

Estrategias Pedagógicas del Personal de Salud para la Adherencia de los Pacientes al Programa
de Riesgo Cardiovascular

Corporación Universitaria Adventista

Facultad de educación

Especialización en docencia



Freddy León Valencia Arroyave

Laura Lucia Zuluaga Acosta

Nhora Luz Ortega Romero

Medellín, Colombia

2019

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE EDUCACIÓN

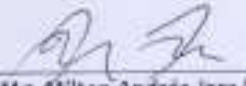
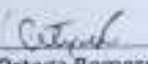
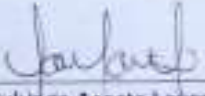
CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Estrategias Pedagógicas del Personal de Salud para la Adherencia de los Pacientes al Programa Cardiovascular", elaborado por los estudiantes: Ortega Romero Nhora Luz, Valencia Arroyave Freddy León, y Zuluaga Acosta Laura Lucía, del programa de Especialización en Docencia, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios técnicos y metodológicos exigidos por la Facultad de Educación y por lo tanto se declara como:

Aprobado

Medellín, Junio 06 de 2019

 Mg. Geilver Pérez Pulido Presidente	 Mg. Milton Andrés Jara Ramírez Secretario
 Mg. Doris Chaparro Vocal	
 Ortega Romero Nhora Luz Estudiante	 Valencia Arroyave Freddy León Estudiante
 Zuluaga Acosta Laura Lucía Estudiante	

Reconocida por el Ministerio de Educación No. 0529 del 6 de Junio de 1981 / NIT 800.493.700-8

Cra. 84 No. 33AA-1 PBK. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unad.edu.co>

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Agradecimientos

“Toda buena dádiva y todo don perfecto desciende de lo alto, del Padre de las luces, en el cual no hay mudanza, ni sombra de variación”

Santiago 1:17

Al concluir esta etapa de nuestro desarrollo profesional, no podemos hacer más que exclamar ¡Alabado sea Dios! Todo lo que somos, hacemos y tenemos lo debemos a Él, la gloria y nuestra máxima gratitud sean todas para Él. Y a Él gracias, porque ha colocado personas en nuestro camino que han contribuido en el alcance de esta meta, y a los cuales también, nuestras sinceras expresiones de gratitud:

A Nuestros familiares y allegados, quienes con su acompañamiento, abnegación, solidaridad y sacrificio nos brindaron todo su apoyo en tiempo y recursos para el desarrollo y logro de esta investigación.

A nuestros docentes, ya que sin su apoyo y tutoría hubiese sido imposible llegar con éxito al final de esta grandiosa senda educativa.

Y a nuestra “Alma Mater” por ofrecernos un programa de calidad, basado en valores y principios, cimentados en el gran modelo experimental del Maestro de Maestros, Jesucristo el Salvador.

A todos, ¡GRACIAS!

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Tabla de Contenido

RESUMEN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	viii
Introducción	1
Capítulo Uno - Planteamiento Del Problema.....	2
Descripción del Problema	2
Formulación del Problema	4
Justificación	4
Objetivos	5
Objetivo general.	5
Objetivo específicos.	5
Viabilidad.....	6
Delimitaciones	7
Limitaciones.....	7
Marco Conceptual.....	8
Marco Referencial	10
Establecer el riesgo de EASCV.	15
Nutrición y dieta.	16
Marco Disciplinar	21
Metaparadigmas según Nola Pender	22
Modelo andragógico: Elementos disciplinares educativos	23

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Marco Institucional.....	25
Reseña historia.....	25
Misión.	26
Visión.	26
Marco Teórico.....	27
Capítulo Tres – Diseño Marco Metodológico.....	32
Tipo Investigación.....	32
Criterios de selección.	32
Estrategia de Análisis de Datos	33
Cronograma de la Investigación	33
Presupuesto de la Investigación.....	34
Capítulo Cuatro- Análisis de la Información	35
Capítulo Cinco - Discusión	59
Capítulo Seis - Conclusiones y Recomendaciones.....	66
Conclusiones.....	66
Recomendaciones	67
Lista de Referencias.....	69

Lista de Tablas

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Tabla 1. Triangulación de las actividades educativas que utilizan el personal de salud en el programa de riesgo cardiovascular 36

Lista de Figuras

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

<i>Figura 1. 2019 Directrices ACC / AHA sobre la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares.</i>	15
<i>Figura 2. Evaluación De Riesgo Cardiovascular. Guía N° 27 2014.</i>	21
<i>Figura 3. Metaparadigma de enfermería según de Nola Pender.</i>	23
<i>Figura 4. Cronograma de Actividades.....</i>	33
<i>Figura 5. Estrategias educativas de mayor incidencia en riesgo cardiovascular</i>	64

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PROGRAMA DE
RIESGO CARDIOVASCULAR

RESUMEN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Facultad de Educación

Especialización en Docencia

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DEL PERSONAL DE SALUD PARA LA ADHERENCIA
DE LOS PACIENTES AL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Integrantes del grupo: Freddy León Valencia Arroyave

Laura Lucia Zuluaga Acosta

Nhora Luz Ortega Romero

Asesor Temático: Mg. Milton Jara

Asesor Metodológico: Mg. Milton Jara

Fecha de Terminación del Proyecto: 30/05/2019

Problema

La implementación de estrategias educativas por parte del personal de salud a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus es fundamental debido a que son enfermedades que van en aumento en Colombia y el mundo. Según la guía de práctica clínica para el manejo de la hipertensión arterial en Colombia 2017, la hipertensión arterial (HTA) fue en 2015 la primera causa de años de vida perdidos por discapacidad. Teniendo en cuenta lo anterior y consecuente con ello, las instituciones prestadoras de salud cuentan con un programa de riesgo cardiovascular que se desarrolla mediante una ruta estructurada para la atención de los pacientes

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Es por esto que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las estrategias pedagógicas empleadas por el personal de salud en la adherencia al programa de riesgo cardiovascular?

Método

La presente investigación es un estudio de revisión, en el cual se tenía por objeto obtener información detallada sobre las estrategias pedagógicas empleadas por el personal de salud en el programa de riesgo cardiovascular, estableciendo para ello una descripción minuciosa, selectiva y crítica sobre la perspectiva general o particular con respecto a los diferentes aspectos que se relacionan con dichas estrategias, por lo cual se realizó una búsqueda indexada en páginas como Ebsco, Scielo, Clinical Key, Medline, Lilacs, entre otras, con criterios de selección, y construcción de decs, para luego elaborar una matriz de análisis que permite caracterizar cada artículo a partir de escalas Prisma son para artículos de revisión documental, Strobe para artículos descriptivos ejemplos de cohortes, casos y controles, y transversales, Coreq para artículos cualitativos y Jadad para estudios experimentales, continuando con un análisis RAI, para la construcción y ponderación profunda de cada uno de los artículos, lo que permitió una construcción de una matriz de análisis en las cuales se tuvieron en cuenta diferentes categorías de estrategias educativas tales como visita domiciliaria, videos educativos, actividad educativa, uso TICS y actividad física.

Resultado

A través de esta revisión se puede evidenciar la importancia de las diversas estrategias educativas como intervención preventiva en los pacientes identificados en los grupos de riesgo

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

cardiovascular descritos en la revisión realizada.

A través de esta investigación de revisión se pudo evidenciar que los programas de riesgo cardiovascular en las entidades de salud deben instaurar programas de educación a sus pacientes que incluyan información sobre la evolución de sus enfermedades para lograr el control de las mismas e incentivar la realización de actividad física regular en sus pacientes y de ésta forma lograr la prevención de los eventos cardiovasculares.

Por tal motivo la educación para la salud se levanta como una propuesta orientada a mitigar los actuales problemas de salud pública que enfrenta en sistema de salud mundial puesto que es considerada como un elemento importante en la formación de las personas dado que les permite el desarrollo concienzudo en la toma de decisiones respecto a su propio estado de salud. No obstante, la estrategia de educación para la salud sigue teniendo brechas considerables al tratar de cumplir el objetivo con que fue creada, a saber, la disminución de enfermedades crónicas no transmisibles que, por sus repercusiones, altera no sólo la calidad de vida del individuo que la padece y su familia, sino que le cuesta al deprimido sistema de salud montos económicos desmedidos.

Conclusiones

Las estrategias educacionales cobran vital interés al momento de cambiar en las personas el paradigma actual de los sistemas de salud donde la única salida es la curación, es decir cambiar el pensamiento del modelo biomédico centrado en invertir toda clase de recursos en la curación de la enfermedad, a pensar en un modelo que permita evitar la enfermedad y promover la salud. Dichas herramientas didácticas, no son más que estrategias emitidas desde la creatividad de la enfermera que logran impregnar la mente de las personas, cambiar los paradigmas actuales y empoderar al individuo para hacerlo responsable de su calidad de vida.

ESTRATEGIAS PEDAGÓGICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PROGRAMA DE RIESGO CARDIOVASCULAR

El uso de la estrategia pedagógica “visita domiciliaria” en el proceso de promoción y prevención de la salud es una herramienta de gran utilidad que ayuda a bajar tasas de recaída en pacientes, y que fortalece las herramientas del grupo educativo (enfermera/paciente) para un mejor autocuidado, esto se debe a que el personal de salud adapta los cuidados de acuerdo a las posibilidades del entorno de cada persona, regula sus actividades y guía sobre la individualidad de cada persona.

El uso de TICS en el ámbito clínico como herramientas de educación para la promoción y prevención del incremento del riesgo cardiovascular en los pacientes de los programas de riesgo cardiovascular son una opción de gran utilidad que puede proporcionar a los pacientes un conocimiento cabal de su enfermedad e inducirlos a tener una mejor calidad de vida, disminuyendo la mortalidad y morbilidad por las patologías asociadas a incremento del riesgo de padecer eventos cardiovasculares mayores.

Introducción

La enfermedad cardiovascular es en la actualidad la causa principal de muerte en el mundo, la patología cardiovascular está íntimamente relacionada con diferentes factores de riesgo que tienen un papel de gran importancia en su etiología y patogenia, tales como el tabaquismo, la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia.

Los factores de riesgo cardiovascular tienen un gran impacto en el inicio de la enfermedad cardiovascular, por éste motivo se ha tratado de introducir la educación al paciente en el marco de los programas de riesgo cardiovascular en las diferentes entidades de salud.

A través de éste trabajo de revisión ha quedado en evidencia que la educación a pacientes, bajo diferentes modalidades, es una estrategia de gran importancia en el mundo en la atención integral de los pacientes, y ha demostrado beneficio en diversas entidades como factores de riesgo cardiovascular y enfermedad coronaria.

En aras de la prevención de las enfermedades cardiovasculares y la promoción de la salud en la población afectada por los factores de riesgo cardiovascular, es necesaria la implementación de herramientas educativas en éstos pacientes.

A través de éste estudio de revisión hemos identificado las estrategias pedagógicas empleadas por el personal de salud en la adherencia al programa de riesgo cardiovascular, describiendo cada una de ellas, caracterizando al personal de salud en la aplicación de las mismas en el marco de los programas de riesgo cardiovascular y describiendo la importancia en la adherencia del programa de riesgo cardiovascular desarrollado por el personal de salud.

La influencia que tiene la inclusión de la educación a pacientes dentro del manejo de estas enfermedades es significativa, y... por tanto esta debe ser un elemento central de los programas de manejo de la enfermedad cardiovascular y sus factores de riesgo. (Molina, Valencia-Uribe, & Agudelo-Rojas, 2017)

Capítulo Uno - Planteamiento Del Problema

Descripción del Problema

Es fundamental la educación por parte del personal de salud a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus debido a que son enfermedades que van en aumento en Colombia y el mundo, en la guía de práctica clínica para el manejo de la hipertensión arterial en Colombia 2017 a nivel global, la hipertensión arterial (HTA) fue en 2015 la primera causa de años de vida perdidos por discapacidad, además en las instituciones prestadoras de salud el programa de riesgo cardiovascular cuenta con una ruta estructurada para la atención de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus.

Se quiere relacionar que dentro de la experiencia laboral que se tienen como profesionales de salud en las diferentes Instituciones prestadoras de salud está el direccionamiento de los pacientes con dichas patologías al programa de riesgo cardiovascular, para cumplir con éste objetivo se capacita a todo el personal de salud que tiene contacto con los pacientes de riesgo cardiovascular a que realice la remisión del paciente al programa en mención, es decir los médicos de otros programas que entren en contacto en su consulta con pacientes diabéticos o hipertensos que no estén en el programa de riesgo cardiovascular tienen el deber ético de derivar a éstos pacientes al programa de riesgo cardiovascular, esto se realiza a través de un formato especial institucional para referencia a programas, con éste documento el paciente se dirige a la central de enfermería donde la auxiliar de enfermería a cargo del programa de riesgo cardiovascular le asigna cita al paciente con alguno de los médicos generales que han sido capacitados para la atención de los pacientes con riesgo cardiovascular; la cantidad de médicos generales que atienden éste programa dependerá del número de pacientes inscritos al programa, es decir de la población objeto de intervención.

La finalidad del programa de riesgo cardiovascular es mantener a la población con diabetes mellitus e hipertensión arterial controlada de sus patologías crónicas, esto teniendo en cuenta que éstas son enfermedades que se controlan pero que aún no tienen cura y dentro del manejo farmacológico es importante la adherencia de los pacientes al tratamiento, es decir, que usen los medicamentos de acuerdo a la indicación de su médico tratante. El éxito en el control de un paciente diabético e hipertenso se basa en que el paciente acate las recomendaciones médicas, por lo tanto, es de gran importancia que los pacientes sean adherentes a las recomendaciones médicas entregadas por el personal de salud del programa de riesgo cardiovascular en las instituciones prestadoras de salud y evaluar las estrategias pedagógicas del personal de salud que está en contacto con la población objeto de estudio.

El programa de riesgo cardiovascular busca disminuir la morbimortalidad de la población con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes mellitus, y de ésta forma evitar las complicaciones propias de dichas enfermedades y disminuir las hospitalizaciones que se dan por éstas complicaciones, la finalidad es mantener a la población en mención controlada de su patología crónica a través de controles médicos periódicos y la educación de los pacientes.

Es muy importante la implementación por parte de las entidades de salud del país la inducción a los pacientes de la cultura del autocuidado en la que ellos cuenten con una red de apoyo social.

Para (Poblete et al., 2018); El apoyo social corresponde a una de las funciones críticas de las relaciones sociales y se ha asociado a beneficios en salud en distintos niveles. Su constructo se compone de cuatro dimensiones un apoyo instrumental (que implica provisión de ayuda tangible y servicios), apoyo informativo (provisión de información, consejo o sugerencias útiles para resolver problemas), apoyo valorativo (entrega de información a otro que es útil para autoevaluación) y apoyo emocional, que implica expresión de empatía, amor, confianza y

preocupación. Además, el apoyo social puede ser provisto por una institución o persona, y cuando es percibido como tal por quien lo recibe tiene mayor relación favorable con efectos en salud. (Pág.1135).

Formulación del Problema

¿Cuáles son las estrategias pedagógicas empleadas por el personal del salud en la adherencia al programa de riesgo cardiovascular?

Justificación

La importancia de resolver el interrogante de este proyecto de grado radica en el hecho de identificar las estrategias pedagógicas empleadas por el personal de salud, en los programas de riesgo cardiovascular, que muestren una mayor adherencia a los manejos farmacológicos y no farmacológicos que puedan mantener estas enfermedades crónicas controladas evitando complicaciones a corto, mediano y largo plazo que podrían llegar a ser letales con consecuencias como: coma diabético, pie diabético, enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal, retinopatía hipertensiva y diabética etcétera; Los diferentes aspectos relacionados con los factores de riesgo cardiovascular han sido tratados ampliamente por diversos autores. Sin embargo, la mayor parte de estos estudios conciernen a la población general y se centran fundamentalmente en aquel sector de dicha población del que ya se conocía previamente la existencia de un riesgo cardiovascular más elevado, siendo pocos los estudios dirigidos a aquel colectivo que no tiene conocimiento previo de sus factores de riesgo o de su nivel de riesgo cardiovascular, y que nosotros consideramos un sector poblacional fundamental donde aplicar la prevención primaria. En el ámbito laboral en el que se desarrolla este trabajo es frecuente, dentro de las actividades de Promoción de la Salud desarrolladas por las instituciones Básicas Sanitarias

de los Servicios de Prevención, encontrar diversos estudios enfocados a la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares, con actuaciones periódicas de vigilancia de la salud sobre usuarios con factores de riesgo cardiovascular o antecedentes de patología ya diagnosticada, y cuya valoración se enfoca hacia la protección del usuario y hacia la prevención de riesgos tomando como base la compatibilidad para la realización de sus actividades.

Es por esto que los profesionales de la salud deben brindar a sus pacientes en el programa de riesgo cardiovascular estrategias didácticas pues estos intervienen de manera directa en el cuidado del individuo y de la sociedad de manera integral, por lo cual es importante no solo el enfoque hacia la parte clínica si no también hacia el comportamiento de las personas y las acciones que se consideran factores de riesgo para la salud, en este caso las practicas inadecuadas en los pacientes con riesgo cardiovascular.

Es por esto que el proceso enseñanza/aprendizaje de debe desarrollar mediante habilidades y destrezas significativas por parte del profesional de salud con el fin de construir un conocimiento en los pacientes con riesgo cardiovascular que hagan prevenibles y/o controlable enfermedades como la hipertensión arterial (HTA) y la Diabetes mellitus.

Objetivos

Objetivo general.

Identificar las estrategias pedagógicas empleadas por el personal de salud en la adherencia al programa de riesgo cardiovascular.

Objetivo específicos.

- Describir las estrategias pedagógicas empleadas por el personal de salud en la adherencia al programa de riesgo cardiovascular.

- Caracterizar al personal de salud en la aplicación de las estrategias pedagógicas en el programa de riesgo cardiovascular.
- Describir la importancia en la adherencia del programa de riesgo cardiovascular desarrollado por el personal de salud.

Viabilidad

Teniendo en cuenta la naturaleza de la presente investigación, la viabilidad de la misma se encaminó a determinar la disponibilidad de recursos humanos, materiales, de tiempo y de información, descritos a continuación:

Humanos: se hizo viable desde el punto de vista de los investigadores puesto que desde su formación profesional se cuenta con las herramientas de conocimiento en cuanto al tema además de la disposición para realizar la investigación.

Materiales: Se hizo viable dado que la materia prima para la mayoría del desarrollo de la investigación son herramientas electrónicas y acceso a internet teniéndose fácil acceso.

Tiempo: Es viable desde el punto de vista del tiempo que los investigadores invertirán en el desarrollo de la búsqueda bibliográfica y la realización del documento y desde el punto de vista del tiempo total que tomará concluir la investigación, teniéndose presupuestado terminarlo al finalizar el semestre académico.

Información: Con el actual acceso casi que ilimitado a las fuentes de información electrónicas tales como bases de datos, revistas y libros electrónicos, artículos científicos, etc., la viabilidad se facilita.

Delimitaciones

Dentro de esta investigación se tuvo en cuenta los escenarios que son las instituciones prestadoras de salud y su abordaje teórico de material bibliográfico, el cual pretende identificar las estrategias utilizadas por el personal de salud en el programa de riesgo cardiovascular de forma permanente.

Limitaciones

Una de las limitantes en esta investigación fue la ausencia de información específica de la Temática seleccionada ya que se realizara una revisión bibliográfica el cual permita identificar las estrategias utilizadas por el personal de salud en el programa de riesgo cardiovascular.

Capítulo Dos – Marco Teórico

Marco Conceptual

Estrategia pedagógica: Según el diccionario de la Real Academia Española (2013), "estrategia" hace referencia al arte de coordinar acciones y de maniobrar para alcanzar un objetivo o un proceso. Es habilidad, talento, destreza, disposición, creatividad, inspiración, disciplina, técnica para hacer algo. (Universidad de Camagüey. Dirección de Información Científico-Técnica. & Cuba. Ministerio de Educación Superior., 2016)

Son un conjunto de acciones de superación profesional que involucran a docentes y estudiantes de posgrado a través de las cuales se organiza, ejecuta y controla de forma sistémica el proceso enseñanza aprendizaje. (Clara sep-dic, Bruno Ruiz Nápoles, & Aguilera Lozada, 2014)

Para el presente estudio cada vez que se hizo referencia a estrategia pedagógica vamos a tomar como definición dada por la Real Academia Española .

Riesgo cardiovascular: La arteriosclerosis es una enfermedad sistémica, progresiva y silente que se asocia a condiciones y hábitos de vida potencialmente modificables que se conocen como factores de riesgo vascular (FRV). Se han identificado seis principales FRV: tabaquismo, obesidad, diabetes, sedentarismo, aumento de la presión arterial y lípidos plasmáticos. (Salgado Ordóñez, F. Sanz Cánovas, J. Pacheco Yepes, R., 2017)

La enfermedad cardiovascular afecta al corazón y a los vasos sanguíneos, y son la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular las formas clínicas más prevalentes de este problema de salud pública. En la enfermedad cardiovascular, la aterosclerosis es el mecanismo fisiopatológico, mientras que los factores de riesgo cardiovascular contribuyen en forma decisiva en la aparición de esta alteración^{1,2}. El riesgo cardiovascular es la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular en un periodo de tiempo determinado (generalmente de 5 a 10 años). (Areiza, Osorio, Ceballos, & Amariles, 2018)

El riesgo cardiovascular es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una de estas enfermedades dentro de un determinado plazo de tiempo y esto va a depender fundamentalmente de la cantidad de factores de riesgo que estén presentes en el individuo. En el año 1990 se propuso la primera escala de evaluación del riesgo cardiovascular la cual predice el riesgo individual de presentar un evento coronario en 10 años, derivado de la enfermedad aterosclerótica. En la actualidad existen diferentes escalas de medición de riesgo cardiovascular como la Framingham y la Score Procam. (Álvarez-Ceballos et al., 2017)

En lo que se refiere al presente estudio cada vez que se hizo referencia a riesgo cardiovascular tener en cuenta la siguiente definición “enfermedad cardiovascular que afecta al corazón y vasossanguíneos, donde se involucran varios factores de riesgo modificables y no modificables.

Personal de salud: Personal sanitario son «todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad promover la salud»¹.

Un proveedor de atención primaria (PCP, en inglés) es la persona que lo atenderá primero cuando acuda a hacerse chequeos y examinarse por problemas de salud. Un PCP puede ayudarlo con su salud en general... El término "general" frecuentemente hace referencia a los médicos (MD) y a los médicos osteópatas (DO) quienes se especializan en medicina interna, medicina familiar o pediatría. Los ginecólogos/obstetras son médicos especializados en obstetricia y ginecología, que incluye atención médica, bienestar de la mujer y cuidados prenatales. Muchas mujeres tienen a un ginecobstetra como su médico de atención primaria.

¹ Informe sobre la salud en el mundo 2006), (OMS, personal sanitario, recuperado de https://www.who.int/topics/health_workforce/es/).

Los profesionales en enfermería (NP) corresponden al personal de enfermería con formación universitaria. Ejercen como proveedores de atención primaria en medicina familiar (FNP), en pediatría (PNP), atención del adulto mayor o geriatría (GNP). Otros están capacitados para atender la salud de la mujer (preocupaciones comunes y exámenes de rutina) y la planificación familiar. Este tipo de profesionales pueden recetar medicamentos. Los asistentes médicos profesionales (PA) son personas que pueden brindar una amplia gama de servicios en colaboración con un médico (MD) o con un osteópata (DO).²

Para el presente estudio cada vez que hizo referencia al concepto de personal de salud se va a tomar la definición dada por la Organización Mundial de la Salud.

Marco Referencial

Dentro del análisis que se está desarrollando en este proyecto con respecto a las estrategias pedagógicas del personal de salud en el riesgo cardiovascular, se realizó una descripción de diferentes artículos relacionados con el tema, situados en los ámbitos internacional, nacional y local, entre los artículos del ámbito internacional encontramos uno que se denomina “Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina; Su objetivo fue evaluar la prevalencia, el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en la Argentina. Concluye que la prevalencia de hipertensión arterial en la Argentina es del 36,3%, en coincidencia con los reportes de la Organización Mundial de la Salud para la región. El 38,8% de los participantes desconocían su

² (Tipos de profesionales de la salud, Medline plus, recuperado de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001933.htm>).

enfermedad. La mitad de los hipertensos recibían tratamiento farmacológico y solo la cuarta parte estaban controlados. Tres de cada cuatro pacientes tratados recibían monoterapia. El control de la presión arterial se relacionó con mejor adherencia al tratamiento. (DELUCCHI, MAJUL, VICARIO, CEREZO, & FÁBREGUES, 2017).

Seguidamente se hace alusión a otro artículo del ámbito internacional que se denomina “Factores de riesgo cardiovascular y actividad física” su objetivo era determinar la relación de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares y su relación con el estilo de vida y la presencia de los factores de riesgo. Concluye que Es fundamental luchar contra los factores de riesgo tanto en prevención primaria como en prevención secundaria. Es importante tanto en el caso de enfermedades cardiovasculares como pulmonares u oncológicas. El ejercicio físico es uno de los pilares de esta lucha, ya que actúa sobre varios factores de forma significativa. Para todo ello, sin embargo, el ejercicio debe cumplir determinados criterios de volumen e intensidad concretados en la actualidad gracias a numerosos estudios clínicos. Programar ejercicio físico requiere estos conocimientos y una valoración estricta y objetiva (prueba de esfuerzo), así como lo recomiendan expertos internacionales; Recomendar ejercicio adaptado constituye un apasionante reto para los especialistas, médicos, rehabilitadores y monitores de actividades físicas adaptadas. Este tratamiento mediante ejercicio debe ser completado por un tratamiento pluridisciplinar con el objetivo de controlar lo mejor posible el conjunto de los factores de riesgo. (Lamotte, 2016).

De la anterior revisión de artículos (Argentina y Bélgica) se permite definir la preocupación por incentivar conductas preventivas contra la aparición de la enfermedad cardiovascular con medidas pedagógicas específicas como lo son la motivación al ejercicio, o la enseñanza de las características propias de una enfermedad como la hipertensión a los pacientes, es palpable y determinante. Esa importancia dada a la prevención como parte de la pedagogía del personal de

salud, hace parte de los objetivos planteados en los dos estudios y de una u otra forma modifica las variables que se describen en las conclusiones.

A nivel nacional se encontró un artículo "Estimación del riesgo cardiovascular en Colombia: ¿Qué tan cerca estamos?" cuyo objetivo es describir que la practica medica en cuanto más se dirija a la prevención de la enfermedad y al conocimiento de la población a tratar contara con las herramientas precisas para evaluar el riesgo futuro de las poblaciones en la cuales está enfocando su esfuerzo, y concluye haciendo énfasis en que la prevención es fundamental en la práctica médica actual y futura. Herramientas como las funciones descritas e idealmente un estudio de la población colombiana a largo plazo, son invaluable para la prevención de la enfermedad cardiovascular en nuestros países en vía de desarrollo.(Murillo, 2014).

De igual manera se analizó un artículo denominado "variables cardiovasculares en trabajadores de la construcción en Santander (Colombia). Perfil comparativo años 2011 y 2012" en donde el objetivo fue conocer y comparar las características clínicas y paraclínicas cardiovasculares de estos trabajadores en 2 mediciones en el tiempo. Y se concluye que Se observó un incremento anual en varios factores de riesgo cardiovascular en los trabajadores de la construcción en Colombia. Se requiere una intervención a nivel de prevención primaria focalizada en capacitaciones periódicas y de calidad en estos trabajadores, con el fin de mitigar el riesgo cardiovascular y la presencia de enfermedades subsecuentes.(Rodríguez-Amaya, 2015).

De la anterior construcción epistemológica se puede inferir que el énfasis dado en el tema de la prevención, así como en el conocimiento de las características sociodemográficas de una población por parte del personal de salud en cuanto a las características de las enfermedades cardiovasculares. Se puede deducir que la pedagogía por parte del personal de salud es pilar fundamental en el proceso de identificación por parte de pacientes y/o trabajadores de la construcción de sus factores de riesgo intrínsecos como grupo poblacional.

Analizando artículos locales se encontró “Factores de Riesgo Cardiovascular en una población urbana e Colombia” cuyo objetivo fue Evaluar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en una población urbana entre 25 y 50 años del municipio de Santa Rosa de Osos, Antioquia 2009. Determinar el Porcentaje de Riesgo Atribuible Poblacional para infarto agudo al miocardio de los factores de riesgo coronario. Como conclusión se encontró una prevalencia alta de los factores de riesgo cardiovascular lo que puede llevar a un incremento de las enfermedades cardiovasculares a mediano y largo plazo. (Patiño Villada, Arango Vélez, Quintero Velásquez, & Arenas Sosa, 2011).

En el ámbito local se denomina “conocimiento y factor de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios” cuyo objetivo fue valorar el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios atendidos en un programa de prevención cardiovascular de un hospital de primer nivel de atención, y explorar su relación con el riesgo cardiovascular y las variables sociodemográficas, y concluye que solo un 43% de los pacientes tiene un conocimiento adecuado sobre riesgo cardiovascular. Dicho conocimiento se relaciona con mayor nivel educativo y práctica de actividad física regular. La asociación entre conocimiento y riesgo cardiovascular bajo no fue estadísticamente significativa. (Areiza et al., 2018).

Finalmente, el análisis de los artículos locales permite concluir que las acciones con respecto a la pedagogía de la prevención de las enfermedades cardiovasculares es una conducta que se impone en todos los espacios y en todas las entidades encargadas de la atención en salud. Vemos como desde el nivel primario (primer nivel de atención), se comienzan a forjar las conductas educativas y de identificación de los factores de riesgo de la enfermedad cardiovascular prestando especial atención a la modulación de hábitos alimentarios y de actividad física.

Marco Legal

Prevención de riesgo cardiovascular basado en últimas guías del colegio americano de cardiología y la asociación americana de cardiología: ACC19 – Nuevas Guías de Prevención Primaria ACC/AHA 2019 que se pueden descargar de los sitios de la sociedad interamericana de cardiología, sociedad española de cardiología, la sociedad europea de cardiología cuenta con la Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica en la que igualmente evalúan en riesgo de enfermedad cardiovascular a 10 años con las diferentes escalas que existen, Colombia cuenta con guías en la página del ministerio de salud para la atención y prevención de síndrome coronario agudo, dislipidemia, sobrepeso y obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus, sin embargo en la página del ministerio de salud no hay una guía para prevención de riesgo cardiovascular, a través del buscador google se encuentra una guía de prevención de riesgo cardiovascular del año 2009 que a la fecha está desactualizada.

En Colombia se hace uso de las guías del ministerio de salud para la atención de los pacientes, estas guías las realizan un grupo de expertos en dichas patologías tanto nacionales como internacionales, que a su vez están atentos a los acuerdos de organizaciones internacionales como son el colegio americano de cardiología y la asociación americana de cardiología. Por lo cual se considera pertinente trabajar con las guías actualizadas de dichas organizaciones.

En la Figura 1, se puede observar las directrices ACC/AHA sobre la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares:

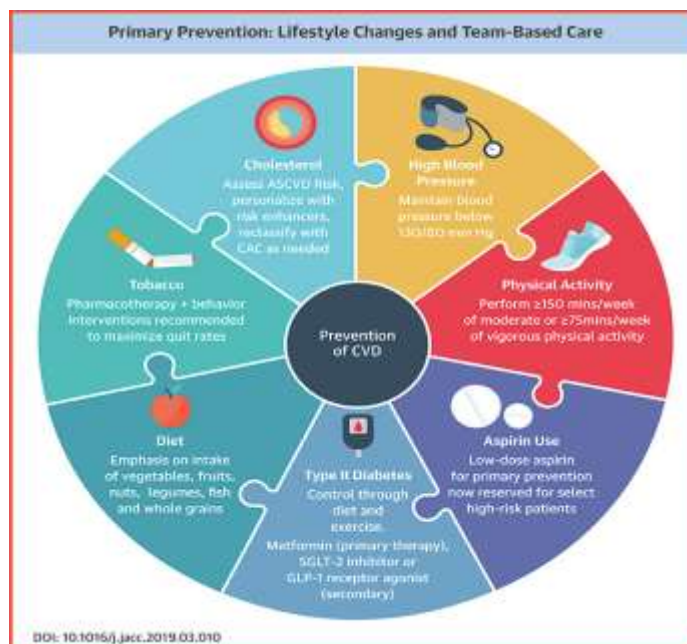


Figura 1. 2019 Directrices ACC / AHA sobre la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares.

El Dr. Juan Humphrey en la página de la sociedad interamericana de cardiología con el título: ACC19 – Nuevas Guías de Prevención Primaria ACC/AHA 2019, realiza un resumen de los puntos más importantes de la guía en menciona partir del cual extrajimos la siguiente información. Las estrategias de prevención para retardar el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica cardiovascular (EASCV) deben realizarse a nivel poblacional e individual y la forma más importante de prevenir el desarrollo de la EASCV es estimular un estilo de vida saludable toda la vida.

Establecer el riesgo de EASCV.

Fijar el riesgo de EASCV es la piedra fundamental de la prevención primaria. Para personas entre 20 y 39 años es razonable registrar los factores de riesgo tradicionales (tabaco,

lípidos, historia familiar de EASCV prematura, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 [T2DM], enfermedades inflamatorias crónicas).

Para adultos entre 40 y 75 años de edad se recomienda registrar los factores de riesgo tradicionales y calcular el riesgo a 10 años de EASCV utilizando la Ecuación derivada de la Fusión de Cohortes (PCE: Pooled Cohort Equation) (La ASCVD Risk Estimator Plus puede bajarse a cualquier Smartphone sin cargo para realizar la determinación del nivel del riesgo). No se descarta el empleo de otras tablas de riesgo.

En aquellos adultos cuyo nivel de riesgo es “borderline” (5% a <7,5 %) o intermedio ($\geq 7.5\%$ a 20%) esta estimación pueda personalizarse incorporando a la evaluación un grupo de incrementadores de riesgo que permitirían perfeccionarla. Entre estos se encuentran: la historia familiar de EASCV prematura, el colesterol de baja densidad (C-LDL) persistentemente elevado ≥ 160 mg/dL, las nefropatías crónicas, el síndrome metabólico, la pre-eclampsia, la menopausia precoz y las enfermedades inflamatorias (artritis reumatoidea, psoriasis, virus de inmunodeficiencia humana - VIH). Igualmente están incluidos en este grupo la presencia de triglicéridos persistentemente elevados (≥ 175 mg/dL), proteína c reactiva (PCR-hs) $\geq 2,0$ mg/L, lipoproteína A (Lp(a)) > 50 mg/dL o > 125 nmol/L, apolipoproteína B (apoB) ≥ 130 mg/dL, índice tobillo-brazo (ABI) $< 0,9$. Las distintas etnias también tienen una impronta al estimar el riesgo utilizando la PCE: puede subestimarse el riesgo de los surasiáticos y sobrestimarse en asiáticos orientales. En el caso de la raza negra hay una PCE diferenciada; pero no así para los hispánicos en América, para los cuales puede utilizarse la PCE para blancos no hispánicos, salvo que tengan antepasados negros, en cuyo caso se recomienda utilizar la PCE para raza negra.

Nutrición y dieta.

Se recomienda una dieta “tipo Mediterránea” que prioriza la ingesta de vegetales, frutas,

legumbres, nueces, granos enteros (no procesados), fibra vegetal, proteínas magras vegetales o animales (de preferencia pescado). Si puntualiza que hay componentes dietéticos que incrementan el riesgo cardiovascular como el azúcar, los edulcorantes de bajas calorías, las dietas con alto contenido de hidratos de carbono, como así también las de bajo contenido de carbohidratos, los granos refinados, las grasas trans, las grasas saturadas, el sodio, las carnes rojas y las carnes rojas procesadas. Se comenta que la fácil disponibilidad de comidas de alto contenido calórico, junto con el sedentarismo impuesto por muchas de las actividades laborales ha conducido a una epidemia de obesidad con la consecuente mayor incidencia de hipertensión y T2DM.

Ejercicio y actividad física: Los adultos debieran acumular por lo menos 150 minutos de actividad física de moderada intensidad por semana o 75 minutos semanales de actividad física vigorosa.

Sobrepeso y obesidad: Se recomienda determinar el índice de masa corporal [IMC] anualmente o con mayor frecuencia en caso de sobrepeso u obesidad. También es razonable medir el perímetro de la cintura para identificar quienes pueden estar en mayor riesgo cardiometabólico.

Los adultos obesos (índice de masa corporal - IMC ≥ 30 kg/m²) o con sobrepeso (IMC 25-29.9 kg/m²) tienen un riesgo incrementado de EASCV, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular. Se recomienda asistencia y restricción calórica para lograr y mantener un peso normal. Se aconseja que participen en programas de modificación del estilo de vida que los asistan en realizar una dieta hipocalórica en forma sostenida y mantener niveles altos de actividad física. Una reducción ponderal clínicamente significativa ($\geq 5\%$ del peso inicial) se asocia a mejorías en la presión arterial, C-LDL, triglicéridos y glucemia, además de retardar el desarrollo

de T2DM. Además de dieta y ejercicio, en pacientes seleccionados, algunas terapias farmacológicas y la cirugía bariátrica pueden ser consideradas.

Diabetes: Se considera que la T2DM está presente cuando la hemoglobina A1c es >6.5%. Este trastorno metabólico caracterizado por resistencia a la insulina que conduce a la hiperglucemia aumenta el riesgo de padecer EASCV. Para los adultos con T2DM, los cambios de estilo de vida como practicar una dieta saludable y lograr las recomendaciones de ejercicio son cruciales. Si se requiere medicación, la metformina es el tratamiento de primera línea, seguido por un inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 - SGLT2 (glifosinas: Canagliflozina, dapagliflozina y empagliflozina) o bien un agonista del GLP-1 (miméticos de incretina: exanatida y liraglutida).

Tabaco: El panel sigue identificando el uso del tabaco como la causa primordial de enfermedad prevenible, incapacidad y muerte en los EEUU. El fumar o mascar tabaco aumenta el riesgo de mortalidad de cualquier causa y por EASCV. También el fumador pasivo tiene mayor riesgo de EASCV y de stroke, y alrededor de un tercio de las muertes por enfermedad coronaria son atribuibles a fumar o estar expuesto a humo de cigarrillo de terceros. Aún muy bajos niveles de tabaquismo están asociados a incrementos de riesgo significativo. Los llamados cigarrillos electrónicos (e-cigarettes) que emiten un aerosol de partículas finas y ultrafinas con o sin contenido de nicotina y otros gases tóxicos pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y pulmonares. También se han reportado arritmias e hipertensión. Se recomienda interrogar sobre la utilización de tabaco en cada visita de todo paciente. En aquellos que consumen tabaco se les debe aconsejar que lo suspendan y deben recibir asistencia. Puede ser de ayuda la derivación a especialistas para modificar conductas y para recibir distintas medicaciones (variedades de reemplazo de nicotina, o vareniclina, o bupriopión).

Aspirina: La aspirina en bajas dosis puede ser considerada en prevención primaria de EASCV en grupos seleccionados de adultos entre 40 y 70 años de edad que estén en mayor riesgo de EASCV y que no tengan riesgo incrementado de sangrado. En aquellas personas mayores de 70 años no está indicada su utilización. En aquellas personas de cualquier edad que tengan mayor riesgo de sangrado no debe emplearse.

Lípidos: La prevención primaria de la EASCV requiere determinar los factores de riesgo lipídicos comenzando en la infancia. Los menores de 19 años con hipercolesterolemia familiar tienen indicación de recibir una estatina. En aquellos jóvenes entre 20 a 39 años debe priorizarse estimar su riesgo a largo plazo y promover un estilo de vida saludable.

Estatinas: Los adultos entre las edades de 20 a 75 años que presentan C-LDL ≥ 190 mg/dL no requieren una estimación de riesgo y se debe prescribir directamente estatinas de alta intensidad.

Quienes presentan T2DM y edad entre 40 a 75 años deben recibir estatinas en dosis moderadas y se les debe realizar una estimación de riesgo para considerar utilizar estatinas en alta intensidad. En el diabético se consideran incrementadores de riesgo la presencia de: >10 años de T2DM o >20 años de T1DM, ≥ 30 mcg de albuminuria por mg de creatinina, tasa de fracción glomerular estimada <60 mL/min/1.73 m², retinopatía, neuropatía, índice brazo-tobillo <0.9 . En quienes presenten múltiples factores de riesgo de EASCV se recomienda estatinas en alta intensidad con el objetivo de reducir el C-LDL por $\geq 50\%$

En las personas de 40 a 75 años y C-LDL ≥ 70 mg/dL y <190 mg/dL sin diabetes deberá estimarse el riesgo. Riesgo “borderline” (5% a $< 7,5$ %): discutir riesgo, evaluar si hay incrementadores de riesgo para indicar estatinas de intensidad moderada. Riesgo intermedio ($\geq 7.5\%$ a 20%): discutir riesgo para utilizar estatinas de intensidad moderada o aumentar a estatinas de alta intensidad si hay incrementadores de riesgo. Si aún persisten dudas

sobre el nivel de riesgo estratificar con determinación de un escore de calcio coronario (CAC). Si CAC=0 evitar estatinas y repetir evaluación en 5 a 10 años, salvo que haya diabetes, historia familiar de enfermedad coronaria prematura o tabaquismo. Si CAC =1-100 es razonable iniciar estatinas de intensidad moderada para mayores de 55 años y si CAC=>100 comenzar con estatinas a cualquier edad. Riesgo alto ($\geq 20\%$) discutir riesgo para iniciar estatinas en alta intensidad para reducir C-LDL en $\geq 50\%$.

Tanto las estatinas en moderada y en alta intensidad reducen el riesgo de EASCV. La respuesta a las dosis indicadas y su tolerancia deberán evaluarse dentro de las 6 a 8 semanas. Si la reducción de C-LDL es adecuada ($\geq 30\%$ de reducción con intensidad moderada o $\geq 50\%$ con alta intensidad de estatinas) se continuará monitoreando regularmente, de lo contrario deberá incrementarse la dosis.

Hipertensión: A todos los adultos con presión arterial elevada o hipertensión se recomiendan intervenciones no farmacológicas que generalmente incluyen bajar de peso, realizar una dieta saludable, restricción de sodio, dieta rica en potasio, ejercicio aeróbico y limitar la ingesta de bebidas alcohólicas, Para aquellos que requieran tratamiento farmacológico, se recomienda en general una meta de presión arterial <130/80 mm Hg.

También cabe destacar que incorpora una modalidad más conceptual y habilita la aplicación de criterios clínicos bien definidos. Establece la posibilidad de mejorar el enfoque mediante un equipo multidisciplinario. Resalta la necesidad del protagonismo del paciente y rescata que debe haber respeto por el medio ambiente real en que vive.

A continuación, la postura de las guías del ministerio de salud de Colombia con relación a la evaluación del riesgo cardiovascular. En la Figura 2, se puede observar la evaluación del riesgo cardiovascular.

Figura II. Evaluación del riesgo cardiovascular

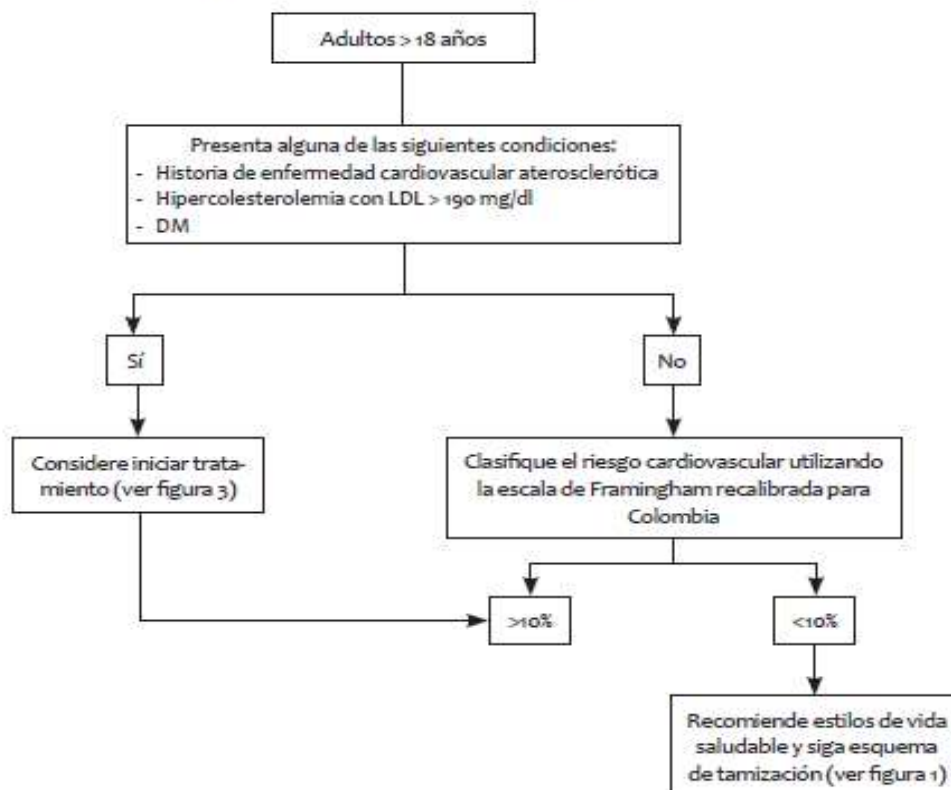


Figura 2. Evaluación De Riesgo Cardiovascular. Guía N° 27 2014.

Marco Disciplinar

A continuación, se relacionan los elementos utilizados para dar respuesta al enfoque que lleva la intervención en el referente disciplinar por Nola Pender y el modelo andragógico de Malcolm Knowles.

Las siguientes líneas fueron tomadas del libro las teóricas y fundamentos de enfermería 2015 (Ferrandis, 2012). Según la teoría de Nola Pender hace referencia al modelo de promoción de la salud: Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son

modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro.

Metaparadigmas según Nola Pender

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.

Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. Hasta aquí lo tomado del libro las teóricas y fundamentos de enfermería 2015de enfermería,

Sea válido precisar que la anterior información hace alusión a los diferentes factores con los que las personas deben lidiar ante la adherencia de las estrategias de cuidado, como cada parte de su entorno juega un papel fundamental en el desarrollo del cuidado de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones. En la figura 3, se puede observar el Meta paradigma de enfermería según de Nola Pender:



Figura 3. Metaparadigma de enfermería según de Nola Pender.

Modelo andragógico: Elementos disciplinares educativos

Las siguientes líneas fueron tomadas del artículo: La Andragogía como disciplina propulsora de conocimiento en la educación superior. (Paula Alonso Chacón, 2012).

En cuanto a los postulados que rigen la Andragogía se mencionan los siguientes:

- El auto concepto del adulto: el adulto es una persona auto dirigida.
- La acumulación de experiencias previas: estas experiencias se convierten en un recurso importante en el entorno educativo.

- La disposición del aprendizaje por parte del adulto: este se motiva a aprender si puede relacionar lo aprendido con sus funciones sociales.
- La aplicación del conocimiento: el adulto desea su aplicación inmediata mediante la resolución de problemas por su parte, los siete elementos son:
- Establecer un ambiente adecuado: se debe propiciar un ambiente cálido, de diálogo y de respeto mutuo en el cual los participantes interactúen sin temor.
- Planeamiento de la lección: el facilitador de la sesión debe planificar, concienzudamente, el tema y la metodología por usarse y explicar cuál es el propósito de cada uno de los procedimientos (técnicas) para llegar al descubrimiento del nuevo conocimiento.
- Diagnóstico de las necesidades de estudio: se debe construir un modelo basado en competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) que intervienen en el proceso educativo del aprendiente, con el fin de ayudarlo.
- Establecer objetivos: consiste en transformar las necesidades detectadas en el elemento anterior, para convertirlas en objetivos significativos y medibles.
- Elaborar un plan de estudios: es elaborar un programa que contenga objetivos, recursos y estrategias para alcanzar los objetivos.
- Realizar actividades de estudio: investigación individual, debates, conferencias, diálogos, entrevistas, panel, lecturas, juego de roles, análisis de casos, asesorías, etc.
- Evaluar los resultados del estudio: se deben desarrollar instrumentos eficientes para evaluar los resultados del proceso andragógico. Hasta aquí lo tomado del artículo La Andragogía como disciplina propulsora de conocimiento en la educación superior.

Sea permitido precisar que la anterior información hace referencia a las diferentes formas de aprendizaje y medios estratégicos utilizados por el personal de salud que ayuden a la adherencia de los cuidados en pacientes con riesgo cardiovascular.

Marco Institucional

Reseña historia.

La siguiente es tomada de la página oficial de la corporación universitaria adventista su reseña histórica. (*Reseña Historia Corporacion Universitaria Adventista*, n.d.)

En el año de 1937 inició labores en Medellín el “Colegio Industrial Coloveno”, con el fin de atender las necesidades educativas de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. La tarea educativa comprendía todos los niveles de educación y buscaba preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. Al comenzar el año de 1950 se adoptó el nombre “Instituto Colombo–Venezolano” y continuó trabajando en los niveles de educación primaria, secundaria y terciaria. El decreto 80 de 1980 (enero 22) emanado de la presidencia de la República define el sistema de Educación Superior y tal definición obligó al “Instituto Colombo–Venezolano” a revisar sus estatutos. El 18 de julio de 1981 se creó la Corporación Universitaria Adventista con el objetivo de impartir la educación post-secundaria en la modalidad universitaria. La UNAC recibió la personería Jurídica No. 8529 el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

En el proceso de su desarrollo académico ha organizado cinco facultades desde las cuales se ofrecen los programas de pregrado: Facultad de Educación, Facultad de Teología, Facultad de Salud, Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Facultad de Ingenierías; y una División

de Investigaciones y posgrados que es la encargada de liderar los programas de posgrado que ofrece la Institución.

La UNAC ha trabajado con miras a formar profesionales muy competitivos y de altas calidades morales y espirituales, por ello dentro de su quehacer cotidiano participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional. Se destaca la Acreditación otorgada por la Agencia Acreditadora Adventista (AAA), que ha certificado la calidad de la educación impartida en la UNAC. De igual manera se está participando en los procesos de calidad de la Educación Superior que promueve el Ministerio de Educación Nacional; el Registro Calificado para cada uno de sus programas, se constituye en la etapa previa antes de ingresar a los procesos de Acreditación de Alta Calidad tanto para los programas como para la institución en sí.

Misión.

La Corporación Universitaria Adventista – UNAC declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Visión.

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, será una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad

Marco Teórico

Para ejercer el autocuidado de manera eficaz, todo paciente con hipertensión arterial debe conocer los factores que se relacionan a un mejor control de la presión arterial, ya sean de origen farmacológico o cambios en el estilo de vida, en esta sesión se hace una presentación epistémica sobre el desarrollo de los conceptos abordados en las dimensiones de cuidado y en el paciente de hipertensión.

La hipertensión arterial (HTA) es un importante factor de riesgo cardiovascular y su prevalencia aumenta con la edad, dado el aumento de la expectativa de vida de nuestra población esta condición constituye una prioridad a nivel de salud pública. Tanto para el tratamiento como para la prevención de la HTA son importantes las medidas no farmacológicas como cambios en el estilo de vida y especialmente la alimentación. Además de la restricción de sodio, existen otras medias dietéticas que han demostrado estar asociadas con un mejor control de la HTA. A continuación se expondrán los diversos factores de riesgo y protectores de la salud cardiovascular.

Factores protectores y de riesgos de la salud cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial:

Dieta: Los hábitos alimentarios influyen directamente en la morbimortalidad cardiovascular, el cambio en las cantidades de alimentos ingeridos y la composición de la dieta, sumada a la baja frecuencia de la actividad física, provocó alteraciones significativas en el peso corporal y en la distribución de la obesidad, aumentando su prevalencia en la población.

Es un importante factor de riesgo de enfermedades crónicas como las cardiovasculares, el cáncer o la diabetes. Las recomendaciones, tanto poblacionales como individuales, son: lograr un equilibrio calórico y un peso saludables; reducir la ingesta calórica procedente de las grasas, cambiar las grasas saturadas por las insaturadas y eliminar los ácidos grasos trans; aumentar el

consumo de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos; reducir la ingesta de azúcares libres; reducir el consumo de sal (sodio), cualquiera que sea su fuente, y garantizar que la sal consumida esté yodada; Otras recomendaciones como la mejora de los hábitos dietéticos es un problema de toda la sociedad, y no solo de cada uno de los individuos que la componen. Por consiguiente, requiere un enfoque poblacional, multisectorial, multidisciplinar y adaptado a las circunstancias culturales.

Actividad física: Los mecanismos por los cuales tiene un efecto protector son por reducir la presión arterial, la frecuencia cardíaca y los triglicéridos, aumentar el cHDL⁴², la sensibilidad a la insulina y favorecer la fibrinólisis. Por tanto, se recomienda ejercicio moderado, no agotador, durante el tiempo libre con sesiones de 20-30 minutos a días alternos, o bien caminar una hora diaria.

La actividad física disminuye la presión cardíaca por cuenta de varios factores que incluyen: la disminución de la actividad simpática disminuyendo la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco. Así mismo disminuye la resistencia arterial periférica, mejorando la vasodilatación. De la misma forma la formación de la placa ateromatosa se retarda como consecuencia de la actividad física. También el ejercicio disminuye la acción de algunos sistemas marcadores de la inflamación.

Descanso: El sueño se ha considerado un factor protector para las personas hipertensas ya que durante el sueño se ha observado un alto pico en la secreción de hormonas del crecimiento, Prolactina, Luteinizante y Testosterona, así como disminución de TSH y Cortisol. También se observa una disminución de la temperatura corporal y cerebral, disminuye la frecuencia respiratoria con ligero aumento de la presión de Bióxido de Carbono (CO₂), perdiéndose la sensibilidad del centro respiratorio al mismo en la etapa de SMOR, la frecuencia cardíaca y la

presión sanguínea disminuyen en la fase de sueño lento, pero se vuelven regulares durante la fase de SMOR.

El ser humano tiene la necesidad fisiológica de dormir durante toda la vida, pues es imprescindible recuperar la energía perdida en la realización de las actividades diarias, para poder mantener la salud. En el periodo de sueño se produce una alteración del estado de conciencia del que se puede despertar el sujeto en cualquier momento y que tiene lugar de forma periódica. Cuando dormimos no somos conscientes del mundo que nos rodea, pero durante este periodo de tiempo ocurren gran cantidad de cosas que son esenciales para mantenernos saludables, las funciones vitales permanecen, aunque más atenuadas, pues los requerimientos energéticos en reposo disminuyen.

Tratamiento farmacológico: Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal.

Según la Organización Mundial de la Salud el uso adecuado de medicamentos requiere que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un periodo adecuado, y al menor costo para él y su comunidad.

Autocuidado: En este sentido, el autocuidado puede definirse como las competencias del psicoterapeuta para promover su salud, su bienestar emocional y su calidad de vida, y para detectar, enfrentar y resolver las condiciones particulares de desgaste.

Desde la disciplina de enfermería y según la teórica Dorothea Orem "El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar".

Conocimiento de la enfermedad: La educación continua y personalizada debe hacerse desde el primer contacto con el paciente y corre a cargo del grupo tratante, y de la enfermera del grupo de insuficiencia cardiaca, quien constituye una pieza clave en el logro de los objetivos educativos. La educación al paciente incluye la enfermedad, sus causas, signos y síntomas, cómo reconocerlos y cómo identificar las descompensaciones; los tratamientos instaurados, el propósito esperado y los posibles efectos colaterales, así como el autocuidado en las medidas higiénico-dietéticas (peso diario, ejercicio, restricción de la ingesta de sal y de líquidos). Se dispondrá de material didáctico sencillo y claro, en el que se tratarán todos los aspectos descritos. Este proceso educativo se realizará durante la hospitalización, previo a la salida hospitalaria y durante el control ambulatorio.

Vida sexual: La actividad sexual es parte muy importante de la vida de las personas y su continuidad tiene un efecto positivo en la salud mental y calidad de vida. La disminución de la actividad sexual es común en los pacientes con enfermedades cardiovasculares y está interrelacionada a la ansiedad y depresión. Por otra parte, la prevalencia cada vez más frecuente de la cardiopatía isquémica en personas de menor edad pone en evidencia la importancia de informar al paciente y su pareja sobre el desempeño sexual tras un evento coronario, informarles sobre los riesgos y resolver todas las preguntas que nos pueden plantear.

Educación : La educación en la promoción de hábitos de vida saludables es una actividad básica que debe ser impulsada por los sistemas sanitarios de todo el mundo, contando para ello con el apoyo de las administraciones educativas., además la promoción de la salud tiene como herramienta fundamental la Educación para la Salud. Para que resulte efectiva y eficiente, debe regirse por los principios de trabajo multidisciplinar, multisectorial, participativo, vivenciado y coordinado, siendo necesario para ello el trabajo de igual a igual entre los profesionales de los distintos sectores.

La Educación para la Salud tiene como objetivo enseñar a las personas para que puedan tomar las decisiones correctas por sí solas respecto a su salud, en cualquier momento y lugar; es decir, busca la capacitación y formación de tomar consciencia del autocuidado y esto mejora la adherencia a los tratamientos médicos incluidos los de riesgo cardiovascular.

Capítulo Tres – Diseño Marco Metodológico

Tipo Investigación

El presente estudio es una revisión, el cual tenía por objeto obtener información detallada sobre las estrategias pedagógicas empleadas por el personal de salud en el programa de riesgo cardiovascular, estableciendo para ello una descripción minuciosa, selectiva y crítica sobre la perspectiva general o particular con respecto a los diferentes aspectos que se relacionan con dichas estrategias.

Criterios de selección.

Para la obtención de los artículos y las investigaciones se realizó una búsqueda indexadas, tales como scielo, EBSCO, clínica Key, Google académico, Revista colombiana de Cardiología, Medline, lilacs de manera específica para la selección de los artículos se utilizaron criterios de inclusión y exclusión a saber tiempo, palabras claves, resúmenes, que sean contextualizados y se realizó una construcción de los decs estrategias educativas - riesgo cardiovascular, estrategias pedagógicas - riesgo cardiovascular, estrategias pedagógicas – salud y estrategias educativas salud.

Instrumentos para la Recolección de Información

Para la recolección de la información se elaboró una matriz de análisis que permitió la caracterización de cada uno de los artículos seleccionados, esta matriz contaba con título, resumen, introducción, métodos, resultado, discusión y financiación.

Estrategia de Análisis de Datos

Se aplicaron las siguientes escalas Prisma, Strobe, Coreq y Jadad, a continuación se explicara cada una de ellas en qué contexto fue empleada, prisma son para artículos de revisión documental, Strobe para artículos descriptivos ejemplos de cohortes, casos y controles, y transversales, Coreq para artículos cualitativos y Jadad para estudios experimentales, a partir de la matriz RAI se empieza hacer la construcción y análisis profundo de cada uno de los artículos hecho este ejercicio, se generó la gran matriz de análisis de los documentos seleccionados, en cada uno de estos artículos se tuvo en cuenta diferentes categorías, estrategias educativas tales como visita domiciliaria, videos educativos, actividad educativa, uso TICS ya actividad física.

Cronograma de la Investigación

El cronograma de actividades de esta investigación se presenta a continuación en forma detallada en la figura 3:

ACTIVIDADES / TAREAS		AÑO 2019															
		MESES/SEMANAS															
		FEBRE RO				MARZO				ABRIL				MAYO			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
BUSQUEDA DE DATOS	Bases Datos																
	Referencias Bibliograficas																
Asesoria Virtual	Verificacion Proyecto																
Primer Avance	Elaboracion Pregunta																
	Consertacion Objetivos																
	Elaboracion Planteamiento																
	Elaboracion Justificacion																
Segundo Avance	Elaboracion Marco Teorico																
	Correcciones Capitulo I																
	Clasificacion Tipo Estudio																
	Estrategias de Analisis																
	Cronograma																
Tercer Avance	Presupuesto																
	Inicio Escalas de Selección																
	Analisis Escalas de selección																
	Tabulacion de datos																
Cuarto Avance	Resultado y analisis de la informacion.																
	Entrega de discusion																
	Entrega resultado y conclusiones																

Figura 4. Cronograma de Actividades

Presupuesto de la Investigación

Dado el diseño de la presente investigación consideramos que no se presentan erogaciones presupuestales significativas que ameriten la elaboración de un plan de gastos y presupuestos.

Capítulo Cuatro- Análisis de la Información

En este capítulo se propone el análisis de cada uno de los artículos seleccionados para la revisión, de cada uno de esos artículos se tiene en cuenta los elementos esenciales a saber en su objetivo y metodología que se corresponden al hacer del propio artículo y conclusiones de manera especial se hará una triangulación indicándose a si la relación de cada uno de los artículos, los cuales está inmerso dentro de una estrategia educativa empleada por el personal de salud, para la adherencia al programa riesgo cardiovascular.

Como se muestra en la Tabla 1, la triangulación en forma detallada de las actividades educativas que utilizan el personal de salud en el programa de riesgo cardiovascular:

Tabla 1. Triangulación de las actividades educativas que utilizan el personal de salud en el programa de riesgo cardiovascular

ESTRATEGIA EDUCATIVA	TÍTULO	OBJETIVO	METODOLOGÍA	CONCLUSIÓN	TRIANGULACIÓN
Actividad Educativa	Características de la formación médica en promoción de salud en Cuba y Latinoamérica	Caracterizar la formación de médicos en el campo de la Promoción de Salud en Cuba y América Latina a partir de los pronunciamientos, políticas de gobierno y planes de estudio de las escuelas de medicina.	Estudio descriptivo y transversal. Con la revisión bibliográfica y documental se exploraron los pronunciamientos regionales sobre la formación del médico en Promoción de Salud y los contenidos de los planes de estudio de la carrera de medicina de algunas universidades de la región y de Cuba.	El proceso de formación del médico en Promoción de Salud constituye una prioridad en la región, lo cual está plasmado en los pronunciamientos y políticas. Dicho proceso está indisolublemente ligado al logro de un mejor desempeño profesional de los equipos de salud en el contexto de la Atención Primaria de Salud y se incluye la Promoción de Salud en los planes de estudio de las universidades latinoamericanas.	Las actividades educativas juegan un papel importante en la adherencia al tratamiento y cuidados de los pacientes de riesgo cardiovascular, se puede decir acertadamente que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son dos pilares fundamentales de la salud pública que apuntan a disminuir la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Sin embargo pese a los recursos que se invierten en dicho aspecto, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad etc., siguen en aumento, incrementando las estadísticas de morbilidad y mortalidad asociadas a las mismas. Es por eso que los Países establecen políticas públicas de obligatorio cumplimiento por parte de las Instituciones prestadoras de salud sobre la misma. Desde esta premisa es adecuado deducir que el papel de la enfermera en el proceso de educación en salud tiene un papel fundamental dado que,
	Estrategia para la formación de competencias informacionales en los profesores de la Universidad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus	Proponer una estrategia para la formación de competencias informacionales de los profesores de las Ciencias Médicas.	: se realizó una investigación con diseño transeccional descriptivo, que tiene como sustento psicológico el enfoque histórico cultural y dentro de los métodos utilizados el criterio de experto para validar la propuesta de la estrategia, se trabajó con una población constituida por 33 profesores del rectorado de la Universidad de Ciencias Médicas durante el período del 2010 al 2012.	la estrategia propuesta puede ofrecer soluciones a los problemas detectados y corroborados en previo diagnóstico, está acorde con las exigencias para contribuir a la formación de competencias informacionales y con los requerimientos metodológicos para estructurar la actividad práctica a través de lo semipresencial y lo virtual; se demuestra su aplicabilidad y potencialidades para perfeccionar los modos de actualización con relación a la información científica y la adquisición de destrezas,	

				habilidades y conocimientos para la docencia, la asistencia y la investigación.	como lo sugieren algunos estudios citados en la presente investigación, es el profesional de la salud que más contacto tiene con el paciente, desde su nacimiento hasta el momento final de la vida. En este punto también es importante señalar que el rol de la enfermera es aquel que implica el desarrollo de todas sus funciones, a saber, la asistencial, la de gestión, la de docencia y la de investigación, como lo menciona el Código Internacional de Enfermería (2006). Además la estrategia pedagógica de actividades educativas a los pacientes de riesgo cardiovascular puede ofrecer soluciones a los problemas detectados y corroborados en previo diagnóstico, está acorde con las exigencias para contribuir a la formación de competencias informacionales y con los requerimientos metodológicos para estructurar la actividad práctica a través de lo semipresencial y lo virtual a los profesionales de salud, que actualmente ejecutan estas actividades en las instituciones prestadoras de salud,
	CONOCIMIENTOS DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II ASISTIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA (HSJD). PARA GENERAR UN PLAN DE INTERVENCION EDUCATIVO EN ENFERMERÍA	Determinar los estilos de vida de los pacientes que presentan Diabetes Mellitus tipo II.	Estudio descriptivo, cuantitativo de corte transversal, con la aplicación del instrumento IMEVID, tabular los datos y con base en esto se proponer un plan educativo como derrotero de acción de enfermería.	Basado en el conocimiento de los estilos de vida de los pacientes se con Diabetes Mellitus tipo II Se generó un plan de intervenciones de enfermería con el que se pretende vincular al paciente por medio de la educación de estilos de vida. Desde el concepto amplio de educación en salud, se puede inferir que un prerrequisito para mantener la salud, prevenir la enfermedad y rehabilitarse de manera adecuada es poder tener la posibilidad del acceso a la información y a la educación con el fin de poseer los conocimientos necesarios y las oportunidades que puedan llevar a los individuos a buscar opciones de salud y a ejercer un mayor control sobre la misma. Desde esta premisa es adecuado deducir que el papel de la enfermera en el proceso de educación en salud tiene un papel fundamental dado que, como lo sugieren algunos estudios citados en la presente investigación, es el profesional de la salud que más contacto tiene con el paciente, desde su	

				<p>nacimiento hasta el momento final de la vida. En este punto también es importante señalar que el rol de la enfermera es aquel que implica el desarrollo de todas sus funciones, a saber, la asistencial, la de gestión la de docencia y la de investigación, como lo menciona el Código Internacional de Enfermería (2006). Por eso, para desempeñar el rol educativo, la enfermera debe articularlo en el ámbito de Educación para la salud de tal manera que pueda dar respuesta a las necesidades de salud de cada individuo. Sin embargo, ese rol educador, si bien es cierto que se va desarrollando a través de la experiencia laboral, como lo menciona Patricia Banner en su teoría “De principiante a Experta” (Benner, 2003), también es cierto que desde la academia, es decir desde los programa de pregrado y pos grado la enfermera debe apropiarse de dicho rol puesto que desde su formación tiene la posibilidad de ayudar en la modificación de hábitos y factores que puedan predisponer a la a la enfermedad del individuo, familias y comunidades, dado que tiene numerosas oportunidades de brindar educación más allá de las</p>	
--	--	--	--	--	--

				labores asistenciales a través de la comunicación efectiva, aspecto fundamental en la interacción con el otro. Es importante anotar que ese cuidado brindado por la enfermera a partir del rol educador, debe enmarcarse en la integralidad del usuario, es decir, debe tener la intencionalidad de cumplir el objetivo pese a la condición intrínseca o extrínseca del paciente. Por eso Madeline Leininger autora de la teoría “Diversidad y universalidad en el cuidado transcultural” señala que la enfermera debe descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del paciente con el fin de brindarle cuidado coherente con su cultura y creencias.	
	Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios	Valorar el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios atendidos en un programa de prevención cardiovascular de un hospital de primer nivel de atención, y explorar su relación con el riesgo cardiovascular y las variables sociodemográficas.	Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en el que se evaluó el conocimiento del riesgo cardiovascular en pacientes con factores de riesgo o enfermedad cardiovascular, con diagnóstico de hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes mellitus, a través de un cuestionario validado de diez preguntas.	Solo un 43% de los pacientes tiene un conocimiento adecuado sobre riesgo cardiovascular. Dicho conocimiento se relaciona con mayor nivel educativo y práctica de actividad física regular. La asociación entre conocimiento y riesgo cardiovascular bajo no fue estadísticamente significativa.	

	Comparación de las intervenciones de educación sanitaria y de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a una farmacia comunitaria (Estudio FISFTES-PM)	Comparar las intervenciones farmacéuticas de educación sanitaria (ES) y seguimiento farmacoterapéutico (SFT) en pacientes con factores de riesgo cardiovascular (FRCV).	Estudio experimental aleatorizado.	El GSFT (seguimiento farmacoterapéutico) mostró en general porcentajes de reducción mayores para todos los parámetros estudiados excepto para la presión arterial diastólica, que disminuyó un 4,7% ($p < 0,001$) más en el GES, ya que partía de valores basales superiores.	
	Factores de riesgo cardiovascular, conocimientos y actitudes acerca de la alimentación	Conocer la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, evaluar la asociación entre presentar factores de riesgo cardiovascular y el nivel de conocimientos acerca de alimentos y, finalmente, medir la asociación entre presentar factores de riesgo cardiovascular y seguimiento dietético.	Estudio transversal de prevalencia, realizado en un área de salud semirural.	El bajo seguimiento dietético que se ha constatado para algunos factores de riesgo no está ligado a conocimientos deficientes, sino a un problema de actitud ante la dieta.	
	Efectividad del Decálogo de prevención cardiovascular en diabéticos	Evaluar la efectividad en conocimiento, percepción de control y mejora del riesgo cardiovascular (RCV) mediante la entrega de un Decálogo visual.	Ensayo clínico de intervención educativa, no farmacológico, con grupo control paralelo, aleatorizado, evaluado a ciegas, en pacientes diabéticos tipo 2, realizado en Atención Primaria de Salud.	La intervención educativa mejora globalmente el conocimiento, la percepción y el control del RCV. El Decálogo de RCV incrementa rápidamente el conocimiento y disminuye la falsa percepción subjetiva de control del RCV, aunque el beneficio se equipara a los 6 meses si las intervenciones educativas persisten.	

	Grado de conocimiento de la hipertensión en pacientes hipertensos	Evaluar el grado de conocimientos de la hipertensión en pacientes hipertensos.	Estudio multicéntrico descriptivo transversal, realizado en centros de atención primaria y especializada de España. Participaron 980 pacientes hipertensos, mayores de 18 años, con tratamiento farmacológico.	Los conocimientos básicos sobre la hipertensión siguen siendo bajos en estos pacientes. Estos resultados permiten orientar futuras intervenciones. Orientando la educación terapéutica al paciente y mejorar su participación en la enfermedad para controlar mejor su hipertensión.	
	Alfabetización en salud en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio transversal con el cuestionario HLS-EU-Q47	Determinar el grado de alfabetización en salud de pacientes diabéticos de Ourense, de 50 a 75 años de edad, y su relación con la concentración de hemoglobina glicada y el riesgo cardiovascular.	Estudio transversal mediante cuestionario auto cumplimentado.	El grado de alfabetización en salud de la población analizada fue insuficiente y su incremento podría suponer mejores resultados clínicos en el tratamiento de los pacientes diabéticos.	
	Intervención educativa sobre parámetros cardiovasculares en mujeres peri menopáusicas con un factor de riesgo cardiovascular. Ensayo clínico aleatorizado	Evaluar si una intervención educativa en mujeres en edad peri menopáusica con hipertensión, diabetes mellitus y/o dislipidemia podría conseguir cambios significativos en la reducción de parámetros bioquímicos y hemodinámicos de riesgo.	Ensayo clínico aleatorizado realizado en 2 centros de salud urbanos de España.	Una intervención educativa puede ser un método eficaz para reducir los parámetros asociados a un aumento de probabilidad de sufrir una enfermedad cardiovascular en mujeres en edad peri menopáusica con hipertensión, diabetes mellitus y/o dislipidemia.	
	Pérdida de peso y diabetes	MOVE! es un programa que promueve cambios en el estilo de vida auspiciado por la Veterans Health Administration («Administración de la Salud de los Veteranos») en los Estados Unidos. En este estudio se analizó si	Para ello se realizó un análisis retrospectivo observacional de los pacientes con sobrepeso u obesidad y un trastorno relacionado con el peso incluido en la base de datos de la Administración de la Salud de los Veteranos, con un seguimiento	La participación en el programa MOVE! se asoció con una reducción tanto del peso como de la incidencia de diabetes. Desafortunadamente, la participación en el programa fue muy baja.	

		la participación en este programa se asociaba con una reducción en la incidencia de diabetes.	mínimo de 3 años entre 2005 y 2012.		
Estrategias basadas en tecnologías de la información y la comunicación para la reducción de factores de riesgo cardiovascular en personas laboralmente activas	Evaluar la efectividad de una prueba piloto de ocho semanas al usar tres estrategias basadas en las tecnologías de la información y comunicaciones y una estrategia de contenido educativo impreso para la reducción de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con alto riesgo de desarrollar síndrome metabólico	Se empleó un diseño prospectivo pre-test-post-test de cuatro grupos para evaluar la efectividad de la prueba piloto. Treinta y dos participantes fueron asignados aleatoriamente a cuatro grupos de igual número: registró clínico electrónico personal, red social virtual, página web y contenido educativo impreso. El mismo material educativo fue entregado a todos los participantes por medio de la estrategia correspondiente. Al inicio y al final de la prueba piloto se tomaron las siguientes medidas: peso corporal, perímetro abdominal, presión arterial, triglicéridos, HDL-C y HbA1C, así como nivel de sedentarismo	: Pese a las limitaciones de tiempo y tamaño de muestra del piloto, se lograron reducciones significativas en peso corporal y no significativas en perímetro abdominal, colesterol HDL y HbA1C en tres de las cuatro intervenciones. A partir de los resultados se rediseñó un estudio final, a doce meses, con 240 pacientes con síndrome metabólico		
Beneficios de una intervención educativa en la dieta y en el perfil antropométrico de mujeres con un factor de riesgo cardiovascular	Evaluar si una intervención educativa en mujeres peri menopáusica con hipertensión, diabetes mellitus y/o dislipidemia sería capaz de mejorar la adherencia a un patrón de dieta mediterráneo y	Ensayo clínico aleatorizado de grupos paralelos: 320 mujeres (45-60 años) de 2 servicios de atención primaria urbanos. Variables a estudio: perímetro abdominal y de cadera, índice de masa	Una sencilla intervención educativa en mujeres peri menopáusica con riesgo cardiovascular puede mejorar sus hábitos saludables.		

		conseguir cambios en parámetros antropométricos.	corporal (IMC), grasa corporal total, visceral y de tronco (medidas con bioimpedancia) y adherencia a dieta mediterránea (cuestionario MEDAS-14). Grupo intervención: 3 talleres interactivos sobre prevención de enfermedad cardiovascular, y grupo control: información por correo.		
Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado	Valorar el efecto de un entrenamiento en habilidades de comunicación para enfermeras a partir de la percepción del paciente que recibe su cuidado.	Estudio cuasiexperimental, con la implementación de un entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras. Se siguió la estrategia del aprendizaje estructurado, para modelar y practicar habilidades sociales dirigidas al fomento de las condiciones facilitadoras de la relación terapéutica: empatía y respeto. La percepción de los pacientes se midió con el formulario Comportamiento de las Enfermeras en cuanto a su forma de Comunicación Observadas por los Pacientes (CECOP). Se aplicó este instrumento a 2 grupos de pacientes adultos de una institución pública de tercer nivel: el primero correspondió a pacientes atendidos por las	La diferencia observada en 2 de los 10 comportamientos evaluados por el grupo de pacientes atendido por las enfermeras entrenadas sustenta la formación de enfermeras en el área de comunicación interpersonal.		

			<p>enfermeras sin entrenamiento; el segundo a pacientes atendidos por las mismas enfermeras cuando ya recibieron el entrenamiento. También se midió la satisfacción y la discapacidad social de los pacientes en cuanto a la comunicación, por medio de una escala análoga. Se aplicaron las pruebas de U de Mann Whitney y la prueba exacta de Fisher.</p>		
	<p>Evaluación y seguimiento de pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2 mediante control metabólico individualizado y variables antropométricas</p>	<p>Evaluar el perfil metabólico y antropométrico, por metas individualizadas, en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.</p>	<p>estudio observacional prospectivo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asistieron a consulta especializada e ingresaron desde junio 2015 hasta julio 2016 a un seguimiento durante seis meses, categorizados según guías clínicas: 1. Adulto saludable, 2. Adulto complejo y adulto mayor saludable, 3. Adulto mayor complejo y 4. Adulto mayor muy complejo. Durante los controles recibieron educación y se registraron: peso, índice de masa corporal, perímetro abdominal, porcentaje de grasa, glucemia, hemoglobina A glicosilada, colesterol, LDL, HDL y triglicéridos. Se compararon metas</p>	<p>El seguimiento y la educación permanente a cada paciente y familia permiten valorar la mejoría de metas metabólicas y variables antropométricas, facilitan el fortalecimiento de la relación médico-paciente y permiten evaluar el impacto de las intervenciones.</p>	

			individualizadas entre categorías.		
VARIABLES cardiovasculares en trabajadores de la construcción en Santander (Colombia). Perfil comparativo años 2011 y 2012	El objetivo de este estudio fue conocer y comparar las características clínicas y paraclínicas cardiovasculares de estos trabajadores en 2 mediciones en el tiempo	Se realizó un estudio y análisis retrospectivo utilizando los registros médicos de 291 trabajadores de la construcción. Los datos recogidos incluyeron, variables sociodemográficas, trabajo, detalles clínicos y paraclínicos relacionados con el estado cardiovascular para los años 2011 y 2012.	En los trabajadores de la construcción en Colombia. Se requiere una intervención a nivel de prevención primaria focalizada en capacitaciones periódicas y de calidad en estos trabajadores, con el fin de mitigar el riesgo cardiovascular y la presencia de enfermedades subsecuentes.		
Concordancia entre los modelos de SCORE y Framingham y las ecuaciones AHA/ACC como evaluadores de riesgo cardiovascular	Diferentes modelos de evaluación de riesgo cardiovascular están actualmente en uso en Colombia. El objetivo de este estudio es analizar la concordancia entre las ecuaciones AHA/ACC 2013, SCORE y Framingham ajustado, así como el impacto de usar una u otra en la cantidad de pacientes clasificados como de alto riesgo y en la cantidad de pacientes que requerirían manejo farmacológico	Se evaluaron 800 pacientes entre 40 y 74 años, de la clínica de prevención primaria del Hospital militar Central en Bogotá (Colombia), libres de eventos cardiovasculares. Se estimaron el riesgo a 10 años de enfermedad arterioesclerótica cardiovascular según las ecuaciones propuestas por las guías AHA/ACC 2013, el riesgo de muerte cardiovascular según la función SCORE de la guía europea y el riesgo coronario según la función de Framingham ajustada, recomendada por la guía colombiana. Se consideró	En la actualidad existe pobre acuerdo entre las diferentes escalas de evaluación del riesgo cardiovascular usadas en Colombia, hecho que conlleva incertidumbre para la toma de decisiones terapéuticas. Los datos de este estudio demuestran la necesidad de validar los modelos de SCORE y AHA/ACC en Colombia y Latinoamérica.		

			como indicación de manejo farmacológico un cálculo de riesgo AHA/ACC o Framingham ajustado > 7,5%. Un riesgo de Framingham > 20% o SCORE > 5% definía el riesgo alto	
Efectos tempranos de un programa integral de prevención cardiovascular guiado por el riesgo de aterosclerosis sobre la edad vascular	evaluar a corto plazo el efecto de un programa integral de prevención cardiovascular guiado por el riesgo de aterosclerosis sobre la edad vascular y factores de riesgo mayores	Estudio de intervención cuasi-experimental que incluyó 190 pacientes con múltiples comorbilidades y dos o más factores de riesgo cardiovascular, entre 2013 y 2015. Los casos analizados (n = 177) presentaban múltiples factores de riesgo o síndrome metabólico, razón por la cual recibieron un programa integral de tratamiento guiado por una estratificación clínica de aterosclerosis. Se hizo un seguimiento durante tres meses y se compararon: presión arterial, perfil lipídico, HbA1c, medidas antropométricas, riesgo cardiovascular global a 10 años ~ y edad vascular, antes y después de la intervención.	El programa integral de prevención cardiovascular implementado a corto plazo, guiado por la estratificación clínica de aterosclerosis y ajuste de riesgo mediante la FASE, en pacientes con múltiples comorbilidades, mostró una reducción en las cifras de presión arterial, colesterol total, colesterol LDL, HbA1c, puntaje de riesgo cardiovascular global a 10 años ~ y edad vascular	
Espesor medio intimal carotideo en niños escolares y su relación con factores de riesgo cardiovascular	Determinar la relación entre los factores de riesgo cardiovascular y el espesor medio intimal carotideo en una población de escolares de la ciudad de Bogotá	Estudio descriptivo de corte transversal, al que fueron invitados todos los estudiantes de dos colegios seleccionados por conveniencia. La muestra correspondió a 94 escolares	En este estudio se encontró una relación entre el espesor medio intimal carotideo y la presión arterial diastólica. No se evidenció relación estadística entre el espesor medio intimal carotideo y la	

			(57 ni más y 37 ni nos) de $13 \pm 1,54$ años. Se tomaron medidas antropométricas, presión arterial y medición ecográfica del espesor medio-intimal carotideo. El análisis de datos se llevó a cabo mediante estadística descriptiva, en tanto que el análisis univariado y bivariado se hizo a través de tablas de distribución de frecuencias y tablas de contingencia para variables cualitativas y medidas descriptivas de tendencia central y de variabilidad para variables cuantitativas.	obesidad o el exceso de grasa corporal. Es importantísimo continuar con este tipo de estudios en la población colombiana con el fin de prevenir, desde etapas tempranas de la vida, la aparición de factores de riesgo cerebro-cardiovascular	
Estimación de los costos directos de los eventos coronarios en Colombia	estimar los costos de atención en salud relacionados con los pacientes que desarrollan eventos coronarios asociados a factores de riesgo (hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia), así como el costo de acuerdo con el tiempo de evolución luego de dicho evento, en el contexto colombiano	se llevó a cabo un estudio retrospectivo descriptivo a través de las bases de datos de suficiencia UPC de dos aseguradoras de salud colombianas, en las cuales se identificaron los pacientes que, durante el año 2014, presentaron algún evento coronario y se confirmaron sus antecedentes médicos (factores de riesgo) en la base del año 2013. Se estableció la tasa de presentación de eventos coronarios en la población y se extrajo el consumo reportado asociado a los procedimientos practicados durante un periodo de un	Un paciente sin diagnóstico temprano de enfermedades o factores de riesgo cardiovascular, al momento de presentar un evento coronario, tiene mayor costo en el manejo terapéutico del evento que aquel diagnosticado previamente y que recibe tratamiento para ello.		

			año. Los costos se organizaron por categorías en diferentes cortes de tiempo desde la presentación del evento.	
Incidencia de eventos cardiovasculares mayores asociada a la suspensión de doble terapia antiagregante en pacientes con enfermedad coronaria e implante de stent	Determinar el riesgo de presentar eventos cardiovasculares mayores en pacientes con síndrome coronario agudo e implante de stent, que suspendieron la doble terapia antiagregante antes de un año de tratamiento.	Estudio analítico de pacientes con síndrome coronario agudo e implante de stent que recibieron doble terapia antiagregante al egreso hospitalario. Se describieron las características sociodemográficas, clínicas y paraclínicas. Se determinó la prevalencia de suspensión de doble terapia antiagregante antes de un año de tratamiento y el riesgo de eventos cardiovasculares mayores mediante un modelo de riesgos proporcionales Cox.	La suspensión antes de los doce meses de la doble terapia antiagregante en pacientes con implante de stent posterior a un síndrome coronario agudo, es frecuente y parece no estar asociada con mayor incidencia de desenlaces cardiovasculares mayores; sin embargo, la causa de la interrupción puede influir en los desenlaces clínicos y debe tenerse en cuenta en la práctica clínica.	
Conocimiento del riesgo de presentar un infarto de miocardio y las barreras para el acceso al estilo de vida saludable	Identificar el conocimiento de los factores de riesgo cardiovasculares y las barreras para su modificación en una población de Medellín, Colombia	Estudio descriptivo de corte transversal, se incluyó a la población que asistió a las jornadas del día mundial del corazón y se registraron variables antropométricas. Adicionalmente se indagó sobre el conocimiento de la principal causa de muerte en Colombia y en el mundo, su intención de realizar cambios en el estilo de vida y las barreras para implementarlo. Se	Existe un pobre reconocimiento de la enfermedad coronaria como causa de muerte, especialmente en las mujeres, la falta de tiempo y los factores económicos son la principal barrera para implementar cambios en los factores de riesgo modificables.	

			realizó análisis bivariado según el sexo		
Prevalencia de cardiopatía isquémica asintomática en pacientes con diabetes mellitus tipo 2	Identificar la prevalencia de cardiopatía isquémica asintomática en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel de atención de Guatemala y analizar la posible asociación de dicha enfermedad con características epidemiológicas, clínicas y metabólicas.	Estudio de corte transversal en el que se estudió una muestra de 92 pacientes diabéticos seleccionados de forma aleatoria simple. Se realizó electrocardiograma, que cuando fue negativo para isquemia ameritó prueba de esfuerzo, o de lo contrario, ecocardiograma de estrés con dobutamina.	La prevalencia de cardiopatía isquémica asintomática en la población estudiada con diabetes mellitus tipo 2 fue de 22,8%. No se encontraron posibles asociaciones de cardiopatía isquémica asintomática con las variables estudiadas.		
Prevención secundaria tras un síndrome coronario agudo. Resultados a medio plazo de un programa de rehabilitación cardiaca	Evaluar los resultados de un programa de rehabilitación cardiaca a medio plazo.	Estudio descriptivo retrospectivo de 121 pacientes que presentaron un síndrome coronario agudo y fueron incluidos en el programa de rehabilitación cardiaca. Se analizaron las características demográficas, antropométricas, analíticas y de capacidad funcional a la inclusión, tras finalizar el programa presencial y a los 12 meses.	Los programas de rehabilitación cardiaca mejoran el control de los factores de riesgo cardiovascular, cambios de estilo de vida y capacidad funcional en los pacientes que han sufrido un síndrome coronario agudo. Es preciso reforzar las estrategias de control para mantener estos beneficios a medio-largo plazo.		

Visita Domiciliaria	LA EDUCACIÓN EN SALUD, UN ELEMENTO CENTRAL DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA	Conocer la educación en salud como parte del rol de enfermería en su quehacer profesional.	Revisión bibliográfica que utilizó las bases de datos Medline con el motor de búsqueda Pubmed y CINAHL/EBSCO, con los descriptores: education or nursing education and nurse's role or professional rol, and Self-Care and effectiveness.	Se evidencia que desde la formación la educación para la salud es desarrollada en un nivel menos importante, lo que constituye una amenaza porque se podría perder una herramienta básica para el cuidado , sobre todo a nivel primario de atención , donde la educación para la salud es fundamental para el cambio de conductas en salud .	La estrategia visita domiciliaria es un herramienta con un aporte muy significativo en la formación tanto del profesional como del paciente, pues esta permite un cambio de paradigma desde lo teórico hacia una complementariedad con lo práctico, y abarca un concepto tan complejo que dan cobertura desde el área biológica de la persona hasta su área social, lo que direcciona el que hacer de médicos y enfermeras en el tema de sensibilización en los servicios de salud y método/ estrategias de educación que seas efectivas en el nivel primario de prevención y promoción de las enfermedades. Esta estrategia sensibiliza el grupo educativo, es decir tanto al personal médico examinador como a la población objeto y ayuda a crear de acuerdo con la realizada social, cultural, económica y políticas condiciones que fomenten las buenas prácticas partiendo de las estrategias didácticas en el desarrollo del proceso de prevención. Tal cual se ve evidenciado en la investigación de (Soto, Masalan, & Barrios, 2018) en la que se expresa la
	Programa de atención y educación terapéutica en el debut de la diabetes tipo 2: un nuevo modelo de abordaje en atención primaria	Evaluar la efectividad del Programa de Atención y educación Terapéutica en el debut de la DM2 (PAET-Debut DM2) de ámbito territorial y consensuado entre centros de Atención Primaria y Hospital de referencia.	Estudio piloto prospectivo en pacientes con edad >18 años diagnosticados de DM2 entre febrero 2012-2013. El PAET-DebutDM2 se planifica e implementa en 4 Centros de Atención Primaria del área de referencia del Hospital Clínic de Barcelona.	El PAET-DebutDM2 estandariza la intervención, la educación y es efectivo en los resultados clínicos, educativos y de satisfacción del paciente. Enfatiza la importancia de la educación y de la intervención desde el debut, y reordena recursos, sin incrementar la presión asistencial en el centro de atención primaria, reduciendo la atención hospitalaria.	

					<p>importancia de este tipo de estrategias que fortalecen la educación en prevención y promoción de la salud y la enfermedad, y considera a la educación como parte fundamental del cambio en conductas de salud, Así mismo vemos que la investigación (Colungo et al., 2018) nos muestra como un seguimiento con visitas guiadas, y estrategias establecidas concluye que la educación y la intervención desde el debut y reordenamiento de los recursos reducen la cantidad de visitas al médico por recaídas y por ende los costos de las mismas.</p>
Videos educativos	<p>Modelo de promoción de salud dirigido a la población con riesgo de cardiopatía isquémica</p>	<p>Diseñar un modelo de promoción de la salud dirigido a la población con factores de riesgo de cardiopatía isquémica.</p>	<p>Se utilizó la triangulación metodológica, los grupos focales y encuestas con expertos, usuarios, líderes formales, informales, sujetos con factores de riesgo de cardiopatía isquémica y familias.</p>	<p>Se demostró la factibilidad y pertinencia del modelo de promoción de salud dirigido a la población con factores de riesgo de cardiopatía isquémica en la atención primaria de salud.</p>	<p>La estrategia pedagógica video educativo, es un instrumento de base y apoyo al momento de enseñar, combina y crea una sinopsis de recursos audiovisuales guardados que tiene por objeto el aprendizaje y el cumplimiento de los objetivos didácticos previamente establecidos, y que combina su uso con las nuevas tendencias y exigencias del medio por medio de las Tics, convirtiéndose en un elemento de constante avance, pero también de constante reflexión, investigación, y</p>
	<p>Desenlaces cardiovasculares adversos mayores en pacientes con síndrome coronario agudo temprano</p>	<p>La enfermedad coronaria se ha convertido en una de las principales causas de muerte en los individuos menores de 55 años en las últimas décadas, hecho que hace necesario ampliar el conocimiento en esta población creciente, su caracterización, factores</p>	<p>Se realizó un estudio de cohorte para evaluar el efecto de los factores de riesgo cardiovasculares, así como las variables clínicas y angiográficas sobre la incidencia de un desenlace adverso cardiovascular mayor, en pacientes con un primer evento coronario agudo antes de los 55 años.</p>	<p>Los pacientes menores de 55 años con síndrome coronario agudo y compromiso de la arteria circunfleja o requerimiento de implante de más de tres <i>stents</i>, tienen mayor número de desenlaces cardiovasculares adversos.</p>	

		de riesgo y desenlaces clínicos en el tiempo.	Se realizó una asociación entre las variables y el tiempo libre a un desenlace cardiovascular mayor adverso.		<p>regulación por parte del educador en salud. Esta estrategia abarca diferentes campo de enseñanza desde una instrucción determinada hasta el desarrollo de toda una materia, que, y aunque continúa siendo dependiente de su uso por parte del educador de salud, se considera un medio que acerca distancias de maneras efectivas.</p> <p>Para dar más sustento a lo anterior, nos podemos remitir a la investigación de () en la que se expresa el cambio en la adherencia de pacientes a los cuales se les aplican este tipo de recursos metodológicos, y el aumento de un cuidado dirigido a adaptarse a la prevención primaria, como norma de vida, de igual forma vemos que la investigación de (Echeverri-Marín, Betancur-Salazar, Saldarriaga-Giraldo, & Valencia-Duarte, 2019) demuestra que la educación estratégica en los pacientes con patologías crónicas cumple una función fundamental en el desarrollo del mejoramiento de su estado de salud.</p>
--	--	---	--	--	---

Uso TICS	Utilización de fármacos antihipertensivos, efectividad e inercia clínica en pacientes	limitar el daño en órganos blanco por medio de medicamentos	Estudio de corte transversal sobre la prescripción de fármacos antihipertensivos, la efectividad del tratamiento y la inercia clínica en pacientes atendidos en 2014.	La proporción de pacientes que no logran las metas de control de tensión arterial y la frecuencia de inercia clínica es menor que en otras series de pacientes.	Las tecnologías de la información y comunicaciones se han convertido en una herramienta de gran importancia para la adquisición de conocimiento en nuestra sociedad post moderna. Esto lo evidenciamos en el creciente número de universidades que han implementado en sus diferentes facultades programas 100% virtuales, como es el caso de la especialización en Docencia de la Corporación Universitaria Adventista (UNAC). Es así como las tecnologías de la información y las comunicaciones se han convertido en una herramienta de gran utilidad en diversos ámbitos de nuestra vida cotidiana y los pacientes en los programas de riesgo cardiovascular en las entidades de salud no son la excepción. De acuerdo a (Madridejos Mora et al., 2014) “como en la mayoría de las experiencias de programas de educación sanitaria, la acogida y satisfacción ha sido muy
	«Salut al cor/salud en el corazón»: resultados del programa de educación sanitaria en salud cardiovascular de Mutua Terrassa	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.	Se ha realizado un ensayo clínico controlado donde la intervención es la participación en el Aula de Formación en Salud Cardiovascular (AFSC).	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.	

	<p>Estrategias basadas en tecnologías de la información y la comunicación para la reducción de factores de riesgo cardiovascular en personas laboralmente activas</p>	<p>Evaluar la efectividad de una prueba piloto de ocho semanas al usar tres estrategias basadas en las tecnologías de la información y comunicaciones y una estrategia de contenido educativo impreso para la reducción de factores de riesgo cardiovascular en pacientes con alto riesgo de desarrollar síndrome metabólico.</p>	<p>Se empleó un diseño prospectivo pre-test-post-test de cuatro grupos para evaluar la efectividad de la prueba piloto. Treinta y dos participantes fueron asignados aleatoriamente a cuatro grupos de igual número: registró clínico electrónico personal, red social virtual, página <i>web</i> y contenido educativo impreso. El mismo material educativo fue entregado a todos los participantes por medio de la estrategia correspondiente. Al inicio y al final de la prueba piloto se tomaron las siguientes medidas: peso corporal, perímetro abdominal, presión arterial, triglicéridos, HDL-C y HbA1C, así como nivel de sedentar</p>	<p>Pese a las limitaciones de tiempo y tamaño de muestra del piloto, se lograron reducciones significativas en peso corporal y no significativas en perímetro abdominal, colesterol HDL y HbA1C en tres de las cuatro intervenciones. A partir de los resultados se rediseñó un estudio final, a doce meses, con 240 pacientes con síndrome metabólico.</p>	<p>elevada y los participantes han obtenido muy buenas calificaciones en los test de aprendizaje de los cursos”. Lo anterior se confirma con el estudio de (Cerón, López, Urbano, Álvarez-Rosero, & Muñoz-Benítez, 2018) “En este estudio piloto se evaluó la efectividad de tres estrategias basadas en TIC para el autocuidado en pacientes en riesgo de desarrollar síndrome metabólico: un aplicativo de Registro clínico electrónico personal, una red social virtual, una página web y una estrategia de contenido educativo impreso. La comparación de las estrategias anteriores se basó en la reducción de cinco factores de riesgo cardiovascular: peso corporal (PC), perímetro abdominal (PA), presión arterial diastólica (PAD) y Sistólica (PAS), cHDL y hemoglobina glucosilada (HbA1C). (Pág. 99).</p>
<p>Actividad Física</p>	<p>Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática</p>	<p>Evaluar la efectividad de las intervenciones educativas.</p>	<p>Revisión sistemática siguiendo las directrices PRISMA.</p>	<p>Se constata que este tipo de programa constituye un recurso adecuado para lograr cambios en los estilos de vida, particularmente en las edades tempranas, de igual manera se destaca que aquellas intervenciones que cuentan con el vínculo familiar son altamente efectivas.</p>	<p>Es de amplio conocimiento en el área de la salud la importancia que desempeña la actividad física regular en el mantenimiento de la salud de la población en general; y en la revisión realizada para el presente estudio se confirma la trascendencia de que los pacientes con riesgo</p>

Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada	Identificar las características más importantes y las recomendaciones actuales en el tratamiento de la hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada.	Se realizó una revisión estructurada en PubMed/Medline de trabajos relacionados con hipertensión en edad avanzada entre los años 2005 y 2015.	Se identificaron las características más importantes del tratamiento de la hipertensión en edad avanzada y se establecieron recomendaciones de utilidad para el tratamiento de estos pacientes.	cardiovascular realicen de forma rutinaria actividad física aeróbica. Es importante implementar en las instituciones de educación básica primaria y secundaria al momento de elaborar el currículo un plan de estudio que incentive en los alumnos la realización de actividad física regular con el objetivo de que, al salir del colegio los educandos hayan adquirido hábitos de salud que mejoren su calidad de vida. Con relación a éste punto encontramos que éste artículo de revisión sistemática informa que (Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Centro de Información., Aguilar Cordero, Mur Villar, & Santana Mur, 2003) “los estudios demuestran que las intervenciones educativas constituyen un recurso adecuado para lograr cambios en los estilos de vida, particularmente en las edades tempranas.” La realización de actividad física aunada a una dieta balanceada se relaciona con una mejor calidad de vida y una disminución de los factores de riesgo cardiovascular, así lo asegura (García Soto, Montoro García, Leal Hernández, &
Valoración del control de los factores de riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas obesas tras el seguimiento de un programa estructurado de educación dietética y ejercicio físico. (Programa SÍSIFO)	Evaluar la influencia de un programa de ejercicio físico específico sobre el riesgo cardiovascular, la calidad de vida y hábitos alimentarios en las mujeres menopáusicas.	Estudio de intervención antes-después sin grupo control, prospectivo, de tres meses de duración. Se incluyen 66 mujeres menopáusicas.	La aplicación de un programa estructurado de ejercicio físico y dieta con seguimiento estrecho mejora los parámetros relacionados con el riesgo cardiovascular de las mujeres estudiadas. También mejora la calidad de vida y los hábitos dietéticos.	
Estudio EPRAS: estudio poblacional del riesgo cardiovascular de una población colombiana	Describir el comportamiento de los factores de riesgo relacionados con la hipertensión arterial, el consumo declarado de medicamentos y el perfil metabólico en una población de pacientes valorados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Departamental Felipe Suárez de Salamina, Caldas, durante octubre a diciembre de 2012.	Se valoraron 400 usuarios hipertensos del régimen subsidiado del Servicio de Medicina Interna (consulta externa) del Hospital Departamental Felipe Suárez, de Salamina, Caldas, durante octubre a diciembre de 2012	La prevención y el control de los factores de riesgo cardiovascular deben convertirse en una prioridad, en una política pública saludable del sistema de salud, que impacte a la totalidad de la población, con el fin de disminuir la prevalencia ascendente de los denominados grandes síndromes del adulto, responsables de las mayores tasas relacionadas con morbilidad y mortalidad en la población general, a través de la promoción de estilos de vida saludables, realización de actividad física regular y detección temprana de factores de riesgo	

					<p>Abellán Alemán, 2016) “La aplicación de un programa estructurado de ejercicio físico y dieta con seguimiento estrecho mejora los parámetros relacionados con el riesgo cardiovascular de las mujeres estudiadas. También mejora la calidad de vida y los hábitos dietéticos.”.</p> <p>Dentro de los aspectos primordiales con relación al riesgo cardiovascular que vale la pena implementar es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad cardiovascular teniendo en cuenta que ésta es la principal causa de mortalidad en la población general en nuestro país de acuerdo a (Alvarado, Molina, Zárate, & Toro, 2014)</p> <p>“En Colombia las mayores tasas de mortalidad en población general están relacionadas con las enfermedades cardiovasculares. Es por ello que la prevención primordial y el control de los factores de riesgo cardiovascular, deben convertirse en una prioridad, en una política pública saludable del sistema de salud, que impacte a la totalidad de la población, con el fin de disminuir la prevalencia ascendente de los denominados grandes</p>
--	--	--	--	--	---

					síndromes del adulto, responsables de las mayores tasas relacionadas con morbilidad en población general, a través de promoción de estilos de vida saludable, realización de actividad física regular y detección temprana de factores de riesgo.” (Pág. 292)
--	--	--	--	--	---

Lo más importante de esta triangulación son las actividades educativas que utilizan el personal de salud en el programa de riesgo cardiovascular, dentro de las que se resaltan estrategias de actividades educativas, videos, uso de las TICS y visitas domiciliarias, una fundamentación epistemológica del rol del educador que está encaminado a desarrollar competencias para ejecutar acciones de promoción de la salud y convocar la participación de los grupos de la comunidad como líderes, adolescentes, gestantes, escolares, adultos mayores, maestros, padres de familia y cuidadores familiares en el fomento de la salud, promover el autocuidado y estilos de vida saludables.

El proceso de formación de los profesionales en salud se debe capacitar para crear ambientes continuos de situaciones de aprendizaje con el fin de reafirmar o lograr cambios de actitud o de conducta de las personas, familias y grupos comunitarios en torno a la salud en cualquier nivel de atención.

Capítulo Cinco - Discusión

A través de este ejercicio se puede evidenciar la importancia de las diversas estrategias educativas como intervención preventiva en los pacientes identificados en los grupos de riesgo cardiovascular descritos en la revisión realizada.

Las tecnologías de la información y comunicaciones se han convertido en una herramienta de gran importancia para la adquisición de conocimiento en nuestra sociedad post moderna. Esto lo evidenciamos en el creciente número de universidades que han implementado en sus diferentes facultades programas 100% virtuales, como es el caso de la especialización en Docencia de la Corporación Universitaria Adventista (UNAC).

Es así como las tecnologías de la información y las comunicaciones se han convertido en una herramienta de gran utilidad en diversos ámbitos de nuestra vida cotidiana y los pacientes en los programas de riesgo cardiovascular en las entidades de salud no son la excepción.

Se pudo determinar a través de las estrategias educativas “uso de TICS” en el caso específico del estudio (Madridejos Mora et al., 2014) que al ofrecer una nueva visión de la prevención del riesgo cardiovascular a la población e implicarla en el cuidado de su salud a través de la información y educación sanitaria, (La intervención constaba de un curso presencial de 20 horas en el que se ofrecía una Web de apoyo y se organizaban actividades complementarias, las clases fueron impartidas por 3 enfermeras de atención primaria.), se incrementa el conocimiento de sus propios valores de tensión arterial e índice de masa corporal y la efectividad para mejorar sus conocimientos sobre salud cardiovascular y contribuir al establecimiento de algunos hábitos de vida saludable.

Revisando el estudio de los autores (Cerón, López, Urbano, Álvarez-Rosero, & Muñoz-Benítez, 2018) “Estrategias basadas en tecnologías de la información y la comunicación para la reducción de factores de riesgo cardiovascular en personas laboralmente activas” en el que se

evaluó la efectividad durante 8 semanas usando 3 estrategias basadas en las tecnologías de la información y las comunicaciones y 1 estrategia de contenido educativo impreso para reducir los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con alto riesgo de desarrollar síndrome metabólico, se evidenció una reducción del peso corporal y el índice de masa corporal en los 4 grupos, así como una disminución de la hemoglobina glicosilada en todos los grupos excepto en un grupo (red social). También se evidenció disminución de la presión arterial diastólica en los grupos web y contenido impreso y en la medida de los triglicéridos en el grupo registro clínico electrónico personal.

El uso de TICS en el ámbito clínico como herramientas de educación para la promoción y prevención del incremento del riesgo cardiovascular en los pacientes de los programas de riesgo cardiovascular, son una opción de gran utilidad que puede proporcionar a los pacientes un conocimiento cabal de su enfermedad e inducirlos a tener una mejor calidad de vida, disminuyendo la mortalidad y morbilidad por las patologías asociadas a incremento del riesgo de padecer eventos cardiovasculares mayores.

A través de éste estudio de revisión se puede realizar con fiabilidad la recomendación de las TICS como herramientas para la educación de los pacientes en los programas de riesgo cardiovascular ya que está confirmado los estudios citados que el uso de éstas estrategias educativas mejoran la calidad de vida de los pacientes que las usan y disminuyen los factores que incrementan el riesgo cardiovascular, disminuyendo así la mortalidad y morbilidad asociadas a las enfermedades que se asocian con eventos cardiovasculares mayores.

Es de amplio conocimiento en el área de la salud la importancia que desempeña la actividad física regular en el mantenimiento de la salud de la población en general; y en la revisión realizada para el presente estudio se confirma la trascendencia de que los pacientes con riesgo cardiovascular realicen de forma rutinaria actividad física aeróbica.

Es importante implementar en las instituciones de educación básica primaria y secundaria al momento de elaborar el currículo un plan de estudio que incentive en los alumnos la realización de actividad física regular, con el objetivo de que, al salir del colegio los educandos hayan adquirido hábitos de salud que mejoren su calidad de vida.

Con relación a la estrategia educativa “actividad física” se estableció a través del estudio de revisión sistemática (Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Centro de Información., Aguilar Cordero, Mur Villar, & Santana Mur, 2003) que las intervenciones educativas constituyen un recurso adecuado para lograr cambios en los estilos de vida, incremento en el consumo de frutas y verduras, menor consumo de bebidas azucaradas y reducción del comportamiento sedentario, particularmente en las edades tempranas. También se pudo concluir que las intervenciones basadas en actividad física y asesoramiento dietético durante 12 semanas resultan efectivas para reducir la obesidad. Las intervenciones educativas mixtas también son efectivas, éstas combinan programas de educación, realización de actividad física, consejos nutricionales y además vinculan a la familia, siendo efectivas en la instauración de hábitos de vida saludables.

Se encontró en el estudio (Osorio-Bedoya & Amariles, 2018) una referencia a el trabajo de Acelajado en el que se plantea cómo en los pacientes de edad avanzada, la adopción de un estilo de vida saludable, que incluye dieta, actividad física y mantenimiento del peso corporal ideal, es la piedra angular de la gestión de la hipertensión, con beneficios que se extienden más allá de la reducción de la presión arterial.

Se demostró en el estudio (García Soto, Montoro García, Leal Hernández, & Abellán Alemán, 2016) que la influencia de un programa de ejercicio físico específico sobre el riesgo cardiovascular, la calidad de vida y hábitos alimentarios en las mujeres menopáusicas produce una disminución en el peso y el índice de masa corporal, apreciándose un descenso de la presión

arterial sistólica, el perfil lipídico, la glucemia basal y la hemoglobina glicosilada, produciéndose una mejoría significativa en la calidad de vida.

Es de vital importancia que los pacientes que están en los programas de riesgo cardiovascular participen de rutinas de actividad física regular con el fin de prevenir las enfermedades cardiovasculares y mejorar su calidad de vida, para ello es fundamental que los programas de riesgo cardiovascular cuenten con programas educativos que le proporcionen la información a éstos pacientes de forma clara en relación a su enfermedad y la importancia del manejo farmacológico y no farmacológico para lograr el control de sus enfermedades de base y disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular aguda.

A través de ésta investigación de revisión se puede recomendar que los programas de riesgo cardiovascular en las entidades de salud instauren programas de educación a sus pacientes que incluyan información sobre la evolución de sus enfermedades para lograr el control de las mismas y se incentive la realización de actividad física regular en sus pacientes y de ésta forma se logre la prevención de los eventos cardiovasculares.

Para tratar de establecer diferencias conceptuales entre concepciones tan amplias es necesario ilustrarnos un poco sobre que es o cual es la esencia de cada uno de ellos, labor que no es sencilla; iniciando sobre el contexto actual ósea el campo asistencial de los profesionales de salud que cumplen un papel fundamental en el individuo, pero también en su familia y en su entorno, ya que ejerce una influencia fundamental en la recuperación de su salud, formando una vertiente que se extiende a la transformación de los cuidados, donde un solo instante permite conocer a una persona vulnerable preocupada no solo por su enfermedad, sino también por su familia y las posibles consecuencias que esta puede traer, abriendo una puerta llamada “momento de verdad” que proporciona al profesional de enfermería realizar un rol donde es protagonista, pues todo el conocimiento adquirido, con su experiencia y experticia podrá llegar a ese individuo para que

prevenga posibles riesgos e introyecte estilos de vida saludable.

Por tal motivo la educación para la salud se levanta como una propuesta orientada a mitigar los actuales problemas de salud pública que enfrenta en sistema de salud mundial puesto que es considerada como un elemento importante en la formación de las personas dado que les permite el desarrollo concienzudo en la toma de decisiones respecto a su propio estado de salud. No obstante, la estrategia de educación para la salud sigue teniendo brechas considerables al tratar de cumplir el objetivo con que fue creada, a saber, la disminución de enfermedades crónicas no transmisibles que, por sus repercusiones, altera no sólo la calidad de vida del individuo que la padece y su familia, sino que le cuesta al deprimido sistema de salud montos económicos desmedidos.

Las actividades educativas juegan un papel importante en la adherencia al tratamiento y cuidados de los pacientes de riesgo cardiovascular, se puede decir acertadamente que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son dos pilares fundamentales de la salud pública que apuntan a disminuir la aparición de enfermedades crónicas no trasmisibles. Sin embargo pese a los recursos que se invierten en dicho aspecto, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, la obesidad etc., siguen en aumento, incrementando las estadísticas de morbilidad y mortalidad asociadas a las mismas. Es por eso que los Países establecen políticas públicas de obligatorio cumplimiento por parte de las Instituciones prestadoras de salud sobre la misma. Desde esta premisa es adecuado deducir que el papel de la enfermera en el proceso de educación en salud tiene un papel fundamental dado que, como lo sugieren algunos estudios citados en la presente investigación, es el profesional de la salud que más contacto tiene con el paciente, desde su nacimiento hasta el momento final de la vida. En este punto también es importante señalar que el rol de la enfermera es aquel que implica el desarrollo de todas sus

funciones, a saber, la asistencial, la de gestión, la de docencia y la de investigación, como lo menciona el Código Internacional de Enfermería (2006).

Además la estrategia pedagógica de actividades educativas a los pacientes de riesgo cardiovascular puede ofrecer soluciones a los problemas detectados y corroborados en previo diagnóstico, está acorde con las exigencias para contribuir a la formación de competencias informacionales y con los requerimientos metodológicos para estructurar la actividad práctica a través de lo semipresencial y lo virtual a los profesionales de salud, que actualmente ejecutan estas actividades en las instituciones prestadoras de salud,

Estos estudios permiten señalar que las estrategias de mayor incidencia en la educación a pacientes en el programa de riesgo cardiovascular son las siguientes, como lo muestra la figura 5:

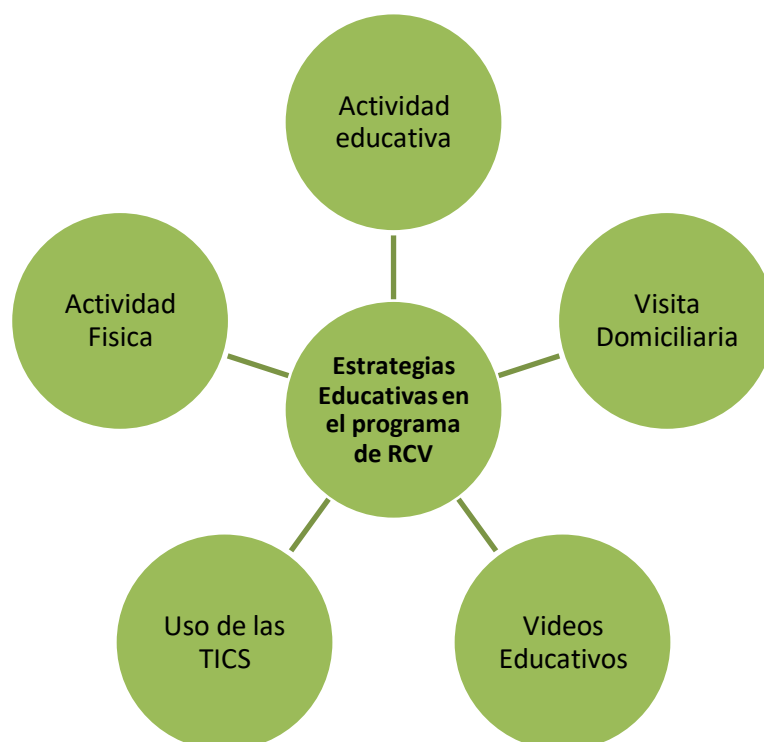


Figura 5. Estrategias educativas de mayor incidencia en riesgo cardiovascular

Por último, se menciona el estudio EPRAS: estudio poblacional del riesgo cardiovascular de una población colombiana (Alvarado, Molina, Zárate, & Toro, 2014) en el que se expone la situación de Colombia en relación al riesgo cardiovascular y señala que las mayores tasas de mortalidad en población general están relacionadas con las enfermedades cardiovasculares, e indica que la prevención primordial y el control de los factores de riesgo cardiovascular, deben ser una prioridad, en una política pública saludable del sistema de salud, impactando a la totalidad de la población, para disminuir la prevalencia ascendente de los denominados grandes síndromes del adulto, responsables de las mayores tasas relacionadas con morbilidad y mortalidad en población general, a través de promoción de estilos de vida saludable, realización de actividad física regular y detección temprana de factores de riesgo.

Capítulo Seis - Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

Las estrategias educacionales cobran vital interés al momento de cambiar en las personas el paradigma actual de los sistemas de salud donde la única salida es la curación, es decir cambiar el pensamiento del modelo biomédico centrado en invertir toda clase de recursos en la curación de la enfermedad, a pensar en un modelo que permita evitar la enfermedad y promover la salud. Dichas herramientas didácticas, no son más que estrategias emitidas desde la creatividad de la enfermera que logran impregnar la mente de las personas, cambiar los paradigmas actuales y empoderar al individuo para hacerlo responsable de su calidad de vida.

El uso de los medios electrónicos en el desarrollo de estrategias educativas es importante porque se demuestra a las/los pacientes el uso adecuado de los medios de comunicación y la efectividad en el cambio de conductas que generan malos hábitos de vida y que expone más al paciente y al compromiso adquirido por él.

El uso de la estrategia pedagógica “visita domiciliaria” en el proceso de promoción y prevención de la salud es una herramienta de gran utilidad que ayuda a bajar tasas de recaída en pacientes, y que fortalece las herramientas del grupo educativo (enfermera/paciente) para un mejor autocuidado, esto se debe a que el personal de salud adapta los cuidados de acuerdo a las posibilidades del entorno de cada persona, regula sus actividades y guía sobre la individualidad de cada persona.

El uso de TICS en el ámbito clínico como herramientas de educación para la promoción y prevención del incremento del riesgo cardiovascular en los pacientes de los programas de riesgo cardiovascular, son una opción de gran utilidad que puede proporcionar a los pacientes un conocimiento cabal de su enfermedad e inducirlos a tener una mejor calidad de vida,

disminuyendo la mortalidad y morbilidad por las patologías asociadas a incremento del riesgo de padecer eventos cardiovasculares mayores.

Es de vital importancia que los pacientes que están en los programas de riesgo cardiovascular participen de rutinas de actividad física regular con el fin de prevenir las enfermedades cardiovasculares y mejorar su calidad de vida, para ello es fundamental que los programas de riesgo cardiovascular cuenten con programas educativos que le proporcionen la información a éstos pacientes de forma clara en relación a su enfermedad y la importancia del manejo farmacológico y no farmacológico para lograr el control de sus enfermedades de base y disminuir el riesgo de enfermedad cardiovascular aguda.

Recomendaciones

A través de este estudio de revisión podemos recomendar que las estrategias educativas tengan un avance, una evolución, un crecimiento para que se puedan trabajar de una manera más integrada en los procesos de atención a personas con riesgo cardiovascular.

Se recomienda también que se amplíe la gama de estrategias empleadas por el personal de salud, esto debido al incremento de las herramientas tecnológicas con las que se cuenta en la actualidad, que sean estrategias educativas más inclusivas donde el paciente tenga mayor participación en ellas, con el fin de que tengan un aprendizaje significativo.

Las visitas domiciliarias deben de cambiar el enfoque, no solo desde la atención al paciente, si no verlo de forma integral como involucrar familia y cuidadores, hábitos de alimentación y su contexto actual como vivienda, educación, permitiendo de esta forma una adherencia no solo a su tratamiento si no lograr las metas del control hemodinámico.

A través de este estudio de revisión también se puede recomendar que se tengan jornadas de capacitación pedagógicas al personal de salud con el fin de que se les de formación de cómo generar estrategias educativas para los pacientes con riesgo cardiovascular.

Es importante contar con videos educativos ilustrativos, didácticos, interactiva de forma que permita el acercamiento no solo del paciente si no de su familia y así mejorar su adherencia al programa de riesgo cardiovascular.

A través de este estudio de revisión podemos dar un concepto de visita domiciliaria como estrategia de educación que abarca no solo la fase fisiológica del paciente si no que lo toma como un absoluto, con su entorno socio/cultural, sus posibilidades y el desarrollo de su entorno, y desde allí trabaja para el logro de los objetivos estratégicos de los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

Se puede institucionalizar un plan de formación pedagógica o aula invertida al personal de salud que contenga herramientas para la atención del programa de riesgo cardiovascular de entidad de salud y de esta forma lograr una buena adherencia de los pacientes.

Lista de Referencias

- Alvarado, C., Molina, D. I., Zárata, A., & Toro, E. (2014b). Estudio EPRAS: Estudio poblacional del riesgo cardiovascular de una población colombiana. *Revista Colombiana de Cardiología*, Vol. 21, pp. 284–293. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2014.06.003>
- Álvarez-Ceballos, J. C., Álvarez-Muñoz, A. M., Carvajal-Gutiérrez, W., González, M. M., Duque, J. L., & Nieto-Cárdenas, O. A. (2017). Determinación del riesgo cardiovascular en una población. *Revista Colombiana de Cardiología*, 24(4), 334–341. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/J.RCCAR.2016.08.002>
- Areiza, M., Osorio, E., Ceballos, M., & Amariles, P. (2018). Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(2), 162–168. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.07.011>
- Arnett, D. K., Roger Blumenthal, C.-C. S., Michelle Albert, C.-C. A., Michos, E. D., Buroker, A. B., Miedema, M. D., ... Wijeyesundera, D. N. (2019). *2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines*. Recuperado de <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000678>
- Boff Martínez, P., García Jiménez, E., & Martínez Martínez, F. (2015). Comparación de las intervenciones de educación sanitaria y de seguimiento farmacoterapéutico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que acuden a una farmacia comunitaria (Estudio FISFTES-PM). *Atención Primaria*, 47(3), 141–148. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.04.012>
- Características de la formación médica en promoción de salud en Cuba y Lati...: EBSCOhost. (n.d.). Retrieved April 15, 2019, from Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=168&sid=8c3bd3dc-ce9c-4264-827d-52dfc3eb25d4%40sessionmgr4008>

- Castrillón-Spitia, J. D., Franco-Hurtado, A., Garrido-Hernández, C., Jaramillo-Patiño, J., Londoño-Moncada, M. A., & Machado-Alba, J. E. (2018). Utilización de fármacos antihipertensivos, efectividad e inercia clínica en pacientes. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(4), 249–256. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.08.027>
- Cerón, J. D., López, D. M., Urbano, L., Álvarez-Rosero, R. E., & Muñoz-Benítez, S. (2018a). Estrategias basadas en tecnologías de la información y la comunicación para la reducción de factores de riesgo cardiovascular en personas laboralmente activas. *Revista Colombiana de Cardiología*, Vol. 25, pp. 92–100. Recuperado <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.08.018>
- Chabbar Boudet, M. C., Cuko, G., Garza Benito, F., Albarrán Martín, C., Bustamante Rodríguez, E., & Amo Garcés, A. B. (2018). Prevención secundaria tras un síndrome coronario agudo. Resultados a medio plazo de un programa de rehabilitación cardiaca. *Revista Colombiana de Cardiología*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.05.012>
- Clara sep-dic, S., Bruno Ruiz Nápoles, J., & Aguilera Lozada, O. (2014). Factibilidad y pertinencia de una estrategia pedagógica para la preparación médica especial Feasibility and pertinence of a pedagogical strategy for the special medical training. *EDUMECENTRO*, 6(3), 6–19. Retrieved from www.revedumecentro.sld.cu
- Colungo, C., Liroz, M., Jansà, M., Blat, E., Herranz, M. C., Vidal, M., ... Ortega, E. (2018). Programa de atención y educación terapéutica en el debut de la diabetes tipo 2: un nuevo modelo de abordaje en atención primaria. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición*, 65(9), 486–499. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.endinu.2018.06.011>
- Conde, Y. S. E., Vargas, A. M. O., & Osorno, B. I. L. (2019). CONOCIMIENTOS DE LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II ASISTIDOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA (HSJD). PARA GENERAR UN PLAN DE INTERVENCION EDUCATIVO EN ENFERMERÍA. *Cuidado y Ocupación*

Humana, 5(0). Retrieved from

http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/COH/article/view/3419

DELUCCHI, A. M., MAJUL, C. R., VICARIO, A., CEREZO, G. H., & FÁBREGUES, G. (2017).

Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial en la Argentina. Estudio RENATA 2. *Revista Argentina de Cardiología*, 85(4), 1–8.

Retrieved from [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482017000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

[37482017000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-37482017000400008&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Echeverri-Marín, D. A., Betancur-Salazar, K., Saldarriaga-Giraldo, C. I., & Valencia-Duarte, A. V.

(2018). Desenlaces cardiovasculares adversos mayores en pacientes con síndrome coronario agudo temprano. *Revista Colombiana de Cardiología*, Vol. 26, pp. 10–16. Recuperado de

<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.02.007>

Escobar, C., & Divisón, J. A. (2016). Pérdida de peso y diabetes. *SEMERGEN - Medicina de*

Familia, 42(1), 52–53. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.03.004>

Espíndola-Fernández, D. A., Aristizábal Ocampo, D., Gallo-Villegas, J. A., Mesa Vieira, C.,

Zuluaga Caicedo, N., & Múnera Palacio, M. M. (2017). Efectos tempranos de un programa integral de prevención cardiovascular guiado por el riesgo de aterosclerosis sobre la edad

vascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, 24(5), 488–495. Recuperado de

<https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.01.006>

Estrada, D., Sierra, C., Soriano, R. M., Jordán, A. I., Plaza, N., & Fernández, C. (2019). Grado de

conocimiento de la hipertensión en pacientes hipertensos. *Enfermería Clínica*. Recuperado de

<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.11.033>

Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos. Centro de Información., M., Aguilar Cordero, M.,

Mur Villar, N., & Santana Mur, C. (2003b). Medisur. In *MediSur* (Vol. 15). Retrieved from

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100011

- Fernández-Silva, M. J., Alonso-González, A., González-Pérez, E., Gestal-Otero, J. J., & Díaz-Grávalos, G. J. (2019). Alfabetización en salud en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio transversal con el cuestionario HLS-EU-Q47. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(1), 30–36. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.08.003>
- Ferrandis, E. F. (2012). *El Cuidado. Nola Pender* (pp. 1–6). pp. 1–6.
- Fidelina Sánchez, C., & Llano Gil, E. A. (2014). Gaceta Médica Espirituana. In *Gaceta Médica Espirituana* (Vol. 16). Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212014000200007
- García Soto, Z. M., Montoro García, S., Leal Hernández, M., & Abellán Alemán, J. (2016). Valoración del control de los factores de riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas obesas tras el seguimiento de un programa estructurado de educación dietética y ejercicio físico. (Programa SÍSIFO). *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 33(3), 103–110. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2016.02.002>
- Guía de Práctica Clínica (GPC) Hipertensión arterial primaria (hta). (n.d.). Retrieved May 26, 2019, from 2017 website: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_hta/gpc_hta_profesionales.aspx
- Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. (n.d.). Retrieved May 26, 2019, from 2016 website: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_diabetes/gpc_diabetes_tipo_2_profesionales.aspx
- Guía de Práctica Clínica (GPC) para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes mayores de 15 años con diabetes mellitus tipo 1. (n.d.). Retrieved May 26, 2019, from 2016

website:

http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_diabetes/gpc_diabetes_tipo_1_profesionales.aspx

Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años. (n.d.). Retrieved May 26, 2019, from 2014 website:

http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_563/GPC_dislipidemias/GPC_dislipidemias_profesionales.aspx

Guía de Práctica Clínica (GPC) para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos. (n.d.). Retrieved May 26, 2019, from 2016 website:

http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_637/GPC_obesidad/gpc_obesidad_profesionales.aspx

Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Síndrome Coronario Agudo . (n.d.). Retrieved May 26, 2019, from 2017 website:

http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_s_coronario/gpc_s_coronario_profesionales.aspx

Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA). (n.d.).

Retrieved from

http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_hta/GPC_HTA_Profesionales2aEd.pdf

Jáuregui, A., Fajardo, E., Castro, J., & Camargo, Y. (2016). Espesor medio intimal carotídeo en niños escolares y su relación con factores de riesgo cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(3), 237–241. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.10.007>

LA EDUCACIÓN EN SALUD, UN ELEMENTO CENTRAL DEL CUIDADO DE

ENFERMERÍA.: EBSCOhost. (n.d.). Retrieved April 15, 2019, from

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=70&sid=8c3bd3dc-ce9c-4264-827d-52dfc3eb25d4%40sessionmgr4008>

Jiménez Navarro, M. F. (2016). Comentarios a la guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Revista Española de Cardiología*, 69(10), 894–899. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.08.009>

Lamotte, M. (2016). Factores de riesgo cardiovascular y actividad física. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física*, 37(2), 1–7. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/s1293-2965\(16\)77465-2](https://doi.org/10.1016/s1293-2965(16)77465-2)

León-Sierra, L. P., Jiménez-Rodríguez, C., Coronado-Tovar, J. J., Rodríguez-Malagón, N., & Pinilla-Roa, A. E. (2019). Evaluación y seguimiento de pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2 mediante control metabólico individualizado y variables antropométricas. *Revista Colombiana de Cardiología*. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.12.004>

Luisa Guitard-Sein-Echaluze, M., Torres-Puig-Gros, J., Pilar Jürschik-Giménez, M., Mirada-Masip, G., Rius-Tormo, P., & Teresa Torner-Benet, M. (2006). Factores de riesgo cardiovascular, conocimientos y actitudes acerca de la alimentación. *Enfermería Clínica*, 16(2), 62–68. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(06\)71183-4](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(06)71183-4)

Madridejos Mora, R., Majem Fabres, L., Puig Acebal, H., Sanz Latorre, I., Llobet Traveset, E., Arce Casas, M., ... Pañart Sánchez, D. (2014). «Salut al cor/salud en el corazón»: resultados del programa de educación sanitaria en salud cardiovascular de Mútua Terrassa. *Atención Primaria*, 46(9), 457–463. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.12.009>

Martínez Pérez, M. (2018). Modelo de promoción de salud dirigido a la población con riesgo de cardiopatía isquémica. *Revista Médica Electrónica*, 40(4), 1070–1082. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000400014&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Müggenburg, C., Riveros-Rosas, A., & Juárez-García, F. (2016). Entrenamiento en habilidades de comunicación en enfermeras y percepción del paciente que recibe su cuidado. *Enfermería Universitaria*, 13(4), 201–207. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.08.001>
- Muñoz V, O. M., Ruiz Morales, Á. J., Mariño Correa, A., & Bustos C., M. M. (2017). Concordancia entre los modelos de SCORE y Framingham y las ecuaciones AHA/ACC como evaluadores de riesgo cardiovascular. *Revista Colombiana de Cardiología*, 24(2), 110–116. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.06.013>
- Murillo, J. (2014). Estimación del riesgo cardiovascular en Colombia: ¿qué tan cerca estamos? *Revista Colombiana de Cardiología*, 21(4), 213–214. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2014.06.001>
- OMS | Personal sanitario. (2015). *WHO*. Retrieved from https://www.who.int/topics/health_workforce/es/
- Ortega Carpio, A., Montilla Álvaro, M., Delgado Vidarte, A., Garcia Ruiz, C., Chamorro Gonzalez-Ripoll, C., & Romero Herráiz, F. (2019). Efectividad del Decálogo de prevención cardiovascular en diabéticos. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 45(2), 77–85. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2018.01.013>
- Osorio-Bedoya, E. J., & Amariles, P. (2018). Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(3), 209–221. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.10.006>
- Patiño Villada, F. A., Arango Vélez, E. F., Quintero Velásquez, M. A., & Arenas Sosa, M. M. (2011). Factores de riesgo cardiovascular en una población urbana de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 13(3), 433–445. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0124-00642011000300006>
- Paula Alonso Chacón. (2012). La Andragogía como disciplina propulsora de conocimiento en la educación superior. *Revista Electrónica Educare*, ISSN-e 1409-4258, Vol. 16, N°. 1, 2012, Págs.

15-26, 16(1), 15–26.

Piepoli, A. del grupo de trabajo: M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., ... Zamorano, J. L. (2016). Guía ESC 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Revista Española de Cardiología*, 69(10), 939.e1-939.e87. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/J.RECESP.2016.09.004>

Poblete, F., Barticevic, N., Sapag, J. C., Tapia, P., Bastías, G., Quevedo, D., ... Pérez, G. (2018). Apoyo social percibido en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria y su relación con autopercepción de salud. *Revista Médica de Chile*, 146(10), 1135–1142. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0034-98872018001001135>

Prevalencia de cardiopatía isquémica asintomática en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 _ Revista Colombiana de Cardiología. (n.d.).

Reseña Historia Corporacion Universitaria Adventista. (n.d.).

Rodríguez-Amaya, R. M. (2015a). Variables cardiovasculares en trabajadores de la construcción en Santander (Colombia). Perfil comparativo años 2011 y 2012. *Hipertension y Riesgo Vascular*, 32(3), 105–112. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2015.01.001>

Rodríguez-Amaya, R. M. (2015b). Variables cardiovasculares en trabajadores de la construcción en Santander (Colombia). Perfil comparativo años 2011 y 2012. *Hipertension y Riesgo Vascular*, Vol. 32, pp. 105–112. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2015.01.001>

Romero, M., Vásquez, E., Acero, G., & Huérfano, L. (2018). Estimación de los costos directos de los eventos coronarios en Colombia. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(6), 373–379. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2018.05.010>

Saldarriaga, C., Bedoya, L., Gómez, L., Hurtado, L., Mejía, J., & González, N. (2016). Conocimiento del riesgo de presentar un infarto de miocardio y las barreras para el acceso al estilo de vida saludable. *Revista Colombiana de Cardiología*, Vol. 23, pp. 163–167. Recuperado

de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2015.07.005>

Salgado Ordóñez, F., Sanz Cánovas, J., & Pacheco Yepes, R. (2017). Riesgo cardiovascular.

Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado, 12(42), 2477–2484.

Recuperado de <https://doi.org/10.1016/J.MED.2017.10.001>

Soto Rodríguez, A., García Soidán, J. L., Arias Gómez, M. J., del Álamo Alonso, A., Leirós

Rodríguez, R., & Pérez Fernández, M. R. (2018). Intervención educativa sobre parámetros

cardiovasculares en mujeres perimenopáusicas con un factor de riesgo cardiovascular. Ensayo

clínico aleatorizado. *Medicina Clínica*, 150(5), 178–184. Recuperado de

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.06.020>

Soto Rodríguez, A., García Soidán, J. L., de Toro Santos, M., Lagoa Labrador, F., Failde Garrido, J.

M., & Pérez Fernández, M. R. (2016). Beneficios de una intervención educativa en la dieta y en

el perfil antropométrico de mujeres con un factor de riesgo cardiovascular. *Medicina Clínica*,

146(10), 436–439. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2015.12.013>

Tipos de profesionales de la salud: MedlinePlus enciclopedia médica. (n.d.). Retrieved April 1,

2019, from <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001933.htm>

Universidad de Camagüey. Dirección de Información Científico-Técnica., B., & Cuba. Ministerio de

Educación Superior. (2016). Revista cubana de educación superior : RCES. In *Revista Cubana de*

Educación Superior (Vol. 35). Retrieved from

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0257-43142016000200006

Velásquez, J. G., Guerrero Pinedo, F., Estacio, M. A., Vergara, I., Yara, S., & Carrillo, D. C. (2017).

Incidencia de eventos cardiovasculares mayores asociada a la suspensión de doble terapia

antiagregante en pacientes con enfermedad coronaria e implante de stent. *Revista Colombiana de*

Cardiología, 24(4), 342–350. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2016.10.038>