

Enfermería

265. PROGRAMA POR FIN ES JUEVES. ¿HASTA DÓNDE MEJORA EL CONOCIMIENTO DE LA DIABETES? DATOS PRELIMINARES DE UN CENTRO DE SALUD URBANO

J.A. Muñoz, J.D. Rosell, E. Martínez, T. Ricart, A.F. Navarro, F. Hernández, A. Martínez, M.R. Hernández, M.D. Viguera y M. Leal

CS Docente San Andrés.

Introducción: El Programa Por fin es Jueves es una iniciativa de educación para la salud en pacientes diabéticos cuyo objetivo es que profesionales sanitarios y pacientes puedan trabajar juntos para lograr un mejor control de estos pacientes minimizando la complicaciones cardiovasculares asociadas a la diabetes. Para ello se ha puesto en marcha en nuestro Centro de Salud un programa de formación para diabéticos tipo 2 consistente en una sesión presencial de una hora de duración cada dos semanas (siempre en día de la semana jueves).

Objetivo: Analizar el impacto del programa Por fin es Jueves en el grado de conocimiento de los diabéticos sobre su enfermedad.

Métodos: Se trata de un estudio de intervención realizado sobre 16 diabéticos tipo 2 que recibieron 4 sesiones formativas sobre diabetes de una hora de duración cada una. Se incluyeron pacientes de 45 a 70 años con hemoglobina glicosilada > 7,5%. El contenido de las sesiones formativas se descargó de la plataforma www.porfinesjueves.com. A todos los participantes se les aplicó una encuesta validada (Dunm et al. Diabetes Care. 1984;7:36-41) sobre conocimientos en diabetes antes de comenzar la primera sesión y al acabar la cuarta. La puntuación obtenida estaba comprendida entre 0 (ningún conocimiento) y 14 (máximo conocimiento).

Resultados: La edad media de los diabéticos incluidos fue de $64,2 \pm 5,2$ años y su hemoglobina glicosilada de $8,1 \pm 1,1\%$. El IMC medio fue $30,4 \pm 4,2$ Kg/m². La encuesta sobre conocimientos en diabetes mostró los siguientes resultados: a) Antes de la primera sesión: La puntuación media fue de $7,09 \pm 3,8$ puntos (sobre 14), lo que equivaldría a un 5,06 sobre 10. El 56,25% obtuvieron una puntuación de 5 o más puntos sobre 10. b) Después de la primera sesión: La puntuación media fue de $8,85 \pm 3,3$ puntos (sobre 14), lo que equivaldría a un 6,32 sobre 10. El 87,5% obtuvieron una puntuación de 5 o más puntos sobre 10.

Conclusiones: El programa por fin es jueves mejora de forma significativa los conocimientos sobre diabetes en nuestros pacientes, por lo que es necesario fomentar iniciativas de educación para la salud en estos pacientes.

266. TALLERES DE COCINA Y HÁBITOS SALUDABLES. NUESTRA EXPERIENCIA COMO PROYECTO PILOTO

E. Tornay, M. Prieto, J. Cano, R. Calvillo, A. González, J. Merino, C. Martínez y A. Checa

CS Juncal.

Introducción: La Carta de Ottawa define promoción salud: proceso que incrementa control y mejora de salud. La prevención desarrolla medidas, acciones para promover bienestar y reducir riesgos. Nuestro Centro de Salud participó en Semana de Salud de nuestro municipio en 2013, con taller de cocina y hábitos saludables, para fomentar estilos vida cardiosaludable. Los resultados llevaron al proyecto de talleres similares.

Objetivo: Realizar talleres educativos teórico práctico para población adulta, enseñar a configurar alimentación cardiosaludable con recetas de cocina, promocionar estilos vida saludable, fomentar prevención de riesgos cardiovasculares. Los participantes adquirirán conocimientos, habilidades para mejorar autocuidados, estilos vida cardiosaludable.

Métodos: Estudio prospectivo, talleres educativos teórico práctico participativo interactivo, población adulta de nuestro municipio. Captación: carteles informativos. Realizar talleres: centro salud, asociaciones, entidades relacionadas con salud. Asistentes 6-20 personas/taller, clima grupal cálido, 3-5 sesiones/1 hora, según lugar y condiciones permitidas. Docentes 3-4 enfermeras. Pre-post test semiestructurado. Encuesta de satisfacción. Elaboración de documentación para entregar. Presentación PowerPoint. Temas: aspectos básicos de enfermedad cardiovascular, factores de riesgos y prevención, decálogo cardiosaludable, dieta mediterránea, elaborar menús, trucos, combinar alimentos, recetas, consejos, recomendaciones, webs de interés, autocuidados, gastronomía, estilos vida saludable, actividad física, aspectos psico-emocionales. Práctica e interactividad: recetas cardiosaludable, elaboración menú directo.

Resultados: Estudio prospectivo. Diciembre 2013-Octubre 2014. Paquete analítico PSPPIRE. 6 talleres realizados. Clima cálido. 3 sesiones/taller, 75 minutos. 108 personas. Asistencia media/taller 18. Ratio 9-23 personas/taller. Docentes: 3 enfermeras/taller. Temarios adaptados: cardiovascular, diabetes, hipertensión, insuficiencia renal, esclerosis. Encuesta de satisfacción: 75% mucho interés. 25% bastante interés. 87,96% aprendieron cosas útiles. 12,04% aprendieron algunas y otras las sabían. 12,96% marcan todos los temas. 87,04% alimentación cardiosaludable, aspectos básicos. 75% prevenir riesgos. 50% elaborar menús. 37,96% dieta mediterránea. 62,96% no modificarían. 25% nº sesiones. 12,04% horario. 75% duración adecuada. 25% corta. Calificación ponentes 9,8. Documentación entregada muy útil 87,96%. 12,04% útil. Participación 93,52%. Pre-Test: 50% conocen hábitos saludables, 12,04% no contesta, 37,96% no conocen. 43,52% conocen factores estrés. 56,48% no saben. 25% clasifican alimentos adecuadamente. 25% no contestan. 50% incompleto. 32,41% conocen beneficios actividad física: duración, frecuencia, intensi-

dad. 56,48% no hacen ejercicio físico. 43,52% realizan actividad física, de ellos 17,02% correctamente. 31,48% asocia hábitos tóxicos a causa de morbilidad. 25% no contesta. 43,52% no saben. 37,04% conocen 4 factores riesgo cardiovascular. 43,52% no saben. 19,44% conocen 1 factor. Post-Test: 88,89% conocen hábitos saludables. 11,11% no contesta. 77,78% conocen factores estrés, 22,22% conocen algunos. 66,67% clasifican alimentos adecuadamente. 33,33% incompletos. 66,67% conocen características beneficiosas actividad física. 37,04% realizarán ejercicio físico. 43,52% realizan. 19,44% no contesta. 77,78% asocia hábitos tóxicos a causa de morbilidad. 77,78% conocen 4 factores riesgo cardiovascular. 11,11% conoce 3. 11,11% conoce 2.

Conclusiones: Objetivos cumplidos, interés por adquirir conocimientos preventivos y estilos vida saludable. Aumentan conocimientos. Satisfacción óptima. Asistencia mayor de la esperada, adecuada participación. Como conclusión, los talleres obtuvieron resultados muy gratificantes y pensamos realizar talleres de refuerzo al año.

267. SI PADEZCO PSORIASIS ¿TENGO MAYOR RCV?

J.J. López¹, M.M. Martínez¹, J.J. Gaitán², A. Fernández², O. García-Diego², M.I. Armentia³ y P. Muñoz⁴

¹CS Pisueña-Cayón. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.

³CS Lavega-Zapatón. ⁴Gerencia de Atención Primaria de Santander.

Introducción: La psoriasis es una enfermedad dermatológica, que afecta alrededor del 2% de la población. Debido posiblemente a la naturaleza de la propia enfermedad o a los tratamientos utilizados, se ha detectado en los últimos años, una fuerte asociación con factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial (HTA), diabetes, obesidad etc.

Objetivo: Determinar si existen diferencias en el riesgo cardiovascular (RCV) de una población hipertensa con psoriasis y otra población hipertensa sin psoriasis, de la misma área de residencia.

Métodos: Se estudiaron 416 pacientes hipertensos, pertenecientes a un centro de salud rural, de los cuales el 16% tenían psoriasis. Se determinó índice de masa corporal (IMC), diabetes, tratamientos antihipertensivos, grado de control de la tensión arterial (TA) tratamientos hipotensores, antiagregantes, anticoagulantes, estatinas, patologías cardiovasculares asociadas (fibrilación auricular, ictus, cardiopatía isquémica, microalbuminuria (se consideró positiva > 30 mg/g creatinina en hombres y 25 en mujeres)), se determinó filtrado glomerular por la fórmula CPK-Epi, clasificando la enfermedad renal en 4 estadios. Se determinó índice tobillo brazo en los diabéticos con un aparato automático Microlife ABI WATCH BP Office. Cálculo de riesgo cardiovascular: Se utilizaron diferentes para parámetros: 1) escala de Framingham, usando lípidos, 2) escala de Framingham usando IMC (determinan el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular a los 10 años en menores de 75 años). 3) escala SCORE, para países de bajo riesgo, usando colesterol total, y 4) escala Score para países de bajo riesgo calibrada con HDL (determinan el riesgo de muerte cardiovascular a los 10 años en menores de 65 años).

Resultados: Encontramos diferencias en algunos parámetros de RCV, en los pacientes con psoriasis, como mayor IMC y TA sistólica, más años de evolución de la HTA, menor uso de IECAS/ARAII. Mayor número de microalbuminuria positiva (media de 21,8 mg/g creat. vs 13 mgr/dl, en los no psoriásicos), HDL más bajo (53 vs 57). Mayor prevalencia de diabetes 32,8%, vs 27,2%, con un grado de control de la diabetes similar, y una HbA1c media en el último año de 7%, a pesar de estar tomando menos antidiabéticos orales y menos insulina. Tenían similares prevalencias de cardiopatía isquémica e ictus, pero los pacientes con psoriasis fumaban más, y consumían más alcohol. Tenían una prevalencia mayor de síndrome de apnea del sueño (6% vs 2,3%), de enfermedad vascular periférica, y de enfermedad renal (el 34% de los psoriásicos tenían filtrados menores a 60 ml/min,

vs 17,8% de los no psoriásicos). Había menor prevalencia de fibrilación auricular, consumo de anticoagulantes y antiagregantes. Y cuando calculamos el RCV medido por Score, Framingham lípidos, y Score HDL, encontramos riesgos superiores en los psoriásicos.

Conclusiones: Hasta hace poco tiempo se ha considerado a la psoriasis como una enfermedad exclusivamente dermatológica, sin embargo nos encontramos ante una población de alto riesgo vascular, con una prevalencia muy alta de diabetes, con manifestaciones más agresivas de la HTA, como enfermedad renal, microalbuminuria, y otras comorbilidades como síndrome de apnea del sueño o enfermedad vascular periférica. Como enfermeros, tendremos que prestar especial atención a esta población, con una enfermedad dermatológica que aparece en edades tempranas de la vida, intentando realizar captación activa para la detección de los FRCV. Para ello tendremos que aprovechar cualquier oportunidad en que aparezcan por la consulta de enfermería (vacunas, heridas...) para la detección de los FRCV y poder incidir en el control de los mismos precozmente.

268. ESTUDIO DE COHORTES SOBRE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN EL DAÑO VASCULAR

A. Barbero, M. Ávila, M.V. Laguna, M. Abad, M. Fuentes y N. Martell

Hospital Clínico San Carlos.

Objetivo: Estudiar la influencia de la alteración vascular en la estratificación del riesgo cardiovascular (RCV).

Métodos: Se realiza medida del índice tobillo/brazo (ITB) con esfigmomanómetro semiautomático Watch BP Office ABI de microlife, considerando patológico ITB < 1. Se mide velocidad de onda de pulso (VOP) por tonometría con un Shygmocor modelo MM3, considerando alterada VOP > 10 m/s. También se mide el grosor íntima media (GIM) con sonda lineal de 12 Mz y un ecógrafo Philips HD7 y la medición se realiza con el software QLAB. Se estratifican los pacientes según la SEH-SEC DEL 2013 y se estudia el cambio de nivel de estratificación cuando añadimos las medidas de ITB, VOP y GIM en el paciente con RCV moderado.

Resultados: Se estudiaron 390 pacientes en dos grupos 40-59 años 168 (43,1%) y > 60 años 222 (56,9%). El 50,5 % eran varones. La prevalencia de la dislipemia es de 59,7%, diabetes es de 25,6%, GIM > 0,7 mm es de 27,3%, VOP > 10 m/s 33,6%, ITB < 1 de 10,5% y presencia de placa a nivel carotídeo de 30,8%. Teniendo en cuenta estos factores, el 59,5% de los pacientes presentan 1 o más de estas alteraciones vasculares, siendo esta prevalencia mayor en el grupo de pacientes diabéticos mayores de 60 años de manera significativa (p < 0,0001) y en la dislipemia en el grupo de los 40-59 años (p < 0,05). De la muestra total de paciente, 260 son estratificados en RCV moderado. Después de realizar las medidas de las posibles alteraciones vasculares, el paciente cambia en un 39,23% su RCV de moderado a alto.

Conclusiones: 1. Los pacientes > 60 años diabéticos tienen mayor prevalencia de alteraciones vasculares. 2. Las medidas realizadas para ver las alteraciones vasculares en pacientes con RCV moderado se reclasifican a RCV alto a más de un tercio de la población.

269. BARÓMETRO DE DIABETES TIPO 2. ESTILOS DE VIDA, PERFIL DE MORBILIDAD Y CONTROL METABÓLICO

D. Pérez¹, M.L. Rodríguez¹, C. Alcibar¹, M. García¹, E. González², M. Redondo², J.C. Sánchez², P. Moriano² y E. Ramos³

¹Consultorio de Salud Brunete. ²Consultorio de Villafranca del Castillo. ³Consultorio de Quijorna.

Objetivo: Conocer el grado de control, estilos de vida y perfil de morbilidad de diabetes tipo 2 en atención primaria.

Métodos: Estudio transversal, multicéntrico, con muestreo aleatorio estratificado por edad y municipio, realizado en 2014 en el consultorio de Brunete, Quijorna y Villafranca del Castillo (zona básica de Villanueva de la Cañada. Madrid). La población era personas de ambos sexos con edades entre 35 y 75 años. El criterio de inclusión fue la tarjeta sanitaria individual y el diagnóstico de diabetes tipo 2. La muestra fue representativa por municipio y sexo, con un total de 129 personas a un nivel de confianza del 95% en una población de 450 personas con diabetes tipo 2 diagnosticada. Las variables fueron sociodemográficas, de nivel de cuidados, de complicaciones y comorbilidad conocidas, factores de riesgo cardiovascular (FRCV), estilos de vida, medidas físicas y variables analíticas del último año. El grado de control metabólico se valoró con la hemoglobina glicosilada (HbA1c) del último año.

Resultados: El 63,6% de la población pertenecía a Brunete, el 13,2% a Quijorna y el 23,3% a Villafranca del Castillo. El 57% eran hombres (64 años $\pm$ 7,2) y el 43% mujeres (62 años $\pm$ 8,6) con una media de diagnóstico de 9,4 y 7,4 años, respectivamente. El grado de control global fue aceptable (HbA1c de 7,1%) siendo en Quijorna del 7,2%, en Brunete 7,1% y Villafranca 7%. El tratamiento habitual era con antidiabéticos orales (67,4%) siendo la combinación antidiabéticos e insulina la que tenía peor control metabólico ($p < 0,001$). Las complicaciones fueron microvasculares (13%), macrovasculares (23%), daño orgánico (21%), comorbilidad (73%) y FRCV (99%), existiendo en éstos últimos mayor proporcionalidad en hombres frente a mujeres, excepto en obesidad abdominal ($p = 0,001$). Los FRCV y eventos más prevalentes fueron la obesidad abdominal (71,3%), HTA (70%), hipercolesterolemia (61,2%), enfermedad arterial periférica (11,6%) e IAM (9,3%). En estilos de vida, el 23% era fumador, de ellos, el 63,3% hombres ($p < 0,001$), el 41% era sedentario sin diferencias por sexo y la adherencia a dieta mediterránea fue del 56% (56,4% en hombres y 55,5% en mujeres). Brunete tenía la mayor proporción de fumadores (66,7%) y sedentarios (66%) pero mayor adherencia a dieta mediterránea con un 57,4% (Quijorna 55% y Villafranca 52,8%). En recursos, existía relación entre control metabólico y visita al médico de familia ($p = 0,005$) junto con seguimiento por especialista y municipio ($p < 0,001$). Los pacientes de Quijorna eran los más frecuentadores (enfermería 6,8 veces/año y medicina 3,9 veces/año). El 70,5% tenía glucómetro con una media de 3 envases (150 tiras) dispensados al año ($p < 0,001$).

Conclusiones: La diabetes mellitus es uno de los problemas de salud más relevantes a nivel mundial. En 2013 fue declarada por la OMS como la 8ª enfermedad que más mortalidad provoca en el mundo. En nuestro estudio, la prevalencia conocida de diabetes tipo 2 en cada municipio es ligeramente inferior a la estimada en la Comunidad de Madrid debido posiblemente, a diferencias poblacionales o a baja captación de diabetes no diagnosticada. El grado de control dista de ser óptimo pero se ajusta a otros estudios poblacionales. Existe una elevada prevalencia de comorbilidad conocida y FRCV con diferencias importantes por municipio, lo que se relaciona con mal control metabólico de la enfermedad (57,7% y 96,2%, respectivamente) en personas con HbA1c $> 8\%$. Esto supone que a medida que aumenta la edad, aparecen complicaciones microvasculares, macrovasculares y daño orgánico subclínico. En cualquier caso, el perfil encontrado en cada municipio se ajusta al perfil de multimorbilidad existente en España. Las diferencias por municipio no son relevantes en el control metabólico pero sí en estilos de vida, aunque con una adherencia a dieta mediterránea en todos ellos por encima del 50% lo que podría tener efecto protector en los niveles de HbA1c%. En definitiva, existe una enorme brecha entre grado óptimo de control, estilos de vida y morbilidad respecto a los recursos utilizados.

270. DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA GUÍA INTERACTIVA PARA PACIENTES HIPERTENSOS MEDIANTE TÉCNICA DELPHI Y ENTREVISTAS A PACIENTES

G. Espigares¹, M.L. Guitard¹, J.M. Gutiérrez², N. Serra³ y A. Guitard¹

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

³INEFC Instituto Nacional de Educación Física de Catalunya.

Introducción: La adherencia al tratamiento en los estilos de vida es mejorable y obliga a buscar nuevas estrategias como intervenciones con materiales educativos. Este hecho hace que los pacientes reciban una gran cantidad de guías y folletos. Para lograr la eficacia y la calidad en la comunicación, se debe asegurar que los materiales están sometidos a procesos de validación, que mejoren su legibilidad.

Objetivo: Diseñar y validar, mediante técnicas cuanti-cualitativas, una guía para pacientes hipertensos receptores de una intervención enfermera para mejorar y mantener el nivel de actividad física.

Métodos: El diseño de la guía se ha realizado mediante un panel Delphi con 15 expertos y 9 entrevistas semiestructuradas a pacientes hipertensos, entre enero y mayo de 2014 en la Unidad de HTA. Un grupo asesor (6 metodólogos) ha supervisado el proceso. Análisis de las entrevistas y observaciones realizado mediante programa OPEN CODE 3.6. Análisis estadístico del Delphi realizado mediante índice de validez de contenido (IVC), probabilidad de acuerdo por azar (Pa) y coeficiente Kappa modificado (K*). Para la validación se han utilizado los cuestionarios validados BIDS y SAM y el programa informático INFELSZ.

Resultados: La "Guía" contiene 52 páginas adaptadas al nivel de los pacientes. Los ítems han ido variando hasta obtener una puntuación de satisfactorio o muy satisfactorio (3 y 4 Likert). Las medias de los estadísticos son: IVC = 0,924, Pa = 0,002 y K* = 0,926. Los ítems con K* superior a 0,929 se han incluido directamente y los restantes han sido revisados. Los 8 indicadores han obtenido una valoración excelente en la versión final de la guía. Escala BIDS obtiene una validez del 95,71% (67 de 70 ítems), mejorando en casi un 10% de la versión inicial (87,14%). Escala SAM llega al 93,18% de efectividad (41/44) definido como material de calidad superior y con una mejora más de 15% (77,27%). El programa INFELSZ obtiene de media 67 puntos (entre 58-71) siendo todas las páginas de normal (55-65p) o fácil lectura (65-80), mientras que inicialmente había algunas de difícil (40-50p) o muy difícil lectura (-40p). En el 96% de los casos en expertos y 88% en pacientes se coincide en que la guía cumple con éxito los 5 criterios con las mejoras implementadas: atracción (incorporación de imágenes, adecuación del tamaño de letra, colores y extensión de la guía), comprensión (adecuación del lenguaje y las siglas), identificación (implementación de frases motivacionales), aceptación (como material de apoyo a la intervención) e inducción a la acción (didáctica y participativa mediante registros personales). Los resultados son similares a los de Barrio, Salazar et al, Moura o Díaz.

Conclusiones: Se constata la necesidad de utilizar métodos cuanti-cualitativos en el diseño y validación de materiales de educación para la salud con la población, que mejoren su legibilidad y comprensión, y como resultado sean más eficaces.

271. EVALUACIÓN DE UNA RECETA DE PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO

D. Rodríguez e I. Medina

CS Barrio Atlántico.

Objetivo: Todo programa de ejercicio físico debe buscar la mejora de la aptitud física, definida esta la capacidad de realizar actividad física moderada sin fatiga. Existe evidencia de que la inac-

tividad supone un mayor riesgo de muerte que el tabaquismo, la obesidad, la dislipemia (DLP) y la hipertensión arterial (HTA) entre los hombres adultos. La SEH-LELHA, a través de su Guía para la prescripción de ejercicio físico (EF) en Pacientes con Riesgo Cardiovascular (RCV), aporta una receta de prescripción de EF con el objetivo de concienciar a los usuarios de la necesidad de esta herramienta para el control de las patologías relacionadas con su RCV. Con lo cual, el objetivo de este trabajo es evaluar una receta de prescripción de EF en pacientes con RCV moderado.

Métodos: Ensayo clínico, prospectivo, aleatorio simple. Población a estudio fueron 57 personas, siendo 31 varones y 26 mujeres con una media de edad de 61 ± 12 . Los criterios de inclusión eran: mayor de edad con RCV moderada, analítica previa < 6 meses, sin discapacidad física. Variables de estudio: independientes: edad y sexo; dependientes: peso, IMC, perímetro abdominal (PA), colesterol total, HDL, LDL, glucemia basal, tensión arterial (TA). Periodo de estudio: 9 meses (evaluando la intervención a los 6 meses). Plan de trabajo: usando de base la receta de prescripción de EF que aporta la mencionada Guía, se simplificó la misma eliminando el cálculo de la frecuencia cardíaca, y sustituyéndolo por mensajes motivacionales. En la primera visita, se pactaba con el usuario el contenido de la prescripción (tipo de EF, frecuencia semanal e intensidad), y en la visita a los seis meses se valoraba el nivel de cumplimiento del EF mediante una escala analógica del 0 al 10 (0% al 100% cumplimiento de lo pactado). Los datos son analizados a través del programa informático SPSS 20.0.

Resultados: Actualmente nos encontramos finalizando el periodo de recogida de datos (finalizamos 15 enero).

Conclusiones: Pendiente de los resultados.

272. CIGARRO ELECTRÓNICO Y ENCUESTA DE PERCEPCIÓN

I. Belenguer¹, O. Vera², T. Bendicho¹, G. Belenguer², A. Ricarte¹ y R. Lekerika²

¹Hospital Universitario Son Espases. ²Centro de Salud.

Introducción: El cigarrillo electrónico inició su aparición en nuestra sociedad de forma visual y evidente de forma inusual y potenciada por empresas impulsadas con un claro afán mercantilista debido a que su reconocimiento de efectividad constatada no era referenciada en nomenclaturas profesionales o reconocida en foros de sociedades científicas reconocidas en temas relacionadas con el tabaquismo y sus consecuencias, por ello las opiniones a favor o de su uso, así como su conveniencia sigue siendo un motivo de discusión y debate actualmente enfrentado.

Métodos: Institucionalmente se celebra el día anti-tabaco o semana sin humo donde los responsables sanitarios realizan campañas donde se intenta potenciar la iniciación o abandono del hábito tabáquico, en este sentido destacan encuestas poblacionales como es la potenciada por la SEMFYC, Consellerías de Sanidad y Ayuntamientos, donde se contemplan las opiniones de los ciudadanos con respecto al tabaquismo. En el presente estudio se contemplan las opiniones recogidas mediante la recogida de datos a pie de mesa informativa y consulta de enfermería generalista con oferta de respuesta a una serie de preguntas relacionadas con el cigarrillo electrónico, su conocimiento y opinión al respecto.

Resultados: Durante el periodo comprendido entre el 31 de mayo (día sin humo) y 28 de noviembre de 2014, se han recogido un total de 1340 encuestas en mesa informativa y mantenida en consulta de Enfermería y abierta a facultativos interesados, dirigida a personas mayores de edad, donde se contempla el concepto del perjuicio o no del e-cig, la influencia sobre las personas de edad / consumo de tabaco temprano, su publicidad o aceptación, así como la implicación del colectivo de la Enfermería en las consultas de Atención Primaria y ámbitos de actuación socio-profesional.

Conclusiones: Amplio desconocimiento sobre el uso/beneficio/perjuicio del cigarrillo electrónico. Enfermería no es un referente informativo respecto al E-Cig. Necesidad de potenciar las Consultas Enfermeras en Tabaquismo.

273. PREVALENCIA DE PADECER DIABETES TIPO 2. MEDIDAS PREVENTIVAS

E. Tornay, M. Prieto, J. Cano, R. Calvillo, J. Merino, A. Pérez, Y. Menéndez, A. González, C. Martínez y A. Checa

CS Juncal.

Introducción: Según la Organización Mundial de Salud, existen 347 millones de personas diabéticas, será séptima causa mortalidad en 2030. Próxima década aumentará el 50% decesos por diabetes, 80% mortalidad en países con ingresos bajos y medios. Casi un 10% de población adulta española padece diabetes, siendo uno de los problemas de salud más importantes, por prevalencia, complicaciones y costes sanitarios generados. Detección precoz y estilos de vida saludable previene o retrasa la diabetes tipo 2. Test de Findrisk predice la probabilidad de desarrollar diabetes en los próximos 10 años. Campaña del Día Mundial de Diabetes 2014, según la fundación de diabetes, marca el primero de tres años (2014-16) de una campaña que se centrará en vida saludable. Con este motivo y en ese día, nuestro centro de salud participa realizando intervención comunitaria en prevención de diabetes.

Objetivo: Captar al mayor número de personas adultas de nuestra zona básica de salud. Informar, aconsejar, recomendar, fomentar estilos vida saludable. Entregar folletos informativos. Realizar Test Findrisk. Evaluar resultados. Programar seguimientos.

Métodos: Población diana: adultos en general de nuestro centro salud. Captación prevista 50 personas. Reunión de equipo para organización y repartos tareas. Recopilar materiales informativos: diabetes, prevención, estilos vida saludable. Carteles informativos en sitios visibles. Organizar mesas, consultas medicina y enfermería donde se captarán y realizarán test de Findrisk, cálculo de índice masa corporal, perímetro abdominal, información, consejos, recomendar estilos vida saludable, prevención, promover salud, entregar folletos. En mesas, consultas enfermería y medicina: prevenir, promocionar salud. Fomentar seguimientos. Derivación a consultas médicas a personas con riesgo alto, muy alto. Concertar citas seguimientos. Paquete estadístico SPSS22 para evaluar resultados.

Resultados: 84 personas captadas: 49 mujeres, 35 hombres. Media Test Findrisk: 10,80 puntos, ratio 0-22, riesgo ligeramente elevado. Edad. Menores de 45 años: 22,62%. Hombres 52,63%, Mujeres 47,37%. Entre 46-54 años: 21,43%. Hombres 22,22%, Mujeres 77,78%. Entre 55-64 años: 30,95%. Hombres 46,15%, Mujeres 53,85%. Más de 65 años: 25%. Hombres 45%, Mujeres 55,14%. Índice masa corporal. Menos 25 años: 31,43%. Hombres 40,74%, Mujeres 59,26%. Entre 26-30 años: 42,86%. Hombres 40,54%, Mujeres 59,46%. Más de 31 años: 25,71%. Hombres 52,63%, Mujeres 55%. Perímetro abdominal centímetros. Menos 94, hombres 28,57%. Menos 80, mujeres 18,37%. Entre 94-102, hombres 34,29%. Entre 80-88, mujeres 38,77%. Más 102, hombres 25,71%. Más 88, mujeres 42,86%. Realización de actividad física regularmente. Hombres 91,43%. No 8,57%. Mujeres 67,35%. No 32,65%. Consumo de frutas y verduras. Hombres 80%. No 20%. Mujeres 91,84%. No 8,16%. Hipertensión. Hombres 54,29%. No 45,7%. Mujeres 42,86%. 57,14%. Antecedentes familiares diabetes. Hombres 42,86%. No 57,14%. Mujeres 59,18%. No 40,82%. En mesas y consultas enfermería, a personas con más de 14 puntos se recomendó pedir cita con su médico para descartar posible diabetes sin síntomas. Concertadas citas seguimientos en consultas.

Conclusiones: Objetivos cumplidos. Captación mayor de la esperada. Hemos observado mayor porcentaje: Mujeres: sobrepeso,

obesidad abdominal, consumo de frutas y verduras, antecedentes familiares diabéticos. Hombres: Hipertensión, realización de actividad física regularmente. Intervenciones comunitarias, educación para la salud y seguimientos, claves fundamentales para prevenir enfermedades, complicaciones y factores cardiovasculares.

274. APLICACIÓN DE UN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ESTANDARIZADO EN UN CENTRO DE SALUD PARA PACIENTES HIPERTENSOS OBESOS

S. González e I. Utiel

CS General Ricardos.

Objetivo: La obesidad es considerada por la Organización Mundial de la Salud como epidemia mundial; ya solo en España de cada 100 adultos 17 padecen obesidad. Por otro lado, la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en población española es aproximadamente del 35% en mayores de 18 años y aumenta al 68% en mayores de 65. Es conocida la relación entre obesidad e HTA, donde ya en el estudio Framingham se observó que la HTA aumentaba el peso. Este exceso de peso podría ser responsable a su vez del 75% o más del riesgo de desarrollar HTA. Y ambos son conocidos como principales factores de riesgo cardiovascular, responsables de una alta

morbimortalidad. El objetivo general es realizar un Proceso de Atención de Enfermería (PAE) que pueda ser utilizado para el control de la hipertensión y obesidad, verificando las áreas de mayor necesidad de cuidados en estos pacientes, para así conseguir la adquisición de un estilo de vida saludable.

Métodos: Se realiza un PAE estandarizado y se administra en 20 pacientes que solicitan tratamiento para su hipertensión y obesidad en el periodo comprendido entre enero 2014 a noviembre 2014. El PAE se compone principalmente de tres instrumentos: hoja de valoración inicial de enfermería, hoja de diagnósticos estandarizados y el historial de plan de cuidados.

Resultados: Se concluye el proceso en 15 pacientes, los cuales presentaron una disminución del 10% del peso corporal, con normalización de la tensión arterial y una importante disminución del perímetro abdominal, consiguiendo disminuir por tanto su riesgo cardiovascular. Las principales dificultades que se identifican durante el proceso y que dificultan la realización del mismo son: malos hábitos dietéticos comiendo fuera del domicilio, sedentarismo, compromisos sociales y baja autoestima.

Conclusiones: Un PAE correctamente diseñado y adaptado a las características de los sujetos hipertensos y obesos es útil en la práctica clínica. El proceso de enfermería se realiza con y para el paciente, fomentando siempre su autonomía y empoderamiento.