



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Prevención de las enfermedades
cardiovasculares en pacientes fumadores.

Autor/es

Verónica Dalda Navarro

Director/es

Santiago Valdearcos Enguídanos

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel
2014

ÍNDICE:

Resumen/abstract.....	3
Introducción.....	5
Objetivos.....	9
Metodología.....	10
Resultado.....	13
Desarrollo Programa Educativo.....	15
• Cronograma.....	17
• Presupuesto.....	17
Discusión.....	18
Sesgos y limitaciones.....	19
Conclusiones.....	19
Bibliografía.....	21
Anexos.....	25

RESUMEN

Título: Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de morbimortalidad en nuestro país. El tabaquismo es uno de los factores de riesgo (FR) más importante en la aparición de estas enfermedades.

Objetivos: Diseñar un programa de educación para la salud (EPS), para proporcionar conocimientos a los fumadores, sobre las ECV. Abordando el tabaco como principal factor etiológico. Identificar a los pacientes que serán objeto del programa de EPS mediante un estudio descriptivo de los FRCV.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en el Centro de Salud Ensanche (Teruel), llevado a cabo en pacientes fumadores. Como paso previo a la realización de un programa de EPS con el objetivo de prevenir las enfermedades CV en pacientes fumadores. Los pacientes que formaron parte del estudio fueron 249.

El programa de EPS constará de cinco sesiones más varias sesiones de seguimiento.

Resultados: La media de edad de la muestra es de 47,83 años, de los cuales 53,4% son hombres. El 42,9% son fumadores severos. La mediana de FRCV que presenta la muestra es de 1 sin tener en cuenta el tabaquismo. El 12% tiene dislipemia, 14,9% tiene HTA, 8% tiene DM y el 4,8% tiene obesidad.

Conclusiones: Se concluye que, aun sin existir una gran prevalencia de FRCV, sí se observa un elevado porcentaje de fumadores severos. Tienen al menos 2 FRCV aumentando la probabilidad de padecer o morir de ECV.

Por esto se ha desarrollado el programa de EPS, para prevenir las ECV en pacientes fumadores.

Palabras clave: Prevención de enfermedades cardiovasculares, tabaquismo, factores de riesgo cardiovascular.

ABSTRACT.

Title: Prevention of cardiovascular disease in smokers

Introduction: Cardiovascular diseases are the leading cause of morbidity and mortality in our country. Smoking is one of the most important risk factors in the onset of these diseases.

Objectives: Design a health education program to provide knowledge to smokers, about cardiovascular disease, addressing the main etiological factor. Identify patients that will be part of the health education program through a descriptive study of cardiovascular risk factors.

Material and Methods: This is a descriptive cross-sectional study conducted at the Health Centre (Teruel), directed towards smokers as a previous step of the educational health program implementation in order to prevent cardiovascular disease in smokers. 249 patients took part in the study.

The program of health education will consist of five sessions over several follow-up sessions.

Results: The average age of the sample was 47.83 years, of which 53.4% were men. 42.9% were heavy smokers. The sample had a cardiovascular risk factor median of 1 without considering smoking. 12% had dyslipidemia, 14.9% had hypertension, 8% had diabetes mellitus, and 4.8% were obese.

Conclusions: We conclude that, despite the fact that there isn't a high prevalence of cardiovascular risk factors, there are a high percentage of heavy smokers. They have at least 2 cardiovascular risk factors that increase the chance of develop or die from cardiovascular disease.

Therefore, the educational health program was developed to prevent cardiovascular disease in smokers.

Keywords: Prevention of cardiovascular disease, smoking, cardiovascular risk factors.

INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la principal causa de morbimortalidad e ingresos hospitalarios en nuestro país¹.

Según la Clasificación Internacional de Atención Primaria se consideran como ECV: angina de pecho, infarto agudo de miocardio, otras enfermedades isquémicas crónicas del corazón, isquemia cerebral transitoria, accidente cerebrovascular, aterosclerosis y otras enfermedades arteriales o vasculares obstructivas².

En el año 2011 las ECV fueron responsables de 30,5% del total de defunciones en España. La primera causa de mortalidad entre las mujeres y la segunda entre los hombres. En ese mismo año también fueron las causantes de una mayor estancia hospitalaria, 15,1% de las estancias totales^{3, 4}.

Los factores de riesgo cardiovasculares (FRCV) aumenta la probabilidad de padecer o morir de ECV en los individuos que los presentan⁵.

El concepto de factor de riesgo (FR) fue introducido en el Estudio Framingham hace más de cincuenta años, y desde entonces gracias a los avances en la epidemiología se han podido identificar una serie de FRCV. Entre los que se encuentran los FR modificables, como son la dislipemia, HTA, tabaquismo, diabetes mellitus (DM), obesidad, sedentarismo. Y los FR no modificable, edad, sexo y antecedentes familiares con ECV^{5, 6}.

Según el protocolo de prevención primaria de las ECV se consideran niveles deseables de colesterol total, cifras menores o iguales a 200 mg/dl, la HTA en la población general con cifras < 140/90 mmHg, en pacientes diabéticos y con enfermedades renales crónicas con cifras < 130/80 mmHg y pacientes con proteinuria mayor de 1 gr al día cifras menores de 125/75 mmHg, la DM se considera controlada con cifras de HbA1c<7%. Para el control de la obesidad se pretende conseguir un índice de masa corporal

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

(IMC) adecuado, $<30 \text{ kg/m}^2$ ^{1,6}. Clasificándose la obesidad y el sobrepeso según la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) según el IMC de la siguiente forma:

- Peso insuficiente: $< 18,5 \text{ (kg/m}^2)$
- Normopeso: 18,5- 24,9
- Sobrepeso grado I: 25- 26,9
- Sobrepeso grado II (pre-obesidad): 27- 29,9
- Obesidad tipo I: 30- 34,9
- Obesidad tipo II: 35, 39,9
- Obesidad tipo III (extrema): 40- 49,9
- Obesidad tipo IV (mórbida): >50 ⁷.

Según la OMS en su informe "Global Health Risk" entre los FR que explican el 75% de las ECV, se encuentran: el consumo de tabaco, la ausencia de ejercicio físico y el tipo de alimentación⁸.

Hace unos años el abordaje de los FRCV se ha basado en el control individual de dichos factores, en la actualidad se propone la cuantificación del riesgo cardiovascular (RCV). Según las escalas procedentes del estudio Framingham el RCV se clasifica en:

- riesgo bajo: $< 10\%$
- riesgo medio: 10 -20%
- riesgo alto cuando es igual o superior al 20%⁹.

El tabaquismo es uno de los factores de riesgo más importantes, y en las últimas décadas numerosos estudios epidemiológicos han demostrado su relación con la aparición de ECV¹⁰.

Según la OMS los fumadores se clasifican en:

- Fumador leve: consume menos de 5 cigarrillos diarios.
- Fumador moderado: fuma un promedio de 6 a 15 cigarrillos diarios.
- Fumador severo: fuma más de 16 cigarrillos por día en promedio¹¹.

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

El estudio Framingham estableció que el consumo diario de 10 cigarrillos producía un incremento del 18% en la mortalidad masculina y un 31% en la femenina. También se observó un incremento del riesgo coronario de hasta 4 veces cuando se combinaban tabaquismo e hipertensión arterial, y de 6 veces si coexistían dislipidemia y tabaquismo¹⁰.

El 11% de las muertes por cardiopatía isquémica, son atribuibles al consumo de tabaco. Si se mantienen las tendencias actuales, el consumo de tabaco matará a más de 8 millones de personas en 2030¹².

El tabaquismo es la primera causa prevenible de morbimortalidad, que origina unas 55.000 muertes anuales en nuestro país. Aun habiendo disminuido el consumo de tabaco en los últimos años, sigue existiendo un elevado número de fumadores¹³.

Existe también un gran costo económico sobre el consumo de tabaco. Debido a los elevados gastos de salud pública relacionados con el tratamiento de enfermedades causadas por el tabaco. Además el tabaco mata a las personas en la cúspide de su vida productiva, estas muertes prematuras acortan la vida un promedio de 15 años^{12, 14}.

En el humo de tabaco se han detectado más de 4.000 sustancias, y sólo se conocen los efectos de una pequeña parte de ellas. Las más estudiadas son la nicotina, el monóxido de carbono y el alquitrán.

Los dos primeros son los que perjudican más al sistema cardiovascular.

El humo de tabaco afecta negativamente al equilibrio entre la demanda y la oferta de oxígeno por el miocardio. La nicotina actúa a nivel presináptico, dando lugar a la liberación de catecolaminas, lo que aumenta la presión arterial y la frecuencia cardíaca, además de otros efectos sobre las plaquetas y el endotelio vascular que favorecen el origen del proceso arterioesclerótico¹³.

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

El RCV se incrementa en función de la cantidad de tabaco consumido y de los años de tabaquismo, por eso es fundamental intervenir cuanto antes para conseguir el abandono del hábito. El abandono del tabaquismo a los 60, 50, 40 o 30 años suponía una ganancia de 3, 6, 9 o 10 años, respectivamente. Con la abstinencia tabáquica, el riesgo de infarto de miocardio agudo se reduce de 1,5 veces a los 3 años¹⁰.

Tras haber realizado una revisión bibliográfica y obtener los datos anteriormente expuestos, he elegido realizar el diseño de un programa de educación para la prevención de ECV en pacientes fumadores. Ya que la prevención cardiovascular y el consejo sanitario para dejar de fumar es una intervención efectiva demostrada en la atención primaria.

Con estas medidas se pretende reducir la morbimortalidad cardiovascular, mejorar el estado de salud y la economía de la población.

OBJETIVO PRINCIPAL.

- Diseñar un programa de educación para la salud (EPS) en enfermería, para proporcionar conocimientos a los pacientes fumadores, acerca de las ECV, abordando el tabaco como principal factor etiológica y concomitante de estas enfermedades.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

- Identificar a los pacientes que serán objeto del programa de EPS.
- Descripción de los FRCV en los pacientes fumadores del Centro de Salud objetivo como punto de partida para el objetivo principal, estableciendo así la magnitud del problema.
- Promover la disminución de sufrir un ECV controlando los factores de riesgo mediante actuaciones encaminadas a promover estilos de vida saludables.

METODOLOGÍA.

Se trata de un estudio descriptivo transversal de los FRCV presentes en los pacientes fumadores del Centro de Salud del Ensanche de Teruel. Como paso previo a la realización de un programa de EPS con el objetivo de prevenir las ECV en pacientes fumadores.

Para el estudio se seleccionó una muestra de 273 personas, correspondientes al cupo de pacientes de dos médicos de dicho Centro de Salud.

El criterio de inclusión fue estar registrado en el programa informático del centro de salud (OMI-AP) como fumador y se excluyeron aquellos que ya habían presentado un episodio CV previo, según la clasificación Internacional de Atención Primaria. También se excluyeron aquellos que estaban registrados en el OMI- AP como exfumadores.

La recogida de datos se realizó a través del OMI-AP. El registro, procesamiento de los datos y su posterior análisis estadístico se realizó con el programa SPSS para Windows. Para la elaboración de la tabla de recogida de datos y el folleto informativo se utilizó Microsoft Word 2007.

Los datos se recogieron desde noviembre hasta diciembre de 2013. Para su recogida se utilizó una tabla (anexo 1).

Se revisaron las historias clínicas desde el OMI-AP de dichos pacientes para recoger las siguientes variables: edad, sexo, número de cigarrillos consumidos al día, test Richmond, test Fagerström, RCV, colesterol, hipertensión, diabetes mellitus (DM), obesidad, peso, talla y consumo de alcohol, y el control de estos FRCV.

Se considera bien controlado la dislipemia, DM, HTA según el Protocolo de Prevención Primaria de las enfermedades cardiovasculares del Gobierno de

Aragón. El seguimiento de la obesidad se ha registrado observando si han acudido a sus controles periódicos.

Se codificaron como variables cualitativas dicotómicas (si/no): test Richmond, test Fagerström, RCV, dislipemia, HTA, DM, obesidad. El control de los FRCV se registró como variables cualitativas dicotómicas (bueno/malo).

Como variable cualitativa politómica: consumo de alcohol (si/no/desconocido).

Las variables edad, número de cigarrillos, puntuación test Richmond, puntuación, test Fagerström, puntuación RCV, peso, talla y cantidad de alcohol consumido son variables cuantitativas.

Partiendo de estas variables se ha creado otras variables nuevas como es el IMC, para determinar el grado de obesidad, para ello se recogió la talla en metros y el peso en kilogramos, se tomaron los últimos valores registrados en la historia clínica. El grado de obesidad se clasificó según la SEEDO.

A partir de la variable, número de cigarrillos se creó la variable clasificación del número de cigarrillos. Esta variable se registró según la categorización de la OMS.

El grado del test Richmond y del test fagerström se han creado a partir de las puntuaciones de los test. Se han registrado según el OMI-AP. El test fagerström se ha recogido como:

- Dependencia muy baja: 0-1
- Dependencia baja: 2-3
- Dependencia moderada: 4-5
- Dependencia alta: 6-7
- Dependencia muy alta: 8-10

El test Richmond se ha recogido como:

- Motivación baja: 0-6

- Motivación alta: 7-10

A la variable RCV se le asigna categorías de riesgo, según el estudio Framingham, para convertirla en la nueva variable, clasificación del RCV.

Para la búsqueda bibliográfica se emplearon distintas fuentes de información: pubmed, la organización mundial de la salud y bases de datos utilizando como palabras clave: "prevención de enfermedades cardiovasculares", "tabaquismo", "factores de riesgo cardiovasculares".

La descripción de las variables cualitativas se realizó con frecuencias relativas (porcentajes).

Las variables cuantitativas se analizaron con la media y la desviación típica, si estas cumplen los criterios de normalidad. En el caso de no cumplirlos se analizaron con la mediana y el IQR.

Para la comparación entre variables cualitativas y cuantitativas se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann Whitney, por no cumplir condiciones de normalidad.

Por último, para la comparación entre variables cualitativas se utilizó la prueba X^2 para variables que cumplieran condiciones de normalidad y la prueba no paramétrica, Test Exacto de Fisher para aquellas variables que no las cumplieran.

Considerándose resultados estadísticamente significativos si $p < 0,05$.

Se respetó la confidencialidad de la información relativa a los pacientes seleccionados para el estudio de acuerdo a lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos.

RESULTADOS.

Se reviraron 273 historias clínicas, de las cuales 24 fueron excluidas, 6 por presentar un evento CV previo y 18 porque en el momento que se revisaron las historias clínicas no existía el episodio de fumador. En total el estudio estaba formado por 249 pacientes.

La media de edad de la muestra es de 47,83 años (DE: 14,123). De los cuales 53,4% son hombres.

La mediana de cigarrillos consumidos al día es de 15 (IQR: 10).

De los 249, 16 no tienen registrado el número de cigarrillos en el OMI-AP pero si tienen creado el episodio de fumadores. El 42,9% son fumadores severos y el 24,9% son hombres (gráfica 1).

De los 249 pacientes, 125 tienen calculado el RCV. De los cuales el 17,6% tienen RCV alto, el 16,8% son hombres (grafica 2). La mediana del RCV es de 9 (IQR: 5).

El 85,9% tienen realizado el test Richmond. De estos 12,6% tienen una motivación alta y el 7,6% son hombres.

El 20,5% tienen realizado el test fagerström. De estos el 13,7% tiene una dependencia muy alta y el 7,8% son hombres (gráfica 3).

La mediana de FRCV que presenta la muestra es de 1 sin tener en cuenta el tabaquismo (IQR: 0).

El 12% tiene dislipemia, de estos el 7,6% son hombres. El 23,3% está bien controlado.

El 14,9% tiene HTA, de estos el 10,4% son hombres. El 29,7% está bien controlado.

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

El 8% tiene DM. De los cuales el 6,8% son hombres. El 30% está bien controlado.

El 4,8% tiene obesidad, de estos el 2,8% son mujeres. El 20% está bien controlado. El 23,8% tienen sobrepeso grado I y 21,3% tiene obesidad tipo I (gráfica 4). La mediana del IMC es 26,39 (IRQ: 24,34).

En cuanto al consumo de alcohol 26,1% está registrado en el OMI-AP como tal, pero no el episodio de alcoholismo, de estos el 19,7% son hombres. Y el 27,3% se desconocía si consumían alcohol.

Cuando analizamos si la media de edad presenta diferencias en que los pacientes tengan o no controlado los FRCV, encontramos diferencias respecto al colesterol ($p < 0,05$, prueba de U de Mann-Whitney). En cambio no encontramos diferencias respecto a la HTA, DM, obesidad ($p > 0,05$, prueba de U de Mann-Whitney).

Cuando analizamos si el control de los FRCV depende del sexo, no encontramos diferencias estadísticamente significativas. Lo mismo pasa cuando analizamos si el grado de tabaquismo depende del sexo ($p > 0,005$, prueba Test Exacto de Fisher).

En cambio cuando analizamos si el RCV depende del sexo sí que encontramos una relación ($p < 0,005$, prueba X^2).

DESARROLLO DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Este programa está elaborado para implantarse en el Centro de Salud del Ensanche de Teruel, aunque parte inicialmente del cupo de pacientes de dos médicos de dicho Centro de Salud.

Diseñado para pacientes fumadores que no han sufrido ningún evento CV. Seleccionados a través del estudio descriptivo transversal realizado.

Del cual se ha obtenido el perfil de los participantes: Es una población joven, ya que la media de edad no supera los 50 años, un porcentaje elevado son fumadores severos, siendo los hombres los que más fuman pero también son los que tienen una motivación más alta para el abandono del tabaco. Presentan al menos un FRCV aparte del tabaquismo.

Tras la captación de los pacientes se procederá a contactar con ellos vía telefónica ofreciéndoles la posibilidad de participar en dicho programa, por lo que se les explicará de forma general y breve en qué consistirá. Si están interesados se concretará una cita programada.

El programa de EPS constará de una serie de sesiones:

Primera sesión.

Se realizará una entrevista personalizada en la que se hará una valoración para recoger una serie de datos y se le informará del propósito del programa. El desarrollo de la sesión se encuentra en el anexo 2.

Se proporcionará a los interesados un folleto en el que indique la descripción de las sesiones (anexo 3).

Segunda sesión.

Se realizará una serie de actividades para que los pacientes obtengan conocimientos sobre las ECV y sus causas.

El desarrollo de la sesión se encuentra en el anexo 4.

A los participantes se les entregará fotocopias sobre el contenido de la sesión (anexo 5)^{15,16,17,18,19,20,21,22}.

Tercera sesión.

Las actividades de esta sesión proporcionarán conocimientos a los participantes sobre el tabaco y la forma de deshacerse de él.

El desarrollo de la sesión se encuentra en el anexo 6.

Se repartirán fotocopias sobre:

- Beneficios del abandono del tabaco (anexo 7)²³.
- Consejos para afrontar el abandono del tabaco (anexo 8)²³.
- Test Glover-Nilson (anexo 9)²³.
- "Plan de rotura de lazos con el tabaco" (anexo 10)²³.
- Contrato simbólico (anexo 11)²³.

Cuarta sesión.

En esta sesión se resolverán los problemas y síntomas que plantee el paciente y se reforzará el proceso de la cesación del tabaco.

El desarrollo de la sesión se encuentra en el anexo 12.

Se entregará una fotocopia con información para mantener la abstinencia tabáquica y prevenir las recaídas (anexo 13)²³.

Y una hoja de registro del consumo del tabaco y de valoración del síndrome de abstinencia (anexo 14)²³.

Quinta sesión.

En esta sesión se resolverán las dudas que hayan surgido durante las sesiones anteriores y se realizarán las encuestas de evaluación.

El desarrollo de la sesión se encuentra en el anexo 15.

A los asistentes se les entregará las encuestas de evaluación sobre las sesiones del programa de EPS, los docentes y los conocimientos adquiridos (anexo 16)²⁴. La encuesta de evaluación de los conocimientos es de elaboración propia.

Sesiones de seguimiento.

Estas sesiones se van a realizar con el objetivo de mantener y consolidar la abstinencia tabáquica, prevenir las recaídas, conservando los cambios en el estilo de vida. También se informará a los pacientes que lo deseen sobre el tratamiento farmacológico para la deshabituación tabáquica.

El desarrollo de la sesión se encuentra en el anexo 17.

CRONOGRAMA.

2013

- Noviembre – Diciembre: recogida de información.

2014

- Enero–Febrero: Realización del estudio descriptivo.
- Marzo–Mayo: Realización del programa de educación y revisión del mismo.
- La fecha y hora de las sesiones están por determinar.

2015

- Julio: Se recogerán nuevamente datos para hacer otro estudio descriptivo y así valorar el programa de EPS.

PRESUPUESTO FINAL.

El presupuesto total del proyecto es de 145 € aproximadamente.

En él se incluyen los materiales necesarios para las sesiones como la imprenta (75€), así como la factura de electricidad (50€) y telefónica (20€).

El resto de material necesarios (ordenador, teléfono, tensiómetros, aparatos de glucemia...) los proporciona el centro donde se imparte el programa de EPS.

DISCUSIÓN.

En nuestro estudio el 53,4 % de los fumadores son hombres. En otros estudios también se muestra más porcentaje de fumadores en hombres que en mujeres, aunque en nuestro caso solo ligeramente superior^{2, 25}.

En nuestro estudio observamos que el 17,6% tienen RCV alto, que comparado con el resto de porcentajes, es el que menos puntuación tiene. Comparando con otro estudio encontramos la misma situación.

Además observamos que el sexo que más porcentaje de RCV alto tiene son los hombres, coincidiendo con los resultados de otro estudio²⁶.

En nuestro estudio el diagnóstico más frecuente es la HTA (14,9%) seguido de la dislipemia (12%).

También observamos que la HTA, dislipemia, DM y el consumo de alcohol son más frecuentes en los hombres. Mientras que la obesidad es más frecuente en las mujeres, coincidiendo los resultados con los de otro estudio²⁷.

Con todo esto cabe de esperar que los hombres tengan un RCV alto más elevado que las mujeres, ya que presentan más porcentaje de FRCV.

En cambio en la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 el segundo FRCV más presente en la población es la obesidad (17%), afectando más a la población masculina (18%)²⁸. Mientras que en nuestro estudio es el FRCV menos prevalente, con un 4,8%, siendo más frecuente en la población femenina. Posiblemente hemos obtenido este bajo porcentaje por la falta de datos registrados en el OMI-AP.

La hipertensión arterial, el colesterol elevado y la diabetes, continúan su tendencia ascendente. Ya que desde 1993, la hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7,0% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4%²⁸. Por este motivo es necesario abordar los FRCV.

SESGOS Y LIMITACIONES.

A la hora de realizar el estudio las limitaciones las hemos encontrado en la recogida de datos, debido a que había un registro insuficiente en el OMI-AP de las variables estudiadas, lo que podría suponer un sesgo.

Respecto a las limitaciones que podemos encontrarnos en el programa de EPS podemos decir que al ser de larga duración, puede ocurrir que algunos pacientes no lo finalicen, por diversos motivos como abandono del programa, pérdida de interés entre otros.

Un sesgo de nuestro trabajo es limitar el estudio sólo a los pacientes de dos consultas médicas.

En la recogida de datos sobre el control de los factores de riesgo no hemos tenido en cuenta el tratamiento farmacológico, esto puede ocasionar sesgos.

CONCLUSIONES.

En vista de los resultados obtenidos, se concluye que, aun no existiendo una gran prevalencia de FRCV, si se observa un elevado porcentaje de fumadores severos. Que sumado a que la mediana de FRCV de la muestra es 1, a parte del tabaquismo, es decir, que tienen al menos 2 FRCV, aumenta la probabilidad de padecer o morir de ECV.

Además el consumo de tabaco es la causa más importante de mortalidad prematura e incapacidad prevenible. Siendo uno de los factores de riesgo cardiovasculares más importantes. Por lo tanto la detección y el tratamiento del tabaquismo son importantes²⁹.

Por todo esto se ha desarrollado el programa de EPS, para prevenir las ECV en pacientes fumadores.

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

Dada la falta de datos obtenidos en el OMI-AP, sería imprescindible averiguar el motivo porque el equipo de salud no registra los datos y darle solución.

Una vez ejecutado el programa de EPS se debe recoger datos para realizar nuevamente otro estudio y poder hacer una evaluación del programa de EPS realizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez A, Martínez AP, Abadía B, Jiménez E, Garjarón J, Magdalena J, et al. Protocolo de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Estratificación del riesgo cardiovascular. [monografía en internet]. Gobierno de Aragón departamento de Salud y Consumo; 2006 [acceso 4 de diciembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/IndustriaComercioTurismo/Documentos/PREVENCIÓN+CARDIOVASCULAR+BOLSILLO.PDF>
2. Solla-Acuña MJ, Lago-Deibe FI, Blázquez-Ballesteros ML, Díaz-Castro O, Alonso-Alonso I. Prevención de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria: comparación de la función SCORE para países europeos de bajo riesgo con la tabla calibrada para España. SEMERGEN. 2011; 37(9:455-61).
3. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según las causas de muerte. Año 2011 [bases de datos en internet]. 27 de febrero de 2013, [acceso 4 de diciembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.ine.es/prensa/np767.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de morbilidad hospitalaria año 2011 [bases de datos en internet]. 26 de diciembre de 2012, [acceso 4 de diciembre de 2013]. Disponible en :
<http://www.ine.es/prensa/np762.pdf>
5. Terrados N, Valcarcel G, Venta R. Los nuevos factores de riesgo cardiovascular y la actividad física. Apunts Med Esport. 2010; 45(167):201-08.
6. Durá- Mata MJ. Factores de riesgo en la enfermedad cardiovascular y la rehabilitación. Rehabilitación (Madr). 2006; 40(6):282-89.
7. Varo JJ, Martínez-González MA, Martínez JA. Prevalencia de obesidad en Europa. ANALES Sin San Navarra. 2002; 25 (1): 103-08.
8. Carpi A, González P, Zurriaga R, Marzo JC, Abraham P. autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. Univ psychol. 2010; 9(2):423-32.
9. Cunde JI. Riesgo vascular. Hipertensión riesgo vasc. 2011; 28 (4): 121-25.

10. Fernández de Bobadilla J, Sanz de Burgoa V, Garrido P, López de Sá E. Riesgo cardiovascular: evaluación del tabaquismo y revisión en atención primaria del tratamiento y orientación sanitaria. Estudio RETRATOS. Aten Primaria. 2011; 43(11):595-603.
11. Londoño C, Rodríguez I, Gantiva CA. Cuestionario para la clasificación de consumidores de cigarrillos (C4) para jóvenes. Divers: Perspect. Psicol. 2011; 7 (2): 281-291.
12. Organización Mundial de la Salud. ¿Por qué el tabaco es una prioridad de salud pública? [sede web]. [acceso 9 de diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/health_priority/en/
13. Álvaro D, Bilbao-Goyoaga T, Comeche LA, Díez JM, Pérez R, Quílez N, et al. Manual de Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Tabaquismo [monografía internet]. Hospital Universitario de Móstoles 2010. Servicio de Neumología. [acceso 12 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DManual+de+Tabaquismo+Hospital+de+M%C3%B3stoles%2C0.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DHospitalMostoles&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271981909896&ssbinary=true>
14. Organización Mundial de la Salud. Día mundial sin tabaco, 31 de mayo de 2008 [sede web]. [acceso 9 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/tobacco/wntd/2008/es/index.html>
15. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión [sede web]. [acceso 1 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
16. Hermida L, Regueiro M. Diabetes Mellitus [sede web]. A Coruña: Fistera.com; [actualizada el 20 de septiembre de 2003; acceso 1 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.fistera.com>
17. American Diabetes Association. Síntomas de la diabetes [sede web]. [actualizada el 24 de octubre de 2013; acceso 13 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.diabetes.org>

18. Medline Plus, información de salud para usted. Colesterol [sede web]. [acceso 26 de marzo de 2014]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/cholesterol.html>
19. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red. Dislipemia-Hipercolesterolemia: dieta y consejos [sede web]. [actualizada el 21 de enero de 2009; acceso 26 de marzo de 2014]. Disponible en:
<http://www.fisterra.com/ayuda-en-consulta/informacion-para-pacientes/dislipemia-hipercolesterolemia-dieta-consejos/>
20. Medline Plus, información de salud para usted. Obesidad [sede web]. [actualizada el 19 de mayo de 2014; acceso 26 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/obesity.html>
21. De medicina.com. Enfermedades: obesidad [sede web]. [acceso 26 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.dmedicina.com/enfermedades/digestivas/obesidad>
22. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [sede web]. [acceso 5 mayo 2014]. Disponible en:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
23. Álvarez FJ, Álvarez-sala JL, Barrueco M, Carreras JM, Fagerström K, Fiore MC, et al. Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo. 4ª ed. Barcelona: Pfizer; 2009.
24. Encuestas de evaluación de cursos realizados [sede web]. [acceso 17 de mayo de 2014]. Disponible en:
http://wwwpersonal.uca.es/PAS/FORMACION/Encuesta_Eval_Cursos.html
25. Foguet Q, Roura P, Bullón A, Mauri C, Gordo N, Cecilia R. Factores de riesgo cardiovascular, riesgo cardiovascular y calidad de vida en pacientes con trastorno mental severo. Aten Primaria. 2013; 45 (3): 141-48.
26. Buitrago F, Cañón-Barroso L, Díaz-Herrera N, Cruces-Muro E, Escobar-Fernández M, Serrano-Arias JM. Comparación de las tablas REGICOR y SCORE para la clasificación de pacientes candidatos a tratamiento hipolipemiante o antihipertensivo. Rev Esp Cardiol. 2007; 60 (2): 138-47.
27. Séculi E, Brugulat P, Medina A, Juncà S, Tresserras R, Salleras L. La detección de factores de riesgo cardiovascular en la red reformada de

atención primaria en Cataluña. Comparación entre los años 1995 y 2000. Aten Primaria. 2003; 31(3):156-62.

28. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 [base de datos en internet]. 14 de marzo de 2013, [acceso 20 de mayo de 2014]. Disponible en:

<http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>

29. Becoña E. Monografía Tabaco. [Monografía en internet]. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2004 [acceso 17 de mayo de 2014]. Disponible en:

<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/tabaco.pdf>

ANEXO 1: FICHA DE RECOGIDA DE DATOS.

FICHA DE RECOGIDA DE DATOS.

Identificación: _____

Edad: _____

Sexo: Hombre. Mujer.

Nº de cigarrillos: _____

Test Richmond: Si. No. Puntuación: ____

Test Fagerström: Si. No. Puntuación: ____

RCV: Si. No. Puntuación: ____

Colesterol: Si. No.

Control colesterol: Bueno. Malo.

HTA: Si. No.

Control HTA: Bueno. Malo.

Diabetes Mellitus Si. No.

Control DM: Bueno. Malo.

Peso: _____ Desconocido:

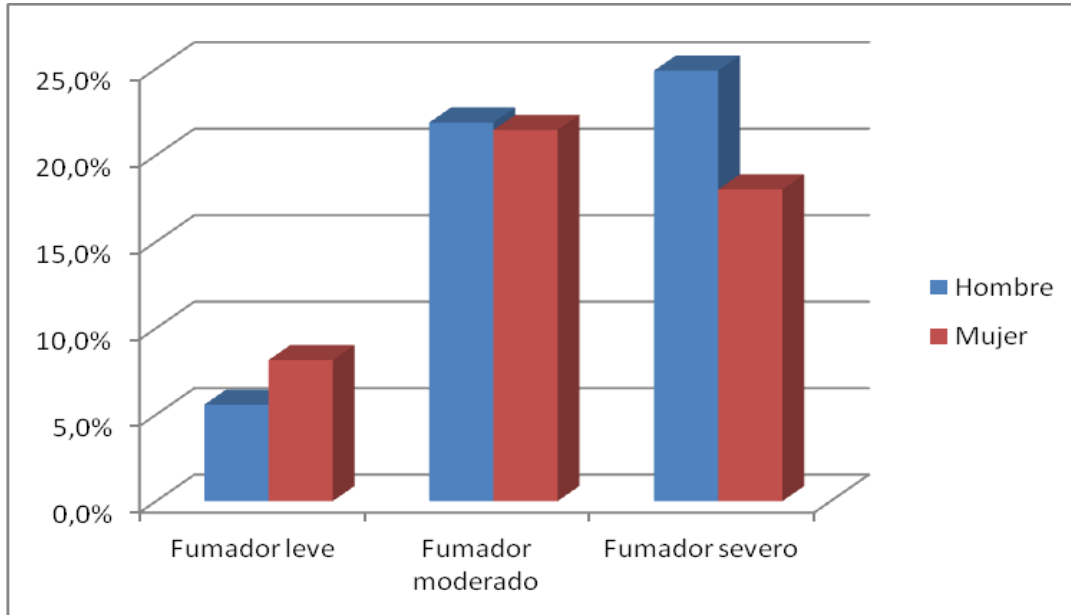
Talla: _____ Desconocido:

Obesidad: Si. No.

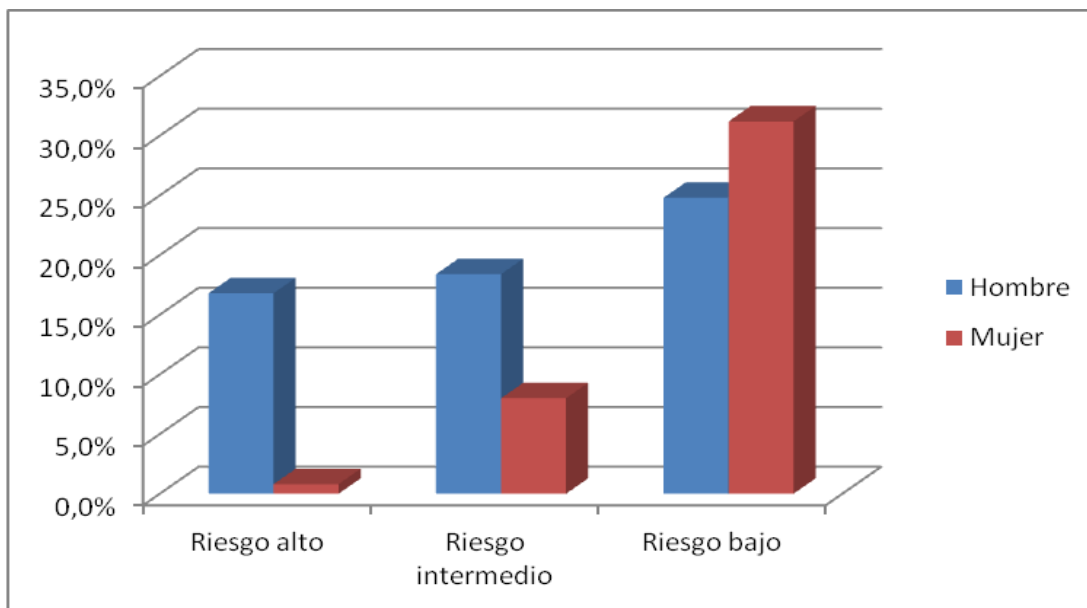
Control obesidad: Bueno. Malo.

Consumo alcohol: Si. No. Desconocido:

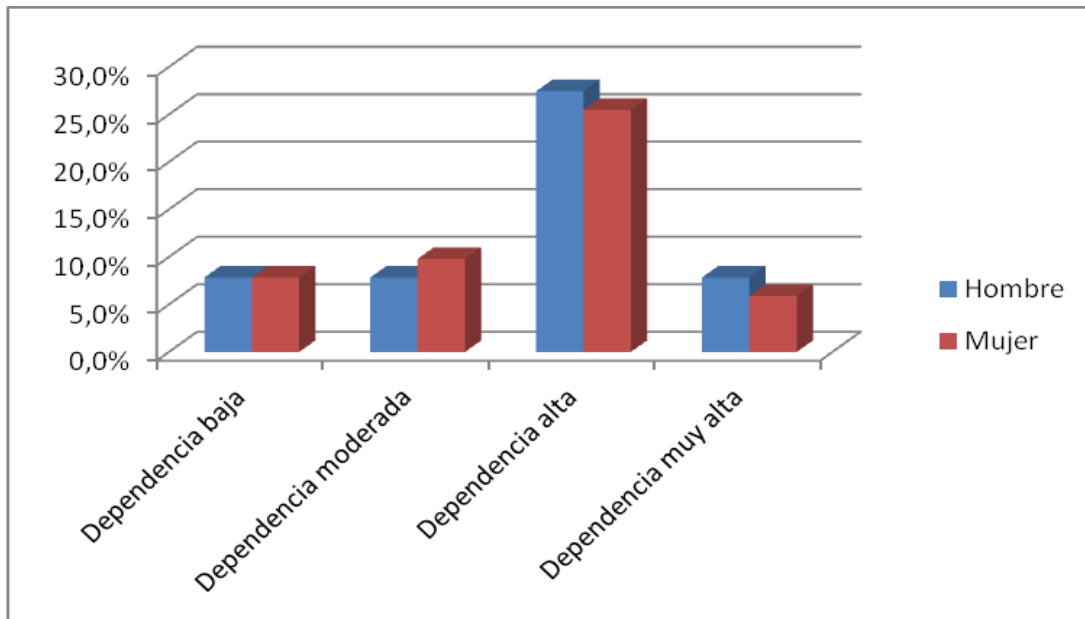
GRÁFICA 1. GRADO TABAQUISMO.



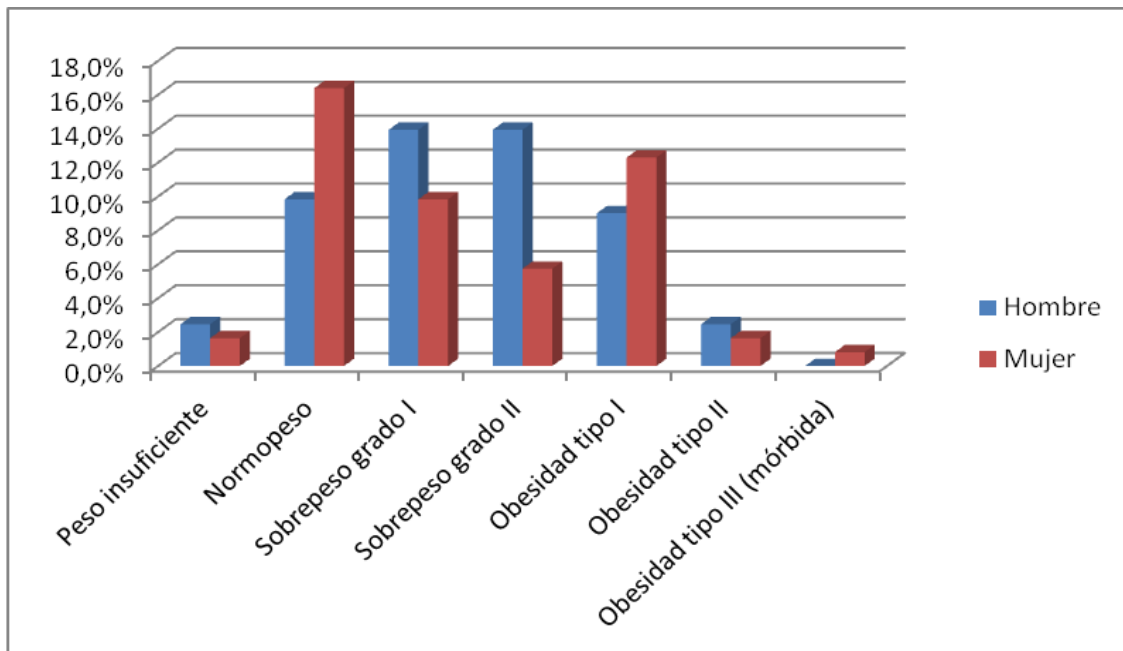
GRÁFICA 2. CLASIFICACIÓN RCV.



GRÁFICA 3. GRADO TEST FAGESTRÖM.



GRÁFICA 4. CLASIFICACIÓN IMC.



ANEXO 2: SESIÓN 1 DEL PROGRAMA DE EPS.

PRIMERA SESIÓN:

Objetivo: Establecer un primer contacto de confianza con los pacientes.

Fecha y hora: Citas programadas con los pacientes durante 1 mes. A determinar.

Recursos humanos: Enfermera/o.

Lugar: Consulta de enfermería.

Duración: 20 minutos.

Recursos materiales: Ordenador, mesa, sillas, báscula de peso y de altura, tensiómetro, fonendoscopio, folios, aparato de la glucemia, tiras de glucemia, guantes, algodón o gasas, programa informático OMI-AP, folleto informativo.

Contenido:

Actividad 1: Presentación y bienvenida.

- Duración: 5 minutos.

Para crear un clima de confianza debemos presentarnos indicándole que seremos la enfermera/o que realizará las sesiones explicándole en cada momento lo que se va a realizar y porqué.

Actividad 2: Entrevista.

- Duración: 15 minutos.

Se realizará una entrevista personalizada en la consulta de enfermería informándoles del propósito del programa.

Se realizará una valoración al paciente para actualizar su historia clínica en el OMI-AP, recogiendo los siguientes datos: peso, talla, consumo de alcohol, test Richmond (herramienta para valorar el nivel de motivación para el abandono del hábito de fumar), test fagerström (sirve para evaluar el grado de dependencia física de la nicotina.), número de cigarrillos/día, edad de comienzo del consumo de tabaco, número de intentos y motivos de recaída, también se calculara el riesgo cardiovascular, actualmente el OMI-AP utiliza la tabla de Framingham, mediante una aplicación existente en el programa. Utiliza un método de puntuación en base a las siguientes variables: edad

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

(35-74 años), sexo, HDL-colesterol, colesterol total, presión arterial sistólica, tabaquismo (sí/no), diabetes (sí/no) e hipertrofia ventricular izquierda (sí/no). Nos permite calcular el riesgo coronario a los 10 años que incluye: angina estable, infarto de miocardio (IAM) y muerte coronaria. Para ello, se realizarán las siguientes actividades en la consulta de enfermería:

- Se tomará la tensión arterial.
- Se controlará la glucemia.
- Si tiene analítica del último año, mirar colesterol total y HDL-c y si no, se gestionará su realización.

Los que por cualquier motivo no estén interesados en seguir con el resto de sesiones se les realizará una intervención breve ofreciendo consejo claro firme y personalizado registrando todos los datos obtenidos de la valoración del paciente en el sistema informático.

A los que estén interesados se les proporcionará un folleto en el que indique la descripción de las sesiones, el calendario de las mismas y un número de contacto al que pueden llamar si les surge cualquier duda.

ANEXO 3. FOLLETO INFORMATIVO.

<p><i>Muchas personas dejan de fumar a diario</i></p> <p>¡ÁNIMO!</p> <p><i>Si te lo propones, tú también puedes conseguirlo</i></p>	<p><i>En tu centro de salud te podemos ayudar a dejar de fumar.</i></p> <p>Telf. De Contacto: xxx-xxx-xxx</p>	<p>PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES FUMADORES.</p> 
--	--	---

<p>1ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Entrevista personalizada.</i> <p>2ª Sesión:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Conoce las enfermedades cardiovasculares y sus causas.</i>• <i>Duración: 70 minutos.</i>• <i>Día:</i>• <i>Hora:</i>• <i>Lugar: Aula docente del centro de Salud del ensanche Teruel.</i>	<p>3ª sesión:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>El tabaco como causa de las enfermedades cardiovasculares.</i>• <i>Duración: 90 minutos.</i>• <i>Día:</i>• <i>Hora:</i>• <i>Lugar: Aula docente del centro de Salud del ensanche Teruel.</i> <p>4ª Sesión:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Mantente fuerte.</i>• <i>Duración: 60 minutos.</i>• <i>Día:</i>• <i>Hora:</i>• <i>Lugar: Aula docente del centro de Salud del ensanche Teruel.</i>	<p>5ª Sesión:</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Última sesión grupal.</i>• <i>Duración: 60 minutos.</i>• <i>Día:</i>• <i>Hora:</i>• <i>Lugar: Aula docente del centro de Salud del ensanche Teruel.</i> <p>Sesiones de seguimiento.</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Mantiene tu salud.</i>• <i>Duración: 15 minutos.</i>• <i>Día:</i>• <i>Hora:</i>• <i>Lugar: Aula docente del centro de Salud del ensanche Teruel.</i>
--	---	--

ANEXO 4. SESIÓN 2 DEL PROGRAMA DE EPS.

SEGUNDA SESIÓN:

Título: Conoce las enfermedades cardiovasculares y sus causas.

Objetivo: Proporcionar conocimientos a los participantes sobre las ECV y los FR que pueden causarla.

Fecha y hora: A determinar.

Recursos humanos: Enfermera/o.

Lugar: Aula docente del centro de salud del ensanche Teruel.

Duración: 70 minutos.

Recursos materiales: Ordenador, pantalla proyección, cañón proyector, altavoces, bolígrafos, sillas, mesas, etiquetas, diapositivas en power point, anexos para los participantes.

Contenido:

Actividad 1: Presentación y bienvenida.

- Duración: 15 minutos.

Antes de comenzar con la sesión deberemos presentarnos para poder establecer una relación empática, así como agradecer su esfuerzo por la participación en este programa.

La enfermera/o debe distribuir etiquetas en blanco y bolígrafos entre los participantes, y pedir que escriban su nombre en grande y con letras mayúsculas. Hay que ofrecer ayuda a aquellas personas que puedan tener alguna dificultad para escribir su nombre. La enfermera/o también debe escribir su nombre en una etiqueta.

Una vez todos los participantes dispongan de su etiqueta con el nombre escrito han de indicar su nombre.

A continuación, la enfermera/o debe explicarles a los participantes los objetivos, las ideas, los aspectos básicos del taller y su estructura.

Actividad 2: Conocer las enfermedades cardiovasculares y sus causas.

- Duración: 50 minutos.

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

La enfermera/o explicará el contenido de la charla indicando que si tienen alguna duda la expresen.

Se les proporcionará a los participantes información sobre el contenido de la charla.

El contenido de la charla es:

- ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares?
- Causas de las enfermedades cardiovasculares. Factores de riesgo cardiovasculares.
- Desarrollo de los factores de riesgo cardiovasculares.
 - o HTA: ¿Qué es?, síntomas y recomendaciones generales.
 - o DM: ¿Qué es?, síntomas y recomendaciones generales.
 - o Dislipemia: ¿Qué es?, complicaciones y recomendaciones generales.
 - o Obesidad: ¿Qué es?, síntomas y recomendaciones generales.

A continuación la enfermera/o debe explicar a los participantes que van a ver un vídeo cuyo objetivo es entender mejor qué son las enfermedades cardiovasculares. Luego, se debe preguntar a los participantes si quieren hacer algún comentario.

- Video: <https://www.youtube.com/watch?v=fgEaq309ctY>

Actividad 3. Resumen de la sesión.

- Duración: 5 minutos.

La enfermera/o ha de resumir los principales mensajes clave de la sesión.

Recordar a los participantes la fecha para la siguiente sesión.

ANEXO 5. CONTENIDO DE LA SESIÓN 2. CONOCE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y SUS CAUSAS.

Hipertensión arterial.

1. ¿Qué es la tensión arterial alta (hipertensión)?

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una tensión permanentemente alta. Los vasos sanguíneos llevan la sangre desde el corazón a todas las partes del cuerpo. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.

2. Síntomas.

En ocasiones, la hipertensión causa síntomas como dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigos, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales. Con todo, la mayoría de los hipertensos no presentan síntoma alguno.

3. Recomendaciones generales.

A algunas personas les basta con modificar su modo de vida para controlar la tensión arterial, como abandonar el consumo de tabaco, adoptar una dieta saludable, hacer ejercicio con asiduidad y evitar el uso nocivo del alcohol. La reducción de la ingesta de sal también puede ayudar. A otras personas, estos cambios les resultan insuficientes y necesitan tomar medicamentos con prescripción médica.

Todos podemos adoptar cinco medidas para minimizar las probabilidades de padecer hipertensión y sus consecuencias adversas.

1. Dieta saludable:

- Reducir la ingesta de sal a menos de 5 g al día (algo menos de una cucharilla de café al día);
- Comer cinco porciones de fruta y verdura al día;

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

- reducir la ingesta total de grasas, en especial las saturadas.
- 2. Evitar el uso nocivo del alcohol.
- 3. Actividad física:
- Realizar actividad física de forma regular (al menos 30 minutos al día).
- Mantener un peso normal: cada pérdida de 5 kg de exceso de peso puede reducir la tensión arterial sistólica entre 2 y 10 puntos.
- 4. Abandonar el consumo de tabaco y la exposición a los productos de tabaco.
- 5. Gestionar el estrés de una forma saludable, por ejemplo mediante meditación, ejercicio físico adecuado y relaciones sociales positivas.

Diabetes.

1. ¿Qué es la diabetes?

La diabetes mellitus es un trastorno metabólico que se manifiesta por unos niveles de glucosa en sangre (glucemia) por encima de los límites normales. Si no se trata adecuadamente, estos niveles alcanzan valores excesivamente altos, dando lugar a las complicaciones.

2. Síntomas

- Constante necesidad de orinar.
- Sed inusual.
- Hambre extrema.
- Pérdida inusual de peso.
- Fatiga e irritabilidad extrema.
- Infecciones frecuentes.
- Visión borrosa.
- Cortes/moretones que tardan en sanar.
- Hormigueo o entumecimiento en las manos o los pies.
- Infecciones recurrentes de la piel, encías o vejiga.

3. Recomendaciones generales:

1. Dieta.

- Limitar la cantidad de azúcares simples, es decir, los que se absorben rápidamente por el intestino, lo que provoca subidas rápidas de la glucemia.

Estos azúcares son: todo tipo de azúcar, miel, mermeladas, refrescos, gelatinas, caramelos, chocolate, frutas en conserva, cerveza, vino dulce.

La fruta fresca, zumos naturales sin azúcar, compotas sin azúcar, contienen azúcares naturales así que para evitar subidas rápidas de la glucemia no se deben tomar en grandes cantidades en una sola comida.

- Los alimentos ricos en fibras son muy aconsejables, pues la fibra no se digiere, aporta volumen y enlentece el paso de la comida a través

del estómago e intestino, disminuyendo la absorción de hidratos de carbono (azúcares). Alimentos ricos en fibra son: pan integral, fruta natural con piel, verduras frescas, verdura cocida, habas secas... Se recomiendan 40 g de fibra al día.

- **Proteínas:** Se recomienda 1g/Kg peso/día. Son necesarias para el crecimiento del cuerpo y la reparación de los tejidos. Los alimentos ricos en ellas son: carnes, pescados, huevos, queso, leche.
- **Grasas:** Hay que moderar el consumo de grasas, pero más importante es prevenir la elevación del colesterol en la sangre. Para ello hay que reducir el consumo de grasa animal o saturada. Lo ideal sería tomar un 70% de grasas vegetales y 30% animales.
- **Reducir el peso en los diabéticos obesos,** mediante la limitación de la cantidad de calorías y mantenerlo en aquellos diabéticos de peso normal. La mayoría de los diabéticos utilizan dietas entre 1.250 y 1.750 kilocalorías, según su grado de actividad física.
- **Horario y reparto de las comidas:** El repartir la dieta en al menos 4-5 comidas diarias ayuda a mantener el equilibrio de los niveles de glucosa en sangre. Así se hará desayuno, media mañana, comida, merienda, cena y un pequeño suplemento antes de acostarse.
- **Es importante realizar las comidas a la misma hora** pues contribuye a un mejor control diabético.
- **Bebidas alcohólicas:** EVITAR las que tienen alcohol y alto contenido en azúcar como cerveza, vinos dulces, sidras dulces, licores.

2. Ejercicio físico:

Es importante para el diabético por 3 razones importantes:

- Ayuda a perder peso.
- Reduce los niveles de glucosa al incrementar la eficacia de la insulina.
- Es una buena prevención y tratamiento de la enfermedad cardiovascular.

- ¿Qué hacer en situaciones de hipoglucemias?

- Si es posible realizar una medición de la glucemia.
- Detener la actividad que se esté realizando.

- Comer inmediatamente: 1 vaso de refresco azucarado o 2 terrones de azúcar o 1 zumo o 1 vaso de leche con galletas.
 - Si no mejorase en 5-10 minutos, repetir lo anterior. Una vez iniciada la mejoría, realizar una comida (pan, yogurt...).
 - Si la persona está inconsciente, no darle nada por boca, e inyectarle Glucagón®, el cual debe de tener en la nevera.
 - Si toma hipoglucemiantes, se deberá vigilar durante 24 horas porque le podrá repetir la hipoglucemia durante ese tiempo.
- Cuidados de los pies
- Muchas veces se pierde sensibilidad en los pies y el paciente no se percata de pinchazos, erosiones, roces, cortes... Deben cuidarse con especial esmero para evitar la aparición de erosiones, infecciones y en último término gangrena, que puede conducir a la amputación.
- Higiene de los pies: Lavarse todos los días los pies con agua templada y secarlos bien, observando si hay cortes, cambios de color... Las uñas de los pies se deben cortar en línea recta y limar después los bordes, sin erosionar los dedos.
 - Calzado: Es mejor calzar zapatos que zapatillas. Evitar los zapatos estrechos o que le molesten.
 - Procure no caminar con los pies descalzos sobre superficies rugosas.
 - No se siente cerca del fuego o del radiador.
 - Evite llevar ligas o calcetines ajustados, pues dificultan la circulación.
 - No utilice callicidas, en caso de tener callos acudir a su podólogo.

Colesterol.

1. ¿Qué es el colesterol?

El colesterol es una grasa (también llamada lípido) que existe naturalmente en todas las partes del cuerpo. El cuerpo necesita determinada cantidad de colesterol para funcionar adecuadamente. Pero el exceso de colesterol en la sangre, combinado con otras sustancias, puede adherirse a las paredes de las arterias. Esto se denomina placa. Las placas pueden estrechar las arterias o incluso obstruirlas.

Los niveles de colesterol elevados en la sangre pueden aumentar el riesgo de enfermedades.

2. Síntomas

El aumento de colesterol no suele tener signos ni síntomas, pero puede detectarse con un análisis de sangre. Usted tiene probabilidades de tener un nivel de colesterol alto si tiene antecedentes familiares, sobrepeso o consume muchas comidas grasosas.

3. Recomendaciones generales.

- Mantenga una dieta variada, con abundancia de cereales, verduras y frutas.
- Reduzca el sobrepeso con una dieta baja en calorías.
- Disminuya el consumo de carnes rojas, huevos (máximo 2 ó 3 por semana), leche entera y derivados (helados, nata, mantequilla, yogures enteros, quesos grasos,...).
- Consuma preferentemente aceite de oliva y evite los aceites de coco y palma, presentes frecuentemente en productos de bollería, fritos y precocinados.
- Introduzca en su dieta frecuentemente los pescados blancos y en especial los azules (sardina, trucha, atún, caballa, salmón,...).
- Evite el consumo de alcohol.
- Si desea hacer algo realmente importante por su salud: NO FUME.
- Haga ejercicio físico de forma regular.

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

Cocinado: cocine con poco aceite (oliva, girasol o maíz). Evite en lo posible los fritos y guisos. Preferible a la plancha o a la brasa. Retire la grasa visible de la carne antes de cocinarla.

Frecuencia recomendada de carnes y aves: carnes rojas, dos días por semana; pollo, pavo sin piel o conejo, dos o tres días por semana. Cantidad recomendada: una sola vez al día, no más de 200 gramos.

Condimentos: utilice todo tipo de condimentos. Sal con moderación.

Obesidad y sobrepeso.

1. ¿Qué es la obesidad y el sobrepeso?

Obesidad significa tener un exceso de grasa en el cuerpo. Se diferencia del sobrepeso, que significa pesar demasiado. El peso puede ser resultado de la masa muscular, los huesos, la grasa y/o el agua en el cuerpo. Ambos términos significan que el peso de una persona es mayor de lo que se considera saludable según su estatura.

La obesidad se presenta con el transcurso del tiempo, cuando se ingieren más calorías que aquellas que consume.

2. síntomas.

La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, incluso con un esfuerzo mínimo. La dificultad en la respiración puede interferir gravemente en el sueño, provocando la parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que causa somnolencia durante el día y otras complicaciones.

La obesidad puede causar varios problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos.

3. Recomendaciones generales.

- Limitar la ingesta energética procedente de la cantidad de grasa total.
- Aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Limitar la ingesta de azúcares.
- Realizar una actividad física periódica.
- Lograr un equilibrio energético y un peso normal.

ANEXO 6. SESIÓN 3 DEL PROGRAMA DE EPS. EL TABACO COMO CAUSA DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.

TERCERA SESIÓN:

Título: El tabaco como causa de las enfermedades cardiovasculares.

Objetivo: Proporcionar conocimientos a los participantes sobre el tabaco y la forma de deshacerse de él.

Fecha y hora: A determinar.

Recursos humanos: Enfermera/o.

Lugar: Aula docente del centro de salud del ensanche Teruel.

Duración: 90 minutos.

Recursos materiales: Ordenador, pantalla proyección, cañón proyector, altavoces, bolígrafos, sillas, mesas, etiquetas, diapositivas en power point, anexos para los participantes.

Contenido:

Actividad 1: Dar la bienvenida y presentar el contenido de la sesión.

- Duración: 5 minutos.

Antes de iniciar la sesión la enfermera dará la bienvenida a los participantes pidiendo que se coloquen las etiquetas identificativas realizadas en la sesión anterior.

La enfermera/o presentará las actividades que se tratarán durante la sesión.

Actividad 2: El tabaco causa enfermedades.

- Duración: 20 minutos.

Se hará una breve explosión de que es el tabaco y porque afecta a las enfermedades cardiovasculares.

A continuación se pondrán dos videos sobre el tema.

Video: consecuencia del tabaco.

(Video: <https://www.youtube.com/watch?v=DwbVzgZzT4Y>)

Video: Video: que ocurre al dejar de fumar.

(Video: <https://www.youtube.com/watch?v=7sP2eQ8QzrA>)

Al finalizar esta actividad se les preguntará a los asistentes si tienen alguna duda y se les responderán.

Actividad 4: Beneficios del abandono del tabaco y consejos para afrontarlo.

- Duración: 20 minutos.

La enfermera explicará a los asistentes los principales beneficios del abandono del tabaco.

En esta actividad la enfermera expondrá a los pacientes una serie de consejos para afrontar el abandono del tabaco.

Actividad 5: Dependencia psicológica del tabaco. Rompe con el tabaco.

- Duración: 40 minutos.

Una vez que el fumador ha decidido iniciar el proceso de cesación tabáquica, es el momento para poner en marcha una serie de actividades destinadas a ir rompiendo lazos con el tabaco.

Para evaluar qué aspectos de la dependencia psicológica son más relevantes en cada fumador, se proporcionará a los participantes el test Glover-Nilson.

La enfermera/o debe explicar cómo se realiza el test y resolver las complicaciones que surjan.

Se les propone realizar una tarea que puede ser útil para ir reduciendo la dependencia psicológica del tabaco. Para ello se les entregará una hoja "Plan de rotura de lazos con el tabaco". Aquí se propone una serie de actividades para que las realicen, se debe explicar en qué consiste y que en sesiones posteriores se evaluará, por lo tanto es necesario que lo traigan en sesiones posteriores.

Para finalizar se les proporcionará un contrato simbólico en el que el usuario tiene que poner las razones personales para dejar de fumar y concretar la fecha para conseguirlo.

Actividad 4. Resumen de la sesión.

- Duración: 5 minutos.

La enfermera/o ha de resumir los principales mensajes clave de la sesión.

Recordar a los participantes la fecha para la siguiente sesión.

ANEXO 7. BENEFICIOS DEL ABANDONO DEL TABACO.

Beneficios del abandono del tabaco.

- Se normalizarán si tensión arterial y frecuencia cardiaca. También mejora la función respiratoria.
- Disminuye el riesgo de muerte súbita.
- Se normalizan los sentidos del gusto y olfato pasadas 48 horas del abandono tabáquico.
 - Aumentará la capacidad física y se cansará menos con cualquier actividad pasados 1-3 meses del abandono tabáquico.
 - Se iguala el riesgo de padecer infarto y otras enfermedades cardiovasculares al de los no fumadores pasados cinco años sin fumar.
 - Se iguala el riesgo de padecer cáncer de pulmón al de los no fumadores pasados 10-15 años sin fumar.
- Sufrirá menos catarros y molestias de garganta.
- Mejorará su economía: con lo que se ahorrará de tabaco podrá darse un capricho. Calcule el precio de un paquete del tabaco que usted fuma, por el número de paquetes que fuma al día, por 365 días. Se asombrará de lo que puede ahorrar si consigue dejar de fumar.
- Mejorará su aspecto físico y estético:
 - ✓ Desaparecerá el mal aliento.
 - ✓ Mejorará el olor de su ropa y de la casa en general.
 - ✓ Desaparecerá el color amarillento de manos y uñas.
 - ✓ Mejorará la hidratación de su piel, mejorará su tersura y tendrá menos arrugas.
- Si tiene hijos, será buen ejemplo para ellos y no perjudicará su salud (fumadores pasivos). Puede hacerles partícipes de sus dificultades para abandonar el consumo y pedirles su apoyo, con lo que contribuirá a que entiendan que el consumo de tabaco es una adicción y posiblemente les ayudará a prevenir que en el futuro ellos se hagan fumadores.



ANEXO 8. CONSEJOS PARA AFRONTAR EL ABANDONO DEL TABACO.

Consejos para los días previos al abandono del tabaco.

- Comprar los paquetes de uno en uno. No acumular tabaco.
- No aceptar los cigarrillos que le ofrezcan. Tampoco pedirlos.
- Romper lazos «afectivos». Cambiar de marca al acabar cada paquete, vigilando que el contenido en nicotina no sea mayor que el de su marca habitual.
- Cuando sienta hambre, en vez de fumar, ingerir agua, fruta o chicle sin azúcar.
- Nunca llevar fuego, para que siempre tenga que pedirlo.
- Cuando desee fumar, esperar al menos cinco minutos para hacerlo. A veces las ganas pasan.
- No fumar inmediatamente después de comer. Levantarse, caminar o hacer algo.
- Informar de que va a dejar de fumar a sus amigos y familiares. Pedirles colaboración y paciencia. Advertirles que a partir de esa fecha no le den tabaco aunque se lo pida. Si alguien de su entorno quiere dejar de fumar, proponerle hacerlo juntos. Se ayudarán mutuamente.
- La noche anterior a la fecha elegida para dejar de fumar, tirar el tabaco que le quede y esconder ceniceros y mecheros.

¿Qué hacer el primer día sin fumar?

- Procure levantarse un poco antes de la hora habitual y haga el firme propósito de dejar de fumar sólo por hoy.
- Haga un poco de ejercicio respirando aire puro. Note cómo el aire puro y oxigenado invade tus pulmones. Aire puro, no humo.
- Procure no comer abundantemente y, sobre todo, después de comer no se tome un descanso para leer o ver la TV. No se le ocurra quedarse quieto. Haga algo.

Consejos que no debe olvidar.

- Trate de hacerse un registro personal como fumador. Descubra las situaciones que asocia con la necesidad de fumar y evítelas. Comprobará que disminuye el número de cigarrillos que fuma y que empieza a controlar la urgencia de fumar. Felicítese por ello.
- Procure comer muchas veces y poco cada vez. Evite el consumo de bebidas alcohólicas y excitantes (café, té, etc.). Los zumos naturales, las verduras, las frutas y el pan integral serán sus mejores alimentos durante este periodo.
- Durante los primeros días sentirá un deseo intermitente y muy fuerte de fumar. Pero no se preocupe, existe una forma de enfrentarse y vencer este deseo: «relájese, respire profundamente y sienta cómo el aire puro y limpio invade sus pulmones. Reténgalo todo el tiempo que pueda en su interior y sáquelo lentamente, concéntrese en lo que está haciendo. Repita esto varias veces.
- El deseo imperioso de fumar disminuye considerablemente después de la segunda a tercera semana.
- Su riesgo de padecer enfermedades como el cáncer de pulmón, el infarto de miocardio y la bronquitis está disminuyendo vertiginosamente cada día que supera sin fumar.
- El estado de su piel y su capacidad para distinguir los sabores y olores mejorará notablemente con el abandono del consumo de tabaco.
- Descubra que en las situaciones de tensión, usted es el único capaz de dominarlas, no necesita para nada el cigarrillo. Ahora es usted quien domina al tabaco.
- Ahorre todo el dinero que antes derrochaba en el tabaco. Cuando tenga una buena cantidad, regálese eso que tantas veces ha querido comprar.
- Tenga cuidado, puede engordar. No obstante, si vigila su dieta, sólo ganará escasos kilos que después puede eliminar fácilmente.
- Felicítese cada día que pasa, porque esta vez seguro que va a conseguir dejar el tabaco.
- No ceda nunca, ni siquiera por un solo cigarrillo.

ANEXO 9. TEST GLOVER-NILSON.

TEST DE GLOVER-NILSSON					
¿Cuánto valora lo siguiente? (preguntas 1 a 3)					
Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado					
0, nada en absoluto; 1, algo; 2, moderadamente; 3, mucho; 4, muchísimo					
1. Mi hábito de fumar es muy importante para mí	0	1	2	3	4
2. Juego y manipulo el cigarrillo como parte del ritual del hábito de fumar	0	1	2	3	4
3. Juego y manipulo el paquete de tabaco como ritual	0	1	2	3	4
¿Cuánto valora lo siguiente? (preguntas 4 a 18)					
Por favor, seleccione la respuesta haciendo un círculo en el lugar indicado					
0, nunca; 1, raramente; 2, a veces; 3, a menudo; 4, siempre					
4. ¿Ocupa sus manos y dedos para evitar el tabaco?	0	1	2	3	4
5. ¿Suele ponerse algo en la boca para evitar fumar?	0	1	2	3	4
6. ¿Se recompensa a sí mismo con un cigarrillo tras una tarea?	0	1	2	3	4
7. ¿Se angustia cuando se queda sin cigarrillos o no consigue encontrar el paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
8. Cuando no tiene tabaco, ¿le resulta difícil concentrarse y realizar cualquier tarea?	0	1	2	3	4
9. Cuando se halla en un lugar en el que está prohibido fumar, ¿juega con su cigarrillo o paquete de tabaco?	0	1	2	3	4
10. ¿Algunos lugares o circunstancias le incitan a fumar: su sillón favorito, sofá, habitación, coche o la bebida (alcohol, café, etc.)?	0	1	2	3	4
11. ¿Se encuentra a menudo encendiendo un cigarrillo por rutina, sin desearlo realmente?	0	1	2	3	4
12. ¿Le ayuda a reducir el estrés el tener un cigarrillo en las manos, aunque sea sin encenderlo?	0	1	2	3	4
13. ¿A menudo se coloca cigarrillos sin encender u otros objetos en la boca (bolígrafos, palillos, chicles, etc.) y los chupa para relajarse del estrés, la tensión, la frustración, etc.?	0	1	2	3	4
14. ¿Parte de su placer de fumar procede del ritual que supone encender un cigarrillo?	0	1	2	3	4
15. ¿Parte del placer del tabaco consiste en mirar el humo cuando lo inhala?	0	1	2	3	4
16. ¿Enciende alguna vez un cigarrillo sin darse cuenta de que ya tiene uno encendido en el cenicero?	0	1	2	3	4
17. Cuando está solo en un restaurante, parada de autobús, fiesta, etc., ¿se siente más seguro, a salvo o más confiado con un cigarrillo en las manos?	0	1	2	3	4
18. ¿Suele encender un cigarrillo si sus amigos lo hacen?	0	1	2	3	4
Preguntas 1, 6, 7 y 8 miden dependencia psicológica, las preguntas 17 y 18 miden dependencia social, y las preguntas 2 a 5 y 9 a 16 miden dependencia gestual					

ANEXO 10. PLAN DE ROTURA DE LAZOS CON EL TABACO.

Plan de rotura de lazos con el tabaco.

Recuerde que el objetivo de estas medidas es demostrarse a sí mismo que usted puede tomar el control, que el tabaco no le controla a usted, sino usted al tabaco.

- Compre los paquetes de uno en uno. Si. No.
- No acepte mi pida cigarrillos a otras personas. Si. No.
- Establezca lugares donde no fumará. _____

- Restaurar ____ minutos el primer cigarrillo.
- Restaurar ____ minutos otro cigarrillo.
- Dejar de fumar 1/3 o 1/2 cigarrillo.
- Fije el número máximo de cigarrillos que fumará _____. Trate de no superar el tope establecido. Si consigue sin gran esfuerzo fumar menos de lo previsto, mejor.

Otras tareas: _____

- Reduzca semanalmente _____ cigarrillos, tal como se muestra en la tabla inferior, y anote cuánto fuma cada día. Recuerde que puede fumar menos de lo previsto.

Semana 1	L	M	X	J	V	S	D
Autorizados							
Fumados							
Semana 2	L	M	X	J	V	S	D
Autorizados							
Fumados							
Semana 3	L	M	X	J	V	S	D
Autorizados							
Fumados							

ANEXO 11. CONTRATO SIMBÓLICO.

Contrato simbólico.

Prepárese para dejar de fumar. Recuerde las razones que tiene para ello y anótelas de nuevo. Elija un día para dejar de fumar y escríbalo:

Esto es un contrato simbólico. Si ha establecido una fecha para dejar de fumar, debe tratar de respetarla como haría con cualquier contrato que firmase. Mucho más en este caso, ya que se trata de un contrato beneficioso para su salud y su calidad de vida.

RAZONES PERSONALES PARA DEJAR DE FUMAR.

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

Día:

Mes:

Año:

Firma:

Una vez establecidos los motivos para dejar de fumar y la fecha fijada, haga varias fotocopias de este contrato y póngalo en lugares que usted vea frecuentemente (en su baño, en la puerta del frigorífico, en su mesa de trabajo, en el interior de la puerta de su taquilla).

ANEXO 12. SESIÓN 4 DEL PROGRAMA DE EPS.

CUARTA SESIÓN.

Titulo: Mantente fuerte.

Objetivo: Resolver los problemas y síntomas que plantee el paciente, y reforzar su proceso de cesación.

Fecha y hora: A determinar.

Recursos humanos: Enfermera/o.

Lugar: Aula docente del centro de salud del ensanche Teruel.

Duración: 60 minutos.

Recursos materiales: Ordenador, pantalla proyección, cañón proyector, altavoces, bolígrafos, sillas, mesas, etiquetas, diapositivas en power point, anexos para los participantes.

Contenido:

Actividad 1: Dar la bienvenida y presentar el contenido de la sesión.

- Duración: 5 minutos.

Antes de iniciar la sesión la enfermera dará la bienvenida a los participantes pidiendo que se coloquen las etiquetas identificativas realizadas en la primera sesión.

La enfermera/o presentará las actividades que se tratarán durante la sesión.

Actividad 2: Evaluar la actividad "Plan de rotura de lazos con el tabaco".

- Duración: 25 minutos.

En la sesión anterior se realizó la actividad "Plan de rotura de lazos con el tabaco". La enfermera/o pedirá los participantes que pongan en común el contenido de su "Plan de rotura de lazos con el tabaco".

Hay que dejar tiempo suficiente para que todos los participantes puedan expresarse.

El educador debe hacer una síntesis y realizar una reflexión sobre el tema.

Actividad 3: Consejos para mantener la abstinencia tabáquica y prevenir las recaídas.

- Duración: 25 minutos.

El educador debe explicar en que esta actividad se va a dar unos consejos que pueden ser útiles para mantener la abstinencia tabáquica y prevenir las recaídas.

Se les proporcionará la lista de consejos para que puedan utilizarla si se les plantea la necesidad.

También se les proporcionará una hoja de registro del consumo del tabaco y de valoración del síndrome de abstinencia. Se les explicará como rellenarla y que nos servirá para las sesiones individuales que se realizaran posteriormente.

Actividad 5: Resumen de la sesión.

- Duración: 5 minutos.

La enfermera/o ha de resumir los principales mensajes clave de la sesión.

Recordar a los participantes la fecha para la siguiente sesión. Indicándoles que es la última sesión en grupo.

ANEXO 13. CONSEJOS PARA MANTENER LA ABSTINENCIA TABÁQUICA Y PREVENIR LAS RECAÍDAS.

Consejos para mantener la abstinencia tabáquica y prevenir las recaídas.

- No es raro que durante mucho tiempo sienta en ocasiones deseos de fumar. Recuerde que son sensaciones temporales que terminarán por desaparecer. No se sienta débil por ello. Es lo normal.
- Los deseos de fumar cada vez durarán menos y le será más fácil controlarlos.
- Retire de su entorno todo lo que le recuerde el tabaco (mecheros, ceniceros, etc.).
- Cuando sienta deseos de fumar, ingiera fruta o líquidos, emprenda alguna actividad o utilice los dispositivos que le recomiende su médico.
- Recuerde que su salud y su ánimo mejorarán progresivamente. Cada día se sentirá mejor que el anterior.
- No se preocupe de vivir en adelante sin tabaco. Al fin y al cabo, dejando de fumar no se renuncia a nada importante de la vida.
- En ciertos momentos recibirá presiones para que fume, pero ahora ya está capacitado para rechazarlas. Recuerde que los equivocados son quienes continúan fumando.
- Si en algún momento siente dudas o debilidad, consulte de nuevo a su médico. No tire por la borda el esfuerzo realizado ahora que tiene a su alcance dejar el tabaco para siempre.
- Si finalmente fuma algún cigarrillo, se sentirá mal y además le sabrá mal. Analice por qué ha fumado ese cigarrillo y si ha merecido la pena. En todo caso, considérela algo aislado que no se repetirá. Repase los motivos por los que ha decidido dejar de fumar.
- Un desliz NO es una recaída, pero algo no marcha bien del todo. Analice las causas y evítelas en el futuro. Considérela como una lección. Un cigarrillo o varios aislados no tienen capacidad para convertirle de nuevo en adicto. No desista por ello.
- Si ha ganado algo de peso, revise su dieta y haga algo más de ejercicio.

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

No coma entre horas, evite el pan, la bollería y el alcohol o consulte a su terapeuta. El riesgo para la salud del tabaco es mayor que el del aumento de peso, y siempre podrá perder ese peso más adelante. NO es un motivo para abandonar el intento.

- Ya se ha demostrado a sí mismo que puede vivir sin fumar. El continuar depende de usted, pero no dude en solicitar ayuda de nuevo si cree que la precisa.



ANEXO 14. HOJA DE REGISTRO DEL CONSUMO DEL TABACO Y DE VALORACION DEL SINDROME DE ABSTINENCIA.

Hoja de registro del consumo de tabaco y de valoración del síndrome de abstinencia.

Fecha:

Escriba el número de cigarrillos que ha fumado hoy: _____

Para contestar a las preguntas acerca del síndrome de abstinencia, utilice la siguiente escala:

Nada =0; insignificante = 1; leve = 2; moderado = 3; alto = 4

Deseo de fumar un cigarrillo					
Estado de ánimo deprimido					
Dificultad para dormirse					
Despertarse por la noche					
Irritabilidad, frustración o rabia					
Ansiedad					
Dificultad para concentrarse					
Inquietud					
Aumento de apetito					
PUNTUACIÓN TOTAL					

ANEXO 15. SESIÓN 5 DEL PROGRAMA DE EPS. ULTIMA SESIÓN EN GRUPO.

SESIÓN 5:

Titulo: Última sesión.

Objetivo: Resolver las dudas que hayan surgido durante las sesiones anteriores y realizar la evaluación.

Fecha y hora: A determinar.

Recursos humanos: Enfermera/o.

Lugar: Aula docente del centro de salud del ensanche Teruel.

Duración: 60 minutos.

Recursos materiales: Ordenador, pantalla proyección, cañón proyector, altavoces, bolígrafos, sillas, mesas, etiquetas, diapositivas en power point, anexos para los participantes.

Contenido:

Se dará respuesta a todas las dudas que tengan los asistentes.

Además, se les pasará un cuestionario que tendrán que cumplimentar. Por un lado, sería un cuestionario de satisfacción sobre las sesiones del programa, otro sobre el equipo docente y por último un cuestionario de evaluación para comprobar los conocimientos adquiridos por los usuarios del programa.

ANEXO 16. ENCUESTAS DE EVALUACIÓN

Encuesta de evaluación sobre las sesiones del programa de EPS.

	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	INDIFERENTE	MALO
La organización del curso ha sido					
El nivel de los contenidos ha sido					
La utilidad de los contenidos aprendidos					
La utilización de casos prácticos					
La utilización de medios audiovisuales					
La utilización de dinámicas de grupo					
La comodidad del aula					
El ambiente del grupo de alumnos					
La duración del curso ha sido					
El horario realizado ha sido					
El material entregado ha sido					
En general, el curso te ha parecido					

Prevención de las enfermedades cardiovasculares en pacientes fumadores.

Encuesta de evaluación sobre los docentes del programa de EPS.

	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	INDIFERENTE	MALO
Ha utilizado explicaciones teóricas					
Ha realizado prácticas					
Ha fomentado el trabajo en equipo					
Tiene buena capacitación técnica					
Ha propiciado buena comunicación					
Ha sabido motivar al grupo					
Ha cumplido los objetivos propuestos					

Cuestionario de evaluación de los conocimientos adquiridos en el programa de EPS.

1. ¿Qué son las enfermedades cardiovasculares?
2. ¿Qué factores de riesgo las producen?
3. Cite al menos tres recomendaciones para reducir los niveles de Tensión arterial.
4. Cite al menos tres síntomas en la diabetes.
5. Cite al menos tres consejos para mantener la abstinencia tabáquica y prevenir las recaídas.

ANEXO 17. SESIONES DE SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE EPS.

SESIONES DE SEGUIMIENTO.

Titulo: Mantiene tu salud.

Objetivo: Mantener y consolidar la abstinencia, prevenir las recaídas, conservando los cambios en el estilo de vida.

Fecha y hora: A determinar

Recursos humanos: Enfermera/o.

Lugar: Consulta de enfermería.

Duración: 15 minutos.

Recursos materiales: Ordenador, mesa, sillas, báscula de peso y de altura, tensiómetro, fonendoscopio, folios, aparato de la glucemia, tiras de glucemia, guantes, algodón o gasas, programa informático OMI-AP.

Contenido:

La enfermera/o programará citas individuales en la consulta de enfermería con los participantes.

Los que inician el abandono tabáquico deben ser atendidos periódicamente al menos en el primer mes, a los tres meses, a los seis meses y al año del abandono. También se informará a los pacientes que lo deseen sobre el tratamiento farmacológico para la deshabitación tabáquica.

En cada cita valoraremos:

- Peso, talla y cálculo del IMC.
- Consumo de alcohol.
- Registro del consumo del tabaco y de valoración del síndrome de abstinencia.
- TA.
- Glucemia capilar.
- Refuerzo de la educación sanitaria.