

Diplomado de Profundización Gestión de la Salud Pública

Unidad 4: Tarea 4 - Propuesta para Intervenir un Problema de Salud

Jaime León Martínez

Mónica Yamile Delgado

Martha Julitza Fonseca

Ellys Davi Cuellar

Carlos Eduardo Henao

Director de curso: Magda Gioanna Cruz Suarez

Grupo: 6

Universidad Nacional Abierta y a Distancia - UNAD

Escuela de Ciencias de la Salud

Administración en Salud

Noviembre de 2019

Tabla de contenido

Título	4
Presentación del problema.....	5
Causas.....	6
Principales grupos de población afectados por el problema.....	6
Fundamentación de la propuesta	10
Marco teórico.....	10
Relevancia	12
Análisis de situación.....	14
Objetivos de la propuesta	18
Objetivo general	18
Objetivos Específicos	18
Actores involucrados	19
Estrategias.....	20
Resultados esperados	21
Bibliografía.....	22

Lista de Tablas

Tabla 1: resultados esperados21

Título

Modificar los hábitos de vida que afectan la salud de la población entre los 15 y 60 años en el Departamento de Nariño, disminuyendo los riesgos de padecer Hipertensión Arterial

Presentación del problema

La problemática encontrada en el ASIS de Nariño, es la Hipertensión Arterial, es una enfermedad crónica en la que la presión de la sangre en las arterias es mayor de lo normal. En municipio de San Juan de Pasto, la prevalencia de la hipertensión es muy alta y ocasiona un número apreciable de incapacidades y muertes en nuestra población. La prevalencia de la hipertensión secundaria oscila entre 1% y 5% de la población total hipertensa. Si analizamos las tasas de mortalidad específica por hipertensión en la región, nos encontramos con limitaciones notorias, algunas de ellas debidas al subregistro de defunciones y otras inherentes a la dificultad de clasificar las muertes con relación a la hipertensión. En este estudio encontramos que la tasa de mortalidad por hipertensión, en poblaciones de 15 a 74 años de edad, es de 29,3 por 100.000 habitantes, (ASIS, 2017. pág,51); según el Plan Territorial de Salud año 2012 – 2015. Si analizamos esta cifra nos podemos dar cuenta que la tasa de mortalidad es extremadamente alta en nuestro municipio.

Según el ASÍS (2017, pag. 82), en Pasto, se observó que en el año 2017 la prevalencia de hipertensión arterial estimada, fue de 6,08, constituyéndose este evento como uno de los principales factores de riesgo determinantes de la mortalidad cardiovascular; Siendo notorio que las tasas de mortalidad debidas a las enfermedades cardiovasculares revela cifras elevadas, atribuibles por un lado a los malos hábitos de vida de las personas de mi región y por otro, a una deficiente atención primaria, preventiva para esta enfermedad.

Según el (DANE, 2016) en Colombia en 2016 murieron 3.400 personas por Hipertensión y en Nariño por Enfermedad Cardíaca Hipertensiva 201 y por Hipertensión Esencial (Primaria) 170.

Causas

Muchos factores pueden afectar la presión arterial, incluso:

- La cantidad de agua y de sal que usted tiene en el cuerpo
- El estado de los riñones, el sistema nervioso o los vasos sanguíneos
- Sus niveles hormonales

Otros riesgos:

- Es afroamericano
- Es obeso
- Ansiedad
- Alcohol
- Consume demasiada sal
- Tiene un antecedente familiar de hipertensión arterial
- Tiene diabetes
- Fuma

La hipertensión causada por otra afección o por un medicamento que esté tomando se denomina hipertensión secundaria. (Masso, 2018, pág. 1)

Principales grupos de población afectados por el problema

En Pasto donde la herencia biológica y cultural es marcada, donde se transmiten a las distintas generaciones normas, valores e identidades. Es el espacio donde se localizan las acciones de

todas las instituciones sociales, por lo que las acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del hombre, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países y regiones. En el reconocimiento general de un paciente debería ocupar un lugar absolutamente principal las diferentes relaciones que éste sostiene en el seno de su familia, en su trabajo, en su barrio y en su comunidad en general. Su salud será, digámoslo así, proporcional al grado de integración, participación y contribución al conjunto del organismo mayor que lo contiene. Las afecciones coronarias, no pueden entenderse ni comprenderse cabalmente sin apelar al estudio de las relaciones que las personas sostienen con las comunidades donde habitan. Los modos como se encaren las relaciones con los distintos ámbitos donde discurre nuestra vida, son determinantes para el desarrollo de la salud y para la aparición de distintos cuadros patológicos. Al hablar de salud tenemos que considerarla como un proceso donde es necesaria la participación activa del individuo, la familia y la comunidad y, por tanto, es una construcción colectiva, donde existen derechos y deberes. Para las enfermedades crónicas –representadas fundamentalmente por las cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y cardiopatía isquémica, la hipertensión arterial es un factor de riesgo relevante. En las personas de nuestro municipio que padecen de esta enfermedad inciden diversos factores, como: falta de apoyo familiar, desconocimiento por la familia de aspectos de la enfermedad, no adherencia al tratamiento, inasistencia a consulta, escasa promoción de salud, tratamiento incorrecto y enfermedad concomitante.

En este estudio, el personal pretende determinar los elementos influyentes en la conducta del enfermo, para producir cambios positivos en los estilos de vida insanos, como el hábito de fumar, el sedentarismo, el alcoholismo, la dieta inadecuada, el estrés, entre otros; los cuales favorecen el

desarrollo de cifras tensionales elevadas, en cuyo control deben estar implicados los sistemas de salud, organizaciones y toda la sociedad, para lo cual se requiere la colaboración activa de toda la familia y la comunidad; por ello nos propusimos en este trabajo caracterizar el papel del individuo, la familia, la comunidad y la relación médico-familia en el control de la hipertensión arterial de esta manera el individuo frente la enfermedad debe aceptar su estado de salud, seguir el tratamiento farmacológico formulado por su médico y llevar un control adecuado de sus signos para monitorear su patología.

La familia debe tratar de orientar al familiar afectado por la HTA, a seguir el tratamiento y ayudarle a monitorear que realmente se adhiera a su tratamiento. Mirar algún signo o síntoma de enfermedad y promover y motivar su tratamiento y cuidado.

La comunidad en procura de propender por realizar actividades físicas y promover estilos de vida saludable en su localidad, para contribuir con la mejora de la salud de las personas propensas a desarrollar alguna patología o mejorar su condición de salud.

Para el sistema de salud sería importante actuar en acciones que propendan por promocionar y prevenir las enfermedades que, por curarlas, ya que esto ahorraría mucho dinero en medicación, procedimientos y otras intervenciones y estancias prolongadas en hospitalización.

Por lo tanto, es importante la participación de las administraciones sanitarias en la enfermedad del paciente, pues estas son conscientes en la actualidad de que el paciente bien informado aporta muchos beneficios a todas las partes implicadas en el proceso de su enfermedad, cuanta más información tiene el paciente, mejor sigue el tratamiento, mejor afronta su enfermedad y entiende las indicaciones del médico y los profesionales sanitarios que le atienden. A este hecho, hay que añadir que existe una mayor demanda de información por parte

de todas las personas, de manera que, además de los propios pacientes, participen en el proceso de la enfermedad sus familiares, amigos y gente cercana. Ello supone un gran beneficio para el paciente porque le ayuda a entender y llevar mejor su enfermedad

“La hipertensión arterial es el motivo de consulta más frecuente en la población general, especialmente en mayores de 45 años de ambos sexos, para los mayores de 65 años, la diabetes, la hipertensión, y las enfermedades isquémicas del corazón se encuentran entre las diez primeras causas de consulta de los servicios de urgencias”. (IDS, 2016) citado por Min de Salud (2017, pag. 3)

Tratamiento

Según el Ministerio de salud de Colombia, una vez establecido el diagnóstico definitivo de hipertensión arterial, el tratamiento de elección puede ser no farmacológico o farmacológico de acuerdo al estado de la hipertensión y los factores de riesgo asociados.

Cuando se va iniciar tratamiento la persona debe ser informada ampliamente sobre la hipertensión arterial, cuales son las cifras de presión arterial que maneja, cuales son los factores de riesgo identificados, cuales son las acciones protectoras, el tratamiento, los efectos secundarios y las posibles complicaciones.

Es importante en el tratamiento de la hipertensión arterial disponer de un equipo de salud interdisciplinario (médico, personal de enfermería, nutricionista, psicólogos, etc.), capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y atención oportuna de la hipertensión arterial

Fundamentación de la propuesta

Marco teórico

“La hipertensión arterial, el término médico para la presión arterial alta, es conocida como "la asesina silenciosa". Casi 78 millones de estadounidenses (33 % de la población) padece presión arterial alta y unos 16 millones de personas ni siquiera saben que la presentan. Sin tratamiento, la tensión arterial alta aumenta apreciablemente el riesgo de un ataque al corazón o un accidente cerebrovascular (ataque cerebral)”. (Briones E, 2016, pág. 1030)

“Cabe añadir que el corazón bombea sangre a través de una red de arterias, venas y vasos capilares. La sangre en movimiento empuja contra las paredes de las arterias y esta fuerza se mide como presión arterial. Ahora bien, la presión arterial alta es ocasionada por el estrechamiento de unas arterias muy pequeñas denominadas arteriolas, que regulan el flujo sanguíneo en el organismo. A medida que estas arteriolas se estrechan (o contraen), el corazón tiene que esforzarse más por bombear la sangre a través de un espacio más reducido, y la presión dentro de los vasos sanguíneos aumenta”. (Briones E, 2016, pág. 1030)

“Después de numerosas investigaciones, en 1989 la OMS y la Sociedad Internacional de Hipertensión Arterial incluyeron, por primera vez, la recomendación de realizar ejercicio físico entre las medidas no farmacológicas destinadas a disminuir los valores de tensión arterial. Desde entonces la mayoría de los estudios coinciden en su utilidad para el tratamiento y la prevención de esta enfermedad”. (Briones E, 2016, pág. 1030)

“Así mismo son efectivos los programas que incluyen actividades como caminar, bailar, correr, nadar y montar en bicicleta, de 30 a 60 minutos al día y al menos de 3 a 5 días por semana. Bien realizados, estos ejercicios pueden llegar a reducir los valores de tensión arterial en personas hipertensas, hasta situarlos en el rango normal.” (Briones E, 2016, pág. 1030)

“La presión arterial está determinada por el gasto cardíaco y las resistencias periféricas totales; la reducción de la presión asociada al entrenamiento físico se encuentra mediada por una o ambas de estas variables, pero normalmente ocurre por la disminución de las resistencias periféricas, ya sea por: a) dilatación del lecho vascular arterial periférico durante el ejercicio, con reducción de las resistencias periféricas, en individuos con hipertensión arterial y arteriolar; o b) reducción de las cifras de presión arterial tras el ejercicio, en la fase de recuperación, ligeramente por debajo de las de inicio. Estas reducciones son mediadas por mecanismos neurohumorales y de adaptación estructural, que alteran la respuesta del estímulo vasoactivo”. (Moraga C., 2008, pág. 20)

Cabe señalar que la falta de ejercicio, mejor conocida como sedentarismo, es un importante factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades, como la hipertensión arterial, arteriosclerosis, obesidad y diabetes mellitus. De manera que la práctica regular de alguna actividad física es tan beneficiosa, que debe convertirse en parte de la vida diaria y en un hábito como comer, dormir o trabajar, porque mejora la mente y el cuerpo, permite el control del peso corporal, con lo cual se evita la obesidad y se previene y controla la diabetes mellitus debido a la disminución de la ganancia ponderal y, consecuentemente, a la normalización de los niveles de glucemia (concentración de azúcar en la sangre) y de colesterol; con ello se previene la arteriosclerosis y el infarto, además de que se regulan las cifras tensionales, se alivia el estrés y se previene y reduce la depresión. (Gomez R, Monteiro H, Cossio M, Fama D, Zanasco A, 2010, pág. 381)

“Existe un consenso universal en cuanto a la utilidad del ejercicio como parte de la terapia en los pacientes hipertensos, pero para ello es necesario un adecuado conocimiento de la hipertensión arterial de cada afectado y de las características de los diferentes tipos de deporte. De hecho, se deben tomar precauciones al realizarlos, como ingerir la cantidad adecuada de agua

para permanecer hidratado y evitar los ejercicios de gran intensidad, puesto que elevan la tensión arterial”. (Briones E, 2016, pág. 1031).

Relevancia

Según (OPS/OMS, 2017) “Entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión, apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional: sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada”.

La OMS, (Organización Mundial de la Salud, 2015) indica que “a nivel mundial, más de uno de cada cinco adultos tiene la tensión arterial elevada, un trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Complicaciones derivadas de la hipertensión son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo”.

En el documento anterior se encuentra que “En casi todos los países de ingresos altos, el diagnóstico y tratamiento generalizado de esas personas con medicamentos de bajo costo ha propiciado una reducción significativa de la proporción de personas con tensión arterial elevada, así como de la tensión arterial media en todas las poblaciones, lo que ha contribuido a reducir la mortalidad por enfermedades del corazón. Por ejemplo, el 31% de los adultos en la Región de las Américas de la OMS padecía tensión arterial elevada en 1980, en comparación con 18% en 2014”.

En los países en desarrollo, muchas personas con hipertensión no saben que la padecen ni tienen acceso a los tratamientos que podrían controlar su tensión arterial y reducir significativamente su riesgo de defunción y discapacidad por cardiopatía o accidente

cerebrovascular. Diagnosticar, tratar y controlar la hipertensión es una prioridad de salud en todo el mundo.

Análisis de situación

“La categoría de género constituye, en sí misma, un determinante estructural, en tanto atributo que contribuye a configurar la salud de varones y mujeres en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos”. (Ofman S, Pereyra C, Cófreces P, Stefani D, 2016, pág. 264)

En el mismo documento encontramos que “Paralelamente, cabe mencionar que al revisar la literatura científica queda claro que las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo han sido considerados, tradicionalmente, como enfermedades “masculinas”. Esta situación se debió no solo al hecho de que históricamente se registrara una mayor prevalencia de estas enfermedades en varones, sino también debido a que el perfil psicosocial del paciente coronario estuvo asociado a las características de personalidad y al estilo de vida habitualmente ligado a la masculinidad”.

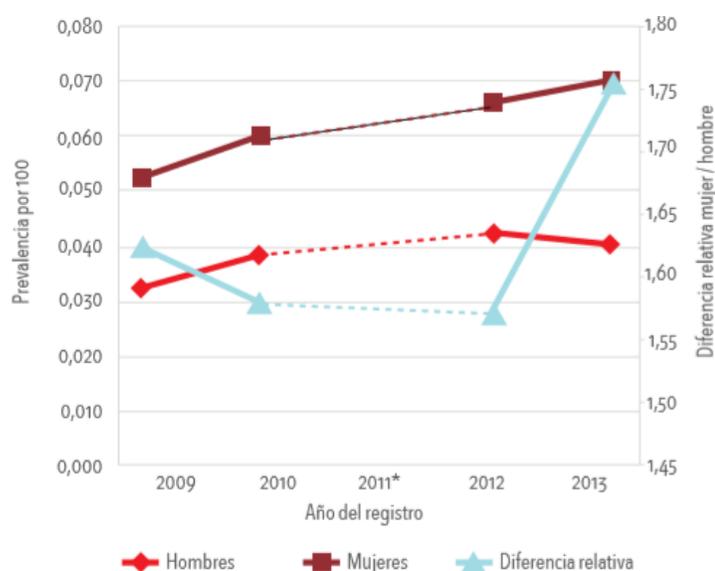
“Según *National Health and Nutrition Survey* (NHANES), se observa un mayor porcentaje de HTA en hombres que en mujeres hasta los 45 años, entre los 45 años y los 64 años se equiparan y después de esta edad es mayor el porcentaje de mujeres con HTA. De acuerdo con la edad, su prevalencia llega hasta un 38% entre las personas entre 50-59 años, 51% entre 60-69 años y más de 66% en mayores de 70 años (~75% en mujeres)”. (Urrea J, 2018, pág. 14).

El mismo documento hace referencia a los aspectos fisiopatológicos como se enuncia a continuación:

“Aspectos fisiopatológicos que hacen diferente la expresión de la hipertensión arterial en la mujer aunque no se profundizará en este aspecto, deben tenerse en cuenta las siguientes circunstancias:

El 17- β estradiol tiene un efecto vasodilatador, anti proliferativo y antioxidante por efecto β -adrenérgico y de óxido nítrico en la mujer premenopáusicas. Este efecto protector se pierde en la menopausia, asociado a un aumento en la resistencia a la insulina que lleva a los cambios en el peso.

Las mujeres tienen el gasto cardiaco 10% más alto, en tanto que un 10% menos de resistencia vascular sistémica, lo que lleva a una presión de pulso más elevada y frecuencia cardiaca mayor (retorno rápido de la onda de pulso y menor período diastólico). Esta tendencia fisiológica puede explicar una mejor tolerancia vascular a la lesión, sin embargo, no se han descrito aún estos mecanismos protectores/deletéreos para la enfermedad cardiovascular”.(pág 18)



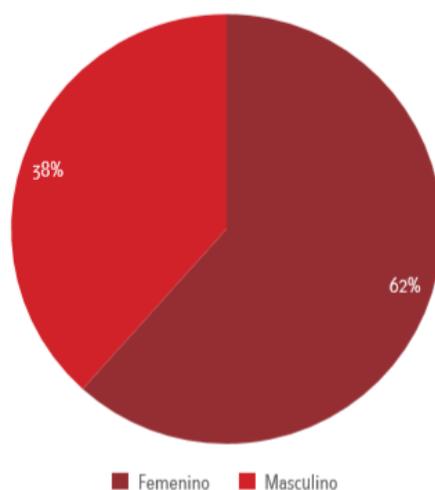
Fuente: (Cuenta de Alto Costo, 2018)

La pre-eclampsia, la eclampsia y la hipertensión inducida por el embarazo no se discutirán en esta revisión. Se considera que la HTA inducida por anticonceptivos orales en mujeres menores de 45 años, es más un predictor de HTA en la postmenopausia y por tanto debe considerarse también como marcador de riesgo para su desarrollo.

Las aparentes diferencias, relativas al género, en las enfermedades y la ausencia de conocimiento sobre los mecanismos biológicos básicos ha sido los dos objetos de estudio de esta investigación.

Las pruebas calculan las características hormonales de los componentes involucrados en la HTA de hombres y mujeres.

Los investigadores descubrieron entre un 30 y un 40 % más de enfermedades cardiovasculares en mujeres comparadas con hombres del mismo nivel de HTA. Además, había diferencias significativas en el sistema cardiovascular de las mujeres, incluidas en los tipos y niveles de hormonas involucradas en la regulación de la presión sanguínea, que contribuyen a que aparezcan graves y frecuentes enfermedades cardíacas. "La comunidad médica pensó que la HTA era igual para ambos sexos y los tratamientos estaban basados en esa premisa", declaró Carlos Ferrario, médico y profesor de cirugía de Wake Forest Baptist y autor principal del estudio. "Este es el primer estudio que considera el género de la persona como un elemento importante a la hora de establecer el tratamiento".



Fuente: (Cuenta de Alto Costo, 2018)

El trabajo evaluó a 100 hombres y mujeres de 53 años o más con HTA, que no habían recibido tratamiento previo ni tenían enfermedades graves. Fueron analizados a través de diversas pruebas especializadas que indicaban si los vasos sanguíneos del corazón o la sangre estaban involucrados en un aumento de la presión de la sangre. (Finlay, 2014, pág. 294)

Objetivos de la propuesta

Objetivo general

Realizar una propuesta para modificar los hábitos de vida que afectan la salud de la población entre los 15 y 60 años en el Departamento de Nariño, disminuyendo los riesgos de padecer Hipertensión Arterial

Objetivos Específicos

Identificar la problemática central del riesgo de padecer Hipertensión Arterial en la edad de 15 y 60 años en el Departamento de Nariño.

Plantear tratamientos no farmacológicos, mejorando los hábitos de vida que afectan la salud de la población entre los 15 y 60 años en el Departamento de Nariño.

Proponer estrategias de intervención para mejorar los hábitos de vida que afectan la salud de la población entre los 15 y 60 años en el Departamento de Nariño.

Actores involucrados

Instituciones prestadoras de salud (IPS): quince acciones, entre las cuales se destacan cumplir con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (SOGCS); implementar mecanismos de mejoramiento continuo de las acciones de promoción de la salud, prevención, atención y rehabilitación; asegurar formación continua del talento humano; cumplir con las normas técnicas de eventos de interés en salud pública e implementar los lineamientos técnicos dispuestos por el MSPS para la atención de las dimensiones prioritarias y transversales del plan a través de sus tres líneas operativas.

Entidades promotoras de salud (EPS): 25 acciones, entre las cuales se destacan hacer el análisis de la situación en salud de su población afiliada, adaptar el PDSP y Plan Territorial de Salud para la formulación del Plan Institucional de Salud, brindar asesoría a las IPS que hacen parte de su red, incorporar la medición de indicadores, fortalecer procesos para la mejoría del acceso y la calidad de los servicios, generar la información requerida por el Sistema de Información de Salud, promover conocimiento de derechos y deberes de la población a su cargo e implementar las directrices dispuestas por el MSPS.

Comunidad: La realización de acciones para consolidar una cultura saludable, la participación en la construcción del Plan Territorial de Salud, en acciones para exigir a las autoridades responsables modificar los DSS, en el Sistema de Vigilancia en Salud Pública como fuente informal de datos y en el control social.

Estrategias

Difundir una circular a través de los diferentes medios masivos de comunicación del Departamento, invitando y motivando a todos los adultos a tomarse la HTA en los puestos de salud de su jurisdicción o sitio más cercano

Planeación y concertación con los diferentes actores existentes en el nivel Municipal, el cual debe contar el apoyo del Alcalde Municipal, Gerente de las ESE e IPS y Director Local de Salud

3.- Promoción de mensajes claves a través de estrategias de Educación, Comunicación y Movilización Social que promuevan la práctica en Hábitos y Estilos de Vida Saludable, como son: consumo de frutas y verduras, reducción del consumo de sal y alimentos altos en sodio como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete, y realización de por lo menos 30 minutos diarios de actividad física, con el fin de ayudar al mantenimiento de un corazón saludable.

En Coordinación con las Empresas Promotoras de Salud hoy Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), que se encuentren en el nivel territorial Ubicar puestos de control para medir la presión arterial donde de igual forma se promueva el conocimiento de los factores de riesgo para adquirir Enfermedades Crónicas no trasmisibles (se recomienda hacerlo de forma extramural)

Entrega de Material de IEC (folletos, y material de Promoción de la Salud prevención)

Realizar una maratón bailable durante el día de la celebración, dirigida a diferentes grupos de población con diferentes ritmos propios a cada grupo de edad.

Promover la participación activa de todos los sectores en el desarrollo de estas actividades (Educación, Policía, ICBF, Grupos de Adulto Mayor etc.) incluir al sector Educativo para fomentar hábitos y Estilos de Vida Saludable en el ámbito escolar.

Resultados esperados

Se espera que todas las personas involucradas en el proyecto se puedan acoger a las actividades que se van a realizar, para que así mejoren sus estilos de vida y puedan prevenir cuadros altos de presión arterial, la idea es que con el transcurrir del tiempo si estas personas siguen las indicaciones puedan tener un mejor futuro y así mejorar al 100 % su presión arterial, a tal punto que sus niveles se normalicen totalmente.

Tabla 1: resultados esperados

Resultados esperados	Indicador	Beneficiario
Verificar cuantas personas se tomaron la presión en un puesto de salud identificado	Adultos total en consulta /adultos que se tomaron la presión * 100	Adultos
Difundir hábitos saludables y realizar encuestas para medir nivel captación de buenos hábitos	Total de personas involucradas/personas que siguen buenos hábitos*100	Todas las personas involucradas
Socializar acciones deportivas para combinar buenos estilos de vida con el deporte	Total de personas involucradas/personas que hacen deporte*100	Todas las personas involucradas
Mejorar el conocimiento y control de la hipertensión	Total de personas 100% concientizadas de la importancia	Todas las persona involucradas

arterial (HTA) en la ciudad de Pasto, en la población objetivo de la investigación,	de llevar buenos hábitos de alimentación,	
---	---	--

Bibliografía

- Briones E. (2016). Ejercicios físicos en la prevención de hipertensión arterial. *Medisan*, 20(1), 1029-3019. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100006
- Cuenta de Alto Costo. (2018). Boletín de información técnica especializada. 4(8). Obtenido de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/boletines/2018/CAC.Co_2018_05_16_BolTec_V4N08_DM_Hipertension_v.0.0.pdf
- DANE. (Diciembre de 2016). DANE. Obtenido de DANE: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/2017/22-diciembre-2017/nofetales2016/causas_defuncion_2016def.xls
- Finlay. (2014). Hipertensión arterial: Diferencias entre sexos en las causas de la hipertensión arterial. *Revista de enfermedades no transmitibles*, 293-305. Obtenido de <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/announcement/view/617>
- Gomez R, Monteiro H, Cossio M, Fama D, Zanesco A. (2010). El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. *Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 379-386. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000300011
- IDS. (16 de Mayo de 2016). IDS. Obtenido de IDS: <http://www.idsn.gov.co/index.php/noticias/2726-conozca-sus-numeros-valore-su-riesgo-17-de-mayo-dia-mundial-de-la-hipertension>
- Masso, J. (12 de Abril de 2018). *QuironSalud*. Obtenido de QuironSalud: <https://www.quironsalud.es/blogs/es/corazon/causas-efectos-hipertension-arterial>
- Moraga C. (2008). Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial. *Costarricense de Cardiología*, 10(1-2), 1409-4142.
- Ofman S, Pereyra C, Cofreces P, Stefani D. (2016). Invariancia de la categoría de género en las diferencias conductuales en salud en hipertensos. *Cubana de Salud Pública*, 261-275. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2016.v42n2/261-275>
- OPS/OMS. (Mayo de 2017). OPS/OMS. Obtenido de OPS/OMS: https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=2752:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=487
- Organizacion Mundial de la Salud. (septiembre de 2015). WHO. Obtenido de WHO: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
- Urrea J. (2018). Hipertensión arterial en la mujer. *Colombiana de Cardiología*, 25(1), 13-20. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302590>

