



**UNIVERSIDAD DE VALLADOLID**

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

# **GRADO EN ENFERMERÍA**

Trabajo Fin de Grado

## **Eficacia de la Educación para la Salud en el Paciente Hipertenso en Atención Primaria y el Papel del Profesional de Enfermería**

Estudiante: Alberto Marina García.  
Tutelado por: M<sup>a</sup> Ángeles Ferrer Pascual.  
Soria, 12 de enero de 2016.



*La salud es una relación entre tú y tu cuerpo.-Terry Guillemet.*

# ÍNDICE

Glosario de Términos.	1
Resumen.	2
1. Introducción.	3
2. Marco Conceptual.	3
2.1 Hipertensión Arterial.	3
2.2 Epidemiología Descriptiva de la Hipertensión Arterial	5
2.3 Epidemiología Analítica de la Hipertensión Arterial.	7
2.4 Perspectiva Socioeconómica.	11
2.5 Políticas y Acciones de Prevención sobre la Hipertensión Arterial.	12
2.6 Promoción y Educación para la Salud sobre la Hipertensión Arterial.	15
3. Justificación.	18
4. Objetivos.	19
5. Materiales y Métodos	19
6 Resultados y Discusión.	20
6.1 Rol Enfermero en la Educación para la Salud de los pacientes hipertensos en Atención Primaria.	20
6.2 Eficacia de la Educación para la Salud grupal en el paciente hipertenso.	25
7. Conclusiones.	27
8. Bibliografía.	28
9. Anexos.	32



## Glosario de Términos.

**AP:** Atención Primaria.

**EPS:** Educación para la Salud.

**ENT:** Enfermedades no Transmisibles.

**EPOC:** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

**HTA:** Hipertensión Arterial.

**PS:** Presión Sistólica.

**PD:** Presión Diastólica.

**PA:** Presión Arterial.

**ESH/ESC:** Sociedad Europea de Hipertensión/Sociedad Europea de Cardiología.

**HVI:** Hipertrofia Ventricular Izquierda.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**ACV:** Accidente Cerebrovascular.

**MSSSI:** Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad.

**DM:** Diabetes Mellitus.

**LDL:** Lipoproteínas de baja densidad (Siglas en Inglés).

**HDL:** Lipoproteínas de alta densidad (Siglas en Inglés).

**US\$:** Dólares Estadounidenses.

**FRCV:** Factores de Riego Cardiovascular.

**RCV:** Riesgo Cardiovascular.

## RESUMEN.

**Introducción y Marco Conceptual:** Las enfermedades no transmisibles son un problema actual y de gran importancia para la salud mundial. En concreto, la hipertensión arterial es un problema con grandes índices de morbimortalidad tanto en nuestro país como en el resto. La obesidad, el sedentarismo entre otros hábitos malsanos están generando problemas que necesitan modelos de atención psicosocial donde la Educación para la Salud puede servir como herramienta útil para afrontarlos. Las consultas de Atención Primaria son un escenario perfecto para abordar en primera instancia esta problemática donde desarrollar actividades de promoción y educación para empoderar a los usuarios haciéndoles responsables de su propia salud.

**Objetivos:** Los objetivos específicos de esta revisión bibliográfica son por consiguiente determinar el papel que desempeñan los profesionales de enfermería en las consultas de nuestro país en materia de educación en salud y valorar la efectividad de dichas intervenciones.

**Material y Métodos:** Se realizó una búsqueda de material científico que respondiera a los objetivos de la revisión en diferentes bases de datos específicas, utilizando términos en relación y filtrando con los diferentes criterios de inclusión establecidos. Se encontraron un total de 527 artículos originales de los cuales se utilizaron un total de 19 para responder a los objetivos.

**Resultados y discusión:** Las intervenciones educativas realizadas en consulta de AP, desarrollan papeles educativos desde una perspectiva psicosocial, favoreciendo la comunicación grupal y el desarrollo de los participantes que los capacita para tomar el control de su salud.

Los programas educativos son una herramienta útil para los equipos de AP que permiten desarrollar la promoción y prevención de las comunidades, fomentando cultura de salud e interés por cuidarla.

**Conclusiones:** Es necesario fomentar la aplicación de intervenciones educativas en las consultas de AP, ya que se ha demostrado que son intervenciones realmente interesantes que abogan por la emancipación y empoderamiento de los individuos y comunidades de los sistemas de salud.

## 1. INTRODUCCIÓN.

A mi paso por Atención Primaria (AP), durante mi periodo de practicas, observé una gran cantidad de pacientes crónicos que acudían a la consulta. Demandaban una revisión de su estado de salud periódicamente, petición de nuevas recetas, resolver dudas sobre aspectos concretos de su situación de salud-enfermedad como cambios en el tratamiento médico, síntomas de mejora o empeoramiento de la salud, búsqueda de consejo en conductas de salud, entre otras.

La necesidad en las consultas de AP de reducir las cargas de trabajo a los profesionales, realizar una atención más eficiente, y a un mayor numero de pacientes crónicos de una población cada vez más envejecida, es un aspecto importante para garantizar un proceso de atención integral al paciente crónico, constituido este por la Asistencia (Primaria y Especializada), la Prevención (Primaria, Secundaria y Terciaría), adaptación social a un proceso crónico (rehabilitación, cuidados, integración) y la Promoción de la Salud (implicación de los individuos en el desarrollo de su salud).

Este trabajo se planteó como una revisión bibliográfica para intentar evaluar, de la mejor manera posible, el estado actual de la Educación para la Salud (EPS) grupal realizada a pacientes adultos hipertensos en las consultas de AP en España, entendida ésta (EPS) como un instrumento transversal de la atención integral anteriormente descrita.

Por esto, surgió la idea de realizar una revisión bibliográfica sobre la efectividad de la educación para la salud grupal en las consultas de AP y el papel que ejercen los profesionales de enfermería en los pacientes adultos hipertensos.

## 2. MARCO CONCEPTUAL

### 2.1 Hipertensión Arterial

El estilo de vida del ser humano ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. El avance tecnológico, los cambios políticos, sociales y económicos inherentes al progreso del ser humano, han influido de manera

directa en la manera en que nos relacionamos (internet, redes sociales, etc), vivimos (urbanismo, ciudades,...) como no movemos (coches, motocicletas, transporte público), como trabajamos (oficinas, abandono del campo,..) etc.<sup>(1)</sup> Estamos siendo testigos de un progresivo sedentarismo de la sociedad tras la era industrializada, con el consiguiente desequilibrio entre ingesta calórica y gasto energético, junto con otros desequilibrios en hábitos y conductas.<sup>(2)</sup> Estos cambios están propiciando estilos de vida, hábitos y comportamientos malsanos, que junto al envejecimiento de la población, factores genéticos, patógenos y la desatención del medio ambiente, están generando problemas de salud cada vez más presentes en el mundo.

El problema al que nos enfrentamos son las denominadas Enfermedades No Transmisibles (ENT). Este tipo concreto de enfermedades engloban patologías cardiacas, cerebrovasculares (CV), cáncer, Diabetes Mellitus (DM), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), enfermedades crónicas del hígado y accidentes.<sup>(3)</sup> Estas enfermedades están directamente relacionadas con factores de riesgo modificables socioeconómicos y culturales.<sup>(1)</sup>

La Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad muy frecuente y el principal factor relacionado con la mortalidad en todo el mundo.<sup>(2)</sup> Este término se utiliza para denominar a una presión sistólica (PS), presión diastólica (PD) o ambas. Se considera HTA cuando la PS es  $\geq 140$  mmHg y una PD  $\geq 90$  mmHg. Estos valores de corte se deben a la evidencia científica de ensayos clínicos aleatorizados, que muestran beneficios significativos al tratar a pacientes con estas cifras de PA con un adecuado tratamiento farmacológico. La evidencia a favor del tratamiento farmacológico, deriva de una serie de ensayos clínicos controlados realizados entre 1965 y 1995 donde se hace referencia, en la Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de Hipertensión y la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH/ESC) del 2013, al metanálisis realizado a partir de esos estudios. Además, esta evidencia se basa en que la regresión del daño orgánico inducida por la PA, como la Hipertrofia Ventricular Izquierda (HVI) y la excreción urinaria de proteínas, puede ir acompañada de una reducción de las complicaciones mortales y no mortales. Cabe señalar que esta asociación es indirecta, derivada de posteriores análisis correlativos.<sup>(4)</sup>



## 2.2 Epidemiología Descriptiva de la Hipertensión Arterial.

En el informe realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 <sup>(1)</sup> muestra información general sobre la HTA en el mundo y considera a esta enfermedad un grave problema de Salud Pública. Según los datos estadísticos publicados en el documento, las enfermedades CV causan cerca de 17 millones de muertes al año, casi un tercio del total de defunciones. De entre ellas, la HTA es la responsable de 9,4 millones de muertes por año debido a las complicaciones que genera en la salud de las personas. Las más representativas son la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares (ACV).

A continuación se muestran dos figuras que representan gráficamente las tasas de mortalidad mundiales por cardiopatía isquémica (Figura 1) y enfermedad CV (Figura 2) en el 2008 normalizadas por edad por 100.000. Como se observa, en nuestro país nos encontramos entre las tasas menos elevadas de muerte por éstas enfermedades. Aún así tenemos entre 120.000 – 740.000 de muertes por cardiopatía isquémica, y 110.000 – 490.000 de muertes por enfermedades CV anuales, según la OMS.

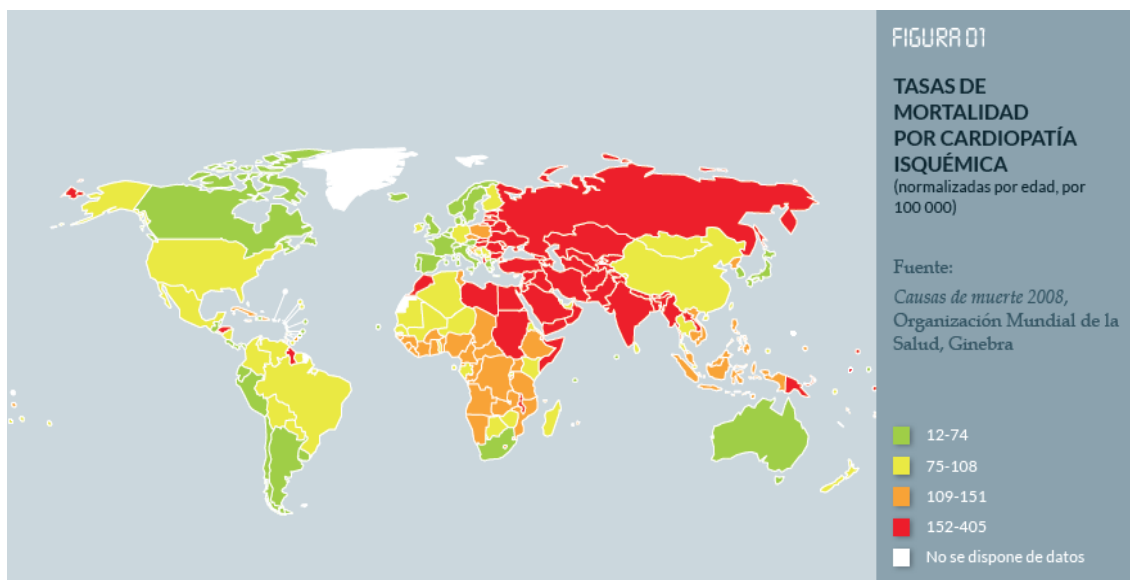


Figura 1: Informe General de la Hipertensión en el Mundo. OMS <sup>(1)</sup>

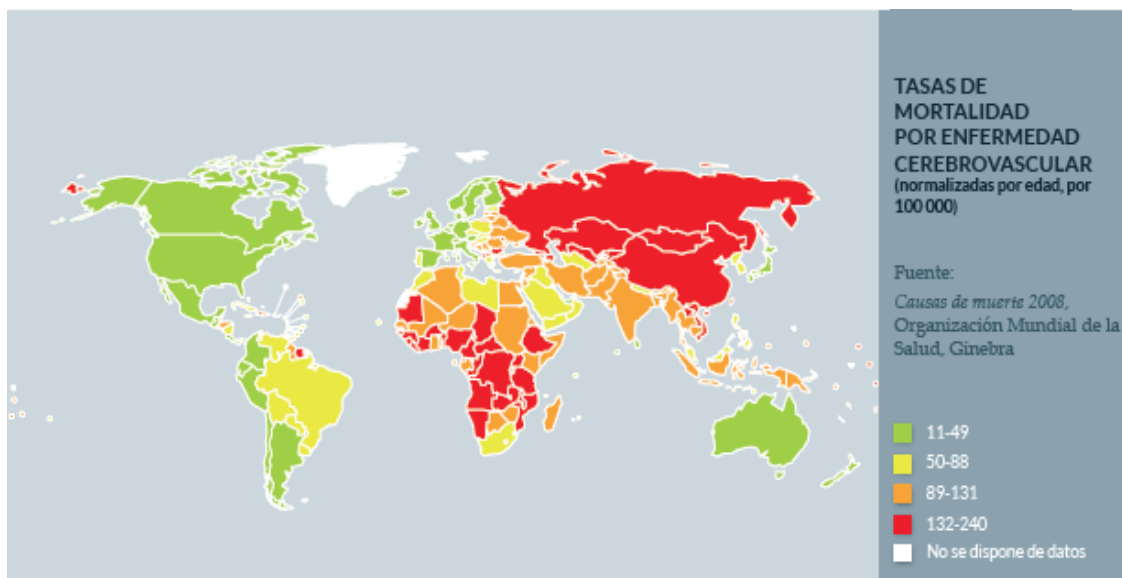


Figura 2: Informe General de la Hipertensión en el Mundo. OMS <sup>(1)</sup>

En el año 2008 se diagnosticó de HTA a un 40% de adultos mayores de 25 años en todo el mundo. África es el continente con más prevalencia con un 46% de la población adulta afectada, mientras que en el continente americano, el porcentaje es el más bajo a nivel mundial, situándose con un porcentaje del 35% de afectados. En general, los países con economías subdesarrolladas o de ingresos más bajos, poseen índices de prevalencia mayor, cercanas al 40%. <sup>(5,6)</sup> Esto se atribuye a la alta natalidad y la debilidad de los sistemas de salud de estos países en vías de desarrollo.

Además, se estima que la prevalencia de HTA irá en aumento por varias causas: el aumento poblacional, el envejecimiento, factores de riesgo relacionados con el comportamiento, como la dieta no saludable, abuso de alcohol, sedentarismo, sobrepeso y el estrés. Asimismo, se pone énfasis en señalar otros factores de riesgo importantes como el tabaquismo, hipercolesterolemia y la DM. <sup>(5)</sup>

En España, un 60% de las defunciones están causadas por ENT como el cáncer, las enfermedades del corazón, las enfermedades CV, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores y la DM. <sup>(7)</sup> En concreto, la HTA afecta al 35% de la población adulta, llegando a un 40% en edades medias y al 68% en los mayores de 60 años considerándose un problema de primera magnitud por el Sistema Nacional de Salud. <sup>(8)</sup>

## 2.3 Epidemiología Analítica de la HTA.

El incremento de factores de riesgo para la salud está preocupando mucho a asociaciones internacionales como la OMS debido al aumento de las tasas de incidencia de las ENT, en especial la enfermedades CV.

En el informe de la OMS sobre la situación de la HTA en el mundo,<sup>(1)</sup> declara que numerosos factores relacionados con el comportamiento puede contribuir a elevar la PA, entre los que destaca un consumo excesivo de sal, dieta hipercalórica, acompañado de un déficit de ingesta de frutas y verduras, abuso de sustancias como el alcohol y tabaco, el sedentarismo, la falta de actividad física, y un mal control y gestión del estrés. Además, existen otros factores metabólicos que aumentan el riesgo de padecer enfermedades CV. Las más destacables son la DM, la hipercolesterolemia, la obesidad y sobrepeso.

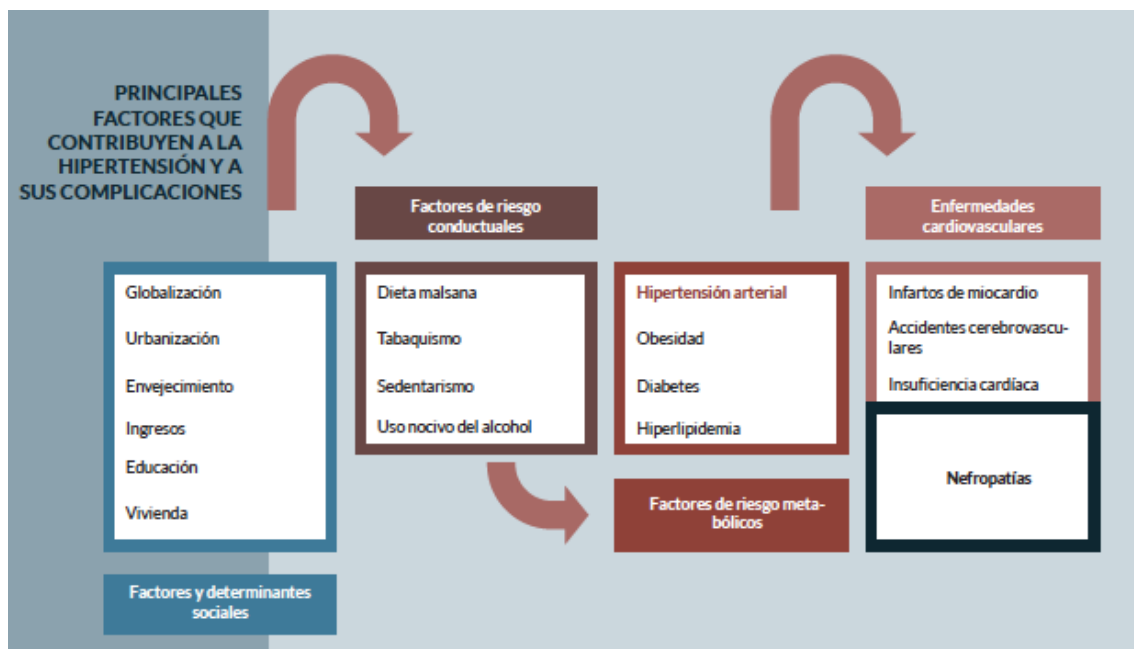


Figura 3: Informe General de la Hipertensión en el Mundo. OMS <sup>(1)</sup>

Según el estudio realizado por el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), para analizar la evolución de la prevalencia de factores de riesgo como el tabaquismo, inactividad física, obesidad, consumo insuficiente de frutas y verduras y consumo de alcohol en España durante el periodo comprendido entre el año 2001 y el 2011/12<sup>(7)</sup>. El objetivo del estudio

es monitorizar estos factores de riesgo en la población a partir de información proporcionada por encuestas nacionales de salud, cuestionarios que han permitido estimar la frecuencia de todos o de la mayoría de los factores de riesgo de las ENT. A continuación se expondrán los datos y la relación de cada factor de riesgo con la HTA del informe.

### **2.3.1 Tabaquismo.**

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa evitable de muerte y enfermedad. Está ampliamente demostrado que el tabaco incrementa el riesgo de aparición de un gran número de enfermedades y que los fumadores mueren de media 10 años antes que los no fumadores.

Las consecuencias para la salud del consumo de tabaco incluyen enfermedades del corazón, varios tipos de cáncer, enfermedad pulmonar, efectos adversos en la reproducción y la exacerbación de enfermedades crónicas. En España, algo más de 50.000 personas mueren cada año por enfermedades relacionadas con el tabaquismo

Los principales datos recogidos en el informe muestra que el porcentaje de fumadores en España era en el 2001 del 34,5% llegando al 27,1% en el 2011/12. Es decir, a lo largo de 10 años, la prevalencia de fumadores se redujo en términos absolutos en 7,4%. El tabaco es considerado de forma unánime como uno de los factores de riesgo independientes mayores junto con la HTA, colesterol total, lipoproteínas de baja densidad (LDL) elevadas, Lipoproteínas de Alta Densidad (HDL) bajas, DM y edad avanzada.<sup>(9)</sup>

### **2.3.2 Inactividad Física**

La inactividad física está considerada como uno de los factores de riesgo de mortalidad más importante, causando el 6% del conjunto de las defunciones en todo el mundo. Hay evidencia de que la inactividad física incrementa el riesgo de diversos problemas de salud, incluyendo algunas de las principales enfermedades crónicas como la cardiopatía coronaria, los ACV, la DM, la HTA o el cáncer de colon.<sup>(7)</sup>

En el 2011/12 mas de un 40% de la población española se declaro inactiva físicamente en su tiempo libre (39% hombre y 49,9% mujeres). La

frecuencia de inactividad física es mayor en mujeres que en hombres, siendo esta diferencia de mayor grado en población joven (16 a 24 años) y en adulto mayor (más de 65 años). También, entre comunidades, esta diferencia es bastante significativa. Entre las comunidades de Navarra y Murcia, la diferencia entre los porcentajes de inactividad física es del 31%, siendo ésta última la más sedentaria del territorio nacional.

### **2.3.3 Obesidad.**

La obesidad está considerada también uno de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas como las patologías coronarias y CV, la DM y varios tipos de cáncer. En concreto es la responsable del 80% de los casos de diabetes, del 55% de los casos de HTA y del 35% de los casos de enfermedad coronaria en el adulto. Las personas obesas muestran un mayor riesgo para enfermedades CV, no solo debido a la presencia de niveles altos de ácidos grasos libres, sino también por la presencia de un perfil metabólico alterado donde se observa resistencia insulínica, elevación de lípidos plasmáticos y PA.

La prevalencia de obesidad en la población adulta española en el 2011/2012 fue del 17%, porcentaje que ha venido aumentando desde el 2001. La frecuencia de obesidad fue mayor en hombres (18%) que en mujeres (16%). Esta mayor frecuencia observada en hombres, también se observa en muchas poblaciones occidentales.

Este aumento creciente se experimenta en todos los grupos de edad y sexo. Los individuos con un menor grado de obesidad presentaron un mayor índice de obesidad, siendo así tanto en hombres como en mujeres.

### **2.3.4 Consumo de Frutas y Verduras.**

En los años 2011/12 un 28,6% de la población española declaró un consumo insuficiente de frutas y verduras. Este consumo insuficiente es mayor en hombres (33%) que en mujeres (24,4%), incrementándose en edades comprendidas entre 16 y 24 años.

El informe afirma que, cada vez es mayor el número de estudios que demuestran que el consumo de frutas y verduras podría reducir el riesgo de incidencia de algunas de las principales enfermedades crónicas. Sugieren que

el efecto beneficioso para la salud, podría deberse a varios nutrientes y componentes de las frutas y verduras que reducirían la oxidación, inflamación, proliferación celular y otros importantes procesos relacionados con la génesis de la enfermedad.

### 2.3.5 Alcoholismo.

El consumo de alcohol puede no ser problemático, pero el consumo en una cantidad excesiva puede tener consecuencias negativas para la salud. Esas consecuencias pueden ser de tres tipos. En primer lugar, las consecuencias agudas originadas por la ingesta excesiva ocasional. En segundo lugar, enfermedades crónicas, como enfermedades del hígado, fundamentalmente hepatitis alcohólica y cirrosis hepática, otras como cardiomiopatía alcohólica y diversas localizaciones de cáncer del tracto respiratorio superior y del aparato digestivo. Y, en tercer lugar, el síndrome de dependencia alcohólica.

Según la OMS, los límites de consumo de riesgo alto son un consumo medio diario de 40 gramos en hombres y de 30 gramos en mujeres.

Respecto al consumo crónico de alcohol a descendido desde el 2003 un 2,9% hasta el 2012 aproximadamente, situándose en una tasa del 1,2% en hombre y un 0,3% en mujeres. Si comparamos el consumo de riesgo con el nivel de estudios, se observa que cuanto mayor es el nivel de educación, menor es la tasa de consumo, pero solo en hombre. No se observó este gradiente inverso respecto a la población de mujeres.

### 2.3.6 Estrés

La OMS ha reconocido la importancia del estrés en la aparición de la hipertensión arterial, otorgando en mayor o menor medida cierto grado de responsabilidad en la patogenia de esta enfermedad. El estrés es un fenómeno multifactorial y constituye una respuesta de adaptación del organismo a las demandas del medio para las cuales el sujeto no dispone o no cree disponer de las habilidades necesarias para enfrentarlas.<sup>(10)</sup> En nuestro país no existen índices que muestren la incidencia del estrés como factor relacionado para las ENT, pero en la revisión bibliográfica realizada por Molerio Pérez *et. al*, analiza

varios estudios donde muestran la existencia de agentes estresantes estándar influyentes en la elevación tensional y de frecuencia cardiaca. La existencia de situaciones estresantes y su relación con la elevación de la PA ya se ha estudiado por varios científicos como *Harburg E, Erfurt JC, Hauenstein LS, Chape C, Schull WJ y Schork MA* los cuales coinciden en que las personas que viven en áreas urbanas muy estresantes con elevada densidad de población, socioeconomía pobre, alta morbilidad, altas tasas de divorcio, etc, muestran índices altos de HTA. Además, situaciones laborales difíciles como el desempleo prolongado, despidos, ocupaciones de riesgo, mantienen una relación directa con la patogenia y cronicidad de la HTA.

También remarcan factores de riesgo como las reacciones de estrés no adaptativas como la competitividad, prestigio social, problemas de contacto sexual, entre otras.<sup>(10)</sup>

La adopción de conductas saludables supone una mayor reducción de la morbimortalidad prematura por enfermedades crónicas.<sup>(7)</sup> Es por esta razón que muchos países consideren apropiado la reducción de estas conductas de riesgo.

Todos estos factores de riesgo para la salud, en la mayoría de los casos son evitables, incorporando al comportamiento nuevos patrones de conducta enfocados hacia el control y la promoción para la salud.

## **2.4 Perspectiva Socioeconómica.**

Los aspectos socioeconómicos como los ingresos, la educación y la vivienda también repercuten indirectamente en la salud. El desempleo, las condiciones de vida, de vivienda, y recursos económicos limitados pueden, de manera directa, retrasar el diagnóstico por falta de acceso a un sistema de salud y por tanto, impedir su prevención, tratamiento y control. Otro ejemplo claro es la urbanización acelerada y desordenada. Los entornos insalubres favorecen la implantación de hábitos tóxicos como la comida rápida, sedentarismo, abuso de alcohol, aumento del estrés, contaminación, etc.<sup>(1)</sup>

Desde la perspectiva de los gastos ocasionados, los informes económicos sobre el impacto de las ENT son muy significativos. Según la OMS

se prevé que durante el periodo comprendido entre el 2011 y el 2025, la pérdida acumulada de producción en países de ingresos medios y bajos será de 7,8 billones de US\$. La pérdida anual se aproxima a los 500.000 millones de US\$ a causa de ENT de las cuales, las enfermedades CV, entre ellas la HTA, son las responsables de la mitad de ellas.<sup>(5)</sup>

## 2.5 Políticas y Acciones de Prevención Sobre la HTA.

La Declaración Política de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las ENT de 2011, reconoce el rápido aumento de la carga de estas enfermedades y sus efectos perjudiciales en la salud, el desarrollo socioeconómico y la mitigación de la pobreza. La Declaración compromete a los gobiernos a emprender una serie de acciones concretas.<sup>(11)</sup>

Han formulado orientaciones e instrumentos de aplicación basados en datos probatorios para ayudar a los países a luchar contra la HTA mediante una combinación de intervenciones centradas en los individuos <sup>(12,13)</sup> y en la población general.<sup>(14,15)</sup> Desde el 2013, la OMS, en consulta con los Estados Miembros y otros asociados, está coordinando la formulación de un Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT<sup>(16)</sup> y de un marco mundial de vigilancia. Aunados, ambos proporcionarán una hoja de ruta para poner en práctica los compromisos asumidos en la Declaración Política de la Asamblea General de las Naciones Unidas y continuar el trabajo de la estrategia mundial para la prevención y el control de las ENT, entre ellas la HTA.<sup>(16)</sup>

Desde la OMS se insta a crear programas integrales de control de la HTA en el marco de la AP. Su objetivo debe orientarse hacia la reducción del riesgo CV en general, reducir la incidencia de infartos y accidentes cerebrovasculares y otras complicaciones derivadas de la HTA y las DM. <sup>(1)</sup>

El enfoque poblacional es una de las claves para la intervención en la reducción de los factores de riesgo CV. Reducir estas tasas de riesgo, a menudo exige intervenciones a escala comunitaria basadas en los cambios de



conducta. Deben estar dirigidas a la población general, la comunidad, en lugares de trabajo y escuelas, con el fin de modificar los determinantes sociales y ambientales.<sup>(1)</sup>

Para aplicar programas integrales costo-efectivos en los sistemas de salud, además de reforzar los propios sistemas, se requiere de políticas públicas para disminuir la exposición de toda la población, y particularmente de niños, adolescentes y jóvenes, a factores de riesgo como la dieta malsana, el sedentarismo, el uso nocivo del alcohol o el tabaquismo.<sup>(16)</sup>

Habiendo conocido de manera general el impacto de la hipertensión a nivel mundial y en nuestro país, los factores de riesgo relacionados y las conductas malsanas de la población, se hace necesario averiguar que acciones se están llevando a cabo por parte de organizaciones, gobiernos y sistemas de salud.

El informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea,<sup>(17)</sup> publicado en España en el 2014, muestra la valoración realizada durante 20 años de la evidencia de los impactos sanitarios, sociales, económicos y políticos de la promoción de la salud. Expone la amplia experiencia en prevención y promoción eficaz de ECV dentro de la literatura científica. Los factores de riesgo causales han quedado claramente establecidos y reconocidos por la comunidad médica, por tanto el desafío para reducir la incidencia de enfermedades coronarias está en cómo hacer y no en qué hacer, para mejorarla. El objetivo ha sido siempre plantear intervenciones que promuevan cambios de conducta en la población y difundir dichos cambios a nivel nacional e internacional. Es necesario intervenciones de alto alcance que impliquen una variedad de estrategias basadas en la comunidad. Propiciar un cambio en el soporte social y entorno que facilite estilos de vida saludable.<sup>(17)</sup>

En España, desde el MSSSI, se impulsó el plan “cúdate más 2012” junto con la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), una propuesta moderna e interactiva para aquellas personas que, independientemente de su edad, han decidido cuidarse más. Los objetivos principales son continuar sensibilizando a la población sobre los problemas derivados del consumo excesivo de sal en el marco del Plan Nacional de reducción del consumo de sal en España, sensibilizar y concienciar a la

población trasladando información sobre los beneficios de reducir también el excesivo consumo de grasas y promover hábitos de vida saludables.<sup>(18)</sup>

La AESAN desarrolla, desde el año 2005, la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS), que tiene como finalidad mejorar los hábitos alimentarios e impulsar la práctica regular de la actividad física de todos los ciudadanos, pero poniendo especial atención en la prevención durante la etapa infantil. Con la Estrategia NAOS, cuyo lema es “come sano y muévete”, crean y potencian opciones y entornos favorables para la adopción de medidas sostenibles a escala individual, comunitaria y nacional que, en conjunto, den lugar a una reducción de la morbilidad y la mortalidad asociada a la obesidad y a otras enfermedades crónicas.<sup>(18)</sup>

En el marco legislativo de nuestro país, la Ley 16/2003 de Cohesión y de Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) establece el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones Públicas Sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, y la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. Tal como recoge la Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente, la autoridad sanitaria ha de velar por el derecho de los ciudadanos a recibir información clara, fiable, actualizada, de calidad y basada en el conocimiento científico actualizado, que posibilite el ejercicio autónomo y responsable de la facultad de elección y la participación activa del ciudadano en el mantenimiento o recuperación de su salud.<sup>(19)</sup>

El MSSSI, en la inauguración del IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al paciente crónico en el 2012 y la Secretaria General de Sanidad anunciaron la creación de una red de Escuelas de Salud, en colaboración con las Comunidades Autónomas. Ambos anuncios ponen de manifiesto el interés del MSSSI en promover la participación ciudadana en el sistema de salud de manera que los pacientes sean copartícipes y corresponsables en la toma de decisiones sobre su salud y/o su enfermedad. Ya en este sentido existen iniciativas en algunas Comunidades Autónomas que han desarrollado recursos dirigidos a la formación/capacitación de pacientes. En este marco, en la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del MSSSI se ha constituido un grupo de trabajo para impulsar la creación de la Red Nacional de

Escuelas de Salud para Ciudadanos. El objetivo general es promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el empoderamiento de la ciudadanía mediante la mejora de la capacitación en salud y la autogestión en la enfermedad.<sup>(19)</sup>

También existen en nuestro país la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA).<sup>(20)</sup> Esta asociación fue creada en el año 1995 con la fusión de las dos Sociedades. Tiene, como objetivos generales; el desarrollo científico de los temas relacionados con el mejor conocimiento de la HTA, formación de los diversos colectivos implicados en el cuidado del hipertenso y la divulgación a la población general de la importancia del control de esta enfermedad. Desarrollan planes de mejora en la asistencia al paciente hipertenso mediante la colaboración con la autoridades sanitarias nacionales, investigación, docencia y educación sanitaria para los profesionales de la salud, con el fin incrementar y mejorar el conocimiento de la HTA en su conjunto, potenciar grupos de trabajo en colaboración con otras sociedades científicas (Arteriosclerosis, Cardiología, Nefrología, etc), entre las más relevantes.

Además, con el fin de lograr un mayor conocimiento de la HTA, la SEH-LELHA desarrolla actividades diversas de carácter asistencial, docente, investigadoras, de difusión dirigidas a los profesionales sanitarios, y actividades de educación sanitaria dirigidas a la población general. De entre las actividades asistenciales de la SEH-LELHA, destacamos los programas de gestión y calidad asistencial en el hipertenso y la acreditación de las unidades de HTA.

En definitiva, existen iniciativas tanto públicas como privadas para la promoción y prevención de la salud, tanto para profesionales como público general.

## **2.6 Promoción y EPS sobre la HTA.**

La promoción de la salud es un proceso que permite incrementar el autocontrol sobre la salud de las personas para mejorarla. No solo se centra en mejorar las capacidades y habilidades de la persona, sino también pretende mejorar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tengan

impacto en los determinantes de la salud. Se trata de un proceso de empoderamiento de la persona y la comunidad.

La EPS consta de oportunidades de aprendizaje destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria incrementando en cantidad y calidad los conocimientos para el desarrollo de habilidades y capacidades que conduzcan a una mejora de la salud. Se entiende como un proceso educativo, con la finalidad de responsabilizar a los individuos en la defensa de su salud y la de los demás. Es un instrumento de la Promoción de la Salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de educación. Asimismo, la EPS es una parte del proceso asistencial, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.<sup>(21)</sup>

Para desarrollar una promoción y EPS de calidad, los Profesionales de la Salud y en concreto los Profesionales de Enfermería, debe responder a las diferentes necesidades de salud de las diferentes sociedades. Para abordarlas, se diferencian tres áreas de intervención: problemas de salud, estilos de vida y transiciones vitales (infancia, adolescencia, envejecimiento, dependencia e inmigración), que dirijan o enfoquen las diferentes actividades de promoción y EPS.

Para la práctica de este tipo de intervenciones, es necesario la exigencia y el reconocimiento, por parte de los distintos profesionales involucrados, en la asunción de varios roles que ello implica. Esto supone que los Profesionales de Enfermería al igual que el resto deben:

- Desarrollar un rol educativo que le permita analizar necesidades, definir objetivos compartidos, seleccionar las estrategias más adecuadas y realizar el seguimiento y evaluación de los procesos educativos.
- Ser capaz de identificar y comprender las necesidades en salud desde una perspectiva biopsicosocial y de salud positiva.
- Ser capaz de trabajar en equipo para desarrollar iniciativas de promoción de salud y saber reconocer la complementariedad de la multiprofesionalidad.
- Desarrollar capacidades de comunicación en relación con otros profesionales, la comunidad con la que trabaja y con los gestores y directivos de su institución.

- Tener capacidad para negociar objetivos y estrategias de promoción de salud, saber tomar decisiones conjuntamente y buscar la implicación y la participación de los colectivos interesados.
- Desarrollar un enfoque capacitante, en relación con los usuarios y no profesionales, que facilite el empoderamiento de los grupos y colectivos interesados.
- Capacidad para programar intervenciones sostenibles y realistas al contexto social e institucional donde se desarrollan.
- Desarrollar una cultura de mejora continua de la promoción de salud integrando los modelos de buena práctica y los sistemas de evaluación en las intervenciones de promoción de salud.
- Asesorar y desarrollar la abogacía en favor de la salud tanto a nivel local como institucional.
- Capacitarse para el trabajo intersectorial: compartir distintos lenguajes, espacios, organizaciones, puntos de vista distintos y complementarios en programas y planes de corresponsabilidad compartida.

Con la finalidad de desarrollar este tipo de iniciativas la SEH-LELHA, desde el año de su formación, se reúne anualmente con profesionales relacionados con expertos en materia de la HTA. Se crea un entorno profesional donde poder realizar una formación continuada por y para los profesionales de la salud para ampliar y mejorar la calidad de conocimientos en el manejo del paciente hipertenso.

También avala e impulsa iniciativas educativas sanitarias dirigidas a la población general, como el “Club del Hipertenso”, con el objetivo principal de informar y educar al colectivo de pacientes diagnosticados de HTA que desconocen muchos aspectos relativos a su enfermedad, así como el impacto en su salud.

La voluntad de seguir formando profesionales, actualizar y compartir conocimientos e información a cerca de la HTA y otras ENT, la difusión de material para favorecer la educación continuada de los profesionales sanitarios, así como brindar información adaptada, de referencia científica, que ayude a resolver dudas, que enfatice sobre la problemática y riesgos asociados a la

HTA, la importancia de la prevención, la capacidad de los individuos para ser coparticipes de su propia salud, que fomente hábitos saludables y un control del entorno que favorezca la reducción de los factores de riesgo para la salud de la comunidad, son pilares básicos para desarrollar una Promoción y EPS útil y de calidad.

También debe hacerse referencia al impulso desde la propia AP de las actividades de educación para la salud, en el desarrollo de la continuidad asistencial y cuidados de enfermería. En el 2007, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo se presentó el proyecto AP-21, un marco estratégico para la mejora de la AP, con el objetivo de ofrecer al ciudadano una AP de calidad, orientada al ciudadano, descentralizada, participativa, eficiente y eficaz.<sup>(22)</sup>

El refuerzo de las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad pueden asegurar una mejor calidad de vida y un Sistema Nacional de Salud más sostenible.<sup>(22)</sup>

### **3. Justificación.**

La EPS es una herramienta que disponen los profesionales de la salud para orientar los cuidados hacia un marco biopsicosocial que requiere una comprensión del ser humano holística, para tratar de ofrecer un sistema de salud adaptado a la complejidad de la persona y las comunidades.

Comprender que papel tienen los profesionales de la salud en la educación ofrecida a la ciudadanía, es importante para conocer que tipo de intervenciones se llevan a cabo y de que manera se organizan, imparten y se evalúan, para así poder hacer una representación más real sobre este nivel de atención de la sanidad pública de nuestro país.

Por otro lado resulta necesario para poder desarrollar una idea crítica y objetiva de la educación, es conocer si el esfuerzo de administraciones, profesionales y usuarios es eficaz o da resultados positivos para así poder manifestar posibles debilidades y fortalezas de nuestro sistema de AP.

Por esto surgió la idea de averiguar que tipo de actividades y que papel desarrollan los Profesionales de Enfermería dentro del primer nivel de atención en pacientes adultos con diagnóstico de HTA. Nos preguntamos que tipo de educación y que actividades concretas realizan los Profesionales de

Enfermería en un contexto grupal de pacientes hipertensos ya diagnosticados y ver que nivel de efectividad tienen este tipo de intervenciones.

## 4. Objetivos.

Para la realización de este trabajo y en relación con lo anteriormente expuesto se plantea, como objetivo general, una revisión de la literatura científica sobre la educación que se realiza a estos pacientes. Y como objetivos específicos se plantean los siguientes:

- Determinar el papel de los profesionales de enfermería de AP en la EPS a pacientes hipertensos en España.
- Valorar la efectividad de las intervenciones educativas en la población hipertensa española.

## 5. Material y Métodos.

Para dar respuesta a los objetivos se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos especializadas en ciencias de la salud y enfermería. Los sistemas de recuperación han sido Cuiden, Scielo, Biblioteca Cochrane Plus, PubMed (del NCBI) y la Web of Science (WOS). También se han consultado las página web de organismos y sociedades científicas más relevantes relacionadas con el tema como la web del MSSSI, de la SEH, la LELHA y webs de consulta de AP.

Los términos de búsqueda o palabras clave utilizadas son: Enfermería, Rol Enfermero, EPS, Educación, Educación Enfermera, AP, Enfermedades Crónicas, Investigación Enfermera, Intervención Enfermera, HTA.

Se realizó la búsqueda entre los meses de enero y abril del 2015, utilizando los descriptores anteriores, combinándolos entre sí, empleando truncamientos y operadores booleanos con el fin de refinar las búsquedas y reducir el número de resultados.

Los criterios de inclusión han sido publicaciones que respondieran a los objetivos del trabajo y comprendidos entre los años 2010 y 2015 incluidos. No obstante ha habido varios documentos que por su relevancia o por no haber

encontrado estudios más actuales se ha decidido incluirlos de manera excepcional.

De entre todos los artículos encontrados se seleccionaron un total de 19 artículos científicos originales publicados en nuestro país como en ámbito internacional, para realizar esta revisión. Se muestran los resultados de la búsqueda bibliográfica en anexos.

## 6. Resultados. Y Discusión

La búsqueda de artículos relacionados con el papel del profesional sanitario en EPS grupal en AP, ha dado un total de 6 artículos originales de los cuales, solo la mitad están realizados en España. Es necesario remarcar el hecho de la existencia de falta de literatura científica encontrada sobre EPS grupal, en especial en nuestro país, de tal manera que no se ha podido responder al objetivo específico de la forma deseada. Aun así se han analizado y comparado con otras realidades fuera de nuestro país.

### 6.1 Rol enfermero en la EPS de los pacientes hipertensos en AP.

Las intervenciones de Promoción y Prevención en nuestro país tanto grupal como individual se están llevando acabo de manera irregular. Según afirma el Marco Estratégico del 2007 anteriormente señalado, se ha producido una desigual implicación de los equipos de salud en las actividades de Promoción y Prevención, consideradas con frecuencia en un segundo nivel de prioridad.<sup>(22)</sup> El trabajo sobre los determinantes de salud se ve apartado por la tendencia a la medicación de la población y la falta de adquisición de responsabilidad de los usuarios de los servicios sanitarios.

Se han encontrado 5 artículos en relación con el objetivo planteado. En un estudio de investigación cualitativa realizado en la comunidad de Madrid, cuyo objetivo de estudio se centra en conocer el trabajo de Promoción y EPS en AP y conocer las distintas opiniones de los profesionales implicados en 11 áreas de salud de la comunidad autónoma,<sup>(23)</sup> afirma que la EPS es una



actividad poco sistematizada. Se ha pasado de entender el trabajo grupal, con un enfoque coherente y forma propia de abordar los problemas de salud-enfermedad, a ser entendidos como una cierta modalidad técnica para “problemas frecuentes”. Se han adaptado las prácticas de educación grupal para hacerlas más funcionales para el modelo médico, están orientadas hacia un enfoque biológico, donde se refuerza la dependencia profesional-usuario, sin cuestionar el papel de ninguno de los dos. Esto conlleva la imposibilidad de desarrollar competencias propias de la enfermería desde una perspectiva psicosocial, centrada en el individuo para poder desarrollar capacidades propias, conciencia de una salud positiva, que emancipen a los individuos y comunidades haciéndoles responsables de su propia salud.

En el ámbito internacional también hay estudios que coinciden con la idea de la presencia del modelo médico en las consultas de AP. Un ejemplo es el estudio de investigación descriptivo, cualitativo realizado en Brasil<sup>(24)</sup> donde afirma que el proceso de salud y docencia se centra en su matriz biológica, reduciendo a los pacientes a sujetos meramente biológicos obviando partes tan esenciales de los individuos y grupos como son las esferas sociales, psicológicas, culturales que los conforman, esferas donde se centra la EPS.

Los estudios revisados no dejan claro el por qué de esta situación. Si, como se ha descrito anteriormente, existe una legislación, que apoya y valora la importancia de la EPS, no se entiende la falta de aplicaciones de este tipo de intervenciones.

Valorando otros aspectos sobre el discurso de los profesionales de AP de la comunidad de Madrid, los resultados de las entrevistas revelan una falta de orientación del trabajo de los profesionales hacia las características actuales de la AP, existiendo una falta de consenso entre los profesionales tanto en el sentido del trabajo con grupos como su eficacia, objetivos, disponibilidad motivaciones e implicación.<sup>(23)</sup> Por todo esto, el concepto del trabajo con grupos depende de cada profesional.

En relación con la educación grupal en nuestro país, casi todos los artículos <sup>(25,26)</sup> encontrados abordan este tipo de educación desde un enfoque participativo como elemento de aprendizaje.

De todos los artículos encontrados dos están realizados en la provincia de Sevilla. Ambos<sup>(25,26)</sup> describen la realización de sesiones activo-participativas donde el docente (enfermera) estimula la participación de los miembros del grupo para facilitarles la posibilidad de exponer sus experiencias y testimonios, fomentando el aprendizaje informal o por imitación ya que consideran que la observación de iguales, dentro del grupo de pacientes, ayuda a aprender e imitar comportamientos en función de sus propias necesidades, otorgando mayor responsabilidad al discente.

Uno de ellos introduce como elemento complementario en las intervenciones educativas a los familiares, que también actúan como docentes contando sus experiencias, testimonios y trucos aprendidos desde la experiencia del cuidador principal.<sup>(26)</sup>

Coincide esta realidad con el trabajo realizado en Salamanca<sup>(27)</sup> donde se desarrollaron sesiones de discusión, fomentando la participación, intercambio de experiencias y la escucha activa (Feedback positivo).

También presentaban sesiones participativas con el grupo en el estudio realizado en Barcelona<sup>(28)</sup> donde, después de un breve presentación teórica, utilizaban como metodología complementaria el debate facilitando con ello la participación activa entre los pacientes y la enfermera.

En contra posición, el estudio realizado en Madrid<sup>(29)</sup> afirma que en las intervenciones grupales existía una falta de contacto con el grupo. Las sesiones resultaban unidireccionales y no se facilitaba la expresión de dudas, necesidades e inquietudes de los participantes.

Comparándolo con otras experiencias en otros países, en un estudio realizado en Brasil<sup>(30)</sup> coinciden, al igual que en nuestro país, en desarrollar una EPS grupal, fomentando las capacidades comunicativas durante las sesiones, en las que se facilitaban la expresión de las emociones y los sentimientos, al igual que las dudas por parte de los pacientes.

El enfoque biopsicosocial está presente en estos artículos al tratar de fomentar la escucha activa y la interacción de todos los participantes de las sesiones.

En cuanto a los contenidos teóricos, en todos<sup>(26-28,30)</sup> los artículos de nuestro país, como en el artículo realizado en Emiratos Árabes Unidos<sup>(31)</sup>, coinciden en abordar temas como el conocimiento de la enfermedad, tratamiento farmacológico, cumplimiento terapéutico, ejercicio, alimentación saludable y tabaquismo. Se diferencian Sevilla<sup>(25)</sup> y Salamanca<sup>(27)</sup> en incorporar técnicas de relajación, además de apoyo psicológico y medidas higiénico-dietéticas respectivamente.

Los temas debatidos en los encuentros grupales en Brasil<sup>(30)</sup> trataban temas diferentes como cuidados generales, depresión y los relacionados al SNS. Solo coincidían en temas relacionados a la enfermedad como signos y síntomas de complicaciones agudas o crónicas, el estrés, la dieta y el ejercicio.

La metodología y contenido teórico de las sesiones de los artículos analizados<sup>(25-31)</sup> son muy semejantes. Casi todos<sup>(25-27)</sup> dividían las intervenciones en diferentes sesiones. En Salamanca<sup>(27)</sup> incorporaban 2 talleres prácticos de 2 horas de duración tratando la alimentación y el ejercicio físico añadiendo una sesión de refuerzo un mes después.

En ambos estudios realizados en Sevilla<sup>(25,26)</sup> utilizaban además recursos educativos de apoyo. Uno de ellos<sup>(25)</sup> utilizaban juegos, talleres prácticos, uso de materiales como tensiómetros y técnicas de relajación. En el otro<sup>(26)</sup> se limitaban a repartir folletos y diverso material escrito. Además incorporaron en la metodología apoyo psicológico, mejora de la autoestima y cumplimiento terapéutico.

La metodología más utilizada dentro de la comunidad de Madrid era “la charla”<sup>(29)</sup>. Donde se informaban y daban consejos cortos y sin continuidad a los pacientes. No se realizaba un diálogo con los participantes ni impartían talleres prácticos ni repartían material de apoyo como en las anteriores descritas. No se ha podido realizar una comparativa con países extranjeros ya que en el artículo brasileño<sup>(24)</sup> no hace referencia a este aspecto a excepción de el artículo de los Emiratos Árabes Unidos<sup>(31)</sup> que se potenció los encuentros grupales con folletos individuales de autogestión de la enfermedad.

En relación a las evaluaciones de las intervenciones, encontramos un denominador común dentro y fuera de nuestro país<sup>(25-28,31)</sup>. Todas se realizaron antes y después de la intervención aunque de aspectos diferentes.

Se realizaron evaluaciones de datos clínicos para valorar la eficacia de las intervenciones en Barcelona<sup>(27)</sup> y en los Emiratos Árabes<sup>(31)</sup> en parámetros como el Índice de Masa Corporal (IMC), PS, PD, Colesterol total, HDL, LDL. En el artículo Catalán se añaden las visitas anuales al Médico de familia y Enfermera. En Alcalá de Guadaíra<sup>(26)</sup> (Sevilla) incorporan dos mediciones post-intervención y el análisis de triglicéridos.

Los artículos que utilizaron cuestionarios y encuestas de satisfacción a los pacientes relacionadas con los contenidos teóricos, habilidades adquiridas y nivel de satisfacción fueron los artículos de Barcelona<sup>(28)</sup>, Sevilla.<sup>(25)</sup> y Emiratos Árabes.<sup>(31)</sup>

En Salamanca<sup>(27)</sup> se evaluaron aspectos como la calidad de vida, alimentación, motivación, FRCV, estilos de vida y actividad física. Además, utilizaron un equipo independiente y métodos validados para España.

Fuera de nuestro país, en el estudio realizado en Brasil<sup>(30)</sup> no hace referencia a la evaluación de las intervenciones, por tanto no se pudo realizar la comparación.

El trabajo en equipo u organización multidisciplinar es otro aspecto analizado en los artículos. Solo en el artículo de Alcalá de Guadaíra<sup>(26)</sup> hace referencia directa a la organización multidisciplinar, en él describen como se coordinan aunando criterios, se coordinaron y delimitaron funciones propias de cada componente para desarrollar un programa educativo coherente y con continuidad de cuidados. En el resto<sup>(25,27-30)</sup>, no hacen referencia explícita al trabajo multidisciplinar, pero puede interpretarse ya que en uno de ellos<sup>(25)</sup> hace referencia a la integración de otros profesionales en la EPS grupal. Por otro lado, otro de los estudios<sup>(27)</sup> refleja que están formados por distintos profesionales de la rama sanitaria. En cambio en el estudio realizado en Barcelona<sup>(28)</sup> ocurre lo contrario, los profesionales participantes estaban formados por enfermeros. Este aspecto no se ha podido comparar con otras

realidades fuera de nuestro país ya que en ninguno de los 2 artículos referentes a Brasil<sup>(30)</sup> y Emiratos Árabes<sup>(31)</sup> no hacen referencia al tema.

## 6.2 Eficacia de la EPS Grupal en el Paciente Hipertenso.

Los artículos utilizados para analizar la eficacia de las intervenciones grupales, hacen referencia a distintas realidades dentro y fuera de nuestro país. La comparación de los distintos escenarios ayuda a situar en el contexto internacional la eficacia de la EPS de nuestro país.

Se ha demostrado en varios de los artículos analizados que las intervenciones educativas reducen el número de consultas, hospitalizaciones y gasto farmacéutico dentro de los Sistemas de Salud.<sup>(32-35)</sup> El aumento en las capacidades de los pacientes, la autogestión de la enfermedad, repercute indirectamente reduciendo el gasto de los Sistemas Sanitarios en recursos materiales y humanos al transformar a los pacientes en sujetos más independientes frente a su situación de enfermedad.

Por otro lado los pacientes obtienen importante beneficios directos de las intervenciones educativas. El objetivo principal de los programas de EPS grupal es el cambio de comportamiento hacia hábitos saludables y el autocuidado. En los estudios encontrados todos concluyen<sup>(32-40)</sup> haber obtenido resultados positivos en la adopción de hábitos saludables. En el trabajo realizado en un centro de salud de Salamanca<sup>(27)</sup>, encontraron diferencias significativas, en el grupo de intervención, en relación a la reducción del RCV y en la mejora de la dieta y práctica de ejercicio. También coincide en este aspecto el trabajo realizado en la unidad de HTA del Hospital 12 de Octubre de Madrid,<sup>(36)</sup> que mediante la intervención intensiva educativa mejoraba los FRCV como la obesidad, la HTA y una mejoría en la percepción de la calidad de vida.

Comparando los estudios españoles con los de otros países, Todos los analizados<sup>(35,37)</sup> demostraron que los programas de intervención educativa mejoraban las cifras de PA. Cabe destacar uno de los estudios de EE.UU<sup>(37)</sup> que mejoraban las cifras de PA mediante técnicas de respiración.

Respecto a los cambios de conducta y estilos de vida, también se demuestra los beneficios de las intervenciones educativas en varios estudios (34,36,38). En nuestro país, (36) han conseguido mejorar el estado de salud de los pacientes mediante intervenciones educativas, aunque afirman requerir un esfuerzo constante para conseguir y mantener estos cambios.

Comparándolo con otros países, un estudio (39) arroja cifras positivas en los resultados de cambios de conducta aunque apuesta por intervenciones adicionales para mantener esos cambios.

En el estudio de autocontrol de la HTA realizado en Shanghai (34) muestra resultados positivos en aspectos como la realización de actividad física, pruebas cognitivas y en el manejo de la enfermedad, consiguiendo la implementación y mejora de comportamientos saludables. Otros refieren resultados parecidos. (39,41)

En nuestro país, en el estudio prospectivo de cohortes realizado en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid (40), demostraron que la educación continuada en consultas de enfermería especializada, modificaron total o parcialmente sus FRCV un 78% de los pacientes. Aunque consideran en el estudio un instrumento idóneo para la prevención secundaria, los resultados conseguidos pueden extrapolarse .

Los niveles de conocimiento acerca de la HTA, sus factores de riesgo y hábitos de vida saludables también aumentaron tras las intervenciones. Álvarez Reyes *et al.* del Hospital Policlínico Universitario Previsora, Camagüey (33) afirma que tras las intervenciones se aumentaron los niveles de información de la HTA en los pacientes, aumentando así el nivel de conocimientos.

En España un estudio multicéntrico prospectivo realizado en centros de AP de Barcelona, (42) donde evalúa un programa de EPS a pacientes hipertensos, describe un aumento en el nivel de conocimiento de la HTA y de los efectos secundarios de la medicación, no siendo así en la adherencia al tratamiento médico.

## 7. Conclusiones.

Podemos sacar varias conclusiones de esta revisión bibliográfica:

- Los profesionales sanitarios de AP muestran carencias en cuanto a nivel de conocimientos para poder diseñar e impartir EPS tanto individual como grupal. No obstante se realizan esfuerzos para paliar estas carencias.
- Las intervenciones de EPS grupal, se realizan fomentando roles educativos de empoderamiento de los pacientes, aumentando el nivel de alfabetización y con un enfoque psicosocial que ayuda a enriquecer los encuentros grupales.
- Los programas educativos son eficaces a la hora de modificar hábitos de vida que mejoren su salud, incrementar el nivel de conocimientos, control de cifras de PA, tratamiento farmacológico y automonitoreo.
- Se plantea fomentar en mayor grado las intervenciones educativas grupales dentro del colectivo profesional de salud con el fin de incrementar en volumen el número de intervenciones. Debido a la eficacia de estos programas, la EPS grupal es una herramienta útil para las consultas de AP para desarrollar prácticas de promoción y prevención de la salud.
- La falta de literatura encontrada muestra la necesidad de realizar mas investigación en el campo de la EPS.

## 8. Bibliografía.

1. OMS. Informe General de la Hipertensión en el Mundo [Internet]. Ginebra (Suiza): the WHO Document Production Service.; 2013. p. 1–40. Available from: [www.who.int/entity/cardiovascular\\_diseases/publications/global\\_brief\\_hypertension/es/-27k](http://www.who.int/entity/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/-27k)
2. de la Sierra Iserte A. Hipertensión Arterial. In: Agustí A, Bayés de Luna A, Brugada J, Campistos J, Carmena R, Carreres A, et al., editors. Medicina Interna Vol1. 17<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2012. p. 512–27.
3. Galán I, Rodríguez-Artalejo F, Tobías A, Gandarillas A, Zorrilla B. Vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles mediante encuesta telefónica: resultados de la Comunidad de Madrid en el período 1995-2003. Gac Sanit [Internet]. Elsevier España, S.L.; [cited 2015 Dec 1];19(3):193–205. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=e](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=e)
4. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Böhm M, et al. Guía de práctica clínica de la ESH/ESC para el manejo de la hipertensión arterial. Hipertens y riesgo Vasc. 2013;30(Extraordinario 3):63.
5. OMS. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Ginebra (Suiza); 2011.
6. OMS. Global Health Observatory Data Repository [Internet]. Ginebra (Suiza); 2008. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/view.main>
7. Gutierrez-Fisac J, Suárez M, Neira M, Regidor E. Tendencia de los principales factores de riesgo de enfermedades crónicas. España 2001-2011/12. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013. Available from: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/FactoresRiesgoEspana\\_\\_2001\\_2011\\_12.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/FactoresRiesgoEspana__2001_2011_12.pdf)
8. Banegas, José R. Jovell, Albert. Abarca Benjamín. Aguilar Diosdado, Manuel. Aguilera, Luis. Aranda, Pedro. Bertomeu, Vicente. Capilla P. Hipertensión arterial y política de salud en España. 2008. p. 224–9. Available from: [http://ac.els-cdn.com/S0025775308000717/1-s2.0-S0025775308000717-main.pdf?\\_tid=f3a665fa-23c3-11e5-90ff-00000aacb35f&acdnat=1436176201\\_2502fbfbbd4b732a8ccc03a35dbb18e8](http://ac.els-cdn.com/S0025775308000717/1-s2.0-S0025775308000717-main.pdf?_tid=f3a665fa-23c3-11e5-90ff-00000aacb35f&acdnat=1436176201_2502fbfbbd4b732a8ccc03a35dbb18e8)
9. Sabán Ruiz J, Fabregate Fuente RM. El papel determinante del tabaco en la disfunción endotelial, la insulinresistencia y la enfermedad cardiovascular: Control global del riesgo cardiometabólico. Santos ED de, editor. 2012. 15 p.
10. Molerio Pérez O, Arce González MA, Otero Ramos I, Nieves Achón Z. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 1999, Editorial Ciencias Médicas; [cited 2015 Dec 20];43(1). Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032005000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt)
11. Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles. Asamblea General de la Naciones Unidas; 2011.
12. Ooms G, Brolan C, Eggermont N. Universal health coverage anchored in the right to health. 2013.
13. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra (Suiza): Organización Mundial de la Salud; 2010.
14. Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco. [Internet]. Organización MUndial de la Salud. 2003 [cited 2015 Oct 23]. Available from:



(<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241591013.pdf>).

15. Asamblea Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Internet]. Available from: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/en/>
16. Proyecto de plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. [Internet]. 2013 [cited 2015 Nov 6]. Available from: [http://www.who.int/nmh/events/2013/consultation\\_201303015/en/](http://www.who.int/nmh/events/2013/consultation_201303015/en/)
17. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/evidencia.htm>
18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [sede Web]. [Internet]. Madrid; 2011. Available from: <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2637>
19. Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía [Internet]. Ministerio de Sanidad , Servicios Sociales e Igualdad. 2012 [cited 2015 Oct 25]. Available from: <http://www.escuelas.msssi.gob.es/conocenos/laRed/home.htm>
20. Sociedad Española de Hipertensión Liga Española de Lucha contra la Hipertensión Arterial [Internet]. 2015 [cited 2015 Oct 30]. Available from: <http://www.seh-lelha.org/index.html>
21. FORMACIÓN EN PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD [Internet]. Madrid; 2003. Available from: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>
22. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 Proyecto AP-21 [Internet]. 2007. Available from: [http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007\\_2012.pdf](http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf)
23. Duro Martínez JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. Rev Esp Salud Publica [Internet]. MSC; 2003 Oct [cited 2015 Jul 14];77(5):615–27. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272003000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272003000500010&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
24. EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS USUÁRIOS HIPERTENSOS \* [Internet]. [cited 2015 May 11]. Available from: [http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4\\_esp\\_html\\_site/a21v12espn4.html](http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_html_site/a21v12espn4.html)
25. Educación para la Salud Grupal: ¿Es utilizada por las enfermeras de Atención Primaria de Salud? [Internet]. [cited 2015 Jul 20]. Available from: <http://www.index-f.com/comunitaria/v4n2/ec6688.php>
26. Efectividad de la educación diabetológica grupal [Internet]. [cited 2015 Jul 20]. Available from: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5n2/ec7052.php>
27. Rodríguez Martín C, Castaño Sánchez C, García Ortiz L, Recio Rodríguez JI, Castaño Sánchez Y, Gómez Marcos MÁ. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Rev Esp Salud Publica [Internet]. MSC; 2009 Jun [cited 2015 Mar 9];83(3):441–52. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
28. Puig-Girbau MN, Lladó-Blanch MM, Seco-Salcedo MC, Gómez-Saldaña A, Medina-Peralta M, Riera-Torres R, et al. [Evaluation of an educational group intervention in the control of patients with cardiovascular risk]. Enfermería clínica [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Jul 14];21(5):238–47. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862111000866>

29. Duro Martínez JC. El discurso de los profesionales de atención primaria de la Comunidad de Madrid sobre el trabajo con grupos: sentido, finalidades y ámbitos de intervención. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. MSC; 2002 Oct [cited 2015 Jul 14];76(5):545–59. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272002000500015&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500015&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
30. A prática educativa em saúde nas consultas de enfermagem e nos encontros com grupos [Internet]. [cited 2015 Jul 20]. Available from: <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/32-017.pdf>
31. Baynouna LM, Neglekerke NJD, Ali HE, ZeinAlDeen SM, Al Ameri TA. Audit of healthy lifestyle behaviors among patients with diabetes and hypertension attending ambulatory health care services in the United Arab Emirates. *Glob Health Promot* [Internet]. 2014 Dec [cited 2015 Sep 28];21(4):44–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25027970>
32. Rodríguez Martín C, Castaño Sánchez C, García Ortiz L, Recio Rodríguez JI, Castaño Sánchez Y, Gómez Marcos MÁ. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. MSSSI; [cited 2015 Jul 20];83(3):441–52. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272009000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
33. Álvarez Reyes M, Morales Sotolongo I, Morales Reyes E, Vega Colina B. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. *Humanidades Médicas* [Internet]. 2001, Cendecsa; [cited 2015 Jun 21];11(3):433–52. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202011000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202011000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
34. Fu D, Fu H, McGowan P, Shen Y, Zhu L, Yang H, et al. Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial. *Bull World Health Organ* [Internet]. World Health Organization; [cited 2015 Jun 21];81(3):174–82. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0042-96862003000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862003000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
35. Ortiz Marrón H, Vaamonde Martín RJ, Zorrilla Torrás B, Arrieta Blanco F, Casado López M, Medrano Alberio MJ. [Prevalence, degree of control and treatment of hypertension in the adult population of Madrid, Spain]. *Rev Esp Salud Publica* [Internet]. MSC; 2011 Aug [cited 2015 Feb 17];85(4):329–38. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
36. Fernández López L, Guerrero Llamas L, Andugar Hernández J, Casal García MC, Crespo Tejero N, Campo Sien C, et al. Eficacia de un programa de intervención sobre el control del peso en pacientes obesos hipertensos. *Rev la Soc Española Enfermería Nefrológica* [Internet]. [cited 2015 Jul 20];9(4):06–11. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-13752006000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752006000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
37. Gregoski MJ, Barnes VA, Tingen MS, Harshfield GA, Treiber FA. Breathing awareness meditation and LifeSkills Training programs influence upon ambulatory blood pressure and sodium excretion among African American adolescents. *J Adolesc Health* [Internet]. 2011 Jan [cited 2015 Mar 10];48(1):59–64. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3026442&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
38. So A-Y, Kim Y-M, Kim E-Y, Kim C-Y, Kim C-H, Kim H-G, et al. [Effects of community-based case management program for clients with hypertension]. *J Korean Acad Nurs* [Internet]. 2008 Dec 1 [cited 2015 Mar 10];38(6):822–30. Available from: <http://synapse.koreamed.org/DOIx.php?id=10.4040/jkan.2008.38.6.822>

39. Dejesus RS, Chaudhry R, Leutink DJ, Hinton MA, Cha SS, Stroebel RJ. Effects of efforts to intensify management on blood pressure control among patients with type 2 diabetes mellitus and hypertension: a pilot study. *Vasc Health Risk Manag* [Internet]. 2009 Jan [cited 2015 Mar 10];5:705–11. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2742700&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
40. EDUCACIÓN CONTINUADA EN CONSULTA DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA: LA HERRAMIENTA PARA MANTENER LOS CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE CORONARIO. [Internet]. [cited 2015 Jul 20]. Available from: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/3501.pdf>
41. Glynn LG, Murphy AW, Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Self-monitoring and other non-pharmacological interventions to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2010 Dec [cited 2015 Mar 10];60(581):e476–88. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2991764&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
42. Amado Guirado E, Pujol Ribera E, Pacheco Huergo V, Borrás JM. Conocimiento y adherencia a la terapia antihipertensiva en atención primaria: resultados de un ensayo clínico. *Gac Sanit* [Internet]. Elsevier España, S.L.; [cited 2015 Jun 21];25(1):62–7. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112011000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=en](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112011000100010&lng=es&nrm=iso&tlng=en)

## 9. ANEXOS

Términos o palabras clave.	Cuiden	Scielo	Cochrane	PubMed.	Cinahl	WOS	Totales
Educación para la Salud, atención primaria, hipertensión	20 / 0	2 / 1	0	56 / 2	0	0	3
Educación [y] España [y] hipertensión.	56 / 1	0	15 / 1	No valorable	0	0	2
Nurse's rol [and] Chronic disease	No valorable	0	0	2 / 0	0	12 / 1	1
Nursing [and] education [and] hypertension	0	1	0	0	0	23 / 1	2
Nursing and group education and and spain	45 / 3	0	0	0	0	48 / 2	4
Nursing research, educational hypertension	49 / 2	43 / 0	0	0	0	48 / 1	3
Interventions, nurse, health, education, primary care, hypertension.	0	0	0	56 / 2	0	51 / 3	4
<b>Totales</b>							19