



Atención Primaria

[www.elsevier.es/ap](http://www.elsevier.es/ap)

## ORIGINAL

## «Salut al cor/salud en el corazón»: resultados del programa de educación sanitaria en salud cardiovascular de Mútua Terrassa<sup>☆</sup>



Rosa Madrideo Mora<sup>a,\*</sup>, Lourdes Majem Fabres<sup>b</sup>, Helena Puig Acebal<sup>b</sup>,  
Inma Sanz Latorre<sup>c</sup>, Eva Llobet Traveset<sup>d</sup>, Mar Arce Casas<sup>c</sup>, Dolors Ruiz Morilla<sup>e</sup>,  
Ángel Mercadal Dalmau<sup>f</sup> y Dani Pañart Sánchez<sup>g</sup>

<sup>a</sup> Atención Primaria, CAP Sant Cugat-La Mina de Mútua Terrassa, Barcelona, España

<sup>b</sup> Atención Primaria, CAP Sant Cugat-Valldoreix de Mútua Terrassa, Barcelona, España

<sup>c</sup> Atención Primaria, CAP Sant Cugat-Can Matas de Mútua Terrassa, Barcelona, España

<sup>d</sup> Atención Primaria, CAP Rambla de Terrassa de Mútua Terrassa, Barcelona, España

<sup>e</sup> Medicina de familia, CAP Sant Cugat-Can Matas de Mútua Terrassa, Barcelona, España

<sup>f</sup> Medicina de familia, CAP Rubí de Mútua Terrassa, Barcelona, España

<sup>g</sup> Medicina de familia, CAP Rambla de Terrassa de Mútua Terrassa, Barcelona, España

Recibido el 21 de diciembre de 2012; aceptado el 23 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 24 de abril de 2014

### PALABRAS CLAVE

Enfermedades cardiovasculares;  
Educación de la salud;  
Prevención basada en la comunidad

### Resumen

**Objetivo:** Mejorar los conocimientos de la población sobre hábitos cardiosaludables mediante un programa de formación complementado por una Web y actividades comunitarias.

**Diseño:** Ensayo clínico controlado donde la intervención es la participación en el Aula de Formación en Salud Cardiovascular (AFSC).

**Emplazamiento:** Población de 80.000 habitantes.

**Participantes:** Pacientes, ambos sexos, 55-70 años, con al menos un factor de riesgo cardiovascular (RCV).

**Intervención:** El grupo intervención estaba formado por los pacientes que participaron en el AFSC. La intervención constaba de un curso presencial de 20 h en el que se ofrecía una Web de apoyo y se organizaban actividades complementarias. Las clases fueron impartidas por 3 enfermeras de atención primaria.

**Mediciones principales:** La variable principal fue el conocimiento sobre el RCV. Variables secundarias: edad, sexo, factores de RCV, estilos de vida, visitas a los centros, consumo farmacéutico, adherencia terapéutica y satisfacción con el programa.

**Resultados:** Se evaluaron los datos de los pacientes de los 10 primeros cursos (n=150). Se observa una mejora estadísticamente significativa en el conocimiento general sobre el RCV en

<sup>☆</sup> Finalista en el «5.º Premi de Recerca en Atenció Primària 2009 de la Regió Sanitària Barcelona». Segundo premio en el «XVIII Premi d'Infermeria de Mútua Terrassa».

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [rmadrideoj@mutuaterrassa.es](mailto:rmadrideoj@mutuaterrassa.es) (R. Madrideoj Mora).

el GI (de 87,3 al 100%) respecto al GC (84,5 al 92,7%),  $p < 0,001$  y una mejora en la actividad física (GI: del 71,2 al 83,1% frente GC: del 72,6 al 78,2%),  $p = 0,05$ . El número de visitas totales en atención primaria (medicina y enfermería) disminuyó más en el GI que en el GC. La valoración del curso ha sido elevada.

**Conclusiones:** Se demuestra la efectividad de esta experiencia para mejorar conocimientos sobre salud cardiovascular y algunos hábitos de vida saludable.

© 2012 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Cardiovascular diseases;  
Health education;  
Community-based prevention

## Healthy heart: Results of a community education program on cardiovascular health

### Abstract

**Objective:** To improve the knowledge of the population about heart-healthy habits through a training program supplemented by a web site and community activities.

**Design:** A controlled clinical trial with intervention done through participation in the Cardiovascular Health Training Classroom (CHTC)

**Location:** A town of 80,000 inhabitants.

**Participants:** Patients: both sexes, aged 55 to 70 years, with at least one cardiovascular risk factor (CVRF).

**Intervention:** The intervention group (IG) consisted of patients who participated in the CHTC. Intervention was carried out through a 20-hour presential group course in which a support web site was offered and complementary activities were organized. Classes were taught by three Primary Care nurses.

**Main measurements:** The primary endpoint was knowledge of CVRF. The secondary variables were age, sex, CVRF, lifestyle, visits to health centers, pharmaceutical use adherence, and satisfaction with the program.

**Results:** Data from patients in the first 10 courses ( $n = 150$ ) were evaluated. A statistically significant improvement was observed in overall knowledge of CVRF in the IG (87.3% to 100%) compared with control group (GC) (84.5% to 92.7%),  $p < .001$ , as well as an improvement in physical activity is (IG: 71.2% to 83.1% versus CG: 72.6% to 78.2%),  $p = .05$ . The total number of Primary Care visits (medical and nursing) decreased in the IG more than in the CG. The satisfaction rate of the course was very high.

**Conclusions:** This experience is effective in improving cardiovascular health knowledge and promoting some healthy habits.

© 2012 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en los países desarrollados y constituyen un problema de salud pública prioritario. Según datos del Instituto Nacional de Estadística ocasionaron el 31,2% del total de las defunciones del año 2010<sup>1</sup> en España, representando una pérdida muy importante de años potenciales de vida y una de las primeras causas de hospitalización. Además son el grupo de enfermedades que más gasto generan, suponiendo el 17% del gasto total del sistema sanitario. En el año 2006 el Servei Català de la Salut calculó un presupuesto de casi 1.000 millones de euros para la atención de las enfermedades del aparato circulatorio<sup>2</sup>.

El 80% de los factores que condicionan la aparición de un infarto de miocardio están relacionados con los hábitos de vida no saludables y, por lo tanto, tienen que ser abordados mayoritariamente desde la prevención primaria.

Según datos de la «Encuesta de salud de Cataluña de 2010»<sup>3</sup> los indicadores relacionados con los hábitos y estilos de vida son los que menos han mejorado o incluso han empeorado: la población sedentaria ha aumentado de forma

constante en los últimos años tanto en hombres (23%) como en mujeres (29%) y aproximadamente la mitad de la población de 18 a 74 años tiene exceso de peso. El porcentaje de fumadores ha disminuido gracias al abandono en hombres, pero últimamente se observa un estancamiento de dicha disminución.

La adaptación española de la «Guía europea de prevención de las enfermedades cardiovasculares 2008» incide de manera importante en este sentido y destaca el papel que deben liderar el médico y la enfermera de atención primaria en la promoción de estilos de vida saludables, basados principalmente en el incremento del nivel de actividad física, la adopción de una alimentación saludable y el abandono del hábito tabáquico<sup>4</sup>. La tendencia actual entre los profesionales de la salud es la de proporcionar a los pacientes la información y la formación necesarias, y conseguir de esta manera una mayor participación en la gestión de su enfermedad. Paralelamente, la sociedad recibe información sobre salud de manera desbordante y sin criterios, las tecnologías como Internet han abierto la puerta a mucha información, pero resulta difícil su control y veracidad. No obstante, las nuevas tecnologías gestionadas correctamente

pueden ser un medio ideal para promover la educación terapéutica de los pacientes y mejorar el sistema sanitario.

Las experiencias del paciente experto<sup>5</sup> iniciadas en la Universidad de Stanford y desarrolladas principalmente por el *National Health Service* en el Reino Unido demuestran que, cuando los pacientes disponen de más información sobre su propia salud, entienden mejor las características de su condición clínica y de su pronóstico, obtienen un mayor rendimiento del tiempo en la consulta, mejoran el grado de cumplimiento del plan terapéutico y utilizan con mayor responsabilidad y eficacia los servicios sanitarios<sup>6,7</sup>, aunque en general la mayoría de proyectos llevados a cabo en nuestro entorno solamente han demostrado un grado de aceptación elevado por parte de los pacientes<sup>8</sup>, pero con escasa repercusión sobre la utilización de recursos sanitarios. Algunos proyectos similares desarrollados en otros países han demostrado también ser efectivos y bien aceptados entre la población, aunque a menudo con resultados modestos e inferiores a los esperados. Destaca el hecho de que las intervenciones más efectivas son aquellas dirigidas a grupos más reducidos de pacientes<sup>9-12</sup>.

En la actualidad la puesta en marcha de programas de paciente experto forma parte de los ejes principales de actuación en el Plan de Salud de Catalunya 2011-2015, ya que se incluyen dentro del proyecto para potenciar la autorresponsabilización de su salud entre los pacientes y cuidadores<sup>13</sup>.

El Programa «Salut al cor» o «Salud en el corazón», promovido por profesionales de atención primaria, tiene como eje vertebrador la formación de pacientes expertos y tutores, proporcionándoles herramientas para mejorar su salud y calidad de vida. Además incorpora una página Web y otros recursos de las redes sociales (Twitter, Facebook) específicas para mejorar el seguimiento del programa.

En el presente artículo se analiza el proyecto piloto del «Salut al cor» que sirvió también para seleccionar a los pacientes más interesados y mejor preparados para llevar a cabo posteriormente el programa educativo como pacientes expertos. El objetivo principal del estudio era mejorar los conocimientos de la población sobre hábitos cardiosaludables mediante un programa de educación sanitaria, que además se apoya en una web específica, y que utiliza las redes sociales y otras actividades comunitarias para continuar estimulando y formando a los pacientes. Como objetivos secundarios se pretendía: 1) evaluar cambios en los estilos de vida de los participantes en el programa (tabaco, dieta y ejercicio físico); 2) evaluar cambios en la utilización de recursos sanitarios: visitas a los servicios sanitarios y adherencia terapéutica; y 3) evaluar la aceptación y percepciones del programa.

## Material y métodos

### Diseño

Se ha realizado un ensayo clínico controlado donde la intervención es la participación en el Aula de Formación en Salud Cardiovascular (AFSC).

## Ámbito de estudio

Población de 80.000 habitantes atendida por 3 centros de atención primaria.

## Sujetos de estudio

Pacientes de ambos sexos de 55 a 70 años y que presentarían como mínimo uno de los siguientes factores de riesgo cardiovascular (RCV): diabetes mellitus tipo 2, tabaquismo actual, hipertensión arterial (> 140/90 mm Hg), dislipidemia (LDL > 160 mg/dl o tratamiento hipolipidemiante) u obesidad (IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>).

A partir de los datos contenidos en la historia clínica informatizada se detectaron 22.161 pacientes con algún factor de RCV, de los cuales se excluyeron los menores de 55 años y los mayores de 70 años, y fueron clasificados en 4 bloques según la presencia de diabetes y hábito tabáquico: diabéticos fumadores (n=212), diabéticos no fumadores (n=772), no diabéticos fumadores (n=1.480) y no diabéticos no fumadores (n=3.145). Los cursos se programaron de forma consecutiva con pacientes de cada bloque para que las características de los alumnos fueran similares. Así en el curso 1 los participantes eran diabéticos fumadores, en el 2 diabéticos no fumadores, en el 3 no diabéticos fumadores, en el 4 no diabéticos no fumadores, el 5 otra vez diabéticos fumadores, y así sucesivamente. Para cada curso, a partir de la lista de pacientes de cada bloque, se procedió a asignar de forma aleatoria 50 pacientes al grupo control (GC) y 50 pacientes al grupo intervención (GI). A partir de estas listas generadas al azar se llamó telefónicamente a los pacientes, se les invitó a participar en el estudio y se reclutaron de forma consecutiva hasta alcanzar un número máximo de 15 por grupo (esquema). Este procedimiento se realizaba antes de iniciar cada nuevo curso.

A los pacientes asignados al grupo intervención se les ofreció participar en el curso de educación en salud cardiovascular, mientras a los asignados al grupo control no. A todos se les realizó en ese momento la encuesta pre-intervención sobre conocimientos en RCV, estilos de vida y adherencia terapéutica. Los pacientes del grupo control estaban emparejados según factores de riesgo cardiovascular con los del grupo intervención.

El protocolo de estudio fue evaluado y aprobado por el CEIC de la Mutua de Terrassa. Se solicitó consentimiento informado para la participación y recogida de los datos de seguimiento. Toda la información se trató de forma confidencial y anónima.

## Variables de estudio

La variable principal fue el conocimiento sobre el RCV. Las variables secundarias fueron edad, sexo, factores de RCV, estilos de vida (hábitos de alimentación, ejercicio físico y hábito tabáquico), visitas a los centros sanitarios, consumo farmacéutico, adherencia terapéutica según el test de Morisky Green y satisfacción con el programa.

Para recoger las variables sobre conocimientos generales y específicos, estilos de vida y satisfacción se diseñaron cuestionarios específicos para ser autocumplimentados, ya

que en la bibliografía no se encontraron encuestas que se adaptasen a los objetivos del estudio. En su elaboración participaron farmacéuticos, médicos y enfermeras y se consultó con expertos. Se realizó una validación técnica con expertos en la realización de cuestionarios y una prueba piloto.

El número de visitas a los centros se obtuvo de los datos contenidos en el programa de historia electrónica (HCIS-HP) y el consumo farmacéutico de los datos del Servei Català de la Salut.

### Intervención

El grupo de trabajo estaba formado por 3 médicos de familia, 4 enfermeras y 2 farmacéuticas de atención primaria que elaboraron todos los contenidos de las clases, el material de apoyo y los contenidos de la página Web.

La intervención constaba de un curso presencial, grupal (máximo 15 pacientes) impartido en 2 sesiones semanales de 2,5h durante 4 semanas (total 20h). Las clases impartidas fueron sobre generalidades sobre RCV, hipertensión arterial, diabetes, dislipidemia, obesidad y dieta, ejercicio físico, tabaco y alcohol y adherencia terapéutica.

Simultáneamente los pacientes eran informados de la existencia de una página Web que podían utilizar como apoyo al programa. En ella disponían de más material didáctico, calculadoras de RCV, diferentes hojas de registro de datos clínicos para estimular el autocontrol de la enfermedad, una agenda de eventos y un correo electrónico para contactar con los responsables del programa.

Las clases del AFSC durante la fase piloto del proyecto experimental fueron impartidas por 3 enfermeras de atención primaria. El objetivo del curso era mejorar los conocimientos y al mismo tiempo ofrecer las herramientas necesarias para aprender a gestionar y controlar su enfermedad y contribuir a la percepción de la mejora de su calidad de vida. Entre estos pacientes posteriormente

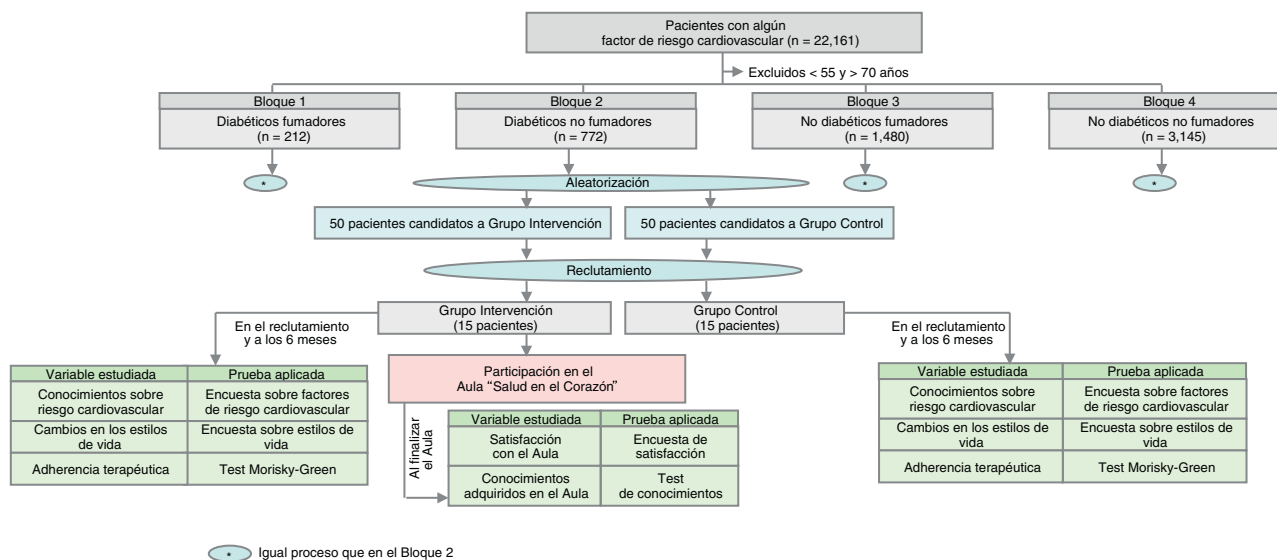
se han seleccionado y formado específicamente los pacientes expertos, que son los que actualmente imparten el AFSC.

### Tamaño de la muestra

Se calculó que para que el estudio pudiera detectar un efecto de la intervención que consistiera en una mejora absoluta del conocimiento del 20%, con una hipótesis bilateral, teniendo en cuenta un riesgo alfa de 0,05 y un riesgo beta de 0,20 y un porcentaje de pérdidas del 15% se necesitaba una muestra mínima de 116 pacientes por grupo.

### Análisis estadístico

Las variables categóricas se describen utilizando porcentajes. Para las variables continuas se utilizan la media y la desviación estándar cuando siguen una distribución normal y la mediana y los correspondientes percentiles cuando se trata de una distribución no paramétrica. Como pruebas de significación estadística para las variables cualitativas se utiliza la prueba de Chi-cuadrado para grupos independientes o el test exacto de Fisher si no se cumplen las condiciones de aplicación de la primera, mientras que para las variables cuantitativas se utilizan la «t» de Student o la U de Mann-Whitney, en función de si se requieren o no pruebas paramétricas. Todas las pruebas son bilaterales. Los intervalos de confianza se presentan con un grado de confianza del 95%. Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa SPSS versión 17. El programa fue evaluado y aprobado por el CEIC de Mútua Terrassa y se ha solicitado consentimiento informado para la participación y recogida de los datos de seguimiento. Toda la información se ha tratado de forma confidencial y anónima.



Esquema general del estudio.

**Tabla 1** Características basales de la muestra

	Grupo intervención Número (%)	Grupo control Número (%)	p
Pacientes	118	84	
Edad (DE)	64,2 (4,8)	64,8 (6,7)	Ns
Mujeres	54 (45,8)	39 (46,4)	Ns
Estudios superiores	27 (22,9)	15 (17,9)	Ns
Trabajadores en activo	12 (10,2)	23 (27,4)	Ns
Acceso a Internet	74 (62,7)	46 (54,8)	Ns
Usa Internet	63 (53,4)	33 (39,3)	Ns
Fumadores	26 (22,0)	26 (31,0)	Ns
Diabéticos	45 (38,1)	34 (40,5)	Ns
Hipertensos	60 (50,8)	39 (46,4)	Ns

## Resultados

Se han evaluado los datos de los pacientes incluidos en los 10 primeros grupos del AFSC y a los cuales se les pudo realizar todas las encuestas: 118/150 (78,6%) en el GI y 84/150 (56%) del GC.

No hay diferencias estadísticamente significativas en las características basales de ambos grupos (tabla 1). El estudio experimental se llevó a cabo durante el año 2010.

Los resultados principales del estudio se observan en la tabla 2. Se ha observado una mejora estadísticamente

**Tabla 2** Resultados pre y postintervención

	Preintervención		Postintervención	
	GC	GI	GC	GI
<i>Conocimientos</i>				
Conoce qué es el RCV	71 (84,5%)	103 (87,3%)	51 (92,7%)	83 (100%)*
<i>Conoce sus factores de riesgo</i>				
Conoce sus valores de tensión arterial	62 (74%)	84 (71,2%)	44 (80%)	78 (94,0%)*
Conoce sus valores de glucosa en sangre	35 (41,7%)	52 (44,1%)	27 (58,3%)	34 (41,0%)
Conoce sus valores de colesterol	18 (21,4%)	28 (23,7%)	15 (27,3%)	29 (34,9%)
Conoce su peso	82 (97,6%)	117 (99,2%)	54 (98,2%)	83 (100%)
Conoce su IMC	1 (1,2%)	5 (4,2%)	3 (5,5%)	12 (14,5%)*
<i>Estilos de vida</i>				
Realiza ejercicio físico de forma habitual	61 (72,6%)	84 (71,2%)	43 (78,2%)	69 (83,1%)*
Realiza dieta cardiosaludable	53 (63,1%)	82 (69,5%)	43 (78,2%)	68 (81,9%)
Fuma diariamente	26 (31,0%)	26 (22,0%)	16 (29,1%)	16 (19,3%)
<i>Adherencia terapéutica</i>				
Se declara cumplidor con el tratamiento	45 (61,6%)	58 (53,2%)	37 (82,2%)	56 (77,8%)
<i>Consumo farmacéutico</i>				
Gasto anual	51.591,09	49.774,33	52.221,26	51.002,75
Incremento 2011/2009			1,20%	2,50%
<i>Visitas</i>				
Medicina general	568	774	512	689
Incremento 2011/2009			-9,9%	-11,0%
Enfermería	253	686	336	705
Incremento 2011/2009			32,8%	2,8%
Visitas totales	821	1.460	848	1.394
Incremento 2011/2009			3,3%	-4,7%

GC: grupo control; GI: grupo de intervención.

\* Diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de las diferencias pre-post intervención.

significativa en el conocimiento general sobre el RCV en el GI (de 87,3 al 100%) respecto al GC (84,5 al 92,7%). En la evaluación posintervención hay un 7% (IC 95%: 0-14%) más de personas en el GI que conocen qué es el RCV con respecto a las del GC.

Cuando se preguntó si conocían sus propios valores de los factores de RCV se obtuvo una mejora estadísticamente significativa en el GI en relación con los valores de tensión arterial e IMC. En el caso de la glucemia o el colesterol, aunque también mejoraron, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos.

En la promoción de cambios de los estilos de vida, únicamente se observó una mejora en la actividad física ya que los pacientes del GI pasaron a ser más activos (GI: del 71,2% al 83,1% frente al GC del 72,6% al 78,2%),  $p = 0,05$ . Para el resto de las variables estudiadas (dieta, tabaco y adherencia terapéutica) no se observaron diferencias e.s. Las actividades físicas eran promovidas y organizadas por los mismos pacientes.

El número de visitas totales a los servicios de atención primaria ha disminuido en el GI más que en el GC. No se han observado diferencias en el consumo farmacéutico.

En la evaluación de los conocimientos adquiridos en el curso los participantes han obtenido una nota media de 8,1 (sobre 10) (DE: 1,8). La valoración del curso, de los contenidos, así como del profesorado, ha sido muy alta, siendo todas las calificaciones superiores al 4,2 (sobre 5).

## Discusión

La experiencia de nuestro proyecto ha supuesto un éxito desde varios puntos de vista. Por una parte, ha contado con la colaboración multidisciplinar de diferentes profesionales (médicos, enfermeras, farmacéuticos de atención primaria y administrativos) con un objetivo claro: ofrecer una nueva visión de la prevención del RCV a la población y de esta forma implicarla en el cuidado de su salud a través de la información y educación sanitaria. Por otra parte, la experiencia se planteó desde el inicio como un estudio de investigación con rigor metodológico para poder obtener datos sobre su verdadera efectividad en nuestro entorno, ya que son escasos los estudios en atención primaria sobre educación sanitaria elaborados con diseños adecuados<sup>14</sup>.

Aunque no se ha alcanzado el valor de mejora considerado relevante (> 20%) nuestra experiencia ha demostrado ser útil en modificar los conocimientos generales sobre el concepto de RCV, y lo que es más importante, también ha sido positiva para aumentar el conocimiento de sus propios valores de RCV (en tensión arterial e índice de masa corporal), que es el objetivo de campañas tan importantes como la de la *World Heart Federation*: «Conoce tus números»<sup>15</sup>.

Un factor que ha podido introducir un sesgo en los resultados es el importante número de pérdidas de seguimiento que hemos tenido, principalmente en el GC (44%), mientras que en el GI pueden considerarse aceptables (en torno al 20%).

En una revisión sistemática<sup>16</sup> reciente sobre intervenciones para mejorar los factores de riesgo (relacionados con

tabaco, nutrición, alcohol, actividad física y peso) y los conocimientos en salud, se observaba que las intervenciones grupales eran las más numerosas y obtenían resultados positivos en más del 70% de los estudios, sobre todo en la mejora de los conocimientos en temas de salud. Los programas de educación sanitaria para mejorar los FRCV han presentado resultados variables, y actualmente se propone enfocarlos hacia programas de educación para el autocuidado y de paciente experto como método más adecuado para llegar a la población<sup>17</sup>.

Existen experiencias en nuestro entorno (paciente experto del Institut Català de la Salut<sup>8</sup>, Universidad de pacientes<sup>18</sup> o paciente activo del programa de cronicidad del País Vasco<sup>17</sup>) con resultados similares en algunos parámetros. Así en los resultados iniciales publicados del paciente experto del Institut Català de la Salut<sup>8</sup>, los resultados sobre la mejora del conocimiento eran moderadas, pero posteriormente en otras zonas alcanzan resultados muy elevados similares a los nuestros<sup>19</sup>. Con relación a los hábitos de vida solo se ha podido constatar un beneficio con relación al ejercicio físico. El resto de hábitos no se ha modificado. En el programa de paciente activo del País Vasco obtienen una mejora del ejercicio físico y de la dieta<sup>17</sup>.

Hemos comparado con otras experiencias de paciente experto en lugar de programas estrictamente de educación sanitaria, puesto que nuestro proyecto estaba orientado y organizado más en ese sentido. Aunque las clases teóricas en la fase piloto evaluada las impartían profesionales sanitarios, y eso puede limitar la comparación del estudio con programas de paciente experto, los pacientes participaban activamente en las sesiones, y ellos mismos organizaban otras actividades cardiosaludables, a diferencia de otros cursos de educación sanitaria donde la participación de los pacientes es más pasiva.

Debemos destacar también que, como en la mayoría de las experiencias de programas de educación sanitaria, la acogida y satisfacción ha sido muy elevada y los participantes han obtenido muy buenas calificaciones en los test de aprendizaje de los cursos<sup>20</sup>.

En nuestro estudio se ha observado una disminución de las visitas a los médicos de familia y un aumento en las de enfermería, aunque estos resultados deben leerse con prudencia, ya que no se ha evaluado otro tipo de visitas como son a urgencias ni al hospital y las diferencias iniciales existentes entre grupos pueden introducir sesgos que no hemos contemplado. En el artículo de Puig et al.<sup>21</sup> en el cual se realizaba una intervención grupal para mejorar el control de los factores de riesgo en pacientes diabéticos, también se observó un aumento en las visitas a enfermería.

Por último, queremos mencionar que el resultado más positivo de este proyecto está siendo su continuidad. En este momento (noviembre de 2013) acaba de finalizar el grupo 28 en Sant Cugat, lo que significa que han participado en el AFSC más de 500 pacientes y el programa está también implantado en Rubí, Olesa de Montserrat y algunas zonas de Terrassa. Los pacientes expertos que imparten actualmente las clases están cada vez más implicados promoviendo actividades «cardiosaludables» complementarias a las clases y participando activamente en los foros abiertos relacionados con el proyecto. Además, se ha vinculado el programa a una plataforma de telemedicina que permitirá una nueva forma de relación del paciente con su equipo asistencial.

Esperamos que este tipo de formación a través de la mejora de los conocimientos del paciente pueda servir para disminuir su dependencia de los servicios sanitarios, fomente los cambios de hábitos y mejore en definitiva la salud de la población.

## Lo conocido sobre el tema

Las experiencias del paciente experto demuestran que cuando los pacientes disponen de más información sobre su propia salud entienden mejor las características de su condición clínica y de su pronóstico, obtienen un mayor rendimiento del tiempo en la consulta, mejoran el grado de cumplimiento del plan terapéutico y utilizan con mayor responsabilidad y eficacia los servicios sanitarios.

## ¿Qué aporta este estudio?

Nuestra experiencia aporta datos de efectividad de la fase piloto de un proyecto de paciente experto en nuestro ámbito.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa. Defunciones según causa de muerte 2010, 20 de marzo de 2010 [consultado 3 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np703.pdf>
- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut Direcció General de Planificació i Avaluació. Pla director de malalties de l'aparell circulatori. Primera edició: Barcelona, octubre de 2006 [consultado 3 Nov 2012]. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Planificacio/Plans%20directors%202008-2010/Malalties%20de%20l'aparell%20circulatori/Que%20es/Document/pd\\_circulatori\\_2510.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Ambits%20tematics/Linies%20dactuacio/Planificacio/Plans%20directors%202008-2010/Malalties%20de%20l'aparell%20circulatori/Que%20es/Document/pd_circulatori_2510.pdf)
- Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Enquesta de Salut de Catalunya 2010 [consultado 3 Nov 2012]. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02\\_enquesta\\_catalunya\\_continua/Documents/Informe\\_WEB\\_ESCA\\_2010.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/Documents/Informe_WEB_ESCA_2010.pdf)
- Lobos JM, Royo-Bordonada MA, Brotons C, Alvarez-Sala L, Armario P, Maiques A, et al. Guía europea de prevención cardiovascular en la práctica clínica. Adaptación española del CEIPC 2008 en nombre del comité español interdisciplinario para la prevención cardiovascular [consultado 3 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.ceipc.org/printdocpubli.php?IDpublicacion=5>
- Shaw J, Baker M. Expert patient—dream or nightmare? *BMJ*. 2004;328:723–4.
- Department of Health. NHS. The expert patient, A new approach to chronic disease management for the 21st century. 2001 [consultado 3 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.expertpatients.co.uk>
- Patient Education Research Center [consultado 3 Nov 2012]. Disponible en <http://patienteducation.stanford.edu/>
- González A, Fabrellas N, Agramunt M, Rodríguez E, Grifell E, et al. De paciente pasivo a paciente activo. Programa Paciente Experto del Institut Català de la Salut. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada. 2008; vol 1, issue 1, article 3 [consultado 10 Nov 2012]. Disponible en: [www.risai.org](http://www.risai.org)
- Ronda G, Van Assema P, Ruland E, Steenbakkers M, Brug J. The Dutch heart health community intervention «Hartslag Limburg»: Design and results of a process study. *Health Educ Res*. 2004;59:6–607.
- Brownson RC, Smith CA, Pratt M, Mack NE, Jackson-Thompson J, Dean CG, et al. Preventing cardiovascular disease through community-based risk reduction: The bootheel heart health project. *Am J Public Health*. 1996;86:206–13.
- Luepker RV, Murray DM, Jacobs Jr DR, Mittelmark MB, Bracht N, Carlaw R, et al. Community education for cardiovascular disease prevention: Risk factor changes in the Minnesota Heart Health Program. *Am J Public Health*. 1994;84:1383–93.
- Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA, Taylor CB, Haskell WL, Williams PT, et al. Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. *JAMA*. 1990;264:359–65.
- Pla de salut de Catalunya [consultado 10 Nov 2012]. Disponible en: [http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut\\_vfinal.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf)
- Birules M. Ensayo clínico comunitario en diabéticos tipo 2: beneficios de la educación sanitaria asociada a ejercicio físico. *Aten Primaria*. 2011;43:4017–8.
- Know your risks, know your numbers [consultado 10 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.world-heart-federation.org/what-we-do/awareness/go-red-for-women/know-your-risks-know-your-numbers/>
- Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. *BMC Family Practice*. 2012;13:49.
- Nuño-Solinis R, Rodríguez-Pereira C, Piñera-Elorriaga K, Zaballa-González I, Bikandi-Irazabal J. Panorama de las iniciativas de educación para el autocuidado en España. *Gac Sanit*. 2013;27:332–7.
- Universidad de pacientes [consultado 10 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.universidadpacientes.org/>
- Silvestre V, Amil P, Campama I, Fernández M, Moliner C, Rubio F. Programa Pacient Expert ICS® 12 meses post intervención comunitaria. Presentado en el III Congreso de Atención Sanitaria al paciente crónico. San Sebastián 19-20 de mayo 2011 [consultado 12 Nov 2012]. Disponible en: [http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkdocc03/eu/contenidos/informacion/material\\_cronicos/eu.cronic/adjuntos/394C.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkdocc03/eu/contenidos/informacion/material_cronicos/eu.cronic/adjuntos/394C.pdf)
- Sans Corrales M, Gardeñes Morón L, Moliner Molins C, Campama Tutusaus I, Pérez García S, Rozas Martínez M. Rutas asistenciales y paciente experto: ¿mejoran resultados? *International J Integrated Care*. 2012 [consultado 12 Nov 2012]. Disponible en: <http://www.ijic.org/index.php/ijic/article/view/URN%3ANBN%3ANL%3AU%3A10-1-112966/1579>
- Puig-Girbau N, Lladó-Blanch M, Seco-Salcedo MC, Gómez-Saldaña A, Medina-Peralta M, Riera-Torres R. Evaluación de una intervención educativa grupal en el control de pacientes con riesgo cardiovascular. *Enferm Clin*. 2011;21:238–47.