

IMPACTO DEL PROGRAMA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE SALUD VILLA ESTADIO DE SOLEDAD, ATLÁNTICO

Impact Of The Hypertension Program Of Villa Estadio Healthcare Center in Soledad, Atlántico

Impacto Do Programa De Hipertensão Arterial Do Centro De Saúde Villa Estádio De Soledad, Atlântico

Arrieta-Reales, Nancy¹. Muñoz Vesga, Erika. Blanquicett, Ramses. Borrero, Elizabeth²

Recibido: 12 de Mayo de 2015
Aceptado: 21 de Octubre de 2015

Resumen

Objetivo: Evaluar el impacto del programa de Hipertensión Arterial del Centro de Salud Villa Estadio de Soledad - Atlántico, del 2009 al 2014. **Materiales y métodos:** Estudio correlacional, longitudinal y cuantitativo. Instrumentos: encuesta estructurada de preguntas cerradas, validado con el estadístico de Kuder-Richardson, confiabilidad del 0,80%; la información de las historias clínicas tabulada en base de datos mediante Microsoft Excel. La muestra, 62 pacientes con dos a cinco años de permanencia en el Programa de HTA. **Resultados:** Para el análisis de los datos de las historias clínicas se utilizó Statgraphics Centurion XVI y Limesurvey; los resultados de la encuesta a través de gráficos por porcentaje de frecuencia. El Programa de HTA produjo modificación de los estilos de vida de los pacientes: cambios de las presiones sistólica y diastólica cuya significancia para la sistólica estuvo $p: 0,0036$ y la diastólica $p: 0,0042$; el 71% disminuyeron y

¹ Enfermera candidata a Doctora en Educación Superior, Magister en Educación; Coordinadora Docencia – Servicio de la Facultad de Ciencias de la Salud y Docente Investigadora del Programa de Medicina de la universidad Simón Bolívar; investigadora del grupo de investigación de Innovación y biotecnología en salud en la línea de Salud Pública. e-mail: narrieta1@unisimonbolivar.edu.co Carrera 59 No. 59-65 Programa de Medicina Universidad Simón Bolívar.

² Estudiante de décimo semestre de medicina de la universidad Simón Bolívar.

mantuvieron el índice de masa corporal. El 60,5% disminuyeron y mantuvieron los niveles de glicemia en rango normal. En el 71% de los pacientes se encontró una correlación positiva entre las variables peso y presión arterial sistólica y diastólica; igualmente el HDL que al encontrarse por encima de 50 mg/dl en el 60% de los pacientes se constituye en una relación positiva como factor protector del riesgo cardiovascular. **Conclusiones:** Se probó la hipótesis que el programa de HTA del Centro de Salud Villa Estadio, produjo un impacto positivo en la modificación de los estilos de vida de los pacientes.

Palabras clave: Impacto, Programa de Hipertensión Arterial, Estilos de Vida, salud pública, riesgo cardiovascular.

Abstract

Objective: Evaluate the impact of the Hypertension program of Villa Estadio Healthcare Center in Soledad - Atlántico from 2009 to 2014. **Materials and methods:** correlational, longitudinal and quantitative study. Instruments: structured survey research of closed questions, validated statistical Kuder-Richardson reliability of 0.80%; tabulated information from medical records in database using Microsoft Excel. The sampling, 62 patients with two to five years in the HT Program. **Results:** For the analysis of data from clinical records the Limesurvey Statgraphics Centurion XVI was used; the survey results through graphics percentage frequency. The HT program produced modification on the patients' lifestyles: changes in systolic and diastolic pressures which was of significance for systolic p: 0.0036 and diastolic p: 0.0042; 71% decreased and kept the body mass index in the ideal range. The 60.5% decreased blood glucose levels remained in the normal range. In 71% of patients, a positive correlation was found between the variables weight and systolic and diastolic blood pressure; HDL was also found that above 50 mg / dl in 60% of patients constitutes a positive relationship as a protective factor in cardiovascular risk. **Conclusions:** The hypothesis that the HT program tested at Villa Estadio Healthcare Center, had a positive impact in changing the lifestyles of patients.

Key words: Impact, hypertension program, lifestyle, public health, cardiovascular risk.

Resumo

Objetivo: Avaliar o impacto do programa de Hipertensão Arterial do Centro de Saúde Villa Estádio de Soledad - Atlântico, de 2009 a 2014. **Materiais e métodos:** Estudo correlacional, longitudinal e quantitativo. Instrumentos: a pesquisa estruturada de perguntas fechadas, validado com o estatístico de Kuder-Richardson, confiabilidade do 0,80%; a informação das histórias clínicas tabulada em base de dados mediante Microsoft Excel. A amostra, 62 pacientes com aproximadamente dois a cinco anos de permanência no Programa de HTA. **Resultados:** Para a análise dos dados das histórias clínicas utilizou-se Statgraphics

Centurion XVI e Limesurvey; os resultados da pesquisa através de gráficos por porcentagem de frequência. O Programa de HTA produziu modificação dos estilos de vida dos pacientes: mudanças nas pressões sistólica e diastólica cuja significância para a sistólica esteve $p: 0,0036$ e a diastólica $p: 0,0042$; o 71% diminuíram e mantiveram o índice de massa corporal. O 60,5% diminuíram e mantiveram os valores de glicemia normais. No 71% dos pacientes encontrou-se uma correlação positiva entre as variáveis peso e pressão arterial sistólica e diastólica; igualmente o HDL que ao encontrar-se por encima de 50 mg/dl no 60% dos pacientes se constitui em uma relação positiva como fator protetor do risco cardiovascular. **Conclusões:** Provou-se a hipótese que o programa de HTA do Centro de Saúde Villa Estádio, produziu um impacto positivo na modificação dos estilos de vida dos pacientes.

Palavras-chave: Impacto, programa de hipertensão arterial, estilos de vida, saúde pública, risco cardiovascular

Introducción

Para la Organización Mundial de la Salud – OMS (2013), la Hipertensión Arterial (HTA), es un problema prioritario de salud pública de altísimo costo social y sanitario y que se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores relacionados con su comportamiento (dieta mal sana, uso abusivo de alcohol, obesidad, escasa actividad física, entre otros). También es considerada como la primera causa de muerte a nivel mundial, afectando a uno de cada cuatro adultos y reduciendo la esperanza de vida entre 10 y 15 años.

De acuerdo a Prado García H, Rojas Gómez I (2010), la HTA es uno de los principales motivos de consulta médica y de prescripción farmacológica. Su prevalencia es alta en un 25%, con un total de mil millones de hipertensos. Hacia el 2010, según Varela Arévalo M. (2010) y Carmela (2010), 691 millones de personas sufrían de hipertensión arterial en el mundo, cifra que va en incremento y en 20 años habrá aumentado más del 50%. La HTA aumenta con la edad y existe una alta probabilidad que las personas después de los 50 años la padezcan, a causa del aumento de la resistencia periférica y de la rigidez arterial propios del envejecimiento.

La situación en Colombia no es distinta a lo que sucede a nivel mundial. Según OPS- Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (2010), la HTA es la primera causa de muerte en el país. El Gobierno Nacional (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) ha fijado para el 2021 se reduzca en un 25% a partir de la línea de base definida en el año 2014. Es por ello que desde Min. Salud y Protección Social, han orientado las intervenciones para garantizar su efectividad descritos en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) Colombia 2012-2021, teniendo como objetivos “favorecer de manera progresiva y sostenida la reducción a la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de vida; generar condiciones y fortalecer la capacidad de gestión de los

servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las Enfermedades No Transmisibles ...” (Min. Salud y Protección Social, 2013).

Los resultados de diferentes investigaciones confirman lo grave de la situación con la HTA. En el reporte de la American Heart Association (Go *et al*, 2014), dio a conocer que la HTA es un factor de riesgo principal para la aparición de enfermedades cardiovasculares con un 40,6%, seguido por el consumo de tabaco 13,7%, la alimentación poco saludable 13,2%, la inactividad física 11,9% y niveles de glicemia anormales 8,8%. De igual manera los resultados del estudio realizado por Segarra E., Encalada L. y García J L. (2011), evidenciaron que, con un índice de masa corporal - IMC de 25, el riesgo de prehipertensión se incrementa entre un 11 a 15 % por cada kg/mt² ganado; además, el sexo más afectado con HTA es el femenino en un 74% y el sedentarismo se encuentra presente en la mayoría de estos pacientes. Comportamiento similar fue evidenciado por Navarrete y Cartés-Velazquez (2012), en el estudio realizado a 4.000 personas cuyos resultados mostraron una prevalencia de 24,5% de HTA, quedando demostrado un incremento sucesivo de esta por grupo etáreo, que va desde el 2% en sujetos de 15 a 24 años al 70,5% en mayores de 65 años.

Coinciden con lo anteriormente presentado los autores Resendiz E., Aguilera P. y Rocher M.E., (2010), los cuales dieron a conocer en los resultados del estudio efectuado en México, que una alta proporción de la población participante tanto de hombres y mujeres que no practican ningún deporte o ejercicio presentan sobrepeso, obesidad, sedentarismo y adicionalmente, los hombres que admitieron el consumo frecuente de bebidas alcohólicas, constituyéndose en factores de riesgo para desarrollar enfermedades crónicas.

Asimismo, en el estudio nacional realizado en Chile por Lira MT, Kunstmann S, Icaza G, Nuñez y De Grazia R (2012), en el cual, efectuaron seguimiento de 5 años de más de 9.700 personas sanas, en las cuales identificaron durante ese período que la HTA se relacionó al 49,9% de los eventos coronarios y al 64% de los accidentes cerebrovasculares - ACV. Ello llevó a que los autores afirmaran que la HTA estuvo directamente implicada en uno de cada cuatro eventos coronarios y en uno de cada tres ACV, consolidándose como el factor de riesgo de mayor importancia para la aparición de ambas patologías.

En otro estudio efectuado por Sandoval D., Bravo M., Koch E., Gatica S., Ahlers L., Henríquez O., y Romero T., (2012), en el cual, evaluaron a 1.194 hipertensos en 52 centros de atención primaria del país, encontraron que: el 59.7% logró cifras de presión arterial -PA controladas; los pacientes indicaron haber recibido asesoría para el manejo de estilos de vida saludables, alimentación, dejar de fumar y actividad física; el 91,5% recibió tratamiento farmacológico, un 34,3% fue monoterapia y el 57,1% tratamiento combinado. Llama la atención que el 8,5% de los pacientes fue manejado con medidas no farmacológicas, y en el 75% de ellos se mantuvo la PA controlada. En otro estudio realizado por Hacıhasanoglu R, Gözümlü S., (2011) se dio a conocer que una reducción de sodio puede disminuir 3,9

mm/Hg la presión sistólica y 1,9 mm/Hg la presión diastólica. Coinciden con los resultados, el estudio realizado en Ecuador por Segarra E., Encalada L., García J., (2011b) los cuales validaron un programa de HTA, en el cual, las variables que presentaron mayor cambio fueron la adherencia al tratamiento que del 45% aumento al 80%, el consumo de sal fue disminuido, la actividad física se incrementó y en los Conocimientos, Actitudes y Practicas.

Para la población de Soledad, en el departamento del Atlántico, el panorama es igual de desalentador, situación que fue evidenciada en la encuesta realizada a la población por Tuesca Molina R., Navarro Lechuga E., Peñuela M., Vargas R., (2011), la cual dio como resultado que la hipertensión arterial, con un 15,4 %, ocupaba el primer lugar entre las patologías que más demanda una atención médica, seguida de la migraña con 8.9 % y el colesterol con 8,2 %; encontrándose diferencias por sexo con un 16,7% para hombres y 12,7 % para mujeres.

Otro aspecto de importante relevancia hace referencia a los efectos que tiene la educación brindada a los pacientes que asisten a programas de HTA, que en el estudio efectuado por Achury-Saldaña, *et al* (2013), evidenciaron, que después de la intervención educativa realizada en la consulta de enfermería hubo un cambio estadísticamente significativo en la capacidad global y en los rangos de agencia de autocuidado de medio a alto. Lo anterior confirmó, que los programas educativos se constituyen en un pilar fundamental para el éxito de los programas de HTA en el logro de sus objetivos, al fomentar y promover en los pacientes la enseñanza de hábitos de autocuidado, orientado a un cambio de comportamiento, mejorar y mantener la calidad de vida, minimizar las complicaciones y muertes, promoviendo el empoderamiento del paciente por el cuidado de su salud.

Sin embargo, a pesar de la importancia de los programas de HTA, al revisar la bibliografía existente se encontraron pocos estudios a nivel de Colombia y del Atlántico que evaluaran su impacto. Es por ello que con los antecedentes presentados se planteó la hipótesis: el programa de HTA del Centro de Salud Villa Estadio de Soledad produjo un impacto positivo en la modificación de los estilos de vida de los pacientes. La investigación tuvo como objetivo evaluar el impacto del programa de Hipertensión Arterial del Centro de Salud Villa Estadio de Soledad - Atlántico, del 2009 al 2014.

Materiales y métodos

Estudio correlacional, longitudinal y cuantitativo. Se obtuvo la información de las historias clínicas de los pacientes que tuvieran cinco años de permanencia en el programa del 2009 al 2014. La muestra estuvo constituida por 62 pacientes que cumplieran con el criterio de inclusión haber permanecido en el programa entre 2 a cinco años ininterrumpidos. Se analizó el estado clínico de los pacientes al ingreso, en un control intermedio y en el último, en cuanto a las variables: peso, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica, niveles de glicemia, niveles de lípidos y función renal (Bun y Creatinina).

El instrumento fue una encuesta diseñada de acuerdo a las variables del estudio: edad, sexo; cambios en la salud desde que asisten al programa; si han recibido educación; aplicación de hábitos pocos saludables; modificación de hábitos poco saludables por la educación que han recibido; cambios en su condición física; y, satisfacción por el programa. Para la validación del instrumento se aplicó el estadístico de *kuder-richardson* (kr_{θ}^j), arrojando una confiabilidad de 0,80.

Las técnicas para el análisis de los datos fueron descriptivas y se correlacionaron los resultados entre las variables; la correlación realizada fue de SPEARMAN de múltiples rangos. Los estadísticos aplicados para la medición de los niveles de significancia fueron Statgraphics Centurion XVI y Limesurvey. El análisis de los datos de la encuesta se realizó a través de gráficos por porcentaje de frecuencia.

Resultados

El 82% de los pacientes pertenecían al sexo femenino y el 18% al masculino; el rango etario de los pacientes en mayor porcentaje los adultos mayores con un 45%, seguido en edad de la senectud en un 34%; en porcentajes menores adultos intermedios con el 14,5% y adultos jóvenes en un 9%.

En cuanto a las condiciones de salud al ingreso de los pacientes (primer control) el 19,4% era fumador; el 80,6% practicaba el sedentarismo; el 75,8% consumía alimentos ricos en grasas y calorías y el 100% tenía niveles de presión arterial por encima de 140/90. Se evidenció una disminución de los niveles de las presiones sistólica y diastólica entre el primer y último control, cuyo nivel de significancia para la sistólica estuvo $p: 0,0036$ y la diastólica $p: 0,0042$; correspondiente al 70,9% de los pacientes con niveles de presión arterial menor a 140/90 (Tabla 1).

Tabla 1. Niveles de Presión Arterial Sistólica y Diastólica.

PAS-PAD	<80	80-84	85-89	90-99	100-109	110	TOTAL
<120	4	2	0	0	0	0	6
120-129	1	20	0	1	0	0	22
130-139	2	7	0	7	0	0	16
140-159	1	5	0	11	1	0	18
160-169	0	0	0	0	0	0	0
180	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	8	34	0	19	1	0	62
PAS/PAD <140/90				44		70,9%	
PAS/PAD > 140/90				18		29%	
TOTAL				62		100%	

Fuente: Bases de datos de los investigadores.

En cuanto a la función renal, el 60,2% de los pacientes se encontraban controlados. El BUN estuvo en los rangos entre 9 y 19 mg/dl en ambos sexos y la Creatinina

mostro un promedio dentro de los valores normales en las tres fechas de 0,5 a 1,1 mg/dl en mujeres y 0,6 a 1,2 mg/dl en hombres. Aunque los cambios no fueron estadísticamente significativos con un Valor-P 0,5415, si es de importante relevancia clínica que los valores se mantuvieran dentro del rango normal en los dos a cinco años de permanencia en el programa.

En relación al perfil lipídico, los niveles de HDL se mantuvieron por encima de 50 mg/dl en el 60% de los pacientes. Sin embargo, el LDL mostró en promedio un ascenso de la primera a la segunda fecha; en la tercera fecha tuvo un descenso por debajo del valor de la primera. No obstante, los valores promedios de las tres fechas se encontraban por encima de 100 mg/dl; su descenso a menos de 120 mg/dl, no tuvo una significancia estadística, al mostrar un Valor-P de 0,2585 (Figura 1). De igual manera los triglicéridos reflejaron un descenso en la media de la primera a la tercera fecha de más de 40 mg/dl, los resultados no fueron estadísticamente significativos con un valor P de 0,6075. Es importante resaltar, que los niveles iniciales se encontraban por encima de 150 mg/dl para el LDL y 200 mg/dl de los triglicéridos (Figura 2).

Asimismo fue identificada una disminución del peso y del índice de Masa Corporal, que en promedio, entre el primer y el último control disminuyeron 6 Kilogramos, conllevando a que el 71% de los pacientes estuvieran en el peso ideal. A la vez el 60,5% disminuyeron y mantuvieron los niveles de glicemia en rango normal por debajo de los 100 mg/dl. Es por ello que al correlacional estas variables se encontró una relación positiva entre el IMC y la presión arterial diastólica, a mayor IMC, mayor acumulo de grasas en todo el organismo y en endotelio, causando aterosclerosis, posterior mayor resistencia periférica y por ende se aumentan las presiones arteriales.

Figura 1. Grafico de caja y bigotes. Comportamiento del LDL

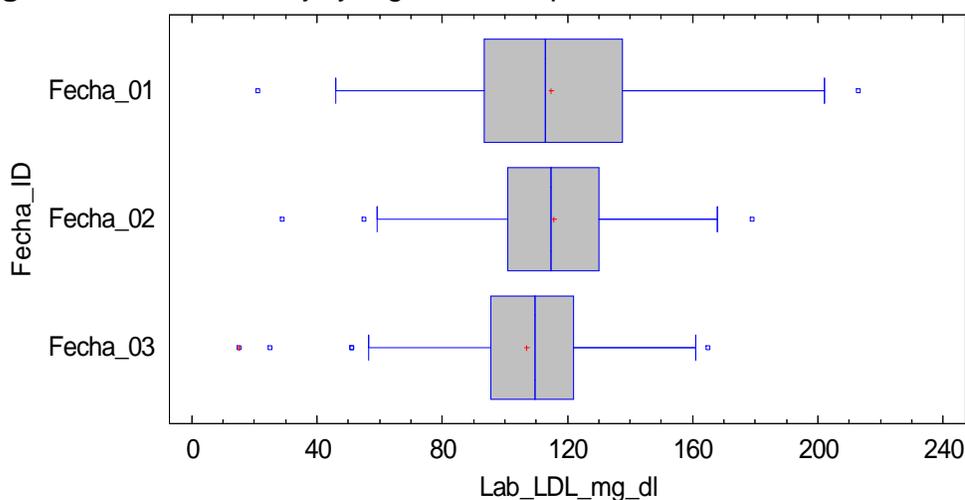
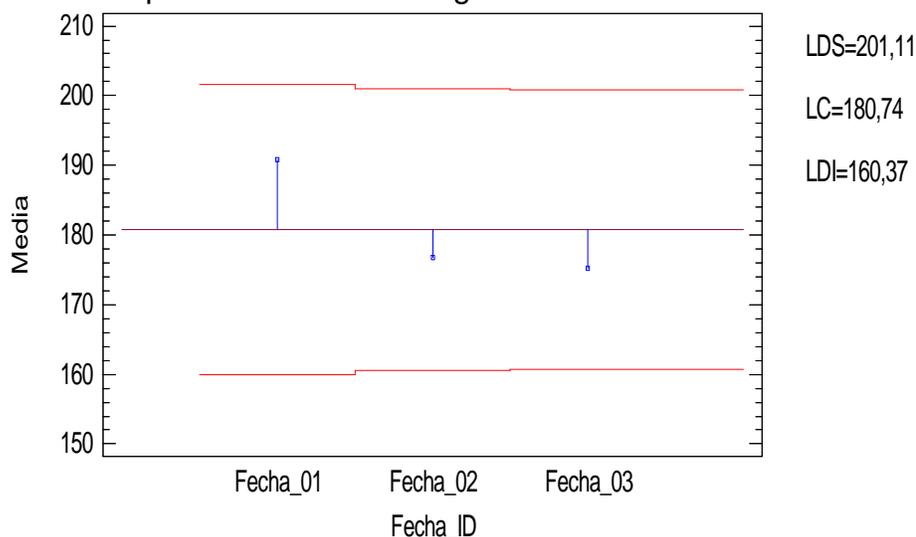


Figura 2. Comportamiento de los Trigliceridos.



Otra correlación de importancia fue la del HDL con los niveles de presión sistólica y diastólica, que en el 60% de los pacientes se encontró por encima de 50 mg/dl. Esta lipoproteína actúa como factor protector para enfermedades cardiovasculares y ayuda en el transporte de grasas fuera de las arterias. Es por ello que entre más elevada este la HDL, mayor factor protector tiene, disminuyéndose de esa manera la resistencia periférica, y por ende, disminuye la presión arterial (Tabla 2).

Tabla 2. Correlación entre variables.

	Peso (kg)	TA Sistólica	TA Diastólica	IMC	Triglicéridos	HDL	LDL	Glicemia	BUN	Creatinina
Peso (kg)	1	0,0364	0,0859	0,7963	-0,0379	-0,0366	-0,0424	0,0719	0,118	0,1059
	1	0,6649	0,3059	0,0000	0,6521	0,6635	0,6136	0,3919	0,1588	0,2063
IMC				1	0,1041	-0,0509	0,0677	0,1823	0,0824	-0,0021
				1	0,2143	0,5446	0,4199	0,0288	0,326	0,9805
HDL						1	-0,3058	0,0389	0,0103	-0,0985
						1	0,0002	0,6436	0,9028	0,2402

Los resultados anteriores coincide con las respuestas de los pacientes en las encuestas al afirmar: el 98% haber sentido cambios en su salud desde que se encuentran asistiendo al programa de HTA y el 98,4% indicó que la educación brindada por el personal de salud del programa los ha llevado a cambiar su estilo de vida (Tabla 3).

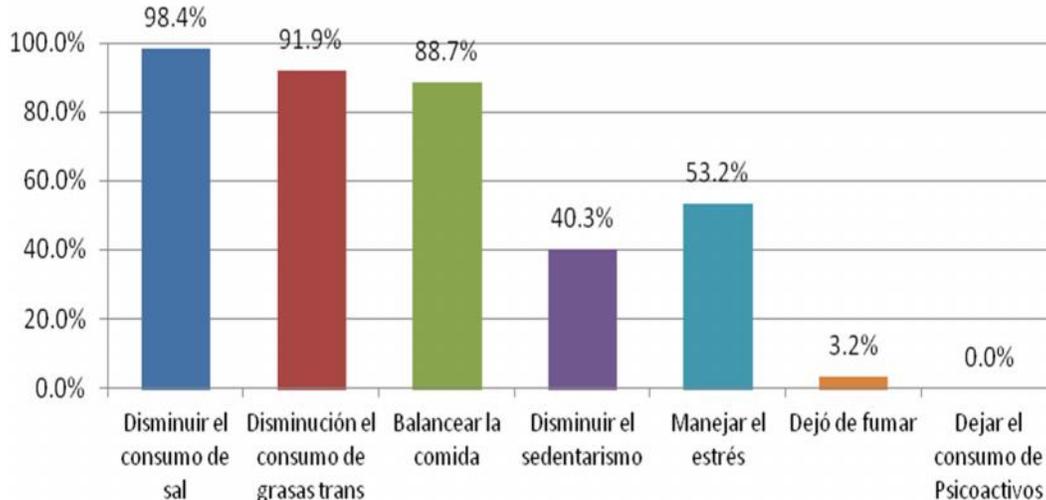
Tabla 3. Cambios en la salud de los pacientes.

¿Ha sentido usted cambios en su salud desde que está asistiendo al programa de H.T.A?	Frecuencia Observada	Frecuencia
Sí	61	98.4%
No	1	1.6%

TOTAL	62	100.0%
-------	----	--------

De igual manera, los pacientes expresaron haber modificado hábitos pocos saludables como la disminución del consumo de sal en un 98% y grasas Trans en el 92%; un 88,7% aprendieron a balancear los alimentos; el 53,2% dan un mejor manejo al estrés; un 40,3% disminuyó el sedentarismo; y, en menor proporción con un 3,6% dejaron de fumar. También manifestaron el 97% de los pacientes cambios de su condición física, reflejado en el 72,6% de los pacientes que estaban en sobre peso lo bajaron; el 95,2% disminuyeron los problemas articulares de hombro y rodilla; y, el 79% se siente mejor con su apariencia física actual. El 100% de los pacientes indicaron sentirse satisfechos por la atención brindada por el equipo de salud (Figura 3).

Figura 3. Incorporación de hábitos de autocuidado por los pacientes.



Discusión

Los programas de HTA deben estar orientados a contribuir con la prevención de las situaciones de riesgo que provoquen la enfermedad y promuevan el bienestar integral del paciente. Es por ello, que requieren de una atención integral brindada por un equipo interdisciplinario de la salud, y el desarrollo de programas educativos orientados a una comprensión de la importancia del autocuidado de la salud y la adherencia al tratamiento, que conlleven a que el programa tenga un impacto positivo en la población atendida.

Los resultados de este estudio fueron similares, en cuanto a la variable “sexo”, al realizado por Go, *et al* (2011), los cuales evidenciaron que el sexo más afectado con esta enfermedad es el femenino en un 74%, y para el presente estudio fue del 82%. Sin embargo fue contradictorio al resultado de la encuesta realizada por

Tuesca R., Navarro Lechuga E., et al (2011), en el municipio de Soledad, en el cual, el sexo masculino era el de mayor prevalencia de HTA.

Otro aspecto importante que ha sido demostrado en diferentes estudios y que coinciden con este, fue el relacionado sobre el manejo de comportamientos inadecuados como la dieta mal sana (Organización Mundial de la Salud – OMS, 2013), al ser uno de los factores de mayor importancia para la predisposición de padecer HTA, y los pacientes del programa del Centro de Salud Villa Estadio afirmaron haberla modificado, al disminuir el 98% de ellos el consumo de sal; un 92% bajaron la ingesta de grasas Trans y el 88,7% aprendieron a balancear los alimentos. Hay que tener en cuenta que en el estudio realizado por Hacihasanoglu R, Gözüm S., (2011) quedó confirmado que una reducción de sodio puede disminuir 3,9 mm/Hg la presión sistólica y 1,9 mm/Hg la presión diastólica, minimizando el riesgo para los pacientes.

Igualmente, Segarra E., Encalada L. y García J L., (2011), evidenciaron que con un índice de masa corporal - IMC de 25 el riesgo de prehipertensión se incrementa entre un 11 a 15 % por cada kg/mt² ganado, es por ello, que cobra gran importancia la intervención realizada a los pacientes en el programa de HTA del Centro de Salud Villa Estadio, al lograr, que un 98% de los pacientes modificaran los hábitos alimenticios bajando el sobrepeso al igual su IMC; el 40,3% disminuyó el sedentarismo e indicaron haber mejorado los problemas articulares de hombro y rodilla. También se evidenció una baja en los niveles de glicemia, colesterol LDL, triglicéridos, elevaron los niveles de colesterol HDL por encima de 50 mg/dl y mantuvieron una función renal adecuada. Todo ello condujo a la disminución de los niveles de presión arterial por debajo de 140/90 mm Hg y a una mejor calidad de vida de los pacientes.

Resultó muy positivo el que un 98% de los pacientes reconocieran la educación recibida como un factor de cambio de su estilo de vida, constituyéndose en el medio que promovió la enseñanza del autocuidado, hacia la generación de un nuevo comportamiento, reafirmando lo evidenciado por Achury-Saldaña, D., Rodríguez, S. M., et al (2013), que después de la intervención educativa realizada en la consulta de enfermería hubo un cambio estadísticamente significativo en la capacidad global y en los rangos de agencia de autocuidado en los pacientes hipertensos.

Conclusiones

Los resultados de la investigación evidenciaron que el 82% de los pacientes pertenecían al sexo femenino y el 18% al masculino; el rango etario de los pacientes en mayor porcentaje fueron los adultos mayores con un 45%, seguido en edad de la senectud en un 34%; en porcentajes menores adultos intermedios con el 14,5% y adultos jóvenes en un 9%.

El programa de HTA del Centro de Salud Villa Estadio de Soledad, produjo un impacto positivo en la modificación de los estilos de vida de los pacientes,

evidenciado en: el 98% disminuyeron el consumo de sal, el 92% de grasas Trans y un 88,7% aprendieron a balancear los alimentos; el 53,2% indicaron dar un mejor manejo al estrés; un 40,3% disminuyó el sedentarismo; y, en menor proporción con un 3,6% dejaron de fumar. También manifestaron el 97% de los pacientes cambios de su condición física, reflejado en el 72,6% de los pacientes que estaban en sobre peso, lo bajaron; el 95,2% disminuyeron los problemas articulares de hombro y rodilla; y, el 79% se siente mejor con su apariencia física actual. El 100% de los pacientes indicaron sentirse satisfechos por la atención brindada por el equipo de salud.

Un factor de importancia que contribuyó con el éxito del programa de HTA en el Centro de Salud Villa Estadio de Soledad, fue la educación brindada a los pacientes por el personal de salud, la cual, fue reconocida por ellos como la causa principal que los llevó a modificar los estilos de vida. Este resultado llevó a inferir que a mayor educación como eje fundamental del programa de hipertensión arterial, mayor aumento del nivel cultural y compromiso de la población objetivo con el mismo, y seguramente el logro de mejores resultados.

Deberá constituirse el presente estudio, en un estímulo positivo para los profesionales de la salud, que al aplicar las acciones en salud pública en programas de HTA, las desarrollen con ética, pertinencia, responsabilidad y calidad, hacia el mejoramiento de las condiciones de salud integral de los individuos.

Recomendaciones

Es importante dejar descritas unas recomendaciones que son de importancia para la salud pública, entre las cuales se encuentran:

- Se recomienda revisar la pertinencia del presente estudio como aparte para futuras actualizaciones de la “Guía para profesionales de la salud No. 18 de 2013, sobre Hipertensión arterial primaria (HTA) emitida por MINSALUD”.
- Tomar el presente estudio como un referente para correlacionar la educación del paciente en temas asociados a estilos de vida saludable y el efecto de estos para que el paciente los adopte como parte de su vida.

Agradecimientos

A las directivas del Hospital Materno Infantil de Soledad, por autorizar la realización de la investigación en el Centro de Salud Villa Estadio y a los funcionarios y pacientes del centro, por la colaboración prestada.

Bibliografía

Achury-Saldaña, D., Rodríguez, S.M., Achury-Beltrán, L.F., Padilla-Velasco, M.P., et al. (2013). Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*. 3(13):363-372. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2293/html>

Carmela. (2010). El Riesgo Cardiovascular en América Latina. [Citado 2014 junio 29]. Disponible: www.interamericanheart.org/estudio-carmela

Go, A.S., Mozaffarian, D., Roger, V.L. et al. (2014). Executive summary: heart disease and stroke statistics. Update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 129(3):399-410. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24352519>

Hacihasanoglu, R., Gözüm, S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviors and BMI in a primary health care setting. *Journal of Clinical Nursing*. 11(20):692-705. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21320198>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles. Bogotá D.C. Recuperado mayo de 2014. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensionvidasaludable-condicionesno-transmisibles.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Sistema de monitoreo y evaluación al plan decenal de salud pública 2012-2021. Bogotá D.C. Recuperado agosto de 2014. Disponible en: http://tic.uis.edu.co/ava/pluginfile.php/153493/mod_resource/content/1/Seguimientoo%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20PDSP2012%20-%202021.pdf

Navarrete, C., Cartes-Velásquez, R. (2012). Prevalencia de hipertensión arterial en comunidades pehuenches, Alto Biobio. *Rev Chil Cardiol*. 31(2):102–107.

OPS-Ministerio de Salud y protección social, Instituto Nacional de Salud. Indicadores básicos. (2010). Situación de Salud en Colombia. Recuperado julio de 2014. Disponible en: <http://es.slideshare.net/guestc740c103/situacin-de-salud-colombia-y-odm-enero-2010>

Organización Mundial de la Salud. (2013). Información general sobre la Hipertensión Arterial en el mundo. 2013. Recuperado julio de 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf

Prado, H., Rojas, I. (2010). Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al club de hipertensos la sabanita. Ciudad bolívar-estado bolívar. Universidad De Oriente, Escuela Cs De La Salud, Departamento de Enfermería. Recuperado junio de 2014. Disponible en: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2244/1/47%20Tesis.%20WG9%20P896.pdf>

Resendiz, E., Aguilera, P., Rocher, M.E. (2010). Estilos de vida e índice de masa corporal de una población de adultos del sur de Tamaulipas México. *Aquichan*. 3(10):244–252. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/rt/printerFriendly/1742/2326>

Lira, M.T., Kunstmann, S., Icaza, G., De Grazia, R., (2012). Attributable Risk of Coronary and Cerebrovascular Disease Risk Factors: 5 year follow-up of 9,700 subjects in Chile. *Global Heart* 2014; 9(1S): p. e128- e129.

Sandoval D., Bravo M., Koch E., Gatica S., Ahlers L., Henríquez O., y Romero T., (2012). Overcoming barriers in the management of hypertension: the experience of the cardiovascular health program in chilean primary health care centers. *International Journal Hypertens.* (2012):405-892.

Segarra, E., Encalada, L., García, J.L. (2011). Manejo de la hipertensión arterial desde los servicios de atención primaria. *MASKANA Revista semestral de la DIUC*. 2(2):57-69.

Tuesca, R., Navarro, E., Peñuela, M., Vargas, R. (2011). Salud y medio ambiente en una población del Caribe colombiano: encuesta en Soledad (Atlántico). Barranquilla. Universidad del Norte. [Citado 2014 agosto 15] Disponible: <http://www.uninorte.edu.co/documents/72553/6d3b4173-9318-48d4-949a-4ace2ce06c4>

Varela, M. (2010). El reto de evaluar la adherencia al tratamiento en la hipertensión arterial. *Pensamiento Psicológico*, 14(7):127-140.