Rodríguez Ibáñez y R.O. Medina Sánchez

Consulta de Alimentación David Rodríguez, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La diabetes mellitus (DM) se sitúa como uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, y su control ha de considerar prioritario en los objetivos consensuados en las consultas de Educación para la Salud. Éstas incluyen el control de las complicaciones en la administración de la insulina en vía subcutánea, y la habitual se denomina lipodistrofia, definiéndose esta como la alteración de la hipodermis, secundaria a la repetida administración de insulina en el mismo lugar. Esta complicación no es reversible y el mejor tratamiento es la prevención. La mejor manera de evitar esta complicación potencial de la inyección de insulina es rotar regularmente los sitios de inyección. Y la Enfermería juega un papel primordial en esta Educación para la Salud, realizando

una adecuada formación y un seguimiento oportunístico. Entre las tareas clave del educador en DM, se incluye formar pacientes (y a otros profesionales sanitarios) en cómo inyectar correctamente y abordar los obstáculos psicológicos que el paciente debe afrontar cuando se inyecta, especialmente al inicio de su tratamiento, así como la prevención de las lipodistrofias, mediante las recomendaciones antes mencionadas y el uso de productos específicos para el mismo objetivo, tales como LIPODEX.

Objetivo: El propósito de este estudio es el de valorar la intervención en educación diabetológica sobre las técnicas y cuidados en la zona de la inyección de insulina con Lipodex crema, aplicado una vez al día sobre la zona de inyección, en el paciente que se inyecta insulina, frente a un grupo control. Evaluar la eficacia del uso de LIPODEX y una correcta educación diabetológica en el control y prevención de las lipodistrofias. Evaluar el grado de control del paciente en cuanto a su DM en relación con el control de las lipodistrofias.

Métodos: Tipo de estudio: estudio aleatorio, observacional, longitudinal, retrospectivo y multicéntrico. Período de estudio: recogida de datos del 1 marzo de 2013 al 31 de diciembre del 2013. Criterios de inclusión: paciente con diagnóstico de DM1 o DM2, insulinizado con múltiples dosis y que presente cifra de HbA1c en su Historia Clínica realizada en los últimos 3 meses. Plan de trabajo: realizando una captación aleatoria y cumpliendo con los criterios de inclusión mencionados, se hará una entrevista inicial, en donde se recogerán los datos necesarios y se le facilitará al paciente las muestras gratuitas de LIPODEX, en caso de formar parte del Grupo de Acción, haciendo un control a los 3 meses. A la vez, se hará el seguimiento de un Grupo de Control, del mismo número de usuarios que el de Acción, y en el mismo periodo, pero sin administrarles LIPODEX. Variables: HbA1c, IMC, dosis de insulina, perímetro de cintura, eventos relacionados con la inyección de insulina en la zona de inyección, (edema-inflamación, alteraciones de la grasa subcutánea, infección local).

Resultados: Pendiente de análisis y obtención de los mismos al hallarnos en el periodo de recogida de datos.

262. DIAGNÓSTICO “ESTILO DE VIDA SEDENTARIO” COMO BASE DE UNA INTERVENCIÓN PARA MEJORAR Y MANTENER EL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN HIPERTENSOS

M.L. Guitard Sein-Echaluce¹, J. Torres Puig-Gros¹, J.M. Gutiérrez Vilaplana², D. Farreny Justríbó¹ y G. Espigares Tribó¹

¹Facultad de Enfermería, Universidad de Lleida, Lleida. ²Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: Son varios los motivos que pueden originar la presencia de hábitos no adecuados para un buen control de las cifras tensionales por lo que una intervención estándar puede no conseguir los mismos efectos en distintos pacientes. El diagnóstico de enfermería *Estilo de vida sedentario*, a través de sus factores relacionados, ayuda a concretar las causas de la realización de una actividad física insuficiente. Entre estos factores se encuentra la

Tabla Comunicación 262.

Grupo edad	Preparados						
	Total	n	%	ORc	IC95%	ORa	IC95%
Jóvenes 18-44a	14	8	57,1	1		1	
Adultos 45-64a	111	54	48,6	0,78	0,47-1,28	0,71	0,23-2,18
Mayores 65-80a	171	33	19,3	0,34	0,19-0,58	0,18	0,06-0,56

ORc: Odds ratio cruda; ORa: Odds ratio ajustada; IC95%: Intervalo de confianza del 95%.

falta de interés o motivación. El cuestionario Prochaska, de estadios de cambio, permite identificar a los individuos preparados para cambiar su hábito sedentario (contemplación y decisión) y aquellos que aún no lo están (precontemplación).

Objetivo: Identificar los factores asociados con una actitud preparada hacia al cambio de hábito en la realización de actividad física.

Métodos: Estudio transversal (abril de 2008-junio de 2009) incluyendo hipertensos de 18 a 80 años, atendidos en 9 unidades básicas de atención de 5 áreas básicas de salud, urbanas y rurales. Se excluyeron aquellos en los que la actividad física estaba contraindicada. Se formularon preguntas sobre otros factores relacionados del diagnóstico estilo de vida sedentario: Conocimientos sobre los beneficios del ejercicio físico (consejo recibido), y recursos (conocidos que practican AF, opinión sobre instalaciones) además de otras variables de control (edad, sexo, ámbito de residencia). La información se obtuvo por entrevista personal. Las variables cualitativas se presentan a través de porcentajes y las cualitativas a través de la media y la desviación estándar. El análisis univariante se realizó a través de la prueba de ji-cuadrado y la Odds cruda ORc y el multivariante a través de la regresión logística binaria Odds ratio ajustada (Ora). El nivel de significación aceptado fue de $p < 0,05$ y el programa estadístico empleado fue el SPSS v.20.

Resultados: Se obtuvieron un total de 786 entrevistas. Fue mayor el porcentaje de hombres preparados para el cambio (36,7%) que el de mujeres (28,0%) y también mayor en el ámbito urbano (35,3%) que en el rural (25,0%). No se identificó relación con la opinión sobre las instalaciones deportivas ni con los consejos recibidos sobre práctica de actividad física. La única variable que se asoció con el hecho -estar preparado- fue la edad, siendo los jóvenes los más preparados tal como se muestra en la tabla.

Conclusiones: El diagnóstico NANDA estilo de vida sedentario identificar factores que contribuyen al hábito a modificar. Los consejos estándar no se asocian con la preparación para el cambio. Hay que tener en cuenta otras circunstancias como la edad, lo que condicionarán el tipo de intervenciones a seleccionar.

263. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE HIPERTENSO PARA PREVENIR EL DETERIORO DE LA FUNCIÓN RENAL

J.L. Martín Espejo y F. Cirera Segura

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Actualmente uno de los factores de riesgo que con mayor prevalencia ocasiona el deterioro de la función renal (FR) es la HTA. La etiología vascular ha pasado a ser una de las principales causas de ERC en España. Con este trabajo, nos propusimos revisar, organizar y actualizar la información que Enfermería debe proporcionarle a los pacientes con HTA que acuden a la consulta de ERCA, así como las actividades necesarias para retrasar el posible deterioro de la función renal.

Métodos: Se revisaron las actuaciones de Enfermería que se realizan en nuestra unidad, así como la última bibliografía publicada, para redactar tanto la información como las actividades que se deben realizar en la consulta ERCA a los pacientes con HTA.

Resultados: Consideramos prioritarias para la prevención o enlentecer el deterioro de la FR en la consulta a los pacientes con HTA, fueron: proporcionar información al paciente sobre las diferentes actitudes para controlarla PA y disminuir los FRCV, conservarla FR cuando esté afectada, mejorar parámetros biológicos y síntomas, procurar una calidad de vida aceptable y en los pacientes con ERCA, retrasar la necesidad de diálisis. Para los cuidados de Enfermería en las sucesivas consultas a los pacientes con HTA, será imprescindible contar con una historia de Enfermería. Desarrollamos las actividades y recomendaciones a realizar en la consulta de Enfermería. Toma de

constantes vitales: en todas las consultas, se medirá la PA y Pulso en ambos brazos, al menos la primera vez que acude, tanto en decúbito como en orto. Siguiendo las normas de la SEH-LELHA. Si detectara aumento de la cifra en alguno de los brazos en consulta posteriores este será el brazo de referencia para la PA. Si interesa se puede utilizar el AMPA. **Medidas higiénico-dietéticas:** Enfermería debe educar al paciente con HTA desde la primera consulta para prevenir complicaciones que se pueden presentar a corto o largo plazo. La edad es un factor de riesgo a considerar en los pacientes con HTA. La obesidad es un factor importante a tener en cuenta por lo que la talla, el IMC y el peso corporal una medida a realizar sistemáticamente si no se corresponde con peso ideal del paciente. El sobre peso puede relacionarse con edemas. El ejercicio físico moderado a los pacientes con HTA y un IMC corporal elevado, como caminar al menos 1 hora al día. La dieta en los pacientes con HTA debe ser hiposódica, donde el consumo sea < 6 g/día, además que no favorezca otros factores de riesgo. Informar al paciente de los alimentos ricos en sal. El estrés: Enfermería deberá estar atenta a las situaciones de estrés, que puedan vivir los pacientes. El consumo de alcohol tiene repercusión sobre la PA. La FR e interfiere con los hipotensores. **Tabaco:** el riesgo aumentado de los fumadores de padecer CCV unidas a la HTA. **Anticonceptivos orales:** informar a las mujeres con HTA que toman anticonceptivos orales, que sube la PA. Cuando las medidas higiénico-dietéticas, han fracasado y la HTA se mantiene, el tratamiento será medicamentoso. Enfermería debe de conocer los efectos indeseables de los hipotensores. La analítica es una de las herramientas de trabajo de Enfermería para el cuidado de pacientes con HTA, donde se podrá detectar las alteraciones de la FR. Otras de las medidas que debe adoptarla Enfermería en la consulta, es evitar los estados hipercatabólicos. Sobre la medicación, Enfermería debe explicar y hacer comprender al paciente la importancia de los medicamentos, para concienciar al paciente de su toma, dosificación, horario, duración y vía del tratamiento.

Conclusiones: Hemos conseguido actualizar y unificar la información que Enfermería debe proporcionar a los pacientes con HTA de la consulta ERCA, así como las actuaciones que Enfermería debe llevar a cabo para controlarla HTA y retrasar el deterioro de la FR.

264. REALIDAD DE LA HTA EN EL SNU DIURNO DEL CS BARRIO ATLÁNTICO

D. Rodríguez Ibáñez y S. Poyatos Alemán

CS Barrio Atlántico, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La hipertensión arterial (HTA) supone uno de los principales factores de Riesgo Cardiovascular, así como uno de los pilares de las actividades de los profesionales de la Atención Primaria de Salud (APS). Tanto los médicos, en su labor de valoración y control de la medicación, como la Enfermería, en su labor de Educación para la Salud y autocontrol, tratan a diario a personas con HTA y diagnostican nuevos casos. En los Servicios Normales de Urgencia de APS se atienden a diario pacientes con crisis hipertensivas, tanto como motivo principal de consulta como secundario a otra sintomatología. El SNU Diurno del CS Barrio Atlántico, compuesto por un Médico de Familia y un Enfermero, pretende valorar la realidad de la HTA en este servicio, con el afán de identificar la incidencia de esta patología en esta ZBS, sentando las bases de una futura Educación para la Salud y de programas de Promoción y Fomento de la Salud en este grupo concreto de pacientes.

Objetivo: General: conocer la incidencia de pacientes con cifras de HTA que acuden por cefalea, mareos o dolor torácico al SNU Diurno CS Barrio Atlántico. Específicos: censar las cifras de tensión arterial y frecuencia cardíaca a todos los pacientes que acuden al SNU Diurno de esta ZBS por cefalea, mareos o dolor torácico. Registrar los diagnósticos de HTA en Historia Clínica informatizada de

dichos pacientes. Conocer el tratamiento antihipertensivo que toman. Registrar el control del RCV.

Métodos: Diseño: estudio de investigación, prospectivo, aleatorio. Material: hoja de recogida de datos, tensiómetro, Historia Clínica informatizada Drago AP del SCS. Criterios de inclusión: acudir al servicio con uno de los motivos de consulta a estudio. Período de estudio: del 28 de octubre al 31 de diciembre del año 2013. Variables: independientes: sexo y edad. Dependientes: cifra de PA, cifra de frecuencia cardíaca, motivo de consulta, diagnóstico de HTA previo, tratamiento antihipertensivo, control del RCV. Plan de trabajo: siguiendo patrones de la Guía Española de HTA, y manteniendo indicaciones de la Guía Europea, se realiza la toma de PA en consulta a todos aquellos pacientes que cumplan con el criterio de inclusión. A través de la Historia Clínica informatizada Drago AP del SCS, se obtienen los demás datos necesarios para el registro en la hoja correspondiente. Análisis de datos: los datos son registrados en una base de datos a través del programa informático SPSS 11.5 versión española y analizados en el mismo.

Resultados: Encontrámonos en el periodo de recogida de datos, estamos pendientes para realizar el análisis estadístico y poder emitir resultados, discusión y conclusiones al respecto.

265. CONTROL Y TRATAMIENTO DE SU HIPERTENSIÓN POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE BARCELONA CIUDAD

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

ICS, Barcelona.

Introducción: La hipertensión es uno de los principales factores de riesgo modificables de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. Dado que es susceptible de control y tratamiento, se persigue valorar su realización para poder incidir en la disminución de la morbilidad.

Objetivo: El objetivo del estudio es valorar el control y tratamiento que realizan los profesionales de enfermería que prestan servicios en la atención primaria de Barcelona ciudad de su hipertensión.

Métodos: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Mediante la encuesta realizada personalmente a los profesionales de enfermería se estudia el control y tratamiento que realiza de su patología. Criterios de inclusión: personal de enfermería que compone la plantilla de Atención Primaria de Barcelona Ciudad como personal estatutario en el Instituto Catalán de la Salud que realiza funciones de enfermería asistencial y que se encuentre presente el día que se realiza la encuesta y quiera colaborar. Período de estudio: enero-diciembre 2013.

Resultados y conclusiones: En proceso.

266. VALORACIÓN DE LA OBESIDAD EN LA ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR SEGÚN GUÍA DE LA SOCIEDAD EUROPEA DE HIPERTENSIÓN/SOCIEDAD EUROPEA DE CARDIOLOGÍA 2013 EN UNA POBLACIÓN DE HIPERTENSOS

I. Arias Rodríguez¹, J.M. Gutiérrez Vilaplana¹, E. Samsó Piñol¹, I. Torrelles Charlez¹, M.V. Peña García¹, M.L. Guitard Sein-Echaluce², T. Vidal Ballesté¹, J. Roig Cárcel¹ y E. Fernández Giráldez¹

¹Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ²Universitat de Lleida, Lleida.

Introducción: Diferentes guías de práctica clínica recomiendan la estratificación del riesgo cardiovascular (RCV) con el objetivo

de proporcionar el abordaje terapéutico más adecuado. La estratificación según modelo de las sociedades europeas de hipertensión y de cardiología (ESH/ESC) valora factores de RCV como la obesidad abdominal mediante el perímetro de cintura (PC), ≥ 102 cm en el caso de los hombres y 88 cm en las mujeres. En la actualización del 2013 se propone además, utilizar el índice de masa corporal (IMC).

Objetivo: Actualizar la valoración de la obesidad como factor de riesgo para la estratificación del RCV, según recomendación ESH/ESC 2013, en los pacientes de una unidad de hipertensión hospitalaria.

Métodos: Estudio descriptivo observacional transversal de una población de hipertensos. Se incluyeron 1052 pacientes incidentes en una unidad de hipertensión durante el periodo enero 2010-septiembre 2013. Se valoraron los indicadores de obesidad para la estratificación del RCV total inicial según recomendación de la ESH/ESC 2013. Variables analizadas: sexo, edad, IMC, PC, nº de indicadores de obesidad. Se realizó una estadística descriptiva de las variables, Se calculó: frecuencia, media y desviación estándar. Para el análisis de datos se utilizó el programa SPSS 11.5 para Windows.

Resultados: La edad media de la muestra resultó ser de $58,9 \pm 13,5$ años ($\geq 18-91$ años), siendo superior en el caso de las mujeres; $60,4 \pm 14,3$ años. En relación a la distribución por sexo el 56,1% ($n = 590$) fueron hombres frente al 43,9% ($n = 462$) de mujeres. La media de IMC de la muestra fue de 30,1 (16,7-53,6), DE 5,12. La media de PC en los hombres resultó ser de 105 cm (76-155 cm), DE 11,60, versus 98,1 cm (67-136), DE 12,6. El factor de riesgo IMC (≥ 30) estuvo presente en el 45,8% ($n = 482$) del total de la muestra. En la distribución por sexo, los hombres presentaron el IMC como factor de riesgo CV en un 43,6% ($n = 257$) frente al 48,7% ($n = 225$) en el caso de las mujeres. Se encontró obesidad abdominal en el 65,1% ($n = 685$) del total de la muestra. El 55,9% ($n = 330$) de los hombres presentó un PC ≥ 102 cm, frente al 76,8% ($n = 355$) de las mujeres tenían un PC ≥ 88 cm. El 43,3% ($n = 456$) de la muestra tenía alterados los dos indicadores de obesidad, en el caso de los hombres este porcentaje se redujo al 39,5% ($n = 233$) mientras que en las mujeres fue del 48,3% ($n = 223$). El 32% ($n = 337$) de los pacientes no presentaron obesidad, en el caso de los hombres 39,3% ($n = 232$) frente al 22,7% ($n = 105$) en las mujeres.

Conclusiones: 1. Mediante estratificación del RCV (ESH/ESC 2013), el 45,8% ($n = 482$) de los pacientes incrementaron en un factor RCV su riesgo CV total. 2. La inclusión del IMC como indicador de obesidad en la estratificación del RCV (ESH/ESC 2013) puso de manifiesto la subestimación de la obesidad en un 2,6% ($n = 26$) de los pacientes, utilizando anteriores versiones de estratificación del RCV. 3. La alteración del IMC como único indicador de obesidad sólo estuvo presente en el 2,5% ($n = 26$) de los hipertensos a expensas de los hombres; 4,1% ($n = 24$).

267. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL ICTUS TRANSITORIO Y LA RECURRENCIA EN FORMA DE ICTUS EN LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE NEUROLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO ARNAU DE VILANOVA DE LLEIDA

E. Setó Gort¹, P. Jurschik Giménez¹, F. Purroy García², R.B. Guiu Badia², I. Benhabdelhak Abbou², H. Capellino Castellnou³, E. Aliet Farrus³, R.M. Oliver García³ y L. Brieva Ruiz²

¹Facultat d'Infermeria, Universitat de Lleida, Lleida. ²Servei de Neurologia; ³Direcció d'Infermeria, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Introducción: El accidente isquémico transitorio (AIT) es considerado uno de los factores de riesgo (FR) modificables más impor-

tantes a la hora de padecer un ictus. En un 23%, están precedidos por él. El riesgo es máximo en las primeras 48 horas, y durante los 90 días. Es vital realizar una valoración especializada urgente para identificar la etiología del AIT, y establecer medidas de prevención secundarias.

Objetivo: Analizar la relación entre las características de los pacientes atendidos en el Servicio de Neurología del Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida (HUAV) con diagnóstico de AIT durante 5 años y la aparición de recurrencia en forma de ictus.

Métodos: De 511 pacientes, se excluyeron: 10 por ser derivaciones, 5 por ingreso programado, 2 por AIT intrahospitalario y 25 por no estar correctamente recogida la hora del inicio de los síntomas (n = 469). Estudio descriptivo observacional transversal. Estadística descriptiva. SPSS18.0. Las variables fueron: edad, sexo, lugar de residencia, fecha y hora del inicio de los síntomas, lugar de primera evaluación, fecha y hora de llegada al servicio de urgencias (URG), tiempo de demora de la llegada a URG, recurrencia en forma de ictus, tiempo des del AIT a la aparición de la recurrencia y la presencia de distintos FR.

Resultados: Media de edad: 71 años. 56,3% hombres. Un 67,8% viven fuera de Lérida. Un 11,1% de los pacientes padecieron ictus. Este se presentó pasadas las 48 horas, pero dentro de los 90 días. Un 43,4% de los pacientes llegan a URG antes de las 3 horas. El que activa el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) llega antes de 1 hora. La hipertensión arterial (HTA) está presente en un 67% de casos. Un 27,7% presentan a la vez 2 FR. Si asociamos la HTA al antecedente (AP) de cardiopatía isquémica (CI), incrementan los casos de ictus. La HTA, la diabetes mellitus (DM) y la fibrilación auricular (FA) se presentan en pacientes ≥ 65 años. El consumo de alcohol y tabaco es más presente en pacientes < 65 años y en hombres. Existe mayor proporción de hombres con AP de CI. El paciente con este AP acude a URG. El paciente 2 FR llega pasada 1 hora. El paciente con 4 FR llega pasadas las 3 horas. En los pacientes con 5 FR existe mayor proporción de ictus. Un 50,5% de pacientes fueron evaluados en los centros de Atención Primaria (AP), estos tienen la residencia fuera de Lérida.

Conclusiones: La edad, sexo y prevalencia de ictus posterior son comparables a otros registros. Esta apareció pasadas las 48 horas pero dentro de los 90 días. La HTA es el FR más común. Si lo asociamos a la CI, incrementa la proporción de ictus posterior. Como también el padecer 5 FR de manera simultánea. El paciente con AP de CI, acude a URG. Casi la mitad de los pacientes llegan en 3 horas a URG. El paciente que activa el SEM llega antes de 1 hora. En más de la mitad de los casos, el paciente es valorado en los centros de AP, población que reside fuera de Lérida.

268. SEGUIMIENTOS EN CONSULTA DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN DE RIESGOS Y CUIDADOS CARDIOVASCULARES

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

Centro de Salud Juncal, Atención Primaria Área Este, Torrejón de Ardoz.

Objetivo: La enfermedad cardio-cerebrovascular es una importante causa de muerte prematura e invalidez con aumento de coste sanitario. En la prevención, profesionales de Atención Primaria de los más implicados. Estrategias preventivas: detección precoz, guías, Educación para la salud (EPS),... Día Europeo Prevención Riesgo Cardiovascular (RCV), Semana de la Salud (2012), nuestro centro participó con actividades e intervenciones en cuidados car-

diovasculares, abordaje global de factores riesgos, promoción de salud, colaboración con instituciones sociosanitarias (Ayuntamiento-Especializada). Carteles informativos y actividades. Folletos informativos, recomendaciones sobre estilos vida saludable. Consejos, recomendaciones hábitos cardiosaludables. Taller educativo RCV. Población 40-65 años. Con el objetivo de captar, informar y promover hábitos de vida saludable, conocer factores prevalentes de RCV, determinar Score, fomentar la importancia de acudir a consulta de enfermería comunitaria, educar en salud (EpS): Aclarar dudas, seguimientos posteriores (citas concertadas) para mejorar y mantener salud.

Métodos: Estudio descriptivo prospectivo. De marzo 2012 a noviembre 2013. Paquete analítico PSPPIRE. Seguimientos en consultas de enfermería de la población captada, realización de planes de cuidados e intervenciones: asesoramiento nutricional, fomento actividad/ejercicio, prevención sustancias nocivas, EpS, identificación de riesgos, monitorización signos vitales, fomento hábitos de vida saludables con información, recomendaciones y consejos oral y escrito.

Resultados: Se concertaron citas de seguimientos a pacientes captados. Planes de cuidados: conducta generadora de salud, tratamiento ineficaz, desequilibrio nutricional por exceso, sedentarismo, entre otros. 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), monitorización signos vitales. Recomendaciones y consejos tanto oral como escrito. Captación 2012: 130 personas: 79 mujeres, 51 hombres (54,54 años/media). Score medio: 1,4% (0-7%). Fumador (20%). Hipertensión (46,15%). Colesterolemia (37,70%). Obesidad (30,77%). Obesidad abdominal (46,92%). Seguimientos (20 meses): 130 pacientes. 79 mujeres, 51 hombres. Score 1,4% (0-7%). Fumador 10,77%. Hipertensión 9,23%. Colesterolemia 20,77%. Obesidad 22,31%. Obesidad abdominal 19,23% (61,54% no hay registro). Citas 5,64 (DE 3,63) (2-24).

Conclusiones: Ha mejorado la hipertensión, obesidad, colesterolemia, tabaco, pero un porcentaje elevado no hay registro de perímetro abdominal. Objetivos cumplidos. Todavía nos queda mucho camino por recorrer y mejorar. Las claves fundamentales: detección precoz, seguimientos, intervención comunitaria, EpS: adecuada, estructurada, oral y escrita, personalizada y grupal.

269. RIESGO CARDIOVASCULAR Y ÁCIDO ÚRICO: ¿EXISTE ASOCIACIÓN?

J.J. López Hernández¹, M.M. Martínez González¹, L. Campo Alegria¹, C. Fernández Pereda¹, M.I. Armentia González², J. Gaitán Valdizán¹, B.A. Lavín Gómez⁴ y P. Muñoz Cacho³

¹Servicio Cántabro de Salud, CS Pisueña-Cayón, Sarón. ²Servicio Cántabro de Salud, CS La Vega Zapatón, Torrelavega. ³Servicio Cántabro de Salud, Unidad Docente GAP, Santander. ⁴Servicio Cántabro de Salud, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: El ácido úrico es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de hipertensión arterial (HTA), posiblemente por daño tubulointersticial y microvascular sobre el riñón. Se postulan asociaciones con disfunción endotelial, hiperactividad simpática y resistencia a insulina, por las que podría ejercer una acción directa sobre la patogénesis de la HTA. No existe consenso sobre el tratamiento de la hiperuricemia asintomática con vistas a la prevención de HTA y complicaciones renales y cardiovasculares.

Objetivo: Determinar la asociación entre niveles de ácido úrico y variables asociadas a riesgo cardiovascular (RCV) como: control de tensión arterial (TA), diabetes mellitus (DM), índice de masa corporal (IMC), perímetro abdominal (PA), RCV medido por ecua-

ción de Framingham según IMC y lípidos y ecuación SCORE, enfermedad renal, microalbuminuria, tabaco y uso de estatinas.

Métodos: Se estudiaron 365 pacientes hipertensos. Se tomaron 2 categorías de ácido úrico: Hombres: 1): ácido úrico ≤ 7 mg/dl, 2): > 7 mg/dl. Mujeres: 1): $\leq 5,7$ mg/dl y 2): $> 5,7$ mg/dl. Se consideró buen control de TA $< 140/90$ mmHg realizando triple medición de la TA simultánea en ambos brazos, con un dispositivo Microlife Watch Office ABI, tomando la de mayor medida. Se valoraron 2 categorías de IMC: 1) ≤ 30 y 2) > 30 . Se consideró PA patológico: hombres: > 102 cm y mujeres > 88 cm. Se calculó la Ecuación Framingham según IMC y lípidos y escala SCORE, y SCORE modificado con HDL, para valorar RCV. Y la fórmula EPI CKD, para determinar enfermedad renal. Se consideró microalbuminuria positiva > 30 mg/g creatinina.

Resultados: El 54,8% son mujeres, con edad media de 66 años los hombres y 68 años las mujeres. Tenía la TA controlada el 43,6%, microalbuminuria positiva 7,4%. Tomaba estatinas el 53,7%, y fumaba el 8,8%. El 75,6% presentaba un PA anormal. Enfermedad renal grado III el 12,6% y grado IV 0,8%. El 24,1% valores de ácido úrico elevados. Encontramos asociación en mujeres entre edad y ácido úrico ($p: 0,029^*$), IMC ($p: 0,000^*$), enfermedad renal ($p: 0,001^*$), PA ($p: 0,001$) y DM ($p: 0,008^*$). Se obtuvo relación positiva entre tabaco y ácido úrico, las mujeres fumadoras tenían niveles de ácido úrico más bajos que las no fumadoras. En hombres, se objetivó una relación positiva entre ácido úrico y microalbuminuria y SCORE. No relación entre ácido úrico y Framingham lípidos, Framingham IMC, toma de estatinas, ni HTA controlada.

Conclusiones: No encontramos relación entre ácido úrico e HTA. Sí hallamos relación entre ácido úrico e IMC, enfermedad renal, DM y PA pero sólo en mujeres. Las mujeres suelen presentar niveles de ácido úrico menores que los hombres, probablemente debido al efecto uricosúrico de los estrógenos, que podría perderse en la menopausia, lo que explicaría el resultado. Algunos grupos como Framingham Heart Study, han desestimado el ácido úrico como factor de RCV.

270. MOTIVACIÓN EN LA PÉRDIDA DE PESO: EJE CENTRAL EN EL CAMBIO

D. Rodríguez Ibáñez y R.O. Medina Sánchez

Consulta de Alimentación David Rodríguez, Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La realidad de las consultas de Enfermería centradas en riesgo cardiovascular (RCV) objetiva reducciones de peso $< 5\%$, sin alcanzar las metas propuestas y sin obtener mejoras en su RCV. En la Consulta de Alimentación David Rodríguez, se propone a los usuarios, de manera individual, y fundamentada en una motivación elevada y autogenerada, un plan de alimentación sano, respetando la pirámide de la alimentación, con una reducción de un 20% de Kcal frente a su metabolismo basal, usando como herramienta secundaria una rutina en ejercicio moderado. Se establecen controles quincenales, en donde se varían los almuerzos y cenas.

Objetivo: Valorar la eficacia de la metodología de la Consulta de Alimentación David Rodríguez en la pérdida de peso. Valorar la mejora del RCV en los pacientes que acuden a la Consulta de Alimentación David Rodríguez.

Métodos: Estudio aleatorio, retrospectivo, longitudinal y observacional. Variables a estudio: independientes: sexo y edad; Dependientes: peso inicial, IMC inicial, grasa corporal inicial, grasa visceral inicial, masa músculo esquelética inicial, presión arterial inicial, HbA1c inicial, motivación inicial, propuesta calórica, peso final, IMC final, grasa corporal final, grasa visceral final, masa músculo esquelética final, PA final, HbA1c final y motivación final. Plan de trabajo: se establece una revisión de las historias de los usuarios, que cumpliendo con los criterios de inclusión men-

cionados, han estado o están en la Consulta de Alimentación David Rodríguez. El muestreo se realiza de forma aleatoria simple, partiendo de un total de 467 usuarios en el periodo a estudio, se usa una N de 100.

Resultados: La pérdida de peso a los 2 meses, con la metodología aplicada, es de $9,2 \text{ kg} \pm 1,7$, situándose la bajada del IMC en $3,7 \pm 0,2$ puntos. La grasa corporal disminuyó un $3,2 \pm 0,6\%$, así como la grasa visceral en un 1%. La masa musculoesquelética aumentó en un $0,4 \pm 0,3\%$. De esta N de 100 usuarios, un 18% presentaban algún RCV, y en ellos, los resultados muestran una reducción en las cifras de PA de $14/6 \pm 3/2$ mmHg y de un $1,2 \pm 0,3\%$ en la HbA1c. La motivación inicial fijaba una media de superior a 8 puntos en la escala analógica, disminuyendo 2 ± 1 puntos al final del periodo a estudio. A realizar la tabla de contingencias, se objetiva una relación estadísticamente significativa entre las variables edad y sexo (< edad y varones) y la pérdida de peso y con el IMC, así como en las mujeres con la PA. Si. Relacionamos las variables dependientes entre sí, y centrándonos en la motivación, se objetiva una tendencia a la mayor pérdida de peso cuanto mayor sea la motivación, sin llegar a establecerse una relación estadísticamente significativa.

Conclusiones: La metodología de la Consulta de Alimentación David Rodríguez resulta eficaz en la pérdida de peso, al como en lograr los objetivos de reducción de IMC, mostrando el mantenimiento de la motivación como una herramienta primordial. Con esta metodología, las mujeres menores de 41 años con RCV consiguen una reducción significativa de sus cifras de PA. Se objetiva una tendencia positiva a la reducción de GC, GV así como HbA1c en pacientes con RCV.

271. FRECUENCIA DE HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ATROSCLERÓTICA

A. Sánchez Martín¹, L. Beltrán Romero¹, I. Narrillos Martín¹, C. Velasco García¹, R. Torres Jiménez¹, J.J. Cruz Troca², J.R. Banegas Banegas² y J. García Puig¹

¹Unidad Metabólico-Vascular, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, IdiPaz, Madrid. ²Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Universidad Autónoma de Madrid, IdiPaz, Madrid.

Introducción y objetivo: La presencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica se ha asociado a un mayor riesgo de hipoglucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2), pero desconocemos si esta complicación se relaciona con un mayor número de territorios vasculares afectados. Hemos determinado la frecuencia de hipoglucemias en pacientes con DM2 y patología vascular aterosclerótica de uno o ≥ 2 territorios.

Métodos: Estudio retrospectivo, transversal, de pacientes atendidos en la Unidad Metabólico-Vascular del Hospital Universitario La Paz (septiembre 2012 a noviembre 2013) con DM2 y al menos un evento cardiovascular aterosclerótico previo (cardíaco, cerebrovascular o arteriopatía periférica). Se evaluó la ocurrencia de algún episodio de hipoglucemia en los 14 meses de seguimiento (glucemia capilar < 70 mg/dL con síntomas asociados).

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes (hombres, 48 [84%]) con una edad media de 70 años (rango intercuartílico, 62-79). El tiempo medio desde el diagnóstico de DM2 fue (media \pm DE) $12,9 \pm 8,7$ años. Cuarenta enfermos (72,4%) tenían un territorio vascular afectado y 16 (28,6%) dos o más. La afectación coronaria fue el territorio vascular más frecuentemente afectado (35/56 enfermos, 62,5%). En los 14 meses de seguimiento detectamos 29 hipoglucemias en 11 pacientes (todas resueltas por el mismo enfermo), con una mediana de 2 hipoglucemias por paciente (rango intercuartílico, 1-4). La HbA1c media en los pacientes con un territorio arterial

afectado fue de 6,4% (insulina, 9/40 enfermos) y los que tenían ≥ 2 territorios enfermos de 6,8% ($p = 0,09$) (insulina, 7/16 enfermos). En el análisis univariante la presencia de ≥ 2 territorios vasculares afectados se asoció de forma significativa con la ocurrencia de hipoglucemias (OR 6,8; IC95%, 1,6-28,4; $p = 0,009$). En el análisis multivariante que incluyó la edad, el filtrado glomerular y la HbA1c, la relación se mantuvo de forma consistente (OR 9,0; IC95%, 1,3-61,2; $p = 0,024$).

Conclusiones: En este estudio piloto la presencia de una mayor carga arteriosclerótica (≥ 2 territorios vasculares afectados) se asoció a una mayor frecuencia de hipoglucemias.

272. AL AÑO DE UNA EDUCACIÓN GRUPAL ¿MEJORA EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS?

S. Duran Alcoba¹, R. Bordallo Galaso², C. López Ramírez¹, F. Mera Cordero³, V. Duran Alcoba⁴ y M. Dueñas Milán⁵

¹ABS Dissent Setembre, El Prat de Llobregat. ²ABS Gelida, Gelida.

³ABS El Pla, Sant Feliu de Llobregat. ⁴ABS La Palma de Cervelló-Corbera, La Palma de Cervelló. ⁵Diaverum (Centro de Diálisis del Baix Llobregat), L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivo: Evaluar el riesgo cardiovascular a través del Regicor al año de realizar una intervención grupal en pacientes hipertensos de tres áreas básicas de salud del Prat de Llobregat y comprobar la efectividad de la educación grupal en relación a los FRCV.

Métodos: Estudio descriptivo, ámbito urbano. Muestra de 68 usuarios con edades comprendidas entre 45 y 69 años. Se recogen datos basales de la hoja de monitorización de la historia clínica, que consta de datos clínicos y entrevista directa, previa a la realización de la educación grupal. Se obtienen datos relacionados con la edad, sexo, cifras de tensión arterial, índice de masa corporal, dieta, actividad física, cumplimiento farmacológico, consumo de alcohol, consumo de tabaco, Regicor y comorbilidad con diabetes mellitus. Dividimos la muestra en 3 grupos para realizar talleres teóricos sobre etiopatogenia de la hipertensión, medidas higiénico-dietéticas y cambios de estilo de vida. 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. Después de la intervención, se evalúan al año los datos de las variables estudiadas.

Resultados: De los 68 voluntarios, en la recogida de datos al año de la intervención, se omitieron a 5 pacientes. Un paciente había sido exitus, otro no se le pudo calcular el Regicor porque presentaba un evento cardiovascular y del resto no disponíamos de datos recogidos al año de la intervención. Los voluntarios fueron, 16 hombres y 46 mujeres. Antes de la intervención, presentaban un cálculo de RCV a través del Regicor de 5,879. Pasados el año desde la educación grupal, el cálculo del Regicor era de 5,535.

Conclusiones: Según los datos obtenidos, la educación grupal no consigue una mejoría significativa en cuanto a la mejoría del Regicor si lo comparamos como grupo, pero a la hora de diferenciar entre sexos se observa una disminución de casi 1 punto el Regicor en el sexo femenino.

273. A MANO O A MÁQUINA

C. Herrero Gil¹ y G. Belenguer Civera²

¹CS Corea, Gandia. ²CS Xàtiva, Xàtiva.

Introducción: La arteriopatía periférica (AP) puede dar lugar a la aparición de úlceras crónicas localizadas en el área afectada y claudicación intermitente (CI). Existe una técnica no invasiva, sen-

cilla de realizar, barata y altamente reproducible como es la medición del Índice tobillo-brazo (ITB). Un ITB inferior a 0,9 permite detectar con una sensibilidad del 95% y una especificidad del 100%, la presencia de una estenosis superior al 50% en el territorio vascular del miembro inferior. El hecho de que la determinación del ITB sea una prueba barata, simple, objetiva, no invasiva y de fácil realización en la consulta, su determinación consume un tiempo pocas veces disponible, especialmente en las consultas de atención primaria. Recientemente se ha validado un nuevo dispositivo oscilométrico que facilita la medición del ITB en consulta, de forma más práctica y rápida. Se trata del tensiómetro automático WatchBP Office ABI. Nuestro objetivo en este estudio es medir la concordancia entre los dos métodos de realizar el ITB, el clásico con el doppler y el esfingomanómetro manual y la nueva con el oscilómetro WatchBP Office ABI.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, observacional, realizado en el ámbito de la atención primaria. Se han evaluado 72 sujetos a los que se les realizó una determinación del ITB con el método clásico y otra con el nuevo oscilómetro. Antes se les hizo a cada uno de ellos una breve historia clínica para determinar la edad y sus factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y síntoma de claudicación intermitente. Se consideró un valor bajo/patológico un ITB < 0,9, además también se consideró patológico un ITB $\geq 1,4$ o incomprensible. Los valores de ITB $> 0,9$ y $< 1,4$ se consideraron normales. Todas las determinaciones las realizó la misma persona. Estudio estadístico: las variables cuantitativas se presentan como media y desviación estándar y las cualitativas como porcentaje. Para la medición de la concordancia entre los dos métodos diagnósticos se utilizó el índice de concordancia de Kappa. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa SPSS, versión 15.0 para Windows y el programa EPIDAT 3.1.

Resultados: Se han realizado 72 determinaciones de ITB, 41 (57%) son hombres y 21 (43%) son mujeres. Con respecto a los factores de riesgo cardiovascular, 44 (61%) son hipertensos, 34 (47%) presentan dislipemia, 30 (42%) dicen ser diabéticos, 20 (28%) son fumadores y 17 (24%) son exfumadores. Al ser interrogados sobre los síntomas de claudicación, 23 (32%) de los estudiados dicen presentar síntomas claros de claudicación intermitente. Finalmente concluir diciendo que el índice de concordancia Kappa en el tobillo derecho es 0,57, con un intervalo de confianza (95%) significativo [0,3293-0,8135] y en el tobillo izquierdo es 0,44, con un intervalo de confianza (95%) significativo [0,1355-0,6753]. Ambos índices según la clasificación de Landis y Koch tienen un grado moderado de concordancia.

Conclusiones: El nuevo tensiómetro WatchBP es de fácil manejo, más rápido, no hay que hacer cálculos y presenta una concordancia aceptable frente a la técnica manual.

274. CONCORDANCIA ENTRE LA PRESIÓN ARTERIAL CENTRAL, PRESIÓN ARTERIAL BRAQUIAL EN SEDESTACIÓN Y MAPA EN EL PACIENTE HIPERTENSO TRATADO

I. Valdés Gross, A. Torres do Rego, E. Bello Martínez, C. Recarte García-Andrade, L.A. Álvarez-Sala Walther, A. del Castillo Rueda y F.J. Rodríguez Rodríguez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivo: Evaluar la concordancia entre la PA de pacientes hipertensos tratados mediante tres instrumentos: presión arterial central (PAC), presión arterial braquial en sedestación en consulta (PAB) y monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) y analizar diferencias.

Métodos: Diseño descriptivo, se incluyen 176 pacientes, en los que se recogen datos antropométricos: edad, sexo, talla, peso, perímetro abdominal, índice de masa corporal (IMC) de la consul-

ta de HTA del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Se midió la PA a todos los pacientes mediante tres instrumentos: medición de MAPA mediante un dispositivo oscilométrico de medición automática de la presión arterial (Tonoport V) se tomaron PA cada 15 min en periodo diurno y cada 30 min en periodo nocturno; se realizó estimación de la PA central mediante ecografía (Mylab Twice, Esaote), equipado con una sonda lineal que opera a 4-13 MHz; y PAB en sedestación en la consulta con dispositivo oscilométrico OMRON y se calculó la media y desviación estándar de todas ellas. Se halló la media del conjunto de diferencias y su desviación estándar mediante los gráficos de Bland y Altman. La concordancia se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI), se basa en un modelo de análisis de la variancia (ANOVA) con medidas repetidas. Su valor se extiende entre 0 y 1, siendo 1 un perfecto acuerdo y 0 un acuerdo nulo. Se interpretó según la clasificación de Fermanian. Se ha considerado aceptable un CCI > 0,51.

Resultados: Fueron evaluados 176 pacientes: 58,2% eran del sexo masculino y el promedio de edad fue de $64,69 \pm 11,44$ años. El promedio del IMC fue de $28,74 \pm 5,12$ kg/m². El promedio de perímetro abdominal fue $96,21 \pm 13,15$ cm. Los valores promedios de presión sistólica (PAS) y de presión diastólica (PAD) encontrados por la medida braquial fueron $142,68 \pm 17,19$ mmHg y $81,08 \pm 11,23$ mmHg, respectivamente. En la medida central, el promedio de la PAS fue $127,42 \pm 16,311$ mmHg, y el de la PAD fue $81,01 \pm 11,34$ mmHg. El promedio de las medidas por la MAPA fue de $135,61 \pm 16,29$ mmHg y $80,28 \pm 11,87$ mmHg para PAS y PAD respectivamente. Las diferencias de las medias entre las PAS braquial y central fueron $5,15 \pm 18,81$, PAS central y MAPA $88,57 \pm 18,63$, PAS braquial y MAPA $-6,78 \pm 18,31$. En las PAD braquial y central $0,09 \pm 2,41$, central y MAPA $-0,71 \pm 0,83$ y braquial y MAPA $-0,53 \pm 11,05$. El coeficiente de correlación intraclass siempre fue para las PAS y PAD braquial y central, para la TAD central y MAPA, y TAD braquial y MAPA > 0,51. En cambio para la PAS central y MAPA, y para la TAS braquial y MAPA el CCI fue < 0,51.

Conclusiones: Existe concordancia entre las medidas braquiales y centrales tanto para la PAS y PAD, también hay concordancia entre la TAD central y MAPA y las TAD braquial y MAPA. En cambio no hay concordancia entre la PAS central y MAPA y la TAS braquial y MAPA. Esto indica que los resultados de las medidas de las PAS no se pueden intercambiar en la práctica clínica. A partir de estos resultados analizaremos la asociación existente entre las diferentes medidas de PA y el daño de órgano diana.

275. ASOCIACIÓN DEL ÍNDICE GLUCÉMICO Y LA CARGA GLUCÉMICA DE LOS ALIMENTOS CON EL ÍNDICE DE AUMENTO PERIFÉRICO EN ADULTOS

J.I. Recio Rodríguez¹, L. García Ortiz¹, M.A. Gómez Marcos¹, C. Agudo Conde¹, M.C. Patino Alonso², L. Gómez Sanchez¹, C. Martínez Salgado¹, M. Gómez Sanchez¹, E. Rodríguez Sánchez¹ y J.A. Maderuelo Fernández¹

¹Unidad de Investigación, CS La Alamedilla, Salamanca.

²Departamento de Estadística, Universidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivo: El objetivo de este estudio es analizar la asociación del índice glucémico y la carga glucémica en la dieta habitual con el índice de aumento radial o periférico en una muestra de adultos sin enfermedades cardiovasculares.

Métodos: Muestreo aleatorio de 1.553 participantes del estudio EVIDENT, con una edad media de 55,7 años y 39,7% de varones. El índice glucémico y la carga glucémica junto con la ingesta calórica de cada participante fue evaluado con un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, previamente validado, que incluyó 137 ítems. El índice de aumento periférico (PAIx75) y la presión

arterial central se evaluaron con el Pulse Wave Application Software (A Pulse). Se midió la actividad física habitual durante 7 días con acelerómetro (Actigraph GT3X) y la presión arterial clínica con un dispositivo OMRON M10-IT.

Resultados: De entre los participantes, el 32,6% tenían hipertensión, 31,9% dislipemia y 12,4% diabetes mellitus II. La presión arterial clínica fue 123/76 mmHg y el PAIx75 88%. La ingesta calórica total fue de 2.329 kcal con 42,62% de carbohidratos, 17,3% proteínas y 36,7% grasas. Tras ajustar los resultados por factores de confusión (edad, sexo, presión arterial, índice de masa corporal, tabaquismo, actividad física, ingesta calórica y presencia de fármacos con efecto hipotensor, antidislipélicos y antidiabéticos), se observó que por cada incremento de 5 unidades en el índice glucémico, los participantes tenían un 0,11 (IC95%: 0,04, 0,19) de incremento en los valores del PAIx75. De igual forma, por cada 10 unidades de aumento de la carga glucémica, los individuos tenían un incremento de 1,18 (IC95%: 0,28, 2,08) en los valores de PAIx75.

Conclusiones: El IG y la CG están directamente asociados con el PAIx75 en adultos, independientemente de la edad, sexo, nivel de actividad física y otros factores de riesgo cardiovascular

276. CIGARRILLO ELECTRÓNICO Y TABAQUISMO

I. Belenguer Ricarte¹, G. Belenguer Civera¹, C. Herrero Gil² y R. Lekerika Llopis³

¹Centro de Salud de Atención Primaria, Xàtiva. ²Centro de Salud de Atención Primaria, Gandia-Corea. ³Centro de Salud de Atención Primaria, Meliana.

Objetivo: Recientemente los conocidos cigarrillos electrónicos (e-cigs) están siendo potenciados y consumidos por un alto porcentaje de fumadores como alternativa al cigarro convencional, estos aparatos mediante una combustión de un sistema de calentamiento electrónico consigue la emanación de un humo similar al del cigarrillo de tabaco puro comercial. Actualmente las dudas sobre su uso e utilidad así como las concentraciones de nicotina y sus posibles efectos negativos para la salud están siendo evaluados por las diversas autoridades sanitarias habiéndose creado en estos momentos un gran debate al respecto de su validez y contenido hacia los usuarios reales y potenciales.

Métodos: Se realiza un seguimiento telefónico y de encuesta personal en Centro de Salud de Atención Primaria a un total de 110 usuari@s incluidos en programa anti-tabaco y que no todos consiguieron el abandono del hábito tabáquico, tan solo un 16%, solicitándoles a todo el grupo a estudio la respuesta a una encuesta relacionada con el uso o contacto con el dispositivo electrónico como alternativa a otras terapias o tratamientos anti-tabaco propuestos en consulta clínica.

Resultados: Los usuarios que abandonaron el hábito tabáquico durante la campaña en el año 2013 en un total del 40% han probado el cigarrillo electrónico en la fase de deshabituación, el resto ha renunciado aduciendo miedo al craving. De los fumadores activos que no abandonaron el hábito y por tanto siguen siendo consumidores, un 70% ha adquirido el cigarrillo electrónico, un 10% no, y un 20% tan solo lo ha probado en el comercio donde se lo ofertaron, rechazándolo por la diferencia del acto de pipetejar y por el precio solicitado. Tan solo un total de 3 usuarios han podido ser catalogados como no fumadores, tras las pruebas clínicas, después del uso del cigarrillo electrónico, por contra el resto simultanea el cigarro puro junto al cigarrillo electrónico.

Conclusiones: El cigarro electrónico no es evidencia del abandono del tabaco. Los fumadores simultanean tabaco puro y cigarro electrónico. Los profesionales sanitarios y los usuarios no tienen suficiente información al respecto de los aparatos vapeadores.

277. ¿ES ÚTIL LA REHABILITACIÓN CON EJERCICIO AERÓBICO EN INSUFICIENCIA CARDIACA PARA MEJORAR LA CAPACIDAD FUNCIONAL?

C. Agudo Conde¹, J.I. Recio Rodríguez¹, M.A. Gómez Marcos¹, L. García Ortiz¹, C. Rodríguez Martín¹, C. Castaño Sánchez¹, A. de Cabo Laso¹, B. Sánchez Salgado¹, M.C. Patino Alonso² y J.A. Maderuelo Fernández¹

¹Unidad de Investigación, CS La Alamedilla, Salamanca,

²Departamento de Estadística, Universidad de Salamanca, Salamanca.

Objetivo: Analizar la eficacia de un programa de ejercicio supervisado en la mejora de la capacidad funcional medida con el Test de los 6 minutos caminando en pacientes con insuficiencia cardiaca.

Métodos: Ensayo clínico aleatorio. Se incluyeron 32 pacientes con insuficiencia cardiaca en clase funcional NYHA II-IV, con fracción de eyección < 50% determinada por ecografía. Los pacientes fueron derivados por el servicio de Cardiología del Hospital Clínico al Centro de Salud La Alamedilla de Salamanca. Tras la firma del consentimiento informado, se optimizó el tratamiento y se realizó educación sanitaria según la guía de la Sociedad Europea de Cardiología. Los sujetos fueron aleatorizados en 2 grupos: Intervención (GI) y control (GC). El GI realizó un programa progresivo de ejercicio aeróbico supervisado con intervalos de alta intensidad y ejercicios de fuerza durante 3 meses. El GC recibió consejo mínimo habitual de ejercicio. La medida principal de resultado fue el cambio en el número de metros caminados en el T6min a los 3 meses.

Resultados: Ambos grupos eran comparables en sus características basales (edad, sexo, presión arterial, IMC, y parámetros de laboratorio). En la visita inicial el GI alcanzó una media más baja de pasos que el GC en el T6min (419 ± 54 vs 480 ± 81, p < 0,05). Los resultados del T6min a los 3 meses muestran un aumento del número de pasos en el GI respecto al grupo de control, que disminuye el número de pasos (44,3 ± 25,9 vs -10,8 ± 38,3, p < 0,001).

Conclusiones: En sujetos con insuficiencia cardiaca, la rehabilitación cardiaca con ejercicio aeróbico supervisado con intervalos de alta intensidad en atención primaria puede ser útil en la mejora de la capacidad funcional medida con el test de los 6 minutos.

278. PERCEPCIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR EN UNA POBLACIÓN AMBULATORIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

D. Pérez Manchón

Servicio Madrileño de Salud, Brunete.

Objetivo: Estimar la prevalencia y el grado de conocimiento de la población de sus factores de riesgo cardiovascular y conocer la

concordancia entre riesgo cardiovascular percibido y riesgo real estratificado con la tabla SCORE.

Métodos: Estudio transversal, aleatorio, estratificado por edad, realizado en el ámbito de atención primaria en el centro de salud de Brunete (Madrid). La población de estudio era de 6883 personas con edades comprendidas entre 18 y 69 años. La muestra final incluida en el estudio fue representativa y estratificada en cinco grupos etarios, con un total de 369 personas. Las variables del estudio fueron sociodemográficas, de factores de riesgo como HTA, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, tabaquismo, diabetes mellitus, hiperglucemia basal y obesidad (IMC y abdominal), de percepción de riesgo cardiovascular, físicas (frecuencia cardíaca y presión arterial), antropométricas (peso, talla, IMC y perímetro abdominal), analíticas y recogidas de la historia clínica. Para estratificar el riesgo cardiovascular se utilizó la tabla SCORE calibrada en España.

Resultados: El 49,6% de la población estudiada eran hombres, con una edad media de 41,2 años ± 12,9 y el 50,4% mujeres con una media 41,2 años ± 11,8. La prevalencia estimada de los distintos FRCV fue del 31,4% para tabaquismo (IC95% 26,56-36,30), 23,8% para HTA (IC95% 18,36-28,32), 26,3% para obesidad según criterios de IMC (IC95% 21,66-30,91) y del 37,9% según el perímetro abdominal con recomendaciones de la ATP-III (IC95% 32,85-43,02), el 39% de hipercolesterolemia (IC95% 33,91-44,13), el 17,9% de hipertrigliceridemia (IC95% 13,84-21,93), el 15,7% de hiperglucemia basal (IC95% 11,86-19,56) y el 4,6% de diabetes mellitus (2,33-6,88). El grado de concordancia entre factor de riesgo declarado y estimado fue muy buena para tabaquismo, buena para diabetes mellitus, moderada para HTA, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia y baja para estados prediabéticos. La estratificación del RCV calculado con la tabla SCORE fue de bajo riesgo en el 26% de la población (IC95% 17,08-25,73), moderado en el 58,6% (IC95% 43,-53,47), alto en el 2,6% (IC95% 0,54-3,78) y muy alto en el 12,8% (IC95% 7,29-13,84). El grado de concordancia entre riesgo percibido y real fue muy débil o insignificante (Í. Kappa 0,036).

Conclusiones: La población de estudio tiene un riesgo moderado de sufrir un evento cardiovascular en los próximos 10 años y el riesgo en hombres es mayor que en mujeres a partir de 30 años, lo que se ajusta razonablemente a los datos de publicados en España. La prevalencia de tabaquismo es similar a estudios poblacionales en España pero mayor que la publicada en la encuesta nacional y europea de salud. La prevalencia de obesidad abdominal y sedentarismo también es mayor. Las posibles causas de la baja percepción de riesgo cardiovascular en la población pueden ser entre otros, la ineficacia de los programas de salud, la falta de tiempo del profesional y la enorme brecha existente entre recomendaciones de sociedades científicas y su aplicación en la práctica clínica.