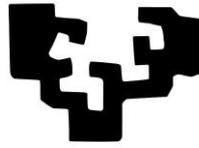


eman ta zabal zazu



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD “EDUCACIÓN EN PACIENTES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE HTA”

TRABAJO FIN DE GRADO

Ana Usabiaga Terrón

Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea
Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa
Grado de enfermería



Leioako Erizaintzako
Unibertsitate Eskola
Escuela Universitaria
de Enfermería de Leioa

Leioa, 12 de mayo de 2014

ÍNDICE

1. INTRODUCCION/ANTECEDENTES	1
2. HIPOTESIS, OBJETIVOS Y METODOLOGIA.....	8
2.1. Hipótesis.....	8
2. 2. Objetivos	8
2.3. Metodología	9
3. PLAN DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN	14
3.1 Desarrollo del Programa.....	14
3.2 Equipo que conforma el proyecto.....	21
4. BENEFICIOS E INOVACIONES ESPERADOS DEL PROGRAMA	22
5. BIBLIOGRAFIA	23

Resumen

Introducción: la hipertensión arterial (HTA) es un problema de salud pública, con alta prevalencia y gran repercusión a nivel cardiovascular. Los estilos de vida no saludables producen un incremento en la probabilidad de padecer dichas enfermedades. Las intervenciones dirigidas a modificar los estilos de vida poco saludables, son un área prioritaria dentro de las Políticas de Salud para Euskadi y la Atención Primaria es el lugar privilegiado para ello.

Objetivo: determinar el efecto del programa de promoción de la salud en el manejo adecuado de la HTA, frente a los programas de control tradicionales utilizados en los servicios de Atención Primaria

Metodología: Estudio clínico aleatorio con personas recién diagnosticadas de HTA de entre 45 y 60 años del Centro de Salud de Kabiezes (Santurtzi). Los pacientes serán asignados aleatoriamente en 2 grupos: el de intervención, que seguirá el programa y el control, que recibirá los cuidados marcados en las guías clínicas de Osakidetza. La intervención consistirá en 9 sesiones a lo largo de 6 meses y en ellas se abordarán tanto conocimientos como actividades. Se medirán los cambios en los conocimientos sobre la enfermedad y sus cuidados, la salud física (tensión arterial, perfil lipídico, peso, índice de masa corporal y electrocardiograma), los hábitos relacionados con la salud (alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol) y uso de sistema sanitario. La recogida de datos se llevará al inicio del programa, a los 3 y 6 meses y a los 6 meses tras la finalización del programa.

Palabras clave: Hipertensión, Enfermedad crónica, Estilos de vida, Autocuidado, Atención Primaria.

1. INTRODUCCION/ANTECEDENTES

Importancia de la hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva, que se presenta en todas las edades, con énfasis en personas de entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, pero que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos (Ministerio de la Protección Social, Colombia). La presión arterial es una variable hemodinámica proveniente del gasto cardíaco y la resistencia periférica total y la hipertensión es un aumento de la resistencia periférica debido a la vasoconstricción arteriolar y espesamiento de la pared vascular, que conduce a un aumento de la presión sistémica (Lip Gregory Y.H, Lee W.K, 2003). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) la define como la elevación persistente de la presión de la sangre en las arterias. Esta condición existe cuando el promedio de presión arterial en un adulto está elevado en forma consistente por encima de 140/90mmHg. De hecho, como la presión arterial varía mucho en las mediciones, un solo hallazgo de presión elevada no justificaría el diagnóstico de HTA, por lo que para clasificar una persona como hipertensa, es preciso que tenga al menos tres lecturas de presión elevada, correspondientes a 3 visitas a la consulta, espaciadas por un intervalo semanal entre cada una de ellas (Osakidetza, 2007). Según los valores de presión arterial, se clasifica a la personas mayores de 14 años en tres grados o estadios: 1) el grado uno, cuyos valores sistólicos y diastólicos se encuentran en los rangos de 140-159mmHg y de 90-99 mmHg respectivamente; 2) el grado dos con valores sistólicos entre 160-179mmHg y diastólicos entre 100-109 mmHg y 3) el grado tres, cuyos valores sistólicos ≥ 180 mmHg y los diastólicos ≥ 110 mmHg (Osakidetza, 2007). En cuanto a la clasificación etiológica de la patología, se habla de HTA esencial, sin causa aparente o de HTA secundaria a algún proceso subyacente, como pueden ser renales, endocrinos u otras causas farmacológicas. Más del 90 % de los casos se incluyen dentro de la HTA esencial (Casado Pérez, 2009). Sus principales factores de riesgo se clasifican en no modificables, es decir aquellos que no se pueden cambiar, como la historia familiar, el sexo y la raza y modificables, es decir aquellos sobre los que se puede como el peso, la ingesta de alcohol, consumo de tabaco, sodio, potasio y cafeína, la actividad física y la dieta (OMS, 1996).

La HTA, se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a una considerable parte de la población mundial. Según la OMS (2013), afecta a más de uno de cada tres adultos mayores de 25 años, lo que supone unos mil millones de personas en todo el mundo, con el agravante de que un porcentaje importante de ellas ni siquiera lo sabe, debido a su carácter de enfermedad silenciosa, que raramente produce síntomas o signos clínicos evidentes (Casado Pérez, 2009). La persistencia de una presión sanguínea elevada implica un mayor gasto cardíaco y grandes repercusiones a nivel circulatorio, de ahí que la HTA sea considerada uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, como son los accidentes cerebro-vasculares o la cardiopatía isquémica (OMS, 1996). Estas enfermedades, actualmente, constituyen una de las principales causas de muerte prematura en la mayoría de los países. En España las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en las mujeres y la segunda en los hombres (Segura, Marrugat, 2009). Según la OMS (2013), cada año en el mundo se producen 9 millones de muertes debidas a la HTA, la mitad de ellas producidas por infartos cardíacos y cerebrales, de ahí que actualmente la prevención y la promoción de la salud sean dos temas de alta prioridad en las políticas y acciones de salud pública en todos los países.

Existe un amplio consenso sobre el efecto que los estilos de vida no saludables (como son las dietas poco equilibradas, ricas en grasas saturadas y pobres en vegetales, el consumo de alcohol y el hábito tabáquico, la inactividad física o sedentarismo y el estrés) tienen sobre el incremento del riesgo de las enfermedades cardiovasculares (Casado Pérez, 2009) y contribuyen, al menos, en un tercio del total de la carga de enfermedad en Europa (OMS, 2002). Teniendo en cuenta que los estilos de vida, son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas y que están determinados por la interacción de las características individuales y del contexto socioeconómico, que mediatiza la elección de hábitos saludables (Stronks et al., 1996), las intervenciones dirigidas a modificar los estilos de vida poco saludables deben contemplar tanto a las personas como a los entornos (OMS, 2002).

En el caso de España, la prevalencia de la HTA se sitúa entre el 15% y el 20% en población mayor de 15 años, entre el 30% y 36%, en las mayores de 45 años, y casi en el 50% en las mayores de 65 años (Sáez y Barceló, 2012),

afectando a casi 14 millones de personas. Partiendo del envejecimiento actual de la población española y de las previsiones para los próximos años, que indican que España será el país más envejecido del mundo para el 2050, con una población de 55 años de media, se puede entender la magnitud del problema, ya que la edad conlleva un envejecimiento progresivo de las arterias, lo que se traduce en una caída de los valores de la presión arterial diastólica y un aumento de la sistólica.

En la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), la HTA se sitúa en primer lugar entre las patologías más prevalentes, afectando al 18,7% de hombres y al 19,4% de las mujeres (Políticas de Salud para Euskadi, 2013). Además, supone el 6% de todas las consultas medicas y el 18% de las consultas por afecciones crónicas, siendo el motivo de consulta más frecuente en Atención Primaria (AP) (Sánchez Isla JR, Pérez Ovejero LM, 2009). Las complicaciones derivadas de la HTA suponen un aumento de las consultas de los servicios de cardiología y nefrología y un gasto económico importante (Osakidetza, 2007). Por otra parte, las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad y hospitalización, junto con los tumores (Osakidetza, 2007). Según los datos recogidos en el Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de la CAPV (Esnaola et al., 2010), las dos principales causas de mortalidad cardiovascular (cardiopatía isquémica y enfermedades cerebro-vasculares) sumaron el 19% en las mujeres y el 18% en los hombres. Según la información recogida en la Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca del año 2013 (ESCAV'13), en los hombres la cardiopatía isquémica fue la primera causa de mortalidad y la enfermedad cerebro-vascular la primera en mujeres en el año 2010. No obstante, dicha mortalidad sigue una tendencia descendente debida, entre otras razones, al mejor diagnóstico y tratamiento de la HTA (Osakidetza, 2002). Sin embargo, la distribución de la morbilidad y mortalidad varía en las diferentes zonas geográficas de la CAPV (Orueta et al., 2013). Razones que aportan explicación a este hecho, incluyen el efecto que ejerce sobre la salud en lugar en el que vivimos, es decir, el medio ambiente físico, las características socioeconómicas y culturales, el urbanismo, los servicios públicos disponibles, los equipamientos de ocio, entre otros (Macintyre et al., 2002).

Como antes se ha mencionado existe una clara relación entre las enfermedades cardiovasculares y las conductas relacionadas con la salud. En la CAPV según la ESCAV' 2013, en los últimos años ha aumentado la prevalencia de consumo

habitual de alcohol, tanto en hombres como en mujeres, con un gradiente socioeconómico que perjudica a las clases más favorecidas. Sin embargo, ha disminuido la prevalencia de consumo de tabaco, en hombres y mujeres y también la del sedentarismo en los hombres, aunque no en las mujeres. Respecto a la obesidad, en los últimos diez años, la situación ha empeorado de forma considerable y su distribución muestra un gradiente ascendente a medida que disminuye el nivel socioeconómico, al igual que ocurre con el consumo de fruta y verdura. Esta situación ha dado como resultado que en el Plan de Salud 2013-2020 de la CAV, los objetivos 35 al 53 tengan como finalidad reducir en la población vasca la hipertensión arterial y las enfermedades cerebro-vasculares. Además, en el citado Plan se recoge un área prioritaria, concretamente la 5, centrada en los entornos y las conductas saludables e incluye medidas y actuaciones con el objetivo de impulsar acciones de promoción de la salud, tanto sobre los entornos, como sobre los estilos de vida saludables (Políticas de Salud para Euskadi, 2013).

La promoción de la salud de la comunidad: el papel de la Atención Primaria

La promoción de la salud ha ido adquiriendo una importancia creciente en todos los países, hecho muy relacionado con el aumento de las enfermedades crónicas y degenerativas, a su vez, muy ligadas a pautas de conducta o hábitos de vida. Es en los años ochenta cuando se inicia el desarrollo de la promoción de la salud desde un enfoque que incluye tanto la actuación sobre los entornos, como sobre las personas, con el objetivo de mejorar la salud de la población.

La OMS, en el documento Salud para todos en el año 2000 (OMS, 1985) y en la Carta de Ottawa (OMS, 1986), establece los principios para el trabajo en promoción de salud. Estos documentos seguían los principios expuestos en la declaración de Alma Ata (OMS, 1978), donde explícitamente se reconocían la salud como un derecho universal y la situaba en el centro de las políticas. También subrayaba la necesidad de actuar sobre los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud e incluía el abordaje poblacional de la salud, y no únicamente el dirigido a las personas en riesgo de padecer una determinada enfermedad (Hyde et al., 2004). En la Carta de Ottawa se describe la promoción de la salud como un proceso, cuyo objetivo consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para acceder, comprender y utilizar información con el fin de mantener e incrementar una buena salud (Colomer

Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz, 2000). También en la mencionada Carta se identificaron cinco estrategias principales para el desarrollo de la promoción de la salud: reorientar los servicios de salud, desarrollar las aptitudes personales, construir una política pública favorable a la salud, fomentar la acción comunitaria y crear entornos propicios para una vida saludable (OMS, 1986).

De esta manera, el marco de referencia teórico en el que hoy se ubican los sistemas sanitarios, es el establecido en la Estrategia de Promoción de la Salud que se definió tras la Conferencia de Alma Ata (OMS, 1978). Así, el desarrollo de actividades de promoción de la salud y de actuaciones preventivas es uno de los pilares sobre los que se fundamenta la AP y sus actividades irán dirigidas, por tanto, hacia los cambios de comportamientos en la población y hacia la creación de entornos saludables (Cofiño Fernández et al., 2005). La puesta en marcha del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) en 1988 supuso una importante herramienta para la incorporación de estas actividades en AP y su inclusión en la cartera de servicios ha contribuido a su integración en la práctica diaria. Actualmente las intervenciones preventivas y de promoción de salud incluyen los grupos de población y la comunidad en la que se actúa y pueden tener como objeto cualquier aspecto relacionado con la salud. El nivel de AP, por sus características de accesibilidad y continuidad, es el lugar privilegiado para el desarrollo de actividades comunitarias, entendidas como todas aquellas que se realizan con grupos que presentan características, necesidades o intereses comunes y dirigidas a promover la salud, la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades (Aguiló Pastrana y López Martín, 1999).

En general, las actividades de salud comunitaria pueden incluir todos los aspectos relevantes de la salud de las comunidades, a efectos prácticos se pueden dividir en proyectos globales, que afectan al conjunto de la sociedad y proyectos más específicos, dirigidos a grupos seleccionados de la población, con objetivos seleccionados y limitados a un periodo de tiempo.

Justificación del Programa

El municipio de Santurtzi, ubicado en la margen izquierda de la desembocadura de la ría del Nervión y a los pies del monte Serantes, acoge a una población de más de 47.000 habitantes, de los cuales 24.000 son mujeres y casi 23.000

hombres. Considerado un pueblo de migraciones externas en el pasado, esta tendencia ha disminuido desde el 2008, según los últimos datos proporcionados por el Ayuntamiento de Santurtzi (2011). Por el contrario, el saldo migratorio interno ha ido en aumento, siendo superior actualmente al externo. A pesar de todo esto, la nacionalidad española es la mayoritaria en el municipio, representando al 95% de la población total. En cuanto a su pirámide poblacional, en la última década ha sufrido una disminución en el rango de 0 a 20 años de edad (18% de la población) y un envejecimiento de la población (19%).

Según los datos recogidos en la ESCAV'2007, la prevalencia de la HTA en Santurtzi fue del 9,7% en los hombres y casi el doble en las mujeres con 17,9% en las mujeres, siendo el municipio bizkaíno (de más de 30.000 habitantes) con mayor prevalencia (13,9%). En cuanto a las conductas relacionadas con la salud de la población, la tasa de fumadores en el 2007 en Santurtzi fue del 25,9% para los hombres y del 22,9% para las mujeres, casi el 34% de los hombres se declararon bebedores habituales, frente al 11% de las mujeres. Solo el 37,3% de los hombres y el 39,5% de las mujeres realizaban ejercicio físico durante su tiempo libre y el 54% y 59,3% de hombres y mujeres respectivamente eran sedentarios. Cabe destacar también que el 37,6% de los hombres tenían sobrepeso frente al 37% de las mujeres y que el 17,7% de los hombres y el 11,7% de las mujeres padecían obesidad.

Los datos sobre los hábitos alimentarios de la población vasca en general ponen de manifiesto la necesidad de un cambio en la dieta. Según la ESCAV'2007, el consumo diario de frutas y verdura y de pescado tres o más veces por semana, es más frecuente en las mujeres. Los hombres por el contrario, ingieren con mayor frecuencia carne y embutidos. El consumo de legumbres y dulces es muy similar en ambos sexos. Asimismo, se observa que los hábitos alimentarios están influenciados por la edad y las desigualdades sociales. Cuanto mayor es la edad, menor es el consumo de carne, pasta, arroz, patatas y embutidos, al contrario que la fruta, verdura, pescado y legumbres, que aumentan. En los grupos sociales más favorecidos, se aprecia un mayor consumo de pescado, fruta y verduras respecto a los más desfavorecidos, que se alimentan con mayor frecuencia a base de carne y embutidos.

Como se ha comentado anteriormente, la hipertensión arterial es el resultado de un proceso multifactorial que la persona al conocerlo puede modificarlo o corregirlo en forma positiva. La Atención Primaria es por tanto el lugar idóneo

para detectar y tratar esos factores de riesgo modificables y de esta manera disminuir las consecuencias negativas a corto y largo plazo que esta patología produce en el organismo.

Según los datos recogidos en el boletín de salud poblacional-Osagin del Departamento de salud del Gobierno Vasco (2013), el 11% de los hombres y el 21% de las mujeres que viven en Kabiezes están desempleados y el 30% y 36,5% de hombres y mujeres respectivamente, poseen una instrucción insuficiente. Por su parte, la esperanza de vida se sitúa en los 76,3 años en los hombres y en los 83,2 años en las mujeres vecinas de Kabiezes.

El Centro de Salud (CS) de Kabiezes, junto con el de Mamariga y Buenavista, da cobertura a los santurtziarras, siendo Kabiezes el que mayor población asiste (25.000). La población diagnosticada de HTA por el centro asciende a casi 5.000 personas, es decir, a un quinto de la población del barrio. El CS de Kabiezes está ubicado en un entorno, cuyos principales activos en salud son, el Centro deportivo de Kabiezes, la Biblioteca municipal e infantil, el hogar del jubilado de San Pedro, la Asociación de familias de Kabiezes, la Asociación KAKE (Kabiezes Auzoko Kultur Elkartea), y varios parques, como el de Santa Eulalia y el parque de Ranzari, que dispone de máquinas para hacer ejercicio al aire libre.

El equipo sanitario de AP de Kabiezes está compuesto por 21 profesionales médicos, 17 de adultos y 4 de pediatría y 19 profesionales de enfermería y están sensibilizados con la necesidad de llevar a cabo actividades de promoción de salud con el aumento creciente de la HTA entre la población que atienden. De ahí que se plantean desarrollar un proyecto de intervención comunitaria de 6 meses de duración, para promocionar de estilos saludables en personas recién diagnosticadas de HTA. Según la evidencia disponible (Diez-Roux, 2003) un cambio en algunos de los determinantes de la salud, como son los estilos de vida, mejoraría sus cifras de tensión arterial, la calidad de vida y finalmente, disminuiría el riesgo cardiovascular.

El control de la HTA por tanto, requiere la modificación de los factores de riesgo conocidos y es indispensable incorporar la educación como parte del tratamiento. Ello implica que la prevención mediante la educación y la modificación de los estilos de vida del paciente siga siendo un desafío para el personal de enfermería y que el trabajo organizado sea el medio para la construcción de hábitos saludables (Huerta Robles, 2001).

2. HIPOTESIS, OBJETIVOS Y METODOLOGIA

2.1. Hipótesis

Según los datos recogidos en la ESCAV'07 (Departamento de Salud, 2007) Santurtzi es el municipio vizcaíno con mayor prevalencia de HTA (13,9%), siendo ésta casi el doble en mujeres. Dentro de las conductas relacionadas con la salud, en dicha encuesta de salud, se recoge que menos del 40% de sus habitantes realiza ejercicio físico, el 56,7 % es sedentario y la tasa de sobrepeso y de obesidad es de 37,3% y 14,6% respectivamente. Además, el consumo de tabaco es del 24,4% y la tasa de bebedores habituales es del 22,2 % en su población total. La alimentación saludable (consumo de pescado, frutas y verduras) es peor en los grupos sociales más desfavorecidos. Uno de los barrios más poblados del municipio de Santurtzi es el de Kabiezes, con altos índices de desempleo y de educación deficiente, situaciones que se dan especialmente entre las mujeres. Teniendo en cuenta la situación actual del municipio de Santurtzi y más concretamente del barrio de Kabiezes y que las desigualdades sociales (circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen) explican la mayor parte de las desigualdades en salud y que según la estrategia de cronicidad del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (Departamento de Salud, 2010), los programas de promoción de la salud emergen como una de vías más idóneas para el cuidado de las patologías crónicas, se considera pertinente la realización de este estudio. Las hipótesis principales de las que parte este programa de intervención comunitaria de educación para la salud en personas recién diagnosticadas de HTA fueron:

1. Puede disminuir el riesgo cardiovascular con la mejora de sus variables modificables (tensión arterial sistólica y diastólica, tabaco, colesterol total y colesterol HDL).
2. Puede mejorar los hábitos relacionados con la salud (alcohol, tabaco, actividad física, alimentación)
3. Puede disminuir la dependencia del sistema sanitario, mejorando la gestión y el manejo de su enfermedad

2. 2. Objetivos

El objetivo general de este proyecto es el determinar el efecto que tiene el programa de promoción de la salud en el manejo adecuado de la HTA, frente a

los programas de control tradicionales que se llevan a cabo en los servicios de Atención Primaria.

Para la consecución de este objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Incrementar los conocimientos para el manejo adecuado de su HTA
2. Reducir el riesgo cardiovascular mediante la mejora de sus variables modificables.
3. Incrementar el consumo de alimentos saludables y de actividad física.
4. Reducir su dependencia del sistema sanitario

2.3. Metodología

Se detallan a continuación el diseño de la investigación, la población a estudio, las variables y el análisis previsto para responder a los objetivos planteados.

Se plantea un proyecto de intervención comunitaria en educación para la salud de 6 meses de duración, que se realizará en el Centro de Salud de Kabiezes, ubicado en el Municipio de Santurtzi y que pertenece a la comarca sanitaria de Ezkerraldea-Enkarterri.

Diseño.

Se llevará a cabo un diseño clínico aleatorio con personas recién diagnosticadas de HTA en el Centro de Salud de Kabiezes. Debido al tipo de diseño, se ha determinado un tamaño muestral de 40 personas, que serán asignadas aleatoriamente al grupo control o al de intervención (20 en cada grupo). Los pacientes de ambos grupos serán seguidos durante el tiempo que dure la intervención y seis meses después de finalizarla. Las mediciones se realizarán antes de de la intervención, (línea de base), a los 3 y 6 meses y una vez finalizado el programa, a los 6 meses después (*Figura 1*). En el grupo control se realizan las mediciones en los mismos tiempos y recibirán los cuidados normales de acuerdo con las guías clínicas existentes para la HTA en Osakidetza. El protocolo de investigación se presenta para su evaluación al Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi (CEIC-E).

Población a estudio y fuentes de información/instrumentos de medida.

La población diana son las personas diagnosticadas de HTA en el último año. La intervención se realizará en el Centro de Salud de Kabiezes, ubicado en el

Municipio de Santurtzi y que pertenece a la comarca sanitaria de Ezkerraldea-Enkarterria.

Muestra. se seleccionará a partir de la población diana (las personas recién diagnosticadas de HTA). Teniendo en cuenta las características de la intervención y la capacidad asistencial y de seguimiento del personal que participa en el proyecto, serán seleccionadas de manera intencional (no probabilística) a través de las historias clínicas 40 personas, de las cuales por asignación aleatoria, 20 formarán parte del grupo experimental/intervención y otras 20 del grupo control. Se detallan a continuación los criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

Criterios de inclusión: para participar en el estudio los criterios establecidos son: ser hipertenso recién diagnosticado (en el último año), tener un índice de masa corporal superior a 25, ser fumador y bebedor habitual de alcohol, estar desempleado, tener un nivel de estudios primario o inferior y tener entre 45 y 60 años de edad. Se intentará que el 60% de los participantes sean mujeres, por su mayor prevalencia de HTA.

Criterios de exclusión: se excluirá del estudio a aquellas personas que tengan algún tipo de discapacidad psicomotora que pudiera entorpecer su colaboración activa en el estudio de intervención, personas con algún trastorno mental asociado a la pérdida del sentido o la realidad (esquizofrenia, trastorno bipolar, Alzheimer, psicosis o demencia) y aquellas que no cumplan con los criterios de inclusión arriba mencionados.

El reclutamiento de las personas se llevará a cabo desde el centro de Salud de Kabiezes a través de cartas dirigidas a los pacientes recién diagnosticados de HTA o invitándoles directamente a participar en la consulta (médica o de enfermería). Todas las personas incluidas en el estudio firmarán el consentimiento informado y un compromiso de adhesión al proyecto.

Variables. La variable independiente en este proyecto es la intervención educativa, para ver el efecto que se producirá en las variables resultado (dependientes), es decir en la mejora de la calidad de vida de las personas que componen la muestra (tanto en el grupo intervenido como en el control). A continuación se presentan las variables dependientes, según los diferentes objetivos específicos planteados:

- Para el manejo de su enfermedad (obj1), se utilizarán las variables de conocimiento de las necesidades generales de autocuidado.
- Para el estado de salud (obj2.), se utilizarán las medidas de tensión arterial (T/A), el perfil lipídico, el peso, la talla, el IMC, RCV y el electrocardiograma (ECG).
- Para los hábitos de vida relacionados con la salud (obj3.), se utilizarán las variables de consumo de alcohol, tabaco, obesidad, actividad física y alimentación.
- Para el uso de sistema sanitario (obj4.) se utilizarán las visitas a la Atención Primaria, las visitas al especialista, a las urgencias y las hospitalizaciones.

Instrumentos de medida. Para las variables de autocuidado, se utilizará la escala de “apreciación de la agencia del autocuidado” ASA (Appraisal of Self-care Agency Scale) traducida y validada al español por Esther Gallegos en 1998. Para las variables del estado de salud física, se utilizaran el tensiómetro, la balanza, la cinta métrica, la escala Regicor (Registro Gironí del Corazón) y el electrocardiógrafo. Para las variables de hábitos relacionados con la salud y el uso del sistema sanitario se utilizará el cuestionario de salud del Departamento de salud del Gobierno Vasco (Departamento de Salud, 2013), en sus apartados hábitos de vida y uso de servicios sanitarios.

Seguimiento/Recogida de datos. A todas las personas participantes en el estudio se les realizarán cuatro valoraciones/mediciones, que se llevarán a cabo en la consulta de enfermería, con carácter individual. La primera se realizará una semana antes del comienzo de la intervención (calidad de vida, estado de salud físico, hábitos de vida y uso de servicios sanitarios). La segunda y la tercera, se realizarán a los 3 y a los 6 meses respectivamente del comienzo del programa, ajustándose al protocolo de la guía clínica de la HTA de Osakidetza. Por último, la cuarta medición se realizará a los seis meses después de finalizar la intervención, con el fin de comprobar la permanencia en el tiempo del posible efecto de la intervención.

Análisis de datos. Para el análisis, como paso previo se realizará un análisis descriptivo de las variables utilizadas, las cualitativas, resumidas mediante porcentajes con sus correspondientes intervalos de confianza y las cuantitativas, mediante medidas de centralización y de dispersión. Para comprobar los

cambios producidos en cada uno de los grupos se realizara un análisis de tablas de contingencia bidireccional utilizando la prueba de chi-cuadrado par las variables cualitativas y la t de Student para las cuantitativas. Todos los análisis se realizaran por separado para hombres y mujeres. Las variables resultado serán los cambios en la presión arterial, el perfil lipídico, el peso, la talla, el IMC, el RCV y el electrocardiograma (ECG). Además como variables resultado, se determinarán los cambios producidos en el consumo de tóxicos (alcohol, tabaco), en la actividad física, en el consumo de frutas y vegetales y el número de consultas realizadas al sistema sanitario en el grupo intervenido y en el grupo control. Para el análisis estadístico se utilizará el programa SPSS versión 18.

Aspectos éticos. El protocolo de investigación se presenta para su evaluación al Comité Ético de Investigación Clínica de Euskadi (CEIC-E), que es el órgano encargado de evaluar los aspectos metodológicos, éticos y jurídicos de todas las investigaciones o proyectos de docencia relacionadas con la salud humana. Se adjunta tanto el protocolo de investigación, el modelo de consentimiento informado y los documentos relacionados con los aspectos locales (centro de salud, compromiso de los investigadores).

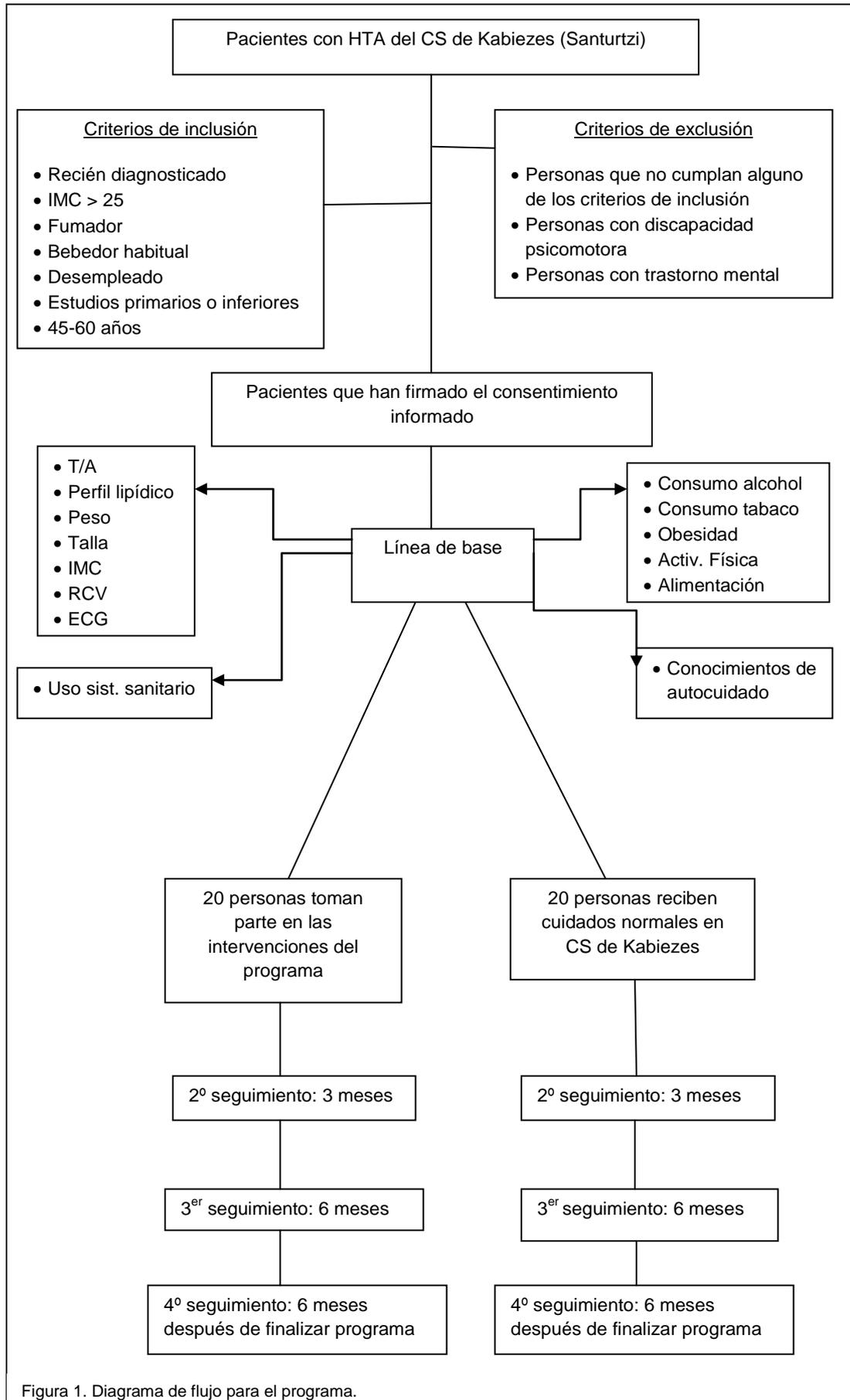


Figura 1. Diagrama de flujo para el programa.

3. PLAN DE TRABAJO DEL PROGRAMA DE PROMOCIÓN

En este apartado se describirá el programa de intervención: los contenidos a desarrollar con sus objetivos, actividades y metodología, los profesionales participantes, sus funciones y el cronograma propuesto.

Por las características de los recursos que el CS de Kabiezes posee (sala de reuniones, personal sanitario) o que le son cedidos para el desarrollo de la intervención educativa del Programa (Mamariga Kulturgunea), se ha diseñado el programa para un grupo de 20 personas.

La duración del programa será de 6 meses, desde septiembre del 2014, hasta febrero del 2015. La distribución de las actividades para cada objetivo queda reflejada en el cronograma (*tabla 1*).

Reclutamiento			Sep.	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.
OBJETIVO 1 Incrementar conocimientos	Sesión 1	Presentación programa						
		"¿Qué espero obtener de este programa? ¿Es necesario para mí?"						
	Sesión 2	"¿Qué es una enfermedad crónica?"						
		"¿Qué puedo hacer yo por mi salud y mi enfermedad?"						
		"Compartiendo experiencias"						
	Sesión 3	"Cumplimiento terapéutico"						
"¿Qué sabemos sobre los medicamentos que tomamos?"								
OBJETIVO 3 Incrementar consumo de alimentos saludables y actividad física	Sesión 4	"La medicina de la cocina"						
		"Qué bueno, qué sano, qué fácil"						
	Sesión 5	"Qué bueno, qué sano, qué fácil"						
	Sesiones 6,7,8	"Desde Santurce a Bilbao"						
Sesión 9	Excursión al Serantes							

Tabla 1: distribución de actividades para cada objetivo del Programa de Promoción de salud "Educación en pacientes recién diagnosticados de HTA".

3.1 Desarrollo del Programa

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD "EDUCACIÓN EN PACIENTES RECIÉN DIAGNOSTICADOS DE HTA"

Para dar respuesta a los 4 objetivos planteados en el programa, se han definido las actividades para el grupo de intervención. Dichas actividades se distribuirán en tres bloques: de conocimientos, alimentación y actividad física respectivamente. El primer bloque (conocimientos), de 1 mes de duración,

constará de 3 sesiones y cubrirá el objetivo 1 (incrementar conocimientos para el manejo adecuado de su patología). El objetivo 3 (incrementar consumo de alimentos saludables y actividad física) quedará cubierto por el bloque 2 y 3, de alimentación y actividad física. El bloque 2 tendrá una duración de 1 mes, en el que se realizarán 2 sesiones y el bloque 3 se realizará a lo largo de 2 meses y estará compuesto de 4 sesiones. Los objetivos 2 (reducir el RCV) y 4 (reducir dependencia del sistema sanitario) quedarán suplidos tras finalizar el programa, como consecuencia de la superación de los objetivos 1 y 3.

A continuación se detalla la distribución de las actividades y se desarrollan brevemente el contenido de los talleres.

OBJETIVO 1: incrementar conocimientos para manejo adecuado de HTA

Para incrementar el nivel de conocimientos y habilidades sobre la HTA, se proponen actividades de educación para la salud. Su orientación es hacia la capacitación de las personas en la toma de decisiones relacionadas con su salud, para hacerlas autosuficientes. Requerirá además de información, estimular el interés de los asistentes y su participación activa (Colomer y Álvarez-Dardet, 2000). El papel de los educadores se centra en ayudar a los participantes en la adquisición de los conocimientos y a analizar determinadas situaciones, de manera que los verdaderos protagonistas sean los propios participantes. Para conseguir cambios en las conductas y conocimientos, será necesario informar, estimular, persuadir y fomentar el juicio independiente y la participación activa de los participantes durante todo el proceso de aprendizaje.

Este primer bloque consta de tres sesiones de dos horas de duración aproximada cada una, distribuidas a lo largo del mes de noviembre. Dichas sesiones tendrán lugar en la sala de reuniones del CS de Kabiezes.

SESIÓN 1: presentación del programa + “¿Qué espero obtener de este programa? ¿Es necesario para mí?”

Presentación del programa

En la primera sesión del programa, se hará una breve presentación del mismo, se dará a conocer cómo va a estar estructurado, las actividades que se van a ir realizando a lo largo de los meses posteriores, su duración aproximada y los objetivos que se pretenden alcanzar al finalizar el programa. Asimismo, se realizará una presentación del equipo sanitario que forma parte del proyecto, así

como la presentación de cada uno de los participantes. Al finalizar la presentación, se pasará a firmar a cada uno de los miembros del grupo una hoja de responsabilidades, que se archivará. En ella, se comprometerán a participar de manera voluntaria en el programa y a asistir a las actividades. La presentación del programa tendrá una duración de 1 hora aproximada. A continuación, empezarán a trabajar las actividades del día.

“¿Qué espero obtener de este programa? ¿Es necesario para mí?”

El objetivo de esta actividad es conocer la percepción de los participantes sobre su salud. Para una correcta adhesión al programa, el participante debe ser consciente del problema de salud que padece y de la repercusión positiva que este programa puede suponer en su salud. La dinámica utilizada para llevar a cabo esta actividad será la lluvia de ideas. Cada participante escribirá en una hoja y luego leerá en voz alta lo que espera alcanzar asistiendo a las sesiones del programa y si cree necesario la realización del mismo. Este documento se puede ser de gran utilidad a la hora de planear actividades que sean de interés para los propios participantes y que previamente no se habían tomado en consideración por parte del CS.

SESIÓN 2: “¿Qué es una enfermedad crónica?” + “¿Qué puedo hacer yo por mi salud y mi enfermedad?”+ “Compartiendo experiencias”

“¿Qué es una enfermedad crónica?”

El objetivo de esta actividad es expresar la realidad sobre el concepto de enfermedad crónica, aumentar los conocimientos de los participantes, analizando sus factores determinantes y consecuencias para la salud y hacerles conscientes que los síntomas de una enfermedad crónica como la HTA pueden desaparecer con los cuidados y el tratamiento, haciendo que la persona que la padece se sienta totalmente sana. Sin embargo, la enfermedad permanece allí, no desaparece. De ahí la importancia de la adhesión al tratamiento de por vida. Utilizando una charla como recurso didáctico, desde el CS Kabiezes, se pretende promover la salud individual, entendiendo a ésta como una responsabilidad individual y no social.

“¿Qué puedo hacer yo por mi salud y mi enfermedad?”

El objetivo de este taller es hacer reflexionar a los participantes acerca de su enfermedad y su responsabilidad en el cuidado de su salud. Ante la pregunta

que se les plantea, lo interesante de esta actividad es conocer las opiniones y experiencias de otros miembros del grupo y llegar a un consenso a partir de mayor número de ideas. Los participantes al observar la conducta de los demás y las consecuencias de sus respuestas ante las circunstancias, pueden aprender nuevas respuestas o modificar las propias.

Por medio de la dinámica de grupo, los participantes desarrollarán habilidades para la resolución de conflictos, se favorecerá el diálogo, la participación activa y la crítica sobre el tema a abordar. La participación activa de los pacientes en su tratamiento, es la clave del éxito para mejorar las enfermedades crónicas. Tomar parte activa en el cuidado significa realizar aquellas actividades que nos ayuden a mantener la salud y a mejorar nuestra enfermedad.

“Compartiendo experiencias”

El objetivo de esta actividad es reunir al grupo de intervención con personas hipertensas que se enfrentan a la misma problemática desde hace tiempo, para debatir acerca del impacto que dicho problema genera en sus vidas. Se comparten experiencias, consejos, vivencias, emociones, temores, angustias, esperanzas, etc. De esta manera, se aportarán beneficios no solo al propio afectado de HTA, sino también a las personas que conviven con él y que sufren de manera indirecta su problema (familiares, amigos, cuidadores) y a los profesionales de AP a cargo de estos pacientes. Al final del taller, se les dará la posibilidad a las personas interesadas de conformar un Grupo de Ayuda Mutua (GAM) cuando finalice el programa.

SESIÓN 3: “Cumplimiento terapéutico” + “¿Qué sabemos sobre los medicamentos que tomamos?”

“Cumplimiento terapéutico”

El objetivo que se pretende alcanzar con esta charla es la adquisición de responsabilidades frente al manejo adecuado de la medicación y la concienciación del grupo de que el tratamiento farmacológico de las enfermedades crónicas no cura dichas enfermedades, pero que juega un papel importante en su control y manejo, ayudando a controlar el malestar y los síntomas.

Se considera incumplimiento del tratamiento farmacológico la falta de toma del fármaco por parte del paciente, por alguno de los siguientes 5 aspectos: falta de

conocimientos, olvido, miedo a sus efectos adversos, falta de apoyo social, familiar y sanitario, o por decisión del propio paciente. La prevalencia del incumplimiento farmacológico en España para la HTA, dislipemias, diabetes mellitus (DM), población anciana o profilaxis tuberculosa, se sitúa entre el 17 y el 67 %. La intervención sobre estos 5 aspectos, será la clave en la realización de esta actividad.

“¿Qué sabemos sobre los medicamentos que tomamos?”

El objetivo de este taller es afincar los conocimientos dados en la charla sobre el modo de actuación de los fármacos para la HTA, así como compartir las vivencias de los propios pacientes. De esta manera, las dudas que puedan surgir a algunas personas pueden ser resueltas por otras del mismo grupo, en su misma condición.

Como método didáctico se utilizará la dinámica de grupo. Se formarán grupos y se hablará sobre la medicación antihipertensiva que toma cada paciente. Se compartirán experiencias sobre posibles efectos secundarios, adhesión al tratamiento, etc.

OBJETIVO 2: reducir el riesgo cardiovascular (RCV)

Como se ha mencionado anteriormente, este objetivo quedará cubierto de manera indirecta al finalizar el Programa. Por tanto, no se han diseñado actividades específicas para cubrirlo.

OBJETIVO 3: incrementar consumo de alimentos saludables y actividad física

Para alcanzar el objetivo 3 en lo que se refiere a conseguir una alimentación saludable, se ha propuesto este bloque, correspondiente, que se distribuirá en 2 sesiones, de 2-3 horas de duración cada una. Los talleres de este bloque se realizarán durante el mes de diciembre en una sala que Mamariga Kulturgunea nos ha cedido.

Existen evidencias entre la relación de los factores nutricionales y de ciertas enfermedades muy comunes. Así pues, una alimentación adecuada es la llave para tener una buena salud y calidad de vida pero, como contrapartida, una mala alimentación juega un papel relevante en numerosos procesos crónicos como cardiopatía isquémica, accidente cerebro vascular, hipertensión arterial y DM,

además de la obesidad. También participa en el desarrollo de otros problemas, como de algunos cánceres, osteoporosis, estreñimiento, anemias, etc. (CEAPA, 2012).

Por otra parte, para dar respuesta al objetivo 3 en lo referente a actividad física, se propone un tercer y último bloque correspondiente a actividad física. Constará de 3 sesiones realizadas al aire libre, de 2-3 horas de duración cada una de ellas, que se realizarán en el mes de enero y una salida al monte de todo el día para el mes de febrero.

La actividad física ayuda a bajar de peso, quema grasas, disminuye el nivel de colesterol, mejora la circulación, disminuye el nivel de estrés y disminuye la tensión arterial. Se recomienda realizar ejercicios aeróbicos (correr, bicicleta, natación, etc.) de 30 a 45 minutos al día, 3-6 veces por semana.

SESIÓN 4: “La medicina de la cocina” + “Qué bueno, qué sano, qué fácil”

“La medicina de la cocina”

El objetivo de la actividad es identificar los beneficios de la alimentación equilibrada en el manejo de la enfermedad. Para promover el aprendizaje del grupo, se ha elegido la charla como método.

A pesar de estar científicamente demostrada la relación directa entre los hábitos alimenticios saludables y su beneficio para la salud, en la práctica, podemos encontrarnos con una dificultad, el desconocimiento de cómo preparar el alimento. En este taller, se hará hincapié en ciertos aspectos, como la dieta mediterránea y la importancia del uso de aceite de oliva virgen en la cocina.

“Qué bueno, qué sano, qué fácil”

Cocinar de forma saludable no significa invertir grandes cantidades de dinero. Por eso, a través de una actividad práctica, como es un taller de cocina, los participantes conocerán los alimentos y la forma de prepararlos, de una manera saludable, mejorará su alimentación, sin modificar en exceso la manera de comer de la familia.

La sociedad española de hipertensión-Liga española para la lucha contra la hipertensión arterial (seh-Ielha), ofrece en su web “El club del hipertenso” un espacio para la cocina. En ella, aparte de recetas con bajo contenido en sodio, se pueden encontrar recomendaciones a la hora de elaborar la comida,

condimentos que se pueden utilizar para aromatizar los platos en lugar de la sal y recomendaciones nutricionales. Durante esta sesión y la de la semana siguiente, se dará a conocer esta web a los participantes y aprenderán a elaborar platos de una manera saludable y equilibrada, de cara a las navidades.

SESIÓN 5: “Qué bueno, qué sano, qué fácil” cont.

“Qué bueno, qué sano, qué fácil”

Segunda sesión del taller de cocina.

SESIONES 6, 7 Y 8: “Desde Santurce a Bilbao”

“Desde Santurce a Bilbao”

Caminata llana de 14 km, que recorre como la popular canción el recorrido Santurce-Bilbao siguiendo la trayectoria de la Ría del Nervión. Su objetivo principal es crear el hábito de hacer ejercicio, a la vez que se disfruta de un paisaje agradable que les pueda motivar. Por otro lado, se elige un terreno llano, de menor dificultad, para entrenar a los participantes y que tras la realización de estas 3 sesiones, sean capaces de realizar otra caminata, pero esta vez con pendiente.

La duración de este paseo completo es de 3-4 horas, pero se dividirá en 3 sesiones de 2-3 horas cada una, para completarlo por tramos, de la siguiente manera:

- Primer día: Metro Santurtzi-Horno alto (4 km)
- Segundo día: Horno alto-Lutxana (4 km)
- Tercer día: Metro Lutxana-Museo marítimo de Bilbao (4 km)

SESIÓN 9: Excursión al Serantes

Excursión al Serantes

Mediante este taller se pretende motivar a los participantes en la práctica habitual del ejercicio físico. El método elegido en este caso es la subida a un monte.

La última actividad del Programa consiste en una caminata de 10 km desde Santurce hasta la cima del monte Serantes (451 m). Se trata de un paseo de mayor dificultad que el de Bilbao, ya que existe una mayor pendiente y tiene una

duración de 3 horas aproximadas. Se hará en 2 etapas, de ascenso y de descenso, parando a comer entre medias.

OBJETIVO 4: reducir dependencia del sistema sanitario

Al igual que con el objetivo 2, el objetivo 4 quedará cubierto tras la finalización del Programa. No se han diseñado actividades específicas para el mismo.

3.2 Equipo que conforma el proyecto

El equipo profesional que forma parte de este programa es un equipo interdisciplinario, conformado por un grupo de personas provenientes de diversas disciplinas, que han trabajado y seguirán trabajando juntos uniendo criterios, con un mismo fin, el de la promoción de la salud en el manejo adecuado de la HTA. Dicho equipo consta de 6 personas: 2 enfermeras, 2 nutricionistas, 1 médico y un farmacéutico. A continuación se detallan las funciones de cada miembro.

Enfermera: se encargará de realizar los seguimientos a los participantes en la consulta de enfermería, de la recogida de datos previa al comienzo del programa, así como del análisis de los mismos. Además, participará en las sesiones 1, 2, 6, 7, 8 y 9, como docente y como acompañante.

Nutricionista: será el encargado de las sesiones 4 y 5 de alimentación, correspondientes a la charla sobre alimentación saludable y a los 2 talleres de cocina.

Médico: participará junto a la enfermera en las sesiones de actividad física (6, 7, 8 y 9), para asegurar la asistencia médica en caso de que fuera necesaria.

Farmacéutico: se encargará de la parte farmacológica del programa (sesión 3).

4. BENEFICIOS E INOVACIONES ESPERADOS DEL PROGRAMA

Como se ha mencionado anteriormente, la HTA es la patología de mayor prevalencia en la CAPV y supone el motivo de consulta más frecuente en AP. Además, las complicaciones derivadas de esta enfermedad crónica suponen un gasto económico importante para el sistema sanitario.

La persistencia de una tensión arterial elevada se considera uno de los principales factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. A su vez, los estilos de vida no saludables producen un incremento en la probabilidad de padecer dichas enfermedades. La AP es el lugar indicado para poder detectar y tratar estos factores de riesgo y de esta manera disminuir las consecuencias en el organismo de esta patología.

La implementación de este Programa de Promoción para recién diagnosticados de HTA en el municipio de Kabiezes, siempre y cuando los resultados obtenidos sean los esperados, puede suponer una herramienta para mejorar el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial de Kabiezes, pudiendo ser adaptado más adelante a otras poblaciones. La inclusión de la alimentación equilibrada y la actividad física como parte de la vida diaria, se traduce en una mayor calidad de vida del paciente y en un correcto uso de los servicios sanitarios. Todo ello supondría un uso más eficiente de los recursos.

5. BIBLIOGRAFIA

Aguiló Pastrana E, López Martín M. (1999). Actividades Comunitarias desde la Atención Primaria: Descripción, análisis y reflexiones. Disponible en: http://www.procc.org/pdf/AP2.Actividades_comunitarias_desde_AP.1er_Encuentro_PACAP.pdf

Ayuntamiento de Santurtzi. (2011). Observatorio socioeconómico. Ed. nº 2. Disponible en: http://www.santurtzi.net/es-ES/Documents/OBSERVATORIO_SOCIOECONOMICO_2011.pdf

Casado Pérez S. (2009). Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y de la Fundación BBVA. 12:121-129. Bilbao: Editorial Nerea, S.A.

CEAPA. (2012). Guía para la promoción de hábitos saludables y prevención de la obesidad infantil dirigida a las familias. Madrid.

Cofiño Fernández R, Álvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, et al. (2005). Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios? Atención Primaria. 35(9):478-483.

Colomer Revuelta C, Álvarez-Dardet Díaz, C. (2000). Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Elsevier.

Diez Roux AV. (2003). Residential Environments and Cardiovascular Risk. Urban Health 2003; 80(4):569-589.

Encuesta de Salud de la C.A del País Vasco. (2013). Departamento de Sanidad y Consumo. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkpubl01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_publicaciones.html#encuestasalud

Encuesta de salud de la C.A del País Vasco. (2007). Departamento de Sanidad y Consumo. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-20319/es/contenidos/informacion/encuesta_salud_publicaciones/es_escav/adjuntos/Encuesta%20salud%202007.pdf

Esnaola S, Montoya I, Calvo M, et al. (2010). Atlas de mortalidad en áreas pequeñas de la CAPV (1996-2003). Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo. Disponible en:

http://www.osasun.ejgv.euskadi.net/r5220726/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/atlas_mortalidad.pdf

Gallegos Cabriales E. (1998). Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las Capacidades de Auto-cuidado. Desarrollo científico de Enfermería; 6. (9): 260-266.

Huerta Robles B. (2001). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Archivos de cardiología de México. 71 (Supl 1):S208-S210.

Hyde A. Lohan M. McDonnell O. (2004) Sociology for Health Professionals in Ireland. Dublin: Institute Of Public Administration.

Lip Gregory Y.H, Lee W.K. (2003). The Year in Hypertension. Clinical Publishing Services. Informa Healthcare.

Macintyre S, Elleway A, Cummins S. (2002). Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? Soc Sci Med, 55:125-139.

Ministerio de la protección social. Colombia. Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. Disponible en: <http://www.slideshare.net/oalomar/oal-min-social-guia-de-hipertension-arterial#>

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de la Salud. Declaración de Alma Ata. Disponible en: http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1985). Targets for Health for All by the Year 2000. Ginebra: WHO.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1996). Control de la hipertensión. Informe de un Comité de Expertos de la OMS. Serie de Informes Técnicos nº 862. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2002). Reducing risks, promoting healthy life. Ginebra: WHO. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_WHR_02.1.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2013). Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Ginebra: WHO. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

Orueta JF, García-Álvarez A, Alonso-Morán E, et al. (2013). Socioeconomic variation in the burden of chronic conditions and health care provision: Analyzing administrative individual level data from the Basque Country, Spain. BMC Public Health, 13:870: [11 p.]. DOI:10.1186/1471-2458-13-870.

Salud Poblacional-Osagin. Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkosag05/es/contenidos/informacion/indica_socioeco_zbs_2001/es_priv/index.html

Osakidetza. (2007). Guía de práctica clínica sobre hipertensión arterial. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/v19osk0028/es/contenidos/informacion/osk_publicaciones/es_publi/adjuntos/guias/hipertensionArterialResumen.pdf

Políticas de Salud para Euskadi 2013-2020. (2013). Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Disponible en: <http://www.euskadi.net/ejgvbiblioteca>

Sáez M, Barceló MA. (2012). Coste de la hipertensión arterial en España. Hipertensión. 29 (4):145-151.

Sánchez Isla JR, Pérez Ovejero LM. (2009). Prevalencia de hipertensión arterial en población mayor de 60 años participante de un programa actividad física. Enfermería en cardiología nº 47-48.

Segura A, Marrugat J. (2009). Libro de la salud cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y de la Fundación BBVA. 10:101-110. Bilbao: Editorial Nerea, S.A.

Stronks K, Van de Mheen HD, Looman CWN, et al. (1996). Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology of Health & Illness*, 18(5):653–674.