

Prueba piloto de intervención de enfermería para fortalecer la adaptación de la diada persona con hipertensión - cuidador

Yesica Juliana Castellanos Menjura [1]

RESUMEN

Objetivo. Validar una intervención sistemática de enfermería que busca fortalecer la adaptación de la diada persona con hipertensión arterial (HTA) - cuidador familiar, en un hospital universitario de tercer nivel, 2019-2.

Metodología. Prueba piloto de una intervención sistemática de enfermería que busca fortalecer la adaptación de la diada persona con HTA – cuidador familiar. realizada con 20 diadas con medición de la adaptación mediante dos componentes: el nivel de la competencia de cuidado antes y después de la intervención y el nivel de satisfacción de los participantes durante el proceso.

Resultados. Se ve la factibilidad de la intervención sistematizada de enfermería con sus dos estrategias: la educación en el servicio de hospitalización y la educación en consulta externa. La primera, realizada por enfermería durante los momentos de cuidado dentro de la rutina de hospitalización. La segunda, un taller grupal de refuerzo de 1 hora.

Conclusiones. La intervención de enfermería para fortalecer la adaptación de la diada persona con HTA - cuidador familiar mostró durante la prueba piloto, su efecto positivo: el nivel de satisfacción de las diadas fue alto con un promedio de 97,5%. La competencia de cuidado pasó de un promedio de 62,8% antes de la intervención a 93,84 %. Estos resultados ratifican la importancia de contar con las dos estrategias diseñadas.

Palabras clave: Promoción de la Salud, Hipertensión, Educación en salud, Adaptación, Enfermería. *DeCS.*

ABSTRACT

Objective. Validating a systematic nursing intervention that seeks to strengthen the adaptation of the dyad person with arterial hypertension (AHT) - family caregiver, in a third level university hospital, 2019-2.

Methodology. Pilot test of a systematic nursing intervention that seeks to strengthen the adaptation of the dyad person with AHT - family caregiver. performed with 20 dyads with adaptation measurement using two components: the level of care competence before and after the intervention and the level of satisfaction of the participants during the process.

Results. The feasibility of the systematized nursing intervention is seen with its two strategies: hospitalization service education and outpatient education. The first, performed by nursing during the moments of care within the hospitalization routine. The second, a 1-hour group reinforcement workshop.

Conclusions. The nursing intervention to strengthen the adaptation of the dyad person with AHT - family caregiver showed its positive effect during the pilot test: the level of satisfaction of the dyads was high with an average of 81.25%. The care competence increased from an average of 61.36% before the intervention to 97.5%. These results confirm the importance of having the two strategies designed.

Keywords: Health Promotion, Hypertension, Health Education, Adaptation, Nursing, Caregivers. *DeCS.*

¹ Estudiante de Enfermería de X semestre, Universidad de La Sabana. Trabajo de la Línea de Profundización en Proyección social estratégica.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un conjunto de trastornos del corazón y de los vasos sanguíneos que en conjunto generan la principal causa de defunción en todo el mundo; estas afectan en mucha mayor medida a los países de ingresos bajos y medios generando en ellos más del 80% de las defunciones por esta causa (1).

Según la Organización Panamericana de la salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la HTA es el principal factor de riesgo para padecer y morir como consecuencia de un evento cardiovascular de forma prematura y es la segunda causa de discapacidad en el mundo. También es la principal causante de la enfermedad isquémica cardíaca y del accidente cerebrovascular. Otras complicaciones no menos importantes derivadas del mal control de la presión arterial son la cardiopatía dilatada, la insuficiencia cardíaca y las arritmias. Entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene HTA (1).

De acuerdo con Ordunez y cols, el número de personas con HTA ha aumentado en los últimos años y muchos desconocen su condición; su estudio realizado en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), señala que apenas el 57.1% de la población adulta que tiene la presión arterial alta sabe que tiene HTA, lo que contribuye al bajo nivel de control de sus cifras tensionales con sólo 18.8% de estas personas con condición controlada. El adecuado control de la presión arterial es una medida costo-efectiva para evitar muertes prematuras. (2).

Si bien se calcula que cuatro de cada diez adultos en el mundo padece HTA, esta proporción aumenta con la edad: mientras en el grupo etario de 20 a 40 años se puede hallar HTA en el 10% de ellos, de los 50 a 60 años esta proporción se incrementa al 50% y una de cada 5 personas en este grupo tiene pre-HTA (3).

Según el Minsalud colombiano del 2017, un 49% de los ataques cardíacos y un 62% de los trastornos cerebrovasculares son causados por la HTA. En la consulta externa la HTA es la causa más frecuente de motivo de consulta en la población general, en especial en la población mayor de 45 años, en ambos sexos. De las primeras 20 causas de egreso hospitalario, las enfermedades isquémicas del corazón ocupan el tercer lugar aportando un 3,5% del total, la insuficiencia cardíaca aporta el 2,0% y la diabetes mellitus, el 1,6%. En el grupo de personas mayores de 50 años de edad, la enfermedad isquémica del corazón y la insuficiencia cardíaca congestiva ocupan el primer lugar de egresos hospitalarios (3).

En Colombia la prevalencia de tensión arterial alta (tensión arterial sistólica ≥ 140 o tensión arterial diastólica ≥ 90) en adultos mayores de 25 años es de 34,3% en hombres y de 26,5% en mujeres, muy similar a la estadística del grupo de países de ingresos medianos altos, donde la prevalencia es de 35,3% para hombres y de 28,3% para mujeres. (4)

Según el informe técnico del Observatorio Nacional de Salud sobre carga de la enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y de acuerdo con el modelo construido a partir de las estadísticas vitales previstas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en 2014 se reportaron en Colombia 2821 muertes secundarias a HTA en mujeres, de los cuales 50% fueron mayores de 80 años y 12% estuvieron entre 75 y 79 años. En hombres, se reportaron 2336 muertes, con la mortalidad más alta en mayores de 79 años (5).

Además, localmente las cifras que reportan el observatorio nacional Así Vamos en Salud (6) y el observatorio regional, Sabana Centro Cómo Vamos (7), para el país y la región, reflejan datos preocupantes que indican que se debe enfatizar aún más en las políticas ya establecidas (9).

El Plan Nacional de Salud Pública (8) y la política nacional de Salud planteada para la actual vigencia tienen que la P y P es una prioridad, así lo señala la Política de Atención Integral en Salud -PAIS- establecida en la Resolución 429 del 2016 en la cual también se establece el Modelo Integral de Atención en Salud donde se conceptualiza la atención en salud haciendo uso de rutas con el paso a paso de cada proceso para clarificar a los profesionales la atención integral (9). Adicionalmente, la Resolución 4003 de 2008 (10) señala que el mejor mecanismo de prevención terciaria no es solamente el seguimiento y control de las condiciones de salud, sino el acompañamiento con un programa educativo para propiciar el cambio de hábitos de riesgo y la adherencia al tratamiento.

El Hospital Universitario donde se realiza el presente estudio, se encuentra regido por estos estándares a los que se acogió voluntariamente para ser una de las 45 instituciones de salud acreditadas dentro de las aproximadamente 1800 instituciones hospitalarias con que cuenta el país. La institución estableció una Sub-política de promoción y prevención en salud de la Clínica Universidad de La Sabana, que busca como objetivo principal “Diseñar, implementar y evaluar estrategias a nivel institucional, local e intersectorial que favorezcan condiciones de promoción y prevención a nivel primario, secundario y terciario a fin de mejorar las condiciones de salud de las personas, familias atendidas mediante acciones de protección específica, promoción del autocuidado, toma de decisiones informadas para el mantenimiento de la salud, recuperación y/o prevención de la enfermedad” como objetivo principal (11).

Se unen y fortalecen esta sub-política, dos propuestas de sus directivas: la primera, la promesa de valor a sus usuarios que señala “cuidaremos de ti”, la segunda, el Modelo de Enfermería de la institución que indica que ese cuidado se dará por parte de enfermería con compromiso y tono humano para fortalecer la adaptación de la persona y de su cuidador familiar (12), transformando así los encuentros cotidianos enfermera – persona y cuidador familiar, en verdaderos encuentros de cuidado.

En síntesis, es preciso señalar que al revisar el contexto se hace evidente la necesidad de realizar actividades específicas de promoción y prevención en salud por parte de la institución hospitalaria en donde se adelanta el estudio, a fin de

adaptar a las personas con HTA, proporcionándoles más allá de un diagnóstico y tratamiento oportunos, una educación y acompañamiento permanente para que puedan adaptarse a su condición de salud. Es por ello que en el marco de la alianza docencia- asistencia de enfermería se desarrolló una intervención sistemática bajo parámetros de Whittemore y Grey (13) para fortalecer la adaptación de las diadas persona con HTA – cuidador familiar, que debe ser aplicada para conocer su factibilidad y efecto antes de incorporarla formalmente al servicio. En tal sentido el presente proyecto buscó desarrollar una prueba piloto para validar la intervención de enfermería diseñada para fortalecer la adaptación de la diada persona con hipertensión arterial (HTA) - cuidador familiar, en un hospital universitario de tercer nivel, 2019-2.

Metodología

Esta es una prueba piloto de una intervención sistemática de enfermería diseñada para fortalecer la adaptación de la diada persona con HTA – cuidador familiar. Se aplicó la intervención con 18 diadas, con medición de la adaptación mediante dos componentes: el primero, el nivel de la competencia de cuidado antes y después de la intervención y el segundo, el nivel de satisfacción de los participantes durante el proceso.

El primer componente se aplicó a 10 diadas cuya persona hospitalizada tuviera diagnóstico de HTA y quien se encontrará acompañado por su cuidador familiar; este componente se denominó **“Es hora de cuidarte”**.

El segundo componente aplicado a 7 diadas se desarrolló en la consulta externa para personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial (HTA); el taller se denominó **“Para Cuidar de ti”**.

Para determinar su efecto, se empleó el instrumento CUIDAR, versión abreviada para la persona y para el cuidador. El Instrumento CUIDAR cuenta con pruebas psicométricas para la población colombiana (14). El instrumento CUIDAR comprende de, Conocimiento, la Unicidad, la capacidad Instrumental, el Disfrute de condiciones mínimas de bienestar, la capacidad de Anticipar y la Red y relaciones sociales, la tabla 1 muestra cómo se interpreta, teniendo en cuenta cada dimensión.

Tabla 1. Instrumento “CUIDAR” – Versión abreviada por dimensiones y rangos para determinar el nivel de competencia para el cuidado de las personas hospitalizadas o sus cuidadores familiares dentro de la prueba piloto de intervención sistemática de enfermería para fortalecer la adaptación de la diada persona con hipertensión – cuidador (14)

| Dimensión | Alto | Medio | Bajo |
|-----------------------------------|---------|-------|-------|
| Conocimiento | 9 – 7 | 6 - 4 | 3 - 0 |
| Unicidad (condiciones personales) | 12 – 10 | 9 - 7 | 6 - 0 |
| Instrumental y personal | 9 – 8 | 7 - 6 | 5 - 0 |

| | | | |
|--|----------------|----------------|---------------|
| Disfrutar (bienestar) | 12 – 9 | 8 - 6 | 5 - 0 |
| Anticipación (predictiva) | 6 – 5 | 4 - 3 | 2 - 0 |
| Relación social (interacción) | 12 – 11 | 10 - 8 | 7 - 0 |
| Competencia general para el cuidado | 60 – 49 | 48 - 37 | 36 - 0 |

Fuente: elaboración propia, 2019.

La intervención sistemática de enfermería validada fue descrita bajo el esquema de desarrollo de intervenciones de cuidado de la salud de Whitemore y Grey (13), como lo señala la tabla 2 (ver tabla 2), como parte del Proyecto de Investigación *Efecto de un plan de cuidado anticipado y estructurado en el alta hospitalaria sobre la carga del cuidado de personas con enfermedad crónica no trasmisible*, que cuenta con el aval ético de las dos instituciones participantes y se aprobó bajo el Acta ENF-25-2018.

Tabla 2. Detalles de la intervención sistemática de enfermería para fortalecer la adaptación de la diada persona con hipertensión – cuidador.

| DETALLE DE LA INTERVENCIÓN | CRITERIO | DESCRIPCIÓN |
|---|--|---|
| Nombre de la intervención | Denominación | <i>“Para cuidar de tí” / “Es hora de cuidarte”</i> |
| Problema que requiere intervención | Problema de mayor interés a ser intervenido en una población de riesgo específico. | Las ECV son las principales causas de muerte y la HTA es el principal factor de riesgo para padecer y morir como consecuencia de un evento cardiovascular de forma prematura. Añadiendo a esto en un diagnóstico realizado en un hospital universitario se encontró que la competencia de cuidado es media baja para los persona y media alta para los cuidadores, lo cual muestra que las personas no tienen las pautas y conocimiento para cuidarse en el hogar, haciendo relevante la implementación de la intervención. |
| A quién se dirige la intervención | Unidad de análisis | Personas con HTA y su cuidador familiar. |
| Ruta de intervención | Aspectos modificables a partir de la intervención | El nivel de la competencia de cuidado en la persona con HTA y su cuidador familiar, mediante los cambios en el estilo de vida (dieta sana, actividad física, estrés). |
| Cómo se desarrollará la intervención | Los contenidos y <i>dominios que se abordan con la intervención</i> | Los contenidos de la intervención responden al nivel de la competencia del cuidado y se asocian a la transición de la adaptación de las personas y/o cuidadores. Conocimiento (lo que debo saber para cuidarme) - Significado de la HTA - Dieta sana - Actividad física - Efecto del estrés Unicidad (debo tener en cuenta) - Establezco un plan de vida Instrumentación (lo que debo hacer para cuidarme) - Manejo de la dieta - Manejo de actividad física |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Manejo de emociones - Manejo de los medicamentos - Seguimiento clínico de mi enfermedad. <p>Disfrutar (como me siento)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pertenezco a algún grupo - Organizo mi tiempo libre <p>Anticipación (lo que debo tener en cuenta para identificar un riesgo elevado y poder actuar de manera pertinente y oportuna)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mantener vigilancia sobre la propia condición - Los signos de alarma - A dónde acudir en caso de emergencia - A quien pedir ayuda si esta es requerida. <p>Relación social e interacción (tengo en quien apoyarme)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mis emociones - Mi vínculo familiar o de apoyo |
| Dosis y duración (número de sesiones, frecuencia, tiempo total) | <p>“Es hora de cuidarte”</p> <p>Se realizará en un tiempo determinado de 24 horas de estancia hospitalaria, con 5 sesiones. Con un tiempo aproximado de 3 a 4 minutos por sesión.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valoración 2. Administración de medicamentos 3. Atención de necesidades básicas 4. Cambio de turno 5. Egreso <p>Taller “Para cuidar de ti”</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 1 sesión 2. Duración de 1 hora de 9:00 a 10:00 3. Todos los miércoles. |
| Estrategia de entrega | <ul style="list-style-type: none"> • Educación individual de la diada en la intervención (es hora de cuidarte), en la habitación de la persona con HTA • Educación grupal (taller) con apoyo de TIC. (cara a cara) (por diada) • 1 cartilla • 1 folleto • 1 infografía • 1 ficha de asistencia <p>Todos los miércoles de 9:00 a 10:00.</p> |
| Entorno o lugar de ejecución | <ul style="list-style-type: none"> - Salón de educación 101 primer piso de la Clínica Universidad de La Sabana . |
| Recursos | <p>El taller se ofrecerá para un máximo de 16 personas y requiere de los siguientes recursos:</p> <p>Recursos humanos: 1 profesional de la salud entrenado previamente que dirija el taller.</p> <p>Logísticos: 1 salón con 16 asientos 1 videobeam 2 mesas 1 planilla de registro. 1 tensiómetro 1 computador 1 PPT</p> <p>Materiales:</p> |

| | | |
|-------------------|--|---|
| | | 1 por participante. Instrumentos CUIDAR para persona y CUIDAR para cuidador versión abreviada. (pre y post) Cartilla Folleto "Como debo cuidar de mi si tengo hipertensión arterial" Infografía Bolígrafos Ficha de asistencia Formato de satisfacción |
| Resultados | Resultados proximales, primarios, secundarios y distal | Proximales: <ul style="list-style-type: none"> - Afianzar el conocimiento respecto a HTA. - Confortar la disposición de un plan de vida. - Mejorar las habilidades en el hacer de procedimientos en casa. - Consolidar el tiempo libre perteneciendo a un grupo. - Aumentar la actitud y concientizar la importancia de seguir las recomendaciones y anticipar los signos de alarma. - Reforzar los vínculos familiares o sociales existentes o crear nuevos vínculos. Primarios: <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecer la adaptación de las personas con hipertensión arterial (HTA) y su cuidador familiar mediante el mejoramiento de la competencia de cuidado, en la Clínica Universidad de La Sabana, en el 2019-2. Distal: <ul style="list-style-type: none"> - Mantener el control de las cifras tensionales de las personas con HTA en la región sabana Centro. - Disminuir costos hospitalarios en la Clínica Universidad de La Sabana para mejor distribución de los recursos en los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. - Disminuir reingresos por enfermedad mal controlada, en personas con HTA. - Disminuir complicaciones asociadas a la patología de base. En este caso las personas con HTA, la cual es la principal causa de enfermedad isquémica del corazón y accidente cerebrovascular. |

Fuente: Elaboración propia, con base en el esquema de desarrollo sistemático de intervenciones de cuidado de la salud de Whittemore y Grey (13) y lineamientos del proyecto de Investigación *Efecto de un plan de cuidado anticipado y estructurado en el alta hospitalaria sobre la carga del cuidado de personas con enfermedad crónica no trasmisible*, que cuenta con el aval ético de las dos instituciones participantes y se aprobó bajo el Acta ENF-25-2018, 2019.

Resultados

El piloto indicó un nivel de competencia antes del primer componente "**Es hora de cuidarte**" 63% y al finalizar esta de 95% (ver tabla 3).

Tabla 3. Nivel de competencia para el cuidado de las personas con HTA o sus cuidadores familiares dentro de la prueba piloto de intervención sistemática de enfermería para fortalecer la adaptación de la diada persona con hipertensión – cuidador (n=10).

| <i>Dimensión</i> | PRE CUIDAR | | | POST CUIDAR | | |
|------------------|--------------|----------|------------|--------------|----------|------------|
| | Calificación | Promedio | % de logro | Calificación | Promedio | % de logro |
| Conocimiento | Bajo | 2,7 | 30 | Alto | 8,9 | 98,8 |

| | | | | | | |
|--|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-----------|
| Unicidad | Bajo | 6,7 | 55,8 | Alto | 10,8 | 90 |
| Instrumental y personal | Medio | 6,4 | 71,1 | Alto | 8,8 | 97,7 |
| Disfrutar | Medio | 7,9 | 65,8 | Alto | 10,8 | 90 |
| Anticipación (predictiva) | Medio | 3,8 | 63,3 | Alto | 6 | 100 |
| Relación social | Medio | 10,3 | 85,8 | Alto | 11,7 | 97,5 |
| Competencia general para el cuidado | Bajo | 37,8 | 63 | Alto | 57 | 95 |

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta CUIDAR (14), 2019

Con base en la prueba piloto se evidenció un mejoramiento de la competencia de cuidado mediante el primer componente de la intervención sistemática de enfermería “**Es hora de cuidarte**” pasando de una competencia baja a una competencia alta.

Para este segundo componente “**Para cuidar de ti**” se encontró un nivel de competencia antes de comenzar de 62,6% y al finalizar esta de 92,6% (ver tabla 4).

Tabla 4. Nivel de competencia para el cuidado de las diadas personas con HTA - cuidador familiar dentro de la prueba piloto de intervención sistemática de enfermería para fortalecer la adaptación de la diada persona con hipertensión – cuidador. (n=8)

| <i>Dimensión</i> | PRE CUIDAR | | | POST CUIDAR | | |
|--|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| | Calificación | Promedio | % de logro | Calificación | Promedio | % de logro |
| Conocimiento | Bajo | 3,5 | 38,8 | Alto | 9 | 100 |
| Unicidad | Bajo | 7,25 | 60,41 | Alto | 10,62 | 88,5 |
| Instrumental y personal | Bajo | 5,37 | 59,6 | Alto | 8,87 | 98,5 |
| Disfrutar | Medio | 8,25 | 68,75 | Alto | 10,5 | 87,5 |
| Anticipación (predictiva) | Medio | 3,12 | 52 | Alto | 5,87 | 97,8 |
| Relación social | Medio | 9,87 | 82,25 | Medio | 10,75 | 89,5 |
| Competencia general para el cuidado | Medio | 37,36 | 62,6 | Alto | 55,61 | 92,68 |

Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta CUIDAR (14), 2019

Con base en la prueba piloto se evidencio un mejoramiento de la competencia de cuidado mediante la intervención “**para cuidar de ti**” pasando de una competencia baja a una competencia alta.

El análisis de resultados en la diada persona con HTA – cuidador familiar que participaron en los dos componentes de la intervención sistemática de enfermería evidenció que la suma de los mismos generó un efecto positivo mayor con una competencia de cuidado de 100%.

Los resultados de la satisfacción de la persona y/o cuidador familiar participantes en la intervención fue del 97,5% (ver tabla 6). Teniendo en cuenta la interpretación de esta (ver tabla 5)

Tabla 5. Interpretación de la evaluación de satisfacción para la prueba piloto en un hospital universitario.

| Evaluación de satisfacción | | | |
|-----------------------------------|-------------|--------------|-------------|
| | Bajo | Medio | Alto |
| Total | 5-10 | 11-15 | 16-20 |

Fuente: elaboración propia, 2019.

Tabla 6. Nivel de satisfacción para las 18 diadas personas con HTA y cuidador familiar dentro de la prueba piloto de intervención de enfermería para fortalecer la adaptación de la diada persona con hipertensión – cuidador.

| Evaluación de satisfacción | | |
|--|----------------------|-------------------|
| Ítem | Promedio | % de logro |
| El tema tratado es útil | 4 | 100 |
| El tema fue elaborado de manera clara | 3,9 | 97 |
| Considera importante el tema expuesto | 3,8 | 95 |
| Considera importante el tema expuesto | 3,8 | 95 |
| Encuentra esta educación satisfactoria | 4 | 100 |
| Total | 19,5 Alto | 97,5 |

Fuente: elaboración propia, 2019.

Se evidencia una satisfacción alta para los participantes en cuanto a las dos intervenciones.

DISCUSIÓN

La intervención sistematizada logro un resultado positivo mejorando así la competencia de cuidado de las personas con HTA y sus cuidadores familiares llevando al fortalecimiento de la adaptación de estas de su patología, comparando estos datos con la literatura se encontró lo a continuación descrito.

En un proyecto realizado por Rodríguez y Castro (15) afirmó que por medio de la ruta del PiH - PyP empleada en la prueba piloto denominado CUIDAR TU SALUD “*Viviendo con Hipertensión arterial*” que incluye las sesiones educativas, se mejoró la competencia de cuidado en la persona y cuidador familiar. Adicional, se confirmó la importancia y la necesidad de continuar en la implementación de dicho programa en los diferentes servicios, con toda la población y usuarios que asisten a la institución.

El estudio “*The effects of health education on patients with hypertension in china. A meta-analysis*” (16) recopiló todas las investigaciones relacionadas con la educación para la salud y la hipertensión en China y con la ayuda de herramientas de meta-análisis, evaluó los resultados de dicha educación para la salud. El análisis proporciona una base para un mayor desarrollo de programas de educación sanitaria para personas con hipertensión. Lo que concluyo que esa revisión confirma que la educación sanitaria juega un papel importante en el control de la presión arterial, en personas hipertensas (especialmente los ancianos): la intervención de seguimiento a corto plazo fue más efectiva, y los efectos fueron similares si la intervención fue en el hospital o en el nivel comunitario.

En otro estudio “*Health education in self care in patients with high blood pressure*” su propósito de la revisión sistemática (17), era investigar las intervenciones educativas para mejorar los comportamientos de autocuidado en personas con presión arterial alta basados en el uso de marcos de educación para la salud con el fin de evaluar el impacto de estas intervenciones en la promoción de comportamientos de autocuidado en estas personas. Lo que resulto que la educación basada en la enseñanza y los modelos de educación para la salud tienen un mayor impacto en la reducción de los factores de riesgo para la hipertensión arterial. El tiempo, el lugar, la duración de las intervenciones, las características de las personas y el uso de nuevos métodos educativos para algunos públicos en la efectividad de la capacitación para reducir los factores de riesgo son importantes.

El autocontrol de la presión arterial (PA) parece reducir la PA en la HTA, pero quedan preguntas importantes sobre la implementación efectiva y qué grupos pueden beneficiarse más. Este meta-análisis “*Self monitoring of blood pressure in hypertension*” (18) de datos de personas, se realizó para comprender mejor la efectividad del autocontrol de la PA para reducir la PA y controlar la hipertensión. La auto-monitorización de la PA combinada con co-intervenciones que implican apoyo individualizado a los propietarios de la clínica, pero tiene poco efecto por sí misma. El autocontrol respaldado por tales co-intervenciones debe recomendarse como parte de la práctica clínica habitual en las directrices internacionales y la investigación adicional debe determinar los medios más rentables para apoyar la implementación.

Otro artículo “*Prevention of hypertension in Bangladesh*” (19) se basa en la revisión de datos publicados y no publicados sobre prevención de la hipertensión en Bangladesh y otros países. Se realizó una búsqueda sistemática utilizando métodos electrónicos y manuales. Por ende, la hipertensión es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en Bangladesh. La prevención de la hipertensión debe

centrarse en la generación de conciencia, la promoción de la salud y la reducción de los factores de riesgo comunes mediante una combinación de enfoque poblacional e intervenciones individuales específicas. Las acciones conjuntas deben tomarse como prioridad para prevenir la hipertensión a través del enfoque intersectorial, multidisciplinario y multinivel por parte del Gobierno, las organizaciones no gubernamentales (ONG), las sociedades civiles y crear una mayor conciencia entre la población para un estilo de vida saludable.

Este meta-análisis y revisión sistemática (20) *“The impact of interventions for the primary prevention of hypertension in Sub-Saharan Africa”* sugieren que la creciente carga de hipertensión en la SSA con intervenciones dispersas y efectivas en toda la población sigue siendo un gran problema de salud pública en la región. Se observa que se usaban comúnmente una variedad de intervenciones de promoción de la salud de la comunidad / población. Varios estudios también buscaron poner a prueba o establecer la viabilidad de las intervenciones limitantes de sal. Los hallazgos sugieren que la limitación de la sal y la promoción de la salud y la prevención de la hipertensión en las intervenciones del África subsahariana puede ser efectiva para modificar los factores de riesgo de hipertensión y, por extensión, reducir la presión arterial. La mayoría de las intervenciones limitantes de sal que identificamos se lograron a través de la educación sanitaria; sin embargo, la evidencia sugiere que los programas integrales de salud pública que combinan la reformulación de alimentos, el etiquetado de alimentos, los subsidios de alimentos o los impuestos con la promoción / educación de la salud, han tenido más éxito que aquellos que emplearon solo intervenciones dirigidas por los consumidores (por ejemplo, educación para la salud), y pueden implementarse en SSA.

Este estudio *“An economic evaluation of salt reduction policies to reduce coronary heart disease in England”* (21) evaluó la rentabilidad de cuatro políticas de salud de la población para reducir la ingesta de sal en la dieta de una población inglesa para prevenir la enfermedad coronaria. Lo cual concluyó que las intervenciones de salud de la población que reducen efectivamente la ingesta de sal en la dieta en la población inglesa podrían disminuir sustancialmente el gasto en atención médica y reducir la carga de ECV. La reformulación obligatoria de los alimentos procesados podría lograr las mayores reducciones en la ingesta de sal en la dieta y, por lo tanto, el mayor ahorro. Estos hallazgos son tranquilizadores consistentes con estudios anteriores del Reino Unido y otros lugares.

Este artículo *“Association between dietary pattern and risk of cardiovascular disease among adults in the middle east and north Africa región”* (22) revisa la evidencia relacionada con la asociación del patrón dietético con enfermedad coronaria (CHD), derrames cerebrales y los factores de riesgo asociados entre adultos en la región de Medio Oriente y África del Norte (MENA). Parece haber una asociación significativa del patrón dietético occidental con el mayor riesgo de cardiopatía coronaria, accidentes cerebrovasculares y factores de riesgo asociados entre los adultos en la región MENA. Por el contrario, el aumento de la adherencia a los patrones dietéticos mediterráneos y / o DASH o sus componentes alimenticios individuales se asocia con una disminución del riesgo de CHD y los factores de

riesgo asociados. Por lo tanto, es crucial aumentar la conciencia sobre la alta carga de CHD y los factores de riesgo asociados, así como la necesidad de programas de educación nutricional para mejorar el conocimiento entre la población MENA sobre dietas saludables y enfermedades relacionadas con la dieta.

Stephani V, Opoku D y Quentin W realizaron una búsqueda sistemática en la literatura de tres bases de datos principales para identificar ensayos controlados aleatorios (ECA) de intervenciones mobile phone interventions (mHealth) (23). Se revisaron los estudios identificados con respecto a las características clave del ensayo y la intervención; y la relación entre las características de la intervención y los resultados se evaluó cualitativamente. Los resultados indicaron que algunos hallazgos de los efectos positivos de las intervenciones de mHealth son personas con enfermedades no transmisibles.

En una revisión sistemática (24) de la literatura con el objetivo explorar el papel de las intervenciones tecnológicas para mejorar o mejorar el autocontrol entre las personas con hipertensión. Varias tecnologías implementadas en los estudios incluyeron telemonitorización y educación basadas en Internet, telemonitorización y educación telefónica, educación basada en Internet, telemedicina a través de videoconferencia, quioscos de telesalud y dispositivo de módem automatizado, mostrando resultados positivos en el control y reducción de la TA.

El programa de hipertensión Kaiser Permanente del norte de California (KPNC) incluyó un enfoque multifacético para el control de la presión arterial. Se incluyeron personas identificados con hipertensión dentro de un sistema integrado de prestación de servicios de salud en el norte de California entre 2001 y 2009 (25). Este estudio se realizó con el objetivo de describir un programa de hipertensión a gran escala en el norte de California y comparar las tasas de control de la hipertensión en ese programa con estimaciones estatales y nacionales, teniendo como conclusión que los adultos con diagnóstico de hipertensión con la implementación de un programa de hipertensión a gran escala se asoció con un aumento significativo en el control de la hipertensión en comparación con las tasas de control estatales y nacionales. De la misma forma en una revisión sistemática y meta-análisis (31) la cual tenía como objetivo identificar el efecto de los programas educativos de autogestión en los cambios de autoeficacia y el manejo de la presión arterial (PA) en personas con hipertensión, los hallazgos indicaron que los programas educativos de autogestión pueden promover la autoeficacia en personas con hipertensión, posiblemente contribuyendo a un mejor manejo de la PA. La adopción del programa educativo de autogestión proporciona un concepto básico para mejorar tanto la calidad como la eficacia de las estrategias relacionadas con el manejo de la PA. Lo cual fortalece el programa de P y P de la clínica universidad de la sabana dándole fuerza a la intervención educativa "Para cuidar de ti".

Por otra parte, un estudio realizado en el Rush University Medical Center (RUMC), diseñó estándares específicos de atención de enfermería para mejorar la comunicación, la provisión de entornos seguros y accesibles, y la colaboración y el apoyo a los cuidadores; también describe el programa educativo en línea que se

desarrolló para que las enfermeras apoyen la implementación y uso de los estándares. Apoyando así el rol de enfermería en cuanto a la educación y los resultados exitosos cuando se implementa.

Como lo documenta la evidencia los programas de P y P cada vez son más solicitados e importantes para el beneficio y bienestar de las personas, con intervenciones dirigidas a las personas con dinámicas grupales e individuales según el tipo de población caracterizado, no existe diferencia de donde se realice la intervención sea dentro del área hospitalaria o en la comunidad, teniendo como aspectos importantes el uso de la tecnología; lo cual hace relevante este proyecto ya que tiene como base una caracterización de la población a tratar y de esta forma se implementan herramientas para la invitación al taller y como se dan los contenidos de este y de la fase hospitalaria, también planteando así las dos clases de intervenciones individual y grupal abordando las necesidades de la persona y del grupo para fortalecer la adaptación y la integralidad con la que se brinda dicha educación.

Para finalizar, se recomienda la realización de intervenciones basadas en la evidencia para su desarrollo y continuo mejoramiento en beneficio de las personas y la comunidad.

CONCLUSIÓN

La prueba piloto para validar la intervención sistemática de enfermería mostró que se fortaleció la adaptación de la diada persona con HTA - cuidador familiar, mediante el mejoramiento de la competencia de cuidado en un Hospital universitario. La prueba piloto realizada con 18 personas y sus cuidadores familiares, reflejó que su competencia de cuidado mejoró pasando de 62,8% a 93,84% y con una satisfacción de los participantes de 97,5%. Es necesario continuar implementando este tipo de intervenciones que fortalece y es positiva la experiencia de las personas y sus cuidadores familiares lo cual hace que la adaptación se logre contundentemente y atiende las tendencias y políticas actuales de salud.

Se recomienda que el hospital universitario, así como otras instituciones similares siga apoyando estas intervenciones sistemáticas de enfermería para su cumplimiento específico del programa, realizando funciones enfocadas en la intervención nuclear y actividad continúa; además, seguir involucrando a todos los trabajadores profesionales en salud para dar cumplimiento con la estrategia y ruta del programa en toda la institución.

Bibliografía

1. OMS | Información general sobre la hipertensión en el mundo. WHO [Internet]. 2013 [cited 2019 Sep 1]; Available from: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/

2. Ordunez P, Martinez R, Niebylski ML, Campbell NR. Hypertension Prevention and Control in Latin America and the Caribbean. *J Clin Hypertens* [Internet]. 2015 Jul [cited 2019 Sep 8];17(7):499–502. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jch.12518>
3. Técnica F. DÍA MUNDIAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Colombia – mayo 17 de 2017. 2018;1–11.
4. Gobierno de Colombia- Ministerio de salud y protección social. Analisis De Situación De Salud (ASIS) Dirección de Epidemiología y Demografía. Minist salud. 2018;1–143.
5. Merchán L, Soler L, Velderrama F, Daza M, Pérez A. Boletín de información técnica especializada. 2018;4:8. Available from: www.cuentadealcosto.org
6. Así Vamos en Salud - indicadores en salud normatividad derechos [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: <https://www.asivamosensalud.org/>
7. Informe Calidad de Vida 2017 - Cámara de Comercio de Bogotá [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: <https://www.ccb.org.co/Sala-de-prensa/Noticias-CCB/2018/Octubre/Informe-Calidad-de-Vida-2017>
8. Colombia Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. Minist salud [Internet]. 2012;(32):2012–21. Available from: http://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/Plan_Decenal_-_Documento_en_consulta_para_aprobacion.pdf
9. El ministerio de salud y protección social. Resolución 429 de 2016 [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 21]. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion_0429_de_2016.pdf
10. Ministerio de la protección social. Resolución 4003 de 2008 [Internet]. [cited 2019 Oct 21]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/manual-acreditacion-salud-ambulatorio.pdf>
11. Pinto V, Arroyo LP. Sub-política de promoción y prevención en salud. *J Chem Inf Model*. 2013;53(9):1689–99.
12. Arroyo-Marlés LP, Guevara-Lozano M, Pérez-Giraldo B, Sánchez-Herrera B. Commitment and a sense of humanity for the adaptation of patients during hospital care. *J Nurs Manag*. 2018 Jul;26(5):548–54.
13. Whittemore R. Building the science of nursing interventions in Latin America. *Aquichan*. 2018 Sep 1;18(3):261–2.
14. Carrillo Gonzalez GM, Sanchez Herrera B, Vargas Rosero E. Desarrollo y pruebas psicométricas del Instrumento “cuidar” - versión corta para medir la competencia de cuidado en el hogar. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2016 Apr 1;48(2):222–31.
15. Sairy R, Malaver C, Paola J, Luengas A, Herrera BS. Programa intrahospitalario de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para fortalecer competencias de cuidado. 2019;1–24.
16. Xu LJ, Meng Q, He SW, Yin XL, Tang ZL, Bo HY, et al. The Effects of Health Education on Patients with Hypertension in China: A Meta-Analysis. *Health Educ J* [Internet]. 2014;73(2):137–49. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=eric&AN=EJ1020640&site=eds-live>
17. Narges K, Razieh V, Zahra M, Fatemeh B. Health Education in Self-Care in Patients with High Blood Pressure. *J Res Med Dent Sci* [Internet]. 2018;6(2):172–7. Available from: <https://doaj.org/article/f73a13c41af1477b9c4f5e5e5d9e0344>

18. Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, Bosworth HB, Bove A, Bray EP, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS Med* [Internet]. 2017;14(9):1–29. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=125226730&site=eds-live>
19. BISWAS T, SHARIFUL ISLAM SM, ISLAM A. Prevention of Hypertension in Bangladesh: A Review. *J Med* [Internet]. 2016;17(1):30–5. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=119233575&site=eds-live>
20. Wamba AA, Takah NF, Johnman C. The impact of interventions for the primary prevention of hypertension in Sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(7):1–16. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=137620279&site=eds-live>
21. Collins M, Mason H, O'Flaherty M, Guzman-Castillo M, Critchley J, Capewell S. An Economic Evaluation of Salt Reduction Policies to Reduce Coronary Heart Disease in England: A Policy Modeling Study. *Value Heal* [Internet]. 2014;17(5):517–24. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=97481673&site=eds-live>
22. Aljefree N, Ahmed F. Association between dietary pattern and risk of cardiovascular disease among adults in the Middle East and North Africa region: a systematic review. *Food Nutr Res* [Internet]. 2015;59(0):1–16. Available from: <https://doaj.org/article/57af3ff5bcf246ad8e7927e2fb84ed4b>
23. Stephani V, Opoku D, Quentin W. A systematic review of randomized controlled trials of mHealth interventions against non-communicable diseases in developing countries. *BMC Public Health* [Internet]. 2016;16(1):1–10. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=116894767&site=eds-live>
24. Chandak A, Joshi A. Self-management of hypertension using technology enabled interventions in primary care settings. [Internet]. Vol. 23, *Technology And Health Care: Official Journal Of The European Society For Engineering And Medicine*. 2015. p. 119–28. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=25515051&site=eds-live>
25. Jaffe MG, Lee GA, Young JD, Sidney S, Go AS. Improved Blood Pressure Control Associated With a Large-Scale Hypertension Program. *JAMA* [Internet]. 2013 Aug 21 [cited 2019 Oct 17];310(7):699. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23989679>