



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Prevalencia del ictus y puesta en marcha de un programa
de EPS sobre su prevención secundaria

Autor/es

Rocío Pérez Escorihuela

Director/es

Santiago Valdearcos Enguídanos

Escuela Universitaria de Enfermería. Teruel

2014

INDICE

	PÁG
PORADA	1
INDICE	2
RESUMEN/ABSTRACT	3-4
INTRODUCCIÓN	5-8
OBJETIVOS	9
METODOLOGIA	10-11
RESULTADOS	12-14
DISCUSION	15-16
CONCLUSION	17
BIBLIOGRAFIA	18-19
ANEXOS	21-44

RESUMEN

OBJETIVO: Conocer la Prevalencia de Ictus en Teruel Capital y analizar los factores de riesgo más prevalentes para implantar un programa de EPS sobre su prevención secundaria.

MATERIA Y MÉTODOS. Estudio observacional analítico transversal retrospectivo de pacientes que presentaron un ictus (incluidos AIT) en Teruel capital registrados por el sistema OMI-AP durante el 1 de noviembre del 2012 al 31 de Octubre del 2013. Se hallaron 128 pacientes, que tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de 118 pacientes.

RESULTADOS. La prevalencia de ictus en la población de Teruel fue 387 casos/100.000 habitantes, más prevalente en hombres y en el grupo de edad de ≥ 85 años. El tipo de ictus más usual fue el AIT (45,8%). La edad media fue de 76,23 años (DE 15,50), siendo mayor en mujeres. Los FR más predominantes fueron: el exceso de peso (75,3%) y la HTA (56,8%). Elaboramos un programa de salud a realizar en los centros de salud de Teruel Capital, a los pacientes incluidos en el estudio. Lo dividimos en 8 sesiones (2 individuales y 6 grupales) con una duración de 10 semanas, donde se trabajaran los FR predominantes.

CONCLUSIÓN. La prevalencia del ictus es elevada. Los FR más predominantes que tenemos que trabajar en el programa de EPS son el exceso de peso y la HTA. En el breve periodo de tiempo que duro el estudio fallecieron el 17,8% de los pacientes, por ello hay que trabajar la prevención secundaria para evitar que aparezcan ictus recurrentes que llevan peores consecuencias tales como la mortalidad.

Palabras Claves: Ictus, Prevención Secundaria, Programa de EPS

ABSTRACT

OBJECTIVE: To know the prevalence of stroke in Capital Teruel and analyze the most prevalent risk factors for introduce a health education program about your secondary prevention.

METHODS: Observational analytic transversal retrospective study of patients who had a stroke (including TIA) in Capital Teruel registered by the OMI-AP system from 1 november of 2012 to 31 October of 2013. 128 patients were found. After applying the inclusión and exclusion criteria the end sample was 118 patients.

RESULTS: The stroke prevalence in Teruel towns was 387 cases per 100.000 population, more prevalent in men and in the age group ≥ 85 years. The most common type of stroke was the TIA (45,8%). The mean age was 76.23 years (TD:15.50), higher in woman. The prevailing risks factors were overweight (75,3%) and hipertensión (56,8%). We developed a health education program to patients included in the study. It will make in health centers of Capital Teruel. It divide into 8 sessions (2 individual and 6 groups) with 10 weeks of duration. Where will work the prevalent risk factors.

CONCLUSION: The prevalence of stroke is high. The most prevalent risks factors are overweight and hypertension. In the short time that during the study, died 17,8% of patients. Wherefore we have to work to prevent recurrent strokes, that it leads worst impact as mortality.

Keywords: Stroke, Secondary prevention, health education program

INTRODUCCIÓN

El ictus es una enfermedad cerebro vascular aguda como consecuencia de la alteración de la circulación cerebral que ocasiona un déficit transitorio o definitivo del funcionamiento de una o varias áreas del encéfalo. Se diferencia de un Accidente Isquémico Transitorio (AIT) en la duración de la sintomatología, en el ictus la sintomatología dura 24 horas y en el AIT menos de 24 horas.¹

Hay dos grandes tipos según la causa:

- Isquémicos (85%): causados por la falta de aporte sanguíneo a una determinada zona del parénquima encefálico.
- Hemorrágicos (15%): causados por la rotura de un vaso sanguíneo encefálico con extravasación de sangre fuera del flujo vascular.²

El ACV es un problema de salud pública de primera magnitud en todo el mundo. En España es la tercera causa de muerte, solo superada por el cáncer y las cardiopatías.³ Con respecto al género, en las mujeres ocupa la primera causa de muerte (101,5 por 100.000/año) en comparación con los varones (75,2 por 100.000 año).⁴

La incidencia anual en España oscila entre 132 a 174 casos por 100.000 habitantes.⁵ Estas cifras están en infraestimación, ya que muchos pacientes el Ictus no lo reconocen adecuadamente.

Según datos de la encuesta de morbilidad hospitalaria, se ha producido un incremento constante del número total de pacientes ingresados con el diagnóstico principal al alta de enfermedad cerebrovascular. Este aumento no parece explicarse únicamente por el crecimiento de la población. En el año 2003 la cifra fue de 112.498 casos mientras que en el 2012 la cifra fue de 116.152 casos (sin incluir los AIT y resto de enfermedades cerebrovasculares)⁶

La prevalencia del ictus en el año 2012 (excluidos los ≤14 años) fue de 585 casos/100.000 habitantes.⁷ En relación con la edad, el 75% de los ictus acontecen en personas ≥65 años. En la población general, la prevalencia se ha estimado en torno al 5% en el grupo de edad de 65 a 84 años, y superior al 7% en ≥85 años.⁴

Con respecto a la etiología del ictus, existen múltiples factores de riesgo vascular presentes. La asociación de diversos factores de riesgo (Anexo1) aumenta el riesgo de sufrir un ictus o un ictus recurrente, por lo que es mejor detectar y controlar esos factores antes de que ocurra. El factor de riesgo de mayor magnitud es la HTA (riesgo relativo >4)⁸, el tratamiento antihipertensivo reduce el riesgo de recurrencias en pacientes con cifras elevadas e incluso con cifras normales.⁹

Después de padecer un ictus o un AIT, el 30% de los pacientes van a fallecer a lo largo del siguiente año por una complicación vascular. El riesgo de recidiva del ictus se sitúa en el 10% anual, siendo mayor a lo largo del primer año y sobre todo durante el primer mes¹⁰ posteriormente el riesgo de recurrencia anual es del 5%. Asimismo el riesgo de presentar una enfermedad coronaria se estima en un 6% durante el primer año después de un ictus y posteriormente en un 4,6% anual tras el primer episodio de ictus.¹¹

El ictus recurrente representa una cuarta parte de todos los ictus y supone una clara expresión de falta de una adecuada prevención secundaria.¹² Éste se asocia a un déficit más severo, con peor pronóstico y mayor mortalidad que el primer episodio, y debe ser considerado como una tragedia, ya que muchos ictus recurrentes podrían ser evitados si identificáramos correctamente los factores de riesgo modificables y los tratáramos correctamente.¹³

El ictus es la causa más importante de invalidez o discapacidad a largo plazo en el adulto y la segunda causa de demencia. El 44% de supervivientes del ictus quedan con una dependencia funcional. Los principales déficits, discapacidades y complicaciones observables después de un ictus son: parálisis, desequilibrio, trastorno del habla/lenguaje, trastornos visuales, déficits cognitivos, alteraciones emocionales, fatiga física y psíquica, crisis epilépticas y dolor.¹³

El ictus recurrente es el principal responsable de discapacidad y muerte después de un ictus. Así la mortalidad se incrementa en un 73%, y la dependencia funcional aumenta el 39% en un ictus recurrente. Por ello, la prevención secundaria es fundamental para reducir el ictus recurrente.¹³

Para que la prevención secundaria funcione, tienen que coordinarse todos los profesionales sanitarios. Desde Atención primaria la enfermera y el médico tienen que comprobar que el paciente tiene evaluadas las secuelas, estableciendo el deterioro y la discapacidad que le producen y completar su historia clínica (tipo de ictus, IMC, TA, Glucemia, Colesterol e información sobre sus estilos de vida). Se realizará una valoración individualizada y se comprobará la adherencia al tratamiento antitrombótico y de los factores de riesgo (si fuera necesario tratamiento farmacológico). Además se tendrá que detectar, seguir y controlar todos los factores de riesgo (Anexo2), para ello se instaurarán medidas para modificar sus estilos de vida (consejo dietético, disminución del peso, ejercicio y abandono del tabaco). La creación de un programa de prevención secundaria del ictus puede ayudar a conseguir controlar los factores de riesgo y que disminuya la aparición de ictus recurrentes.^{14 21}

Respecto a los costes y la carga global de la enfermedad, que incluyen la mortalidad como la discapacidad, el ictus ocupa el segundo lugar en cuanto a la carga de enfermedad en Europa (responsable del 6,8% de la pérdida de años de vida ajustados a la discapacidad). Respecto al género en las mujeres, es mayor (sobre un 4,8% del total) ocupando el tercer lugar, mientras que en varones el peso es inferior (sobre un 4% del total).¹³

Sobre el gasto sanitario total en España y Europa, es el responsable del 3-4%, estando la mayoría del gasto relacionado con la hospitalización en la fase aguda, la rehabilitación y los gastos en las residencias.⁴

OBJETIVOS:

-GENERAL:

- Conocer la prevalencia del Ictus en Teruel Capital y sus características.
- Implantar un programa de EPS para disminuir la incidencia de Ictus recurrentes

- ESPECIFICOS:

- Conocer los factores de riesgo más prevalentes en la población de estudio

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio observacional analítico transversal retrospectivo de pacientes que presentaron un ictus (incluidos AIT) en Teruel capital registrados por el sistema OMI-AP (Sistema de Historia Clínica Electrónica utilizado en Atención Primaria) durante el 1 de noviembre del 2012 al 31 de Octubre del 2013 y recogidos mediante el sistema OMI-EST.

Se hallaron 128 pacientes registrados durante esas fechas. Tras aplicar los criterios de inclusión (pacientes >14 años, registrados en el OMI-AP de la capital de Teruel entre el 1 de noviembre del 2012 y el 31 de Octubre del 2013 que han presentado Ictus y AIT) y los criterios de exclusión (pacientes ≤ 14 años y pacientes mal diagnosticados) se obtuvo una muestra de 118 pacientes los cuales registramos las siguientes variables:

Edad: variable cuantitativa discreta

Sexo: Femenino/Masculino: variable cualitativa nominal dicotómica

Tipo de ICTUS: Isquémico/ Hemorrágico: variable cualitativa nominal dicotómica

IMC: variable cuantitativa continua

Factores de riesgo:

- HTA: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica
- Dislipemia: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica
- Tabaquismo: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica
- Diabetes: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica

Fallecimiento del paciente durante la fecha de estudio: SI/NO. Variable cualitativa nominal dicotómica.

Para la recogida de las variables se utilizo la siguiente hoja de registro (Anexo3) utilizando el sistema OMI-AP para consultar los datos durante la fecha del estudio.

Se registraron las variables y a partir de ellas se crearon nuevas: exceso de peso (IMC≤24,9: NO y ≥ 25 : SI) variable cualitativa nominal dicotómica, grupo de edad comparativo prevalencia (de 15-44 años, de 45-64 años, de 65-84 años y ≥ 85 años) variable cualitativa ordinal politómica, grupo de edad comparativo estudio Edades (de 50-64 años, de 65-79 años, ≥ 80 años) variable cualitativa ordinal politómica y sumatorio de factores de riesgo asociados (ningún FR asociado, 1 FR asociado, 2 FR asociado, 3 FR asociado, 4 FR asociado, 5 FR asociados) variable cualitativa ordinal politómica.

Después se analizaron con el programa estadístico IBM SPSS Stadistic y Excel. Las relaciones entre las variables cualitativas se analizaron con la χ^2 en caso de cumplir normalidad y en caso de no cumplirse el test de Fisher o asociación lineal, mientras que las variables cuantitativas asociadas a variables cualitativas de dos categorías se relacionaron a través de la t-student si cumplían normalidad y sino utilizamos la U de Mann Whitney, finalmente para relacionar una variable cuantitativa con una variable cualitativa de más de 2 categorias, utilizamos si hay normalidad la Anova y si no el kuskrall Wallis. Las relaciones entre las variables se considero significación estadística un valor de $p < 0,05$.

Tras analizar las variables y obtener resultados, creamos un programa de EPS sobre la prevención secundaria del ictus.

RESULTADOS

La prevalencia de ictus en mi estudio es de 387 casos por 100.000 habitantes. Según el género la prevalencia de ictus es mayor en hombres (Tabla 1). Analizando según grupos de edad, el grupo que mayor prevalencia tiene es el de ≥ 85 años (Tabla 2).

Tras analizar las variables de estudio, observamos que la modalidad de ictus más predominante es el AIT (Grafica 1). La relación entre el tipo de ictus y la suma de factores de riesgo asociados (Asociación lineal) fue significativa ($p=0,003$), existiendo relación entre sí (grafica2). Relacionamos el tipo de ictus y el IMC (Kuskrall Wallis) encontrándose diferencias significativas ($p=0,014$), tales diferencias se hallaban entre los grupos isquémico y hemorrágico ($p=0,010$) y entre el AIT y el grupo hemorrágico ($p= 0,007$) existiendo relaciones entre sí.

El 53,4% de los pacientes que presentaron ictus fueron hombres. La relación entre género y mortalidad (Asociación Lineal) fue significativa ($p=0,02$), existiendo relación entre sí. Existe relación significativa entre el ictus isquémico, género y mortalidad ($p=0,011$).

La edad media de los pacientes que lo presentaron fue de 76,23 años (DE 15,50 años). Según el sexo, la edad media es muy similar en ambos, siendo mayor en mujeres (grafica 3), no existiendo diferencias significativas. Sin embargo existen diferencias significativas con el tabaquismo (U de Mann Whitney $p=0,01$), y entre la mortalidad (U de Mann Whitney $p=0,00$) existiendo en ambas relaciones significativas con la edad media.

Los factores de riesgo más predominantes fueron, el exceso de peso, la HTA y la dislipemia (Grafico 4). La HTA es el factor más predominante en el AIT, el tabaquismo en el isquémico y la diabetes en el hemorrágico (Grafico 5).

Analizando el tipo de ictus con los diferentes factores de riesgo, se encontraron diferencias significativas en la variable exceso de peso (Asociación lineal $p=0,021$), por lo que el tipo de ictus y el exceso de peso están relacionados. También existen diferencias entre tabaquismo y grupo de edad (Asociación lineal $p=0,007$) existiendo relación entre sí. La relación

de la dislipemia con el grupo de edad es significativa (Asociación lineal $p=0,017$) existiendo relación entre ambas.

Solo el 9,1 % de los pacientes no tenía ningún factor de riesgo asociado. Analizando la relación entre sumatorio de factores de riesgo con el grupo de edad, encontramos diferencias significativas (Asociación lineal $p=0,00$), existiendo relación entre sí.

El IMC medio es de 28,08 (DE 4,59). Existe relación significativa entre IMC y HTA (t-student $p=0,033$), IMC y dislipemia (t-student $p=0,016$). También existen diferencias significativas entre IMC y sumatorio de los factores de riesgo (Kuskall Wallis $p=0,04$), tales diferencias son entre el grupo de ningún factor de riesgo respecto a 1 factor de riesgo asociado ($p=0,04$), 2 factores de riesgos asociados ($p=0,00$), 3 factores de riesgos asociados ($p=0,00$) y 4 factores de riesgo asociados ($p=0,21$).

Finalmente como dato a destacar el 17,8% de los pacientes fallecieron durante el tiempo de estudio.

Tras describir los resultados, explicaremos brevemente nuestro programa de salud.

El programa lo realizaremos en el centro de salud Ensanche y en el centro de salud del centro de Teruel. Irá dirigido a pacientes que presentaron un ictus y AIT en Teruel Capital registrados en el OMI-AP durante la fecha del estudio y a sus familiares.

El número total de pacientes tras los excluidos y los fallecidos son: 37 pacientes en el C.S. centro y 60 pacientes en el C.S. ensanche. El programa de salud lo hemos dividido en 8 sesiones (2 individuales y 6 grupales).

Las sesiones individuales se realizarán con el paciente y/o cuidador principal en su centro de salud correspondiente. Habrá 2 enfermeras para el C.S. Centro y 4 para el C.S. Ensanche. Las sesiones grupales las impartirá el profesional correspondiente a cada sesión y se impartirán en sus centros de salud. Habrá 10 grupos: 4 en el centro (formado tres de ellos por 10

personas más un cuidador principal por paciente y uno de 7 pacientes más sus cuidadores) y 6 grupos en el ensanche formados por 10 pacientes más cuidadores principales.

La duración del programa será de 10 semanas dividiendo las clases grupales en turno de mañana y turno de tarde. Adjuntamos un cronograma con las actividades a realizar (Anexo11).

Las sesiones que se impartirán son:

Sesiones individuales: nuestro objetivo será presentarnos, explicar los motivos y beneficios del programa, revisar la historia clínica y actualizarla y asesorar al paciente. (Anexo 12 y 18).

Sesiones grupales: pretenderemos conocer los conocimientos previos sobre su enfermedad para luego aclarárselos y enseñarles conocimientos nuevos, centrándonos en medidas preventivas, para ayudarles a que sean partícipes sobre su propia salud e evitar la recurrencia del ictus.

Las sesiones grupales las hemos clasificado en:

- Sesión presentación: conocerse entre ellos, con el personal, explicar en qué va a consistir el programa de educación y conocer los conocimientos previos que tienen sobre su enfermedad. (Anexo 13)
- Conceptos claros: aclarar los conceptos que deben de conocer. (Anexo 14)
- Factores de riesgo: conocer los diferentes FR y aprender cómo controlarlos. (Anexo 15)
- La dieta: aprender que alimentos son más saludables y cuales deben evitar en su enfermedad. Planificarse una dieta equilibrada. (Anexo 16)
- Actividad Física: aprender los beneficios del ejercicio y habituarse a realizar ejercicio moderado a diario. (Anexo 17)
- Sesión Evaluatoria: Valorar los conocimientos adquiridos. (Anexo 19)

DISCUSION

La prevalencia de ictus en España durante el 2012 (en las mismas condiciones que en nuestro estudio) fue de 584 casos/100.000 habitantes⁷, mayor que la prevalencia que nos salió en nuestro estudio, esto puede ser debido a la falta de pacientes registrados, ya que muchos de los ancianos (que tienen mayor probabilidad de padecer un ictus) viven en residencias y no son atendidos en Atención Primaria.

Según la prevalencia del año 2012 y la de nuestro estudio respecto al género y al grupo de edad, en ambas es mayor en hombres y en ≥ 85 años (Tabla 5 y 6).

Existen diferentes estudios^{5 15 16 17 18} que relacionan el ictus con el género y en todos ellos, al igual que en el mío, obtenemos una prevalencia mayor en hombres.

Respecto al tipo de ictus más predominante en mi estudio el más prevalente es el AIT (45,8%), en el ICTUSCARE⁵ y OMI-AP¹⁶ el más prevalente es el isquémico (61% y 68,8%).

La edad media en mi estudio (76,23 años (DE 15,50)) es mayor que en el resto de estudios: ICTUSCARE⁵ (70,8 años (DE 10,4)), EBRICHTUS¹⁷ (73,3 años (DE 11,6)) DIAPRESIC¹⁹ (72,9 años (19,9)), puede ser debido a que la población de Teruel es una población envejecida.

La relación entre la media de edad y género en mi estudio no fue significativa, mientras en ICTUSCARE⁵ (mujer: 72,5 años (DE 10,7) hombre: 69 años (DE 10,1)) y DIAPRESIC¹⁹ (mujer: 75,6 años (DE 12,1), hombre: 70,8 años (DE 11,9)) si lo fue.

Los factores de riesgo más predominantes en el resto de los estudios^{5 16 19} ¹⁵ fue la HTA excepto en el estudio de factores de riesgo después de sufrir un ictus¹⁸ que el factor de riesgo más predominante fue la Dislipemia y en el nuestro fue el exceso de peso. Estas diferencias pueden ser debidas al diferente hábito alimenticio territorial.

En la relación de los factores de riesgo con el grupo de edad según el sexo, podemos decir que en las mujeres existe relación significativa entre el tabaquismo y el grupo de edad (en mi estudio ($p= 0,012$) y en el estudio Edades¹⁵ ($p= 0,001$)) mientras que en hombres la relación significativa es entre dislipemia y grupo de edad ($p= 0,004$ en mi estudio y $p=0,003$ en el estudio edades¹⁵).

En nuestro estudio el 9,1% no tenía ningún factor de riesgo asociados, mientras que en ICTUSCARE⁵ solo el 2,1% no tenía ningún factor de riesgo, esto puede ser debido a la diferencia del tamaño muestral elegido en ambos estudios (118 frente a 955 pacientes).

La mortalidad en la población durante el primer año en mi estudio (17,8%) y en el estudio de cumplimiento de la prevención secundaria (13,4% solo incluidos AIT y ictus isquémicos)²⁰ fue bastante elevada. Esto quiere decir, que la prevención secundaria no se está realizando correctamente.

Finalmente para monitorizar y evaluar el programa de EPS se propondrá un nuevo estudio dentro de 2 años. Se estudiaran estos pacientes, para ver la incidencia del ictus recurrente y así evaluar si el programa de EPS ha tenido éxito. Declararemos que el programa ha sido exitoso si el porcentaje de ictus recurrentes es menor al 15%. Si se consiguiera, se plantearía su extensión a todos los centros de salud.

LIMITACIONES

- La muestra estudiada en nuestro estudio fue pequeña debido a la falta de casos registrados en el sistema OMI-AP
- Los datos registrados en el sistema OMI-AP de nuestras variables en algunos casos fueron deficientes.

CONCLUSION

En vista de los resultados obtenidos concluimos que la prevalencia del ictus es elevada, mayor en hombres que en mujeres. El tipo de ictus más predominante es el AIT, con mayor afectación en el grupo ≥ 85 años. Y los factores de riesgo más frecuentes fueron el exceso de peso, la HTA y la dislipemia, los cuales priorizaremos en el programa de EPS.

También destacar que en el breve periodo de tiempo que duro el estudio, fallecieron el 17,8% de los pacientes estudiados. Por lo que tenemos que trabajar la prevención secundaria de manera rigurosa, para evitar que aparezcan nuevos ictus recurrentes que llevan peores consecuencias.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Lobos Bejarano JM. Clasificación etiológica del ictus. En: Toquero F, Zarco J, coordinadores. Guía de Buena práctica clínica en Prevención del Ictus. Madrid: IM&C S.A; 2006. p.57-60.
- ² Grupo de trabajo GPC sobre la prevención primaria y secundaria del Ictus. Clasificación etiológica del ICTUS. En: Rigau D, Alonso P, Solà I, coordinadores. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus. Ed.1. Barcelona: Ministerio de Sanidad y consumo; 2009. p. 46-48.
- ³ Regidor E, Gutiérrez JL. Principales causas de muerte. En Vinuesa M, directora. Patrón de mortalidad en España 2010. Madrid: Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad; 2013. p.14-18.
- ⁴ Lobos Bejarano JM. Ictus, una amenaza sociable predecible. En: Toquero F, Zarco J, coordinadores. Guía de Buena práctica clínica en Prevención del Ictus. Madrid: IM&C S.A; 2006. p.11-14.
- ⁵ Abellán J, Ruilope LM, Leal M, Armario P, Tiberio G, Martell N. Control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con ictus atendidos en Atención Primaria en España. Estudio ICTUSCARE. Med Clin.2011;136(8):329-335.
- ⁶ Grupo de trabajo GPC sobre la prevención primaria y secundaria del Ictus. Introducción. En: Rigau D, Alonso P, Solà I, coordinadores. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus. Ed.1. Barcelona: Ministerio de Sanidad y consumo; 2009. p. 34-36.
- ⁷ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Morbilidad Hospitalaria. Enfermedad Cerebrovascular, isquemia cerebral transitoria y otras enfermedades cardiovasculares. Disponible en: www.ine.es
- ⁸ Lobos Bejarano JM. Hábitos y factores de riesgo del ictus. En: Toquero F, Zarco J, coordinadores. Guía de Buena práctica clínica en Prevención del Ictus. Madrid: IM&C S.A; 2006. p.57-60
- ⁹ Villoria F, Oliva J, Viñas S, Martí JC, Vazque T, Irinia P, et al. Promoción y Prevención de salud: Prevención primaria y secundaria. En: Matias J, coordinador. Estrategia en Ictus del Sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2008. p.43-56.
- ¹⁰ Gallejo J, Muñoz R. Prevención secundaria de los accidentes isquémicos cerebrales. Med.2011; 10(72):4932-4934.

¹¹ Grupo de trabajo GPC sobre la prevención primaria y secundaria del Ictus. Prevención secundaria del ictus. En: Rigau D, Alonso P, Solà I, coordinadores. Guía de Práctica Clínica sobre la Prevención Primaria y Secundaria del Ictus. Ed.1. Barcelona: Ministerio de Sanidad y consumo; 2009. p. 127-161.

¹² Castilla L, Fernández Moreno MC. Prevención secundaria en pacientes con ictus isquémico: es hora de actuar. Clin Esp. 2008; 208(5):209-210.

¹³ Villoria F, Oliva J, Viñas S, Martí JC, Vazque T, Irinia P, et al. Situación del ictus en España. En: Matias J, coordinador. Estrategia en Ictus del Sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo; 2008. p.21-38

¹⁴ Grupo de trabajo del programa de atención a pacientes con ictus en el sistema salud de Aragón. Atención al ictus en fase de cronicidad: Prevención secundaria. En: Marta J, coordinadora. Programa de atención a pacientes con ictus en el sistema salud de Aragón. Zaragoza: Sistema de Salud de Aragón; 2012. p. 59-64

¹⁵ Acha O, Hernandez JL, Penado S, Cano M, Riancho JA. Factores de riesgo e ictus en pacientes de diferentes edades. Clin Esp; 2003; 203(4): 189-92.

¹⁶ Rubio E, Martinez Pastor A, Lopez-Picazo Ferrer J, Leal M, Martínez Navarro A, Abellán J. Estudio de los registros de seguimiento y control de los factores de riesgo en pacientes con ictus seguidos en atención primaria por historia clínica informatizada (OMI-AP). Estudio ictus-OMI. Aten Primaria. 2011; 43(4):209-215.

¹⁷ Clau JL, Piñol JL, Panisello A, Lucas J, Gil VF, Orozco D, et al. Estudio Ebriictus. Resultados funcionales, supervivencia y años potenciales de vida perdidos después del primer episodio de ictus. Aten Primaria. 2012; 44(4): 223-231.

¹⁸ Mouradian MS, Majumdar SR, Senthilselvan A, Khan K, Shuaib A. How well are hypertension, hyperlipidemia, diabetes and smoking managed affecter a stroke or transient ischemic attack?. Stroke. 2002; 33(6):1656-9

¹⁹ Gil Nuñez A, Vivancos J, Gabriel R. Diagnóstico y prevención secundaria del infarto cerebral en España. Estudio Diapresic. Med Clin (Bar). 2008; 131(20): 765-9.

²⁰ Sappok T, Faulstich A, Stucker E, Kruck H, Marx P, Koennecke HC. Compliance with secondary prevention of ischemic stroke: a prospective evaluation. Stroke. 2001; 32(8):1884-9.

²¹ Escribano JB, Fages E, Fernández Cuenca J, García Medina AM, Giménez Arnau J, Góm J, et al. Recomendaciones para el control de los factores de riesgos más importantes. En Morales Ortiz A, Martínez Pastor A, coordinadores. Guía para la prevención secundaria del ictus. 1º Ed. Murcia: Consejería de Sanidad. Servicio murciano de salud; 2006. p.63-75

ANEXOS

ANEXO 1: FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo de los ictus hemorrágicos

	Hematoma cerebral	Hemorragia subaracnoidea
Edad	++	+
Sexo femenino	-	+
Raza/etnia	+	+
Hipertensión	++	+
Tabaquismo	?	++
Consumo excesivo de alcohol	++	?
Anticoagulación	++	?
Angiopatía amiloide	++	0
Hipocolesterolemia	?	0
Uso de anticonceptivos orales	0	?

++, fuerte evidencia; +, evidencia positiva moderada; ?, evidencia dudosa; -, evidencia inversa moderada; 0, no hay relación.

Fuente: Sacco RL et al. Risk factors. Stroke 1997; 28:1507-17.

Factores de riesgo del ictus isquémico

No modificables	Asociación fuerte	Asociación débil
Edad	Hipertensión arterial	Síndrome metabólico
Sexo	Tabaquismo	Consumo de drogas
Raza	Diabetes mellitus	Anticonceptivos orales
Bajo peso al nacer	Fibrilación auricular	Migraña
Factores hereditarios	Hipercolesterolemia	Hiperhomocisteinemia
	Estenosis de la arteria carótida	Elevación de la Lp(a)
	Enfermedad de células falciformes	Inflamación e infección
	Terapia hormonal	Obesidad y distribución de la grasa corporal
	Alcoholismo	Inactividad física
	Hipertrofia ventricular izquierda	Factores dietéticos
	Hipercoagulabilidad	Ciertas cardiopatías embolígenas
	Ictus isquémico o AIT previo	Otros: síndrome de apnea obstructiva del sueño, ciertos estados inflamatorios o infecciones

Adaptado de: Díez Tejedor E, Fuentes B, Gil Núñez AC, Gil Peralta A, Matías Guiu J, por el comité ad hoc del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la SEN. *Guía para el tratamiento preventivo de la isquemia cerebral*. En: *Guía para el tratamiento y prevención del ictus*. Guías y protocolos de la SEN. En Díez Tejedor (ed.). Ed. ISBN: 84-8124-225-X. Barcelona: Prous Science, 2006: 133-183.

ANEXO 2: OBJETIVOS DE TRATAMIENTO DE LOS FR

Recomendaciones en el manejo de la HTA

1. Se debe descender la presión arterial por debajo de 135/85 mmHG e idealmente por debajo de 130/85 (*Según las recomendaciones de la Sociedad española de Neurología*). Si hay diabetes el objetivo a alcanzar es descender por debajo de 130/80 mmHg (*Según recomendaciones la Sociedad Española de la HTA y la European Society of Hipertensión*)
2. La estrategia terapéutica debe basarse inicialmente, en un diurético tiazídico, un IECA o un ARA II. Se puede utilizar cualquier grupo terapéutico en combinación con el objetivo de controlar la P.A. y alcanzar los niveles recomendados.
3. Proporcionar a todos los pacientes que hayan presentado un ictus o accidente isquémico transitorio consejo apropiado para la modificación de los estilos de vida: dieta, reducción de peso si existe sobrepeso y ejercicio físico regular.

Recomendaciones para el manejo del nivel de lípidos

1. Los pacientes con ictus y antecedentes de cardiopatía isquémica se tratarán con estatinas independientemente de los niveles de colesterol.
2. Se debe mantener los niveles de LDL<100 en aquellos pacientes que hayan tenido un ictus y presenten algún otro factor de riesgo cardiovascular equivalente. Estos incluyen:
 - a) Arteriopatía periférica o aórtica.
 - b) Presencia de múltiples factores de riesgo cardiovascular que les confiera riesgo acumulado de enfermedad coronaria a los 10 años mayor del 20%.
 - c) Diabetes Mellitus.
 - d) Enfermedad renal crónica definida como creatinina sérica mayor de 1,5 mg/dl.
3. En todos los demás pacientes con ictus se debe tratar el colesterol según valoración de riesgo establecido por los expertos (tabla 11).
4. Los pacientes con ictus y estenosis carotídea significativa podrían ser tratados con estatinas independientemente de los niveles de colesterol, dados los indicios que existen del beneficio del tratamiento con estatinas para la estabilización de la placa ateromatosa.

OBJETIVOS EN EL CONTROL LIPÉMICO (ATP III)			
Niveles de LDL colesterol y puntos de corte para establecer cambios en estilo de vida y farmacoterapia según las diversas categorías de riesgo			
Categoría	Meta LDL	Niveles de LDL	Niveles de LDL para fármacos
Enfermedad coronaria o Riesgo equivalente*		Iniciar cambios estilo de vida	
	<100 mg/dl	≥100 mg/dl	≥130 mg/dl, fármacos opcionales entre 100-129
2 o más factores de riesgo con riesgo de eventos cardiovasculares 10 años menor de 20%**		≥130 mg/dl	
	≥130 mg/dl	Riesgo a 10 años 10-20%	>130mg/dl Riesgo a 10 años <10% ≥160 mg/dl
0 a 1 factor de riesgo cardiovascular	≤160 mg/dl	≥160 mg/dl	≥190 mg/dl, opcional entre 160-189

Tabla adaptada del Adult Treatment Panel en <http://www.Nhlbi.gov>

* Para calcular riesgo en 10 años utilizar tabla modificada de Framingham.

** Los factores de riesgo que modifican los niveles de LDL son tabaco, hipertensión (>140/90 o medición antihipertensiva), niveles bajos de HDL colesterol o antecedentes familiares de enfermedad coronaria prematura.

HDL colesterol > 60 cuenta como factor de riesgo negativo, su presencia descuenta un factor de riesgo de la suma total.

Recomendaciones para el manejo de la glucemia

1. Conseguir el buen control glucémico en pacientes que hayan sufrido un ictus.
2. La concentración de glucosa en ayunas no debe exceder los 126 mg/dl. Para ello se utilizará dieta, ejercicio físico, antidiabéticos orales o insulina hasta que se obtenga una glucemia adecuada.

OBJETIVOS PARA EL CONTROL DE LA DM TIPO 1
(EUROPEAN DIABETES POLICY GROUP 1999)
Consenso Europeo para la DM Tipo 1)

	Normal	Adecuado	Inadecuado
HbA _{1c}	≤6	6-7,5	>7,5
Basal/Preprandial (mg/dl)	70-90	90-120	>120
Postprandial (mg/dl)	70-135	135-160	>160
Glucemia al acostarse (mg/dl)	70-90	110-135	>135

OBJETIVOS PARA EL CONTROL DE LA DM TIPO 2
(EUROPEAN DIABETES POLICY GROUP 1999)
Consenso Europeo para la DM Tipo 2)

Control Glucémico	Riesgo Bajo	Riesgo Arterial	Riesgo Microvascular
HbA _{1c}	≤6,5	>6,5	>7,5
Basal (mg/dl)	<110	>110	>125
Autocontroles (mg/dl) Basal/Preprandial	<100	≥100	≥110
Autocontroles (mg/dl) Postprandial (a las 2h)	<135	≥135	≥160

CRITERIOS PARA VALORAR LA GLUCEMIA CAPILAR (ADA 2002)

	Objetivo control	Precisa intervención
Glucemia basal y preprandial (mg/dl)	80-120	<80 / >140
Glucemia postprandial (2 horas) (mg/dl)	<180	>200
Glucemia al acostarse (mg/dl)	100-140	<100 / >160

NOTA: La glucemia capilar basal y preprandial es 18 mg/dl más baja que la del plasma venoso, y la postprandial es igual a la del plasma venoso.

RECOMENDACIONES PARA EL CONTROL DE LA GLUCEMIA DE LOS ADULTOS CON DIABETES (ADA 2006)	
	Objetivo
AIC	<7%
Glucemia capilar preprandial	90-130 mg/dl
Glucemia capilar postprandial	<180mg/dl

ANEXO 3: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

NUMERO:

SEXO

EDAD

TIPO DE ICTUS

HTA SI NO

DISLIPEMIA SI NO

DM SI NO

IMC

TABACO SI NO Nº CIGARRILLOS/DIA

FALLECIMIENTO SI NO

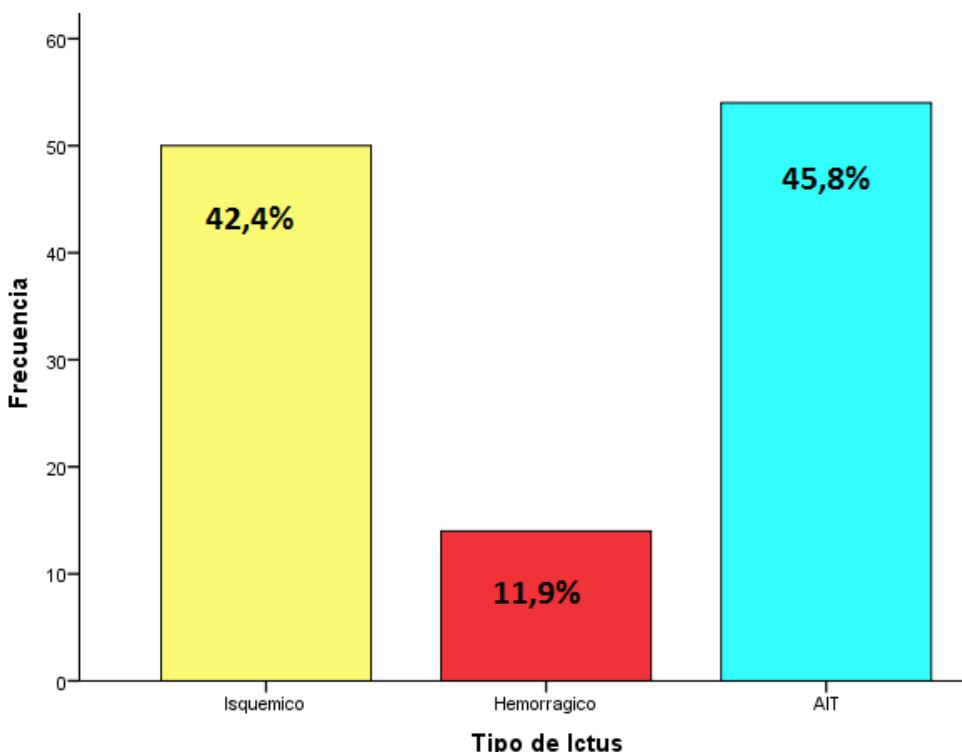
ANEXO 4: TABLA 1. PREVALENCIA DE ICTUS EN TERUEL CAPITAL SEGÚN GÉNERO

GÉNERO	FEMENINO	MASCULINO
PREVALENCIA	346 casos de mujeres /100.000 hab de mujeres	432 casos de hombres/100.000 hab de hombres

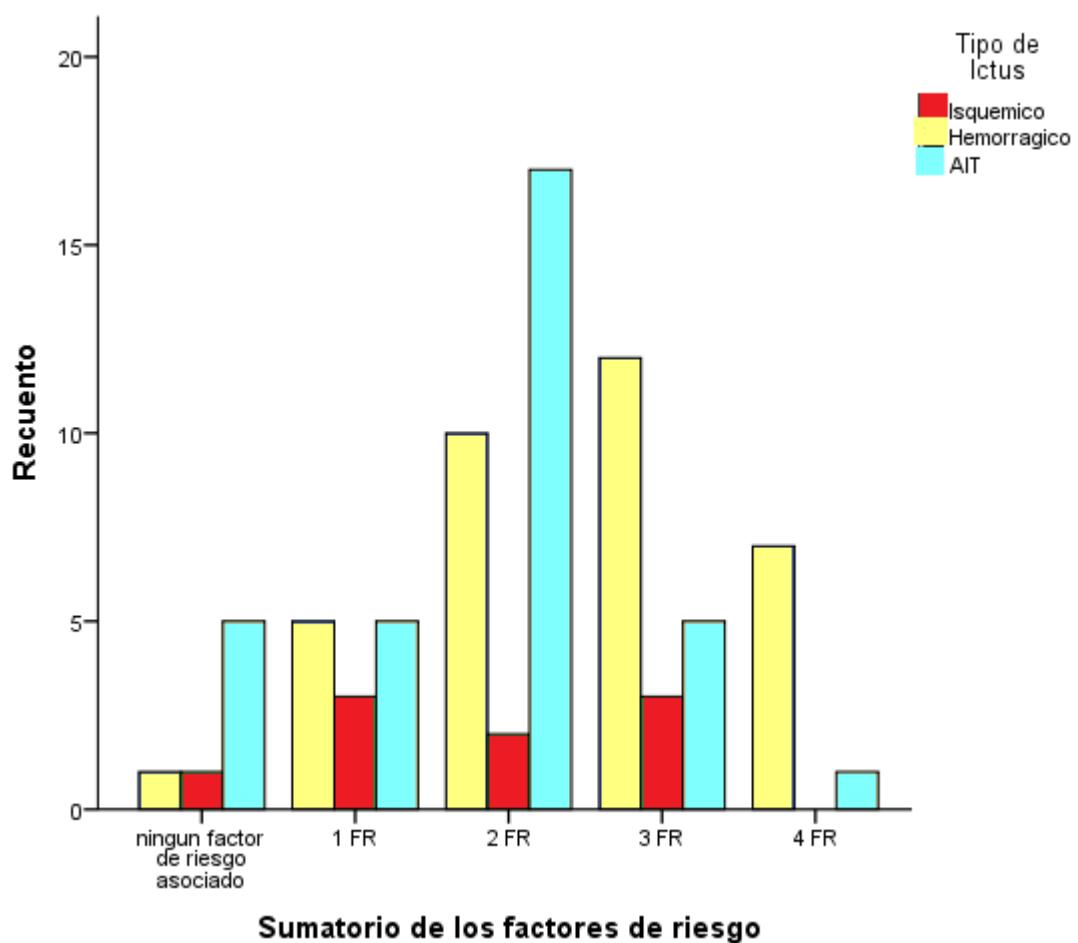
ANEXO 5: TABLA 2. PREVALENCIA DE ICTUS EN TERUEL CAPITAL SEGÚN GRUPO DE EDAD

GRUPO DE EDAD	PREVALENCIA
De 15 a 44 años	34,93 casos /100.000 casos
De 45 a 64 años	173,77 casos /100.000 casos
De 65 a 84 años	1001,57 casos /100.000 casos
≥ 85 años	3521,12 casos /100.000 casos

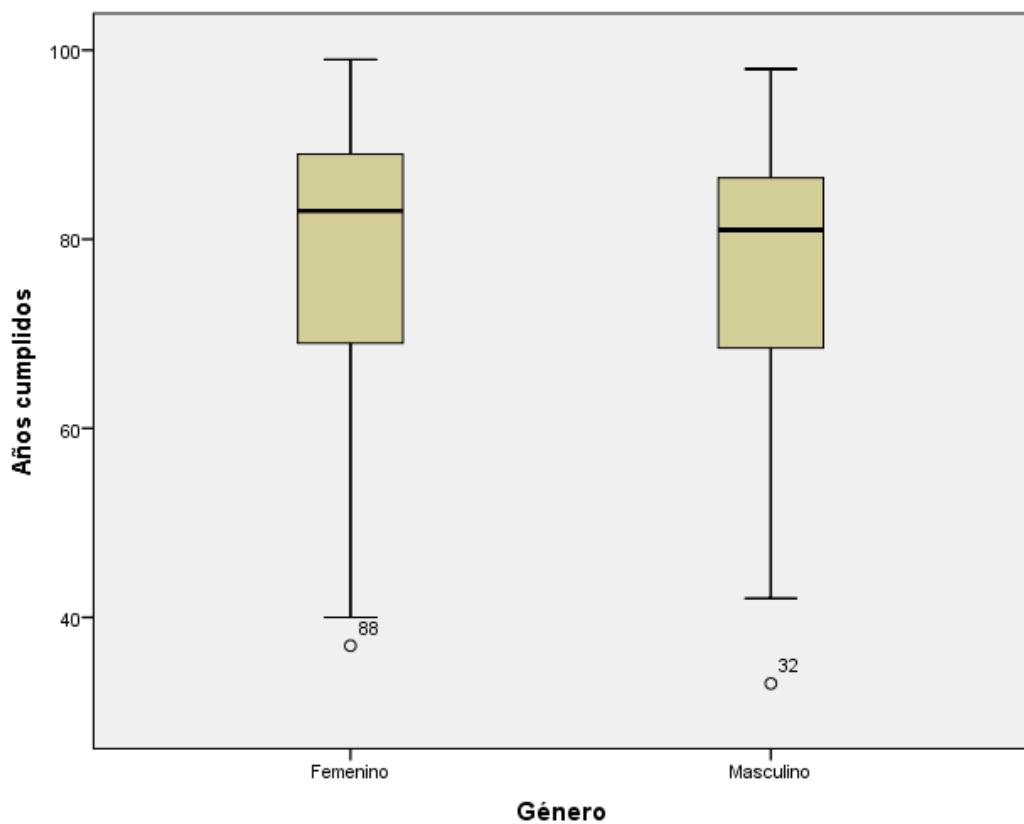
ANEXO 6: GRAFICO 1 TIPO DE ICTUS



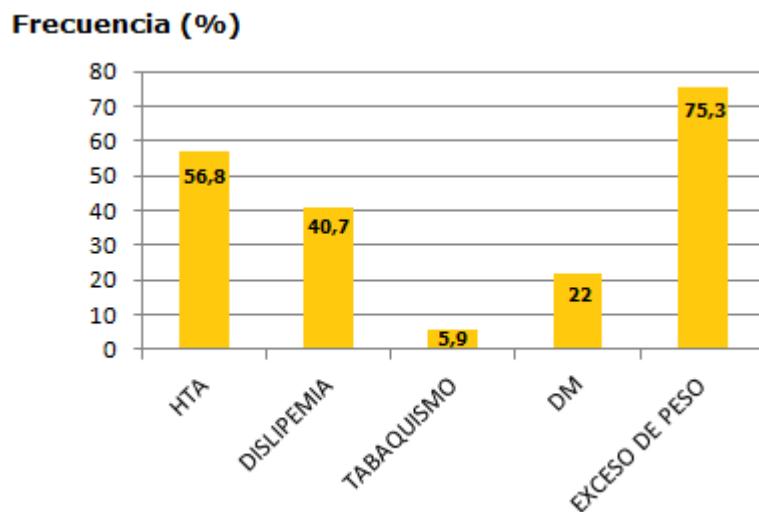
ANEXO 7: GRÁFICO 2 TIPO DE ICTUS Y SUMATORIO DE FR



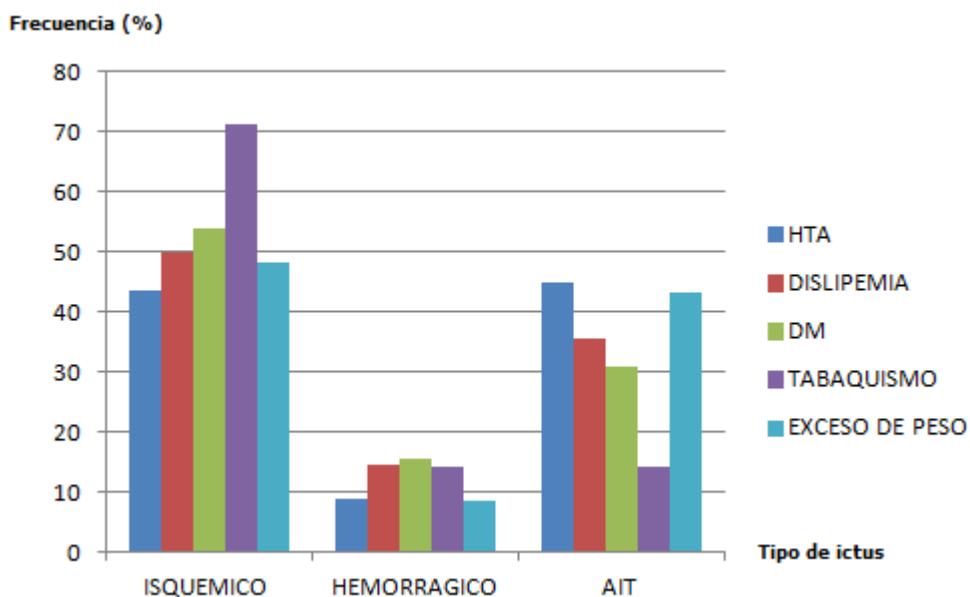
ANEXO 8: GRAFICO 3 EDAD MEDIA SEGÚN SEXO



ANEXO 9: GRAFICO4 FR MÁS PREVALENTES



ANEXO 10: GRAFICA 5 FR MÁS PREDOMINANTES SEGÚN ICTUS



ANEXO 11: CRONOGRAMA

CRONOGRAMA					
SEMANA	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
1 ^º SEMANA	1 ^º SESIÓN INDIVIDUAL		1 ^º SESIÓN INDIVIDUAL		1 ^º SESIÓN INDIVIDUAL
2 ^º SEMANA	1 ^º SESIÓN INDIVIDUAL		1 ^º SESIÓN INDIVIDUAL		1 ^º SESIÓN INDIVIDUAL
3 ^º SEMANA	2 ^º SESIÓN GRUPOS 1-2	2 ^º SESIÓN GRUPOS 3-4	2 ^º SESIÓN GRUPOS 5-6	2 ^º SESIÓN GRUPOS 7-8	2 ^º SESIÓN GRUPOS 9-10
4 ^º SEMANA	3 ^º SESIÓN GRUPOS 1-2	3 ^º SESIÓN GRUPOS 3-4	3 ^º SESIÓN GRUPOS 5-6	3 ^º SESIÓN GRUPOS 7-8	3 ^º SESIÓN GRUPOS 9-10
5 ^º SEMANA	4 ^º SESIÓN GRUPOS 1-2	4 ^º SESIÓN GRUPOS 3-4	4 ^º SESIÓN GRUPOS 5-6	4 ^º SESIÓN GRUPOS 7-8	4 ^º SESIÓN GRUPOS 9-10
6 ^º SEMANA	5 ^º SESIÓN GRUPOS 1-2	5 ^º SESIÓN GRUPOS 3-4	5 ^º SESIÓN GRUPOS 5-6	5 ^º SESIÓN GRUPOS 7-8	5 ^º SESIÓN GRUPOS 9-10
7 ^º SEMANA	6 ^º SESIÓN GRUPOS 1-2	6 ^º SESIÓN GRUPOS 3-4	6 ^º SESIÓN GRUPOS 5-6	6 ^º SESIÓN GRUPOS 7-8	6 ^º SESIÓN GRUPOS 9-10
8 ^º SEMANA	7 ^º SESIÓN INDIVIDUAL		7 ^º SESIÓN INDIVIDUAL		7 ^º SESIÓN INDIVIDUAL
9 ^º SEMANA	7 ^º SESIÓN INDIVIDUAL		7 ^º SESIÓN INDIVIDUAL		7 ^º SESIÓN INDIVIDUAL
10 ^º SEMANA	8 ^º SESIÓN GRUPOS 1-2	8 ^º SESIÓN GRUPOS 3-4	8 ^º SESIÓN GRUPOS 5-6	8 ^º SESIÓN GRUPOS 7-8	8 ^º SESIÓN GRUPOS 9-10

INDIVIDUAL
PRESENTACIÓN
CONCEPTOS CLAROS
FACTORES DE RIESGO
LA DIETA
ACTIVIDAD FÍSICA
EVALUACIÓN

LAS SESIONES GRUPALES SE REALIZARAN EN TURNO DE MAÑANA Y EN TURNO DE TARDE.

ANEXO 12: SESIÓN INDIVIDUAL

1º Sesión/Individual. Las enfermeras correspondientes de los centros de salud, asignadas para realizar las sesiones individuales, citaran vía telefónica a los pacientes y a su cuidador principal para realizar la primera sesión.

El Objetivo es explicar el motivo y los beneficios del programa. Se comprobara que la historia clínica del paciente está completa y se explorara físicamente al paciente: TA, Pulso, Peso, Talla, Glucemia, Analítica: perfil lipídico.

El lugar donde se realizara las sesiones será: en las consultas de enfermería (X, W, Z) del centro de salud ensanche y en la consulta de enfermería (Y) del centro de salud centro.

Los recursos utilizados serán: 6 enfermeras, 6 consultas de enfermería (tensiómetro, tiras de glucemia, báscula con metro, solicitud de analítica)

El horario de la sesiones será de 12:45 a 15 h L-X-V. La duración de la sesión será de 45 minutos.

En la primera sesión, se le explicara el motivo por el cual se le invita a participar en el grupo de prevención secundaria del ictus, explicándoles la importancia de hacerles responsables de su salud. Además se completara la historia clínica si no estuviera completa, se comprobara los factores de riesgo previamente analizados, se analizara si presentan tratamiento para disminuir los factores de riesgo y el tratamiento específico para evitar la recurrencia de un nuevo ictus. También se comprobara las secuelas que presentan y si tiene toda la ayuda necesaria solicitada (sino le pondríamos en contacto con el profesional pertinente)

Estas sesiones individuales duraran las 2 primeras semanas del programa.

ANEXO 13: SESIÓN PRESENTACIÓN

2º Sesión/Grupal: SESIÓN PRESENTACION.

Objetivo: Conocer en que va a consistir el programa de educación, con sus objetivos, nº de sesiones, actividades a realizar, y presentación del personal y de los pacientes que integran el grupo de trabajo.

El lugar donde se realizara será en la sala X del centro de salud ensanche y la sala Y del centro de salud centro.

Recursos utilizados: la enfermera coordinadora del proyecto, mobiliario (22 silla-mesas), folios, bolígrafos, folios con el horario.

El horario de las sesiones serán L/M/X/J/V a las 10.30 h. Cada grupo acudirá a su centro de salud correspondiente a la hora citada. La duración de la sesión será de 90 minutos con un descanso tras 45 minutos.

Las actividades que se realizaran: Todos colocados en un circulo grande, se presentara la enfermera coordinadora, explicara en qué consiste el proyecto, sus objetivos, el equipo de profesionales que lo forman, las sesiones que se realizaran. Despues se presentaran los cuidadores con el paciente de manera breve (nombre, apego con el paciente, edad, lugar de nacimiento, profesión y se pondrán un papel en la mesa con su nombre), por ultimo se les dará un papel a cada pareja (paciente/cuidador) y entre ambos contestaran a las preguntas que se les proporcione: Qué es el ICTUS, cómo se reconoce que está padeciendo un ICTU (signos de sospecha), cuales son los factores que aumentan la probabilidad de que suceda un ICTUS (FR), como evitaríamos esos FR (FICHA 1). Tras llenar el folio, aleatoriamente irán leyendo algunas respuestas y entre todos las comentaran (opinando el resto de participantes, finalmente se clarificara la respuesta de manera breve si fuera necesario). Se finalizará la sesión agradeciendo la asistencia, recordando el horario de la próxima semana (se les dará un horario del programa) y se les pasara un cuestionario de satisfacción (FICHA 2).

FICHA PACIENTE 1: CONOCIMIENTOS PREVIOS DEL ICTUS

1. ¿Qué es el Ictus o Accidente Cerebro Vascular?
 2. ¿Cuáles son los signos y síntomas de sospecha de padecimiento de un ICTUS?
 3. ¿Cuáles son los factores que aumentan la probabilidad de padecer un ICTUS?
 4. ¿Cómo disminuirías los factores de riesgo para sufrir un ICTUS?

FICHA PACIENTE 2: CUESTIONARIO DE SATISFACCION

Opina sobre el desarrollo del curso:

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

Opina sobre el docente:

	EXCELENTE	MUY BUENO	BUENO	INDIFERENTE	MALO
Ha utilizado explicaciones teóricas	<input type="radio"/>				
Ha realizado prácticas	<input type="radio"/>				
Ha fomentado el trabajo en equipo	<input type="radio"/>				
Tiene buena capacitación técnica	<input type="radio"/>				
Ha propiciado buena comunicación	<input type="radio"/>				
Ha sabido motivar al grupo	<input type="radio"/>				
Ha cumplido los objetivos propuestos	<input type="radio"/>				

Opina sobre tu participación:

	EXCELENTE	MUY BUENA	BUENA	INDIFERENTE	MALA
Mi motivación ha sido	<input type="radio"/>				
Mi participación ha sido	<input type="radio"/>				
La asimilación de contenidos	<input type="radio"/>				
La aplicación en mi vida diaria será:	<input type="radio"/>				

ANEXO 14: CONCEPTOS CLAROS

3º Sesión/Grupal: CONCEPTOS CLAROS

Objetivo: Responder a las preguntas de la sesión anterior. Explicando los conceptos que deben conocer.

El lugar, será el mismo que la sesión anterior, con el mismo grupo y el mismo horario. La duración será de 2 horas, con descanso de 5 minutos entre las dos partes.

Recursos: Enfermera coordinadora, proyector, ordenador, sillas-mesas, video ICTUS.

Actividades a realizar: Se dividirá la sesión en dos partes, la primera parte será teórica y la segunda práctica.

En la primera parte se explicará qué es el ICTUS, por qué ocurre, quién tiene mayor probabilidad de padecerlo, la sintomatología de sospecha y los factores de riesgo que lo influyen. Dando cifras de los objetivos de esos factores de riesgo a conseguir para que no se repita un nuevo ictus. Se comentarán las respuestas acertadas de la sesión anterior. Se finalizará la primera parte con video breve de la importancia del ICTUS (<http://www.youtube.com/watch?v=8jMqC07Fvoo>).

En la segunda parte, se colocarán las sillas en círculo (cada uno con su nombre) comentarán uno a uno sus experiencias, para conocerse mejor y que vean que no solo a ellos les ha ocurrido el ICTUS y analizarán las diferentes formas de afrontación (como son muchos pacientes, los que no se pueda ese día la próxima sesión empezarán contando su anécdota).

Se finalizará la sesión con la narración de un caso clínico de un paciente con ICTUS que tenía muchas probabilidades de que le volviera a repetir, pero que con fuerza de voluntad cambió sus estilos de vida y no le ha vuelto a repetir. Después se les pasará un cuestionario de satisfacción.

ANEXO 15: FACTORES DE RIESGO

4ºSesion/Grupal: FACTORES DE RIESGO

Objetivos: Conocer los diferentes factores de riesgo, las cifras a alcanzar y aprender cómo alcanzarlas controlando los factores de riesgo

El lugar, será el mismo que la sesión anterior, con el mismo grupo y el mismo horario. La duración será de 2 horas, con descanso de 5 minutos entre las dos partes.

Recursos: Enfermera coordinadora, sillas-mesas, pizarra-rotulador, folios-bolígrafos, ordenador (powertpoint).

Actividades: Se explicara que es cada factor de riesgo, cuales son las causas que lo favorecen y como disminuirlo. FR que se analizaran: HTA, DISLIPERMA, OBESIDAD, DM, TABACO.

Tras la explicación teórica de los factores de riesgo, se repartirá un folio y en parejas (paciente/cuidador) analizaran los factores de riesgo que presentan también pensarán en como disminuirían ellos esos factores de riesgo. Después de unos 10 minutos, comenzaran a analizar los factores de riesgo. Se empezara con la HTA, levantarán las manos los pacientes que la presenten e irán leyendo las actividades que realizarían para evitarla, la enfermera las irá apuntando en la pizarra, cuando todos que la padecen hayan hablado, se les dará el turno a los pacientes y familiares que no presenten ese factor, para que expliquen que harían ellos. Seguidamente si falta alguna técnica para disminuirlo que no se hayan dicho, la enfermera lo apuntara en la pizarra y cuando estén todas las ideas, seleccionaremos entre votos las que creen que son las 5 mejores. Finalmente todos apuntaran en un folio todas las actividades preventivas (FICHA 3)

Se realizara lo mismo con el resto de factores de riesgo. Al finalizar todos los factores de riesgo y tener en el papel 5 actividades de prevención de cada factor de riesgo, se les dará un folio con el diario de actividades de prevención (FICHA 4), para ver en 4 semanas cuantas actividades habían

conseguido, marcando cada día con una X la actividad preventiva que realiza. Finalmente se les pasara un cuestionario de satisfacción.

FICHA DEL PACIENTE 3: ACTIVIDADES PREVENTIVAS

A) ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE HTA

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

B) ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE DISLIPEMIA

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

C) ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE OBESIDAD

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

D) ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE DIABETES

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

E) ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TABACO

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

FICHA PACIENTE 4: DIARIO DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS

Escriba las actividades preventivas que le gustaría realizar, y marque con una **X** el día que lo realice.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS	L	M	X	J	V	S	D
HTA							
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
DISLIPEMIA							
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
DIABETES MELLITUS							
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
OBESIDAD							
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
TABAQUISMO							
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

ANEXO 16: LA DIETA

5º Sesión/Grupal: LA DIETA

Objetivo: Aprender que alimentos son más saludables para su enfermedad y cuales deben evitarlos para poder planificarse su alimentación equilibrada.

Lugar: En la sala del centro de salud en el mismo horario con su grupo.

Recursos: Dietista, ordenador, proyector, sillas-mesas, bolígrafos-folios.

Actividades: La dietista explicara las bases de una buena alimentación equilibrada, haciendo hincapié en los alimentos que pueden y no pueden tomar o deben de tomar con moderación (FICHA 5). Tras la explicación teórica entre todos se elaborara un menú semanal. Al finalizar la sesión se les pasara un cuestionario de satisfacción y se dividirá aleatoriamente la clase en dos grupos, uno de ellos la última sesión organizara un picoteo saludable, teniendo en cuenta las recomendaciones de la dietista y el otro grupo prepara alguna actividad/ejercicio para realizar en la sala o en los alrededores (parque de los fueros).

FICHA PACIENTE 5: ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA

Una **dieta equilibrada** tiene que tener: 50-55% HC (alimentos para la combustión), 30-35% LIPIDOS (Energía para el trabajo muscular y la termorregulación), 15-20% PROTEINAS (alimentos plásticos para la construcción) además de SALES MINERALES, VITAMINAS Y AGUA (alimentos reguladores para el aprovechamiento).

Para realizar una dieta, hay que hablar de RACIONES. Una ración es una proporción de alimentos adecuada a la capacidad de un plato normal (peso normal del paciente). En una dieta equilibrada tiene que haber:

- 2 raciones de lácteos
- 2 raciones de carne o equivalente
- 2 raciones de fruta
- 2 raciones de verduras
- 3-5 raciones de: arroz, pasta, legumbres
- Utilizar 30-40 gr de grasa: ACEITE

Las dietas se deben adaptar, **según la EDAD**. Nosotros vamos a hablar de los requerimientos de los mayores.

- POBLACION ENVEJECIDA:
 - o Tomar alimentos de fácil digestibilidad y fácil de masticar
 - o Ricos en fibra
 - o Pobres en HC (evitar exceso de azúcar) y Lípidos (evitar grasas de origen animal)
 - o Ricos en proteínas (alto valor biológico)
 - o 2 litros de agua.

También vamos a hablar de las dietas de **OBESIDAD**. La obesidad es un exceso de tejido graso, o un aumento de peso/exceso de grasa respecto al peso estándar.

Los puntos clave en una dieta hipocalórica son:

- Que el balance de energía sea negativo, es decir, que el aporte de energía (INGESTA) sea menor que el Gasto (EJERCICIO/CALORIAS QUEMADAS).
- La reducción del peso tiene que ser progresiva, a largo tiempo, descendiendo 1 kg por semana
- Aportando los nutrientes necesarios (evitando carencias nutricionales)
- Nuestro objetivo será el peso deseado (que nunca tiene que ser menor que el peso estándar)
- La máxima cantidad de Kcal a disminuir en un obeso es el 40% Kcal de lo que consumía al día.

Dieta para DIABETICOS: Para que un diabético controle su glucemia, tiene que realizar una dieta adecuada, realizar ejercicio y seguir el tratamiento pautado. Consejos:

- Cuantificar los alimentos en cada comida
- Horario fijo y fraccionario: Se recomienda comer siempre a las mismas horas y realizar 5-6 tomas.
- Ejercicio físico
- Azucarillo en el bolsillo por si tiene una hipoglucemia
- Aumentar la ingesta de alimentos ricos en fibra
- Disminuir la sal
- No tomar alimentos HC de absorción rápida y disminuir los de absorción lenta
- Evitar grasas saturadas y colesterol
- Beber abundante líquido

Dietas con restricción de sal: En estas dietas hay que evitar añadir sal de adicción, para eso se puede condimentar las comidas con otros productos: ajo, perejil, cebolla, nuez, limón, tomillo, laurel. Además hay que evitar o disminuir su consumo de ciertos alimentos como:

- Embutidos (incluido el Jamón York)
- Pescados salados y ahumados
- Quesos (excepto el requesón)
- Materias grasas saladas (tocino, bacon, mantequilla..)
- Pasta y biscotttes (excepto los sin sal)
- Productos de pastelería (excepto los que sean sin sal)
- Aceitunas, pepinillos en vinagre, mostaza..
- Conservas en general
- Sopas preparadas, pures y productos instantáneos
- Concentrados de carne (avecrem)
- Agua mineral con gas. Bebidas gaseosas en general.

ANEXO 17: ACTIVIDAD FÍSICA

6º Sesión/ Grupal: ACTIVIDAD FÍSICA

Objetivo: Aprender los beneficios del ejercicio y conseguir llevar una rutina diaria de ejercicio moderado.

Lugar: Aula del Centro de salud, con el mismo horario, y con el mismo grupo.

Recursos: Fisioterapeuta, sillas-mesas, ordenador, proyector, folios-bolígrafos.

Actividades: El fisioterapeuta explicara los beneficios del ejercicio, indicara varios ejercicios adaptados para la edad y la importancia que tiene el ejercicio para disminuir la TA (Ficha 6). Entre todos harán un diario de ejercicios-actividades y al finalizar la clase se les pasara el cuestionario de satisfacción.

Ficha paciente 6: EJERCICIO FISICO

El Ejercicio físico diario es muy importante para mantener una buena calidad de vida. Además de ayudarnos a disminuir el peso, mejorar la diabetes, la dislipemia y la tensión arterial. Se recomienda realizar 45-60 minutos de actividad física al día como prevención en personas de sobrepeso y de 60-90 para mantener el peso perdido. La actividad física dentro de un programa global contribuye a disminuir el peso (grado de recomendación A) reduce la grasa abdominal (grado de recomendación B), aumenta la capacidad respiratoria (grado de recomendación B) y puede ayudar a mantener el peso perdido (grado de recomendación C).

La reducción del peso, manteniendo el peso ideal, reduce la TA entre 5-20 mmHg por una reducción de 10 kg de peso. La práctica diaria (al menos 5 días a la semana) de ejercicio aérobico durante al menos 30-45 minutos, reduce la TA de 4-9 mmHg.

ANEXO 18: SESIÓN INDIVIDUAL

7º Sesión INDIVIDUAL:

Objetivo: Valorar el estado del paciente, tras la adquisición de los conocimientos aprendidos y comprobar si han conseguido alcanzar los objetivos en algún factor de riesgo.

Se les citara individualmente en las consultas de enfermería, con el mismo horario que la primera sesión y se les tomara la tensión arterial, pulso, glucemia capilar, se les pesara, tallara, y se les extraerá una analítica. También se les preguntara por sus hábitos: Fuma, Bebe alcohol, Deporte diario, Alimentación.

ANEXO 19: SESIÓN EVALUATORIA

8º Sesión EVALUATORIA:

Objetivo: Valorar los conocimientos adquiridos de los pacientes-familiares y aprender los profesionales de sugerencias de los pacientes.

El lugar, el horario y el tiempo serán el mismo.

Recursos: Enfermera coordinadora, mesas grandes y sillas, microondas, nevera, mantel, vasos de plástico, platos de plástico, comida saludable (dinero para que los pacientes compren los alimentos necesarios), pelotas de colores, radiocaset... (lo que necesiten para la actividad)

Actividades: Se les volverá a pasar el cuestionario de conocimientos iniciales, realizaran la actividad-ejercicio programada, luego se comerá el picoteo saludable y finalmente quedara con ellos que dentro de 3 meses volverán a recibir un cuestionario de conocimientos para observar si la adquisición de los conocimientos había sido la esperada y se pasará el último cuestionario de satisfacción.