



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER
HUMANO**

ESCUELA DE ENFERMERÍA

TÍTULO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES
HIPERTENSOS. DISPENSARIO MARCOPAMBA SEGURO
SOCIAL CAMPESINO DE BOLÍVAR. OCTUBRE 2021-ENERO
2022.

PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIADAS EN
CIENCIAS DE LA ENFERMERÍA

AUTORAS:

RIVERA GAROFALO ANDREA MISHÉL
RODRÍGUEZ CARRILLO MARÍA JOSÉ

TUTORA

ND. JANINE TACO. MSC
GUARANDA - ECUADOR

Noviembre 2021

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios por darme la vida y fortaleza para culminar con éxito mis estudios universitarios, a mi madre Inés Carrillo por brindarme su amor, cariño y comprensión a pesar de todas las dificultades, a mi padre Marco Rodríguez por el apoyo, a mi hermana por ser un pilar en mi vida, por su apoyo, consejos y comprensión, a mis hijos por ser mi motivación e inspiración para superarme cada día. Y sin dejar atrás a toda mi familia que siempre me han sabido demostrar su apoyo y sus consejos para ser una mejor persona.

RODRÍGUEZ MARÍA

Dedico este trabajo a Dios por todas las bendiciones recibidas por guiarme y haberme permitido llegar hasta la etapa final de mi carrera profesional, a mis abuelitas Mama Yolanda que está en el cielo y sus recuerdos los llevo en mi corazón siempre cuidándome y sé que estará muy orgullosa por cumplir mi meta, mama Cecilia quien siempre está pendiente de mí con sus sabios consejos y amor incondicional , a mis padres Nelly y Rivelino quienes con su amor han sabido inculcar en mí el ejemplo de buenos sentimientos, hábitos y valores para poder cumplir mis metas, a mi adorada hija Mya Sofia quien es el mejor regalo que dios me dio eres mi mayor tesoro, mi inspiración, mi fuerza por eso quiero agradecerte cada momento de felicidad y paciencia para poder cumplir con mis obligaciones académicas, a mi esposo Milton por ser parte importante en el logro de mis metas juntos con esfuerzo y dedicación vamos a lograr alcanzar nuestros sueños, a mis hermanas con mucho amor y cariño les dedico todo mi esfuerzo y trabajo que sepan que son muy especiales en mi vida , a mis tías quienes cuidaron de mi hija e hicieron que este logro se haga posible, también quiero dedicar a toda mi familia quienes me han acompañado en todo mi proceso con sus palabras de aliento y oraciones.

RIVERA ANDREA

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Estatal de Bolívar por haberme abierto las puertas y aceptado ser parte de ella para así culminar mi carrera. A mi tutora ND. Janine Taco. MsC por haberme guiado en este proyecto, en base a su experiencia y sabiduría ha sabido direccionar en este proceso. A los docentes que compartieron sus conocimientos, a mis padres, hermana, mi familia por estar siempre conmigo brindándome su apoyo.

RODRÍGUEZ MARÍA

Agradezco a Dios por protegerme y guiar mi camino por darme fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Mi agradecimiento profundo a la UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLIVAR y a la Facultad de ciencias de la salud y del ser humano, a los docentes quienes con la enseñanza de sus valiosos conocimientos, paciencia y apoyo hicieron que pueda crecer día a día como profesional.

También quiero expresar mi más grande agradecimiento a mi tutora ND. Janine Taco. MsC quien con su conocimiento, enseñanza y dirección permitió el desarrollo de este trabajo.

También agradezco con todo mi corazón a mi madre por la confianza y el apoyo incondicional brindado, gracias a su esfuerzo he logrado culminar mis estudios me ha enseñado a no rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos y ejemplo.

Y finalmente mi sincero agradecimiento al Dispensario Marcopamba por confiar, abrírnos las puertas y permitirnos realizar nuestro proyecto de titulación.

RIVERA ANDREA

TEMA

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES
HIPERTENSOS. DISPENSARIO MARCOPAMBA SEGURO SOCIAL
CAMPESINO DE BOLÍVAR.OCTUBRE 2021-ENERO 2022.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
TEMA V	
ÍNDICE GENERAL.....	VI
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	XI
CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR	XII
RESUMEN EJECUTIVO	XVI
ABSTRACT.....	XVII
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1	4
EL PROBLEMA	4
1.1. Planteamiento del problema.....	4
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos 5	
1.3.1. Objetivo general	5
1.3.2. Objetivos específicos	5
1.4. Justificación de la investigación.....	6
1.5. Limitaciones 7	
CAPÍTULO 2	8
MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. Antecedentes de la investigación	8
2.2. Bases teóricas	10
2.2.1. Ciclo de vida	10
2.2.2. Adultos mayores	10
2.2.3. Valoración nutricional del adulto mayor.....	13
2.2.4. Cuestionario Internacional de actividad física	16
2.2.5. Hipertensión	17
2.2.6. Hipertensión en los adultos mayores	23
2.2.7. Problemas causados por hipertensión en los adultos mayores.....	24

2.3. Definición de términos (Glosario)	25
2.4. Sistemas de Variables	29
2.4.1. Variable Independiente	29
2.4.2. Variable dependiente.....	29
2.4.3. Operacionalización de variables	30
CAPÍTULO 3	32
MARCO METODOLÓGICO	32
3.1. Nivel de Investigación.....	32
3.1.1. Descriptivo	32
3.1.2. Conjunta	32
3.1.3. Cuantitativa	32
3.2. Diseño 33	
3.2.1. Transversal	33
3.3. Población y Muestra.....	33
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	34
3.4.1. Encuesta	34
3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	34
CAPÍTULO 4	35
RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	35
4.1. Resultados objetivo específico 1	35
4.2. Resultados objetivo específico 2.....	41
4.2.1. Estado nutricional de los adultos mayores	41
4.2.2. Riesgo metabólico.....	43
4.3. Resultados objetivo específico 3	44
4.3.1. Resultado de actividad física.....	44
4.3.2. Consumo de alimentos	45
4.3.3. Resultado ingesta de productos con alto contenido de sodio.....	46
4.4. Resultados objetivo específico 4.....	67
Índice de la propuesta.....	69
Introducción	70
Objetivos de la guía.....	71
Objetivo General	71
Objetivos específicos	71

Presión arterial / hipertensión	72
Factores de riesgo de enfermedades cardíacas.....	73
Manejo y prevención de la hipertensión	76
76	
Manejo del estilo de vida: dieta	77
77	
¿Qué comer para bajar la presión arterial?.....	78
Alimentos saludables para bajar la presión arterial.....	78
Dieta baja en grasas: menos grasas saturadas	80
Dieta baja en grasas: elegir grasas saludables.....	81
Dieta baja en grasas: más fibra.....	83
Elige carbohidratos saludables	87
El consumo de sal riesgos para la salud	89
Consejos para cambiar al plan de alimentación DASH	94
Elementos de acción para ayudar a bajar la presión arterial	96
CAPÍTULO 5	99
CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES	99
5.1. Conclusiones	99
5.2. Recomendaciones.....	100
CAPÍTULO 6	101
MARCO ADMINISTRATIVO	101
6.1. Recursos 101	
6.1.1. Institucionales	101
6.1.2. Humanos	101
6.2. Presupuesto 102	
6.3. Cronograma 103	
Bibliografía	105
ANEXOS	112
Anexo 1 Ficha de recolección de información y consentimiento informado..	112
Anexo 2 validación del instrumento	120
Anexo 3 Evidencias fotográficas recolección de información.....	122

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ciclo de vida/grupo etario	10
Tabla 2. Índice de masa corporal (IMC)	15
Tabla 3. Operacionalización variable independiente	30
Tabla 4. Operacionalización variable dependiente	31
Tabla 5. Fórmula para el cálculo de la Muestra	33
Tabla 6. Desarrollo de la fórmula del cálculo de la muestra.....	33
Tabla 7. Rango edad *Presión Arterial	35
Tabla 8. Sexo/género.....	38
Tabla 9. Nivel de instrucción / Ocupación.....	39
Tabla 10. Etnia/estado civil.....	40
Tabla 11. Estadísticos índices de masa corporal	41
Tabla 12. Clasificación del estado nutricional	41
Tabla 13. Estadísticos del índice cintura cadera	43
Tabla 14. Riesgo metabólico.....	43
Tabla 15. Nivel de Actividad física.....	44
Tabla 16. Tiempos de comida	45
Tabla 17. Consumo de cereales y derivados	46
Tabla 18. Consumo leguminosas y oleaginosas.....	48
Tabla 19. Consumo frutas y derivados.....	50
Tabla 20. Consumo huevos y derivados	51
Tabla 21. Consumo de pescados y mariscos	53
Tabla 22. Consumo carnes y derivados.....	55
Tabla 23. Consumo de leche y derivados.....	57
Tabla 24. Consumo grasas y aceites.....	59
Tabla 25. Consumo de especias	61
Tabla 26. Consumo de azúcares y postres.....	62
Tabla 27. Consumo de bebidas azucaradas/gaseosas.....	63
Tabla 28. Uso de sal durante la preparación y posterior	64
Tabla 29. Factores de riesgo hipertensión arterial primaria	66
Tabla 30. Hábitos/estilos de vida	80
Tabla 31. Meta consumo diario.....	80
Tabla 32. Fuentes y tipos de grasa	81

Tabla 33. El plan de alimentación DASH.....	93
Tabla 34. Presupuesto de gastos.....	102
Tabla 35. Cronograma.....	103

ÍNDICE DE FIGURAS

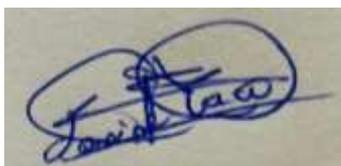
Figura 1. Clasificación de riesgo de enfermar índice cintura cadera	16
Figura 2. Categorías de presión arterial	19

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR

La suscrita ND. Janine Taco. MsC, directora del proyecto de Investigación, como modalidad de titulación.

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación como requisito para la titulación de grado, con el tema: “VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. DISPENSARIO MARCOPAMBA SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE BOLÍVAR.OCTUBRE 2021-ENERO 2022”, realizado por las estudiantes RIVERA GAROFALO ANDREA MISHEL con C.I. 0201822590 y RODRÍGUEZ CARRILLO MARÍA JOSÉ con C.I. 0201581782, han cumplido con los lineamientos metodológicos contemplados en la Unidad de Titulación de la Carrera de Enfermería, para ser sometido a revisión y calificación por los miembros del tribunal nombrado por el Consejo Directivo de la Facultad y posteriormente a la sustentación pública respectiva.



.....
ND. Janine Taco. MsC
DIRECTORA DEL PROYECTO DE TITULACIÓN



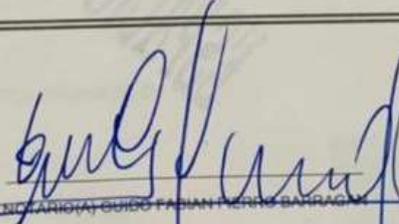
Factura: 001-002-000032032



20220201001P00691

NOTARIO(A) GUIDO FABIAN FIERRO BARRAGAN
NOTARÍA PRIMERA DEL CANTÓN GUARANDA
EXTRACTO

Escritura N°:	20220201001P00691						
ACTO O CONTRATO:							
DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONA NATURAL							
FECHA DE OTORGAMIENTO:	19 DE MAYO DEL 2022. (15:43)						
OTORGANTES							
				OTORGADO POR			
Persona	Nombres/Razón social	Tipo interviniente	Documento de identidad	No. Identificación	Nacionalidad	Calidad	Persona que le representa
Natural	RIVERA GAROFALO ANDREA MISHEL	POR SUS PROPIOS DERECHOS	CÉDULA	0201822590	ECUATORIANA	COMPARECIENTE	
Natural	RODRIGUEZ CARRILLO MARIA JOSE	POR SUS PROPIOS DERECHOS	CÉDULA	0201581782	ECUATORIANA	COMPARECIENTE	
A FAVOR DE							
Persona	Nombres/Razón social	Tipo interviniente	Documento de identidad	No. Identificación	Nacionalidad	Calidad	Persona que representa
UBICACIÓN							
Provincia		Cantón		Parroquia			
BOLIVAR		GUARANDA		GABRIEL VEINTIMILLA			
DESCRIPCIÓN DOCUMENTO:							
OBJETO/OBSERVACIONES:							
CUANTÍA DEL ACTO O CONTRATO:	INDETERMINADA						


 NOTARIO(A) GUIDO FABIAN FIERRO BARRAGAN
 NOTARÍA PRIMERA DEL CANTÓN GUARANDA





Di 2 copias.

**ESCRITURA PÚBLICA
DECLARACION JURADA**

**SEÑORA ANDREA MISHEL RIVERA GAROFALO Y SEÑORA MARIA JOSE
RODRIGUEZ CARRILLO**

En la ciudad de Guaranda, Capital de la Provincia de Bolívar, República del Ecuador, hoy día JUEVES, DIECINUEVE DE MAYO DE DOS MIL VEINTE Y DOS, ante mi, Doctor GUIDO FABIAN FIERRO BARRAGAN, NOTARIO PÚBLICO PRIMERO DEL CANTÓN GUARANDA, comparecen las señoras **ANDREA MISHEL RIVERA GAROFALO Y MARIA JOSE RODRIGUEZ CARRILLO**, portadoras de las cédulas de ciudadanía números cero dos cero uno ocho dos dos cinco nueve guion cero y cero dos cero uno cinco ocho uno siete ocho guion dos en su orden. Las comparecientes son de nacionalidad ecuatoriana, mayores de edad, de estado civil casada y divorciada respectivamente, capaces de contraer obligaciones, domiciliadas en los cantones Chimbo y Guaranda, de la provincias de Bolívar respectivamente, a quienes de conocerles doy fe en virtud de haberme exhibido sus cédulas de ciudadanía y papeletas de votación cuyas copias adjunto a esta escritura. Advertidas por mí el Notario de los efectos y resultados de esta escritura, así como examinadas en forma separada, de que comparecen al otorgamiento de la misma sin coacción, amenazas, temor reverencial, ni promesa o seducción, juramentados en debida forma, prevenidos de la gravedad del juramento, de las penas del perjurio y de la obligación que tienen de decir la verdad con claridad y exactitud, bajo juramento declaran lo siguiente: " Previo a la obtención del Título de Licenciadas en Ciencias de la Enfermería :Que los criterios e ideas emitidas en el presente trabajo de investigación titulado "VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. DISPENSARIO MARCOPAMBA SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE BOLÍVAR OCTUBRE 2021-ENERO 2022", es de nuestra exclusiva responsabilidad en calidad de autores. Es todo cuanto podemos decir en honor a la verdad." (Hasta aquí la declaración juramentada rendida por los comparecientes, la misma que queda elevada a escritura pública con todo el valor legal). Para el otorgamiento de esta escritura pública se observaron todos los preceptos legales del caso; y leída que les fue a los comparecientes íntegramente por mí el Notario, se ratifican en todo su contenido y firman conmigo en unidad de acto. Incorporo esta escritura pública al protocolo de instrumentos públicos, a mi cargo. De todo lo cual doy fe.-

Andrea Rivera

**SRA. ANDREA MISHEL RIVERA GAROFALO
C.C.020182259-0**

Maria Jose Rodriguez Carrillo

**SRA. MARIA JOSE RODRIGUEZ CARRILLO
C.C.020158178-2**

**Doctor Guido Fabian Fierro Barragan
NOTARIO PÚBLICO PRIMERO DEL CANTÓN GUARANDA.**



DECLARACIÓN DE LA AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN



Las autoras de esta investigación: **Rodríguez Carrillo María José con C.C. 0201581782,**
Rivera Garofalo Andrés Mishel con C.C. 0201822590 declaramos, que el trabajo presentado con el tema: **"VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. DISPENSARIO MARCOPAMBA SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE BOLÍVAR. OCTUBRE 2021 – ENERO 2022"** es de nuestra propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo que está referenciado debidamente en el texto.

La Universidad Estatal de Bolívar, Facultad de Ciencias de la Salud y del Ser Humano puede hacer uso de los derechos de la publicación correspondientes a este trabajo según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su Reglamento y su Normativa Institucional Vigente.

Rodríguez Carrillo María José
C.C. 0201581782

Rivera Garofalo Andrés Mishel
C.C 0201822590

RESUMEN EJECUTIVO

El estudio “VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. DISPENSARIO MARCOPAMBA SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE BOLÍVAR.OCTUBRE 2021-ENERO 2022”, con el objetivo de valorar nutricionalmente a los adultos mayores hipertensos, para lo cual se formula un estudio de tipo descriptivo buscando conocer la condición nutricional de los pacientes al igual que los hábitos alimenticios de los mismos, para lo cual se considera indispensable el estudio bibliográfico mismo que permite sustentar teóricamente el fenómeno en estudio a fin de establecer adecuadamente el enfoque de la investigación y, por medio del estudio de campo obtener los datos necesarios para la demostración de los diferentes objetivos planteados, dicha recolección de información es realizada en un momento determinado por lo cual al estudio se lo establece con un diseño transversal, el cual trabaja con una muestra de 173 adultos mayores de los cuales se determina que en su mayoría presentan un nivel de instrucción básico, con problemas de sobrepeso, obesidad, riesgo metabólico, presión arterial elevada, alta tipo uno y dos, con un gran consumo de alimentos altos en sodio que tienden a modificar los niveles de la presión arterial, por lo cual es indispensable se establezcan proceso de control y educación sobre la importancia de una nutrición adecuada, control de la hipertensión y modificación de estilos de vida.

Palabras clave: adultos mayores, valoración nutricional, hipertensión.

ABSTRACT

The study "NUTRITIONAL ASSESSMENT IN HYPERTENSIVE ELDERLY ADULTS. DISPENSARIO MARCOPAMBA SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE BOLÍVAR. OCTOBER 2021-JANUARY 2022 ", with the objective of nutritionally assessing hypertensive older adults, for which a descriptive study is formulated seeking to know the nutritional condition of patients as well as the habits of the same, for which the bibliographical study is considered indispensable, which allows theoretically supporting the phenomenon under study in order to adequately establish the research approach and, through the field study, obtain the necessary data for the demonstration of the different stated objectives, said collection of information is carried out at a certain time, for which the study is established with a cross-sectional design, which works with a sample of 173 older adults, of whom it is determined that most of them have a level of basic instruction, with problems of overweight, obesity, metabolic risk, arterial pressure 1 high, high type one and two, with a large consumption of foods high in sodium that tend to modify blood pressure levels, for which it is essential to establish a control process and education on the importance of adequate nutrition, control of hypertension and modification of lifestyles.

Keywords: older adults, nutritional assessment, hypertension.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión es un importante problema de salud a nivel mundial. Las complicaciones de morbilidad y mortalidad que conlleva tienen un gran impacto en la calidad de vida y supervivencia de los pacientes. Se ha demostrado que optimizar el control de la presión arterial mejora los resultados generales de salud. Además de las terapias farmacológicas, el enfoque no farmacológico, como la modificación de la dieta, juega un papel importante en el control de la presión arterial, la modificación de la dieta puede proporcionar un gran beneficio en la regulación de la presión arterial.

Una variedad de modificaciones dietéticas es beneficiosa en el tratamiento de la hipertensión, incluida la reducción de la ingesta de sodio, la moderación del alcohol, la pérdida de peso en personas con sobrepeso u obesas y una dieta rica en frutas, verduras, legumbres y productos lácteos bajos en grasa y bajo contenido de grasa. en snacks, dulces, carnes y grasas saturadas. Los factores dietéticos individuales también pueden reducir la presión arterial (PA).

También se deben considerar modalidades no dietéticas de modificación del estilo de vida, incluido el abandono del hábito de fumar y la instauración de un régimen de ejercicio aeróbico.

En aquellos con PA elevada o hipertensión en etapa 1, los cambios en el estilo de vida pueden controlar la PA adecuadamente.

La obesidad puede dar lugar a problemas de salud graves que pueden poner en peligro la vida, como hipertensión, diabetes mellitus tipo II, mayor riesgo de enfermedad coronaria, mayor insuficiencia cardíaca, hiperlipidemia, infertilidad, mayor prevalencia de cáncer de colon, próstata, endometrio y mama.

La predisposición genética puede ser un factor determinante para el aumento de peso; sin embargo, la predisposición genética no conduce automáticamente al desarrollo de la obesidad, porque los hábitos alimentarios y los patrones de actividad física pueden desempeñar un papel más significativo en la cantidad de peso ganado, en consecuencia, la cantidad de grasa en la dieta de una persona puede tener un mayor impacto en el peso que la cantidad de calorías que

contiene. La mayoría de las calorías provenientes de las grasas se almacenan de inmediato en las células grasas, que se suman al peso y la circunferencia del cuerpo a medida que se expanden y multiplican, mientras que los carbohidratos, como los cereales, el pan, las frutas, las verduras y las proteínas, se convierten en combustible casi inmediatamente después del consumo.

El tratamiento de la obesidad en sí requiere pautas que sugieran modificaciones profundas en el estilo de vida con el objetivo de reducir el peso corporal, consumiendo una dieta baja en calorías con un total de 500-1500 o 500-1200 calorías para hombres o mujeres, respectivamente. Esto puede incluir la restricción de la ingesta de sal y una menor ingesta de grasas saturadas y colesterol con un mayor consumo de agua, frutas, verduras frescas y crudas, pescado, carnes magras, cereales integrales. El objetivo de estos hábitos y actividades implica el aumento y fortalecimiento de la masa muscular vs. la disminución de la masa grasa.

Por lo tanto, el hábito de dietas regulares con contenido abundante en fibra, ω -3, buenas proteínas vegetales y animales, antioxidantes, menos grasas y azúcares, vitaminas y ejercicio regular, son prácticas saludables que permiten equilibrar los mecanismos de señalización nutricional del organismo a niveles de referencia.

Por lo anteriormente expuesto y en búsqueda de contribuir positivamente en la condición de salud de los adultos mayores es planteado el siguiente estudio mismo que conta de los siguientes apartados:

Capítulo I: Incluye el planteamiento de problema, formulación de problema, objetivo general, objetivos específicos y justificación.

Capítulos II: Contiene el marco referencial, antecedentes de la investigación, bases teóricas, sistema de variables y operacionalización de variables que permite contextualizar el tema.

Capítulo III: Se detalla la metodología de la investigación, técnica de recolección de información y análisis e interpretación de datos.

Capítulo IV: Presenta los resultados que se han obtenido basándose en los objetivos planteados en la investigación.

Capítulo V: Expone las conclusiones y recomendaciones, que se ha llegado una vez que se ha ejecutado el proyecto de investigación.

Capítulo VI: Contiene el marco administrativo, donde expresa los recursos y el tiempo necesario de la ejecución de la investigación.

CAPITULO 1

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La hipertensión se ha convertido en un problema de salud, su incidencia y prevalencia ha ido en aumento en todo el mundo, como resultado de esto se sabe que en los últimos treinta años las personas con estas complicaciones han pasado de 650 millones a 1280 millones de casos (Organización Mundial de la Salud , 2021),

Cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta, alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta. (Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la salud , 2021)

Esta problemática, también afecta a la población ecuatoriana; en donde según datos publicados por la Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2021) develan que por lo menos el 20% de la población presentan hipertensión, siendo alarmante el dato de que 1 de cada 5 ecuatorianos padezcan esta afección y que de este grupo el 45% no esté al tanto de esta complicación de salud.

Varias encuestas de muchos países de todo el mundo señalaron que la conciencia pública sobre los niveles de presión arterial era deficiente, aunque existen múltiples tratamientos disponibles para el control de la hipertensión, se informó que incluso en los países desarrollados, como los Estados Unidos de América, solo un tercio de los pacientes con hipertensión tenían su presión arterial bien controlada. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

El control deficiente de la presión arterial es la principal causa del aumento de la morbilidad y la mortalidad de las personas con hipertensión, vinculado con la falta de conocimiento del paciente y la modificación de los estilos de vida (como el control de la dieta, el ejercicio).

La hipertensión, va más allá de ser una simple alteración de la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias, que pueden padecer cualquier individuo pero con mayor frecuencia las personas de mayor edad y que padecen de un peso superior para su altura (Islam, y otros, 2020), esta condición puede ser modificable, pero de no tratarse se convierte en una grave complicación de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal, disfunción renal y causante de dificultades oculares e incluso la muerte; por lo que se ha convertido en un problema de salud pública mundial.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es el estado nutricional de los adultos mayores hipertensos, que asisten al dispensario Marcopamba seguro social campesino de Bolívar?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Valorar nutricionalmente a los adultos mayores hipertensos del dispensario Marcopamba seguro social campesino de Bolívar

1.3.2. Objetivos específicos

- Caracterizar socio demográficamente a la población adulta mayor que asiste al dispensario Marcopamba.
- Aplicar indicadores antropométricos y toma de signos vitales para la valoración de la condición de salud y estado nutricional de los adultos mayores.
- Identificar consumo de alimentos y actividad física desarrollada por los adultos mayores.
- Realizar una guía de alimentación nutritiva para la prevención y disminución de la prevalencia de personas con hipertensión.

1.4. Justificación de la investigación

La presión arterial alta es uno de los factores de riesgo más importantes de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, otras enfermedades cardiovasculares, enfermedad renal crónica y demencia. La presión arterial media y la prevalencia de la presión arterial elevada ha aumentado en los países de ingresos bajos y medios que, en los países de ingresos altos, por lo que con el propósito de poder disminuir la tasa de morbilidad e incluso mortalidad en el Ecuador las entidades de salud han dispuesto guías y modelos de manejo del riesgo cardiovascular incluyendo la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia y poder dar cumplimiento a los dispuesto en la constitución “Art. 32. - La salud es un derecho que garantiza el Estado... se regirá por los principios de equidad...**calidad**, eficiencia, eficacia, precaución y bioética” (Asamblea Nacional del Ecuador, 2021); en concordancia con la Ley Orgánica de Salud en al “Art. 7. - Toda persona, tiene en relación a la salud, los siguientes derechos: a) Acceso universal, equitativo, permanente, oportuno y de **calidad** a todas las acciones y servicios de salud” (Congreso Nacional, 2017).

Es de gran importancia el presente estudio dado que a través del mismo se lograría identificar características demográficas, prácticas o hábitos alimentarios de los pacientes al igual que la condición nutricional de los adultos mayores pudiendo con esto proponer un material que les permita controlarse a sí mismos y realizar cambios en su estilo de vida, disminuyendo así prevalencia y mortalidad entre los pacientes hipertensos

El estudio es pertinente dado que al dispensario de Marcopamba asisten 305 adultos mayores, población considerada vulnerable a padecer problemas de hipertensión, que de ser intervenidos de forma temprana estos podrán prevenir o mejorar esta condición, pudiendo con ello incrementar la esperanza de vida de estos clientes, partiendo de la premisa que la hipertensión es prevenible o puede ser pospuesta a través de un grupo de intervenciones preventivas, entre las que se destacan la disminución del consumo de sal, una dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y el mantenimiento de un peso corporal saludable.

La ejecución de la investigación es factible debido a que se cuenta con el apoyo de los administradores del dispensario médico quienes están prestos en facilitar cualquier dato que se requiera, se dispone de la asesoría de expertos en el desarrollo de este tipo de estudios, está al alcance de las investigadoras recursos tecnológicos, económicos y técnicos que demanda el desarrollo del estudio.

El proyecto investigativo permitirá identificar condición de los pacientes, con respecto a sus características demográficas, practicas alimenticias, y una guía de alimentación saludable.

Los beneficiarios directos del estudio serán los adultos mayores que asisten al dispensario Marcopamba ya que serán consientes de la importancia de una dieta saludable, estilo de vida, el uso regular de medicamentos antihipertensivos y los controles periódicos de la presión arterial, pudiendo así tratar y controlar la hipertensión para reducir el riesgo de eventos de enfermedades cardiovasculares y la carga sanitaria relacionada.

Como beneficiarios indirectos será la sociedad en general dado que podrán contar con un instrumento para mejorar sus hábitos, al igual que los médicos de este dispensario ya que tendrán a disposición de un material para la prevención de problemas de hipertensión y disminuir su prevalencia.

1.5. Limitaciones

- Información estadística limitada sobre efectos de una mal nutrición e hipertensión.
- Difícil comunicación con pacientes del dispensario médico.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Los referentes para el desarrollo del estudio fueron obtenidos de los diferentes repositorios digitales tanto de universidades del país como del exterior, la discriminación de los estudios, fue hecha considerando si los mismos tratan o no las variables que se emplean en el presente proyecto de titulación, habiendo quedando como referentes los siguientes trabajos:

La investigación denominada “Relación entre la obesidad y los valores de tensión arterial en pacientes adultos atendidos en consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2019”, que fue desarrollada por Rivera (2020) con el objetivo de; Determinar la relación entre la obesidad y los valores de tensión arterial en paciente adultos, habiendo determinado con esto que: el 29.5% tuvo sobrepeso y el 43.9% obesidad; un 35.8% de pacientes con hipertensión grado 1 y 11.0% con hipertensión grado 2; la hipertensión fue más frecuente en los pacientes con sobrepeso y obesidad.

El estudio cuyo tema fue “Causas para el desarrollo de hipertensión arterial en el club de adultos mayores que asisten al centro de salud Salinas 2018”, ejecutado por Espinosa (2019), habiendo sido dispuesto como objetivo; Establecer las causas para el desarrollo de hipertensión arterial en la población de adultos mayores, logrando determinar que: la mayoría de casos de hipertensión arterial se relaciona con los antecedentes patológicos familiares en el 64,6%, seguido la ingesta alta de sodio mayor de 2 gramos al día en el 33.8%, al igual que por un estilo de vida con consumo de grasas saturadas, tabaquismo y sedentarismo.

El trabajo de investigación “Estado nutricional relacionado a la hipertensión arterial en adultos mayores de la fundación Melvin Jones 2018”, diseñado por Jami & Salinas (2018) con el objetivo de; Evaluar el estado nutricional relacionado a la hipertensión arterial en adultos mayores pudiendo con esto establecer que: el 50% de los adultos mayores presentan sobrepeso y el 17%

presenta obesidad leve, a casusa del consumo excesivo de carbohidratos y alimentos ricos en grasas saturadas que tienen poco valor nutritivo; los productos que se ingieren son fritos el 48%, hervidos el 33%, al vapor el 10%el 9% asado; el consumo de frutas es limitado debido a que no cuentan con los recursos necesarios para comprarlos, sumándose a esto el escaso conocimiento definir y preparar adecuadamente los alimentos que deben ser consumidos.

La tesis “Estado nutricional y presión arterial del adulto mayor, asilo de ancianos Virgen Asunta, Chachapoyas – 2017”, ejecutado por Alvarez (2017), con el propósito de; Determinar la relación que existe entre el estado nutricional y la presión arterial del adulto mayor, habiendo con esto concluido en que: el 30% presenta hipertensión I, 20% hipertensión arterial moderada tipo II; los adultos mayores presentaron una condición nutricional en donde el 20% padece sobrepeso, el 13.3% obesidad de clase II y el 6.7 % bajo peso, estadísticamente no existe evidencia que defina que la hipertensión haya sido causada por la condición nutricional.

El estudio “Índice de masa corporal y registro dietético en pacientes hipertensos de 20 – 59 años que consultan las UCSF-I el Paraíso y San José las Flores, mayo – junio 2016”, habiendo sido realizado por Ramos, Reyes, & Rivera (2016), diseñado con el objetivo de; Describir Índice de Masa Corporal y registro dietético en pacientes hipertensos, logrando identificar: que el 85% presenta alteraciones en el IMC, en donde el 47% padece sobrepeso y el 23% obesidad I, condición asociada a una mayor ingesta calórica de la necesaria en un día; lo que aumenta el riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Ciclo de vida

Secuencia de etapas interconectadas que atraviesa el individuo y la familia a lo largo del tiempo, de esta forma se encuentra definido el ciclo de vida dentro de Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), miso que rige el Sistema Nacional de Salud del Ecuador, en donde se ha definido o clasificado al ciclo de vida de acuerdo a los siguientes grupos etarios:

Tabla 1.
Ciclo de vida/grupo etario

Ciclo de Vida	Grupos de edad			
Niñez 0 a 9 años	Recién nacido de 0 a 28 días	1 mes a 11 meses	1 año a 4 años	5 años a 9 años
Adolescencia 10 a 19 años	Primera etapa de la adolescencia de 10 a 14 años		Segunda etapa de la adolescencia de 15 a 19 años	
Adultos/as	20 a 64 años			
Adulto/a mayor	Adulto joven: 20 a 39 años	Adulto 40 a 64		
	Más de 65 años			

Fuente: Manual del Modelo de Atención Integral -MAIS

2.2.2. Adultos mayores

El termino adulto mayor también se encuentra vinculado con la palabra “anciano” que hoy en día se ha llegado a considerar incluso discriminatorio, pero que da a conocer en cierto modo que la persona se ha vuelto frágil o tiene mala salud; según las Naciones Unidas los definen como una persona que tiene más de 60 años. (Chacoma, 2017)

El envejecimiento es un proceso natural. Todos deben pasar por esta fase de la vida a su propio ritmo y tiempo. En un sentido más amplio, el envejecimiento refleja todos los cambios que tienen lugar a lo largo de la vida, como declinaciones corporales y funcionales normativas relacionadas con la edad y numerosos cambios sociales y eventos de la vida. A pesar de estos cambios, la mayoría de los adultos mayores pueden mantener un sentido positivo de sí mismos y seguir siendo resilientes.

Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. (Paredes & Monteiro, 2019)

Los principales cambios funcionales en esta franja de edad son:

- Disminución de los sentidos.
- Disminución de la sensación de sed.
- Alteraciones gastrointestinales: problemas dentales, descenso de la secreción salival, de jugo gástrico y de enzimas digestivos.
- Alteraciones de los sistemas cardiovascular y renal.
- Alteraciones inmunológicas. (Barmaimon, 2018)

2.2.2.1. Complicaciones que padece el adulto mayor

La edad puede traer sabiduría, pero también una mayor probabilidad de problemas de salud que incluso pueden requerir cirugía para mejorarlo; los problemas más comunes al alcanzar una edad avanzada son la pérdida de movilidad, su vista y su oído pueden fallar; sus capacidades psicosociales y la fuerza muscular pueden disminuir; pueden tener problemas de salud crónicos y necesidades nutricionales específicas (Mejía, 2021); sumándose a esto el deterioro biológico gradual de la función normal, probablemente como resultado de cambios realizados en las células (células mitóticas, como fibroblastos y células posmitóticas, como neuronas) y componentes estructurales (como huesos y músculos); con un impacto directo en la capacidad funcional de los órganos (como el corazón, los riñones y los pulmones), los sistemas biológicos (como el sistema nervioso, digestivo y reproductivo) y, en última instancia, el organismo en su conjunto. (Sumen, 2017)

Cualquier enfermedad médica puede presentarse de manera inespecífica y ser multifactorial entre los adultos mayores, particularmente aquellos con salud frágil; los adultos mayores también pueden ser menos propensos a informar síntomas significativos debido a condiciones preexistentes, deterioro cognitivo o el deseo de minimizar los síntomas. (Hurtado Valarezo, 2018)

2.2.2.2. Cambios fisiológicos que ocurren con el envejecimiento

- El gasto cardíaco disminuye, la presión arterial (hipertensión) aumenta y se desarrolla arteriosclerosis.
- Los pulmones muestran alteración del intercambio de gases, disminución de la capacidad vital y tasas de flujo espiratorio más lentas.
- El aclaramiento de creatinina disminuye con la edad, aunque el nivel de creatinina sérica permanece relativamente constante debido a una disminución proporcional relacionada con la edad en la producción de creatinina.
- Los cambios funcionales, en gran parte relacionados con patrones de motilidad alterados, ocurren en el sistema gastrointestinal con senescencia, y la gastritis atrófica y el metabolismo hepático alterado de fármacos son comunes en los ancianos.
- La elevación progresiva de la glucosa en sangre ocurre con la edad sobre una base multifactorial y la osteoporosis se observa con frecuencia debido a una disminución lineal de la masa ósea después de la cuarta década.
- La epidermis de la piel se atrofia con la edad y debido a cambios en el colágeno y elastina la piel pierde tono y elasticidad.
- La masa corporal magra disminuye con la edad y esto se debe principalmente a la pérdida y atrofia de las células musculares (sarcopenia).
- Los cambios degenerativos ocurren en muchas articulaciones y esto, combinado con la pérdida de masa muscular, inhibe la locomoción de los pacientes ancianos. (Ballesteros Hernández, 2017)

Por estas y muchas otras razones los adultos mayores demanda más recursos sanitarios, estos pacientes difieren de los pacientes más jóvenes, en muchos aspectos, y esto modifica el proceso de diagnóstico, decisión de tratamiento y expectativas de terapia, debido a cambios fisiológicos relacionados con la edad y comorbilidades propias de la edad que pueden incrementar la toxicidad o riesgos de los tratamientos. (Villafuerte Reinante, 2017)

Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas:

Las condiciones crónicas comunes incluyen:

- Enfermedad del corazón
- Cáncer
- Bronquitis crónica o enfisema
- Carrera
- Diabetes mellitus
- Enfermedad de Alzheimer (Durán, 2017)

2.2.3. Valoración nutricional del adulto mayor

La evaluación nutricional es la evaluación integral de un paciente / cliente con el propósito de diagnosticar la desnutrición e identificar problemas relacionados y posibles intervenciones; realizar una evaluación nutricional para un adulto mayor comprende un enfoque integral que incluye un historial médico y un diagnóstico clínico, además de lo siguiente: determinar los signos clínicos y realizar un examen físico; obtener datos antropométricos, datos de laboratorio y datos dietéticos; medir el estado funcional; y evaluación de la inseguridad alimentaria. (Castillo Hernández, 2017)

Una evaluación nutricional geriátrica se complica por la multimorbilidad, lesiones y discapacidades en combinación con problemas relacionados con la nutrición como disfagia, disminución del apetito, fatiga y debilidad muscular. La vejez es el factor de riesgo más dominante para las enfermedades agudas y crónicas, así como la reducción de la función física, cognitiva, afectiva y social.

Si bien la mala nutrición no es un concomitante natural del envejecimiento, los adultos mayores están en riesgo de desnutrición debido a factores de riesgo fisiológicos, psicológicos, sociales, dietéticos y ambientales; la obesidad también afecta el estado funcional y puede causar o exacerbar problemas de salud crónicos como la hipertensión. (Angarita, 2019)

2.2.3.1. La antropometría como instrumento para valorar la condición nutricional

La antropometría es la ciencia que trata específicamente los caracteres medibles del cuerpo humano, es decir, sus medidas y características físico dimensionales, mediante la recopilación y procesamiento estadístico de datos detectables sobre individuos dentro de los diferentes grupos de población; la evaluación antropométrica es una característica esencial de la evaluación nutricional geriátrica para determinar la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad, la pérdida de masa muscular, la ganancia de masa grasa y la redistribución del tejido adiposo. (Valero Cabello, 2017)

La antropometría se ha utilizado durante mucho tiempo como indicador del estado nutricional porque no es invasiva y es menos costosa. Las mediciones antropométricas ayudan a calcular tanto el área de superficie corporal (ASC), el índice de masa corporal (IMC) y las circunferencias de la parte media superior del brazo (MUAC) y la cintura (WC) reflejan la composición corporal, que proporcionan un valor simple y conveniente para evaluar el estado nutricional. (Carrión Díaz, 2018)

La evaluación antropométrica es una característica esencial de la evaluación nutricional geriátrica para determinar la desnutrición, el sobrepeso, la obesidad, la pérdida de masa muscular, la ganancia de masa grasa y la redistribución del tejido adiposo. Los indicadores antropométricos se utilizan para evaluar el pronóstico de enfermedades crónicas y agudas y para orientar la intervención médica en los ancianos. Evaluamos las medidas antropométricas y el estado nutricional en relación con la edad y el sexo en ancianos sanos. (Ravasco, 2017)

2.2.3.2. Elementos de la antropometría

Las mediciones antropométricas tienen utilidad para evaluar los datos de aptitud física para una amplia variedad de la población, desde niños hasta atletas de élite y ancianos, en una población adulta, las medidas corporales pueden ayudar a evaluar la salud y el estado dietético y el riesgo de enfermedades futuras. Estas medidas también se pueden usar para determinar la composición

corporal en adultos para ayudar a determinar el estado nutricional subyacente y diagnosticar la obesidad.

- **Peso.** Se utilizó una báscula portátil con una capacidad máxima de 125 kg y un margen de error de +/- 100 g. Las personas se quitan los zapatos y los trapos pesados antes de ser pesados.
- **Altura.** Los sujetos se paran con la escápula, los glúteos y los talones apoyados contra una pared, el cuello se mantiene en una posición natural no estirada, los talones se tocan, las puntas de los dedos forman un ángulo de 45 ° y la cabeza se mantiene recta con la parte inferior, borde orbital.
- **Circunferencias corporales.**
 - La circunferencia de la cadera se mide desde el perímetro máximo de las nalgas.
 - La circunferencia de la cintura se toma como el plano entre la cicatriz umbilical y el borde inferior de la costilla. La circunferencia de la cintura se utiliza para identificar a las personas con posibles riesgos para la salud basándose en valores umbral de ≥ 88 cm para las mujeres y ≥ 102 cm para los hombres.

2.2.3.3. Indicadores de estado nutricional según la antropométrico

La clasificación de la valoración nutricional antropométrica se debe realizar con:

Índice de masa corporal (IMC). En ese sentido, los valores obtenidos de la toma de peso y medición de la talla serán utilizados para calcular el IMC a través de la siguiente fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / (\text{talla (m)})^2$, y el resultado deberá ser comparado con la tabla siguiente de clasificación del estado nutricional según IMC. (Suárez Carmona, 2018)

Tabla 2.
Índice de masa corporal (IMC)

Clasificación	IMC
Normal	> 23 a < 28
Sobrepeso	≥ 28 a < 32
Obesidad	≥ 32

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores.

Índice cintura cadera (IC-C) es una medida antropométrica específica para medir los niveles de grasa intraabdominal, relaciona el perímetro de la cintura con el de la cadera (en centímetros) y dependiendo del resultado se estima si hay cierto riesgo cardiovascular, para desarrollar este indicador se emplea la siguiente fórmula $ICC = \text{Circunferencia cintura} / \text{Circunferencia cadera}$. (Hernández Rodríguez, 2018)

Figura 1.

Clasificación de riesgo de enfermar índice cintura cadera



Fuente: World Health Organization

2.2.4. Cuestionario Internacional de actividad física

El Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ) fue desarrollado en la década de 1990 por un grupo internacional de expertos, con el apoyo de la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), para estimar los patrones de actividad física de poblaciones de diferentes países y contextos socioculturales.

El instrumento IPAQ evalúa la actividad física beneficiosa para la salud; como tal, mide el tiempo dedicado a caminar y otras actividades de intensidad moderada a vigorosa; se eligió el límite de 10 minutos porque la recomendación para la actividad física que mejora la salud establece que se necesitan 30 minutos por día en una intensidad al menos moderada y que los 30 minutos se pueden dividir en sesiones de 10 minutos. (Cleland, Ferguson, Ellis, & Hunter, 2018)

Se incluyen todos los tipos de actividad física, ya sea que formen parte del trabajo, las tareas domésticas, el transporte o la actividad de tiempo libre. El IPAQ también pregunta por el tiempo que pasa sentado, como indicador de

inactividad. Esto hace posible evaluar la cantidad de tiempo dedicado a diferentes niveles de intensidad en una semana, así como la cantidad total de actividad física que mejora la salud.

Se diseñaron versiones cortas y largas del IPAQ; ambas versiones pueden ser autoadministradas o respondidas mediante una entrevista personal o telefónica, la forma abreviada de IPAQ consta de nueve ítems que estiman el número de sesiones y el tiempo promedio empleado en episodios de actividad física moderada a vigorosa (MVPA) que duran al menos 10 minutos. Un participante tarda aproximadamente entre 8 y 10 minutos en completar el formulario breve IPAQ.

La forma larga IPAQ consta de 31 ítems que recogen información relacionada con las actividades del hogar y del jardín, actividad ocupacional, transporte automotor, tiempo libre y actividades sedentarias. Un participante tarda aproximadamente 15 minutos en completar el formulario IPAQ largo. (Kenth, Hanne, Kåre, & Anne, 2021)

2.2.5. Hipertensión

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Cuando el médico mide su presión arterial, los resultados se dan en dos números. El primer número, llamado presión arterial sistólica, es la presión causada por la contracción del corazón y la expulsión de sangre. El segundo número, llamado presión arterial diastólica, es la presión cuando su corazón se relaja y se llena de sangre. La lectura de su presión arterial generalmente se da como el número de presión arterial sistólica sobre el número de presión arterial diastólica, como 138/72. La presión arterial normal para adultos se define como una presión sistólica de menos de 120 y una presión diastólica de menos de 80. Esto se indica como 120/80. (Cáceres Franco, 2019)

En la práctica, estas presiones se miden con un tensiómetro colocado alrededor del brazo; la presión arterial aumenta naturalmente con la edad, en promedio, cada 10 años, la presión sistólica aumenta en 0,5 y la presión diastólica en 0,2; en más de la mitad de las personas mayores de 60 años, incluso

en buen estado de salud, se observa un aumento de la presión sistólica. (Gómez León, 2017)

La presión arterial es uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardíacas, enfermedades renales y accidentes vasculares cerebrales o derrames cerebrales. Suele aparecer con la edad, a menudo acompañada de exceso de peso, de igual forma factores como la insuficiencia de potasio y vitamina D en su dieta elevan su riesgo de desarrollar hipertensión; el estrés excesivo también hará que su presión arterial aumente, aunque sea temporalmente. (Villacis Nieto, 2018)

2.2.5.1. Diagnóstico de la hipertensión arterial

La presión arterial alta generalmente no presenta síntomas, por lo tanto, la única forma de saber si la tiene es chequeándose la presión arterial con regularidad con su proveedor de atención médica, su médico utilizará un manómetro, un estetoscopio o sensor electrónico y un brazalete de presión arterial; tomará dos o más lecturas en citas separadas antes de hacer un diagnóstico. (Fábregues, 2018)

2.2.5.2. Síntomas de la hipertensión

La mayoría de las personas con presión arterial alta no presentan signos ni síntomas, incluso si las lecturas de la presión arterial alcanzan niveles peligrosamente altos.

Algunas personas con presión arterial alta pueden tener:

- Dolores de cabeza
- Dificultad para respirar o
- Hemorragias nasales (Ocoruro Bustinza, 2018)

Pero estos signos y síntomas no son específicos y, por lo general, no ocurren hasta que la presión arterial alta ha alcanzado una etapa grave o potencialmente mortal.

2.2.5.3. Mediciones de la presión arterial

- **Presión arterial normal.** Su presión arterial es normal si está por debajo de 120/80 mm Hg.
- **Presión sanguínea elevada.** La presión arterial elevada es una presión sistólica que varía de 120 a 129 mm Hg y una presión diastólica por debajo (no por encima) de 80 mm Hg. La presión arterial elevada tiende a empeorar con el tiempo, a menos que se tomen medidas para controlar la presión arterial. La presión arterial elevada también se puede llamar prehipertensión.
- **Hipertensión en etapa 1.** La hipertensión en etapa 1 es una presión sistólica que varía de 130 a 139 mm Hg o una presión diastólica que varía de 80 a 89 mm Hg.
- **Hipertensión en etapa 2.** Hipertensión más grave, la hipertensión en etapa 2 es una presión sistólica de 140 mm Hg o más o una presión diastólica de 90 mm Hg o más.
- **Crisis hipertensiva.** Una medición de la presión arterial superior a 180/120 mm Hg es una situación de emergencia que requiere atención médica urgente. (Tagle, 2017)

Ambos números en una lectura de presión arterial son importantes. Pero después de los 50 años, la lectura sistólica es aún más importante. La hipertensión sistólica aislada es una condición en la que la presión diastólica es normal (menos de 80 mm Hg) pero la presión sistólica es alta (mayor o igual a 130 mm Hg). Este es un tipo común de presión arterial alta entre las personas mayores de 65 años. (Espinosa Brito, 2018)

Figura 2.
Categorías de presión arterial

CATEGORÍA DE LA PRESIÓN ARTERIAL	SISTÓLICA mm Hg (número de arriba)		DIASTÓLICA mm Hg (número de abajo)
NORMAL	MENOS DE 120	y	MENOS DE 80
ELEVADA	120 - 129	y	MENOS DE 80
PRESIÓN ARTERIAL ALTA (HIPERTENSIÓN) NIVEL 1	130 - 139	o	80 - 89
PRESIÓN ARTERIAL ALTA (HIPERTENSIÓN) NIVEL 2	140 O MÁS ALTA	o	90 O MÁS ALTA
CRISIS DE HIPERTENSIÓN (consulte a su médico de inmediato)	MÁS ALTA DE 180	y/o	MÁS ALTA DE 120

Fuente: National Institutes of Health

2.2.5.4. Factores de riesgo para padecer hipertensión

- **Factores de riesgo modificables.** Dietas poco saludables (consumo excesivo de sal, dieta alta en grasas saturadas y grasas trans, baja ingesta de frutas y verduras), inactividad física, consumo de tabaco y alcohol y sobrepeso u obesidad.
 - **Sobrepeso u obesidad.** Cuanto más pese, más sangre necesitará para suministrar oxígeno y nutrientes a sus tejidos. A medida que aumenta la cantidad de sangre a través de los vasos sanguíneos, también aumenta la presión sobre las paredes de las arterias.
 - **No estar físicamente activo.** Las personas inactivas tienden a tener una frecuencia cardíaca más alta. Cuanto mayor sea su frecuencia cardíaca, más duro debe trabajar su corazón con cada contracción y más fuerte será la fuerza en sus arterias. La falta de actividad física también aumenta el riesgo de tener sobrepeso.
 - **Usar tabaco.** Fumar o mascar tabaco no solo eleva inmediatamente la presión arterial de forma temporal, sino que los productos químicos del tabaco pueden dañar el revestimiento de las paredes de las arterias.
 - **Demasiada sal (sodio) en su dieta.** Demasiado sodio en su dieta puede hacer que su cuerpo retenga líquidos, lo que aumenta la presión arterial.
 - **Muy poco potasio en su dieta.** El potasio ayuda a equilibrar la cantidad de sodio en sus células. Si no obtiene suficiente potasio en su dieta, o pierde demasiado potasio debido a la deshidratación u otras condiciones de salud, el sodio puede acumularse en su sangre.
 - **Beber demasiado alcohol.** Tomar más de un trago al día para las mujeres y más de dos tragos al día para los hombres puede afectar su presión arterial.
 - **Estrés.** Los niveles altos de estrés pueden provocar un aumento temporal de la presión arterial. (Acosta Silva, 2017)
- **Factores de riesgo no modificables.** Antecedentes familiares de hipertensión, edad mayor de 65 años y enfermedades coexistentes como diabetes o enfermedad renal.

- **La edad.** El riesgo de hipertensión aumenta con la edad. Hasta aproximadamente los 64 años, la presión arterial alta es más común en los hombres. Las mujeres tienen más probabilidades de desarrollar presión arterial alta después de los 65 años.
- **Género.** Antes de los 55 años, los hombres tienen una mayor probabilidad de tener presión arterial alta. Las mujeres tienen más probabilidades de tener presión arterial alta después de la menopausia.
- **Raza.** La presión arterial alta es particularmente común entre las personas de ascendencia africana, a menudo se desarrolla a una edad más temprana que en los blancos.
- **Historia familiar.** La presión arterial alta tiende a ser hereditaria.
- **Ciertas condiciones crónicas.** Ciertas afecciones crónicas también pueden aumentar su riesgo de presión arterial alta, como enfermedad renal, diabetes y apnea del sueño. (Huerta Robles, 2017)

2.2.5.5. Causas de la hipertensión en los adultos mayores

En aproximadamente 1 de cada 20 casos, la presión arterial alta se produce como resultado de una afección de salud subyacente o de tomar un determinado medicamento.

Las condiciones de salud que pueden causar presión arterial alta incluyen:

- Enfermedad del riñón
- Aldosteronismo primario
- Diabetes
- Infecciones renales a largo plazo, enfermedad renal parenquimatosa, enfermedad renal vascular
- Apnea obstructiva del sueño donde las paredes de la garganta se relajan y estrechan durante el sueño, interrumpiendo la respiración normal
- Glomerulonefritis daño a los pequeños filtros dentro de los riñones
- Estrechamiento de las arterias que irrigan los riñones

- Problemas hormonales, como tiroides hipoactiva, tiroides hiperactiva, síndrome de Cushing, acromegalia, aumento de los niveles de la hormona aldosterona (hiperaldosteronismo) y feocromocitoma
- Lupus una afección en la que el sistema inmunológico ataca partes del cuerpo, como la piel, las articulaciones y los órganos.
- Esclerodermia una afección que causa engrosamiento de la piel y, a veces, problemas con órganos y vasos sanguíneos. (García Barreto, 2017)

Figura 3.

RIESGOS ASOCIADOS/SINDROME METABOLICO	
COMPONENTE	RIESGO
HIPERTENSIÓN	Enfermedad coronaria
	Enfermedad vascular cerebral
	Enfermedad renal
	Insuficiencia cardiaca
	Hipertrofia ventricular izquierda

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

2.2.5.6. Recomendaciones a considerar para evitar o disminuir riesgos relacionados a la hipertensión

- Las modificaciones dietéticas se consideran una estrategia de modificación del estilo de vida con un enorme potencial para prevenir la hipertensión a un costo que a menudo es menor que las intervenciones farmacológicas actuales; estas intervenciones consisten en recomendaciones dietéticas que abogan por la pérdida de peso, la ingesta reducida de sodio en la dieta y la moderación en el consumo de alcohol, la suplementación con potasio y un patrón de alimentación dietética.

- Es posible que la presión arterial alta no lo haga sentir mal, pero es grave. Consulte a un médico para tratarlo.
- Puede reducir su presión arterial cambiando sus hábitos diarios y tomando medicamentos, si es necesario.
- Si toma medicamentos para la presión arterial alta, hacer algunos cambios en el estilo de vida puede ayudar a reducir la dosis que necesita.
- Si toma medicamentos para la presión arterial y su presión arterial baja, significa que los medicamentos y los cambios en el estilo de vida están funcionando. Si otro médico le pregunta si tiene presión arterial alta, la respuesta es "Sí, pero está en tratamiento".
- Informe a su médico sobre todos los medicamentos que toma. No olvide mencionar los medicamentos de venta libre, las vitaminas y los suplementos dietéticos. Pueden afectar su presión arterial. También pueden cambiar la eficacia de su medicamento para la presión arterial.
- Las pastillas para la presión arterial deben tomarse a la misma hora todos los días. Si olvida una dosis, no duplique la dosis al día siguiente.
- No tome más medicamento para la presión arterial de lo que le recete su médico.
- Levántese lentamente desde una posición sentada o acostada y párese un poco antes de caminar. Esto permite que su presión arterial se ajuste antes de caminar para evitar mareos, desmayos o caídas. (Ordúñez García, 2017)

Recuerde que a medida que envejece, la presión arterial alta, especialmente la hipertensión sistólica aislada, es más común y puede aumentar su riesgo de problemas de salud graves. El tratamiento, especialmente si tiene otras afecciones médicas, requiere una evaluación continua para lograr el mejor equilibrio entre reducir los riesgos y mantener una buena calidad de vida.

2.2.6. Hipertensión en los adultos mayores

La hemodinámica de la hipertensión en el anciano se caracteriza por arteriosclerosis y disminución de la elasticidad vascular, disminución del reflejo barorreceptor, hipertrofia cardíaca y disminución de la función diastólica del ventrículo izquierdo y deterioro de la regulación del volumen de fluidos

corporales, con la consecuente disminución del flujo sanguíneo y disfunción de la autorregulación en los órganos principales. (Torres Quirós, 2020)

Además, se altera la autorregulación del flujo sanguíneo de los órganos diana y el límite inferior de la presión arterial se desplaza hacia el lado hipertenso; por lo tanto, una disminución rápida y marcada de la presión arterial puede causar trastornos circulatorios de dichos órganos, el control a largo plazo de la presión arterial es claramente eficaz para prevenir eventos cardiovasculares y la progresión del daño orgánico. (Noriega Borge, 2017)

Entre las características metabólicas, el aumento de la susceptibilidad a las alteraciones de la homeostasis electrolítica (en particular, hiponatremia e hipopotasemia), la resistencia a la insulina y la intolerancia a la glucosa son importantes en los pacientes de edad avanzada.

Las características de la presión arterial en pacientes de edad avanzada con hipertensión incluyen:

- Aumento de la presión sistólica y del pulso,
- Inestabilidad de la presión arterial,
- Aumento de la hipotensión ortostática y posprandial,
- Aumento de la presión arterial nocturna no tipo zapata,
- Aumento de la oleada matutina,
- Aumento de la hipertensión de bata blanca,
- Presencia de pacientes con espacios auscultatorios (desaparición de los sonidos de Korotkoff) y
- Deterioro de los sistemas presor y depresor, incluido el sistema nervioso (deterioro del reflejo barorreceptor) (Osorio Bedoy, 2018)

2.2.7. Problemas causados por hipertensión en los adultos mayores

La presión excesiva en las paredes de las arterias causada por la presión arterial alta puede dañar los vasos sanguíneos y los órganos; cuanto más alta sea y más tiempo pase sin control, mayor será el daño, provocando complicaciones que incluyen:

- **Ataque cardíaco o accidente cerebrovascular.** La presión arterial alta puede causar endurecimiento y engrosamiento de las arterias (aterosclerosis), lo que puede provocar un ataque cardíaco, un derrame cerebral u otras complicaciones.
- **Aneurisma.** El aumento de la presión arterial puede hacer que los vasos sanguíneos se debiliten y se abulten, formando un aneurisma. Si un aneurisma se rompe, puede poner en peligro la vida.
- **Insuficiencia cardíaca.** Para bombear sangre contra la presión más alta en sus vasos, el corazón tiene que trabajar más. Esto hace que las paredes de la cámara de bombeo del corazón se vuelvan más gruesas (hipertrofia del ventrículo izquierdo). Eventualmente, el músculo engrosado puede tener dificultades para bombear suficiente sangre para satisfacer las necesidades de su cuerpo, lo que puede provocar insuficiencia cardíaca.
- **Vasos sanguíneos debilitados y estrechados en sus riñones.** Esto puede evitar que estos órganos funcionen normalmente.
- **Vasos sanguíneos engrosados, estrechados o desgarrados en los ojos.** Esto puede resultar en pérdida de visión.
- **Síndrome metabólico.** Este síndrome es un grupo de trastornos del metabolismo de su cuerpo, que incluyen aumento del tamaño de la cintura, niveles altos de triglicéridos, disminución del colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) (el colesterol "bueno"), presión arterial alta y niveles altos de insulina. Estas afecciones lo hacen más propenso a desarrollar diabetes, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares.
- **Problemas de memoria o comprensión.** La hipertensión no controlada también puede afectar su capacidad para pensar, recordar y aprender. Los problemas de memoria o comprensión de conceptos son más comunes en personas con presión arterial alta.
- **Demencia.** Las arterias estrechas o bloqueadas pueden limitar el flujo sanguíneo al cerebro y provocar cierto tipo de demencia (demencia vascular). Un derrame cerebral que interrumpe el flujo sanguíneo al cerebro también puede causar demencia vascular.

2.3. Definición de términos (Glosario)

- **Actividad neural simpática.** Se refiere al parpadeo constante de las corrientes y transmisiones eléctricas en el cerebro.
- **Aldosterona.** Es una hormona producida por las glándulas suprarrenales, dos pequeñas glándulas que están encima de los riñones. La aldosterona ayuda a controlar la presión arterial y a mantener niveles saludables de sodio y potasio.
- **Arterias coronarias.** Suministran sangre, oxígeno y nutrientes al corazón. La acumulación de placa puede estrechar estas arterias, lo que disminuye el flujo de sangre al corazón.
- **Arteriosclerosis.** La aterosclerosis es la acumulación de grasas, colesterol y otras sustancias dentro de las arterias y sobre sus paredes. Esta acumulación se llama placa.
- **Ataque cardíaco.** Ataque al corazón ocurre cuando el flujo de sangre al corazón se bloquea repentinamente. Sin la sangre que entra, el corazón no puede obtener oxígeno.
- **Auscultatorios.** Es un método que se utiliza para escuchar "los sonidos" del cuerpo durante un examen físico mediante un estetoscopio.
- **Barorreceptor.** Son terminaciones nerviosas sensibles a la distensión que detectan los cambios bruscos de la presión arterial, es decir, son receptores de presión.
- **Cardiomiopatías.** Es el nombre que se usa para llamar a las enfermedades del músculo cardíaco. Estas enfermedades aumentan el tamaño del corazón o lo hacen más grueso y rígido que lo normal.
- **Cerebrovascular.** Sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral".
- **Colesterol.** Es una sustancia cerosa que se encuentra en la sangre. El cuerpo necesita colesterol para formar células sanas.
- **Deletéreo.** Algo puede ser deletéreo cuando acarrea la posibilidad de producir un daño importante, la muerte o la destrucción.
- **Diurético.** Tipo de medicamento que hace que los riñones produzcan más orina. Los diuréticos ayudan al cuerpo a eliminar el líquido y la sal sobrante.

- **Envejecimiento humano.** Es un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática [equilibrio que le permite al organismo mantener un funcionamiento adecuado.
- **Glomerulonefritis.** Es la inflamación de los pequeños filtros de los riñones (glomérulos). Los glomérulos eliminan el exceso de líquido, los electrolitos y los desechos del torrente sanguíneo, y los hacen pasar a la orina.
- **Grasas saturadas.** Son las que no presentan dobles enlaces, y se encuentran en los alimentos de origen animal, como las carnes, embutidos, o la leche y sus derivados.
- **Hemodinámica.** Es una subespecialidad de la Cardiología que se encarga del estudio anatómico funcional del corazón mediante la introducción de finos catéteres por las arterias de la ingle (femoral) o del antebrazo (radial).
- **Hipertrofia cardíaca.** También conocida como hipertrofia ventricular, es una enfermedad que consiste en un aumento del grosor del músculo cardíaco del ventrículo izquierdo, el miocardio.
- **Hiponatremia.** Se produce cuando la concentración de sodio en la sangre es anormalmente baja. El sodio es un electrolito y ayuda a regular la cantidad de agua que hay dentro y alrededor de las células.
- **Hipopotasemia.** Consiste en una concentración demasiado baja de potasio en la sangre. Las causas son muy diversas, pero suele deberse a vómitos, diarrea, trastornos de las glándulas suprarrenales o ingesta de diuréticos.
- **Hipotensión ortostática.** También llamada hipotensión postural es una forma de presión arterial baja que se produce cuando te pones de pie tras estar sentado o acostado.
- **Hipotensión posprandial.** Es una disminución excesiva de la presión arterial que se presenta después de la ingesta. Puede producir mareos, aturdimiento y caídas.
- **Infecciones renales.** Es un tipo de infección de las vías urinarias que, generalmente, comienza en la uretra o en la vejiga y sube hasta uno o ambos riñones.
- **Insuficiencia cardíaca.** Es una afección en la cual el corazón ya no puede bombear sangre rica en oxígeno al resto del cuerpo de forma eficiente. Esto provoca que se presenten síntomas en todo el cuerpo.

- **Insuficiencia renal.** Significa que los riñones ya no funcionan lo suficientemente bien como para realizar estas funciones y, como resultado, se presentan otros problemas de salud.
- **Latido cardíaco irregular.** Es un trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco. El corazón puede latir demasiado rápido (taquicardia), demasiado lento (bradicardia) o de manera irregular.
- **Metabolismo hepático.** El metabolismo hepático de los fármacos o dicho de una manera más fácil la transformación de los fármacos, depende de la eficacia de las enzimas metabólicas, el metabolismo intrínseco, el flujo sanguíneo y la unión a las proteínas plasmáticas.
- **Presión arterial.** Es la fuerza de su sangre al empujar contra las paredes de sus arterias. Cada vez que su corazón late, bombea sangre hacia las arterias.
- **Presión arterial periférica.** Se desarrolla cuando las arterias se obstruyen con placa, que son depósitos grasos que limitan el flujo de la sangre a las piernas.
- **Presión diastólica.** Se refiere a la presión de la sangre en la arteria cuando el corazón se relaja entre latidos. Es la cifra inferior (y más baja) en una medición de la presión arterial.
- **Presión sistólica.** Se refiere a la presión de la sangre en la arteria cuando se contrae el corazón. Es la cifra superior (y más alta) en una medición de la presión arterial.
- **Producción de renina.** Es una proteína (enzima) segregada por células renales especiales cuando usted tiene un nivel de sal (sodio) reducido o bajo volumen de sangre.
- **Resilientes.** Es la capacidad de adaptarse a las dificultades. Cuando el estrés, la adversidad o los traumas golpean, se puede continuar funcionando a nivel físico y psicológico, pese a todavía experimentar ira, sufrimiento y dolor.
- **Sarcopenia.** Es una enfermedad progresiva y generalizada del músculo esquelético, caracterizada por una disminución de la fuerza muscular, de la masa muscular y finalmente del rendimiento físico.
- **Senescencia.** La senescencia abarca el envejecimiento de las células hasta que dejan de dividirse, pero no mueren.

- **Sistema nervioso.** Controla los movimientos y el equilibrio, los cinco sentidos (la vista, la audición, el gusto, el olfato y el tacto), los procesos de pensamiento y cuán despierto y consciente está.
- **Tensiómetro.** También conocido como monitor de presión arterial, es un dispositivo que mide la fuerza que ejerce el flujo sanguíneo en las paredes de las arterias y detecta dos tipos de presiones: sistólica y diastólica.
- **Vasos sanguíneos.** Tubo a través del cual la sangre circula por el cuerpo. Los vasos sanguíneos forman una red de arterias, arteriolas, capilares, vénulas y venas.
- **Vejez.** Está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 65 años y que finaliza con la muerte.
- **Volumen intravascular.** El cual es fundamental para un funcionamiento celular normal, está determinado básicamente por la osmolaridad y los cambios en el balance de agua.
- **Volumen sanguíneo cardiopulmonar.** La condición física (CF) cardiorrespiratoria metabólica o CF cardiopulmonar- metabólica o CF aeróbica, es la que más eleva el consumo máximo de oxígeno absoluto y relativo en la población, y se convierte indudablemente en un factor de protección de la salud.

2.4. Sistemas de Variables

2.4.1. Variable Independiente

Condición nutricional

2.4.2. Variable dependiente

Hipertensión

2.4.3. Operacionalización de variables

Tabla 3.
Operacionalización variable independiente

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Condición nutricional	Es el valor antropométrico que tienen los adultos mayores en función al peso y la talla.	Características demográficas	Fecha de nacimiento Sexo Nivel de instrucción Etnia Ocupación Estado civil	Encuesta
		Indicadores antropométricos	Ingesta diaria de alimentos Forma de preparar los alimentos Peso Talla IMC ICC	
		Actividad física beneficiosa/MET	Actividad física total MET-minutos/semana	

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Tabla 4.*Operacionalización variable dependiente*

Variable	Definición	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Hipertensión	Afección o alteración de la presión que ejerce el corazón durante la sístole o fase de bombeo, y durante el reposo, en fase diastólica o de relleno.	Hipertensión arterial primaria	Historial familiar Tabaquismo Dislipidemia Sobrepeso Obesidad Ingesta alta de sodio Alto consumo de grasas saturadas Bajo consumo de frutas Consumo de alcohol Sedentarismo	Ficha de recolección de datos
		Hipertensión arterial secundaria	Enfermedad renal parenquimatosa Enfermedad renal vascular Aldosteronismo primario Síndrome de Cushing Hipotiroidismo Hipertiroidismo	

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de Investigación

3.1.1. Descriptivo

Es empleado el diseño descriptivo para el desarrollo del estudio debido a que este también es conocido como de diagnóstico, debido a que busca identificar con claridad la realidad del fenómeno, sus componentes y características, como el caso del presente estudio, en donde se busca determinar la condición nutricional de los pacientes, el porqué de un cuadro de hipertensión a fin de poder plantear medidas que permita disminuir la prevalencia de personas con hipertensión, e incluso prevenir muertes por esta afección.

3.1.2. Conjunta

Se ha considerado de este tipo al estudio debido a que las investigadoras ejecutaron varios procesos, en escenarios diferentes, como lo es:

La realización de un estudio bibliográfico, con el propósito de identificar teóricamente todo lo concerniente al fenómeno de estudio, permitiendo con ello determinar con mayor claridad que estudiar y cómo hacerlo.

La ejecución de un estudio de campo, es aplicada dado que a través de esta las investigadoras recaban información que permite dar respuesta a los objetivos planteados.

3.1.3. Cuantitativa

Los datos que se obtienen de la investigación responden la agrupación y cuantificación de la información el proyecto se considera como cuantitativo.

3.2. Diseño

3.2.1. Transversal

La obtención de información no requiere de un seguimiento, sino la misma es recabada en un tiempo y espacio determinado.

3.3. Población y Muestra

La población que conforma los adultos mayores que asisten al dispensario médico es de 305 adultos mayores de la cual se ha considerado obtener una muestra, empleando un método probabilístico:

Tabla 5.
Fórmula para el cálculo de la Muestra

Formula	Símbolo	Descripción	Valores
$n = \frac{N}{(e)^2(N - 1) + 1}$	n	Tamaño de la muestra	?
	N	Tamaño de la población	305
	e	Margen de error	1-5%

Editado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Tabla 6.
Desarrollo de la fórmula del cálculo de la muestra

1	$n = \frac{N}{(e)^2(N - 1) + 1}$	4	$n = \frac{305}{0,76 + 1}$
2	$n = \frac{305}{(0.05)^2(305 - 1) + 1}$	5	$n = \frac{305}{1,76}$
3	$n = \frac{305}{(0,0025) * (304) + 1}$	6	$n = 173$

Editado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

La muestra para el desarrollo del proceso investigativo es de 173 pacientes, con una distribución de la población de 89 hombres y 84 mujeres.

3.3.1.1. Criterios de inclusión

- Pacientes de 65 años o más.
- Personas que acepten y firmen el consentimiento informado.
- Clientes con capacidad para responder a las preguntas.

3.3.1.2. Criterios de exclusión

- Pacientes menores a 65 años
- Pacientes con problemas de discapacidad extrema que impida una buena comunicación.
- Pacientes que no hayan firmado el consentimiento informado.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.4.1. Encuesta

Debido a que la información a obtenerse en su mayoría depende de la interacción paciente e investigador se emplea una encuesta la misma que consta con preguntas cerradas de tan solo marcar de acuerdo a las opiniones vertidas por los clientes, permitiendo con ello obtener información sociodemográfica, antropométrica y dietética de los adultos mayores.

3.5. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Para el procesamiento de información se emplea la tabulación de datos por medio del software estadístico SPSS, el cual facilitara la obtención de tablas y gráficos estadísticos, facilitando el análisis de la información obtenida y la emisión de conclusiones.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS O LOGROS ALCANZADOS SEGÚN LOS OBJETIVOS PLANTEADOS

4.1. Resultados objetivo específico 1

- Caracterizar socio demográficamente a la población adulta mayor que asiste al dispensario Marcopamba.

Tabla 7.

*Rango edad *Presión Arterial*

Rangos de edad		Presión Arterial				Total	
		Normal	Elevada	Alta 1	Alta 2		
Rango edad	65-70	Recuento	8	6	33	18	65
		%	4,62%	3,47%	19,08%	10,40%	37,57%
	71-76	Recuento	11	4	18	16	49
		%	6,36%	2,31%	10,40%	9,25%	28,32%
	77-82	Recuento	6	11	4	21	42
		%	3,47%	6,36%	2,31%	12,14%	24,28%
	83-88	Recuento	0	6	0	11	17
		%	0,00%	3,47%	0,00%	6,36%	9,83%
	Total	Recuento	25	27	55	66	173
		%	14,45%	15,61%	31,79%	38,15%	100,00%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Con relación a la población encuestada se ha podido definir que: los adultos mayores se encuentran agrupados en el grupo etario de 65 a 88 años, con una edad promedio de 73,72 años, en donde la edad mínima es de 65 años, la máxima edad es de 88 con una moda de 68 años representado por un total de 22 adultos mayores, los adultos

Cabe mencionar que la población seleccionada para el estudio está conformada por aquellos pacientes que presentan problemas de hipertensión, de los cuales un 14,45% a la fecha de la toma de datos estos presentan una presión arterial normal debiéndose al consumo de medicamentos, el 38,15% padecen hipertensión alta etapa 2, mientras que el 31,79% alta etapa 1 y el 15,61% elevada lo que representa un riesgo a la salud de estos adultos mayores ya que pueden llegar a padecer por esta causa enfermedades cardíacas, enfermedades renales y accidentes vasculares cerebrales o derrames cerebrales; el 38,15% de los adultos mayores tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades a causa de la hipertensión.

Los resultados de la investigación se asemejan a los obtenidos por Jami & Salinas (2018) en el estudio Estado nutricional relacionado a la hipertensión arterial en adultos mayores de la fundación Melvin Jones 2018 quienes al igual que este estudio la población comprendida entre 65 a 70 años es la más representativa alcanzando un 37,57%.

Tabla 8.
Sexo/género

Opciones		Genero		Total	
		Masculino	Femenino		
Sexo	Hombre	Recuento	89,00	,00	89,00
		% del total	51,45	,00	51,45
	Mujer	Recuento	,00	84,00	84,00
		% del total	,00	48,55	48,55
Total	Recuento	89,00	84,00	173,00	
	% del total	51,45	48,55	100,00	

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Dado que todos los estudios deben ser incluyentes se ha buscado identificar tanto el sexo y el género con el cual se identifican los adultos mayores, habiéndose determinado que la muestra para el estudio está conformada en un 51,45% por hombres y el 48,55% por mujeres, no se identificado alguna preferencia sexual ajena a su sexo.

A diferencia de lo identificado por Jami & Salinas (2018) en la investigación estado nutricional relacionado a la hipertensión arterial en adultos mayores de la fundación Melvin Jones 2018, el sexo que predomina en la población de los adultos mayores en Marcopamba es el masculino por 2,9 puntos porcentuales.

Tabla 9.
Nivel de instrucción / Ocupación

Opciones		Ocupación		Total	
		Agricultor	Otro		
Nivel de instrucción	Ninguna	Recuento	19,00	16,00	35,00
		% del total	11,38	9,58	20,96
	Primaria	Recuento	92,00	24,00	116,00
		% del total	55,09	14,37	69,46
	Secundaria	Recuento	13,00	,00	13,00
		% del total	7,78	,00	7,78
	Tercer Nivel o Superior	Recuento	3,00	,00	3,00
		% del total	1,80	,00	1,80
	Total	Recuento	127,00	40,00	167,00
		% del total	76,05	23,95	100,00

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Con respecto al nivel de instrucción y ocupación de los adultos mayores se ha identificado que: el 76,05% de los adultos mayores son agricultores, siendo esta la actividad predominante en las personas que han cursado la primaria o no han tenido algún tipo de estudio mientras que el 29,95% tienen otras ocupaciones como amas de casa o jubilados.

Dentro de los resultados obtenidos por Encalada, Álvarez, Barbecho, & Wong (2018), de su estudio Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca, gran parte de los adultos mayores poseen títulos de primaria dato que concuerda con la presente investigación ya que el 64,46% han culminado sus estudios de primaria.

Tabla 10.
Etnia/estado civil

Opciones		Estado civil					Total	
		Soltero	Casado	Unión Libre	Divorciado	Viudo		
Etnia	Indígena	Recuento	,00	4,00	,00	,00	,00	4,00
	% del total	,00	2,31	,00	,00	,00	,00	2,31
	Mestizo	Recuento	13,00	121,00	5,00	14,00	16,00	169,00
	% del total	7,51	69,94	2,89	8,09	9,25	97,69	
Total	Recuento	13,00	125,00	5,00	14,00	16,00	173,00	
	% del total	7,51	72,25	2,89	8,09	9,25	100,00	

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

De las personas encuestadas el 2,31% se autoidentifican como indígenas mientras que el 97,69% se autodefinen como mestizos, el 72,25% de los adultos mayores están casados, en donde el 68,94% de estos corresponden al grupo de mestizos mientras que en la población indígena tan solo el 2,31% de la muestra mantienen un matrimonio.

Las personas adultas mayores consideradas en el estudio de Encalada, Álvarez, Barbecho, & Wong (2018) dentro de su investigación hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca; en su mayoría son casados, resultado que se asemeja al obtenido en el estudio donde la población casada asciende a 72,25%.

4.2. Resultados objetivo específico 2

- Aplicar indicadores antropométricos y toma de signos vitales para la valoración de la condición de salud y estado nutricional de los adultos mayores.

4.2.1. Estado nutricional de los adultos mayores

Se empleó el indicador antropométrico denominado índice de masa corporal el mismo que demanda se conozca el peso y la talla de los adultos mayores, para con esta información poder establecer si estos individuos presentan alguna alteración en su salud nutricional, misma que es expuesta en la siguiente tabla:

Tabla 11.
Estadísticos índices de masa corporal

Estadísticos	Peso	Talla	IMC
Media	69,18	157,61	27,71
Mediana	66,00	158,00	27,30
Moda	64,00	168,00	27,50
Mínimo	40,00	140,00	19,30
Máximo	112,00	169,00	41,80

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Tabla 12.
Clasificación del estado nutricional

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Bajo peso	14,00	8,09
Normal	89,00	51,45
Sobrepeso	51,00	29,48
Obesidad	19,00	10,98
Total	173,00	100,00

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

En consideración a los resultados obtenidos del IMC, ésta ha permitido identificar que la población adulta mayor del estudio en un 51,45% presenta una condición nutricional normal, mientras que el 28,48% padece sobrepeso, el 10,98% obesidad y el 8,09% bajo peso, donde el 40,46% de la población puede considerarse como una población de alto riesgo y que puede padecer hipertensión debido a que su peso es mayor al normal, de acuerdo a los datos

obtenidos se puede definir que el peso promedio de los adultos mayores es de 69,18 kilos, con una talla promedio de 157,61 centímetros, y un IMC de 27,71, donde este último está dentro de los parámetros de normalidad > 23 a < 28 las características antropométricas relacionadas al peso de los adultos mayores oscila entre 40 a 112 kilogramos, con una talla que fluctúa entre los 140 a los 169 centímetros.

Con respecto al peso de los adultos mayores en el estudio de Alvarez (2017) en la investigación Estado nutricional y presión arterial del adulto mayor, asilo de ancianos Virgen Asunta, Chachapoyas – 2017; el 60% de estos presentan un peso dentro de lo normal, dato que se asemeja al identificado por las autoras en donde el 51,45% presentan un estado nutricional normal.

4.2.2. Riesgo metabólico

Para determinar este riesgo se emplea el ICC, para lo cual es necesario se conozca la circunferencia tanto de la cintura como de la cadera de los pacientes, datos que han permitido se conozca:

Tabla 13.
Estadísticos del índice cintura cadera

	Circunferencia Cintura	Circunferencia Cadera	Índice Cintura/ Cadera
Media	104,32	104,91	,99
Mediana	100,00	105,00	1,02
Moda	98,00	105,00	1,05
Mínimo	85,00	89,00	,85
Máximo	128,00	132,00	1,08

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Tabla 14.
Riesgo metabólico

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
Sin riesgo	9	5,20
Con riesgo	164	94,80
Total	173	100,0

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Luego de haber estimado el riesgo cardiovascular de los adultos mayores se ha establecido que el 94,80% de estos son propensos a padecer complicaciones que pueden provocar un ataque cardíaco, un derrame cerebral, enfermedades de mayor riesgo en pacientes con hipertensión, cabe mencionar que según lo expresado por Hernández Rodríguez (2018) en su artículo Utilidad del índice cintura/cadera en la detección del riesgo cardio metabólico en individuos sobrepesos y obesos el ICC que deben tener las mujeres es de 0,85 y los hombres 0,94, que en el caso particular del presente proyecto se superan estos valores alcanzando hasta 1,08 de este índice lo cual determina que el 94,8% de la población está en riesgo.

4.3. Resultados objetivo específico 3

- Identificar consumo de alimentos y actividad física desarrollada por los adultos mayores.

4.3.1. Resultado de actividad física

Tabla 15.

Nivel de Actividad física

Clasificación	Frecuencia	Porcentaje
Actividad física intensa	123	71,10
Actividad física moderada	44	25,43
Sentados	6	3,47
Total	173	100,00

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Con respecto a la actividad física que realizan los adultos mayores, las investigadoras han determinado que el 71,10% de los adultos mayores realizan actividades que tienen que ver netamente con la agricultura, el 25,43% realiza actividades que tiene que ver con la alimentación de sus animales y, el 3,47% la mayor parte de su tiempo permanece sentado.

Con respecto a la importancia de la actividad física en la vida de las personas la Organización Mundial de la Salud (2020) dentro de su documento publicado Actividad física, menciona que se podrían evitar hasta 5 millones de fallecimientos al año con un mayor nivel de actividad física de la población mundial, tomando en consideración este planteamiento se ha identificado que el 3,47% podría considerarse como la población más vulnerable, debido a que no realiza actividad física alguna.

4.3.2. Consumo de alimentos

Tabla 16.

Tiempos de comida

Opciones	Frecuencia	Porcentaje
5 veces al día	7	4,05
3 veces al día	166	95,95
Total	173	100,00

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Con respecto al consumo de alimentos se ha establecido que el 95,85% de los adultos mayores ingieren alimentos tres veces al día, es decir consumen las tres comidas principales, pudiendo significar que la ingesta de nutrientes cumple con los requerimientos mínimos, mientras que el 4.05% se podría decir que cumple con los alimentos principales al igual de los de la media mañana y noche entendiéndose esto como que mantienen una dieta saludable.

Según el Instituto Nacional de Salud del Perú (2018) en su publicación adulto mayor de 60 años, establece que se recomienda un consumo de cuatro comidas diarias, con un total de 1950 kcal, con respecto a la mayor parte de los adultos mayores de Marcopamba se debe recomendar ingerir algún tipo de alimento en la media tarde.

4.3.3. Resultado ingesta de productos con alto contenido de sodio

Tabla 17.

Consumo de cereales y derivados

Frecuencia de consumo		Fideos	Galletas	Maíz	Panes	Quinua	Tortilla de Maíz
Al menos una vez al día	Recuento	22	0	12	4	0	87
	%	12,72%	0,00%	6,94%	2,31%	0,00%	50,29%
4-6 veces por semana	Recuento	79	9	104	25	43	70
	%	45,66%	5,20%	60,12%	14,45%	24,86%	40,46%
1-3 veces por semana	Recuento	59	26	49	68	107	7
	%	34,10%	15,03%	28,32%	39,31%	61,85%	4,05%
Rara vez (1-2 veces al mes)	Recuento	13	86	3	64	12	3
	%	7,51%	49,71%	1,73%	36,99%	6,94%	1,73%
Nunca	Recuento	0	47	0	7	3	3
	%	0,00%	27,17%	0,00%	4,05%	1,73%	1,73%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

La representación de sodio por el consumo de 100g de: galletas es de 2mg, maíz 15mg, pan 681mg, quinua 21mg, tortilla de maíz 24mg. El alimento de mayor consumo por los adultos mayores son las tortillas de maíz, se ingiere por el 50,29% diariamente, dentro de la dieta de las personas encuestadas manifiestan que ingieren de 4 a 6 veces por semana: maíz el 60,12%, fideos el 45,66 y tortillas de maíz por el 40,46%, mientras que los productos alimenticios que forman parte de su dieta de 1 a 3 veces por semana son según el: 61,85% la quinua, 39,31% los panes,

34,10% los fideos; según el 49,71% las galletas son el producto que rara vez está presente en sus mesas; alimento que para el 27,17% nunca está presente en sus dietas.

Según Callejo (2020) dentro del documento denominado los alimentos y bebidas con más sodio que consumes a diario, se conoce que, dentro del grupo de cereales y derivados, con mayor aporte de sodio son el pan blanco (17%), pastelería (4,3%) y las galletas (2,2%), alimentos que en la dieta de los adultos mayores está presente, siendo mayormente consumidas las tortillas de maíz mismas que aportan 24mg por 100g de este producto.

Tabla 18.
Consumo leguminosas y oleaginosas

Frecuencia de consumo		Arveja	Fréjol	Lenteja
Al menos una vez al día	Recuento	40	40	44
	%	23,12%	23,12%	25,43%
4-6 veces por semana	Recuento	62	65	76
	%	35,84%	37,57%	43,93%
1-3 veces por semana	Recuento	71	68	53
	%	41,04%	39,31%	30,64%
Rara vez (1-2 veces al mes)	Recuento	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%
Nunca	Recuento	0	0	0
	%	0,0%	0,0%	0,0%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Con relación al consumo de los productos enlistados cabe mencionar que por cada 100g de arveja representa 5mg de sodio, de frejol 12mg y, de lenteja 2mg, siendo el fréjol el producto con mayor contenido de sodio elemento químico que tiende a alterar la presión arterial de los pacientes, sobre la ingesta de estos productos se ha identificado que:

El fréjol mayormente es consumido de 1 a 3 veces por semana según el 39,31% de los encuestados, mientras que el 37,57 se alimenta con este producto de 4 a 6 veces por semana y, el 23,12% comen frejol diariamente.

La lenteja se encuentra mayormente en la dieta de los adultos mayores ya que el 25,43% la consumen todos los días, mientras que un 43,93% ingieren de 4 a 6 veces por semana y, el 30,64% consumen lenteja de 1 a 4 veces a la semana.

Los adultos mayores consumen arveja mayormente (41,04%) de 1 a 3 veces por semana, un 35,84% de los encuetados se alimentan con este grano 4 a 6 veces por semana, el 23,12% lo consume por lo menos una vez al día.

Si bien es cierto, estos alimentos dentro de su composición, el sodio está presente, pero no es el más representativo ya que poseen un alto contenido de potasio mismo que sirve para regular los niveles de sodio en la sangre, según Perdomo (2018) en su artículo alimentos ricos en potasio para controlar la hipertensión, se encuentra que los frijoles, lentejas y chícharos o guisantes son gran fuente de potasio, alimentos de gran consumo por los adultos mayores del sector de Marcopamba pudiendo decirse que estos productos permiten mejorar o regular los niveles de sodio en esta población.

Tabla 19.
Consumo frutas y derivados

Frecuencia de consumo		Claudia	Pasas
Al menos una vez al día	Recuento	6	0
	%	3,47	,00
4-6 veces por semana	Recuento	10	0
	%	5,78%	0,00%
1-3 veces por semana	Recuento	17	4
	%	9,83%	2,31%
Rara vez (1-2 veces al mes)	Recuento	87	75
	%	50,29%	43,35%
Nunca	Recuento	49	90
	%	28,32%	52,02%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Cuando los adultos mayores consumen por lo menos 100g de pasas estos ingieren 12mg de sodio, mientras que las claudias representan 1,70mg de sodio; pudiendo considerarse que el consumo de pasas representa un riesgo para los adultos mayores incrementando la posibilidad de sufrir hipertensión, que según los encuestados estos dos productos se consumen rara vez.

Los resultados del presente estudio dejan en evidencia que las frutas no están presentes dentro de la dieta diaria de los adultos mayores de Marcopamba, contexto que se repite en la investigación realizada por Barahona, Espín, Velásquez, & Pozo (2021), donde tan solo el 50% de la población estudiada consumen frutas, dejándose en evidencia que este tipo de alimentos no son muy apetecidos o consumidos por las personas.

Tabla 20.
Consumo huevos y derivados

Frecuencia de consumo		Clara de huevo	Huevo de codorniz	Huevo entero fresco
Al menos una vez al día	Recuento	0	14	68
	%	0,0%	8,1%	39,3%
4-6 veces por semana	Recuento	5	41	63
	%	2,9%	23,7%	36,4%
1-3 veces por semana	Recuento	3	19	42
	%	1,7%	11,0%	24,3%
Rara vez (1-2 veces al mes)	Recuento	49	75	0
	%	28,3%	43,4%	0,0%
Nunca	Recuento	113	20	0
	%	65,3%	11,6%	0,0%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Con respecto a los alimentos enunciados por cada 100g consumidos, la clara de huevo representa 166mg de sodio, huevos de codorniz 141mg y los huevos enteros fresco 124mg, en donde de la población considerada para el estudio se ha identificado que el producto de mayor consumo es los huevos frescos siendo consumidos por el 39,31% consumidos por lo menos una vez por día mientras que el 36,42% los consume de 4 a 6 veces por semana, un 24,28% consumen huevos por lo menos de 1 a 3 veces por semana.

Según el estudio de Bahamondes, Molina, & Villarino (2020) denominado perfil clínico y nutricional de pacientes hipertensos y su adherencia al patrón alimentario DASH ; 5 de cada 10 individuos refieren haber consumido huevo al menos una vez al día, mientras que el presente estudio

3,93 de cada 10 adultos mayores consumen este alimento por lo menos una vez al día; y según Caicedo & Rosales (Caicedo & Rosales, 2017) en su propuesta denominada guía alimentaria para adultos mayores, sostienen que las proteínas son importante porque estas cadenas de aminoácidos son células rectoras de tejidos, que se encargan de dar mantenimiento y crecimiento a los músculos, glándulas, órgano y principalmente la piel, por lo cual recomienda se consuma 2 raciones diarias de huevo.

Tabla 21.*Consumo de pescados y mariscos*

Frecuencia de consumo		Atún enlatado	Sardina	Pescados
Al menos una vez al día	Recuento	6	0	0
	%	3,47%	0,00%	0,00%
4-6 veces por semana	Recuento	12	8	0
	%	6,94%	4,62%	0,00%
1-3 veces por semana	Recuento	77	86	59
	%	44,51%	49,71%	34,10%
Rara vez (1-2 veces al mes)	Recuento	74	75	107
	%	42,77%	43,35%	61,85%
Nunca	Recuento	4	4	0
	%	2,31%	2,31%	0,00%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez**Fuente:** Encuesta población adulta mayor**Análisis**

El consumo de 100g de atún enlatado aporta 354mg de sodio, la sardina proporciona 419mg y 61mg a 81mg de sodio proporciona los pescados, el producto mayormente consumido es el atún así lo sostiene el 3,47%, la sardina de igual forma se consume en un promedio de 1 a 3 veces por semana las sardinas, el producto de menor consumo es el pescado, pudiendo decirse que ingieren alimentos con mayor contenido de sodio.

Las personas con problemas de hipertensión deben moderar el consumo de productos enlatados de pescados y mariscos, dado que contienen una gran cantidad de sodio cerca de 419mg cada lata, cuando la cantidad máxima recomendada diaria son 2,300mg (S.L. SALUD, 2021) esto se encuentra publicado en el artículo las personas que deberían evitar el atún en lata: cuidado con la presión arterial; cabe mencionar que en la dieta diaria de estos adultos mayores los mariscos enlatados no están presentes, siendo consumidos mayoritariamente rara vez.

Tabla 22.*Consumo carnes y derivados*

Frecuencia de consumo		Carne de res	Chorizo	Conejo	Longaniza	Vísceras
Al menos una vez al día	Recuento	8	3	0	0	0
	%	4,62%	1,73%	0,00%	0,00%	0,00%
4-6 veces por semana	Recuento	27	9	0	6	0
	%	15,61%	5,20%	0,00%	3,47%	0,00%
1-3 veces por semana	Recuento	94	75	39	54	32
	%	54,34%	43,35%	22,54%	31,21%	18,50%
Rara vez (1-2 veces al mes)	Recuento	39	80	111	96	96
	%	22,54%	46,24%	64,16%	55,49%	55,49%
Nunca	Recuento	0	0	23	17	36
	%	0,00%	0,00%	13,29%	9,83%	20,81%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

El consumo de 100g de carne de res posee 72mg, chorizo 1.235 mg, conejo 45 mg, longaniza 1.182 mg, mientras que por cada taza de 240 ml de menudo este, posee 971mg de sodio, el producto de mayor consumo por los adultos mayores es la carne de res siendo ingerida diariamente por el 4,62%, mientras que el 54,34% consume este tipo de carne de 1 a 3 veces por semana, según el 43,35% el chorizo es consumido al menos 1 a 3 veces a la semana, cabe mencionar que el consumo de este alimento puede o tiende a aumentar los niveles de presión arterial.

Según García (2020) en el documento ¿son los embutidos un verdadero riesgo para su salud? ; un 27,7% de los consumidores de carne procesada dicen comerla entre una y dos veces la semana, mientras que, el 7% afirma que la consume todos los días, resultado que comparado con los

obtenidos en el estudio tienen una gran variación, dado que diariamente carnes la consumen tan solo el 4,62% y de 1 a 2 veces el 22,54% último dato que se asemeja a los resultados del estudio comparado.

Tabla 23.*Consumo de leche y derivados*

Frecuencia de consumo		Leche entera	Queso
Al menos una vez al día	Recuento	102	90
	%	58,96%	52,02%
4-6 veces por semana	Recuento	64	76
	%	36,99%	43,93%
1-3 veces por semana	Recuento	7	7
	%	4,05%	4,05%
Rara vez (1-2 veces al mes)	Recuento	0	0
	%	0,00%	0,00%
Nunca	Recuento	0	0
	%	0,00%	0,00%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

La ingesta de 1 taza de leche entera posee 98mg de sodio, mientras que 100g de queso aporta con 132mg de sodio, el producto que se consume mayormente por los adultos mayores es la leche entera siendo parte de la dieta diaria del 58,96%, el 52,02% de los encuestados ingieren queso diariamente, se identifica que estos productos para la mayor parte de la población no puede faltar en sus mesas, tan solo un 4,05% de los adultos mayores consumen con menor frecuencia estos productos en un promedio de 1 a 3 veces por semana.

De acuerdo a los resultados obtenidos por Duran, Landaeta, & Cortes (2019) según el documento consumo de lácteos y asociación con diabetes e hipertensión; el consumo de lácteos, en especial los bajos en grasa, pueden ser parte importante de una dieta saludable, dejando sentado que las proteínas, las grasas y el calcio en la leche son beneficiosos para reducir la PA; a respecto de los resultados del estudio se identifica que los adultos mayores consumen diariamente leche entera lo cual no puede ser tan beneficioso debido a que la misma posee muchas grasas que pueden afectar su salud.

Tabla 24.
Consumo grasas y aceites

Frecuencia de consumo		Mantequilla	Margarina
Al menos una vez al día	Recuento	73	69
	%	42,2%	39,9%
4-6 veces por semana	Recuento	8	3
	%	4,6%	1,7%
1-3 veces por semana	Recuento	14	3
	%	8,1%	1,7%
Rara vez (1-2 veces al mes)	Recuento	57	65
	%	32,9%	37,6%
Nunca	Recuento	21	31
	%	12,1%	17,9%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

100g de mantequilla representan 11mg de sodio y, 100g de margarina aportan con 2 mg de sodio, entre un promedio de 39,88 a 42,20 por ciento de los encuestados consueñen diariamente mantequilla y queso, mientras que un porcentaje de personas encuestadas comprendidas entre un 12,14 a 17,92 por ciento manifiestan no consumir estos productos, disminuyendo con ello la ingesta de sodio contribuyendo con ello a la disminución de los niveles de hipertensión.

Las recomendaciones emitidas por Zeratsky (2021) en el documento denominado ¿Qué producto para untar es mejor para mi corazón, la mantequilla o la margarina?; recomiendan consumir margarina dado que está hecha de aceites vegetales, por lo que contiene grasas insaturadas

"buenas" (grasas poliinsaturadas y monoinsaturadas), más no mantequilla, ya que, está hecha de grasa animal, por lo que contiene más grasa saturada, identificándose que en la población estudiada el producto de mayor consumo es la mantequilla siendo parte del 42,2% de la población encuestada, dato que permite conocer que esta práctica debe ser cambiada a fin de disminuir complicaciones de salud en esta complicación.

Tabla 25.
Consumo de especias

Frecuencia de consumo		Achote	Sal
Al menos una vez al día	Recuento	143	159
	%	82,66	91,91
4-6 veces por semana	Recuento	21	14
	%	12,14%	8,09%
1-3 veces por semana	Recuento	9	0
	%	5,20%	0,00%
Rara vez (1-2 veces al mes)	Recuento	0	0
	%	0,00%	0,00%
Nunca	Recuento	0	0
	%	0,00%	0,00%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Por cada 100g hay 2275,45mg de sodio y, 100g de sal aportan 38.758 mg de sodio; en donde se ha podido evidenciar que entre el 82,66% y 91,91% de los adultos mayores consumen diariamente achote y sal, incrementando así la ingesta diaria recomendada (2,300 mg), para adultos mayores sanos, cabe mencionar que las recomendaciones dietéticas diarias de sodio “según las Dietary Guidelines for Americans (Guías Alimentarias para los estadounidenses) para los adultos mayores es de solo 1,200 mg por día cantidad que satisface las necesidades de esta población” (González, 2020).

Tabla 26.*Consumo de azúcares y postres*

Frecuencia de consumo		Mermeladas	Chocolate
Al menos una vez al día	Recuento	28	0
	%	16,18%	0,00%
4-6 veces por semana	Recuento	9	0
	%	5,20%	0,00%
1-3 veces por semana	Recuento	23	2
	%	13,29%	1,16%
Rara vez (1-2 veces al mes)	Recuento	80	87
	%	46,24%	50,29%
Nunca	Recuento	33	84
	%	19,08%	48,55%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez**Fuente:** Encuesta población adulta mayor

Análisis

Por cada 100g de mermeladas se ingiere 32mg de sodio, mientras que por 100g de chocolate este aporta con 24mg de sodio, según los datos recabados se ha podido establecer que los adultos mayores consumen mayormente mermelada así lo expresan el 80,91% de los encuestados y el 19,08% manifiestan nunca consumir mermeladas, al igual que el 48,55% manifiestan no ingerir chocolate, cabe mencionar que Clavijo (2017) dentro de su libro Nutrición, dietética y alimentación recomienda que el consumo de azúcares simples debe ser inferior 10% del total de carbohidratos

Tabla 27.
Consumo de bebidas azucaradas/gaseosas

Frecuencia de consumo	Frecuencia	Porcentaje
Al menos una vez al día	7	4,05
4-6 veces por semana	15	8,67
1-3 veces por semana	62	35,84
Rara vez (1-2 veces al mes)	78	45,09
Nunca	11	6,36
Total	173	100,00

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Al igual que muchos productos procesados las gaseosas también contienen sodio que puede o tiende a repercutir sobre la presión arterial en este caso las bebidas azucaradas como: agua con gas embotellada: 200 mg de sodio/ vaso, refresco de cola: 16 mg de sodio/ vaso, cerveza: 9 mg de sodio/ vaso entre otros tienden a repercutir de forma negativa en la salud de los adultos mayores quien en su mayoría el 80,93% consume estos productos rara vez en grate solamente de 1 a 2 veces por semana, es de gran importancia mencionar que de acuerdo a Martínez, Amo, Pardo, & Escribano (2021) dentro de su estudio calidad de la dieta en mayores de 65 años y factores socioeconómicos relacionados, expone que si las personas desean mantener una dieta saludables el consumo de bebidas azucaradas debe ser nunca o casi nunca pudiendo así obtener la puntuación más alta en el índice de alimentación saludable.

Tabla 28.*Uso de sal durante la preparación y posterior*

Cantidad de consumo			Uso de sal adicional			No adiciono sal en la mesa a los alimentos	Total
			1 cucharadita cafetera	½ cucharadita cafetera	¼ cucharadita cafetera		
Uso de sal preparación	1 cucharadita cafetera	Recuento	6	38	40	35	119
		%	3,47%	21,97%	23,12%	20,23%	68,79%
	½ cucharadita cafetera	Recuento	0	0	13	39	52
		%	0,00%	0,00%	7,51%	22,54%	30,06%
	¼ cucharadita cafetera	Recuento	0	0	0	2	2
		%	0,00%	0,00%	0,00%	1,16%	1,16%
Total		Recuento	6	38	53	76	173
		%	3,47%	21,97%	30,64%	43,93%	100,00%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez**Fuente:** Encuesta población adulta mayor

Análisis

El 68,79% en la preparación de sus alimentos agregan por una cucharadita cafetera, de este mismo grupo el 21,97% tiende añadir ½ cucharadita cafetera de sal cuando ya está los alimentos en la mesa, del total de los adultos mayores el 43,93% no agregan más sal a sus comidas una vez en la mesa.

Los hallazgos identificados por Espinoza (2019) en la investigación causas para el desarrollo de hipertensión arterial en el club de adultos mayores que asisten al centro de salud Salinas 2018; dejan en evidencia que los adultos mayores que ingieren sodio >5gramos de sal al día representan el 56,9% de la población estudiada, a diferencia del presente estudio el 68,79% consumen de 6 a 8 gr de sal solo en la preparación de

sus alimentos; La sal de mesa es cloruro de sodio, un elemento que produce la retención de líquidos por parte del organismo, lo cual ocasiona el aumento del volumen de sangre, y por tanto, de la presión arterial.

Tabla 29.*Factores de riesgo hipertensión arterial primaria*

Factores	Frecuencia	Porcentaje
Historial familiar	68	39,31
Tabaquismo	3	1,73
Sobrepeso	19	10,98
Obesidad	3	1,73
Ingesta alta de sodio	74	42,77
Sedentarismo	6	3,47
Total	173	100,00

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Fuente: Encuesta población adulta mayor

Análisis

Existen factores que tienden a generar en las personas que padezcan de hipertensión, lo cual se evaluó en los adultos mayores con problemas de hipertensión quienes en su mayoría tienen como antecedente, en el 42,77% de los casos el consumo excesivo de sodio y, el 39,31% conocen que familiares directos han sufrido y sufren de esta misma complicación, considerándose en este caso a estas las principales causas o factores que influyen en la hipertensión donde la primera es modificable con una buena dieta o alimentación y la segunda no es modificable dado que es hereditaria, los resultados expuestos son diferentes a los ya obtenidos por Espinosa (2019) dentro de su investigación denominada causas para el desarrollo de hipertensión arterial en el club de adultos mayores que asisten al centro de salud Salinas 2018; deja en evidencia que de la población estudiada los antecedentes que presentan los adultos mayores son la historia familiar de hipertensión Arterial un 64,6%, sobrepeso Obesidad 49,2%, sedentarismo con 32,3%, ingesta alta de sodio el 33,8%.

4.4. Resultados objetivo específico 4

- Realizar una guía de alimentación nutritiva para la prevención y disminución de la prevalencia de personas con hipertensión



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER
HUMANO**

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**HÁBITOS ALIMENTICIOS SALUDABLES PARA
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN**



GUARANDA

MARZO – 2022



Índice de la propuesta

Presión arterial / hipertensión	72
Factores de riesgo de enfermedades cardíacas	73
Manejo y prevención de la hipertensión	76
Manejo del estilo de vida: dieta	77
Alimentos saludables para bajar la presión arterial	77
Dieta baja en grasas: menos grasas saturadas	80
Dieta baja en grasas: elegir grasas saludables	81
Dieta baja en grasas: más fibra	83
Elige carbohidratos saludables.....	87
El consumo de sal riesgos para la salud.....	89
Consejos para cambiar al plan de alimentación DASH.....	94
Elementos de acción para ayudar a bajar la presión arterial.....	95



Introducción

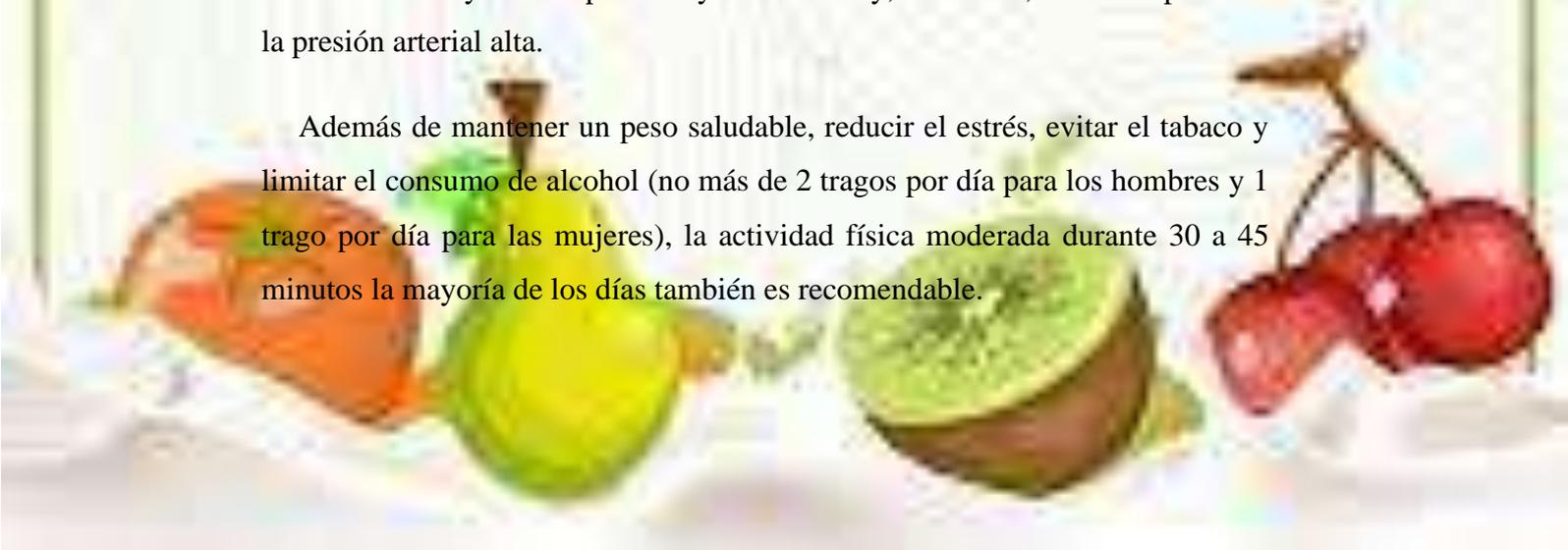
La hipertensión, también conocida como presión arterial alta, afecta a gran parte de la población del mundo; tener hipertensión pone a las personas en riesgo de sufrir enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares. La hipertensión puede ocurrir a cualquier edad y el riesgo aumenta a medida que se envejece.

La presión arterial es la fuerza ejercida sobre las paredes de las arterias por la sangre que fluye a través del cuerpo. Una lectura de la presión arterial proporciona dos medidas, presión sistólica (número superior) y presión diastólica (número inferior), que se expresan en milímetros de mercurio (mm Hg). La presión sistólica se mide a medida que el corazón bombea. La presión diastólica se mide entre latidos, a medida que la sangre regresa al corazón.

La presión arterial alta, o hipertensión, no presenta síntomas y, a menudo, se la llama el "asesino silencioso" porque puede pasar desapercibida durante años hasta que se produce un ataque cardíaco o un derrame cerebral mortal. La hipertensión no tratada causa daño a los vasos sanguíneos con el tiempo. Esto puede provocar otras complicaciones de salud, como derrame cerebral, insuficiencia renal, problemas de visión, ataque cardíaco o insuficiencia cardíaca. Los niveles de presión arterial deben controlarse de cerca y controlarse periódicamente. La Tabla 1 muestra cómo clasificar las lecturas de presión arterial.

La hipertensión se puede controlar mediante cambios en el estilo de vida y medicamentos recetados. Si bien hay medicamentos disponibles para tratar la hipertensión, las investigaciones han demostrado que los cambios modestos en el estilo de vida y la dieta pueden ayudar a tratar y, a menudo, retrasar o prevenir la presión arterial alta.

Además de mantener un peso saludable, reducir el estrés, evitar el tabaco y limitar el consumo de alcohol (no más de 2 tragos por día para los hombres y 1 trago por día para las mujeres), la actividad física moderada durante 30 a 45 minutos la mayoría de los días también es recomendable.



Objetivos de la guía

Objetivo General

Disminuir la prevalencia de pacientes con hipertensión en la comunidad de Marcopamba.

Objetivos específicos

Concientizar a la población de diferentes edades sobre el impacto de la hipertensión en la salud.

Informar sobre hábitos saludables que deben tener en cuenta para prevenir o controlar la hipertensión.



Presión arterial / hipertensión

La presión arterial es la fuerza de la sangre contra las paredes de las arterias.

El término médico para la presión arterial alta es hipertensión.

Aumenta el riesgo de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares consideradas como causas principales de muerte.

La presión arterial sube y baja a lo largo del día. Cuando la presión arterial permanece elevada con el tiempo, se denomina presión arterial alta,

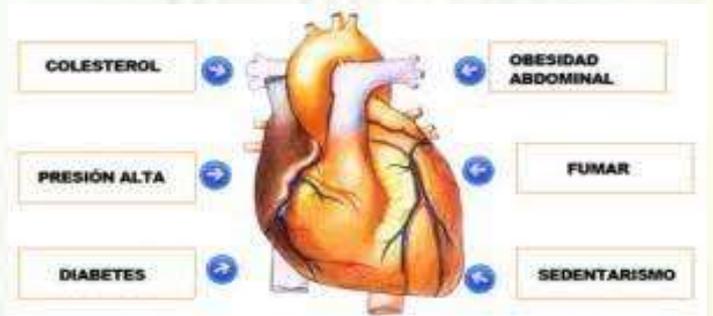
La presión arterial alta es peligrosa porque hace que el corazón trabaje demasiado y contribuye a la aterosclerosis (endurecimiento de las

La presión arterial alta también puede provocar otras afecciones, como insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal y ceguera.



Factores de riesgo de enfermedades cardíacas

Los factores de riesgo son condiciones o comportamientos que aumentan sus posibilidades de desarrollar una enfermedad. Cuando tiene más de un factor de riesgo de enfermedad cardíaca, su riesgo de desarrollar una enfermedad cardíaca se multiplica enormemente.



Entonces, si tiene presión arterial alta, debe tomar medidas. Afortunadamente, puede controlar la mayoría de los factores de riesgo de enfermedades cardíacas.



Factores de riesgo que se puede controlar:

- Alta presión sanguínea
- Colesterol anormal
- El consumo de tabaco
- Diabetes
- Exceso de peso
- La inactividad física

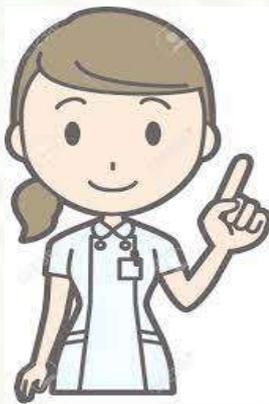
Factores de riesgo fuera de su control:

- Edad (55 años o más para hombres; 65 años o más para mujeres)
- Historial familiar de enfermedad cardíaca temprana (padre o hermano diagnosticado con enfermedad cardíaca antes de los 55 años o madre o hermana diagnosticada antes de la edad sesenta y cinco)

HIPERTENSIÓN

GRUPO LAS MIMOSAS

					
	NORMAL	ALTA	HIPERTENSIÓN GRADO 1 (HTA1)	HIPERTENSIÓN GRADO 2 (HTA2)	CRISIS HIPERTENSIVA
SISTÓLICA (mmHg)	MENOS DE 120	120-129	130-139	140 O MÁS	MAYOR DE 180
	Y	Y	O	O	Y/O
DIÁSTOLICA (mmHg)	MENOS DE 80	MENOS DE 80	80-89	90 O MÁS	MAYOR DE 120



Un nivel de presión arterial de 140/90 mmHg o superior se considera alto. Alrededor de dos tercios de las personas mayores de 65 años tienen presión arterial alta. Si su presión arterial está entre 120/80 mmHg y 139/89 mmHg, entonces tiene prehipertensión.

Esto significa que no tiene presión arterial alta ahora, pero es probable que la desarrolle en el futuro, a menos que adopte los cambios de estilo de vida saludable que se describen en este folleto.

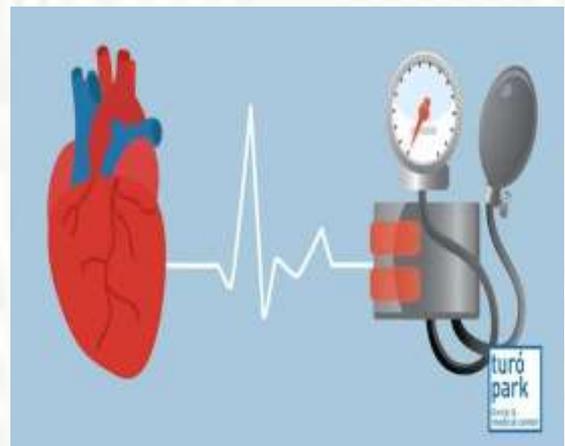




Las personas que no tienen presión arterial alta a los 55 años enfrentan un 90 por ciento de posibilidades de desarrollarla durante su vida. Así que la presión arterial alta es una condición que la mayoría de las personas tendrán en algún momento de sus vidas.

Ambos números en una prueba de presión arterial son importantes, pero para las personas de 50 años o más, la presión sistólica brinda el diagnóstico más preciso de presión arterial alta. La presión sistólica es el número superior en una lectura de presión arterial. Es alto si es de 140 mmHg o más.

Las personas que no tienen presión arterial alta a los 55 años enfrentan un 90 por ciento de posibilidades de desarrollarla durante su vida. Así que la presión arterial alta es una condición que la mayoría de las personas tendrán en algún momento de sus vidas.



Ambos números en una prueba de presión arterial son importantes, pero para las personas de 50 años o más, la presión sistólica brinda el diagnóstico más preciso de presión arterial alta. La presión sistólica es el número superior en una lectura de presión arterial. Es alto si es de 140 mmHg o más.

Manejo y prevención de la hipertensión

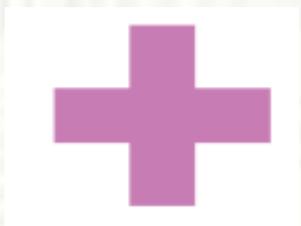


La hipertensión se puede controlar mediante cambios en el estilo de vida y medicamentos recetados. Si bien hay medicamentos disponibles para tratar la hipertensión, estudios han demostrado que los cambios modestos en el estilo de vida y la dieta pueden ayudar a tratar y, a menudo, retrasar o prevenir la presión arterial alta.

Además de mantener un peso saludable, evitar el tabaco y limitar el consumo de alcohol (no más de 2 tragos por día para hombres y 1 trago por día para mujeres), también se recomienda actividad física moderada durante 30 a 45 minutos la mayoría de los días



Manejo del estilo de vida: dieta



Aumentar el consumo de frutas y verduras



Mantener un peso saludable/adequad
o



Reducir la ingesta de sal y grasas.

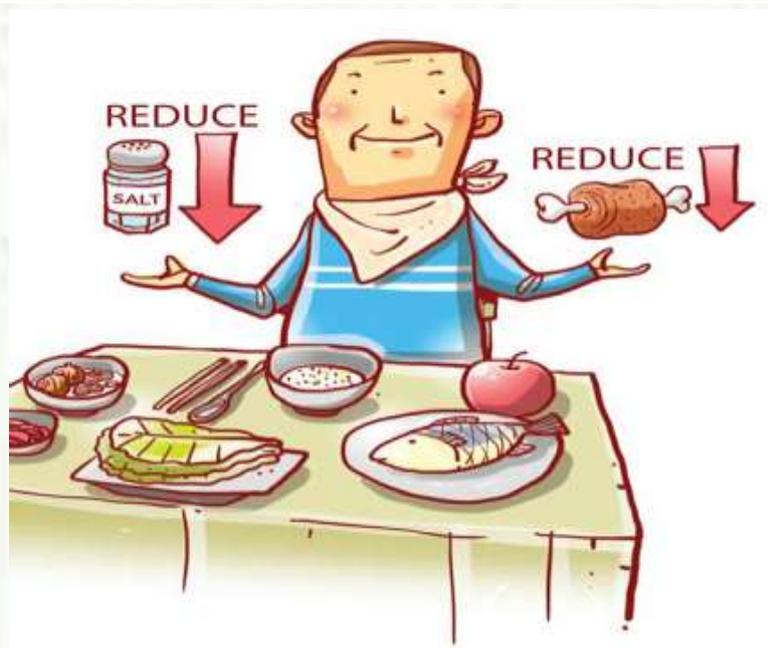


- El manejo de la dieta es muy importante para controlar la hipertensión.
- Los métodos incluyen reducir la ingesta de sal y grasas saturadas y consumir cantidades adecuadas de verduras y frutas para mantener un peso saludable.
- Cuando un paciente con hipertensión ingiere alimentos con alto contenido de sal, el sodio de la sal aumenta el volumen sanguíneo, lo que provoca una presión arterial más alta.
- Es muy importante reducir el consumo de sal del nivel global estimado de 9 a 12 gramos por día al objetivo máximo recomendado por la OMS de 5 gramos por día.

Alimentos saludables para bajar la presión arterial

¿Qué comer para bajar la presión arterial?

- Coma una amplia variedad de todos los grupos de alimentos.
- Coma cantidades adecuadas de carbohidratos saludables.
- Reduzca las grasas saturadas y las grasas trans.
- Reduzca la sal.



¿Por qué una dieta baja en grasas?

Para los pacientes con hipertensión, el manejo de la dislipidemia es muy importante; la dislipidemia es cuando el colesterol y los triglicéridos en la sangre son anormalmente altos.

El riesgo de complicaciones cardiovasculares aumenta cuando un paciente hipertenso presenta además dislipidemia, por lo tanto, es importante mantener el colesterol y los triglicéridos en la sangre dentro de un rango normal.

Para el control de la dislipidemia, se recomienda primero una dieta baja en grasas y colesterol y ejercicio regular. Si no se controla después de 3 a 6 meses de restricción dietética y ejercicio regular, se necesita terapia con medicamentos.

Prevención de la dislipidemia: El 50 % de los pacientes con niveles elevados de colesterol tienen hipertensión; la hipertensión y la dislipidemia asociadas aumentan el riesgo de complicaciones cardiovasculares, es importante mantener los niveles de colesterol y triglicéridos en sangre dentro del rango normal.



Modificación de estilos de vida que tienen una mayor escala de efecto (+++ siendo el más alto) y evidencia más fuerte (A siendo el más fuerte) de efectividad en la reducción del colesterol en la sangre:

Tabla 30.
Hábitos/estilos de vida

Cambio de hábitos de vida	Escala de efectos	Fuerza de la evidencia
Menos grasas saturadas	+++	A
Menos grasas trans	+++	A
Alimento rico en fitoesteroles	+++	A
Ingesta abundante de fibra dietética	++	A
Actividad física	+	A
Menos consumo de colesterol	++	B
Reducción de peso	+	B

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Dieta baja en grasas: menos grasas saturadas

Menor ingesta de grasas saturadas = ingesta regular y uniforme de varios grupos de alimentos

Tabla 31.
Meta consumo diario

Factor dietético	Meta
Grasa total	15–30%
Grasa saturada	< 10%
Grasa poli-insaturada	6–10%
Grasa monosaturada	5-10%
Colesterol	< 300 mg por día
Carbohidrato	55–75%
Azúcares libres	< 10%
Proteína	10–15%

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez



Cantidad adecuada



Horario regular



Variedad de alimentos

Dieta baja en grasas: elegir grasas saludables

Reduzca las grasas saturadas, reemplácelas con grasas no saturadas

Tabla 32.

Fuentes y tipos de grasa

Grasa saturada	Grasa monosaturada	Grasa poli-insaturada	
		Omega-6	Omega 3
Grasa animal (costilla, tocino)	Aceite de oliva	Aceite de maíz	Aceite de pescado (caballa, salmón, arenque, atún)
Productos lácteos (leche, queso)	Aceite de canola	Aceite de semilla de cártamo	Mariscos
Aceite de coco	Aceite de aguacate	Aceite de girasol	Aceite de soja
Aceite de palma (fideos, galletas saladas)		Aceite de cacahuete	Aceite de perilla
Manteca		Aceite de sésamo	Aceite de canola
		Aceite de semilla de uva	Nueces
		Aceite de soja	
		Aceite de onagra	

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Sustituir las grasas no saludables (saturadas) por grasas saludables (insaturadas) es mejor que reducir la grasa total en sí.



TIPOS DE GRASAS

 GRASAS SATURADAS	 GRASAS INSATURADAS	 GRASAS HIDROGENADAS
<i>En exceso son perjudiciales, inflamatorias, aumentan el colesterol, etc.</i>	<i>Son saludables para el corazón, colesterol, circulación, anti-inflamatorias, etc.</i>	<i>Muy perjudiciales para el corazón, peores que cualquier otro tipo de grasa</i>

- Si reduce la ingesta de grasas simplemente porque piensa que "las grasas son malas" y en su lugar come más carbohidratos como azúcar, pan blanco, arroz blanco y papas, aumentará más de peso y aumentarán sus niveles de triglicéridos en la sangre.
- Mientras que el consumo excesivo de energía a través de demasiadas grasas causa obesidad, aún es importante comer una cantidad adecuada del tipo correcto de grasas (insaturadas).

Dieta baja en grasas: reduce el colesterol



- Es importante reducir la grasa porque la mayoría de los pacientes con hipertensión normalmente tienen dislipidemia y necesitan controlar su peso. Cuando coma carne, trate de evitar la grasa.
- Reducir el consumo de hígado, intestino o carnes procesadas. Elija productos lácteos bajos en grasa o sin grasa.

Dieta baja en grasas: más fibra

Comer más fibra dietética

Fibra

- Impide la absorción y síntesis del colesterol.
- Disminuye la velocidad de absorción de los carbohidratos.
- Disminuye la incidencia de complicaciones y cáncer.
- Ayuda al sistema digestivo.
- Abundante en vegetales, frutas, granos y algas.



- Comer fibra tiene beneficios, como ayudar a perder peso, incluso si no reduce la presión arterial directamente. Los alimentos ricos en fibra son frutas, verduras, avena, frijoles secos, algas y granos.
- La fibra también previene la absorción y producción de colesterol.

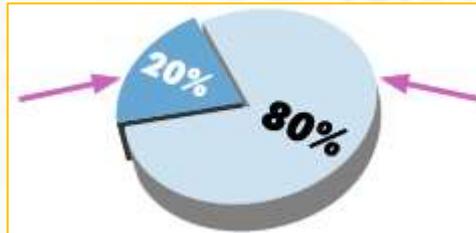
- También tiene el efecto positivo de reducir la tasa de absorción de carbohidratos, así como la incidencia de estreñimiento y cáncer.
- Algunos estudios informan una disminución de la presión arterial como resultado de comer más fibra dietética, pero esto necesita más investigación.

Preguntas y respuestas sobre la dieta baja en grasas



Pregunta ¿Puedo tener el colesterol alto incluso si no como carne ni alimentos grasos?

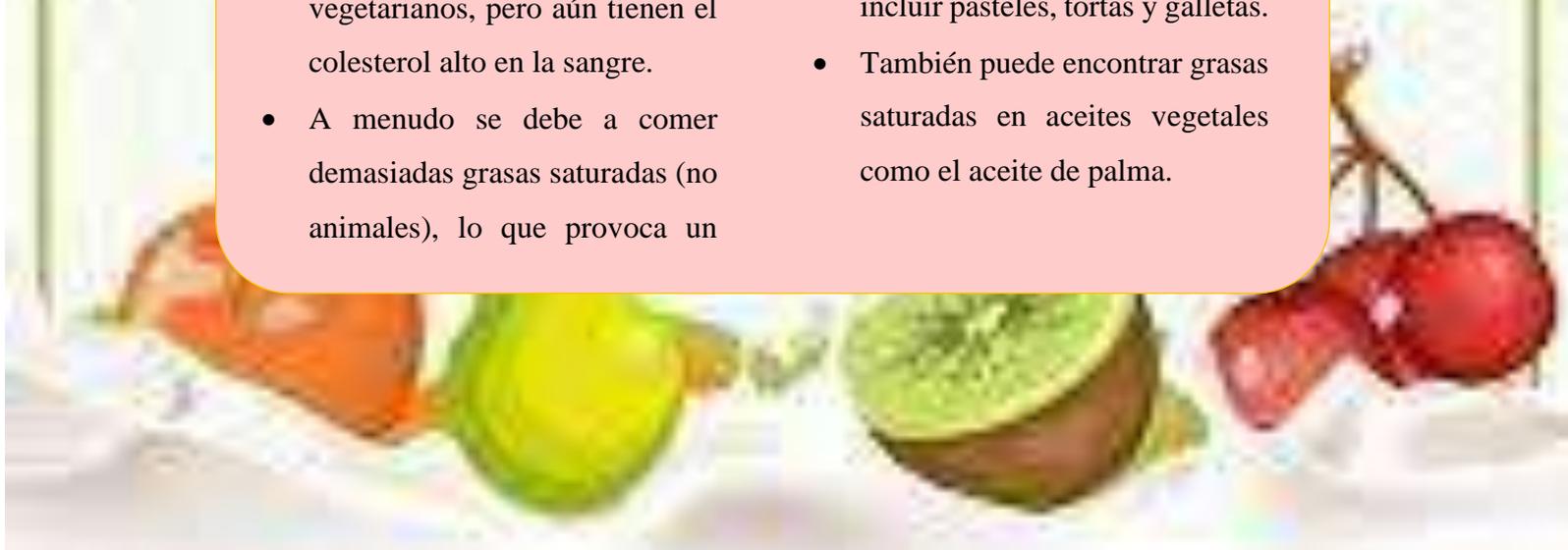
Respuesta Personas que tienen factores genéticos o comer demasiadas grasas saturadas escondido en los alimentos procesados pueden tener colesterol alto.



Grasa animal de los alimentos
(Factor dietético)

Producido en el hígado
(factor genético)

- Hay muchos pacientes con dislipidemia que son vegetarianos, pero aún tienen el colesterol alto en la sangre.
- A menudo se debe a comer demasiadas grasas saturadas (no animales), lo que provoca un aumento en la producción de colesterol.
- Las fuentes pueden incluir pasteles, tortas y galletas.
- También puede encontrar grasas saturadas en aceites vegetales como el aceite de palma.





Algunos tipos de aceite vegetal pueden aumentar el colesterol en la sangre.

- Los aceites como el aceite de palma y el aceite de coco tienen mucha grasa saturada.
- La margarina está hecha de aceite vegetal, pero debe evitarse debido a su abundancia de grasas trans, aunque también contiene muchas grasas no saturadas.
- Por su parte, las alubias, el maíz y las aceitunas son ricas en grasas insaturadas, por lo que normalmente actúan para reducir el nivel de colesterol en sangre.

¿Es mejor no comer carne, huevo o calamares?

En lugar de cerdo, elija pechuga de pollo, pescado y tofu.



Los calamares, las gambas, el cangrejo y el huevo tienen un alto contenido de colesterol, pero al mismo tiempo reducen la absorción de colesterol; es seguro comerlos de vez en cuando.



Sustituir grasas saludables (insaturadas) por grasas no saludables (saturadas) es mejor que reducir solamente la grasa total.



Los pacientes con hipertensión y dislipidemia deben consumir una cantidad adecuada de proteínas.

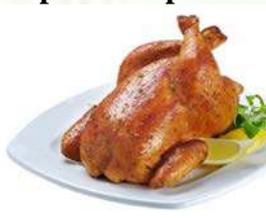
- Es mejor comer proteína de pollo, pescado y tofu, que de res o cerdo.
- En el pasado, los huevos, los calamares, las gambas y los cangrejos estaban restringidos porque tienen un alto contenido de colesterol.

Sin embargo, también son abundantes en esteroides que tienen el efecto de bloquear la absorción de colesterol.

En conclusión, los mariscos y los huevos que se sabe que tienen un alto contenido de colesterol se pueden consumir siempre y cuando no coma demasiado



Planes específicos para una dieta baja en grasas



Comience a cocinar después de quitar el exceso de grasa. Utilice métodos que reduzcan el aceite (asar a la parrilla en lugar de freír).

Quitar la piel antes de cocinar o comer

Use aceite vegetal no saturado cuando cocine. Cocine de maneras que usen menos aceite, como asar a la parrilla y al vapor.

Compre productos bajos en grasa o sin grasa. Controle el contenido de grasas y compra productos sin grasas saturadas.

Coma menos del tamaño de la palma de su mano (60–90 g) por día.

Elige carbohidratos saludables



ARROZ BLANCO



PAN MULTIGRANO



ARROZ INTEGRAL



- Carbohidratos en exceso → aumento de triglicéridos
- Acumulación de ácidos grasos → obesidad, arterioesclerosis
- En lugar de arroz blanco, fideos instantáneos y pan, elige arroz integral, pan de centeno y patatas.

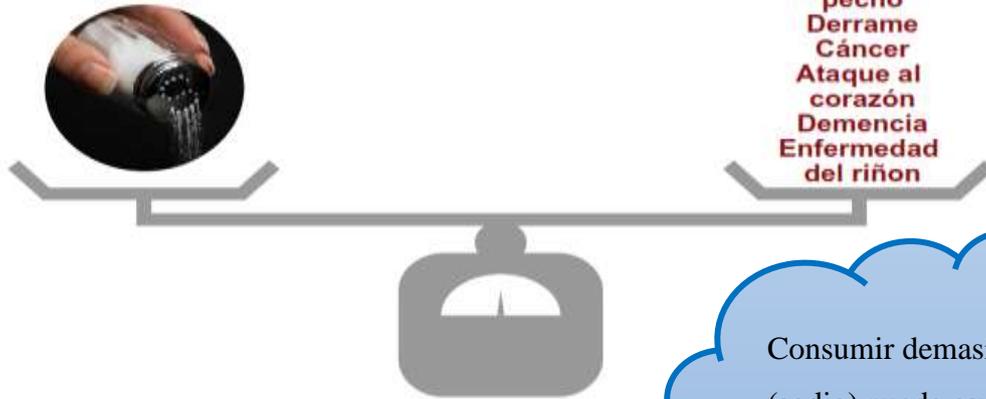
- Se recomienda una ingesta moderada de hidratos de carbono porque pueden aumentar los triglicéridos séricos y provocar obesidad y arterioesclerosis.

- Es importante comer arroz integral y pan integral en lugar de carbohidratos con un índice glucémico alto como arroz blanco, fideos instantáneos y pan blanco.



El consumo de sal riesgos para la salud

Alto consumo de sodio = carga de enfermedad ↑



Hipertensión
Angina de
pecho
Derrame
Cáncer
Ataque al
corazón
Demencia
Enfermedad
del riñón

Consumir demasiada sal
(sodio) puede causar
diversas enfermedades.

- Aumenta el riesgo no sólo de hipertensión y enfermedades cardiovasculares, sino también de enfermedad renal crónica, osteoporosis y cáncer gástrico.
- El riesgo aumenta a medida que aumenta la ingesta.
- La sal hace que su cuerpo retenga más agua.
- Esta agua almacenada adicional eleva la presión arterial y ejerce presión sobre los riñones, las arterias, el corazón y el cerebro.

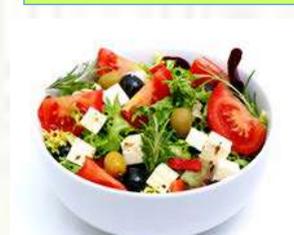
Menos sopa



No procesados



SI comida fresca



Una dieta equilibrada es muy importante para las personas con hipertensión.



Es vital comer menos sal (sodio).
Por ejemplo, en lugar de beber el caldo, coma solo los ingredientes de la sopa.

Reduzca también el consumo de alimentos encurtidos y procesados como ketchup, salchichas y jamón.

Menos grasas saturadas, grasa insaturada adecuada.
Coma de varios grupos de alimentos con regularidad.

Elija carbohidratos saludables.
Reduzca la sal.

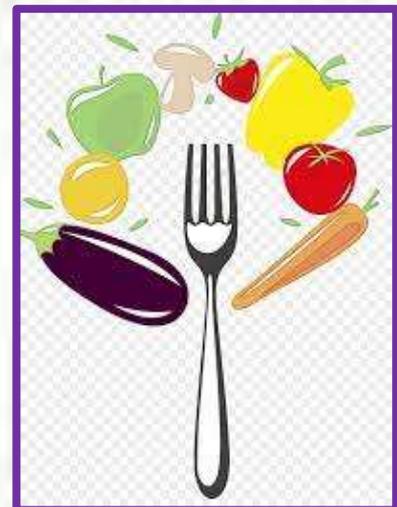


Lo que come afecta sus posibilidades de tener presión arterial alta. Un plan de alimentación saludable puede reducir el riesgo de desarrollar hipertensión y disminuir la PA. Para un plan de alimentación general, considere DASH, que significa "Enfoques dietéticos para detener la hipertensión".



Usted puede reducir su presión arterial al comer alimentos bajos en grasas saturadas, grasas totales y colesterol, y altos en frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa.

El plan de alimentación DASH incluye cereales integrales, aves, pescado y frutos secos, y tiene bajas cantidades de grasas, carnes rojas, dulces y bebidas azucaradas. También es rico en potasio, calcio y magnesio, así como en proteínas y fibra. Comer alimentos bajos en sal y sodio también puede reducir la presión arterial.



El plan de alimentación DASH tiene más porciones diarias de frutas, verduras y granos de las que está acostumbrado a comer. Esos alimentos tienen un alto contenido de fibra, y comer más de ellos puede causar temporalmente hinchazón y diarrea. Para acostumbrarse al plan de alimentación DASH, aumente gradualmente sus porciones de frutas, verduras y granos.

A continuación, se describe las porciones y grupos de alimentos para el plan de alimentación DASH.



Tabla 33.*El plan de alimentación DASH*

El plan de alimentación DASH que se muestra a continuación se basa en 2000 calorías por día. La cantidad de porciones diarias en un grupo de alimentos puede variar de las enumeradas, según sus necesidades calóricas.

Grupo de alimentos	Porciones Diarias	Tamaños de las porciones
Granos y productos de cereales	7-8	1 rebanada de pan 1 taza de cereal listo para comer 1/2 taza de arroz, pasta o cereal cocido 1 taza de verdura de hoja cruda
Vegetales	4-5	1/2 taza de vegetales cocidos 6 onzas de jugo de vegetales
Frutas	4-5	1 fruta mediana 1/4 taza de frutos secos 1/2 taza de fruta fresca, congelada o enlatada 6 onzas de jugo de frutas
Productos lácteos bajos en grasa o sin grasa	2-3	8 onzas de leche 1 taza de yogur 1 1/2 onzas de queso
Carnes magras, aves y pescado	2 o menos	3 onzas de carne magra cocida, aves de corral sin piel o pescado 1/3 taza o 1 1/2 onzas de nueces
Nueces, semillas y fréjoles secos	4-5 por semana	1 cucharada o 1/2 onzas de semillas 1/2 taza de fréjoles secos cocidos
Grasas y aceites	2-3	1 cucharadita de margarina blanda 1 cucharada de mayonesa baja en grasa 2 cucharadas de aderezo ligero para ensaladas 1 cucharadita de aceite vegetal
Dulces	5 por semana	1 cucharada de azúcar 1 cucharada de gelatina o mermelada 1/2 onzas de gominolas 8 onzas de limonada

Elaborado por: Andrea Rivera y María Rodríguez

Incentiva a disminuir el SODIO en tu dieta y a incorporar alimentos ricos en nutrimentos que ayudan a disminuir la presión arterial como POTASIO, CALCIO Y MAGNESIO.



Favorece la pérdida y mantenimiento de peso



Controla el colesterol y la presión arterial



Aporta nutrientes como fibra, minerales y vitaminas



Mejora enfermedades como la diabetes y enfermedades cardiovasculares

Qué Alimentos Incluye?



VERDURAS

5 porciones x día

Prefiere verduras crudas con cáscara y hojas verdes.



FRUTAS

5 porciones x día

Elige frutas con cáscara y limita el consumo de jugos.



HIDRATOS DE C.

7 porciones x día

Consumo cereales, panes, pastas integrales y evita los industrializados.



CARNES MAGRAS

2 o - porciones x día

Disminuye el consumo de carnes con grasa, vísceras y embudados.



LEGUMINOSAS

1 porción x día

Incluye en tu dieta frijoles, lentejas, garbanzos etc.



OLEAGINOSAS

2 -3 x semana

Elige castañas, nueces, almendras, semillas naturales sin sal.



LÁCTEOS

2 porciones x día

Prefiere los lácteos descremados y evita lácteos con azúcar



Limita la sal de tus comidas y evita alimentos industrializados.



Consejos para cambiar al plan de alimentación DASH

- Cambie gradualmente. Agregue una porción de vegetales o frutas en el almuerzo y la cena.
- Use sólo la mitad de la mantequilla o margarina que usa ahora.
- Si tiene problemas para digerir los productos lácteos, pruebe las pastillas o gotas de enzima lactasa; están disponibles en farmacias y supermercados. O compre leche sin lactosa o leche con enzima lactasa añadida.



- Obtenga nutrientes adicionales, como las vitaminas B, eligiendo alimentos integrales, incluido el pan integral o los cereales integrales.
- Distribuya las porciones. Coma dos porciones de frutas y/o vegetales en cada comida, o agregue frutas como bocadillos.
- Trate la carne como una parte de la comida, en lugar del enfoque. Pruebe los guisos, la pasta y los platos salteados. Tener dos o más comidas sin carne a la semana.
- Use frutas o alimentos bajos en grasa como postres y meriendas.

Ayuda a **reducir** las cifras de **tensión arterial** elevadas, a la vez que contribuye a la pérdida de peso.



Baja la presión arterial alta



Disminuye el riesgo de enfermedades cardíacas, insuficiencia cardíaca y accidentes cerebrovasculares



Ayuda a prevenir o controlar la diabetes tipo 2



Elementos de acción para ayudar a bajar la presión arterial

1. Mantenga un peso saludable

- Consulte con su proveedor de atención médica para ver si necesita perder peso.
- Si lo hace, baje de peso lentamente siguiendo un plan de alimentación saludable y realizando actividad física.



2. Sea físicamente activo

- Realice actividad física durante un total de 30 minutos la mayoría de los días de la semana.
- Combine las tareas cotidianas con actividades deportivas de nivel moderado, como caminar, para lograr sus objetivos de actividad física.



3. Siga un plan de alimentación saludable

- Establezca un plan de alimentación saludable con alimentos bajos en grasas saturadas, grasas totales y colesterol, y alto contenido de frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa, como el plan de alimentación DASH.
- Anote todo lo que come y bebe en un diario de alimentos. Tenga en cuenta las áreas que tienen éxito o necesitan mejorar.
- Si está tratando de perder peso, elija un plan de alimentación que sea más bajo en calorías.



4. Reduzca el sodio en su dieta

- Elija alimentos bajos en sal y otras formas de sodio.
- Use especias, ajo y cebolla para agregar sabor a sus comidas sin agregar más sodio.



5. Beba alcohol con moderación

- Además de aumentar la presión arterial, el exceso de alcohol puede agregar calorías innecesarias a su dieta.
- Si bebe bebidas alcohólicas, tome sólo una cantidad moderada: una bebida al día para las mujeres, dos bebidas al día para los hombres.



6. Tome los medicamentos recetados según las indicaciones

- Si necesita medicamentos para ayudar a bajar su presión arterial, aún debe seguir los cambios de estilo de vida mencionados anteriormente.
- Use notas y otros recordatorios que le ayuden a recordar tomar sus medicamentos. Pídele a tu familia que te ayude con llamadas telefónicas y mensajes de recordatorio.



CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Los adultos mayores en su mayoría son hombres excediendo a las mujeres en apenas un 2,8%, mayormente tienen un nivel de instrucción de primaria, las mujeres han alcanzado niveles mayores de instrucción llegando hasta al tercer nivel; la población adulta mayor que asiste al dispensario Marcopamba seguro social campesino de Bolívar, la gran mayoría se autoidentifica como mestizos, la principal fuente de ingresos de estas personas es la proveniente de la agricultura, una pequeña proporción de la población estudiada es jubilada o se dedica a actividades del hogar, más del 70% de los adultos mayores se encuentran casados.

La población adulta mayor con sobrepeso alcanza un 29,5% mientras que con obesidad el 11%, donde las mujeres padecen mayormente sobrepeso y los hombres obesidad, el 94,80% de la población presenta riesgo metabólico, el 85,55% de las personas de tercera edad padecen de presión arterial elevada, alta 1 y 2.

Los alimentos que se encuentran o son consumidos diariamente por los adultos mayores son: la sal, achote, leche entera, queso, tortilla de Maíz así lo sostiene un promedio de 67,17% de los encuestados, existen alimentos que de igual forma se ingieren de forma diaria como: mantequilla, margarina, huevo entero fresco, lenteja, arveja, fréjol por un promedio de 32,18% de las personas de la tercera edad; mientras que alimentos como: mermeladas, fideos, huevo de codorniz, maíz, carne de res, gaseosas, claudia, atún enlatado, panes y chorizo son consumidos por un promedio de 6,36% de las personas que asisten al dispensario Marcopamba.

Debido a la prevalencia de pacientes con problemas de hipertensión, sobrepeso, obesidad, riesgo metabólico y malos hábitos alimenticios, es indispensable se disponga de un material que permita identificar cuáles son las medidas a tomar para mejorar esta condición, pudiendo con ello prevenir el

padecimiento de otro tipo de enfermedades que pueden llegar a limitar la independencia de los adultos mayores como lo es un infarto, insuficiencia renal segura, u otros.

5.2. Recomendaciones

Es evidente que la preparación académica de la mayor parte de los adultos mayores no supera el nivel básico lo cual puede considerarse un factor o causa de influencia en la acorde alimentación, siendo indispensable se desarrollen capacitaciones informativas sobre temas relacionados a su actual situación (hipertensión), los cuidados o actividades que deben desarrollar con el propósito de poder mejorar su condición de salud.

Dentro de la población adulta mayor se identifican factores modificables como sobrepeso y obesidad mismos que tienden a empeorar la hipertensión por lo cual es indispensable se disponga por parte del dispensario programas de control y acompañamiento nutricional, a fin de que los adultos mayores alcancen un peso óptimo y con ello una presión arterial normal.

Emplear el instrumento diseñado para informar a los adultos mayores sobre que es la hipertensión y las medidas que pueden abordar desde sus hogares para poder disminuir la prevalencia de pacientes hipertensos, pudiendo con ello mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, dado que los mismos no dependerán de fármacos, previniendo así problemas cardiacos, cerebrovasculares o renales.

Al personal del dispensario médico Marcopamba socializar la guía con las personas adultos mayores y población en general, para que conozcan la importancia de detectar a tiempo la hipertensión y las medidas que deben tomarse para poder tratar desde casa esta afección.

CAPÍTULO 6

MARCO ADMINISTRATIVO

6.1. Recursos

6.1.1. Institucionales

- Universidad Estatal de Bolívar.
- Dispensario Marcopamba Seguro Social Campesino de Bolívar.

6.1.2. Humanos

6.1.2.1. Estudiantes de la escuela de enfermería:

- RIVERA GAROFALO ANDREA MISHEL
- RODRÍGUEZ CARRILLO MARÍA JOSÉ

6.1.2.2. Directora del proyecto de titulación:

- ND. JANINE TACO. MSC

6.1.2.3. Tecnológicos

- Internet
- Celular
- Computador
- Impresora
- Memory flash

6.1.2.4. Materiales

- Impresión ficha de recolección de datos.
- Impresión de la guía Hábitos Alimenticios Saludables Para Pacientes Con Hipertensión.
- Impresiones de los consentimientos informados.
- Impresiones finales del proyecto de investigación.
- Grabación del CD para el proyecto.
- Transporte

6.3. Cronograma

Tabla 35.																																
<i>Cronograma</i>																																
Mes	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración de anteproyecto	■	■	■																													
Presentación del anteproyecto				■																												
Aprobación del anteproyecto				■																												
Designación del tutor				■																												
CAPITULO I: EL PROBLEMA																																
Planteamiento del problema					■																											
Formulación del problema						■																										
Justificación de la investigación								■																								
Limitaciones									■																							
CAPITULO II: MARCO TEORICO																																
Antecedentes de la investigación									■	■	■																					
Bases teóricas													■	■	■	■																
Definición de términos (glosario)																	■															
Sistema de variables																	■															
CAPITULO III: METOLOGIA																																

Bibliografía

- Acosta Silva, M. (2017). Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador. *Arch Med Camagüey* , 2-7.
- Alvarez, C. (2017). *Estado nutricional y presión arterial del adulto mayor, asilo de ancianos Virgen Asunta, Chachapoyas – 2017*. Perú: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.
- Angarita, A. (2019). Estado nutricional de adultos mayores de 65 a 90 años del programa adulto mayor de los centros de Vida Bella Arena . *Universidad del Norte* , 10-20.
- Arango, F., Echavarría, M., Aguilar, A., & Patiño, A. (2020). Validación de dos cuestionarios para evaluar el nivel de actividad física y el tiempo sedentario en una comunidad universitaria de Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 1-11.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2021). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito: ANE.
- Bahamondes, C., Molina, A., & Villarino, F. (2020). *Perfil clínico y nutricional de pacientes hipertensos y su adherencia al patrón alimentario DASH*. Córdoba: U.N.C.
- Ballesteros Hernández, M. (2017). Fisiología del envejecimiento: contenido de estudio imprescindible en la formación del médico cubano . *Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara*, 2-4.
- Barahona, A., Espín, M., Velásquez, C., & Pozo, J. (2021). Estado Nutricional y factores de riesgo para enfermedad crónica no transmisible en ancianos de la población El Juncal, Ecuador. *La U Investiga* , 9-21.
- Barmaimon, E. (2018). *Libros angioedema adquirido y hereditario*. Uruguay: Biblioteca Virtual de Salud del S. M.U.

- Bernabe, A., Carrillo, R., Gilman, R., Liam, S., William, C., & Miranda, J. (2022). Leisure-Time and Transport-Related Physical Activity and the Risk of Mortality: The CRONICAS Cohort Study. *Journal of Physical Activity and Health*, 118-124.
- Cáceres Franco, K. (2019). Relación del nivel de conocimiento y desempeño de los estudiantes para la toma de la presión arterial. *Universidad Nacional del Altiplano*, 4-7.
- Callejo, A. (28 de Febrero de 2020). *Los alimentos y bebidas con más sodio que consumes a diario*. Obtenido de <https://cuidateplus.marca.com/alimentacion/nutricion/2020/02/24/alimentos-bebidas-sodio-consumes-diario-172140.html>
- Carrión Díaz, C. (2018). Nutrición y dieta. *Facultad de ciencias y de la salud*, 20-25.
- Castillo Hernández, L. (2017). Valoración del Estado Nutricional. *Médica de la Universidad Veracruzana*, 2-5.
- Castro, I., & Quispe, M. (2018). *Nivel de actividad física y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a los establecimientos de salud de la Microred Collique III del distrito de Comas, 2016*. Perú: UCH.
- Chacoma, A. (2017). *Envejecer formando parte de un grupo. una mirada desde el trabajo social*. Comodoro Rivadavia: Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco.
- Cleland, C., Ferguson, S., Ellis, G., & Hunter, R. (2018). Validity of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) for assessing moderate-to-vigorous physical activity and sedentary behaviour of older adults in the United Kingdom. *BCM Medical Research Methodology*, 1-12.
- Congreso Nacional. (2017). *Ley Orgánica de Salud*. Quito: CN.

- Durán, A. (2017). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Universitas Médica*, 10-13.
- Duran, S., Landaeta, L., & Cortes, L. (2019). Consumo de lácteos y asociación con diabetes e hipertensión. *Revista chilena de nutrición*, 776-782.
- Encalada, L., Álvarez, K., Barbecho, P., & Wong, S. (2018). Hipertensión arterial en adultos mayores de la zona urbana de Cuenca. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* , 183-187.
- Encalada, L., Aucapiña, N., Ávila, M., Buri, I., & Wong, S. (2020). Confiabilidad del cuestionario internacional de actividad física en adultos mayores de la sierra ecuatoriana. *Ateneo* , 57-66.
- Espinosa Brito, A. (2018). Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. *Finlay* , 2-6.
- Espinosa, A. (2019). *Causas para el desarrollo de hipertensión arterial en el club de adultos mayores que asisten al centro de salud Salinas 2018*. Ibarra : Universidad Técnica del Norte .
- Fábregues, G. (2018). Consenso Argentino de hipertensión arterial . *Sociedad Argentina de hipertensión arterial* , 3-15.
- García Barreto, D. (2017). La hipertensión arterial en la tercera edad. *Cubana de Medicina*, 3-9.
- García, V. (26 de Febrero de 2020). *¿Son los embutidos un verdadero riesgo para su salud?* Obtenido de <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2020/02/26/son-los-embutidos-un-verdadero-riesgo-para-su-salud.html>
- Gómez León, A. (2017). Técnica para una correcta toma de la presión arterial en el paciente ambulatorio. *50 Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM* , 51-55.

- Hernández Rodríguez, J. (2018). Utilidad del índice cintura/cadera en la detección del riesgo cardiometabólico en individuos sobrepesos y obesos. *Cubana de Endocrinología*, 3-8.
- Huerta Robles, B. (2017). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Archivos de cardiología en México* , 3-4.
- Hurtado Valarezo, L. (2018). Valoración Integral del adulto mayor en en dos consultorios del centro de pascuales. *Universidad Católica Santiago de Guayaquil*, 5-17.
- Islam, T., Siraj, S., Hassan, Z., Nayem, M., Chandra, D., Islam, A., . . . Tanweer, A. (2020). Influence of height on blood pressure and hypertension among Bangladeshi adults. *International Journal of Cardiology Hypertension*, 1-6.
- Jami, E., & Salinas, R. (2018). *Estado nutricional relacionado a la hipertensión arterial en adultos mayores de la fundación Melvin Jones 2018*. Santa Elena: Universidad Estatal Pnínsula de Santa Elena.
- Kent, J., Hanne, A., Kåre, H., & Anne, T. (2021). Criterion validity of The International Physical Activity Questionnaire-Short Form (IPAQ-SF) for use in clinical practice in patients with osteoarthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 1-9.
- Mejía, G. (2021). *Calidad de vida y felicidad en la persona adulta mayor*. Costa Rica : Editorial del Pueblo.
- Noriega Borge, M. (2017). Fisiología Humana. *Universidad de Cantabria*, 10-13.
- Ocoruro Bustinza, R. (2018). Atención en enfermería en pacientes con hipertensión arterial . *Universidad Nacional de Altiplano* , 2-11.
- Ordúñez García, P. (2017). Hipertensión arterial: reomendaciones básias para la prevención, detección, evaluación y tratamiento. *Finlay* , 7.

- Organización Mundial de la Salud . (26 de Noviembre de 2020). *Actividad física*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Organización Mundial de la Salud . (25 de Agosto de 2021). *Más de 700 millones de personas con hipertensión sin tratar*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la salud . (11 de Febrero de 2021). *Hipertensión*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/hipertension#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20afecta%20entre%20el, personas%20padecen%20de%20presi%C3%B3n%20alta>.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud. (17 de Mayo de 2021). *Ecuador implementa el programa HEARTS para luchar contra la hipertensión*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/17-5-2021-ecuador-implementa-programa-hearts-para-luchar-contra-hipertension>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud en las Américas Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington: OMS.
- Ortiz, R., Viviana, E., Hurtado, J., Espinoza, I., Morocho, A., Cárdenas, J., . . . Peralta , M. (2018). Physical inactivity and sociodemographic characteristics in the rural population from Cumbe and Quingeo, Ecuador. *Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica*, 253-255.
- Osorio Bedoy, E. (2018). Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. *Sociedad Coombiana de Cradiología y Cirugía Cardiovascular*, 210-216.
- Paredes, M., & Monteiro, L. (2019). *Desde la niñez a la vejez: nuevos desafíos para la comprensión de la sociología de las edades*. Argentina : Teseo.

- Perdomo, M. (21 de Febrero de 2018). *Alimentos ricos en potasio para controlar la hipertensión*. Obtenido de <https://www.aarp.org/espanol/cocina/dieta-y-nutricion/info-2014/alimentos-potasio-hipertension.html>
- Ramos, V., Reyes, C., & Rivera, V. (2016). *Índice de masa corporal y registro dietético en pacientes hipertensos de 20 – 59 años que consultan las UCSF-I el Paraíso y San José las Flores, mayo – junio 2016*. San Salvador: Universidad de el Salvador .
- Ravasco. (2017). Métodos de valoración del estado nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 5-10.
- Rivera, L. (2020). *Relación entre la obesidad y los valores de tensión arterial en pacientes adultos atendidos en consulta externa del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca 2019*. Cuenca : Universidad de Cuenca .
- Rubio, F., Aznar, C., & Muro, C. (2017). Medición de la actividad física en personas mayores de 65 años mediante el IPAQ-E: validez de contenido, fiabilidad y factores asociados. *Revista Española de Salud Pública*, 1-12.
- S.L. SALUD. (24 de Noviembre de 2021). *Las personas que deberían evitar el atún en lata: cuidado con la presión arterial*. Obtenido de <https://www.20minutos.es/salud/nutricion/las-personas-que-deberian-evitar-el-atun-en-lata-cuidado-con-la-presion-arterial-4901645/?autoref=true>
- Sánchez, M., Martínez, I., Cancela, J., & Ayán, C. (2018). Cuestionarios de estimación de actividad física: revisión sistemática y análisis de sus propiedades psicométricas en población española mayor de 60 años. *Revista Española de Salud Pública* , 1-17.
- Satoshi, K., Takehiko, D., Kota, T., Sho, N., Hideaki, I., Yuto, K., & Hiroyuki, S. (2021). Predictivity of International Physical Activity Questionnaire Short Form for 5-Year Incident Disability Among Japanese Older Adults. *Journal of Physical Activity and Health*, 1231-1235.

- Suárez Carmona, W. (2018). Índice de masa corporal: ventajas y desventajas de su uso en la obesidad. Relación con la fuerza y la actividad física. *Nutrición Clínica en Medicina* , 129-133.
- Sumen, Y. (2017). Calidad de los registros de enfermería en la historia clínica del servicio. *Universidad Nacional del Altiplano*, 18-27.
- Tagle, R. (2017). Diagnóstico de hipertensión arterial . *Pontificia Universidad Católica de Chile*, 1-18.
- Torres Quirós, A. (2020). Características clínico- epidemiológicas de la presión arterial con relación a variables modificables y no modificables en pacientes . *Universidad Autónoma de Puebla* , 20-21.
- Valero Cabello, E. (2017). Antropometría . *Instituto Nacional de seguridad e higiene en el trabajo* , 10-15.
- Vásquez, G. (2020). *Evaluación del nivel de actividad física y conducta sedentaria en estudiantes de Fisioterapia y Terapia Física de 4to a 8vo semestre de la Facultad de Ciencias de la Discapacidad, Atención Prehospitalaria y Desastres de la Universidad Central del Ecuador* . Quito : UCE.
- Villacis Nieto, J. (2018). Hipertensión arterial como factor de riesgo para infarto agudo de miocardio . *Universidad de Guayaquil* , 14-23.
- Villafuerte Reinante, J. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectoria. *MediSur* , 3-7.
- Zeratsky, K. (29 de Julio de 2021). *¿Qué producto para untar es mejor para mi corazón, la mantequilla o la margarina?* Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/expert-answers/butter-vs-margarine/faq-20058152>

ANEXOS

Anexo 1 Ficha de recolección de información y consentimiento informado



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

FICHA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

TEMA:

**VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS.
DISPENSARIO MARCOPAMBA SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE
BOLIVAR. OCTUBRE 2021- ENERO 2022**

Objetivo: Identificar características, hábitos y factores de riesgo en pacientes adultos mayores hipertensos.

Instrucciones: Marcar con una x según corresponda.

Datos personales:	
Fecha de Nacimiento	
Edad	

Sexo			
Hombre		Mujer	

Genero					
Masculino		Femenino		LGBTI	

Nivel de Instrucción							
Ninguna		Primer Nivel		Secundaria		Tercer Nivel o Superior	

Etnia							
Indígena		Mestizo		Afroecuatoriano		Blanco	

Ocupación							
Agricultor		Artesano		Comerciante		Otro	

Estado civil									
Soltero		Casado		Unión Libre		Divorciado		Viudo	

Medidas Antropométricas			
Peso		Talla	

Diagnóstico Nutricional			
IMC			
Clasificación			
Bajo peso		Normal	
		Sobrepeso	
		Obesidad	
Circunferencia Cintura		Circunferencia Cadera	
Índice Cintura/ Cadera			

Riesgo metabólico			
Sin riesgo		Con riesgo	

Control de Presión Arterial			
Clasificación			
Normal		Elevada	
		Alta 1	
		Alta 2	
		Crisis Hipertensiva	

Tiempos de comida			
Más de 5 veces		5 veces al día	
		3 veces al día	

Encuesta IPAQ

Actividades Físicas "INTENSAS"

Piense en todas las actividades intensas que usted realizó en los últimos 7 días. Las actividades intensas son aquellas que implican un esfuerzo intenso y que le hacen respirar mucho más intensamente de lo normal. Por ejemplo:



Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó **durante por lo menos 10 minutos seguidos**.

1. Durante los últimos 7 días, ¿en cuantos realizó actividades físicas intensas tales como levantar pesos pesados, cavar, hacer ejercicios aeróbicos o andar rápido en bicicleta?
 - **Días por semana** _____
2. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física intensa en uno de esos días?
Ejemplo: si practicó 20 minutos marque 0 horas y 20 minutos
 - **Horas por día** _____
 - **Minutos por día** _____

Actividades Físicas “MODERADAS”

Piense en todas las actividades moderadas que usted **realizó en los últimos 7 días**.

Las actividades moderadas son aquellas que requieren un esfuerzo físico moderado que lo hace respirar algo más intensamente que lo normal.



Piense solo en aquellas actividades físicas que realizó **durante por lo menos 10 minutos seguidos**.

3. Durante los últimos 7 días, ¿en cuántos días hizo actividades físicas moderadas como transportar pesos livianos, andar en bicicleta a velocidad regular o jugar dobles de tenis? **No incluya caminar.**
 - **Días por semana** _____
4. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a una actividad física moderada en uno de esos días?
Ejemplo: si practicó 20 minutos, marque 0 horas y 20 minutos.
 - **Horas por día** _____
 - **Minutos por día** _____

CAMINAR

Piense en el tiempo que usted dedicó a caminar **en los últimos 7 días**.

Esto incluye caminar en el trabajo o en la casa, para trasladarse de un lugar a otro, o cualquier otra caminata que usted podría hacer solamente para la recreación, el deporte, el ejercicio u el ocio.

5. Durante los últimos 7 días, ¿En cuántos caminó **por lo menos 10 minutos seguidos**?

- **Días por semana** _____

6. Habitualmente, ¿cuánto tiempo en total dedicó a **caminar** en uno de esos días?

- **Horas por día** _____
- **Minutos por día** _____

SENTADO durante los días laborales

La última pregunta es acerca del tiempo que pasó usted sentado durante los días hábiles de los últimos 7 días

Esto incluye el tiempo dedicado al trabajo, en la casa, en una clase, y durante el tiempo libre.

Puede incluir el tiempo que pasó sentado ante un escritorio, visitando amigos, leyendo, viajando en ómnibus, o sentado o recostado mirando la televisión.

7. Durante los últimos 7 días ¿cuánto tiempo pasó sentado durante un día hábil?

- **Horas por día** _____
- **Minutos por día** _____

Ingesta de productos con alto contenido de Sodio (> o igual a 100mg)					
Alimento	Frecuencia de consumo				
	Al menos una vez al día	4-6 veces por semana	1-3 veces por semana	Rara vez (1-2 veces al mes)	Nunca
Cereales y Derivados					
Fideos					
Galletas					
Maiz					
Panes					
Quinoa					
Tortilla de Maiz					
Leguminosas y Oleaginosas					
Arveja					
Fréjol					
Lenteja					
Frutas y Derivados					
Claudia					
Pasas					
Huevos y Derivados					
Clara de huevo					
Huevo de codorniz					
Huevo entero fresco					
Pescado y Mariscos					
Atún enlatado					
Sardina					
Pescados					
Carnes y Derivados					
Carne de res					
Chorizo					
Conejo					
Longaniza					
Visceras					
Leche y Derivados					
Leche entera					
Queso					
Grasas y Aceites					
Mantequilla					
Margarina					
Especias					
Achote					
Sal					
Azúcares y Postres					
Mermeladas					
Chocolate					
Bebidas alcohólicas y no alcohólicas					
Gaseosas					

Fuente: (ENSANUT, 2014)

Uso de sal de mesa para cocinar y adiconar a sus allmentos

1. En un día habitual ¿qué cantidad de sal usa en total para preparar en casa sus alimentos de todo el día? No considere la sal usada en la preparación de los alimentos de toda la familia, solo la incluida en sus alimentos.

- 1 cucharadita cafetera
- ½ cucharadita cafetera
- ¼ cucharadita cafetera
- Otra, especifique _____
- No uso sal para cocinar mis alimentos

2. En un día habitual ¿Qué cantidad de sal adicono en la mesa a sus alimentos?

- 1 cucharadita cafetera
- ½ cucharadita cafetera
- ¼ cucharadita cafetera
- Otra, especifique _____
- No adicono sal en la mesa a los alimentos.

Hipertensión arterial primaria	Hipertensión arterial secundaria
Historial familiar	Enfermedad renal parenquimatosa
Tabaquismo	Enfermedad renal vascular
Dislipidemia	Aldosteronismo primario
Sobrepeso	Síndrome de Cushing
Obesidad	Hipotiroidismo
Ingesta alta de sodio	Hipertiroidismo
Alto consumo de grasas saturadas	
Bajo consumo de frutas	
Consumo de alcohol	
Sedentarismo	

HOJA DE CONSENTIMIENTO

YO,, certificó que he sido informado/a sobre la investigación denominada “VALORACIÓN NUTRICIONAL EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. DISPENSARIO MARCOPAMBA SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE BOLÍVAR. OCTUBRE 2021- ENERO-2022” y el propósito de la misma, además que los datos obtenidos sobre mi persona serán almacenados en absoluta confidencialidad.

INVESTIGADORA
ANDREA RIVERA

INVESTIGADORA
MARÍA RODRÍGUEZ

INVESTIGADO

Anexo 2 validación del instrumento

Guaranda 11 de Enero del 2022

Nutricionista Dietista
Janine Taco Vega
Presente

De mi consideración con un cordial saludo en respuesta a su oficio, referente a la solicitud de revisión y aprobación de la ficha para recolección de información propuesta para el trabajo de investigación VALORACION NUTRICIONAL EN ADULTO MAYORES HIPERTENSOS, DISPENSARIO MARCOPAMBA SEGURO SOCIAL CAMPESINO DE BOLIVAR OCTUBRE 2021- ENERO 2022 solicitada por las estudiantes Andrea Rivera Garofalo y María Jose Rodríguez, el mismo que ha sido valorado de acuerdo a la TABLA DE COMPOSICION DE ALIMENTOS ECUATORIANOS-ENCANUT, el cual cumple con los parámetros y esta apto para ser aplicado en los adultos mayores en estudio

Atentamente;



Mgs. Laura Mercedes Villa Naufay
MAGISTER EN NUTRICIÓN CLÍNICA



ESPOCH

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

CARRERA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Lunes, 17 de enero de 2022

A quien corresponda.-

Yo, Catherine Alexandra Andrade Trujillo docente de la Carrera de Nutrición y Dietética de la ESPOCH, valido la encuesta a ser aplicada en el trabajo de Investigación titulado "Valoración nutricional en adultos mayores hipertensos. Dispensario Marcopamba Seguro Social Campesino de Bolívar. Octubre 2021 – Enero 2022", ya que se pretenden aplicar cuestionarios validados en población latina acerca de la actividad física y el consumo de alimentos con contenido de sodio.

Es todo cuanto puedo informar y quedo a las órdenes por cualquier aclaración.

Atentamente.-



ND. Catherine Andrade
DOCENTE

Anexo 3 Evidencias fotográficas recolección de información





Hábitos alimenticios saludables para pacientes con hipertensión