

EDUCACIÓN CONTINUADA EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA: LA HERRAMIENTA PARA MANTENER LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CORONARIO.

Beca de Investigación de Enfermería en Cardiología de la Sociedad Española de Cardiología 2002.
Año de realización del artículo: 2004.

Autores

González López JL,* Capote Toledo ML **.

Resumen

Objetivos: Demostrar la eficacia experimental de la educación continuada para la modificación de hábitos de vida a largo plazo en pacientes coronarios (p), mediante intervención de enfermería sobre los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) realizada en consulta de enfermería en el hospital.

Métodos: Estudio de intervención en cohortes prospectivo sobre p incluidos en ensayo clínico, que recibieron educación en consulta programada de enfermería semestral de ± 30 minutos. La intervención se realizó entre agosto/96 y diciembre/01. Los objetivos preventivos fueron: Dislipemias (Colesterol ≤ 200 mg/dl), Hipertensión (TA $\leq 140/90$), Tabaquismo (abandono total > 6 meses), Diabetes (glucemia ≤ 120 mg/dl), Sobrepeso (índice de masa corporal [IMC] ideal por grupos de edad), Sedentarismo (ejercicio aeróbico 20-30 minutos/día), Bebedor excesivo de alcohol (BEA, abandono).

Resultados: Se incluyeron 120 p sometidos a ACTP, con edad media de $58,9 \pm 9,7$ años y mayoritariamente varones (88%). Un 76% con hábito tabáquico; 49% con sobrepeso (IMC medio = $27,6 \pm 2,9$ kg/m²); 46% dislipémicos (92,5% presentaban colesterol > 200 mg/dl); 45% hipertensos (TA $> 140/90$ el 37%); 15% diabéticos (61% glucosa basal > 120 mg/dl) y 9,2% BEA (> 40 g/alcohol/día). Se completó un seguimiento medio de $4,2 \pm 0,9$ años del 100% de la muestra. La media de FRCV por p disminuyó de $2,2 \pm 1,1$ a $1,0 \pm 0,9$ ($p=0,001$). Los fumadores pasaron del 47,5% del total al 6,6%, el sobrepeso del 49% al 46%, lo p con Colesterol > 200 mg/dl del 38% al 21%, los hipertensos con TA $> 140/90$ del 17% al 8% y los BEA del 9,2% al 3,3%. Sólo aumentó ligeramente el grupo de p con glucosa > 120 mg/dl. En la visita final un 62% realizaba ejercicio aeróbico diario.

Conclusiones: 1) Un 78% de los pacientes sobre los que se intervino modificó total o parcialmente sus FRCV a largo plazo y un 57,5% asumió estilos de vida cardiosaludable; 2) los mejores resultados se obtuvieron en el abandono del tabaco (sólo el 6,6% habían vuelto a fumar a los 4 años) y, en relación inversamente proporcional, los peores en hiperglucemia y sobrepeso; 3) la educación continuada realizada en consultas de enfermería cardiológica se mostró como un recurso idóneo y significativamente eficaz, tratándose de un modelo a extender en la prevención secundaria cardiovascular.

Palabras claves: Factores de riesgo cardiovascular, prevención secundaria, educación continuada, enfermería especializada, consulta de enfermería.

CONTINUED EDUCATION IN SPECIALIZED NURSE CONSULTATION: THE TOOL TO MAINTAIN THE CHANGES IN THE LIFESTYLE OF THE CORONARY PATIENT

Abstract

Objetivos: To demonstrate the experimental efficiency of the continued education for the long term modification of habits of life in coronary patients (p), by means of nurse intervention on the factors of cardiovascular risk (FRCV) performed in the hospital nurse consultation.

Methods: Prospective study of intervention in cohortes on p including in clinical trial, that received education in programmed nurse consultation of ± 30 minutes of semester. The intervention was performed between august/96 and december/01. The preventive objectives were: Hypercholesterolemia (Cholesterol < 200

mg/dl), Hypertension (TA < 140/90), Smoke (total abandonment > 6 months), Diabetes (glucose < 120 mg/dl), Overweight (ideal body mass index [IMC] by age groups), Not exercise (aerobic exercise 20-30 minute/day), excessive alcohol drinker (BEA, abandonment).

Results: 120 were included p put under ACTP, with average age of 58.9±9.7 years and mainly men (88%). A 76% with smoke habit; 49% with overweight (IMC means = 27.6±2.9 kg/m²); 46% hypercholesteroleemics (92.5% presented/displayed cholesterol > 200 mg/dl); hypertense 45% (TA > 140/90, 37%); 15% diabetics (61% basal glucose > 120 mg/dl) and 9.2% BEA (> 40g/alcohol/day). An average pursuit of 4.2±0.9 years of the 100% of the sample was completed. The average of FRCV by p diminished from 2.2±1.1 to 1.0±0.9 ($p=0,001$). The smokers happened of 47.5% of the total to 6.6%; the overweight from 49% to 46%; p with Cholesterol > 200 mg/dl from 38% to 21%; hypertense with TA>140/90 of 17% to 8%; and the BEA from 9.2% to 3,3%. In four years only increased slightly to the group of p with glucose > 120 mg/dl. In the final visit a 62% made daily aerobic exercise.

Conclusions: 1) A 78% of the audited patients modified total or partially their long term FRCV and a 57.5% assumed of safeheart lifestyles; 2) the best results were obtained in the abandonment of the tobacco (only 6.6% had returned to smoke to the 4 years) and, in inversely proportional relation, worse in hiperglucemia and the overweight; 3) the continued education performed in the hospital in nursing in cardiology consultations was like a suitable and significantly effective resource, being a model to extend in the cardiovascular secondary prevention.

Key words: Cardiovascular risk factors, secondary prevention, continued education, nursing in cardiology, nurse consultation.

Enferm Cardiol. 2005; Año XII: (35): 13-19

Introducción

Es un hecho conocido en el ámbito de la cardiología española que, hoy día, la educación para la modificación de los hábitos de vida que se comportan como factores de riesgo cardiovascular (FRCV), y lo que debe constituir una reincorporación cardiosaludable a la vida cotidiana tras sufrir un evento cardiaco, está en manos de la atención primaria (AP) o de las Unidades de Rehabilitación Cardíaca (RC). Pues bien, en lo que respecta a la AP, los médicos de familia confiesan que si bien *"la implantación de programas de control de los diversos FRCV destinados a la prevención primaria de la ECV es amplia, la experiencia disponible en los centros de salud sobre la prevención secundaria es escasa"*. Por la otra, en lo que concierne a la atención especializada, los cardiólogos reconocen que *"la implantación de programas de prevención secundaria y de RC es muy escasa, siendo también los resultados muy pobres"*. Incluso se denuncia que *"comparativamente con otros países europeos, los cardiopatas españoles no son atendidos en este campo y se reincorporan al trabajo en un porcentaje mucho menor"*. Efectivamente, se sabe que la reincorporación laboral posinfarto se sitúa en España en un 30%, frente al 50% de otros países occidentales con mayor cobertura de RC, pues mientras en EEUU y Canadá estos programas alcanzan al 50% de los pacientes (p), este índice desciende en Europa al 30% de Francia o Italia y en España apenas alcanza al 2% de los potenciales candidatos².

Ante ello, los autores partimos del convencimiento de que es necesario buscar alternativas educativas para la ingente población desguarnecida aprovechando el potencial de la enfermería especializada en cardiología, dotándola en el marco hospitalario

de los instrumentos implementados con éxito en AP como son las consultas de enfermería.

Para poder confirmar la hipótesis planteada, aprovechamos nuestra participación en un ensayo clínico randomizado, multicéntrico e internacional³, en el que realizamos consultas programadas de enfermería durante más de 4 años a 120 pacientes sometidos a angioplastia (ACTP) en nuestro servicio, para aplicar un programa de educación para la modificación de factores de riesgo y la adopción de estilos de vida cardiosaludable. Al hacerlo así, partíamos de la hipótesis contrastada en nuestra experiencia de que el paso por un servicio de hemodinámica de un paciente con infarto o angina, supone un momento álgido de su relación con la enfermedad. De igual modo que representa un punto de inflexión en el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su coronariopatía, lo es de su actitud con respecto a ella, de manera que las indicaciones que recibe el paciente en esos momentos de crisis, suelen asumirse en el 90% de los casos. Asimismo, también confirmaríamos la hipótesis de que a toda enfermedad crónica corresponde una intervención continuada a largo plazo.

Objetivos

Demostrar la necesidad y eficacia experimental de la educación continuada en autocuidados para la modificación de hábitos de vida en pacientes coronarios, mediante intervención de enfermería sobre los FRCV y estilos de vida basada en la evidencia, en una población de pacientes coronarios sometidos a ACTP sin acceso a programas específicos de rehabilitación cardíaca, realizada en consulta programada de enfermería durante cinco años. Evaluar la adopción de estilos de vida cardiosaludable y la modificación de hábitos de

vida identificados como FRCV a la finalización de un programa educativo a largo plazo.

Material y métodos

Estudio de intervención en cohortes prospectivo sobre pacientes incluidos en un ensayo clínico³ y no acogidos en programas de RC, que recibieron educación y seguimiento en consulta de enfermería para la modificación de sus FRCV y la adopción de estilos de vida cardiosaludable (EVCS), con registro en historia clínica. Los criterios de inclusión fueron los propios del ensayo en el que participaban³. La intervención se realizó entre agosto de 1996 y diciembre de 2001 y consistió en la aplicación sistemática de un protocolo de educación en autocuidados para la modificación de hábitos de vida identificados como FRCV y la asunción de EVCS, realizada en consulta programada de 30-60 minutos, de periodicidad semestral, apoyada con consulta telefónica y presencial a demanda.

Los objetivos preventivos de la intervención fueron:

- a) **Dislipemias (DL):** Siguiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Cardiología (SEC)⁴ y demás sociedades europeas⁵ y americanas⁶, se consideró DL una cifra basal de colesterol total (CT) o triglicéridos (TRI) superior a 200 mg/dl. Se ha considerado cumplido el objetivo de la educación cuando, al final de la intervención, se obtuvo un control del FRCV, objetivado con CT \leq 200 mg/dl y/o TRI \leq 200 mg/dl⁷.
- b) **Hipertensión (HTA):** La intervención educativa ha seguido las indicaciones de la Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, LELHA⁸ y de la SEC⁴, tras la que se consideró HTA controlada aquella que permanecía por debajo de 140/90 mmHg, en la línea marcada por la OMS⁹ y la evidencia clínica¹⁰.
- c) **Tabaquismo:** Se consideró fumador al paciente consumidor de cualquier tipo y/o cantidad de tabaco y aquel que había abandonado el hábito de fumar en un plazo inferior a los seis meses anteriores a la intervención. Se consideró alcanzado el objetivo cuando el paciente abandonó el hábito por completo durante más de 6 meses y continuaba sin fumar a la finalización de la intervención^{11,12}, teniendo en cuenta que se ha demostrado que a los 6 meses del evento cardíaco un tercio de los pacientes con hábito tabáquico continúan fumando¹³ (50% a los tres meses en otros estudios¹⁴) y que el mantenimiento de dicho hábito después de un infarto de miocardio (IAM) se asocia con un riesgo triple de padecer otro infarto respecto a los pacientes que dejan de fumar, mientras que el abandono equipara el riesgo al de los no fumadores antes del primer infarto¹⁵.
- d) **Diabetes (DM):** El objetivo marcado fue obtener a la finalización de la intervención una glucemia basal \leq 120 mg/dl mantenida, según los criterios de las Guías de práctica clínica de la SEC⁴.
- e) **Sobrepeso y obesidad:** Utilizamos la escala de índices de masa corporal (IMC) ideal para los siguientes grupos de edad, propuesta por Schafër¹⁶: de 35 a 44 años: 21 – 26 kg/m²; de 45 a 54 años: 22 – 27 kg/m²; de 55 a 65 años: 23 – 28 kg/m²; más de 65 años: 24 – 29 kg/m². Por encima de tales índices se ha considerado sobrepeso.
- f) **Sedentarismo:** Se recomendó realizar ejercicio aeróbico (caminar, nadar, correr, bicicleta,...) durante un mínimo de 20-30 minutos diarios, registrándose la evolución del entrenamiento en la línea de lo marcado por la evidencia científica^{4,17,18}. Al margen de sus conocidos beneficios sobre los niveles de colesterol LDL y HDL y la función ventricular, el Dr. Slentz, de la Universidad de Duke (Carolina del Norte, EEUU), ha publicado recientemente en *Archives of Internal Medicine* la primera evidencia científica de que caminar 30 minutos diarios evita aumentar el peso en la mayor parte de los sujetos sedentarios¹⁹.
- g) **Bebedor excesivo de alcohol (BEA):** Se consideró consumo excesivo de alcohol aquella ingesta diaria superior a 40 gramos/día o 280 gramos/semana en el hombre, y de 24 gramos/día o 168 gramos /semana en la mujer, límite en el que se ha demostrado un aumento de la TA media así como de la frecuencia de HTA¹⁶, y en el que el consumo de alcohol revierte su acción cardioprotectora²⁰. Para considerarlo controlado se exigió una reducción por debajo de dichos límites, respaldado por niveles plasmáticos normales de transaminasas (sobre todo GGT) y trigliceridemia $<$ 200 mg/dl.

Resultados

Se incluyeron 120 pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica (CI) y sometidos a angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) en nuestro servicio entre el 27/08/96 y el 11/12/98, aunque un 85% procedían de hospitales de 6 comunidades autónomas distintas. La edad media fue de 58,9 \pm 9,7 años, con edad mínima de 36 años y máxima de 77, de los que el 88% eran varones. La fracción de eyección media era de 67,4% \pm 11,3% y la mitad de los pacientes había sufrido IAM previo.

La prevalencia de FRCV modificables identificados fue: 76% presentaban antecedentes de tabaquismo; 49% con IMC superior al ideal para su grupo de edad, con IMC medio de 27,6 \pm 2,9 kg/m²; 46% dislipémicos,

de los que un 92,5% presentaban colesterol > 200mg/dl; 45% eran hipertensos (37% con TA > 140/90); 15% eran diabéticos (61% tenían > 120 mg/dl de glucosa basal). Finalmente, un 9,2% eran BEA (> 40g de alcohol/día).

El seguimiento se realizó completando los datos del 100% de la muestra. El tiempo medio de seguimiento fue de $4,2 \pm 0,9$ años. Globalmente, la media de FRCV no controlados por paciente disminuyó de $2,2 \pm 1,1$ a $1,0 \pm 0,9$ ($p=0,001$). Tras la intervención se pasó de un 4% a un 33% de pacientes que no presentaban ningún FRCV y del 43% inicial al 7,5% final que presentaban 3 o más FRCV (ver FIGURA 1). Los fumadores pasaron de ser un 47,5% del total al 6,6%, el sobrepeso del 49% al 46%, los pacientes con Colesterol >200 mg/dl del 38% al 21%, los hipertensos con TA > 140/90 disminuyeron del 17% al 8% y los BEA del 9,2% al 3,3%. En los más de 4 años sólo aumentó el grupo de pacientes con glucosa basal > 120 mg/dl, que pasó a representar del 9% al 12,5% del total de la muestra. En la visita final, un 62% de los pacientes mantenían una actividad física aeróbica mínima de 30 minutos/día, todos los días de la semana.

Discusión

Una primera lectura de los resultados revela un alto índice de FRCV prevalentes en nuestra población, con mayores índices de tabaquismo y DL y menores de HTA y DM que los registrados en el estudio PREVESE²¹, uno de los más importantes registros sobre prevención secundaria realizados en España. Esto podría deberse a una menor presencia del sexo femenino en nuestra muestra (11,7% frente al 25% del PREVESE), puesto que en dicho registro el mayor porcentaje de HTA y DM lo aportaba la población femenina (HTA: 65,6% de mujeres y 41,3% de varones; DM: 40,7% mujeres, 21,8% varones²¹).

El presente estudio ha supuesto, por tamaño de la muestra y tiempo de seguimiento, uno de los más amplios e importantes realizados sobre prevención secundaria en nuestro país por una investigación de enfermería. La población del estudio, por su diversidad de procedencia, resulta una muestra bastante representativa del estado español.

Globalmente, la media de FRCV no controlados supuso una disminución global superior al 55%, pasando de $2,2 \pm 1,1$ a $1,0 \pm 0,9$ por paciente ($p=0,001$), lo que supone una medida básica de prevención cardiovascular, puesto que la multiplicidad de FRCV se traduce en un riesgo añadido²².

Particularmente, el tabaquismo ofreció un resultado muy significativo, puesto que si bien el abandono precoz post-IAM se sitúa en el 95%, se ha reportado que a los 3 meses sólo un 50% de ellos mantienen la abstinencia¹⁴ y que, a lo 6-12 meses, más del 30% de los pacientes vuelven a fumar, situando en el 70% el grupo de exfumadores^{13,23}. Recientemente, en estas mismas páginas, Cazorla Roca y col²⁴ reportaban un 88% de pacientes incluidos en su programa de

RC que continuaban sin fumar a los 12 meses. No obstante, en nuestro estudio, los exfumadores suponían el 91% a los 50 meses de media del evento. Estos resultados adquieren su verdadera dimensión al compararlos con las tasas de abstinencia a un año del 37,1% obtenidas entre pacientes cardiovasculares en Unidades de Deshabitación Tabáquica¹⁴. Sobre todo, teniendo en cuenta que el presente estudio ha sido realizado sobre pacientes isquémicos sometidos a ACTP, sobre los que el tabaco actúa "no sólo como factor de riesgo en el inicio de la enfermedad, sino también como uno de los principales causantes de reestenosis en angioplastias y bypass coronario"²⁵.

En contraposición, la diabetes y el sobrepeso presentaron los resultados más pobres, influidos probablemente por el abandono del tabaco y lo ambicioso del objetivo glucémico. Como reconocían las compañeras de Parc Taulí en sus conclusiones, "el sobrepeso ha sido el factor de riesgo más difícil de modificar"²⁴. De todos modos, el sobrepeso disminuyó en contra de lo mostrado por otros estudios, como el EUROASPIRE²⁶, que registró un aumento de fumadores ($p=0,05$), obesos ($p=0,07$) y diabéticos ($p<0,001$) a los cuatro años. Las dislipemias supusieron, como en el reseñado estudio, otro logro importante de nuestra intervención por cuanto en España su prevalencia entre la población general se sitúa entre el 34-64%, con más del 50% de ellos en cifras ≥ 200 mg/dl²², mientras que al final de nuestra intervención el porcentaje total fue de 50,8% con sólo un 20,8% en cifras superiores a 200 mg/dl, muy por debajo de los resultados a nivel europeo (53% a los 4 años²⁶) y otros estudios (61% a los 6 meses¹³). La evolución de los FRCV controlados y no controlados, puede seguirse en las TABLAS 1 y 2.

Al finalizar la intervención, 36 pacientes (el 30% de la muestra) modificaron totalmente sus FRCV y seguían un estilo de vida cardiosaludable (definido como no fumar, seguir dieta hipolipemiante y realizar ejercicio diario); 33 pacientes (27%) modificaron parcialmente sus FRCV pero mantenían un estilo de vida cardiosaludable; 25 p (21%) modificaron parcialmente sus FRCV pero sin asumir un estilo de vida adecuado y 26 p (22%) no modificaron sus hábitos de vida y continuaban presentando FRCV. Por tanto, un total de 69 pacientes asumieron un estilo de vida cardiosaludable, modificando en su totalidad o en gran parte sus FRCV, en tanto 51 pacientes mantuvieron la incidencia de sus FRCV y un estilo de vida inadecuado para su enfermedad coronaria (ver FIGURA 2).

Limitaciones

Tal vez, la limitación más importante de nuestro estudio sea la relativa a la *fidelidad* de los pacientes. A lo largo de cinco años ésta se pudo mantener no sólo por la relación de confianza establecida, sino también por el propio interés en el completo chequeo costeado por el patrocinador del ensayo (analítica completa, control tensional y glucémico,

ECG y test de esfuerzo anual), a lo que debemos añadir la posibilidad de consultar con el cardiólogo en las consultas programadas de enfermería. Para verificar los resultados de este estudio, habrá que aguardar a los resultados en consultas de enfermería especializada no incentivadas. Con todo, esto supone un acicate para todas aquellas enfermeras enroladas hoy día en ensayos clínicos patrocinados por laboratorios comerciales, becas institucionales o por su propia institución, sobre todo en el campo de la cardiología intervencionista, aunque también en la clínica y en la quirúrgica.

No podemos dejar de destacar, más como reflexión que como limitación del presente estudio, que los profesionales que realizaron la intervención educativa durante los cuatro años fueron los mismos, salvo excepciones, que estuvieron con los pacientes en el cateterismo u otras fases precoces de su llegada al hospital tras sufrir el infarto. Lo cual, como hemos dicho, puede incidir muy favorablemente en los resultados educativos. Ahora bien, esto no desmiente la eficacia de la educación continuada en el marco hospitalario, sino que debe servirnos para reflexionar a los profesionales que entramos en contacto con el paciente coronario a través de la vía clínica del infarto de miocardio, si realmente ofrecemos a nuestros pacientes todo lo que podemos en términos de consejo cardiaco y educación cardiosaludable.

Conclusiones

Del análisis de los resultados obtenidos podemos extraer las siguientes conclusiones:

- 1) Los resultados demuestran la eficacia experimental de la educación continuada a largo plazo realizada en consulta de enfermería especializada en el hospital para la modificación de factores de riesgo cardiovascular en pacientes coronarios sometidos a ACTP.
- 2) Un 78% del total de pacientes modificó total o parcialmente sus hábitos de vida identificados como FRCV y un 57,5% asumió estilos de vida cardiosaludable.
- 3) Los mejores resultados se obtuvieron en el abandono del tabaco (sólo el 6,6% había vuelto a fumar a los 4 años, 8 de 91 pacientes con hábito tabáquico).
- 4) En relación inversamente proporcional, los FRCV con un mayor índice de fracasos fueron la hiperglucemia (que aumentó ligeramente) y el sobrepeso (que disminuyó ligeramente).
- 5) La educación continuada para la prevención secundaria realizada en Consultas de Enfermería Cardiológica se mostró como un recurso idóneo y significativamente eficaz, tratándose de un modelo a implantar en la prevención secundaria cardiovascular.

En sus conclusiones, el estudio multicéntrico europeo EUROASPIRE II, realizado en 1999, reconocía que si bien *“ha mejorado el control de la hipercolesterolemia, la situación con respecto al control del resto de factores de riesgo se ha deteriorado”*²⁶. Otros autores mantienen que *“no estamos siendo suficientemente eficaces en el control de factores de riesgo modificables”*, a pesar de que un *“adecuado control de los factores de riesgo y la mejor concienciación del paciente para que abandone hábitos tóxicos probablemente redundaría en un menor número de nuevos eventos coronarios y por ende en una reducción de costes sanitarios”*¹³.

Como alternativa a este estado de cosas, desde muy diferentes tribunas médicas y de enfermería^{15,27} se ha planteado que, si bien la prevención secundaria debe realizarse en diferentes ámbitos, la enfermería de atención primaria podría ser el recurso sanitario idóneo, tras un adecuado entrenamiento formativo. Pues bien, el presente estudio plantea una alternativa complementaria, que no excluyente: la enfermería especializada está debidamente formada y entrenada y, dotada de los medios adecuados, es el recurso más eficaz y específico para la prevención secundaria, como evidencian los resultados de éste y otros estudios debidos a la iniciativa de enfermeros/as en cardiología^{24,28}.

FRCV NO controlados	ANTES	DESPUÉS	RESULTADO
Fumadores	47,5%	6,6%	↓
Sobrepeso	49,2%	45,8%	↓
CT>200 mg/dl	38,3%	15,8%	↓
HTA>140/90	37%	6,6%	↓
Glucemia >120mg/dl	9,2%	12,5%	↑
BEA	9,2%	3,3%	↓

TABLA 1. Incidencia de FRCV NO CONTROLADOS en la población total antes y después de la intervención (n=120).

FRCV CONTROLADOS	ANTES	DESPUÉS	RESULTADO
EXFumadorres (n=91 p)	37%	91,2%	↑
IMC ideal (n=120 p)	50,8%	54,2%	↑
CT ≤200 mg/dl (n=61 p)	7,5%	59%	↑
HTA ≤140/90 (n=56 p)	62%	82,1%	↑
Glucemia ≤120mg/dl (n=21 p)	38,9%	28,6%	↓
Dejan alcohol (n=11 p)	0%	63,63%	↑

TABLA 2. Porcentajes de FRCV CONTROLADOS en las poblaciones dianas antes y después de la intervención.

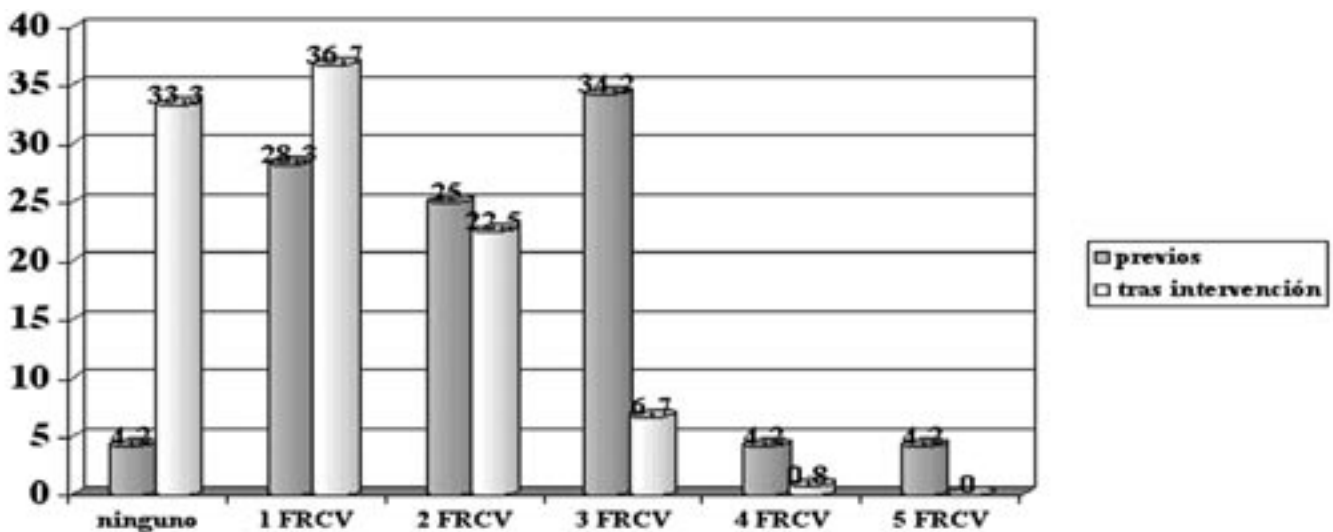


FIGURA 1. Distribución del número de FRCV por paciente antes y después de la intervención educativa.

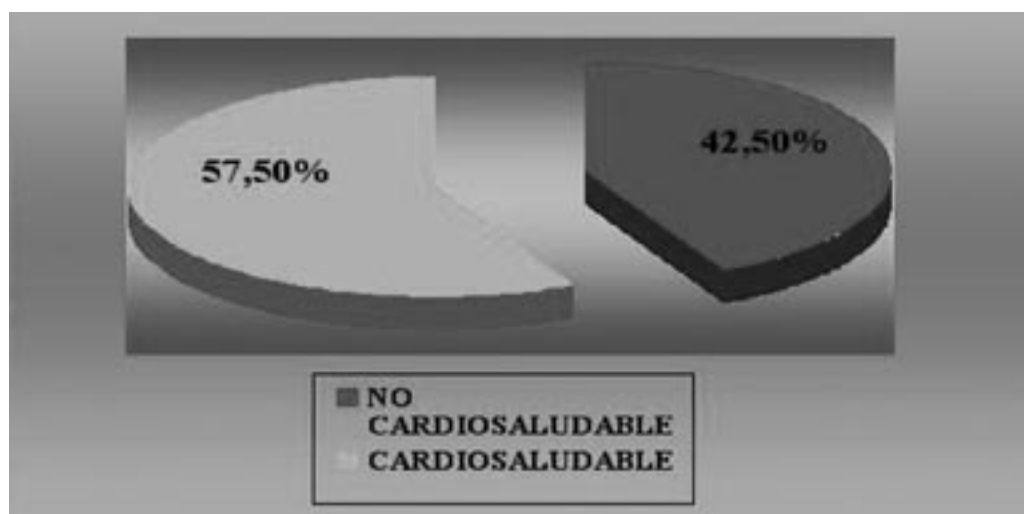


FIGURA 2: Clasificación de pacientes según su estilo de vida tras la intervención de enfermería.

Dirección correspondencia

Juan Luis González López
 C/. Cuevas de Altamira, nº 5, Ático B 28054 Madrid. Tel. 607 382 760.
 Correo electrónico: juanluisgonz@ya.com.

Referencias bibliográficas

- Ajenjo Navarro A, Borrás Pallé C, Chiva Moncho MD, Fluxiá Carrascosa C, et al. Por el Grupo de Trabajo de Patología Cardiovascular de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria (SVMFIC). Prevención secundaria del infarto de miocardio en atención primaria [en línea]. Página disponible en: <http://www.svmfyc.org/grupos/Publicaciones/Prev2IAM.html>
- Plaza Pérez I, Velasco Rami JA, Maroto Montero JM por la Sección de Cardiología Preventiva. Prevención secundaria y rehabilitación cardiaca en España. *Rev Esp Cardiol.* 1996; 49:549-53.
- Serruys PW, De Feyter PJ. Estudio controlado con placebo, doble ciego, randomizado, multicéntrico internacional, de los efectos a largo plazo de la fluvastatina (LESCOL) en las Principales Reacciones Cardíacas Adversas en pacientes con Enfermedad Cardíaca Coronaria después de una Terapia Trans-Catéter (TCT) efectiva. Protocolo LIPS (Lescol Intervention Prevention Study). Basilea: Sandoz; 1995.
- E. Marín Huerta, L. Rodríguez Padial, X. Bosch y A. Iñiguez Romo. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Madrid: SEC; 2000.
- Wood D, de Backer G, Faergeman O, Graham I, Mancía G, Pyörälä K et al. Prevención de la enfermedad coronaria en la práctica clínica. Resumen de recomendaciones del Segundo Grupo de Trabajo de las Sociedades Europeas y otras Sociedades sobre prevención coronaria. *Rev Esp Cardiol.* 2000; 53: 413-21.
- Wenger NK, Froelicher ES, Smith LK, et al. Cardiac Rehabilitation. Clinical Practice Guideline nº 17. US. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research and the National Heart, Lung and Blood Institute, AHCPR Publication nº 96-0672. October 1995.
- Rossov J, Lewis B, Rifkin BM. The value of lowering cholesterol after myocardial infarction. *N Engl J Med.* 1990; 323: 1112-9.
- Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (LELHA). El consejo médico en el paciente hipertenso. Madrid: Acción Médica; 1995.
- World Health Organization. International Society of Hypertension. Guidelines for the Management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. *Journal Hypertens.* 1999; 17(2): 151-83.
- The trials of hipertensión prevention collaborative research group. The effect of non-pharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels: results of the trials of hypertension prevention. Phase I. *JAMA.* 1992; 267: 1213-20.
- Galan KM, Deligonul U, Kern MJ, Chaitman BR, Vandormael MG. Increased frequency of restenosis in patients continuing to smoke cigarettes after percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Am J Cardiol.* 1988; 61: 260-3.
- Gil J, Ayllón T. Medicina Conductual I. Intervenciones conductuales en problemas médicos y de salud. Granada: Publicaciones de la Universidad; 1991.
- Culebras Cáceres C, Fuentes Esteban J, Romero Caballero D, Oliva Moreno MJ, O'Shannahan G, Eugenio Santana P, Marina Calvo L et al. ¿Cuál es el gran fracaso del control de la cardiopatía isquémica? *Rev Esp Cardiol.* 2002; 55(Supl 2): 210. [abstract].
- Morchón S, Blasco JA, Rovira A, Arias CN, Ramón JM. Efectividad de una intervención de deshabituación tabáquica en pacientes con patología cardiovascular. *Rev Esp Cardiol.* 2001; 54:1271-6.
- Serrano M, Madoz E, Ezpeleta I, San Julián B, Amézqueta C, Pérez Marco JA, de Irala J. Abandono del tabaco y riesgo de nuevo infarto en pacientes coronarios: estudio de controles y casos anidado. *Rev Esp Cardiol.* 2003; 56(5):445-51.
- Schäfer JR. Cardiología preventiva. Profilaxis de la enfermedad coronaria. Barcelona: J&C; 1998: 15-16.
- Haskell WL, Leon AS, Caspersen CJ, Froelicher VF, Hagberg JM, Harlan W, Hollost S, Regensteiner JO, Thompson PD, Washburn RA, Wilson PWF. Cardiovascular benefits and assessment of physical activity and physical fitness in adults. *Med Sci Sports Exercise.* 1993;24(supl):S201-S220.
- Serra Grima JR, Prat Torrens T. Efectos del entrenamiento físico. *Rev Esp Cardiol.* 1995; 48(Supl1): 8-12.
- DM. Nueva York. Caminar todos los días 30 minutos permite controlar el peso corporal. *Diario Médico.* 13 de enero de 2004.
- Granizo Martínez JJ. Consumo de alcohol y riesgo cardiovascular. *Rev Lat Cardiol.* 2002; 23(2):41-50.
- Velasco JA, Cosín J, López Sendón JL, de Teresa E, de Oya M, Sellers G en representación del Grupo de Investigadores del Estudio PREVESE II. Nuevos datos sobre la prevención secundaria del infarto de miocardio en España. Resultados del estudio PREVESE II. *Rev Esp Cardiol.* 2002; 55(8): 801-9.
- Velasco JA (coordinador), Cosín J, Maroto JM, Muñiz J, Casanovas JA, Plaza A, Abadal LT. Guías de Práctica Clínica de la SEC en prevención cardiovascular y rehabilitación cardiaca. *Rev Esp Cardiol.* 2000; 53: 1095-120.
- De Backer G, Ambrosini E, Borch-Johnsen K, Brotons C, Cifkova R, Dallongeville J, Ebrahim S et al. Normas europeas sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *European Heart Journal.* 2003; 24:1601-10.
- Cazorla Roca M, Galán Fernández S, Corcoy Rigola R, Carrau Vidal E, Gusi Tragant G, Martínez Rubio A. Rehabilitación Cardíaca. ¿Cómo mantener los cambios en el estilo de vida de nuestros pacientes? *Enferm Cardiol.* 2004; XI(32-33): 58-61.
- Violaris AG, Thury A, Regar E, Melkert R, Serruys PW. Influence of past and present smoking habits on short term (six month) clinical and angiographic outcome after successful coronary angioplasty. *Heart.* 2000; 84:299-306.
- Paluzie G, Sans S por el grupo español del estudio EUROASPIRE (Acción Europea de Prevención Secundaria mediante Intervención para Reducir Eventos). Control de factores de riesgo en pacientes coronarios: Estudio EUROASPIRE. *Rev Esp Cardiol.* 2001; 54 (Sup 2):211. [abstract].
- Canga N, De Irala J, Vara E, Duaso MJ, Ferrer A, Martínez-González MA. Intervention study for smoking cessation in diabetic patients: a randomized controlled trial in both clinical and primary care settings. *Diabetes Care.* 2000; 23:1455-1460.
- Jiménez Bergillos J, León Boissier F, Ramírez Zurita C, Heredia Borrega L, Villanueva Antón C, Pelegrín Hernández V, Luque Serrano L et al. Papel de la enfermería en la educación sanitaria de los pacientes con insuficiencia cardíaca y seguimiento extrahospitalario. *Rev Esp Cardiol.* 2001; 54 (Sup 2):80. [abstract].