



**Programa de intervención en  
atención primaria sobre  
ACTIVIDAD FISICA y  
AUTOCUIDADOS en personas con  
riesgo cardiovascular**

---

Trabajo Fin de Máster en Salud Publica

***Autora:*** Nuria Palacios Hernando

***Tutora:*** Inés Aguinaga Ontoso

**UPNA 2011-12**

El presente trabajo titulado “Programa de intervención en Atención Primaria sobre Actividad Física y Autocuidados en personas con riesgo cardiovascular” que opta para el título Máster Universitario en Salud Pública ha sido revisado y aprobado por la tutora Inés Aguinaga.

Fdo. Inés Aguinaga

Pamplona, 17 de septiembre de 2012

# INDICE

1. INTRODUCCION	
1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA _____	pág.4
1.2 ADECUACION AL PLAN DE SALUD DE NAVARRA _____	pág.9
2. OBJETIVOS	
2.1 OBJETIVO GENERAL _____	pág. 20
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS _____	pág. 20
3. DESARROLLO Y EJECUCION DEL PROGRAMA	
3.1 POBLACION DE REFERENCIA _____	pág.21
3.2 CRONOGRAMA _____	pág.22
3.3 ACTIVIDADES DEL PROGRAMA PARA CADA OBJETIVO _____	pág.24
4. RECURSOS HUMANOS, MATERIALES Y FINANCIEROS	
4.1 EQUIPO QUE DESARROLLA EL PROYECTO _____	pág. 45
4.2 RECURSOS DISPONIBLES _____	pág. 45
4.3 PRESUPUESTO ESTIMADO SEGÚN RECURSOS _____	pág. 46
5. DOCUMENTACION DE AUTORIZACION	
5.1 INFORME DE SOLICITUD PARA AUTORIZACION _____	pag.47
5.2 DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO _____	pag.48
6. INFORMACION Y DIVULGACION EN LA POBLACION _____	pág. 49
7. EVALUACION DEL PROCESO Y DE LOS RESULTADOS _____	pág.50
8. BIBLIOGRAFIA _____	pag.51
9. ANEXOS _____	pág.53
10. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE _____	pag.73

## INTRODUCCION

### 1.1 ANTECEDENTES DEL TEMA

Los factores determinantes de salud están relacionados con los estilos de vida, poseen múltiples dimensiones y están vinculados a varios problemas importantes de salud, entre ellos las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas.

Es conocido que las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en los países desarrollados y han emergido como un importante problema de salud pública para los que están en vías de desarrollo. Junto con el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes anuales. Su mortalidad, está relacionada con parámetros de estilos de vida entre los cuales es fundamental el nivel de actividad física.

Desde mediados del siglo XIX, el desarrollo de la tecnología, la urbanización, el aumento del sedentarismo en el trabajo y un diseño de sociedad basado en el automóvil, han apartado la actividad física de la vida cotidiana. Los estilos de vida estresados, la priorización de otras cuestiones, el cambio en la estructura familiar y la falta de cohesión social, también han contribuido a la inactividad. Estos condicionantes, generan en ocasiones, un estilo de vida no saludable.

Estudios recientes de la OMS apuntan que la inactividad física, es una de las diez primeras causas de discapacidad y mortalidad. Además, constituye a ser un factor independiente de riesgo cardiovascular, frente a los “clásicos” como la obesidad, la diabetes, el tabaquismo, la hipertensión, el colesterol alto o el alcohol.

Duplica el riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes y obesidad y acrecientan sustancialmente los riesgos de padecer cáncer de colon, hipertensión, osteoporosis, depresión y ansiedad. Entre el 60 y el 85% de las personas adultas en todo el mundo no realizan suficiente actividad física para favorecer su salud.

En los años 90, la *Asociación Americana del Corazón* incluyó el sedentarismo como uno de los principales factores de riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular. Según ha demostrado, la inactividad física constituye un factor de riesgo del mismo grado que ser fumador. Si además se dan ambas situaciones, aumenta al doble el riesgo de muerte prematura.

Por lo contrario, la actividad física, la salud y la calidad de vida, están íntimamente conectadas. Las personas con una vida físicamente más activa, además de añadir beneficios sociales y psicológicos, tienden a vivir más tiempo que las inactivas. La gente sedentaria que se vuelve más activa, afirma que se siente mejor tanto desde el punto de vista físico como el mental, y disfrutan de una mejor calidad de vida.

Entre los diversos estudios epidemiológicos hechos, destacar el que apoya el hecho de que un *ESTILO DE VIDA ACTIVO* de una intensidad moderada-alta o un nivel de acondicionamiento cardiorrespiratorio moderado a alto reduce de manera independiente los riesgos para varias enfermedades: las cerebrovasculares, obesidad, algunos cánceres y la diabetes (tiene efecto positivo sobre la sensibilidad insulínica).

Igualmente se reconoce la influencia positiva del ejercicio sobre los niveles de fibrinógeno, como también en la prevención y tratamiento de la osteoporosis y determinadas enfermedades neoplásicas, especialmente el cáncer de colon.

La evidencia científica nos señala que la práctica de actividad física puede originar importantes beneficios para la salud. Es un factor determinante en el consumo de energía, por lo que es fundamental para conseguir el equilibrio energético y el control del peso. La actividad aeróbica facilita de manera continuada el mantenimiento del peso corporal. Además existe una relación directa entre la actividad física y la salud metabólica, concretamente una reducción del riesgo de diabetes de tipo 2 y de síndrome metabólico, considerado por algunos autores como factor de riesgo cardiovascular alto.

También se ha puesto de manifiesto que la actividad física puede ser hoy en día la mejor inversión en salud pública en occidente, por los claros beneficios de la misma sobre los riesgos de enfermedades cardiovasculares.

Una investigación llevada a cabo en Australia sobre seis métodos diferentes de promoción de la actividad física: consejo médico, derivación a especialista en ejercicio, campañas basadas en medios de comunicación, programas de transporte activo, empleo de podómetros y programas desarrollados a través de internet, encuentra en todos ellos reducciones potenciales en costes derivados de la atención a enfermedad cardíaca isquémica, infarto, diabetes, cáncer de mama y cáncer de colon.

Por lo tanto, aumentar el nivel de actividad física es una necesidad social, no solo individual y exige una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinaria, y culturalmente idónea. Es importante que se elaboren planes generales para apoyar la realización de actividad física, adaptados según su entorno, costumbres e idiosincrasia cultural. La meta final es modificar los hábitos de vida no saludables y concienciar a la población de la influencia positiva de la dieta y el ejercicio sobre la salud.

***Este programa está enfocado desde la consulta de atención primaria en tres ideas básicas: el abordaje de la promoción de la actividad física en personas con factores de riesgo cardiovascular, instruyendo el autocuidado en relación a estos factores de riesgo y por último, utilizando los recursos disponibles de manera eficaz y eficiente, para lograr el mantenimiento en el tiempo de una actividad física regular beneficiosa para la persona.***

## ANTECEDENTES HISTÓRICOS EN RELACIÓN A LA ACTIVIDAD FÍSICA

El Informe del Surgeon General de EEUU (1996), documento que recogía las recomendaciones de los Centros para el Control y Prevención de la Enfermedad de Estados Unidos y del Colegio Americano de Medicina del Deporte, generó un importante impacto y comenzó a marcar directrices sobre actividad física para la salud. Posteriormente la Unión Europea, el Departamento de Salud de Estados Unidos, la Asociación Americana de Medicina del Deporte y la Asociación Americana del Corazón, la Sociedad Canadiense de Fisiología del Ejercicio, el Departamento de Salud de Australia y los departamentos de salud de las naciones de Gran Bretaña han emitido directrices con gran soporte de evidencia que son referente en la materia. La publicación en 2010 de las recomendaciones mundiales de actividad física por parte de la OMS supone un hito importante en el desarrollo de conocimiento sobre la relación entre las características de la actividad física y su impacto en salud. Las recomendaciones de la OMS deben considerarse en estos momentos la fuente principal de recomendaciones a la población con las pertinentes adaptaciones a las condiciones específicas de cada contexto en particular. Además de las recomendaciones emitidas para toda la población, presentadas en grupos por edades, existe también información soportada en evidencia sobre pautas de actividad física para colectivos especiales.



En el actual Plan A+D (Actividad+ Deporte) presentado por el Consejo Superior de Deportes de España, numerosas organizaciones e instituciones, incluyen entre sus directrices de actividad física recomendaciones sobre las características que debe cumplir esta práctica para que realmente se obtengan beneficios en la salud.

A nivel estatal, existen elaborados distintos Planes en relación a estas directrices o estrategias recomendadas.

- Plan A+D (Actividad+ Ejercicio), del consejo Superior de Deportes,
- Plan Estratégico del Deporte de Navarra.
- Plan para la promoción de la Actividad Física y la Alimentación equilibrada. 2004-2008. Junta de Andalucía. Consejo de Salud.
- Plan de Actividad Física, Deporte y Salud (PAFES), de la Generalitat de Cataluña.
- Plan Vasco de Actividad Física (Jarduera Fisikoaren Euskal Plana): Aktibili.

## DEFINICION Y MEDIDA DE LA ACTIVIDAD FISICA

Aclaremos que se entiende por actividad física, y otros conceptos relacionados, tales como ejercicio físico o forma física.

La actividad física, está definida como “*cualquier movimiento corporal asociado con la contracción muscular que incrementa el gasto de energía por encima de niveles de reposo*”. Esta amplia definición incluye todos los contextos de actividad física, tiempo de ocio (incluyendo la mayor parte de las actividades deportivas y el baile), ocupacional, en o cerca del hogar y la relacionada con el transporte. Junto a factores personales, las influencias ambientales sobre los niveles de actividad física pueden ser físicas, sociales y económicas.

En cuanto al termino ejercicio, hace referencia a “*movimientos diseñados y planificados específicamente para estar en forma y gozar de buena salud*”. Pueden incluirse actividades como aeróbico, ciclismo, caminar a paso ligero o realizar labores de jardinería. Si el ejercicio físico se realiza como competición que se rige por una reglamentación establecida, estamos hablando de del termino de deporte. Resumiendo, existen dos tipos de condición física: la relacionada con la salud y la que está relacionada con el rendimiento deportivo.

La forma, aptitud, condición física o fitness, a diferencia de la actividad física o el ejercicio, es un concepto muy amplio, y se compone de una “*serie de atributos como la fuerza o la resistencia que determinan la capacidad para realizar actividad física*”. La forma física depende tanto de factores genéticos como de los niveles de actividad física de los individuos, del tal forma que es posible desarrollar programas específicos encaminados a la mejora de la forma física.

Explicaremos también que la cuantificación del gasto energético asociado a la actividad física, se puede realizar en kilocalorías o kilojulios. Para facilitar la tarea de dicha cuantificación y poder medir la intensidad de la actividad, muchos especialistas utilizan una unidad denominada MET (significa equivalente metabólico).

Un MET es igual al número de calorías que un cuerpo consume mientras esta en reposo. Es equivalente a un consumo de 1 kcal/kg/h. A partir de este estado, los MET, se incrementan según la intensidad de acción. Se calcula que, en comparación con esta situación, el consumo calórico es unas 3 a 6 veces mayor (3-6 MET) cuando se realiza una actividad de intensidad moderada, y más de 6 veces mayor (> 6 MET) cuando se realiza una actividad vigorosa o intensa.

A continuación, se presenta una tabla sobre actividades de diferentes intensidades que nos da una orientación sobre el gasto energético que puede producir una determinada actividad.

<b>Intensidad</b>	<b>Actividades en el hogar</b>	<b>Actividades laborales</b>	<b>Actividad física</b>
<b>Muy liviana (3MET)</b>	Ducharse, afeitarse, vestirse y cocinar	Trabajar con ordenador o estar quieto (vendedores)	Caminar lento en un sitio llano
<b>Liviana (3 a 5 MET)</b>	Recoger la basura, ordenar juguetes, limpiar ventanas, pasar la aspiradora, barrer.	Realizar trabajos manuales en la casa o el coche (arreglar un desperfecto)	Caminar con marcha ligera, andar en bici en sitio llano.
<b>Pesada (6 a 9 MET)</b>	Subir escaleras a velocidad moderada, cargar bolsas	Realizar trabajos de albañilería (con instrumentos pesados)	Jugar fútbol, tenis, esquiar, patinar, subir un monte.
<b>Muy pesada (superior a 9 MET)</b>	Subir escaleras muy rápido o con bolsas pesadas.	Cortar leña, cargar elementos de mucho peso.	Jugar rugby, squash, esquiar travesía de monte

**Figura 1.1.** Ejemplos de cuantificación de actividades mediante MET



## 1.2 ADECUACION AL PLAN DE SALUD DE NAVARRA.

En el estado actual que se encuentra inmerso el estado de bienestar, el cual afecta también al sistema sanitario, el Plan de salud de navarra 2006-2012, plantea aspectos de suficiencia financiera por un lado y de prestaciones por otro. En relación a ello, indica gestionar lo mejor posible el presupuesto asignado, ajustando la equidad de las prestaciones además de frenar la demanda innecesaria y reorientar la oferta hacia la efectividad. Teniendo en cuenta la sostenibilidad y la eficiencia de los servicios, adapta las herramientas de gestión, hacia la participación y corresponsabilidad de los profesionales.

En relación al **área de la salud pública**, el objetivo básico es intervenir en la prevención de los problemas de salud de los individuos, en cuanto son parte integrante de la sociedad población, con el fin de mejorar los niveles de salud de la colectividad. Tanto la protección, como la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, debe ser objeto de una evaluación de la viabilidad técnica, ética y económica.

De las cinco líneas estratégicas establecidas en el plan, la **prevención de salud colectiva** presenta áreas de actuación en las que se combinan actuaciones de los profesionales sanitarios y otras más generales de promoción de salud poblacional que buscan incidir en el conjunto de la sociedad.

El programa que llevaremos a cabo dentro de la prevención de salud colectiva correspondería a las siguientes prioridades seleccionadas dentro del Plan de Salud 2006-2012:

1. **Promoción de estilos de vida saludables**, con la realización de intervenciones en dieta saludable y ejercicio físico.

Las intervenciones en estilos de vida de carácter poblacional constituyen la actividad fundamental de las intervenciones de prevención primaria y de promoción de la salud reforzando hábitos saludables.

2. **Prevención de riesgo vascular.**

En el ámbito de la salud pública, otra tarea básica es la prevención de enfermedades, en este caso que presentan mayor prevalencia dentro de la Comunidad. En atención primaria, el control de los factores de riesgo como la hipertensión y la dislipemia, son los dos motivos principales de consulta entre los pacientes crónicos.

Es necesario conocer las posibilidades de intervención sobre los factores de riesgo evitables teniendo en cuenta siempre los determinantes de salud que son propios de una comunidad (diagnóstico de salud), y aquellos sobre los que el sistema sanitario tiene capacidad de actuar, tanto a través de medidas de protección de la salud, como de medidas de promoción de la salud, destacando entre ellas los estilos de vida fundamentalmente.

Es necesario, tener en cuenta la evidencia científica de las intervenciones como guía obligada por eficiencia y por ética social. Otro criterio es el contemplar aquellas acciones que requieran un especial impulso.

El Plan de Salud indica *“Evaluar las actividades de prevención desarrolladas en los servicios sanitarios”* e impulsa *“realizar campañas dirigidas a la población para la prevención de enfermedades cardiovasculares”*.

Además, la educación grupal en el autocuidado a personas con riesgo cardiovascular estaría incluida en dos de las líneas estratégicas desarrolladas en el Plan de Salud:

- La de la **promoción de estilos de vida saludables**, en prevención de salud colectiva.
- **Organización y gestión del sistema sanitario**, puesto que su aplicación se plantea dentro de un proyecto de mejora dentro de la organización del proceso asistencial, aplicado desde principios sostenibles.

Este nuevo modelo de atención, derivado de un proyecto de mejora en el proceso asistencial elaborado en el año 2007, adopta herramientas para afrontar los constantes cambios y demandas sociales que se producen y pone énfasis en el correcto funcionamiento de los sistemas sanitarios. Pone énfasis en los profesionales sanitarios como detentadores de la capacidad de resolución de los problemas y garantizar el cuidado del ciudadano en condiciones de universalidad y equidad, reconociendo el papel y grado de responsabilidad que los propios ciudadanos tienen en el sostenimiento del sistema.

Remitiéndonos al Plan de Salud, en la última encuesta de opinión de los ciudadanos navarros, a la pregunta “Su estado de salud debe ser responsabilidad del Departamento de salud o de uno mismo”, la respuesta fue “uno mismo” en 66,5% de los hombres y 62,9% de las mujeres. Se considera inaplazable la implantación de nuevas fórmulas organizativas que aporte mayor autonomía, mejor utilización de los recursos y mayor calidad asistencial.

**La responsabilidad individual sólo puede ejercerse plenamente cuando los individuos gozan de acceso equitativo a una vida sana y disponen de apoyo para tomar decisiones saludables.**

En Navarra hay interés en fomentar la actividad física y se intenta seguir las Directrices de la UE sobre AF y las Recomendaciones de la OMS sobre ejercicio físico. Como se comenta anteriormente, a nivel estatal, hay un Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte, que es un instrumento creado por el Consejo Superior de Deportes, con el fin de garantizar al conjunto de la población española el acceso universal a la práctica deportiva de calidad, ayudando así a combatir el elevado nivel de sedentarismo y obesidad y a promover hábitos de vida activos y saludables.

Otros documentos que se añaden en relación al tema son:

- Plan Estratégico del Deporte de Navarra.
- Carta Europea del Deporte.
- Libro blanco del deporte. Comisión de las Comunidades Europeas 2007.
- Carta Verde del Deporte. Consejo Superior de Deportes

## **LEYES REFERENTES A LA PROMOCION DEL EJERCICIO FISICO O EN MATERIA DE DEPORTE EN NAVARRA**

[Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra](#), en su artículo 44.14, establece que la Comunidad Foral de Navarra tiene competencias exclusivas en materia de promoción del deporte y de la adecuada utilización del ocio.

[Ley Foral 15/2001 de 5 de julio, del Deporte de Navarra](#), crea el Consejo Navarro del Deporte, configurándolo como un órgano colegiado de consulta y asesoramiento de la Administración de la Comunidad Foral en materia de deporte y de participación social en el desarrollo del deporte en Navarra. En la citada Ley Foral, se dispone que, el Consejo Navarro del Deporte, queda adscrito orgánicamente a la Administración Deportiva de la Comunidad Foral de Navarra que, en la actualidad, es el Instituto Navarro de Deporte y Juventud.

[Decreto Foral 197/2011](#), de 7 de septiembre, por el que se regulan las condiciones para la creación y conservación de los senderos deportivos de uso público en la Comunidad Foral de Navarra.

## Situación actual en relación con la actividad física en Navarra

### PRACTICA DE EJERCICIO FÍSICO EN TIEMPO LIBRE

La práctica de ejercicio físico en tiempo libre de la población navarra del estudio de riesgo vascular (RVN) 2004, se ha medido con el cuestionario de Minnesota, de actividad física en tiempo libre, adaptado para la población española. Cada actividad física (caminar, pasear, correr, tenis, golf, montañismo, pelota, gimnasio, ciclismo, trabajar en jardinería y huerta, etc.), tiene asignado un código de intensidad, que se expresa en equivalentes metabólicos. La unidad de intensidad, 1 MET, equivale a 1 Kcal/minuto.

La actividad física se presenta por el promedio de gasto energético, y por la prevalencia de personas activas en tiempo libre, si el gasto era superior a los 300 METs diarios, corte considerado como actividad física saludable.

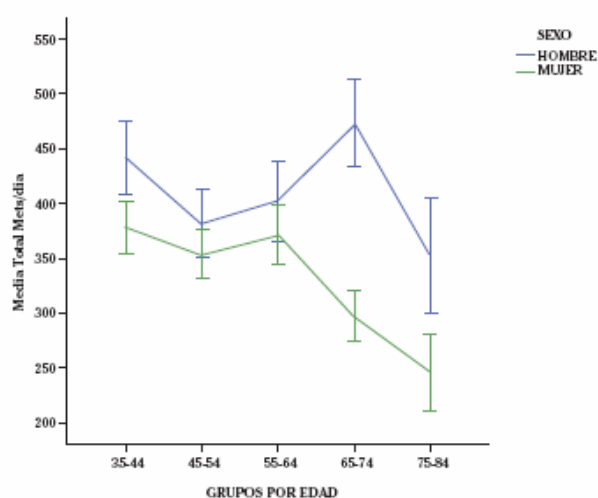


Figura 1.2. Promedio de gasto energético en tiempo de ocio por edad y sexo.

En el estudio realizado en Navarra de riesgo vascular (RVN) realizado en el año 2004, los niveles de actividad física en tiempo libre muestran, que aproximadamente la mitad de la población tiene un nivel adecuado de actividad.

El 53% (IC95% 51-55) de los hombres y el 46% (IC95% 43-47) de las mujeres de la población son activas en su tiempo libre. Los motivos más citados por aquellos que no lo hacen son la escasez de tiempo (43,1%), la falta de fuerza de voluntad (23,9%) y los problemas de salud (14,4%).

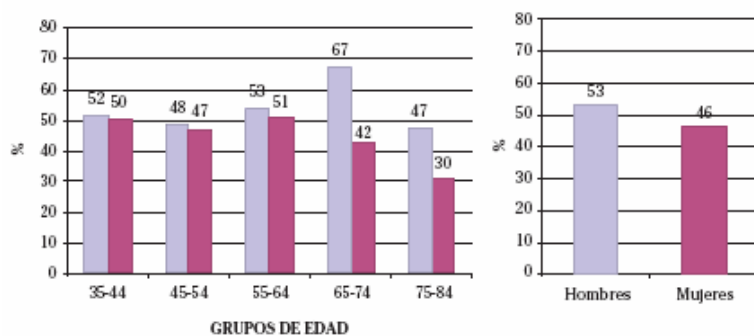


Figura 1.3. Prevalencia por 100 de personas activas en tiempo libre (>300 METs/día) según edad y sexo.

Sólo a partir de los 65 años la diferencia por sexo es estadísticamente significativa. En los hombres destaca el grupo de 65-74 años en el que se incrementa de manera importante la prevalencia de personas activas durante el tiempo libre. Entre las mujeres, a partir de los 65 años la prevalencia disminuye. Estas, y los hombres de categoría ocupacional alta, son los subgrupos de población más susceptibles de ser objeto de intervenciones de fomento de la práctica de actividad física en tiempo libre.

#### OTROS ASPECTOS CUALITATIVOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

En la Comunidad Foral únicamente se han contemplado los aspectos cuantitativos en relación a la realización de la actividad física. No solo es importante conocer los hábitos de la población al respecto sino también conocer las barreras que perciben para llevar a cabo una forma de vida más sana. En éste sentido, el Institute of European Food Studies (IEFS), ha desarrollado diferentes investigaciones sobre los comportamientos de los ciudadanos de quince países europeos. Compara las prácticas de actividad física de la población española con respecto a la europea.

Mostró que la proporción de españoles que presenta una mala actitud de cambio hacia la actividad física es superior a la del resto de la Unión Europea, y son menos perseverantes en los cambios positivos. El perfil de los participantes españoles con mayor probabilidad de presentar esta actitud es una persona con estudios primarios, casado, fumador y obeso.

Destaca que para los consumidores europeos el ejercicio/actividad no se encuentra entre los 3 primeros factores que pueden influir en la salud (fumar, alimentación, y consumo de alcohol en España), ni tampoco entre los 3 primeros factores que pueden influir en la ganancia de peso corporal (tipo de alimentación, consumo de grasas y de azúcar).

El 37 % de los españoles no realiza habitualmente actividad física (andar, trabajos en jardinería, bicicleta, nadar,...), pero existe variabilidad según algunas características sociodemográficas: la realizan mas los hombres, y entre ellos, menos los obesos y los que tienen un nivel educativo primario. Un alto porcentaje de los que la realizan (82 % de los europeos) son los que la consideran un factor importante de salud.

Entre las razones más importantes para realizar actividad / ejercicio físico destacan *“Para mantener una buena salud”, “Para disminuir la tensión”, y “Para mantenerse en forma”*.

Las barreras percibidas para incrementar el nivel de actividad física, según manifestaron los encuestados españoles fueron por importancia las siguientes:

- Obligaciones del trabajo o estudio.
- Poca afición por el deporte.
- Escasa salud.
- Ser mayor.
- Cuidado de hijos/mayores (tres veces más frecuente en las mujeres).
- No necesitar hacer ejercicio.

El estudio de Riesgo vascular de Navarra (RVN) 2007, también indica los motivos por los que no hacen actividad física la población navarra.

Las causas de abandono de la práctica deportiva declaradas por los encuestados que practicaban deporte, pero lo han dejado, son muy variadas. Como primera causa, los entrevistados declaran haber abandonado la práctica deportiva “*por falta de tiempo*” (22 %), “*salir muy cansado y tarde del trabajo*” (14,6 %) y “*por lesiones*” (12,2 %). Son aspectos a tener en cuenta de cara la adhesión y mantenimiento a la actividad física a lo largo del tiempo.

En general, se puede decir que los estudios realizados, ponen de manifiesto que alrededor de la mitad de los europeos creen que no necesitan hacer más ejercicio del que hacen. Esto es más frecuente entre las personas mayores, y las de menor nivel educativo. El 41 % de los que no hacen ejercicio creen que no necesitan hacer más de lo que hacen.

## Situación actual en relación al riesgo cardiovascular en Navarra

### FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN NAVARRA

Según datos de la OMS, casi la mitad de las muertes por ENT (conformados la mayoría de ellos por factores de riesgo cardiovasculares), se producen prematuramente, en personas de menos de 70 años. Más de 9 millones (casi la cuarta parte), se producen en personas menores de 60 años.

Indica que la eliminación de los riesgos más importantes permitiría prevenir la mayoría de las ENT. De eliminarse los principales factores de riesgo relacionados con las ENT, se podrían prevenir cerca de tres cuartas partes de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares y la diabetes tipo 2, y un 40% de los casos de cáncer.

En Navarra, es notable el descenso experimentado por las causas cardiovasculares como causas de mortalidad. Los factores de riesgo implicados, como predictores absolutos, no tienen la misma importancia. No así, el riesgo cardiovascular, que se valora de forma global, teniendo en cuenta todos los factores de riesgo.

Los factores de riesgo cardiovascular son: edad, sexo, hipertensión, IMC >30 y obesidad central, tolerancia a la glucosa, síndrome metabólico, dislipemia, diabetes y tabaco.

Según bibliografía, los FR están asimismo, divididos en FR mayores, de riesgo subyacentes y de riesgo emergentes.

FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR		
Factores de riesgo mayores	Factores de riesgo subyacentes	Factores de riesgo emergentes
Consumo de tabaco.	Sobrepeso/Obesidad.	Factores lipídicos. (triglicéridos, apolipoproteínas, lipoproteína (a) y subfracciones lipoproteicas.
Presión Arterial elevada.	Inactividad física.	Resistencia a la insulina.
LDL-Colesterol elevado.	Estrés socioeconómico psicosocial.	Marcadores trombogénicos.
HDL-Colesterol bajo.	Historia familiar de ECV prematura.	Marcadores proinflamatorios.
Glucemia elevada.	Factores genéticos y raciales.	Aterosclerosis subclínica.
Edad avanzada.		

Figura 1.4. Factores de riesgo cardiovascular. GPC valoración de los factores riesgo cardiovascular.

En Navarra, el estudio de prevalencia hecho en el año 2001, sobre prevalencia del síndrome metabólico y de los factores mayores de riesgo cardiovascular, sobre una muestra de 4.168 personas (un 73% de la muestra aleatorizada), nos da los siguientes resultados:

	Hombres	Mujeres	p
Hipertensión arterial	50,9 (48,9-52,8)	39,4 (37,7-41,1)	< 0,001
HTA sistólica aislada	25,2 (23,5-26,9)	18,6(17,2-20,0)	< 0,001
Sobrepeso (IMC $\geq$ 25 )	54,3 (52,4-56,2)	33,8 (32,1-35,5)	< 0,001
Obesidad (IMC $\geq$ 30)	22,5 (20,9-24,1)	21,7 (20,3-23,2)	0,5514
Perímetro abdominal*	30,9 (29,2-32,7)	46,2 (44,4-47,9)	< 0,001
Hipercolesterolemia	38,4 (36,5-40,2)	38,4 (36,7-40,2)	0,993
LDL colesterol $\geq$ 160 mg/dl	18,9 (17,4-20,5)	12,8 (11,6-14,0)	< 0,001
HDL colesterol $\geq$ 40 mg/dl	8,5 (7,4-9,6)	1,7 (1,3-2,2)	< 0,001
Hipertrigliceridemia $\geq$ 200 mg/dl	12,7 (11,4-13,9)	5,0 (4,2-5,8)	< 0,001
Diabetes mellitus $\geq$ 126 mg/dl	11,1 (9,9-12,3)	6,4 (5,5-7,2)	< 0,001

\*Único factor de riesgo, en el que las mujeres superan a los hombres.

**Tabla 1.1.** Prevalencia de factores de riesgo vascular por 100 e IC 95%, entre los 35 y 84 años

Posteriormente, según se determinaron las prevalencias de los factores de riesgo vascular, en el Estudio de riesgo vascular (RIVANA) 2004, y aplicadas a la población, según los padrones municipales de 1 de enero de 2007, podemos estimar el número de personas de 35 a 84 años que pueden ser objeto de atención sanitaria.

#### HOMBRES

Edad	N	HTA	Obesidad IMC $\geq$ 30	Obesidad abdominal	Hiper- colesterolemia	LDL $\geq$ 160	HDL < 40	Diabetes	Síndrome Metabólico
35-44	51.877	13.955	8.975	9.286	15.511	9.442	5.447	1.245	6.640
45-54	42.103	20.588	10.568	11.999	18.736	10.568	3.579	3.579	8.968
55-64	33.552	21.238	8.556	12.582	15.467	7.449	2.651	4.664	9.227
65-74	23.879	17.909	5.898	10.340	9.408	3.248	1.600	5.492	7.379
75-84	16.859	11.919	3.608	8.177	4.788	573	978	3.979	5.108
Total	168.270	85.610	37.604	52.384	63.911	31.279	14.254	18.958	37.322

#### MUJERES

Edad	N	HTA	Obesidad IMC $\geq$ 30	Obesidad abdominal	Hiper- colesterolemia	LDL $\geq$ 160	HDL < 40	Diabetes	Síndrome Metabólico
35-44	47.769	4.681	4.108	11.178	8.073	3.439	717	430	2.102
45-54	40.147	10.358	6.905	14.453	14.694	6.062	1.044	1.084	4.496
55-64	33.380	16.256	8.912	18.025	16.857	5.474	501	2.337	6.576
65-74	26.480	18.854	10.009	20.284	14.802	3.998	318	3.363	8.421
75-84	23.848	20.295	8.108	16.551	12.282	3.124	429	4.436	9.110
Total	171.624	70.444	38.044	80.490	66.708	22.098	3.008	11.649	30.705

HTA: Hipertensión arterial.

**Tabla 1.2** Personas afectadas por factores de riesgo, referidos a la población según el padrón municipal a 1 de enero de 2007.

Estimar en números absolutos las personas afectadas, nos da idea del elevado volumen asistencial que la prevención y atención de la enfermedad vascular genera en la actualidad y puede generar en el futuro. El presente estudio indica realizar una reflexión sobre el abordaje actual y futuro de los factores de riesgo vascular. El elevado volumen de personas afectadas, el origen multifactorial de la enfermedad vascular y su relación con los estilos de vida decididos por el propio individuo, hacen que se prevea un horizonte donde las intervenciones asistenciales de los servicios de salud estén necesariamente complementadas con acciones



desde sectores sociales, culturales y educativos, y sustentadas por la corresponsabilidad activa de cada persona en su autocuidado y control.

Aclaremos que la estimación de la probabilidad de que un individuo desarrolle un acontecimiento coronario en 10 años, se calcula para cada una de las combinaciones posibles de los siguientes factores de riesgo: sexo, edad (en grupos de 10 años entre los 35 y 74 años), hábito tabáquico, tensión arterial, colesterol total, HDLc y glucemia en ayunas mediante tablas de estimación.

Las tablas de estimación de riesgo actualmente utilizadas en las consultas de atención primaria en Navarra son: REGICOR y SCORE.

Son instrumentos de ayuda para la toma de decisiones “preventivas” en personas no diagnosticadas de enfermedad vascular. Los pacientes asintomáticos identificados como alto riesgo cardiovascular, son quienes más se pueden beneficiar de las intervenciones preventivas en el conjunto de población general.

A la luz de los datos del estudio RIVANA, se realiza la siguiente **propuesta de recomendaciones para intervenciones poblacionales e individuales, sobre los factores de riesgo vascular en Navarra**: las intervenciones sanitarias deben orientarse tanto a estrategias poblacionales desde instancias de la Salud Pública como a estrategias individuales en el ámbito de la atención primaria y especialidades.

En las actuaciones poblacionales, deben ser objetivos prioritarios el **promover la corresponsabilidad** de la persona en el cuidado de la salud en el ámbito del sobrepeso, obesidad abdominal, cesación del hábito tabáquico, en evitar el consumo en exceso de alcohol, llevar una dieta equilibrada y la práctica de actividad física en tiempo libre.

Dicho todo lo anterior, podemos deducir que los estilos de vida son determinantes del riesgo cardiovascular individual. Las intervenciones eficaces en adquisición o mejora de hábitos dietéticos, realización de actividad física de forma habitual y el cese del hábito tabáquico, son la base de la prevención cardiovascular. ***Priorizar intervenciones preventivas en personas de mayor riesgo cardiovascular, mejora la eficiencia en las intervenciones.***

En relación a la promoción de la corresponsabilidad de la persona en el cuidado de la salud, en noviembre de 2007 la Dirección de Atención Primaria inició un pilotaje formado por cinco centros de salud, denominado "Proyecto de Mejora de la Organización del Proceso Asistencial", para la puesta en marcha de un plan de actuaciones en Equipos de Atención Primaria de Navarra.

Todo el proyecto ha sido fruto del consenso alcanzado entre los profesionales de los distintos estamentos representados en el Grupo de Técnico de Mejora, que ha contado con la representación de distintas sociedades científicas y colectivos profesionales y de los cinco Centros Piloto, garantizando una representatividad equilibrada de dichos estamentos.

Se constituyeron además varios grupos de trabajo un Comité de Mejora en cada uno de los cinco Centros Piloto participantes en el que están representados igualmente todos los estamentos profesionales.

Las principales **áreas de mejoras** en las que trabajaron por varios grupos fueron:

- Satisfacción al paciente
- Eficiencia
- Satisfacción y desarrollo profesional
- Calidad técnica e innovación

Propone un modelo de atención sostenible orientado hacia el autocuidado.

En Navarra, el programa establecido de PROMOCION DEL AUTOCUIDADO Y RACIONALIZACION DE LOS CONTROLES EN PROCESOS CRONICOS, en el cual se defiende la racionalización en la gestión de pacientes con patología crónica se hace necesaria la adecuación de los servicios a las necesidades, eficiencia en las intervenciones considerando la gravedad y evidencia científica de la eficacia de la intervención. En lo que se refiere al autocuidado, los puntos clave son:

- Uso de protocolos y guías de práctica clínica, basados estos en la evidencia.
- Educación grupal. Resulta más eficiente y puede ser más motivador para el profesional.
- Fomento de la autonomía del paciente
- Contemplar otras posibilidades de seguimiento (contacto telefónico, internet,...)

La existencia de bibliografía sobre modelos innovadores de gestión de los cuidados de enfermedades crónicas orientados hacia el cuidado (Chronic Disease Self-management), ponen el acento en la sensibilización -formación- del paciente orientada hacia la modificación de hábitos. Pretende que el paciente conozca plenamente los objetivos terapéuticos y este

plenamente capacitado para la toma de decisiones autónomas. Puede permitir la habilitación o “*empoderamiento*”, del paciente para acceder de manera directa a determinados servicios, como el acceso directo a un resumen de su historia clínica electrónica y ofrecerle un espacio para registrar la evolución de sus autocontroles.

Esta estrategia, en la actualidad, se aplica a los programas de Diabetes y Riesgo Cardiovascular. Establecer como mínimo, actividades grupales sistemáticas y periódicas en el área correspondiente al Autocuidado en Prevención de Riesgo Cardiovascular (desarrollada en el presente programa).

Este proyecto señala que la incorporación de estas actividades en la agenda de los profesionales que las vayan a desarrollar, debe reservarse un tiempo no solo para la realización de la actividad prevista, sino también para su organización y preparación.

En el presente PROGRAMA, adecuaremos nuestra intervención del *protocolo educativo y de intervenciones comunitarias sobre AUTOCUIDADOS EN PREVENCION ENFERMEDADES VASCULARES*, realizado por Dirección de AP y la Sección de Promoción de la Salud del ISP (Instituto de Salud Pública), e impartido a los profesionales sanitarios.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Contribuir al control de los factores de riesgo entre la población de Pamplona con edades entre 35 y 64 años, para disminuir el riesgo cardiovascular.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

En relación al paciente:

- Fomentar en las personas con riesgo cardiovascular, usuarios de los centros de salud de Pamplona, el aumento de la frecuencia de Actividad Física.
- Mejorar la capacidad funcional cardiorrespiratoria y aptitud física.
- Reducir el peso corporal, perímetro abdominal, controlar los niveles de tensión arterial, glucemia y perfil lipídico sanguíneo, según corresponda.
- Sensibilizar y desarrollar hábitos saludables entre la población con factores de riesgo, y fomento de los autocuidados.
- Conseguir mantener cambios en el estilo de vida tras 12 meses de seguimiento, en relación a ejercicio físico y autocuidados de enfermedades vasculares.

En relación a los profesionales:

- Incorporar la prescripción de la AF como herramienta terapéutica de uso en Atención Primaria en personas con riesgo cardiovascular moderado-alto.
- Potenciar la utilización de equipamientos deportivos o espacios saludables existentes a nivel comunitario/urbano.
- Desarrollar conocimientos, actitudes y habilidades, para llevar a cabo distintos tipos de pedagogía activa (individuales y grupales) y herramientas de intervenciones comunitarias, con un rol educador facilitador de aprendizajes.
- Fomentar e implicar a personas con factores de riesgo el aprendizaje en autocuidados sobre enfermedades vasculares.

### 3. DESARROLLO Y EJECUCION DEL PROGRAMA

#### 3.1 POBLACION DE REFERENCIA

El programa va dirigido a las personas entre los 35 y 64 años, usuarias de los Centros de Salud de la Comarca de Pamplona, que presenten un **riesgo cardiovascular moderado- alto**.

Navarra a fecha de 1 de enero de 2011, cuenta con una población de 642.051 habitantes, de los cuales viven en la Comarca de Pamplona 197.932 habitantes, están un 42.31%, en la franja de edad de 35 a 64 años.

El estudio de Riesgo Vascular en Navarra (RIVANA) 2004, según estimaciones, en la franja de edad anteriormente señalada, presentaría las siguientes prevalencias según distintos factores de riesgo:

	HTA	Obesidad IMC>30	Obesidad abdominal	HiperCT	LDL>160	HDL<4 <sup>o</sup>	Diabetes	Síndrome metabólico	TOTAL
Hombres	8,97%	4,47%	5.40%	7,91%	4,37%	1.86%	1.5%	3.95%	38.43
Mujeres	4,98%	3,17%	6,95%	6,31%	2,38%	0,35%	0,60%	2,1%	26.84

**Tabla 3.1.** Prevalencias según factores de riesgo en población navarra de entre 35 y 65 años

La aplicación de la *“Guía de actuación en riesgo cardiovascular”* en el año 2005, del sector sanitario de Atención Primaria, cubría a 145.000 personas (24,43% de la población navarra). El consejo sistematizado individual, llevado a cabo desde 2005, sobre dieta, tabaco y ejercicio físico está protocolizado en AP. El 23,4% de personas registradas en AP con algún factor de riesgo o enfermedad vascular, ha recibido consejo individualizado sobre dieta adecuada y el 34,3% sobre ejercicio físico (nov. 2005).

### 3.2 CRONOGRAMA GENERAL DE ACTUACION

Durante el mes de enero, el coordinador general designado desde la Sección de Promoción del Instituto de Salud Pública (ISP), presentará junto con el representante del Instituto de Deporte y Juventud, el programa a la consejería de salud del Gobierno de Navarra y a la dirección de AP, para su posterior obtención de autorización.

El mes de febrero, se presentara, por un lado, en el sector sanitario, a los centros de atención primaria (AP) de la Comarca de Pamplona, designando así, los centros que participaran en el Programa (5),y la Unidad de dietética y Unidad de prueba del esfuerzo de Cardiología, de asistencia especializada (AE).

Por otro lado, se informara también a instituciones o administraciones públicas que vayan a colaborar (Ayuntamiento de Pamplona, técnicos deportivos pertenecientes al Instituto de Deporte de Navarra).

Una vez todas las instituciones hayan aceptado participar, se informará a la población en general mediante los medios de comunicación locales (prensa, radio y televisión).

Asimismo, febrero y marzo, tras designar los responsables de cada centro (un médico y un miembro del equipo de enfermería), se dará comienzo a las reuniones para la elaboración del Programa el cual desarrollara el Modulo de actividad física (AF) (profesionales de la salud y técnicos deportivos) y los autocuidados (profesionales de salud), en personas con factores de riesgo cardiovascular.

- Segunda quincena de febrero: elaboración del Modulo de AF. Participación de personal sanitario representante de los distintos centros de salud piloto y técnicos en Deporte y AF en medicina de Deporte. Coordinación: Ldo. Medicina del Deporte. Instituto Navarro de Deporte y Juventud
- Primera quincena de marzo: elaboración del Modulo de Autocuidados. Participación: representante/s de centros salud piloto, técnico de ISP, Técnico dietético de Unidad de Nutrición. Coordinador: Técnico ISP.

Meses de abril y mayo: Formación de distintos colectivos profesionales implicados: sanitarios y técnicos participantes en el programa.

- *Primera fase (abril): Formación de los profesionales sanitarios y técnicos deporte.* Modulo de AF.

3 sesiones de 8,30 a 15 horas, en el Aula de formación del Instituto Navarro de Deporte y Juventud.

- Segunda fase (mayo): Formación de profesionales sanitarios.

Modulo de Autocuidados.

3 sesiones de 8,30 a 15 horas, en el Aula de formación del ISP (2 sesiones), y en el de la Dirección de AP (1 sesión). Esta última, conjunta con profesionales de AE (dietética, cardiología).

Meses de junio a noviembre, se impartirá a los usuarios captados en las consultas de AP, el programa que constara:

-1ª consulta de valoración del riesgo vascular y determinación del grupo de intervención.

- Posterior inicio de intervención individual-grupal.

- Modulo AF: 6-8 sesiones. A lo largo de 24 semanas (1 sesión /mes).
- Modulo Autocuidados -autocontrol: 4-6 sesiones. A lo largo de 8 semanas (1 sesión/semana).

Esta parte se desarrollara en el propio centro de salud y constará de actividades de apoyo programado tanto individual, como actividades de tipo grupal. A excepción de algún caso, (realización de prueba de esfuerzo o consulta de apoyo con Dietista), que se realizara derivación a AE.

La captación y seguimiento (mensual) de participantes estará abierta durante un periodo de un año desde el inicio de programa, puesto que se evaluara la adherencia al programa al año de su iniciación.

Meses de junio y septiembre: evaluación de las actividades del programa.

Al finalizar el programa, se emitirá un informe técnico en la evaluación del programa y se informará los resultados a los profesionales participantes.

	Enero 2013	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio-Julio	Agosto-Septiem	Octu/13-Mayo/14	Junio	Septie 2014
AUTORIZACION										
Presentación Institucional										
Presentación población										
Reunión, elaborar -Modulo AF										
-Modulo AUTOCUIDADOS										
Formación profesional										
Captación, seguimiento										
Impartición -AP Individual										
-AP Grupal										
Evaluación										
Informe técnico										

Tabla 3.2. Cronograma de actividades (enero 2013-septiembre 2014)

### 3.3 ACTIVIDADES PARA ALCANZAR CADA OBJETIVO

En primer lugar se solicitara autorización al departamento de salud del Gobierno de Navarra. Se presenta el programa en cada uno de los centros de salud pertenecientes a la comarca de Pamplona, para conocer quienes se adherirán al programa.

En cada centro de salud participante, se solicitaran a dos profesionales en cada centro: Médico de familia y enfermera/o que asumirán las funciones de coordinación del programa.

Se convocará a una reunión con todos los profesionales implicados en el programa en instalaciones del ISP. Tras presentación del programa, se formaran los grupos de trabajo para elaborar el mismo.

La captación activa de pacientes se podrá realizar en la consulta en AP, puesto que la mayoría de ellos son controlados por enfermedades que son factores de riesgo cardiovascular.

#### **Consulta Medico Familia y Enfermería**

En la 1ª consulta, el Médico de Familia en función de los datos clínicos (TA, glucemia, IMC, perímetro abdominal, niveles de colesterol, glucemia, presencia de diabetes, HVI y tabaquismo), determinara el riesgo cardiovascular según escala SCORE o REGICOR (anexo nº1), incluido en el "*Protocolo de valoración del riesgo vascular*", que pertenece al instrumento operativo de trabajo del OMI\_AP.

Se intervendrá sobre el grupo de riesgo cardiovascular moderado y alto.

En esta primera entrevista se dará información general sobre la enfermedad, explicando el diagnóstico y tratamiento y se motivara la implicación en el autocuidado. Se explicara el programa de "*AF y Autocuidados*".

Si acepta intervenir se derivara a consulta de enfermería para iniciar Educación para la Salud (EpS) y seguimiento. El paciente decidirá qué tipo de apoyo programado desea realizar (individual, grupal o combinación de ambos).

Se firmara un contrato de compromiso o permanencia para participar en el programa (desarrollado posteriormente).

En al APG, se iniciara si existe un mínimo de 10 personas y aceptándose como máximo 15.

En la 1ª consulta con enfermería (unos 30 minutos), de apoyo programado individual (API), se realizara:

- Medición ejercicio físico que realiza habitualmente, incluido en protocolo de Actividades preventivas del programa OMI\_AP (persona activa/parcialmente activa /inactiva).
- Cuestionario según el Modelo Transteórico de Cambio de Prochaska y Diclemente (anexo nº2).



Para asegurar el éxito del programa, se incorporaran al modulo de AF, las personas que estén en la etapa de “contemplación” y “acción”. Las personas que se encuentren en etapa de “precontemplación”, se les fomentara la motivación, a través del API o APG de Autocuidados.

Señalar también que la intervención en relación al modulo de AF, será diferente según sea el nivel de RCV:

- a) RCV moderado (<5% escala SCORE), sin alteraciones musculo-esqueléticas importantes, realizaran en programa de AF supervisado desde AP.
- b) RCV alto (>5% escala SCORE), realizará el modulo de AF, supervisados con técnicos del deporte, conjuntamente con AP, tras realizar prueba de esfuerzo en AE (Cardiología),

En paciente con Obesidad e IMC>30, la intervención del modulo de AF se realizará conjuntamente con Dietista, para monitorizar mas exhaustivamente la dieta planificada.

El paciente elegirá tipo de AF a realizar, y lo adaptaremos a las recomendaciones dadas por la OMS de AF según edades.

A todos los participantes, se les diseñara un programa de ejercicios en función de la capacidad funcional física y cardiorrespiratoria tras realizar el Test de la marcha 6 minutos: TM6'. (Anexo nº3).

Asimismo, estaría incluido en la formación de Autocuidados.

Tanto el modulo de AF como el de Autocuidados, se ofrecerá a los usuarios participantes durante un periodo de un año (junio de 2013 a junio de 2014), distribuido en dos periodos de tiempo:

- Junio a noviembre.
- Diciembre a mayo.

El seguimiento sobre el hábito, tolerancia y mantenimiento de AF se realizara, de manera mensual durante 24 semanas. En aquellos casos en los que se realice conjuntamente con el técnico deportivo, se realizaran reuniones y/o contactos oportunos.

La comunicación que se establezca sobre consultas con otros profesionales especialistas (dietista, cardiólogo), se realizara mediante una *interconsulta no presencial*.

El profesional de enfermería en la consulta del centro de salud, ofrecerá 1 sesión mensual inicialmente de 30 minutos (valorar si se amplía el tiempo para realizar TM6' o se cita posteriormente), siendo las de seguimiento posteriores entre 20-30 minutos.

Estas sesiones tienen como objetivo motivar e instruir sobre la práctica de AF, recibir apoyo por parte del equipo, además de conocer a otros participantes. Tras iniciar plan de cuidados de enfermería (incluido en programa OMI\_AP), en cada consulta de seguimiento se realizara valoración del patrón de ejercicio-AF de M. Gordon (anexo nº4).

### **Desarrollo del modulo AF en instalaciones y espacios saludables**

Las personas de riesgo moderado, podrá realizar las sesiones de AF supervisada en instalaciones comunitarias recomendadas por el centro de salud, donde el técnico o monitor estará informado sobre objetivos y metas a lograr con los usuarios.

La sesión de AF supervisada no requiere de un espacio físico definido. A partir de una lista elaborada con Trabajador/a Social del centro, se repartirá al usuario una lista de recursos que puede utilizar:

- Instalaciones de uso privadas /publicas deportivas.
- Actividades comunitarias relacionadas con la salud (gimnasia para adultos, yoga, bailes de salón,....)
- Folletos de inscripción para:
  - “Aprender a circular en bici por la ciudad”, organizado por el Ayuntamiento de Pamplona.
  - “Paseos saludables por el Arga” (tríptico), organizados por AAVV o el propio Centro de Salud.
  - “Circuitos de gimnasia en Pamplona” (aparatos), con programas impartidos por entrenador personal, organizado por el Ayuntamiento de Pamplona.

Se le indicara, tras elegir el usuario que ejercicio le gusta, con que intensidad, tiempo realizara el ejercicio.

Al concluir el programa se evaluara tanto a formadores profesionales, como a los usuario/as participantes del programa, mediante diferentes encuestas.

### 3.3.1 Sesiones formativas dirigidas a los profesionales implicados

#### ❖ Modulo Actividad Física

Se considera que la Forma Física y la Salud se conforman con la influencia de 3 factores:

1. Resistencia Cardiorespiratoria.
2. Fuerza y resistencia muscular.
3. Flexibilidad o movilidad.

Por eso se plantea que el entrenamiento para mantener o aumentar la Forma Física y la Salud incluya un entrenamiento en estos 3 ámbitos.

La resistencia aeróbica en la cual, grandes músculos del cuerpo se mueven de manera rítmica durante un período de tiempo determinado, es el pilar de todo programa de actividad física, produce adaptaciones metabólicas, cardiovasculares y cardiorrespiratorias. La fuerza y la flexibilidad son básicas para el buen funcionamiento del aparato locomotor, sin olvidarnos de otras capacidades como la coordinación y el equilibrio.



Figura 3.1.

El mantenimiento o desarrollo de estas capacidades va a ser clave en la prevención y mejora de la salud, y por tanto, para la obtención de un buen nivel de calidad de vida.

Para realizar el cálculo de frecuencia máxima (FC), el **Test de marcha 6 minutos (TM6')**, nos ayuda a delimitar, según tipo de enfermedad, en que rango vamos a trabajar la intensidad.

- Hipertensos entre 40-70%.
- Diabéticos inicialmente no >40%.
- Obesos inicialmente entre 30-40% para aumentar hasta un 40-75%.

#### **Prescripción basada en el costo energético de la actividad.**

Se realiza en función del gasto energético que requiere y el porcentaje de la capacidad funcional de la persona. Generalmente dicho rango corresponde al 40-85% de la capacidad funcional máxima (MET máximos).

Como se ha explicado con anterioridad, el MET mide la capacidad funcional de la persona (implicación cardiorespiratoria). Para la mayoría de las personas, basándonos en un ejercicio de tipo continuo de hasta 60 min de duración y para personas con nivel medio de condición física, se consideran actividades:

a) de moderada intensidad las que requieren un gasto energético de 4 a 8 MET (5-10 Kcal/min)

b) de intensidad fuerte las que requieren de 8 a 12 MET (10-14 Kcal/min)

c) de intensidad muy fuerte las que superan los 12 MET (> 14 Kcal/min)

Se debe tener en cuenta la gran variabilidad individual en el gasto energético. En general, una actividad que exija un gasto energético inferior a los 3,5 MET (5 Kcal /min) se considera de baja intensidad (anexo nº5).

### **Educación para la salud. Rol del educador**

En el trabajo educativo en Atención Primaria el profesional de salud desempeña un rol de facilitación, de ayuda y apoyo. Es el educando quien aprende y el educador/a quien ayuda, facilita, orienta.

Para obtener mejores resultados, este modelo de trabajo educativo no es improvisado sino hay que prepararlo y programarlo, tener un planteamiento previo a adaptar continuamente a la persona y a su situación.

En general, siempre que sea posible, la Información/Consejo es más eficaz. Se trata de desarrollar:

1. **La información** dada sobre el tema de que se trate, se de forma adecuada para que la usuaria/o la entienda. Que se veraz y correcta, acorde a los conocimientos científicos del momento. Clara, comprensible y adaptada a la persona y a lo que conozcamos de su situación.

2. El uso de **la motivación**, basada en planteamientos positivos y respetuosos (suele resultar menos útil el miedo, chantaje, presión, autoritarismo...). Esta aumenta si la información que proporciona el profesional tiene relación con las creencias y valores del usuario/a y refuerza su autoestima y su capacidad para cambiar. Requiere una relación de confianza y un clima cálido y empático.

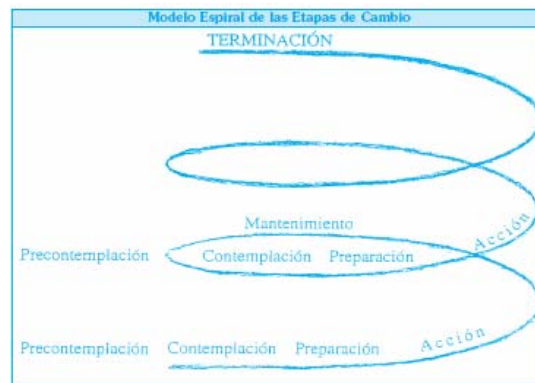
3. Una **propuesta de cambio**. Se recomienda hablar desde el "yo" y usar el verbo estar más que el ser (ej. *"entiendo que en estos momentos no estás haciendo ejercicio habitualmente" más que "eres un desastre y no sabes cuidarte"*), no usar imperativos ni verbos de obligatoriedad ni adverbios absolutos (ej. *"tienes que" "deberías" "nunca" "siempre"*). En la práctica se trata de facilitar a la persona conocer su situación y hablar de ella en primer lugar, o sea, escuchar antes de "hablar" ; ayudarle a pensar más que pensar por él o ella y no "decirle lo que tiene que hacer" ni "darle" soluciones sino facilitar que encuentre las suyas propias. No se trata de "prescribir" comportamientos sino de promoverlos.

Puesto que los cambios producidos en los procesos educativos no son lineales, sino que siguen un modelo más bien en espiral, se tendrán en cuenta a la hora del proceso de aprendizaje.

Progresan de diferentes maneras, aprendiendo de los errores, con pasos hacia adelante y hacia atrás. Prochaska y Diclemente plantean un modelo espiral del proceso de cambio con cinco etapas:

1. Precontemplación: no hay ninguna intención de cambio en un futuro próximo. No es que no se vea la solución, es que no se ve el problema.

2. Contemplación: se tiene consciencia de que existe un problema y se piensa en superarlo, pero aún no se ha decidido a pasar a la acción.
3. Preparación: se combinan intención y toma de decisión; se empiezan a introducir pequeños cambios.
4. Acción: se modifica a sí mismo o a sí misma, modifica su comportamiento, su entorno... con el fin de superar su problema.
5. Mantenimiento: persisten y se consolidan los resultados obtenidos en su acción.



Fuente: Prochaska Diclemente - *Rev.* 1994; 1:3-14  
Modelo transteórico de la estructura intencional de cambio

**Figura 3.2.** Modelo Transteórico de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente.

La finalidad de la información y la educación no es tanto que se lleven a cabo comportamientos definidos y prescritos por la o el “experto”, sino facilitar que las personas movilicen sus propios recursos y desarrollen capacidades que les permitan tomar decisiones conscientes y autónomas sobre su propia salud. Para aprender, se considera esencial el aprendizaje significativo, en el que la persona aprende desde sus experiencias, vivencias y conocimientos, reorganizándolos y modificándolos ante las nuevas informaciones o experiencias que se dan en el proceso educativo.

Por lo tanto, a los profesionales se les enseñara a aplicar una metodología educativa activa y participativa, permitiéndole al profesional ir rehaciendo y adecuando sus hipótesis y planteamientos previos. En el taller de formación, se les ensañara la aplicación de distintas técnicas, para poder desarrollar el rol de educador facilitador de nuevos aprendizajes en relación a su proceso de enfermedad.

Además, se presentaran, los recursos didácticos existentes: folletos informativos sobre manejo de toma de constantes, recursos existentes comunitarios, láminas de trabajo individual/grupal, presentaciones en power point, páginas web de interés,.....en relación con el tema.

➤ **Contenidos de las sesiones a profesionales**

<p><b><u>Actividad</u></b>                      Informar a profesionales de la salud y técnicos de deporte</p>	<p><b><u>Objetivo a cumplir</u></b>                      Aumentar el nivel de conocimientos sobre AF para su incorporación a sesiones educativas. Conocer recursos comunitarios para fomento uso AF.                      Desarrollar técnicas educativas en relaciona a este tema.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de la capacidad funcional. Física y cardiorrespiratoria: test de marcha 6 minutos (TM6')</li> <li>• Programa de ejercicios. Actividades equivalentes en Gasto Energético a caminar rápido. Recomendaciones OMS.</li> <li>• Principios básicos del ejercicio físico: intensidad, frecuencia, duración, indicación, modo o tipo de ejercicio. Elaboración sesión de ejercicios.</li> <li>• Consideraciones especiales según patologías.</li> <li>• Recursos comunitarios. Entidades deportivas, espacios saludables.</li> <li>• Técnicas educativas para API y APG.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>2 sesiones de 8,30-15 horas</u>, por médicos especialistas en Medicina de la Educación Física y/o licenciados en Ciencias de al AF y Deporte, pertenecientes al Instituto de Deporte y Juventud del gobierno de Navarra.                      Lugar de impartición: Aula de formación de dicho lugar.</li> <li>- <u>Una sesión de 8,30-15 horas</u>, de técnicas educativas, impartida por técnicos del ISP.                      Lugar: en el aula de formación del ISP.</li> </ul>

➤ **Metodología y evaluación de las sesiones**

Respecto a la metodología, se propone mediante técnicas educativas individuales y grupales:

- Técnicas de expresión y de Investigación en aula.
- Técnicas de información y Expositivas.
- Técnicas de análisis
- Técnicas de desarrollo de habilidades.

## Evaluación del curso

El contenido de la hoja de evaluación que se entregará a los participantes será:

Fecha de realización del curso: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Las respuestas serán desde 1 hasta 5 siendo el uno la peor puntuación y el 5 la mejor:

1= malo; 2 = indiferente; 3 = bueno; 4 = muy bueno; 5 = excelente

Preguntas sobre el desarrollo del curso:

- 1.- La organización del curso ha sido:
- 2.- El nivel de los contenidos ha sido:
- 3.- La utilidad de los contenidos:
- 4.- La utilización de medios audiovisuales:
- 5.- La comodidad del aula ha sido:
- 6.- La duración del curso ha sido:
- 7.- El horario en que se ha realizado:
- 8.- El material entregado:
- 9.- En general, el curso te ha parecido:

Comenta que aspectos te ha parecido mejor del curso:

Comenta que aspectos mejorarías del curso:

Valora el curso con una nota de 1 a 10:

Preguntas sobre los formadores:

- 1.-Las explicaciones teóricas eran claras y concisas:
- 2.- Ha expuesto suficientes casos prácticos:
- 3.- Ha fomentado la participación de los participantes:
- 4.- Ha cumplido el objetivo del curso:

Realiza una pequeña valoración sobre los aspectos mejor y peor valorados de los formadores:

Preguntas sobre la utilidad del curso:

- 1.- Mi motivación ha sido:
- 2.- Mi participación ha sido:
- 3.- He asimilado los contenidos explicados:
- 4.- El contenido me sirve para mi puesto de trabajo:

Puntuación final del curso, de acuerdo, a su validez para tu trabajo (valora de 1 a 10):

## ❖ Modulo Autocuidados en enfermedades vasculares

<b>Actividad</b>	<b>Objetivo a cumplir</b>
Sensibilizar e informar a profesionales de la salud.	Desarrollar capacidades para incluir en la práctica profesional actividades de trabajo educativo individual y grupal sobre este tema.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción a las enfermedades vasculares.</li> <li>• Tomar riendas de mi enfermedad. Reajustes iniciales de la vida diaria.</li> <li>• El manejo de la enfermedad: dejar y mantenerse sin fumar, alimentación saludable, ejercicio físico, mantener peso saludable, controlar el estrés, adherencia al tratamiento, realización de controles.</li> <li>• Prevención de complicaciones: síntomas de alarma.</li> <li>• Plan personalizado.</li> <li>• Técnicas educativas para API y APG.</li> </ul>	<p><u>3 sesiones de 8,30-15 horas,</u> impartidas por técnicos del ISP.</p> <p>Lugar: en el aula de formación de Dirección de AP y del aula de formación del ISP.</p>

### ➤ **Contenidos, metodología y evaluación**

Las sesiones se trabajaran sobre el **Protocolo de actuación sobre Autocuidados en enfermedades vasculares**, coordinado por la Sección de Promoción del ISP y la Dirección de AP, ofreciendo los enfoques actuales de EpS en autocuidados.

Los contenidos trabajados son los señalados en la actividad a través de metodología educativa activa y participativa, mediante técnicas educativas individuales y grupales como:

- Técnicas de expresión y de Investigación en aula.
- Técnicas de información y Expositivas.
- Técnicas de análisis
- Técnicas de desarrollo de habilidades.

Potencia el rol educador explicando las funciones, actitudes, habilidades y recursos didácticos. Asimismo, explica aplicaciones informáticas del programa de OMI-AP en relación a la materia, y también la posibilidad de registrar el trabajo de enfermería sobre, el Plan de Cuidados en personas con enfermedades vasculares.

La **evaluación** del curso se realizara con las mismas cuestiones planteadas en el modulo de AF. En relación al desarrollo, formadores y utilidad del curso.



### 3.3.2 Sesiones formativas dirigidas a los usuarios/as del programa

#### ❖ Apoyo programado individual AF

<p><b>Actividades</b> Apoyo programado individual para el fomento de ejercicio físico</p>	<p><b>Objetivo:</b> Desarrollar capacidades y recursos para la práctica de ejercicio físico.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1ª sesión: Como veo el tema del Ejercicio Físico.</li> <li>• 2ª sesión: Que factores influyen</li> <li>• 3ª sesión: Decido que ejercicio físico quiero realizar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sesión inicial 40 minutos.</li> <li>- 2 sesiones 20-30 minutos duración<sup>1</sup>,</li> </ul> <p>Impartidas por profesionales enfermeros de los C.S. piloto.</p> <p>Lugar: aula de formación en el centro de salud</p>

El contenido se adaptara a la información que aparece en los siguientes documentos:

- "Recomendaciones sobre AF dadas por la OMS" (anexo nº6).
- "Programa de AF para la prevención y control de factores de riesgo". Mº de salud de Chile.
- "Estilos de vida. Protocolo para profesionales. Educación y comunicación en consulta individual". Sección de Promoción de Salud. ISP

#### ➤ Contenido y metodología

Contenidos	Técnicas
<p><b>1ª consulta: Cómo veo el tema del ejercicio físico</b> Recepción y contrato educativo Expresar su experiencia respecto al ejercicio físico Desarrollar conocimientos respecto a distintos tipos de ejercicios Desarrollar habilidades para la práctica de ejercicio físico</p>	<p>Técnicas de Encuentro Técnicas de Expresión Técnicas de Información Técnicas de Desarrollo de Habilidades</p>
<p><b>2ª consulta: Qué factores influyen en la realización o no de ejercicio físico</b> Resumir las conclusiones de la sesión anterior Analizar los factores relacionados con el ejercicio físico Desarrollar habilidades para la práctica de ejercicio físico</p>	<p>Técnicas de Encuentro Técnicas de Análisis Técnicas de Desarrollo de Habilidades</p>
<p><b>3ª consulta: Decido el ejercicio físico que quiero realizar</b> Retomar la sesión anterior y consensuar ésta Analizar posibles formas de realizar ejercicio físico Identificar dificultades y alternativas Elaborar su plan personal Desarrollar habilidades para la práctica de ejercicio físico.</p>	<p>Técnicas de Encuentro Técnicas de Análisis Técnicas de Desarrollo de Habilidades</p>



Para elaborar su Plan personal, recomendamos dentro de las **Actividades equivalentes en Gasto –energético a caminar rápido**, representada en la siguiente tabla (ampliado también en el anexo nº5), realizar una AF moderada o intensa que logre gastar unas 150 kcal por día o 1000-1200 kcal semanales.

Según la evidencia científica, para lograr gastar al menos 700kcal a la semana, se debe realizar 30 minutos de caminata rápida su equivalente por 5 días a la semana (2<sup>1/2</sup> horas de AF a la semana). El tiempo necesario para gastar esta cantidad de energía varía de acuerdo a la intensidad el ejercicio a realizar. Esta intensidad se mide por varios parámetros:

- Frecuencia cardiaca (Formula de Karvonen).
- Percepción del esfuerzo (escala de Borg), añadido al TM6'.
- Signos síntomas dados mientras se realiza ejercicio, añadido al TM6'.

Actividades Equivalentes en Gasto Energético a	caminar rápido
<ul style="list-style-type: none"> <li>Danza aeróbica (alto, bajo impacto, "step")</li> <li>Andar en bici (al aire o estática)</li> <li>Baile (sin pausas)</li> <li>Excursión</li> <li>Trote</li> <li>Saltar a la cuerda</li> <li>Remar</li> <li>Patinaje</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esquí</li> <li>Fútbol</li> <li>Pesas</li> <li>Natación</li> <li>Ejercicios aeróbicos en agua</li> <li>Tenis</li> <li>Buceo</li> </ul>

Tabla 3.3

**Para que la actividad sirva al cumplimiento del modulo de AF, debe durar al menos 10 minutos de forma continuada, sin pausas.**

El objetivo se realiza de forma gradual hasta alcanzarlo en un plazo de cinco semanas, para posteriormente mantenerlo durante los 6 meses que dura el modulo de AF. Las personas

sedentarias o sin entrenamiento previo incrementaran de forma gradual el tiempo dedicado a AF partiendo con 10 minutos al inicio, aumentando 5 minutos cada semana hasta alcanzar los 30 minutos diarios por 5 días o 2<sup>1/2</sup> horas a la semana a la quinta semana.

En las **sesiones de ejercicios** preparadas, además del registro de parámetros basales (TA, FC y sintomatología), tendremos en cuenta las siguientes características:

**Características de las Sesiones de práctica**

<b>Duración:</b> 30 minutos mínimo- 1 hora máximo			
<b>Frecuencia:</b> 4 sesiones semanales			
<b>Intensidad:</b> Moderada			
<b>Partes de la sesión y contenidos</b>			
1- Calentamiento (6-10 minutos)	2- Tonificación (10-30 minutos)	3-Actividades dinámicas y cardiovasculares (10-25 minutos)	3- Recuperación (8 minutos)
Activación Flexibilidad Movilidad articular Ejercicios respiratorios	Movilidad articular Lanzamientos Saltos Fuerza Circuitos	Bailes Combinaciones de tareas Desplazamientos Juegos	Ejercicios de equilibrio Estiramientos Juegos Respiración

- En cuanto a las **consideraciones especiales para la AF según patologías**, se añaden recomendaciones elaboradas por el American College of Sports Medicine (ACSM) para hipertensos. La prescripción de ejercicio para personas diabéticas será, en función del tratamiento, presencia y gravedad de las complicaciones y en función de objetivos o beneficios esperados del programa. En personas con dislipemia, con obesidad, según guías de actuación utilizadas en AP.

Otras consideraciones:

- Es importante promover en el usuario, un mayor gasto calórico en actividades diarias con consejos prácticos como: usar escaleras, dejar el coche aparcado más lejos, uso de transporte sostenible,.....
- En el caso de personas con obesidad, dado que generalmente es sedentaria y ha tenido experiencias previas negativas, el gasto calórico o intensidad inicialmente será baja, y como el exceso de peso puede agravar la condición articular basal, se realizara derivación para una evaluación quinésica funcional con un podólogo/a y evitar futuras lesiones.

Además, es necesario saber las causas que con mayor frecuencia **pueden limitar la adherencia a un programa de ejercicio:**

- el cansancio excesivo

- el aburrimiento
- el desconocimiento de los efectos beneficiosos del ejercicio sobre el organismo
- las lesiones del aparato locomotor y
- la sensación de incapacidad para seguir las indicaciones del monitor en relación al tipo de ejercicios a realizar y en cuanto a la intensidad de los mismos.

En una palabra, para que una persona no abandone un programa de ejercicio debe estar motivado y ser capaz de seguir las orientaciones del técnico deportivo y profesional sanitario.

Ante las **limitaciones surgidas por problemas del aparato locomotor**, en especial lesiones de los miembros inferiores, producidas como consecuencia de incrementos bruscos en la intensidad del ejercicio, por un traumatismo, al realizar un ejercicio incorrectamente o al sobrecargar excesivamente alguna parte del aparato locomotor, se recomienda:

1. Programar sesiones que expliquen en qué va a consistir el programa de ejercicio y cuáles son los objetivos.
2. Enseñanza detallada, no sólo teórica sino práctica, de los ejercicios que se van a realizar. Especificar el tipo de ejercicio, el número de días a la semana a realizarlo, la duración, la intensidad y los tiempos de recuperación.
3. Control-supervisión de la actividad, en especial las primeras sesiones del programa, por parte de los profesionales responsables del programa de ejercicio. Favorecer la comunicación entre monitores y deportistas para resaltar los aspectos positivos de buena ejecución y mejora y corregir posibles errores.
4. Valoración funcional periódica para evaluar la evolución de las cualidades físicas, la asimilación del entrenamiento y planificar el siguiente periodo de ejercicio.
5. Inicialmente es recomendable programar el ejercicio en días alternos, o si es actividad diaria variar los grupos musculares a trabajar y el tipo de actividad aeróbica (caminar, bicicleta, natación...).
6. Controlar la sensación personal de satisfacción con la actividad física, con especial atención a la fatiga excesiva, el aburrimiento, la aparición de sobrecargas articulares y musculares y la tolerancia al ejercicio en cuanto a la intensidad del mismo y en cuanto a la ejecución correcta. Estos aspectos serán motivadores para continuar con el programa de ejercicio físico.

## ➤ Evaluación

Cuestionario de evaluación:

1. Por favor, rodea con un círculo el número que consideres sobre distintos aspectos del trabajo realizado:

1=muy mala, 5=muy buena

Opinión general	1	2	3	4	5
Los temas trabajados	1	2	3	4	5
La forma de trabajo	1	2	3	4	5
Adecuación a tus necesidades	1	2	3	4	5
Utilidad para tu vida	1	2	3	4	5
Tu participación	1	2	3	4	5
Grado de satisfacción	1	2	3	4	5

2. Di 3 cosas que te han gustado:

3. Di 3 cosas que añadirías o cambiarías:

## ❖ Apoyo programado individual de Autocuidados.

<p><b>Actividades:</b> Apoyo programado individual para los Autocuidados</p>	<p><b>Objetivo:</b> Fomentar los autocuidados en relación a enfermedades crónicas para aumentar la aceptación y adaptación a la misma y prevenir complicaciones.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1ª sesión: Afrontamiento enfermedad y autocuidado. Entender mejor enfermedad.</li> <li>• 2ª-3ª sesión: Educación en afrontamiento y aceptación-adaptación a la enfermedad.</li> <li>• 4ª-5ª sesión: Me preparo para manejar mi enfermedad. Los autocuidados</li> </ul>	<p>Las sesiones tendrán una duración de 20-30 minutos.</p> <p>Impartidas por profesionales enfermeros de los C.S. piloto.</p> <p>Lugar: consulta de enfermería.</p>

Las sesiones estarán basadas en los siguientes documentos:

- Enfermedades vasculares. Manual de autocuidado. Coordinado por ISP y Dirección de AP.
- Manual de Educación para la Salud. Sección de Promoción de Salud.ISP
- *Procesos Crónicos. Educar en Salud II. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria.* Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra.

El diagnóstico de una enfermedad crónica plantea a las personas el reto de asumir una nueva situación y ser capaces de manejarse en ella. Las principales áreas de necesidades giran en torno a:

- Aceptación de la enfermedad. Las personas necesitan elaborar y asumir el diagnóstico (diabetes, HTA, obesidad,...), reconociendo las emociones que les produce y siendo conscientes de los factores sociales, ambientales y personales que influyen en ello.
- Manejo de las medidas del tratamiento. Las personas necesitan conocer y aprender detalladamente las habilidades de autocuidados necesarias en cada caso: psicomotoras (ejercicio físico, inyección de insulina,...), habilidades personales (toma de decisiones, reconocimiento de determinados signos y síntomas, organización del tiempo, manejo de emociones...) y habilidades sociales (comunicar el diagnóstico a la pareja, pedir ayuda, decir no...).
- Planificar y llevar a cabo su propio plan para el control de la enfermedad. Las personas con enfermedades crónicas necesitan por una parte decidir su propio plan de autocuidado, incluyendo las alternativas que más les vayan y, por otra, ejercitarse en el control de su enfermedad, poniendo en práctica y evaluando lo decidido.

Tras una fase crítica inicial y un proceso de adaptación a la enfermedad, se puede lograr superar los distintos retos: recuperar el equilibrio emocional, conservar una autoimagen positiva, preservar sus relaciones, etc. y manejar la enfermedad. Para otras personas no es tan fácil. Además de las respuestas de convivencia con la enfermedad, parecen existir 3 tipos de respuestas globales de no aceptación: regresión de la personalidad (cierta infantilización, dependencia, engañan...), separación (saben de su enfermedad, creen saber lo que les conviene, son rebeldes al tratamiento prescrito...) y rechazo, no querer saber más (no se hacen cargo del diagnóstico ni del tratamiento, engañan y se autoengañan...).

Desde el apoyo programado ofrecido por los profesionales, se le ayudara a afrontar la situación y asumir el control de la enfermedad para hacerse su propio plan.

Una vez aceptada y asumida la enfermedad y su control, algunas personas ven ante sí un futuro incierto. Pueden producirse temor a las posibles complicaciones.

Otras veces se producen a lo largo del proceso nuevos problemas y dificultades como consecuencia de la propia enfermedad o de su control que requieren readaptaciones y apoyo.

La situación sociosanitaria y los planteamientos de las personas adultas hacen de esta etapa un momento adecuado para el desarrollo de estilos de vida saludables. Las principales áreas de necesidades que se detectan en las personas adultas, se pueden agrupar en torno a:

- Cómo se vive la salud en esta etapa de su vida. Necesitan ser más conscientes de su situación, de su propia actitud ante los riesgos y la salud, de la influencia de factores sociales, de entorno próximo y personales.
- Cómo se puede avanzar en los autocuidados. Necesitan conocer y manejar las medidas más útiles para cuidarse y prevenir riesgos: alimentación, ejercicio físico, control de la ansiedad, tabaco y alcohol.
- Cómo aplicar el autocuidado a la vida. Trabajadas las principales medidas de autocuidados, necesitan analizar más su situación concreta y elegir los cambios más factibles, más idóneos a su situación, a su forma de vida y a su manera de ser para prevenir riesgos y cuidarse mejor.

En definitiva, Se trata de desarrollar estilos de vida saludables relacionados con la alimentación, el ejercicio físico, el estrés, las relaciones con una o uno mismo y con las otras personas, en el ocio...Para introducir modificaciones en los estilos de vida es útil pensar y analizar la propia situación, cómo son los estilos de vida, con qué factores se relacionan, identificar las áreas que se pueden mejorar, buscar alternativas, elegir la alternativa más factible y que mejor encaje. Hacerse un plan y llevarlo a cabo.

Contenidos	Técnicas
<p><b>1ª Sesión: Entender mejor mi enfermedad.</b> Saludo y conectar con experiencia usuario/a. Explicar diagnóstico y tratamiento. Entrega tríptico "<i>Las enfermedades vasculares</i>". Ofrecimiento de un seguimiento.</p>	<p>Técnica de encuentro, escucha activa, técnica de información con discusión, de motivación</p>
<p><b>2ª-3ª sesión: Afrontamiento y aceptación enfermedad.</b> Expresar situación. Reorganizar conocimientos sobre proceso de enfermedad. Mi papel y el del centro de salud. Profundizar en su situación. Tarea</p>	<p>Técnicas de encuentro, de expresión, de información/motivación, de ayuda a la toma de decisiones contrato.</p>
<p><b>4ª-5ª sesión: Me preparo para manejar mi enfermedad. Los autocuidados.</b> Reflexión sobre actitudes y grado de firmeza en las decisiones. Reorganizar conocimientos sobre medidas de autocuidados. Cambios necesarios: análisis. Ayuda a la toma racional de decisiones.</p>	<p>Técnicas de análisis, de exposición con discusión, de ayuda a la toma de decisiones</p>



## ➤ Evaluación

### Cuestionario de evaluación:

- ¿Qué te ha parecido este curso?

- Los temas tratados ¿te han sido útiles?, ¿en qué sentido?, ¿para qué situaciones?

¿La asistencia a este curso crees que te puede ayudar a llevar mejor tu situación?

¿En qué aspectos?

- ¿Estarías interesado o interesada en participar y organizar un grupo de autoapoyo?

En organizarlo      Sí

                            No

En participarlo     Si

                            No

¿Cómo valoras la organización del curso?

Nº de horas        Pocas

                            Suficientes

                            Excesivas

Locales            Apropriados

                            No apropiados

Horario            Adecuado

                            No adecuado

## ❖ APG, API / APG combinado, del programa de AF y Autocuidados

Las personas que acuden al grupo, conocen el diagnóstico y han recibido información/motivación sobre la necesidad de introducir cambios saludables e implicarse en el control de su enfermedad, pero el grado de consolidación de sus decisiones puede ser variable. Participan activamente en API tanto de módulo de AF, como en el de Autocuidados y han sido derivados desde las consultas de enfermería, donde se realizan las sesiones de API.

Se realizarán unas 3-4 sesiones, semanal o quincenal, impartidas por profesionales de salud (enfermería), de unos 60-80 minutos de duración, en el aula de formación de los centros de salud.

Se trabajarán materiales diferentes (textos, power point) con las técnicas educativas activas y participativas mencionadas anteriormente.

### 1ª sesión: Situación y experiencias personales

Constará de las siguientes partes:

- Acogida del grupo: uso de expresiones verbales y no verbales de aceptación, apoyo y acogida
- Ronda de presentación individual, pacientes y formador/es.
- Presentación del taller. Finalidad, objetivos, contenidos y programa del curso y pacto.

Se tratará de que las personas expresen, organicen y compartan su situación personal respecto a la enfermedad y los autocuidados, para que sean más conscientes y puedan así valorar mejor los cambios necesarios.

Se realizará una rueda de testimonios personales, apuntando situación y experiencias personales vividas. También puede utilizarse el *Material 1* en el que se comenta las vivencias tanto positivas como negativas con respecto a la enfermedad y el manejo de la misma (consumo de tabaco, alimentación, actividad física, peso, estrés, toma de medicación, controles periódicos).

### 2ª sesión: Conocer la enfermedad y manejo. Factores relacionados con su autocuidado.

Se aportará un resumen con la información necesaria presentándola en power point: el proceso de enfermedad, vivir con ella, recomendaciones para el manejo (estilos de vida saludables).

Se trata de ampliar la visión de su situación y los comportamientos, reflexionar sobre cuál es su posición, sus actitudes y sentimientos y que factores personales y del entorno (familiar, laboral, ocio,...) le influyen, valorando la necesidad de involucrarse personalmente en el cambio y/o de movilizar y desarrollar recursos y habilidades personales.

Se puede trabajar con el *Material 2.A* o el *Material 2.B* (caso práctico), pudiéndose trabajar en grupo grande o grupos pequeños, aportando al final un resumen y las conclusiones.

### 3ª sesión: Habilidades para los autocuidados. Plan personal (I parte)

Se puede iniciar una ronda del grupo sobre experiencias del autocuidado e ir anotando: actividad física realizada semana anterior, autorregistro (si lo hubiera) de consumo y hábito alimentario saludable, situaciones de estrés y acciones preventivas llevadas a cabo, tabaquismo,...

Se realiza una demostración práctica con entrenamiento de algunas habilidades necesarias para el autocuidado: respiraciones, relajación, toma de pulso, uso de pulsómetro o podómetro, medición del perímetro de cintura, cálculo del IMC, autoedición tensión arterial, programación del móvil para recordatorio de medicación (*Material 3A, 3B, 3C*).

Según las necesidades detectadas, además de trabajar algunas habilidades psicomotrices, pueden trabajarse la toma de decisiones para el cambio, analizando posibles cambios, dificultades y alternativas (*Material 3D: cambios necesarios en los estilos de vida. Tabaco, Alimentación, ejercicio físico, estrés y toma de medicación*).

### 4ª sesión: Habilidades para los autocuidados. Plan personal (II parte)

Se tratará de iniciar la elaboración de un plan personal para el manejo de la enfermedad. Pensado y analizado el plan genérico posibles cambios, ahora se trata de personalizar: Que cambios van a incorporar y como. Puede ser útil proponer que cada cual reflexione, ensaye y vaya viendo si aquello que propone realizar es útil, concreto, realista, factible, etc.

Se puede hacer un compromiso frente al grupo.

### Sesiones de seguimiento

Se realizará un repaso sobre la situación vivida por cada paciente durante todas las sesiones, para que vean como se encontraban en un principio y tal y como se encuentran ahora mismo.

En estas sesiones se tratará de explorar habilidades saludables en relación al proceso de enfermedad crónica vivida y se comentaran que dificultades encuentran o no en su mantenimiento.

A la finalización de la formación grupal, se ofrecerá de manera grupal apoyo a los 3 o 6 meses.

En la última sesión de seguimiento, que será realizada pasado los seis meses, se realizará una evaluación de las sesiones y se les animará y motivará a realizar reuniones entre ellos para que analicen como les va y así puedan seguir ayudándose unos a otros.

## ➤ Evaluación

Cuestionario de evaluación:

1. Por favor, rodea con un círculo el número que consideres sobre distintos aspectos del trabajo realizado:

1=muy mala, 5=muy buena

Opinión general	1	2	3	4	5
Los temas trabajados	1	2	3	4	5
La forma de trabajo	1	2	3	4	5
Adecuación a tus necesidades	1	2	3	4	5
Utilidad para tu vida	1	2	3	4	5
Tu participación	1	2	3	4	5
Grado de satisfacción	1	2	3	4	5

4. Di 3 cosas que te han gustado:

5. Di 3 cosas que añadirías o cambiarías:

## **4. RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES**

### **4.1 EQUIPO QUE DESARROLLA EL PROYECTO. COLABORACIONES INSTITUCIONALES**

El equipo estará formado por los siguientes profesionales:

- Médicos de Familia y equipos de enfermería de los distintos Centros de Salud pilotos, impartirán API.
- Del equipo integrante de enfermería, dos miembros impartirán el taller de APG sobre Autocuidados.

El médico y enfermera/o responsables de cada centro de salud piloto, serán encargados de la valoración análisis, desarrollo y evaluación del programa en su correspondiente centro. Mantendrán contacto informativo con los técnicos deportivos sobre usuarios participantes y coordinara la información recibida y dada por el resto de componentes del equipo.

- Técnicos de deporte, para realizar las sesiones de AF en instalaciones comunitarias.
- Un dietista de la Unidad de Nutrición del CHN, ofrecerá apoyo a personas obesas con IMC > 30.
- Servicio de cardiología del CHN, Unidad del Esfuerzo. Aquellas personas con riesgo cardiovascular alto, se valorara realizar prueba de esfuerzo antes de iniciar el programa de AF.
- Técnicos de la Sección de Promoción del ISP, que impartirán el taller a los profesionales de salud.
- Licenciados en Ciencias de al AF y Deporte, del Instituto de Deporte y Juventud, que impartirán el taller sobre AF.

El equipo será de carácter multidisciplinar, puesto que intervienen profesionales de distintas disciplinas.

El programa se desarrollará en los centros de salud piloto de Pamplona y se contará con los profesionales de ese centro.

### **4.2 RECURSOS DISPONIBLES: MATERIAL TECNICO, INVENTARIABLE Y FUNGIBLE.**

Para poder poner en marcha dicho proyecto, será necesario:

-En API, los despachos de medicina y enfermería, equipado con un ordenador, que tendrá instalado el programa operativo OMI\_AP para el registro de datos.

-En APG, sala de usos múltiples o sala de formación de cada centro de salud, los días definidos para el desarrollo del curso (2-4 días al mes).

La sala se deberá disponer de tantas sillas como discentes y formadores (2), el ponente y el/la que valora el desarrollo la actividad.

Será reorganizada colocando las sillas (según aforo) alrededor de una mesa redonda, en semicírculo, orientadas hacia la pantalla del cañón donde se proyectarán las diferentes

presentaciones. De modo que se tenga buena visión de las presentaciones en la pantalla y del ponente, además el hecho de colocarse alrededor de una mesa permite que se vean los unos a los otros en caso de realizarse charlas.

Se contará con diferentes medios de nuevas tecnologías necesarios para la realización de las diferentes actividades; ordenador portátil, cañón y pantalla de proyección.

Todo el material didáctico, está elaborado por la sección de Promoción de Salud del ISP, presentaciones de power point, folletos explicativos, carteles, test, registros, fichas, catálogos, listados de servicios, actividades prácticas...por lo que se destinará una partida económica para el gasto en fotocopias así como para la compra de todo el material fungible necesario (folios, carpetas, bolígrafos, cds...).

El presupuesto estimado es muy bajo, debido a que el programa se llevará a cabo por profesionales del centro de centros de atención primaria y al desarrollarse en el horario laboral de cada profesional, el coste está incluido en la nómina mensual que percibe cada profesional.

#### **PRACTICA DE AF**

Es importante establecer lista de los recursos comunitarios presentes para la realización de sesiones de ejercicios:

- Salas de usos múltiples del barrio con la presencia de cursos en relación a la AF, compatibles con las necesidades del usuario.
- Pertinencia o posibilidad de pertenecer a una instalación deportiva con técnico entrenador.
- Posibilidad de formar parte de talleres organizados por instituciones públicas con entrenador, para realizar ejercicios de flexibilidad y fuerza ("gimnasios urbanos saludables"), resistencia aeróbica ("paseos saludables por el Arga", "Como andar en bici por la ciudad").

#### **4.3 PRESUPUESTO ESTIMADO**

Únicamente, se estimara presupuesto sobre los **técnicos de deporte** que se contraten para la impartición de manera supervisada, actividades grupales con personas de riesgo cardiovascular alto, en instalaciones comunitarias del barrio en el que se imparta el taller.

Para lo cual, se valorara tipo de material necesario para la realización de series de ejercicios, aprovechando el ya existente (gimnasios saludables urbanos,...).

		<b>TOTAL</b>
<b>Recursos humanos</b>	<b>Técnicos deportivos</b>	5
<b>Horas /mes</b>	18-20 /mes/6 meses	120 horas
<b>Euros /hora</b>	15 euros	9000 euros

## 5. DOCUMENTOS DE AUTORIZACION

### 5.1 INFORME DE SOLICITUD AUTORIZACIÓN

#### MODELO DE SOLICITUD PARA APROBACION DEL PROGRAMA DE ACTIVIDAD FORMATIVA Y EDUCATIVA

##### DENOMINACION DE LA ACTIVIDAD

Taller de formación a profesionales de salud para implantación del programa de actividad física y autocuidados en personas con riesgo cardiovascular

##### ORGANIZADORES

Coordinador: Instituto de Salud Publica  
Colaboración: Profesionales de Medicina Familiar y Enfermería de atención primaria, Nutricionista de atención especializada, Licenciados Medicina del Deporte, Técnicos deportivos.

##### DIRIGIDO PARA SU APROBACION A:

Servicio Navarro de Salud- Departamento de Salud

##### LUGAR DE REALIZACION

Salas de usos múltiples de Centros de Salud pilotos.  
Instalaciones deportivas y espacios saludables urbanos.

##### FECHA Y DURACION

4 sesiones formación por cada modulo (AF, autocuidados), en 2 meses en API y APG.

##### PERFIL DEL USUARIO AL QUE VA DIRIGIDO

Personas que acuden al centro de salud y presenten riesgo cardiovascular moderado-alto.

##### JUSTIFICACION DE LA ACTIVIDAD

Los estilos de vida son determinantes en el nivel de salud y factores causales de las principales enfermedades crónicas: cardiovasculares, obesidad, diabetes y algunos cánceres. La promoción de salud se centra en la alimentación, el tabaco, el estrés y el ejercicio físico. Desde el ámbito de atención primaria, se ofrece asesoramiento, motivación, apoyo y ayuda en relación al ejercicio físico y se pretende fomentar el protagonismo en el usuario sobre el cuidado de las enfermedades que causan las enfermedades crónicas mencionadas.

##### ORGANISMOS, INSTITUCIONES Y ENTIDADES COLABORADORAS

Sección de Promoción de Salud del ISP, Instituto de Deporte y Juventud, Ayuntamiento de Pamplona.

**CENTROS:** Centros de salud de la comarca de Pamplona

##### OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD

- Mejorar la capacidad funcional cardiorrespiratoria y aptitud física.
- Sensibilizar y desarrollar hábitos saludables entre la población con factores de riesgo, y fomento de los autocuidados.

##### FINANCIACION

Departamento de Salud. Servicio Navarro de Salud. Gobierno de Navarra

## 5.2 DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL PROGRAMA**  
**“Actividad física y autocuidados en enfermedades vasculares”**  
**CENTRO DE SALUD\_\_\_\_\_**

Yo \_\_\_\_\_ con DNI: \_\_\_\_\_, me comprometo a la asistencia del programa “Actividad Física y autocuidados”, impartido por los profesionales de salud del Centro de Salud de\_\_\_\_\_ (Pamplona).

Se me ha explicado la naturaleza y el objetivo de dicho curso, incluyendo las diversas actividades que en él se van a realizar. Estoy satisfecho con esas explicaciones y las he comprendido. También me comprometo a cumplir con mi asistencia y puntualidad a las sesiones de formación del programa y participar en las charlas y actividades que en ellas se realizan.

Además deberé cumplir en dicho consentimiento el **secreto de la intimidad o confidencialidad**, de los casos que se planteen, así como de los posibles testimonios de los participantes en el curso.

Fecha:.....

Firma del asistente al curso:.....

DNI del asistente al curso:.....

Por la presente certifico que he explicado la naturaleza, objetivos, propósito, beneficios y actividades de la formación propuesta, me he ofrecido a realizar dicha formación y a contestar cualquier duda que surja en el transcurso de las sesiones.

Firma y DNI del Responsable:.....



## **6. INFORMACION Y DIVULGACION**

Se ofertara la realización del programa desde varios medios de comunicación:

### **❖ INFORMACIÓN A LA POBLACIÓN**

Para la información a la población se realizará un tríptico y unos carteles basados en los documentos elaborados por la sección de promoción de la salud del ISP sobre AF y Autocuidados, similares a las características que se presentan en el anexo nº7 (trípticos y cartel).

Tanto los folletos como los carteles, se distribuirán en los centros de salud, centros cívicos de ocio, comunitarios,..... del barrio al que pertenezca el centro de salud.

Además de los trípticos y los carteles, la información a la población en general se realizará mediante el médico, enfermera y trabajador social. Cuando los pacientes acudan a la consulta por cualquier motivo, al final de la consulta se le informará al paciente sobre el nuevo programa, ya sea beneficioso para él/ella o pueda ser beneficioso para algún familiar o conocido.

La información que se dará a los pacientes en esta primera captación será una presentación general del programa y se realizará un breve resumen de todos aquellos riesgos asociados con la inactividad física y la falta de cuidado en sus enfermedades crónicas.

Tras la evaluación final, se valorara la inclusión dentro de la página web del gobierno de navarra de un enlace relacionado con este tema.

### **❖ NOTA DE PRENSA PARA SU PUBLICACIÓN**

La nota de prensa para su publicación constará de un breve resumen sobre el programa, que resulte atractivo para la población y así animar a participar en el mismo.

El resumen informará sobre el objetivo general del programa, el equipo de profesionales que lo llevarán a cabo, una pequeña explicación de su metodología y plasmará la población diana.

La nota de prensa está disponible en el anexo nº8.

## 7. EVALUACION

La evaluación del programa se realizará anualmente y será evaluada por el equipo designado para evaluar, que estará formado por personal médico, de enfermería y de medicina del deporte, capacitados para ello.

### Indicadores de evaluación del proceso:

- Cuantitativas
  1. Indicador de permanencia en el programa:  
$$\frac{\text{n}^{\circ} \text{ participantes que finalizan programa}}{\text{n}^{\circ} \text{ participantes iniciales}} \times 100$$

(6 meses)
  2. Registros de parámetros físicos y datos clínicos al inicio/final del programa: monitorización de signos vitales (FC, TA), peso, perímetro cintura (PC), y parámetros serológicos (CT total, LDL, HDL, glucosa, hemoglobina glicosilada). Se indicara que % ha variado, antes y después de los 6 meses de permanencia en el programa.
  
- Cualitativas
  - Encuesta a usuarios participantes de evaluación de las actividades.

### Indicadores de evaluación de los resultados esperados:

- Cualitativas:
  - a) Usuarios participantes, se realizara una comparación de los resultados obtenidos en la encuesta sobre conocimientos y actitudes respecto a aspectos relacionados con el programa desarrollado, que se pasara en cada modulo antes de comenzar las sesiones y al finalizarlas. La formación recibida por el técnico de deporte y la idoneidad de las instalaciones deportivas usadas, también será evaluada. (Anexo nº9)
  - Cuestionarios de calidad de vida (HTA, diabetes).

También se evaluara mantenimiento de AF a los 6 y 12 meses mediante consulta telefónica, mensaje electrónico o móvil.

- b) Profesionales que imparten el programa también se les evaluara sobre la formación recibida para la práctica del programa (anexo nº9).

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. OMS. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. 2010.
2. Consejo Global para la Defensa de la Actividad Física, Sociedad Internacional para la Actividad Física y la Salud. El *Manifiesto de Toronto por la actividad física: un llamamiento global a la acción*. 20 de mayo de 2010  
<http://www.globalpa.org.uk/pdf/torontocharter-spanish-castilian-20may2010.pdf>
3. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. OMS  
[http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/en/](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en/)
4. Gobierno de Chile. Ministerio de Salud. Programa de Actividad Física para la prevención y control de los factores de riesgo cardiovascular. Octubre 2004.
5. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), EEUU, Cardiovascular Disease Risk. Factors and related preventive health practice among adults with and without diabetes. Utah. 1988-1993 MMUR, 1995 Nov; 49 (43): 805-9.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). The Health Benefits of Physical Activity in Developing Countries. 2005
7. King DS, Dalsky GP, Clutter WE. Effects of exercise and lack of exercise on insulin sensitivity and responsiveness. J Appl. Physiol. 1988; 64:1942-1946.
8. Stratton JR, Chandler WL, Schwatz RS. Effects of physical conditioning of fibrinolytic variables and fibrinogen in young and old healthy adults. Circulation. 1991; 83:1692-1697.
9. Lee IM. Physical activity, fitness, and cancer. Human Kinetics Publishers, 1994:814-831.
10. Consejo Superior de Deportes. Plan Integral para la Actividad Física y el Deporte. Junio 2009.
11. Chi Pang Wen; Jackson Pui Man Wai; Min Kuang Tsai... (et.al). Minimum amount of physical activity for reduced mortality and extended life expectancy: A prospective cohort study. Cantidad mínima de actividad física para la reducción de la mortalidad y la esperanza de vida: Un estudio de cohorte prospectivo. The Lancet. 2011 Agosto.
12. The ABC of Physical Activity for Health: a consensus statement from the British Association of Sport and Exercise Sciences. El ABC de la Actividad Física para la Salud: una declaración de consenso de la Asociación Británica de Ciencias del Deporte y Ejercicio. PMID: 20401789 [PubMed - indexed for MEDLINE] [PubMed - indexado para MEDLINE].
13. Varo Cénarruzabeitia JJ, Martínez González M.A, Sánchez-Villegas A, Martínez Hernández JA, de Irala Estévez J, Gibney MJ. Actitudes y prácticas en actividad física: situación en España respecto al conjunto europeo. Aten Primaria 2003; 31 (2):77-86.
14. Salvador Castell G, Castell C. Plan integral para la promoción de la salud mediante la actividad física y la alimentación saludable (PAAS) Actividad Dietética. Nº 36. 2007
15. Pancorbo Sandoval AE, Pancorbo Arencibia EL. Actividad física en la prevención y tratamiento de la enfermedad cardiometabólica. 2011.  
<http://www.csd.gob.es/csd/salud/publicacion-2011-cla-dosis-del-ejercicio-cardiosaludable2011/>
16. Márquez Rosa S, Garatachea Vallejo N. Actividad física y salud. (año edit. Edición)
17. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Ros Fuertes JA. Actividad física + salud. Hacia un estilo de vida activo.  
<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/ros-actividad-01.pdf>
18. Gobierno de Navarra. Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Pamplona: Gobierno de Navarra, Departamento de Salud, 2007.
19. Viñes JJ, Guembe MJ, González Diego P, Amézqueta C, Sobejano I, Grijalba A, Moreno C, Serrano M. Riesgo Vascular en Navarra (RVN). Pamplona: Gobierno de Navarra, Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 2008; Monografía nº 4: 1-117.

20. Serrano Martínez M, Berjon Reyero J, Salaberri A, Amezcua Goñi C, Riesgo Cardiovascular. Evidencias que orientan la actuación clínica. Pamplona: gobierno de Navarra, Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Ciencias Aplicadas, Monografías nº 2.
21. Instituto de Salud Pública de Navarra. Actividad Física en el tiempo libre en la población navarra .Boletín informativo nº 53. Agosto de 2009.
22. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Guía clínica basada en la evidencia. Febrero 2008.
23. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan para la promoción de la actividad física y alimentación equilibrada. 2004- 2008  
[http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/plan\\_alimentacion\\_equilibrada/Plan\\_actividad\\_fisica.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_alimentacion_equilibrada/Plan_actividad_fisica.pdf)
24. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud. Dirección de Atención Primaria. Proyecto de mejora de la organización del proceso asistencial en Atención Primaria. Noviembre de 2007
25. Gobierno de Navarra. Departamento de salud. Estilos de vida. Educar en Salud I. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria. Instituto de Salud Pública. 1998
26. Gobierno de Navarra. Departamento de salud. Protocolos para profesionales. Educación y comunicación en consultas individuales. Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública (ISP). Agosto 2001.
27. Gobierno de Navarra. Departamento de salud. Manual de Educación para la Salud. Sección de Intervenciones Poblacionales y Promoción de la Salud. Instituto de Salud Pública (ISP).2006
28. Gobierno de Navarra. Instituto de Salud Pública. Enfermedades Vasculares. Manual de Autocuidado.2011

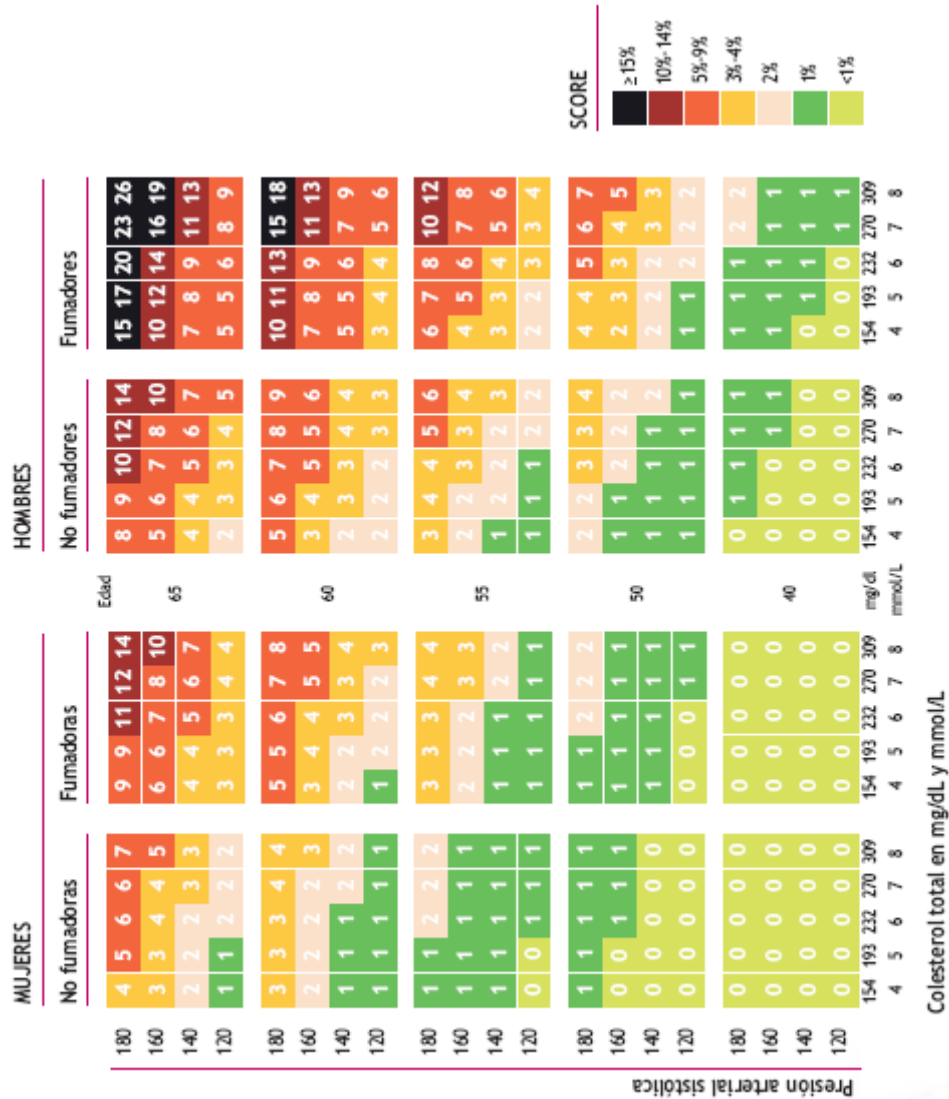
#### PAGINAS WEB UTILIZADAS

- [www.who.int/es/](http://www.who.int/es/)
- [www.deportenavarra.es](http://www.deportenavarra.es) Portal Web del Plan Estratégico del Deporte de Navarra
- [www.navarra.es](http://www.navarra.es). Portal Web del Gobierno de Navarra.
- [www.navarra.es/deportes](http://www.navarra.es/deportes). Página Web de Instituto Navarro del Deporte.
- [www.csd.mec.es](http://www.csd.mec.es) Página Web del Consejo superior de Deportes
- [www.deportesalud.com](http://www.deportesalud.com) Página web creada por el CEIM para el grupo Eroski con todos los temas relacionados con la salud.
- [www.recursos.cnice.mec.es/edfisica](http://www.recursos.cnice.mec.es/edfisica) Página web del Ministerio de Educación con contenidos acerca de la educación física y el deporte
- [www.heart.org](http://www.heart.org)
- **23 horas y media.**  
<http://www.youtube.com/watch?v=wYwHlKpQmqQ>

## 9. ANEXOS

### Nº1. TABLA SCORE.

RIESGO A LOS 10 AÑOS DE ECV MORTAL EN POBLACIONES EUROPEAS DE BAJO RIESGO, EN FUNCIÓN DEL COLESTEROL TOTAL, LA PAS Y EL HÁBITO TABÁQUICO.



Riesgo de muerte cardiovascular, a los 10 años, en poblaciones europeas de bajo RCV<sup>6</sup>

En España se utiliza la tabla SCORE correspondiente a las poblaciones de bajo riesgo del mismo modo que en Bélgica, Francia, Italia, Luxemburgo, Suiza, Grecia y Portugal.

- El riesgo de muerte por ECV total (absoluto) se calcula llevando a la tabla los datos de sexo, edad y status de fumador. En la tabla se busca la celda más cercana a los valores de colesterol total (mg/dL; mmol/L) y de tensión arterial sistólica que tenga esa persona.

- El efecto del envejecimiento puede apreciarse siguiendo la tabla hacia arriba. Puede ser usado cuando se aconseje a personas jóvenes.

- Se establecen 4 niveles:
- Riesgo bajo (<3%)
- Riesgo moderado (3 y 4 %)
- Riesgo alto (5 al 7%)
- Riesgo muy alto (> 7%)
- La tabla puede ser usada, también para mostrar cómo la reducción de uno de los factores de riesgo interviene en la reducción del RCV total.

## Nº2. Cuestionario evaluación de la etapa de cambio: ejercicio físico

### EJERCICIO FISICO

#### *Preguntas*

El ejercicio regular es cualquier actividad física (p. e., caminar rápido, aeróbica, correr, montar en bicicleta, nadar, remar, etc.), realizada para aumentar la salud o mejorar el estado físico. Tal actividad se debe realizar 3 a 5 veces a la semana por 20 a 60 minutos en cada sesión. El ejercicio no tiene que ser doloroso para ser eficaz, pero se debe hacer en un nivel que aumente su ritmo respiratorio/ cardíaco y le haga sudar.

**¿Hace usted ejercicio regularmente según esa definición?**

- 1) Sí, he estado haciéndolo por MÁS de 6 meses.
- 2) Sí, he estado haciéndolo por MENOS de 6 meses.
- 3) No, pero pienso intentarlo en los 30 próximos días.
- 4) No, pero pienso intentarlo en los 6 próximos meses.
- 5) No, y no pienso intentarlo en los 6 próximos meses.

#### *Resultados*

Respuesta 1: etapa = Mantenimiento  
Respuesta 2: etapa = Acción  
Respuesta 3: etapa = Preparación  
Respuesta 4: etapa = Contemplación  
Respuesta 5: etapa = Precontemplación

### **Nº 3. TEST DE LOS 6 MINUTOS MARCHA (TM6')**

#### **Espacio físico**

El test se puede llevar a cabo en cualquier superficie plana y recta de 30 metros de longitud, tanto en el exterior o interior con adecuada ventilación. El recorrido de los 30 metros debe ser marcado cada 3 metros y señalar la partida y el término del circuito de 60 metros, idealmente con una cinta fosforescente. Se recomienda colocar un cono (de tráfico, color naranja) para indicar el retorno. Si no dispone de una superficie recta y plana de 30 metros es posible aplicar este test en un trayecto más corto de 15-20 metros. No se recomienda aplicar este test en una superficie mayor de 100 metros.

#### **Recursos materiales**

- Un reloj con cronómetro
- Tiza, cal, cinta fosforescente u otro tipo de marcador
- Conos para marcar los puntos de retorno en el circuito de caminata
- Una silla liviana y fácil de transportar a lo largo del circuito de caminata
- Planillas de registro de los datos
- Esfigmomanómetro de mercurio y fonendoscopio
- Un monitor de frecuencia cardíaca (tipo Polar) para la determinación continua de frecuencia cardíaca (opcional).

#### **Preparación del paciente**

- Uso de ropa comfortable
- Zapatos cómodos para caminar
- Si usa bastón u otro apoyo para caminar debe utilizarlo durante el test
- Continuar con su tratamiento medicamentoso habitual (si corresponde)
- Ingesta de comida ligera con 2 horas previas a la prueba.
- Los pacientes no deben haber realizado ejercicio vigoroso a lo menos 2 horas antes del inicio del test.

#### **Protocolo**

- Comenzar el test sin haber realizado pre-calentamiento
- El paciente debe descansar 10 minutos, sentado cerca de la posición de partida. Durante este tiempo se debe realizar el registro de los datos, registrar posibles contraindicaciones al test, medir el pulso y la presión arterial, cerciorarse del uso de ropa y zapatos adecuados.
- Con el paciente de pie en el punto de partida, aplique Escala de Borg para evaluar percepción de dificultad respiratoria (disnea) y nivel de cansancio (expuesta a continuación).
- Poner el cronómetro en cero o el "timer" a 6 minutos.

#### **Instrucciones al paciente:**

- Instruya al paciente: "el objetivo de esta prueba es caminar la mayor distancia que Ud. pueda en 6 minutos. Durante este tiempo caminará ida y vuelta el circuito varias veces. En caso que sienta que le falta el aire o se fatigue puede bajar el ritmo o incluso si fuera necesario detenerse, retomando la caminata lo antes posible."
- Caminará de ida y dará la vuelta alrededor del cono (o marca) sin detenerse. Se hará una demostración.
- Anote cada vuelta del circuito con un contador o haciendo una marca en el casillero correspondiente.
- Posicione al paciente en el lugar de partida. Tome el tiempo apenas inicia la marcha.

#### **Una vez iniciada la marcha:**

- Estimule al paciente con las palabras que se señalan a continuación, informando el tiempo restante minuto a minuto: después del 1er minuto, dígame, "Lo está haciendo bien, le quedan 5 minutos"; faltando 4 minutos, dígame "Siga, lo está haciendo muy bien, le quedan 4 minutos", Cuando queden 3 minutos, dígame, "Lo está haciendo muy bien, ya completó la mitad del tiempo". Cuando le queden 2 minutos, dígame, "Siga caminando, le quedan tan sólo 2 minutos." Cuando le falte 1 minuto, dígame, "Lo está haciendo muy bien, le queda sólo un minuto." No lo

presione ni lo apure, use sólo las palabras señaladas para estimularlo. Avísele al paciente que en 15 segundos más finalizará la prueba y en ese momento deberá detenerse y quedarse en el lugar.

#### **Al dar por terminada la prueba:**

- Camine hacia el paciente y marque el lugar de detención para medir esa distancia, sumándola a la distancia recorrida según el número de vueltas realizadas.
- Consigne la distancia recorrida total y cualquier observación acerca de la prueba que pueda interferir en la comparación con las pruebas sucesivas.
- Post-test, mida la frecuencia cardíaca, presión arterial y aplique Escala de Borg.
- Felicite al paciente por el esfuerzo. Puede ofrecerle un vaso de agua.
- Al repetir el test de ejercicio éste debe ser realizado en la misma hora del día para minimizar la variabilidad por este factor.

#### **Entrenamiento del personal**

Se recomienda que el personal que va a aplicar este test se familiarice con él y lo ejecute varias veces antes de su aplicación, utilizando siempre las palabras señaladas anteriormente para la estimulación del paciente, de tal manera de mantener una metodología estandarizada en la aplicación del test.

#### **Criterios de finalización anticipada**

Aún cuando la experiencia con este test ha encontrado muy ocasionalmente problemas como los que a continuación se señalan, el examinador debe estar atento a suspender la prueba en caso de que el paciente presente alguno de los siguientes síntomas: dolor en el pecho, disnea intensa, calambres en las piernas, mareos/caminar tambaleante, marcada palidez facial o necesidad de detenerse.

#### **Interpretación de los resultados**

La condición física del paciente puede ser clasificada de “mala a muy buena” según la distancia recorrida durante el desarrollo del TM6.

#### **Clasificación del nivel alcanzado en cada test:**

Nivel A, malo: < 350 metros

Nivel B, regular: 350-450 metros

Nivel C, bueno: 450-650 metros

Nivel D, muy bueno: >650 metros

#### **Ecuación de referencia para predecir la distancia recorrida en TM6 min:**

Hombres Distancia recorrida=  $(7.57 * \text{estatura cm}) - (5.02 * \text{edad}) - (1.76 * \text{peso kg}) - 309$  metros

Mujeres Distancia recorrida=  $(2.11 * \text{estatura cm}) - (2.29 * \text{peso kg}) - (5.78 * \text{edad}) + 667$  metros



### ESCALA DE BORG MODIFICADA

Percepción subjetiva del nivel de cansancio o fatiga. El individuo debe colocar una nota de su nivel de cansancio o fatiga según la siguiente escala:

0	Absolutamente nada
0,5	Casi nada
1	Muy poco
2	Poco
3	Moderado
4	Algo pesado
5-6	Pesado
7-9	Muy pesado
10	Demasiado pesado

Se recomienda imprimir esta escala en una hoja gruesa de papel con letra grande y dibujar mediante caricaturas los diferentes niveles de fatiga. Debe ser mostrada al paciente antes de iniciar el test de marcha 6 minutos para que se evalúe e instruirlo en la forma correcta de aplicación.

Al finalizar la prueba, recuérdale al paciente la nota que se puso inicialmente y pregúntele qué nota se pondría ahora, después de haber realizado la prueba.

<b>Registro Evaluación de la Capacidad Funcional</b>		
	<b>TEST de MARCHA en 6 minutos</b>	
	<b>1ª Ev.</b>	<b>2da Ev.</b>
Fecha		
FC basal		
FC final		
FR basal		
FR final		
P/A basal		
P/A final		
Disnea final (Borg)		
Cansancio final(Borg)		
Distancia Recorrida		
Observaciones	<hr/> <hr/>	

## Nº4. VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE M. GORDON

### PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

- Situación/ocupación: Trabajador, ama de casa, estudiante, incapacitado, jubilado, desempleado, baja. Problemas en su desempeño Si/No (Especificar).
- Actividad: intensa, moderada, normal, poca, nula.
- Riesgos laborales ("turnicidad", horario, peligrosidad...): si/no. (Especificar).
- Ejercicio físico regular:
  - Si: Horas/días/semana METS.
  - No. (Especificar): falta de conocimientos; falta de recursos; barreras ambientales; motivos sensoriales, motores, emocionales, otros (especificar).
- Síntomas con el ejercicio: si/no. Dificultad para respirar (disnea), dolor, inestabilidad.
- Claudicación intermitente: si/no.
- Presión Arterial, Frecuencia cardiaca.
- Tos: No, Si. (Especificar: seca, blanda, expectoración, aspecto...).

### CUESTIONARIOS, TEST:

#### 7-DAY PHYSICAL ACTIVITY RECALL (PAR)

(Recuerdo de Actividad Física sobre Siete Días)

INSTRUCCIONES: los párrafos entre comillas representan las preguntas que se le hacen a los participantes. Los párrafos entre paréntesis y corchetes son para la orientación del encuestador y NO SE DEBEN REVELAR al participante.

Para empezar es preciso disponer de un calendario, el cual tendrá los siete días anteriores, así como la lista de actividades ordenadas por orden de intensidad física.

### HOJA DE REGISTRO

### DÍAS

		(día semana)	1.....	2.....	3.....	4.....	5.....	6.....	7.....
Mañana	Dormir								
	(minutos) Moderada								
	Vigorosa								
	Muy Vigorosa								
Tarde	Moderada								
	Vigorosa								
	Muy Vigorosa								
Noche	Moderada								
	Vigorosa								
	Muy Vigorosa								
Total Minutos	Fuerza Flexibilidad								

### CALCULO DE KILOCALORÍAS/DIA

Dormir:	nº horas ( ) x 1 METs = .....	[ ]
Moderada:	nº horas ( ) x 4 METs = .....	[ ]
Vigorosa:	nº horas ( ) x 6 METs = .....	[ ]
Muy Vigorosa:	nº horas ( ) x 10 METs = .....	[ ]
Ligera: 168-tiempo dedicado a otras actividades ( ) x 1.5 METs=.....		[ ]
Total Kilocalorías/semana (Suma) .....		[ ]

## Nº 5. ACTIVIDADES EN FUNCION DEL GASTO ENERGETICO

### Actividades en función del Gasto Energético Necesario (en MET)

METS (70 Kg. peso)	Actividad laboral	Actividades de tiempo libre
1,5-2	Trabajo de oficina Conducir en automóvil Escribir a máquina Trabajos manuales ligeros (arreglar una radio)	Coser y hacer punto Permanecer en pie Marchar a 1,5 Km/hora Pilotar una avioneta Conducir una moto en terreno llano
2-3	Trabajo de portero Reparar un coche Utilizar herramientas de fontanero Servicio de bar	Marchar a 3 Km/hora (terreno llano) Montar a caballo, al paso Tiro al plato Billar, bolos, petanca, golf Tocar cualquier instrumento musical Pescar con lanzamiento de anzuelo
3-4	Conducir un camión Montar motores, soldar Colocar ladrillos Empujar carretillas (35 Kg.) Instalación eléctrica Limpiar cristales	Marchar a 4 Km/hora Bicicleta a 10 Km/hora Tiro con arco Montar a caballo, al trote Tenis de mesa Pescar con mosca y botas de agua
4-5	Pintar con brocha Albañilería, tapicería y carpintería ligera Transportar objetos (20 kg.)	Marchar a 5 Km/hora Bicicleta a 13 Km/hora Golf (llevando los palos) Bailar, recoger hojas Tenis (dobles)
5-6	Carpintería exterior de una casa Transportar objetos (20-30 Kg.) Cavar en el jardín con una pala	Marchar a 6 Km/hora Bicicleta 16 Km/hora Patinaje sobre ruedas o hielo a 15 Km/hora
6-7	Trabajar con pala de 4,5 Kg. (10 minutos)	Marchar a 8 Km/hora Tenis individual Partir leña, baile folklórico Esquí en ligera pendiente Esquí náutico
7-8	Poner raíles de ferrocarril Cavar zanjas Transportar objetos (40 Kg.) Serrar madera dura	Correr a 8 Km/hora Montar a caballo al galope Hockey sobre patines Montañismo Arbitrar (baloncesto, fútbol)
8-9	Trabajo de mina Trabajo de fundición Pala de 5,5 Kg. (10 min.) Transportar objetos (45 Kg.)	Correr a 9 Km/hora Ciclismo a 21 Km/hora Esgrima Natación a 35 m/minuto
Más de 9	Trabajar con pala de más de 7,5 Kg. (10 minutos)	Natación a 40 m/minuto (9,5 MET) Ciclismo a 23 Km/hora Rugbi (10 METS) Baloncesto, fútbol, judo, pelota vasca, remo de competición (12 METS)

(Fuente: Valoración de la Incapacidad Laboral en Cardiología, Guía de Valoración del Menoscabo Permanente, vol. 2:150, 1998).

## Nº 6. NIVELES RECOMENDADOS DE ACTIVIDAD POR LA OMS PARA POBLACION 18-64 AÑOS

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT y depresión, se recomienda que:

1. Los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
2. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
3. Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
4. Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

### ¿Que es una actividad física de intensidad moderada?

Todo ejercicio físico (caminar, trotar,...) realizado a una intensidad equivalente al 55-69 % de la FCmax.

(U.S. Department of health and Human Service 1996)

Edad (años)	FC máxima (lat./min) (220-edad)	Pulsaciones del 55 al 69 % de la FCmax (latidos/minuto)
14	206	113-142
20	200	110-138
30	190	105-131
40	180	99-124
50	170	94-117
60	160	88-110
70	150	83-104

### Plan de Autocuidados

Esta información es útil para personas que, como Ud., tienen algún factor de riesgo o han presentado alguna enfermedad vascular. En ambos casos, es esencial reducir al máximo el riesgo vascular.

#### ¿Cuál es mi riesgo vascular?

El riesgo de tener una enfermedad vascular aumenta en relación con la suma de factores como: tabaco, tensión alta, colesterol elevado, diabetes, obesidad, antecedentes vasculares en nuestra familia. Por este motivo, de forma práctica se puede realizar con estos factores un cálculo del riesgo vascular\* personal. Su objetivo debe ser identificar los más relevantes para Ud. y animarse a evitarlos o controlarlos:

En el momento actual mi riesgo vascular es: \_\_\_\_\_

(\*Realizarlo en consulta con ayuda del programa OMI o con tablas)

Los factores que más influyen en mi riesgo vascular son:

\_\_\_\_\_

Este cálculo no es válido si ya hemos tenido un episodio de enfermedad vascular: angina de pecho, infarto, enfermedad cerebrovascular (ictus), claudicación intermitente o insuficiencia renal, en este caso, nuestro riesgo es alto y el control de todos los factores de riesgo que identifiquemos debe ser más estricto.

#### Su participación activa, clave para reducir el riesgo vascular

La labor de médicos y enfermeras en la prevención eficaz del riesgo vascular, es muy importante pero para el éxito de esta tarea es esencial que usted asuma el mayor protagonismo y responsabilidad posible en el cuidado de su propia salud; para facilitar esta tarea proponemos:

- Ayudarle a construir su Plan de Autocuidados, haciendo visible la evolución de sus cuidados en el tiempo.
- Facilitarle información e instrumentos para su autocontrol y seguimiento.
- Ayudarle a mejorar y aglizar el seguimiento con su médico y enfermera y recordarle cuándo y cómo debe consultar con los profesionales.

#### Su Plan de Autocuidados

Para reducir "de verdad" el riesgo no basta con "tomarse la tensión" o "hacerse análisis". El control del riesgo vascular depende fundamentalmente de nuestro "estilo de vida".

El personal sanitario le ayudará a elaborar su **Plan de Autocuidados**. Establezca objetivos personales, teniendo en cuenta su punto de partida en relación con cada uno de los factores de riesgo y también la situación óptima para un buen control, asímelos como propios y comprométase a cumplirlos; recuerde que han de ser concretos, realistas y con un plazo de cumplimiento, por ejemplo: "Voy a perder dos kilos en dos meses". No basta con decir: "Me gustaría perder peso".

En general, es más eficaz establecer objetivos realistas a corto plazo, e irlos mejorando a medida que los vamos cumpliendo, que marcarse objetivos ideales que nunca llegaremos a cumplir.

#### La evolución de sus Autocuidados

Es necesario autoevaluar y revisar su Plan de Autocuidados de manera periódica y es muy importante que usted aprenda a hacerlo, con la ayuda de su médico o enfermera. Muchas personas que dejan de fumar, pierden peso y hacen ejercicio de forma regular consiguen controlar su riesgo vascular y mejoran de forma notable su calidad de vida. En pacientes que ya han sufrido una enfermedad vascular el riesgo depende también del grado de lesión que ha quedado tras la miema. Lo verdaderamente importante es llevar unos cuidados razonables y conseguir una evolución positiva.

## Manejo de instrumentos de control

Además de implicarse en el autocuidado es también muy aconsejable que participe de manera progresiva en la medición y registro de sus factores de riesgo. El autocontrol es sencillo y mejora los resultados ya que nos hace más conscientes de la necesidad de cuidarnos, nos proporciona más datos y más fiables ya que, por ejemplo, las tomas de tensión no están influidas por los nervios de la consulta, etc. En general, si su situación está estabilizada, no son necesarias mediciones excesivamente frecuentes de presión arterial, peso, etc. Bastará con un registro cada mes, salvo que el médico o enfermera le indiquen otra frecuencia. Anote las medidas que realice en las Hojas de Autocontrol.

### ¿Cómo utilizar los instrumentos de control?

#### **PRESIÓN ARTERIAL**

- Se recomienda medir la presión arterial después de cinco minutos de reposo, con la vejiga vacía, sin hablar ni moverse y con los pies apoyados en el suelo. Se debe evitar en la última media hora: comer, realizar actividad física o consumir café, tabaco, alcohol, té, refrescos de cola, etc.
- Es aconsejable realizar la toma sentado, relajado, con el brazo apoyado en una mesa y colocando el manguito a 2 o 3 cm. por encima de la flexura del codo. Su enfermera le indicará en qué brazo tiene que realizar la medición.
- Se recomienda realizar 3 mediciones por la mañana y 3 por la noche, las mediciones deben estar separadas entre sí por un intervalo de 2 minutos y anotar el valor de las dos últimas. Si la presión arterial está bien controlada bastará con un registro mensual.

#### **PESO, CINTA MÉTRICA**

- El peso debe medirse con la misma báscula, si es posible al levantarse y en ropa interior.
- La medición del perímetro de cintura se realiza en el punto medio entre la última costilla y el borde superior de la cadera, intentando que la cinta métrica esté lo más paralela posible al suelo.
- Se medirán habitualmente una vez por mes. En algunos casos son útiles mediciones más frecuentes del peso: semanales o diarias; su médico o enfermera le indicarán si son necesarias.

#### **PODÓMETRO**

- Puede ser aconsejable utilizar un podómetro para medir la distancia recorrida y programar un ejercicio progresivo, sobre todo en las fases de rehabilitación.

#### **PULSÍMETRO**

- El pulsímetro es útil para asegurar el control de la frecuencia cardíaca (pulso) recomendada durante el ejercicio.
- En general, la **frecuencia máxima** de cada persona se calcula restando a 220 la edad de la persona, aunque también depende de la situación clínica de cada uno. Ejemplo: edad 50 años; - frecuencia máxima  $220 - 50 = 170$ .
- Para obtener el mayor beneficio con el menor riesgo, la **frecuencia aconsejable durante el ejercicio** debe estar entre el 60 y el 70% de la frecuencia máxima recomendada. Ejemplo: la frecuencia aconsejable, en el caso anterior, debe estar entre 102 ( $170 \times 0,6$ ) y 119 ( $170 \times 0,7$ ) latidos por minuto.

#### **SISTEMAS PARA NO OLVIDAR LA MEDICACIÓN**

- Para evitar olvidos en la toma de la medicación, es muy útil asociar la toma de los fármacos a un momento o actividad concreta, hasta conseguir transformarlo en una rutina diaria.
- Puede ser aconsejable utilizar alguno de los diversos sistemas existentes para evitar los olvidos: sistemas de preparación de fármacos semanales, pastilleros con alarma, etc. Consulte a su farmacéutico que le ayudará y asesorará sobre el sistema que mejor se acomode a su situación.

#### **Otros sistemas de "recuerdo"**

- Si usted tiene un teléfono móvil o un ordenador, puede programar recordatorios o alarmas periódicas, para evitar olvidos en los controles de presión arterial, en las analíticas de control anual, para recordarle las fechas de las revisiones, etc.

## Seguimiento en consultas de enfermería y medicina

El personal sanitario se corresponsabiliza con usted y, en función de su situación de riesgo, se le recomendará la frecuencia de los controles necesarios en la consulta médica y de enfermería. Por otro lado, si realiza un adecuado autocuidado y autocontrol puede beneficiarse de modalidades de seguimiento no presenciales, más ágiles y que reducen la burocracia y los desplazamientos innecesarios al Centro de Salud.

### Revisión ordinaria en consulta

- En general, los pacientes con riesgo vascular elevado o antecedentes de enfermedad vascular previa, necesitan al menos una consulta médica al año para realizar una revisión.
- Además, suele ser necesaria una consulta periódica con su enfermera para su capacitación en el control de los factores de riesgo.
- Es importante ser conscientes de que, no por acudir muchas veces a consulta, mejoraremos la prevención de la enfermedad vascular. La mejoraremos en función de los cambios positivos en nuestros hábitos y del correcto control de los factores de riesgo.

### Supervisión no presencial

- Si observa variaciones significativas en los autocontroles o tiene dudas de cómo actuar, puede contactar por teléfono con su enfermera.
- Los pacientes que lo deseen, pueden enviar a su enfermera por correo electrónico, datos de sus autocontroles de manera periódica o alternando con las revisiones en consulta.

### Resolver trámites sin necesidad de acudir al centro

- Consulte a su enfermera o al personal administrativo para evitarse desplazamientos innecesarios al centro. Bastantes trámites pueden resolverse por teléfono o correo electrónico.

## ¿Cuándo y cómo puedo consultar?

Puede ser necesaria una consulta adicional si observa variaciones significativas en cualquiera de los controles o si aparecen síntomas de alarma, que es importante que aprenda a reconocer:

### Telefonar a su enfermera

- Si tiene cualquier tipo de duda de cómo actuar.
- Si observa que la presión arterial, aunque no llegue a 160/100, ha subido de manera significativa después de tomársela 3 o 4 días seguidos, dos veces al día y a diferentes horas.
- Si ha vuelto a fumar o ha dejado de tomar la medicación.

### Solicitar una consulta adicional con su médico

- Si la Presión arterial sistólica ("la alta") es superior a 160, y/o si la Presión arterial diastólica ("la baja") es superior a 100, (confirmar las cifras repitiendo la toma en 2-3 ocasiones).
- Si la Frecuencia cardíaca en reposo es menor de 50 o mayor de 100.
- Si en cualquier control o análisis, por ejemplo de la empresa, se le detectan una cifras elevadas:
  - Si el Colesterol total es superior a 300.
  - Si el Colesterol LDL es superior a 190.
  - Si la Glucemia basal en ayunas es superior a 126.

### Llamar al 112 (SOS Navarra) si aparecen síntomas de alarma

- De enfermedad coronaria: dolor u opresión torácica, dolor en el brazo con sudoración, frialdad, palidez o malestar intenso, etc.
- De enfermedad cerebrovascular: desviación de la boca al sonreír, parálisis, dificultad para hablar, confusión, desorientación, pérdida brusca de la visión, etc.
- De crisis hipertensiva: confusión mental, dolor de cabeza intenso, etc., con tensiones arteriales elevadas.
- De isquemia arterial: dolor brusco en las piernas acompañado de frialdad, palidez, etc.



## Plan Personal de Autocuidados Vascular

Nombre, Apellidos:

	SITUACIÓN ÓPTIMA	INICIAL	OBJETIVO	OBJETIVO
		__/__/__	__/__/__	__/__/__
<b>Implicación en su Autocuidado</b>				
Afronta su situación de riesgo vascular	Si			
Fija objetivos propios	Si			
Realiza autocontroles	Si			
<b>Tabaco</b>				
Fuma	No			
<b>Estrés - ansiedad</b>				
Control del estrés	ADECUADO			
<b>Alimentación</b>				
Sal	Poca			
Carbohidratos de absorción rápida	Restringidos			
Grasa animal	Restringida			
Forma de cocinar	Saludable			
Verdura, fruta, pescado	Adecuada			
Comidas al día	5			
<b>Actividad Física</b>				
Días por semana:	5 días			
Minutos al día / Horas por semana	30 - 45 min/3 - 4 h			
Eficaz y sin esfuerzos	Entre ___ y ___ latidos/min			
<b>Medicación</b>				
Días que olvida la medicación	Cero olvidos al mes			
<b>Peso</b>				
Peso				
IMC	Menor o igual a 25			
Perímetro abdominal	Menor 88 cm en mujeres Menor 102 cm en varones			
<b>Presión arterial</b>				
Presión arterial sistólica, "la alta"	Menor 140			
Presión arterial diastólica, "la baja"	Menor de 90			
<b>Glucemia</b>				
Glucemia venosa	Menor de 100 - 110			
<b>Colesterol</b>				
Colesterol LDL	Menor de 100/ 130/160			
Colesterol HDL	Mayor de 40/50			
<b>Vacunaciones</b>				
Vacunación antigripal	Anual si procede			
Vacunación antitetánica	Si procede			



## Nº7. TRIPTICOS Y CARTELES

### Calcular el riesgo

La probabilidad de desarrollar una enfermedad cardiovascular aumenta por distintos factores. Unos son inevitables: el riesgo aumenta con la edad y los antecedentes familiares. Los siguientes, en cambio, se pueden controlar:

Determinados comportamientos y estilos de vida:	Determinadas situaciones y problemas de salud:
Fumar	Diabetes
Poco ejercicio físico	Obesidad
Estrés excesivo	Tensión arterial elevada
Dieta grasosa	Colesterol total alto
Bajo consumo de frutas y verduras	Colesterol LDL "malo" elevado
	Colesterol HDL "bueno" bajo

Los factores del primer grupo (ejercicio, dieta...), influyen en el segundo (diabetes, tensión...).

Tener diabetes, un colesterol (total o LDL) muy alto o una tensión muy alta requieren por sí solas, especial cuidado.

El colesterol alto no supone el mismo riesgo para una mujer de 28 años que no fuma que para un hombre de 50 que fuma. Varios factores juntos aumentan el riesgo.

En conjunto el riesgo total de una persona puede ser bajo, medio o alto. Existen varias maneras de calcularlo. Puedes consultar el tuyo en tu centro de salud.



### Elegir la forma de cuidarse

Cuidar el corazón y las arterias puede resultarnos más o menos fácil. Hay muchos aspectos que influyen: Cómo somos, la vida que llevamos, el entorno, la sociedad en la que vivimos...

Pueden ser necesarios algunos cambios. Es útil que los cambios que nos proponamos sean posibles, encajen en el momento de la vida en que nos encontremos.

Para cambiar: hay que querer cambiar, decidir qué cambio, prepararse, hacerlo y mantenerse. Cada cual a su estilo, eligiendo lo que mejor le vaya.

Cuidar tu corazón merece la pena en cualquier circunstancia. Si el riesgo es alto es especialmente importante porque entonces el beneficio puede ser mayor.



## EL RIESGO CARDIOVASCULAR

### CÓMO PROTEGERSE DE LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES



Más ejemplares e información: INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA  
Tel: 848 42 34 40 - 848 42 34 50



### El riesgo cardiovascular




El aparato circulatorio, también llamado cardiovascular, lo forman el corazón y los vasos sanguíneos (arterias, venas...).

El corazón es la bomba que impulsa la sangre. Las arterias y las venas son la red de conductos que la reparten por todo el cuerpo llevando el oxígeno y las sustancias que necesitamos.

A veces en las arterias se acumulan placas de grasa que reducen o cortan el paso de la sangre. Según el grado y el lugar de la obstrucción, se pueden producir enfermedades cardiovasculares de distinta tipo: angina de pecho, infarto de miocardio, ictus cerebral, claudicación intermitente...

A la probabilidad de enfermar o morir por una enfermedad cardiovascular se le denomina riesgo cardiovascular.

Este folleto aporta información sobre este riesgo y cómo reducirlo.

### Reducir el riesgo cardiovascular

Reducir el riesgo es disminuir la probabilidad de enfermar o morir por una enfermedad cardiovascular. También es una forma de protegerse de otras enfermedades como la diabetes y algunos cánceres y contribuir a una vida más larga y saludable. Existen 2 tipos de recomendaciones básicas:

#### MEJORAR LOS ESTILOS DE VIDA



En el centro de salud pueden orientarte sobre los estilos de vida saludables. En la actualidad se recomienda:

**EVITAR FUMAR**  
No fumar y estar en espacios sin humo es muy saludable. Si fumas, dejar de fumar es una de las medidas más beneficiosas.

**MEJORAR LA ALIMENTACIÓN**  
Reducir las grasas: optar por el pollo y la carne magra de cerdo, poca carne roja, bollitos y helados y tomar leche y yogures desnatados. Comer al menos 2 frutas, ensalada y verdura cada día. Comer pescado. Cocinar con aceite de oliva y al horno, al vapor o hervido en lugar de freír. Comer con poca sal.

**HACER EJERCICIO FÍSICO**  
Caminar rápido al menos 30 minutos todos o casi todos los días.

**CONTROLAR EL ESTRÉS**  
Disminuir la tensión arterial, afrontar las situaciones de la vida, mirar las cosas positivamente. Disfrutar cada día. Apoyarnos en la gente. Cuidarse.


#### ACUDIR A ALGUNOS CONTROLES DE SALUD

En tu centro de salud acordarán contigo la periodicidad y realización de análisis u otras pruebas. Las recomendaciones (que pueden variar si ya has tenido una enfermedad cardiovascular), en la actualidad son:

**COLESTEROL TOTAL:** por debajo de 200 - 250 según el caso.  
**LDL:** por debajo de 130 ó 160 según el caso.  
**HDL:** por encima de 40.

**GLUCOSA:** entre 75 - 110.  
**TENSIÓN ARTERIAL:** por debajo de 140 - 90.  
**PESO:** IMC (Índice de Masa Corporal: peso dividido por talla al cuadrado) entre 18,5 - 25.

A veces puede ser necesario tomar medicación.



PREVENCIÓN

65

## CONVIVIR Y CONTROLAR LA ENFERMEDAD

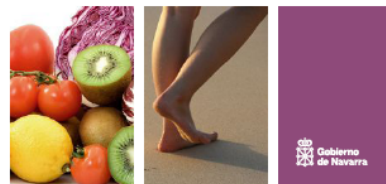
Quizá sea la primera vez que te diagnostican una enfermedad vascular o puede que en tu familia sepáis ya mucho de ella.

Ante el diagnóstico, puede aparecer miedo, sorpresa, preocupación, tristeza o enfado y distintos interrogantes. Hay quienes no quieren saber nada y quienes se preocupan en exceso. La reacción depende de cómo somos, la vida que llevamos, el entorno, etc.

Después, la enfermedad se va encajando. Hay tiempo para ir entendiéndola y aprendiendo a convivir con ella. Cuenta cuidarse y aceptar que se necesitan reajustes no sólo inmediatos sino para toda la vida. Es útil reconocer y utilizar nuestros propios recursos y capacidades.

El tratamiento no es sólo cosa 'del médico'. Puedes analizar tus comportamientos respecto a las recomendaciones (evitar fumar, mejorar la alimentación, hacer ejercicio físico...) e identificar lo que te favorece y lo que te perjudica.

Es también necesario proponerle cambios posibles y que encajen en el momento de la vida en que te encuentras. Para cambiar hay que querer cambiar, decidir qué cambio, prepararse, hacerlo y mantenerlo. Cada persona puede hacerlo a su estilo, eligiendo lo que mejor le vaya.



Para más ejemplos e información:  
Instituto de Salud Pública, Sección de Promoción de Salud - Tfno: 948423450  
[www.cfnavarra.es/psip/promocion](http://www.cfnavarra.es/psip/promocion)

## LAS ENFERMEDADES VASCULARES

Las arterias son los vasos o conductos que reparten la sangre por todo el cuerpo llevando el oxígeno y las sustancias que necesitamos.

En las enfermedades vasculares, hay vasos que se obstruyen parcial o totalmente o se rompen. Según el lugar, el tiempo, el grado de obstrucción parcial o total y el grado de lesión se distinguen distintos tipos:

- **ANGINA DE PECHO E INFARTO DE MIOCARDIO**, si se obstruye alguna de las arterias del corazón.
- **ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR (ICTUS, ACCIDENTE O ATAQUE CEREBRAL)**, si se obstruye una arteria del cerebro (a veces se rompe y se produce una hemorragia).
- **CLAUDICACIÓN INTERMITENTE**, si se obstruyen las arterias de brazos o piernas.

Como causas que se pueden mejorar están el fumar, la falta de actividad física, la alimentación poco saludable, el estrés crónico, la hipertensión, el colesterol alto en sangre y la diabetes. La edad y los antecedentes familiares también influyen pero son inevitables.

Favorecen estas enfermedades el ritmo veloz de la vida moderna y la sociedad actual, los nuevos y atractivos estilos de vida como el sedentarismo y determinadas formas de hacer frente a las situaciones.

Una vez que se ha padecido una enfermedad vascular, la probabilidad de sufrir otra o padecer complicaciones es alta si no se trata. Implicarse en su control es la mejor prevención.

## EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

Para que la enfermedad no repita, para retrasar o reducir las complicaciones y para contribuir a una vida más larga y saludable, las recomendaciones básicas son:



### DEJAR Y MANTENERSE SIN FUMAR

No fumar y estar en espacios sin humo. Si se fuma, dejar de fumar es una de las medidas más beneficiosas.

### ALIMENTACIÓN SALUDABLE

Poca grasa, más pescado, todos los días ensalada y verdura y, al menos, 2 frutas. Cocinar con poca sal y con aceite de oliva, al horno, al vapor o hervido. Hacer 5 comidas al día.



### HACER EJERCICIO FÍSICO

Caminar rápido al menos 30-45 minutos diarios, todos o casi todos los días de la semana, sin excesos y con un inicio y un final suaves.

### MANTENER UN PESO SALUDABLE

Lograr un equilibrio entre lo que se ingiere con la comida y lo que se gasta en la vida diaria, el trabajo y el ejercicio físico.



### CONTROLAR EL ESTRÉS

Conocer las causas de estrés y cómo controlarlo. Descargar la tensión física mediante relajación, respiración, masaje, ejercicio físico...  
Afrontar de forma realista las situaciones de la vida y mirar las cosas positivamente.  
Disfrutar cada día.  
Apoyarnos en el grupo familiar y en otra gente.

### TOMAR LA MEDICACIÓN INDICADA

Tomar la medicación en la forma y dosis indicadas y no dejarla aunque nos sintamos mejor.



### REALIZAR ALGUNOS CONTROLES

Mantener unos límites adecuados:

- Tensión arterial por debajo de 140-90 (en la diabetes menor de 130-80).
- Peso (IMC Índice de Masa Corporal (peso dividido por talla al cuadrado) entre 20 y 25).
- Perímetro cintura por debajo de 102 en hombres y de 88 en mujeres.
- Colesterol LDL menor de 100 y colesterol HDL mayor de 50.
- En la diabetes, control de glucemia y cuidado de los pies.

Cuando la enfermedad esté estabilizada, puedes ir implicándote en estos controles tomándote la tensión o el peso en casa, solicitando de forma parcial o total algunas pruebas o análisis, etc.

Cuidándose, en bastantes casos, es posible llegar a estar y a sentirse mejor que antes.



### Cómo hacer ejercicio físico

Si se tiene alguna enfermedad o más de 40 años y no se hace ejercicio regular, conviene consultar en su centro de salud antes de empezar.

Para la salud, basta con hacer ejercicio suave o moderado; es decir, que permita mantener una conversación.

Se aconseja empezar y acabar el ejercicio de forma gradual. Si se sienten mareos, calambres, dolor en el pecho o no se puede respirar, es mejor parar.

Sempre es mejor hacer algún tipo de ejercicio físico que nada.

Para a veces no es fácil introducirlo en la vida cotidiana. Pero sí, conviene pensar que podemos regular y hacer un plan sencillo para llevarlo a cabo, procurando cosas que nos gusten y sean saludables.

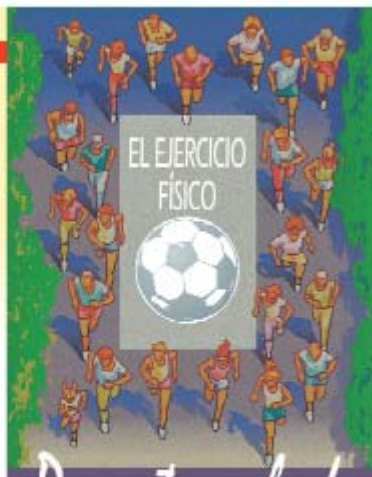


### Hacer ejercicio merece la pena

Llevar ejercicio físico merece la pena. Te sirve de los cosas más útiles que podemos hacer para sentirnos bien, para movernos, mejorar nuestra salud y prevenir enfermedades.

También es importante alimentarnos de forma saludable y equilibrada, mantener el estrés y no fumar.

Todas las días  
Un poco de cada  
Con calma...  
...y sin fuerza

### El ejercicio físico


Hacer ejercicio físico de forma regular mejora la salud y el bienestar a cualquier edad y ayuda a prevenir enfermedades.

En la infancia y adolescencia favorece el crecimiento y la aceptación del cuerpo. En la gente joven y adulta mejora la salud física y mental y ayuda a prevenir enfermedades, como las del corazón y los huesos. En las personas mayores, favorece la autonomía, la actividad y envejecer con buena salud.

Dos tipos de ejercicio físico son útiles para la salud: uno mejora la resistencia del corazón y los pulmones (ejercicios de resistencia) y otro mejora los músculos y huesos (ejercicios de fuerza y flexibilidad).


Se puede hacer ejercicio saludable tanto en casa como fuera, en las actividades diarias (trabaja, camina, sube y baja las escaleras...) o en actividades especiales (ir a andar, yoga, gimnasio).

Los Ayuntamientos suelen ofrecer distintas actividades.



### Qué ejercicio físico hacer

#### PLAN SEMANAL DE EJERCICIO SALUDABLE



#### RECOMENDACIÓN MÍNIMA PARA LA SALUD

Basta con **caminar un poco rápido** todos o casi todos los días media hora (puede no ser seguida) y hacer una sencilla tabla de ejercicios como la de la página siguiente dos días a la semana un cuarto de hora.

#### Ejercicios de fuerza.

Hacer mínimo 8 veces cada ejercicio, despacio.

- Levantar un pie del suelo hasta estar la pierna y luego la otra.
- Flexionar y extender los brazos en esa posición.
- Contrair los dos glúteos a la vez.
- Elevar lo posible las dos rodillas juntas.

#### Ejercicios de flexibilidad.

Mantener cada ejercicio contando hasta 8, despacio.

- Linear la cabeza hacia un hombro y repetirlo hacia el otro.
- Entrelazar los dedos y girar las palmas por encima de la cabeza, estrujando los brazos.
- Dejar caer el tronco hacia abajo relajadamente.
- Llevar una palma hacia el pecho y después la otra.

Osas ejercicios se encuentran en el folleto "Ejercicio saludable" del Instituto Navarro de Deporte y Juventud del Gobierno de Navarra.

# ACTIVIDAD FÍSICA + SALUD

Hacia un Estilo de Vida Activo

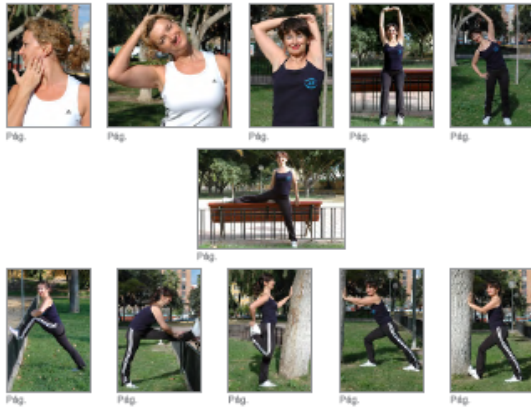


Juan Antonio Ros Fuentes

## ACTIVIDAD FÍSICA + SALUD

### Ejercicios y programas

#### Estiramientos básicos



114

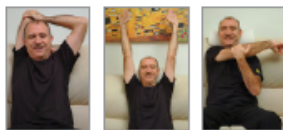
## ACTIVIDAD FÍSICA + SALUD

### Ejercicios y programas

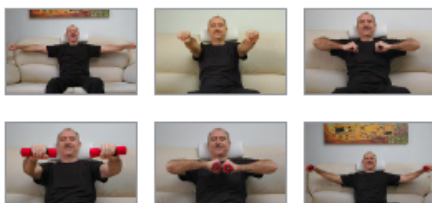
#### Ejercicios para hacer en el salón

En el sofá, mientras vemos la televisión o escuchamos música, podemos aprovechar para ejercitar nuestros hombros y prevenir o frenar el desarrollo de las "amenazantes" tendinitis.

#### Flexibilidad



#### Fuerza



124



Cartel de promoción del programa de intervención:

<h1>¡Activa tu vida!</h1>   	<p><b>PROGRAMA SOBRE EJERCICIO FISICO Y AUTOCUIDADOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>¿A quién va dirigido?</i></li><li>• <i>¿Cuáles son sus objetivos?</i></li><li>• <i>¿Quiénes lo imparten?</i></li><li>• <i>¿Cuándo se realiza y en que horario?</i></li><li>• <i>¿Dónde se imparte?</i></li></ul> <p><b>SI TE INTERESA, INFORMATE CON TU MEDICO, ENFERMERA O EN ADMISION.</b></p>	 <p><b>ENFERMEDADES VASCULARES</b> MANUAL DE AUTOCUIDADO</p> <p><b>¡Y CUIDATE!</b></p>
--	--	---

## Nº 8. NOTA DE PRENSA

### Nota de prensa para los medios de comunicación

#### PONGAMONOS EN MARCHA,..... Y CUIDEMONOS.

Se presenta este programa para fomentar la realización de actividad física y los cuidados de las enfermedades vasculares, y aumentar los niveles de ejercicio y autovalimiento.

Va dirigido a personas adultas comprendidas entre 35 y 64 años, que vivan en la comarca de Pamplona.

El programa comenzara a funcionar en junio, coincidiendo con el final de primavera y con el tan temido verano y los efectos que produce. (como " hacemos menos ejercicio y comemos siempre algo de mas,.....").

Para poder acceder al programa es necesario tener al menos un factor de riesgo cardiovascular (HTA, colesterol alto, diabetes, obesidad, tabaco.....) donde suela controlarse en su Centro de Salud.

Inicialmente, será necesario pedir cita previa para la primera entrevista con el médico titular, quien tras una evaluación, decidirá si el paciente no existiendo ninguna contraindicación, está preparado para iniciar el programa.

El equipo que participa es multidisciplinar, y estará compuesto por médicos/as, enfermeros/as, dietista y técnicos deportivos, quienes asesoraran el tipo de ejercicio más conveniente en cuanto a intensidad y tiempo.

Además contaremos con la colaboración del Instituto de Deporte y Juventud y el Ayuntamiento de Pamplona, para ofertar espacios en los que se puedan realizar actividad física de manera adecuada y segura.

Mediante sesiones programadas individuales o grupales, en colaboración con dietista y técnico deportivos, el equipo de enfermería de cada centro de salud, asesorara a cada usuario, que además dará el taller para los *Autocuidados en enfermedades vasculares*.

## Nº 9. ENCUESTAS DE EVALUACION

### EVALUACIÓN DEL CURSO DE FORMACIÓN

Fecha de realización del curso: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Esta la evaluación a realizar sobre los cursos de formación en los que se ha participado. Por favor marque con una X dentro de la casilla según su opinión de las siguientes preguntas. Las respuestas serán desde 1 hasta 5 siendo el uno la peor puntuación y el 5 la mejor:  
1 = malo; 2 = indiferente; 3 = bueno; 4 = muy bueno; 5 = excelente.

#### • Preguntas sobre el desarrollo del curso:

	1	2	3	4	5
La organización de las charlas					
El contenido de las charlas					
La utilidad de los contenidos					
La comodidad del aula					
La duración de las charlas					
El horario en que se ha realizado					
En general, las charlas te han parecido					

Comenta que aspectos te ha parecido mejor de las charlas:

Comenta que aspectos mejorarías:

Valora el curso con una nota de 1 a 10:

#### • Preguntas sobre los ponentes:

	1	2	3	4	5
Las explicaciones teóricas eran claras y concisas					
Ha fomentado la participación de los participantes					
Ha cumplido el objetivo del curso					

Realiza una pequeña valoración sobre los aspectos mejor y peor valorados de los ponentes:

#### • Preguntas sobre la utilidad del curso

	1	2	3	4	5
Mi motivación					
Mi participación					
He asimilado los contenidos explicados					
El contenido me sirve para mi puesto de trabajo					

Puntuación final del curso, de acuerdo, a su validez para tu trabajo (valora de 1 a 10):

## EVALUACION DE API/APG

- **Aspectos del trabajo realizado:**

Señala con una X el número que consideres sobre distintos:  
1=muy mala, 5=muy buena

Opinión general	1	2	3	4	5
Los temas trabajados	1	2	3	4	5
La forma de trabajo	1	2	3	4	5
Adecuación a tus necesidades	1	2	3	4	5
Utilidad para tu vida	1	2	3	4	5
Tu implicación	1	2	3	4	5
Grado de satisfacción	1	2	3	4	5

- Di 3 cosas que te han gustado:

- Di 3 cosas que añadirías o cambiarías:



## 10. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

### **Programa de intervención en atención primaria sobre actividad física y autocuidados en personas con riesgo cardiovascular**

El Programa de Salud Pública sobre actividad física y autocuidados, tiene como objetivo general disminuir la morbimortalidad de las enfermedades vasculares mediante el control de los factores de riesgo, entre la población usuarias de los Centros de Salud de Pamplona, con edad entre 35 y 64 años de edad,

Se desarrollará mediante sesiones formativas en los centros de salud de la Comarca de Pamplona y en espacios comunitarios saludables o instalaciones deportivas.

Las sesiones las dirigirá personal de enfermería, siendo coordinadas por los representantes del programa en cada centro de salud, y la actividad física realizada en el ámbito comunitario será llevada a cabo en algunos casos, por técnicos deportivos.

En los centros de salud, se ofrecerá apoyo programado grupal, individual y una combinación de ambos, para aquellas personas que deseen intervenir en el programa.

Cada usuario elegirá el apoyo programado que más se adecúe a sus circunstancias.

Para los profesionales que trabajen en el programa, se realizarán cursos de formación sobre actividad física y autocuidados en enfermedades vasculares. Estos cursos se realizarán en la sede del Instituto de Salud Pública y del Instituto de Deporte y Juventud del Gobierno de Navarra.

Se contará con un equipo multidisciplinar para llevar a cabo el programa y estará formado por: médicos de familia y comunitaria y personal de enfermería de atención primaria, dietista y cardiología de asistencia especializada y técnicos del deporte. Colaborarán en la formación de profesionales licenciados en medicina del deporte del Instituto de Deporte y Juventud.

Asimismo, se coordinará la realización de actividades físicas con las ofertadas por las entidades públicas (Ayuntamiento de Pamplona).

La información a la población en general será mediante trípticos y carteles y también en la consulta de medicina, enfermería y administrativos del centro de salud.

**Palabras clave:** cardiovascular, prevención, actividad física y autocuidados.

*A mi marido, Sergio  
con especial cariño.  
Por su apoyo, comprensión  
y compromiso,*

