

**UNIVERSIDAD AUTONOMA JUAN MISAEL SARACHO  
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA  
DIRECCION DE POST GRADO**



**TESIS DE GRADO**

**HIPERTENSION ARTERIAL RELACIONADO A MALOS HABITOS EN LA ALIMENTACION Y ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES EN PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD COPACABANA CIUDAD DE EL ALTO - PRIMER SEMESTRE GESTION 2019**

**Por: LIC. ELIZABETH OLIVIA QUISPE LOPEZ**

**Tesis presentada a consideración de la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho”, como requisito para obtener el Título de Maestría en Enfermería Médico Quirúrgico.**

**La Paz – Bolivia**

**2019**

**TESIS APROBADA POR:**

---

M. Sc. Dra. Mariam Casal Chali  
**SECRETARIA DE EDUCACIÓN CONTÍNUA**

**TRIBUNAL:**

---

M. Sc. Lic. María Elena Tenorio Capo  
**PRESIDENTE**

---

M. Sc. Lic. Rossmery Julia Ballón Lazarte  
**SECRETARIA**

---

M. Sc. Lic. Fanny Olaguivel Jiménez  
**MIEMBRO DE TRIBUNAL**

### **Dedicatoria:**

\*Este trabajo de investigación, basado en mi esfuerzo, dedicación y paciencia, lo dedico a Dios, por ser mi fuente de espiritualidad, fortaleza y amor.

\*A mi madre por darme la vida, su paciencia y confianza, indicarme que todo esfuerzo tiene una recompensa.

\*A mi padre por su apoyo espiritual y moral.

\*A mis hermanos Guido y Fernándo que están con Dios; por infundirme principios y valores.

\*A mis hijos: Michael, Anddy y Eliana, que estuvieron cada momento, dándome su paciencia, comprensión, amor, aliento, apoyo y esperanza para crecer como profesional.

\*A todas mis amistades que creyeron en mí.

Gracias a todos.

### **Agradecimientos:**

\* Agradezco a Dios por la vida y fortaleza que me dió para finalizar éste trabajo de grado.

\*A mis padres e hijos por su apoyo constante para lograr mis metas.

\*A la Universidad Autónoma “Juan Misael Saracho” por darme la oportunidad de ser Master en Enfermería Médico Quirúrgico.

\*Profundo agradecimiento al Dr. Ángel Revollo Castellón, Director del Centro de Salud Integral Copacabana, por su apoyo y permitir que realice la investigación en la institución que dirige.

\*Sincero reconocimiento a todas las docentes que compartieron sus experiencias y conocimientos.

\*Agradezco a los pacientes que dieron su tiempo y predisposición para participar en la investigación.

## RESUMEN

El propósito de la investigación fue determinar la relación que existe entre la hipertensión arterial con los malos hábitos en la alimentación y los estilos de vida no saludables, en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Copacabana, durante el primer semestre del año 2019.

El enfoque de la investigación fue cuantitativa de tipo Descriptivo transversal, la muestra estuvo conformado por 64 pacientes a quienes se les aplicó un cuestionario con preguntas cerradas, para evaluar el componente sociodemográfico, conocimientos sobre la hipertensión, los hábitos en la alimentación y los estilos de vida.

Los resultados obtenidos fue que el 72% con hipertensión arterial son del sexo femenino, el 48,4% recae al grupo de 60 a 64 años, el 76,6% son casados. 72% no viven con sus hijos, el 51,6% son comerciantes, el 65,6% conocen su índice de masa corporal, el 92,2% conocen su presión arterial, el 66% cree que su salud es buena, 76,6% acuden al médico, el 89% saben sobre la Hipertensión Arterial, el 85,9 saben que la presión arterial alta es peligrosa, el 79,7% cree que la hipertensión arterial se cura con medicamentos, 100% consume gaseosas, el 96,9% consume mucho café, el 95,3% consume mucha sal, el 100 % consume charque, pollos broaster, embutidos, carne de cordero, de llama, de vaca y alimentos grasos, el 100% consume pan, fideos y arroz, el 90,6% se hallan preocupado o deprimido, el 78,1% no realiza ninguna actividad física, el 100% desea: cambiar la forma de vivir y curarse.

**CONCLUSIONES:** las conclusiones a las que se llegó fue. Que existen factores determinantes e intervinientes para la aparición de la hipertensión arterial en los pacientes atendidos en el centro de salud Copacabana.

**PALABRAS CLAVE:** Hipertensión arterial relacionado a malos hábitos en la alimentación y Estilos de vida no saludables en pacientes con primera consulta.

## SUMMARY

The purpose of the research was to determine the relationship between arterial hypertension with poor eating habits and unhealthy lifestyles, in patients treated at the Copacabana Health Center, during the first half of 2019.

The research approach was quantitative of the transversal descriptive type, the sample was made up of 64 patients to whom a questionnaire with closed questions was applied, to evaluate the sociodemographic component, knowledge about hypertension, eating habits and the styles of lifetime.

The results obtained were that 72% with arterial hypertension are female, 48.4% fall to the group of 60 to 64 years, 76,6% are married. 72% do not live with their children, 51.6% are merchants, 65.6% know their body mass index, 92.2% know their blood pressure, 66% believe their health is good, 76, 6% go to the doctor, 89% know about Arterial Hypertension, 85.9 know that high blood pressure is dangerous, 79.7% believe that high blood pressure is cured with medications, 100% consume soda, 96 , 9% consume a lot of coffee, 95.3% consume a lot of salt, 100% consume charque, broster chickens, sausages, lamb, llama, beef and fatty foods, 100% consume bread, noodles and rice, 90.6% are worried or depressed, 78.1% do not perform any physical activity, 100% want to: change the way they live and heal.

**CONCLUSIONS:** The conclusions reached were. That there are determining and intervening factors for the occurrence of hypertension in patients treated at the Copacabana health center.

**KEY WORDS:** Hypertension related to poor eating habits and unhealthy lifestyles in patients with first consultation.

# I N D I C E

## CAPITULO I

1 INTRODUCCION.....	1
1.1. ANTECEDENTES .....	4
1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	13
1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	19
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	20
1.6. OBJETIVOS .....	23
1.7. OBJETIVO GENERAL .....	23
1.8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
1.9. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN .....	23

## CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO .....	25
2.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL.....	25
2.1.1. Sexo.....	25
2.1.2. Edad .....	25
2.1.3. Estado civil.....	26
2.1.4. Ocupación Laboral .....	26
2.1.5. Peso corporal .....	27
2.1.6. Índice de masa corporal.....	27
2.1.7. Presión Arterial.....	28
2.1.7.1. Grados de presión arterial .....	39
2.1.7.2. Fisiopatología de la hipertensión arterial .....	42
2.1.7.3. Causas de la Hipertensión arterial .....	42
2.1.7.4. Clasificación de la presión arterial .....	43
2.1.7.5. Consecuencia de la presión arterial elevada .....	46
2.1.7.6. Síntomas en la hipertensión arterial.....	46
2.1.7.7. Factores de riesgo .....	48
2.1.7.8. Estrategias Farmacológicas .....	49
2.1.7.9. Epidemiología de la hipertensión arterial.....	50
2.1.7.10. Conocimiento actual sobre la hipertensión arterial. ....	51

2.1.8.	Obesidad.....	52
2.1.8.1.	Clasificación de la Obesidad .....	53
2.1.8.2.	Perímetro Abdominal (circunferencia de la cintura) .....	53
2.1.8.3.	Complicaciones de la Obesidad .....	54
2.1.9.	Factores intervinientes para la hipertensión arterial .....	58
2.1.9.1.	Ingesta de cloruro de sodio (sal) .....	58
2.1.9.2.	Consumo de cafeína .....	59
2.1.9.3.	Consumo de alcohol y riesgo cardiovascular.....	59
2.1.9.4.	Consumo de grasas: saturadas y colesterol .....	61
2.1.10.	Factores protectores en la hipertensión arterial.....	62
2.1.10.1.	Consumo de potasio.....	62
2.1.10.2.	Consumo de magnesio .....	62
2.1.10.3.	Consumo de calcio .....	64
2.1.11.	Estilos de vida saludables.....	65
2.1.11.1.	Modificaciones del estilo de vida.....	67
2.1.12.	Dieta DASH (Enfoque Alimentario para Detener la Hipertensión) ....	68
2.1.12.1.	Función del Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión. ....	68
2.1.12.2.	Dieto terapia en pacientes hipertensos.....	69
2.1.13.	Actividad Física .....	70
2.1.14.	Estrategias no farmacológicas.....	70
2.1.15.	Determinantes de la salud.....	71
2.1.16.	Determinantes sociales.....	72
2.2.	MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.....	72
2.3.	ALCANCE DEL ESTUDIO. ....	73
2.4.	HIPOTESIS .....	73
<b>CAPITULO III</b>		
3.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	74
3.1.	TIPO DE ESTUDIO .....	74
3.1.	UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIVERSO DE ESTUDIO .....	74
3.1.1.	Área de estudio:.....	74
3.1.2.	Universo .....	75
3.1.3.	Población objeto .....	76

3.2.	CALCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	76
3.3.	SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	77
3.3.1.	Criterios de inclusión y exclusión .....	77
3.3.1.1.	Criterio de inclusión .....	77
3.3.1.2.	Criterios de exclusión .....	77
3.4.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	77
3.5.	RECOLECCIÓN DE DATOS, TÉCNICA E INSTRUMENTOS.....	83
3.5.1.	Variables de estudio: .....	83
3.5.2.	Recolección de los datos.....	83
3.5.3.	Técnicas de recolección de datos .....	83
3.5.4.	Instrumento para recolectar la información .....	84
3.5.5.	Plan de analisis estadistico .....	84
CAPITULO IV		
4.	RESULTADOS .....	86
4.1.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS .....	86
4.2.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	107
4.2.1.	Análisis .....	107
4.2.1.	Discusión .....	110
4.3.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	113
4.3.1.	Conclusiones.....	113
4.3.2.	Recomendaciones.....	114
5.	REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS .....	116
6.	ANEXOS	

## INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO Nº 1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN SEXO .....	86
GRAFICO Nº 2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN EDAD .....	87
GRAFICO Nº 3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN ESTADO CIVIL .....	88
GRAFICO Nº 4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS QUE VIVEN CON SUS HIJOS.....	89
GRAFICO Nº 5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN OCUPACION LABORAL .....	90
GRAFICO Nº 6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN SU ESTADO DE SALUD.....	91
GRAFICO Nº 7 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN CONOCIMIENTO DE SU PESO CORPORAL.....	92
GRAFICO Nº 8 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN CONOCIMIENTO DE SU INDICE DE MASA CORPORAL .....	93
GRAFICO Nº 9 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN CONOCIMIENTOS DE SU PRESIÓN ARTERIAL .....	94
GRAFICO Nº 10 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	95
GRAFICO Nº 11 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN CONOCIMIENTOS DEL PELIGRO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL .....	96
GRAFICO Nº 12 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN CONOCIMIENTO SI LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL SE CURA.....	97
GRAFICO Nº 13 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN CONOCIMIENTOS DE COMO SE CURA LA HIPERTENSIÓN.....	98
GRAFICO Nº 14 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGUN CONSUMO DE ALIMENTOS .....	99

GRAFICO Nº 15 DISTRIBUCIÒN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS	
SEGÙN CONSUMO DE OTROS ALIMENTOS.....	100
GRAFICO Nº 16 DISTRIBUCIÒN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS	
SEGÙN ASISTENCIA AL MEDICA.....	101
GRAFICO Nº 17 DISTRIBUCIÒN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS	
SEGÙN SU ESTADO EMOCIONAL.....	102
GRAFICO Nº 18 DISTRIBUCIÒN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS	
SEGÙN LA ACTIVIDAD FÌSICA QUE REALIZA.....	103
GRAFICO Nº 19 DISTRIBUCIÒN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS	
SEGÙN HABITOS.....	104
GRAFICO Nº 20 DISTRIBUCIÒN PORCENTUAL DE PACIENTES HIPERTENSOS	
SEGÙN SINTOMAS CLÌNICOS.....	105
GRAFICO Nº 21 DISTRIBUCIÒN DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÙN DESEOS DE	
CAMBIO .....	106

## INDICE DE TABLAS

TABLA N° 1	CLASIFICACION DE LA PRESION ARTERIAL .....	43
TABLA N° 2	CLASIFICACIÒN DEL INDICE DE MASA CORPORAL .....	53

## CAPITULO I

### 1 INTRODUCCION.

La hipertensión arterial conocida también como la tensión arterial alta o elevada, es un trastorno de los vasos sanguíneos que tienen una tensión persistentemente alta, que puede llegar a dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos sanguíneos que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo, esto recibe el nombre de tensión arterial y se lo define como la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos arteriales, cuanto más alta es la tensión arterial, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear la sangre<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, definen a la hipertensión arterial como un trastorno de los vasos sanguíneos que están en constante tensión, así mismo se determinó que las causas principales son los estilos de vida, las actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades, a esto se asocia la mala alimentación que se adquiere a lo largo de la vida, especialmente en la etapa escolar que repercutirá en el transcurso de toda la vida.

**En el mundo**, la hipertensión arterial es considerada como el “asesino silencioso”, ya que las personas hipertensas pueden permanecer asintomáticas durante años y después sufrir complicaciones graves como: Enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, arteriales periféricas y renales, que vienen afectando a mil millones de personas en el mundo, se calcula que mueren alrededor de nueve millones de personas anualmente y se encuentran entre las primeras causas de demanda de servicios de salud a nivel mundial<sup>2</sup>.

**En América Latina** 250 millones de personas sufren la enfermedad y es causa principal de muertes por problemas cardiovasculares, se puede mencionar que

uno de cada tres personas padece de hipertensión arterial y casi la mitad de todos ellos no sabe que tienen la enfermedad por lo que muchas veces no presentan síntomas llegando a aumentar los riesgos cardiovasculares que causa 800.000 muertes cada año<sup>3</sup>.

**En Bolivia** desde el año 2002 se ha evidenciado un incremento de las enfermedades cardiovasculares en un 7%. El Ministerio de Salud estima que la principal causa de las cardiopatías es la hipertensión arterial, siendo el resultado de un proceso multifactorial que la persona al conocerlo puede modificarlo o corregirlo en forma positiva para prevenir la enfermedad. El apoyo con la educación y la modificación de los estilos de vida, son de suma importancia, pero las condiciones económico-sociales, las tradiciones culturales de cada pueblo o de diferentes grupos sociales, interfieren en la modificación de los estilos de vida y en los hábitos de la alimentación.

Tomando en cuenta todos los aspectos mencionados sobre la hipertensión arterial y el antecedente de 450 pacientes hipertensos atendidos durante el año 2018 en el Centro de Salud Integral Copacabana de la ciudad de El Alto, se realiza la investigación para determinar los factores que están causando esta elevada aparición de la enfermedad, buscando identificar el problema sobre la existencia de alguna relación entre la hipertensión arterial con los malos hábitos de alimentación y los estilos de vida no saludables.

La presente investigación está contenida en cuatro capítulos, el diseño metodológico que se empleó fue el cuantitativo descriptivo y transversal.

El objetivo general planteado, busca determinar la relación que existe entre la Hipertensión Arterial, los malos hábitos en la alimentación y los Estilos de vida no saludables, en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Copacabana durante el primer semestre de la gestión 2019.

Con la investigación realizada se confirma la hipótesis de que la Hipertensión Arterial si está en directa relación con la mala alimentación y los estilos de vida

no saludables de los pacientes hipertensos de éste Centro de Salud y se concluye que estos factores están presentes en los pacientes hipertensos.

Los resultados obtenidos son de relevancia ya que la hipertensión arterial, por otros estudios realizados, se da más en personas del sexo masculino, y en éste estudio se encontró más casos en el sexo femenino, además el consumo excesivo de café, de la sal, de carne seca, embutidos y alimentos con abundante grasa, el sedentarismo, la ocupación laboral y el consumo de harina refinada, son causas identificadas para la producción de la hipertensión arterial, según la investigación realizada.

Por todo lo expuesto, es necesario contar con un plan de mejoramiento para la atención del paciente hipertenso, el cual es presentado como propuesta para ser implementado en el centro de salud Copacabana.

## 1.1. ANTECEDENTES

La Hipertensión arterial constituye una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en nuestro país y a nivel mundial, situándose como uno de los problemas más relevantes en la Salud Pública, es un enemigo silente en sus inicios, clínicamente presenta síntomas cuando la enfermedad a avanzado lo suficiente, afectando órganos principales como el cerebro, corazón, riñones y retina<sup>4</sup>

Esta enfermedad constituye un principal factor de riesgo que conlleva a la aparición de patologías como infarto agudo de miocardio, accidentes cerebrales y encefálico, insuficiencia renal crónica, diabetes y retinopatías, las cuales pueden acarrear una discapacidad o la muerte prematura<sup>5</sup>.

**En el mundo.-** Las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente de 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total de la población. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión arterial es la causa de por lo menos el 45 % de las muertes por cardiopatía y el 51% por accidentes cerebrovascular<sup>6</sup>.

La hipertensión arterial, los estilos de vida y los hábitos en la alimentación, son el factor de riesgo cardiovascular más importante y prevalente que afecta por lo menos al 26% de la población en general, lo que representa unos 1.000 millones de personas afectadas aproximadamente en todo el mundo. La prevalencia de la hipertensión arterial se incrementa con la edad, por lo que se estima que a nivel mundial con el envejecimiento de la población el año 2025, la hipertensión arterial afectará a unos 1.500 millones de personas<sup>7</sup>.

**En España.-** El envejecimiento se incrementa cada año y la prevalencia de la hipertensión arterial se incrementa, se estima que alcanza a un 35% de la población en general, llegando a un 32% en la edad media y al 68% en mayores de 65 años, afectando a más de 10.000 de personas<sup>8</sup>. Observando

lo que ocurre a nivel de Latino américa podemos darnos cuenta de la gravedad de la enfermedad.

**En América Latina.-** 250 millones de personas sufren ésta condición y es causa principal de muertes por problemas cardiovasculares, una de cada tres personas padece de hipertensión arterial en América Latina. Sin embargo casi la mitad de los hipertensos no sabe que padece la enfermedad, muchas de las veces no presenta síntomas pero aumenta significativamente los riesgos cardiovasculares y causan 800.000 muertes cada año en países latinoamericanos<sup>9</sup>.

La Hipertensión Arterial, se encuentra entre las primeras causas de demanda de servicios de salud de la población adulta e inclusive ocupando uno de los primeros lugares como causa de mortalidad.

La Organización Panamericana de la Salud estima que uno de cada cinco personas enfermas que tiene hipertensión arterial, logra mantener su presión arterial por debajo de la tensión aceptable. Es decir, de menor a 140/90 mm Hg, por lo que esta organización se traza una meta indicando que la tercera parte de la población afectada pueda disminuir su hipertensión arterial. Hasta ahora solamente Estados Unidos alcanza al 66%, Canadá llega al 50% y Cuba está al alrededor del 30%, mientras que los otros países aún continúan con elevadas tasas de hipertensión arterial<sup>10</sup>.

**En el Perú.-** Según el Ministerio de Salud, uno de cada cuatro peruanos mayores de 40 años tiene hipertensión arterial y entre el 50 a 60 % de jóvenes y adultos que lo padecen desconocen su diagnóstico y que este mal puede ocasionar ataques cardíacos, derrames cerebrales y hasta la muerte<sup>11</sup>.

Por la cercanía de la ciudad de El Alto con la Republica del Perú, se ve a un estudio que se realiza en la Clínica Jesús del Norte que pertenece al Complejo Hospitalario San Pablo, en el servicio de cardiología atiende en sus consultorios pacientes enfermos del corazón a un promedio de 200 pacientes

aproximadamente, de todos los pacientes el 70% sufren de hipertensión arterial, con las estadísticas se determina que la enfermedad predomina en el sexo masculino con el 55%. De todos los pacientes que son atendidos el 60 % son adultos mayores, 10% corresponde a adultos jóvenes, de todos ellos el 20% padecen de diabetes, el 50% tienen hipercolesterolemia, y el 10% soportan los problemas pulmonares. Los pacientes entrevistados declaran que tratan de cumplir el tratamiento médico, pero dentro de su vida cotidiana que llevan, les es difícil instaurar un régimen de alimentación estricto y refieren el consumo de alimentos ricos en sal como las carnes ahumadas, los embutidos, etc. Otros pacientes refieren que consumen alcohol debido a la preocupación y la frecuencia de los compromisos sociales (trabajo, reuniones, grupo de amigos, etc.), muchos de ellos también manifestaron que debido a la falta de tiempo, y al tipo de trabajo que realizan no practican actividad física.

La Hipertensión arterial es el resultado de un proceso multifactorial que la persona al conocerlo puede modificarlo o corregirlo en forma positiva y esas acciones se irán asociando significativamente para poder prevenir que la enfermedad aparezca. Ello implica que la prevención mediante la educación y la modificación de los estilos de vida del paciente sigan siendo un desafío para el personal de salud.

Los estilos de vida se reflejan tanto en las condiciones económico-sociales, como las peculiaridades y las tradiciones, sería pues la forma como se comporta o manifiesta una determinada cultura, por lo que cada pueblo, nación, o aún diferentes grupos sociales pueden tener diferentes estilos de vida y haciéndolo más particular dependiendo de sus conocimientos, necesidades reales y posibilidades económicas. Son determinantes para la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. Los estudios epidemiológicos han mostrado la

relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad.

La ingesta excesiva de alcohol, una dieta no saludable, sedentarismo, y tabaquismo se relacionan directamente o indirectamente a los estilos de vida no saludables que lleva al adulto maduro ante situaciones diversas lo que conlleva a la prevalencia de la hipertensión arterial a pesar de seguir un tratamiento farmacológico.

Esta situación ha generado la preocupación de instituciones internacionales como nacionales que buscan intervenir en la población para promover los estilos de vida saludables. En este sentido, las Naciones Unidas (2008) han señalado los estilos no saludables, el consumo excesivo de alcohol, una dieta no saludable, el sedentarismo, el incremento del consumo del tabaco, como los responsables de la hipertensión arterial, afectando a todas las naciones, tanto desarrolladas como en vías de desarrollo.

Los cambios en los estilos de vida se refieren a prácticas cuyos procesos sociales son complejos, dinámicos, cambiantes y móviles. Es importante señalar que dentro de las patologías cardiovasculares se encuentra la hipertensión arterial, la cual es una enfermedad prevenible adquirida por el cambio de los estilos de vida.

Al hablar de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; así como el control sobre el consumo sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol.

La era moderna ha traído consigo cambios en los estilos de vida de la población mundial, favorecidos por los medios publicitarios, la tecnología, el ambiente laboral, el estrés, las migraciones y la transculturación, entre otros. Estos elementos van generando la lenta pérdida de hábitos relacionados con

estilos de vida saludables por otros, que ofrecen pocos beneficios a la salud individual y colectiva.

Lo descrito hasta ahora, demuestra la importancia que tienen los estilos de vida en la aparición de enfermedades crónicas que bien pudieron ser prevenidas con el solo hecho de asumir conductas sanas como la reducción de la ingesta de alcohol, la buena alimentación, el ejercicio, el rechazo al tabaco. Según Nola Pender, la enfermera constituye el principal agente encargada de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal de manera responsable y modifiquen conductas en los estilos de vida, también este modelo desarrolla instrumentos teóricos para intervenir en los comportamientos y estilos de vida de las personas sanas y enfermas identificando prácticas en salud, relacionados con temas de nutrición saludables, actividad física, además evalúa la influencia de los mismos sobre las prácticas saludables dentro de la vida diaria.

En la Teoría Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud” se identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación<sup>12</sup>.

Si bien existen trabajos realizados sobre la hipertensión arterial relacionada a malos hábitos de alimentación y estilos de vida no saludables, podemos indicar que en nuestro medio, no se dispone de estudios actuales de hipertensión arterial tales como: prevalencia de la hipertensión arterial y su asociación con factores de riesgo como los malos hábitos en la alimentación y los estilos de vida no saludables en una ciudad alta, como la ciudad de El Alto.

**En Bolivia.-** El representante de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, Dr. Michel Thieren, indicó que la hipertensión arterial en Bolivia afecta a un 30 % de la población, especialmente a los adultos mayores, mal que además se constituye en uno de los principales factores de riesgo de muerte<sup>13</sup>.

Por lo que podemos indicar que en nuestro medio, no se dispone de estudios actuales de prevalencia de la Hipertensión Arterial y su asociación con factores de riesgo estudiados.

**En La Paz.-** La Sociedad Boliviana de Cardiología del Hospital Obrero 1, realizó una encuesta sobre Hipertensión Arterial en las ciudades de La Paz y El Alto, el año 1996 con el propósito de obtener datos que estimen la frecuencia de la hipertensión arterial en la población general de estas dos ciudades<sup>14</sup>.

Las cifras para la ciudad de El Alto demuestran ser similares a la ciudad de La Paz con una frecuencia de hipertensión arterial del 13.41%. En este grupo se observó un discreto desvío hacia el sexo masculino (54.7%). Un alto porcentaje de la población encuestada no se había tomado nunca la presión arterial, siendo más notorio el hecho entre los habitantes de la ciudad de El Alto<sup>15</sup>.

Otra encuesta realizada es, la denominada, Primera Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial, Diabetes, Obesidad y Factores de Riesgo Asociados, realizada con el apoyo de Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud en las ciudades de La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba el año 1998, donde la prevalencia total de Hipertensión Arterial encontrada es del 18.6%, siendo superior en los hombres con un 20.9% en relación a las mujeres que es de un 16.3%<sup>16</sup>.

Otro estudio descriptivo transversal se realizó en el Hospital Boliviano Español de Patacamaya, del municipio de Patacamaya del departamento de La Paz

Bolivia, durante el año 2014, en personas mayores de 18 años que asistieron a la consulta de medicina interna. La muestra tomada es de 270 pacientes de 18 años y más años de edad con el diagnóstico de hipertensión arterial.

La conclusión obtenida sobre la prevalencia de Hipertensión Arterial del estudio es de 3,4%, es menor comparada con los datos a nivel mundial y los más afectados son los mayores de 60 años de edad del sexo masculino; los hábitos alimentarios inadecuados es del 70,0%, los hábitos tóxicos (52,9%), donde la eritrocitos se presentaron con más frecuencia. El conocer los factores de riesgo resulta altamente significativo para comprender la presencia de factores de riesgo en el desarrollo de la hipertensión arterial<sup>17</sup>.

Se estima que uno de cada tres adultos bolivianos tiene hipertensión arterial y poco más del 30% de las personas desconocen que sufren de esta enfermedad. El Dr. Enrique Oropeza, presidente de la Sociedad Boliviana de Cardiología indicó durante el día mundial de la salud, que a nivel mundial es el principal factor de muerte y que en Bolivia no hay datos precisos sobre la cantidad de personas que sufren esta enfermedad, pero se estima que el 50% de las personas que tienen hipertensión arterial fallecen por una complicación cardiovascular<sup>18</sup>.

En el Ministerio de Salud de Bolivia, funciona una unidad que tiene el programa de enfermedades no transmisibles, donde se menciona seis enfermedades no transmisibles, en las que se encuentra la hipertensión arterial y la obesidad como enfermedades de relevancia en los diferentes departamentos de nuestro país.

En los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, se tienen mayor incidencia de hipertensión arterial y obesidad, enfermedades son adquiridas por diferentes condiciones de vida, algunas determinadas por la alimentación y los estilos de vida, otras por los hábitos de la persona y sin información la incidencia producida por el componente genético.

Estos factores que predisponen a la población a contraer estas enfermedades pueden ser: la alimentación, por el consumo excesivo de alimentos no saludables (grasas, aceites, frituras, comida chatarra, consumo de café y el excesivo uso de sal en la preparación de los alimentos, sumados a esto los estilos de vida que llevan (consumo excesivo del alcohol, cigarro, sedentarismo y la falta de actividad física).

Los adultos mayores conforman la población más vulnerable donde los factores descritos de alguna manera están alterando el concepto de la salud<sup>19</sup>, por lo que es necesario contar con cifras e información relevante que nos direccionen hacia dónde deben apuntar las acciones para resolver el problema.

Muchas instituciones de salud funcionan y prestan su servicio a la población que habita en ciudad de El Alto, una de las más importantes es el Servicio Regional de Salud El Alto, instancia que depende del Servicio Departamental de Salud La Paz, en ésta institución funciona una repartición que depende del servicio de epidemiología y está dirigida por un médico que es el encargado de vigilar las enfermedades no transmisibles, la información con que cuentan es parcial sobre la incidencia y prevalencia de la hipertensión arterial.

Esta institución regula el funcionamiento de los establecimientos de salud de la ciudad de El Alto mediante las Redes de Salud. Todos los servicios de salud del primer, segundo y tercer nivel reportan mensualmente las enfermedades no transmisibles, información que debe ser consolidada y enviada al servicios departamental de salud La Paz, esa información solamente es de pacientes que son diagnosticados en los servicios de salud, pero las personas que tienen hipertensión arterial que desconocen de su enfermedad no son captadas ni registradas, por tanto la información con que se cuenta no delimita la magnitud de la enfermedad en la ciudad de El Alto.

En la actualidad las personas adultas desarrollan diferentes estilos de vida y hábitos diferentes en la alimentación, dentro de los cuales están los estilos de

vida no saludables y los malos hábitos en la alimentación que hacen que la persona sea propensa a presentar diferentes grados de hipertensión arterial

La investigación es realizada en el Centro de Salud Integral Copacabana, establecimiento de primer nivel de atención, que durante la gestión pasada reportó aproximadamente más de 450 pacientes con diagnóstico de hipertensión Arterial.

## **1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.**

Para observar la gravedad del problema de la hipertensión arterial ligada a la alimentación y los estilos de vida en los pacientes que acuden al Centro de Salud Integral Copacabana para recibir atención médica, es necesario conocer la problemática que está afectando a las personas enfermas, tomando en cuenta a ambos sexos y de diferentes edades mayores de 60 años.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud definen la hipertensión arterial como un trastorno de los vasos sanguíneos que están en constante tensión y determinan que las causas principales son los estilos de vida, que está definida como el conjunto de actividades, actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades.

Otro aspecto considerado es la mala alimentación que se adquiere a lo largo de la vida y especialmente en la etapa escolar, instancia donde se concretan conductas que repercutirán a lo largo de toda la vida.

El adulto mayor adquiere una alimentación y estilos de vida modificados que están relacionados con los factores económicos, sociales y ambientales, que impulsan y predisponen la ingesta excesiva de alcohol, café, tabaco, alimentos variados que contienen en exceso condimentos y la sal adquiridos en diferentes puestos de venta, a esto se acompaña el sedentarismo, la despreocupación de su vida y otros factores de riesgo que intervienen para producir la hipertensión arterial.

En nuestro país, cada hogar culturalmente mantiene hábitos y conductas que a lo largo de la vida adquieren un estilo de vida y un modo de alimentarse, sean estos saludables o no, pero que a través de la promoción, información y educación, éstos hábitos o costumbres pueden ser modificados para construir nuevas maneras de alimentarse y modificar el estilo de vida para cuidar la salud.

Cuando se aprende a cuidar la salud, los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables son tan importantes como buscar atención médica cuando se está enfermo, acudir al médico para recibir atención preventiva y anticipar situaciones que puedan dañar la salud. El cambio de las actitudes debe ser de los pacientes hipertensos todos y de todas las personas que forman parte de su entorno familiar y social especialmente. El determinar la relación que existe entre la hipertensión arterial con los hábitos en la alimentación y los estilos de vida es de suma importancia para dar calidad en la atención médica y mejorar el estándar de vida.

### **1.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La hipertensión arterial es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Atención Primaria, Es en este ámbito donde se realiza el tamizado de la hipertensión arterial, su diagnóstico, la intervención terapéutica y el seguimiento a cada uno de los pacientes para preservar su salud.

La salud al ser un bien público de interés social y uno de los factores más importantes en el bienestar de la población, es necesario conocer lo que ocurre en los últimos años en el mundo donde se ha presenciado la transición de la salud cuya naturaleza es necesario comprender, si queremos anticiparnos a los cambios y no sólo reaccionar ante ellos cuando ya hayan ocurrido la transición de la salud.

La transición de la salud se expresa en un patrón epidemiológico, donde la marcada reducción o el incremento de las enfermedades infecciosas a nivel

de morbilidad o mortalidad se mide por la diferenciación de las causas que la producen<sup>20</sup>, por esto, las enfermedades no transmisibles se constituyen en uno de los problemas médicos más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y se le ha denominado "la plaga silenciosa del Siglo XXI".<sup>21</sup>.

En el mundo, la hipertensión arterial, los estilos de vida y los hábitos en la alimentación, son el factor de riesgo cardiovascular más importante y prevalente que afecta por lo menos al 26% de la población en general, lo que representa unos 1.000 millones de personas afectadas aproximadamente en todo el mundo. La prevalencia de la hipertensión arterial se incrementa con la edad, por lo que se estima que a nivel mundial con el envejecimiento de la población el año 2025, la hipertensión arterial afecta a unos 1.500 millones de personas.

La Organización Panamericana de la Salud estima que uno de cada cinco personas enfermas que tiene hipertensión arterial, logra mantener su presión arterial por debajo de la tensión aceptable. Es decir, de menor a 140/90 mm Hg, por lo que esta organización se traza una meta indicando que la tercera parte de la población afectada pueda disminuir su hipertensión arterial. Hasta ahora solamente Estados Unidos alcanza al 66%, Canadá llega al 50% y Cuba está al alrededor del 30%, mientras que los otros países aún continúan con elevadas tasas de hipertensión arterial<sup>22</sup>.

Por la cercanía de la ciudad de El Alto con la Republica del Perú, se ve a un estudio que se realiza en la Clínica Jesús del Norte que pertenece al Complejo Hospitalario San Pablo, en el servicio de cardiología atiende en sus consultorios pacientes enfermos del corazón a un promedio de 200 pacientes aproximadamente, de todos los pacientes el 70% sufren de hipertensión arterial, con las estadísticas se determina que la enfermedad predomina en el sexo masculino con el 55%. De todos los pacientes que son atendidos el 60 % son adultos mayores, 10% corresponde a adultos jóvenes, de todos ellos el

20% padecen de diabetes, el 50% tienen hipercolesterolemia, y el 10% soportan los problemas pulmonares. Los pacientes entrevistados declaran que tratan de cumplir el tratamiento médico, pero dentro de su vida cotidiana que llevan, les es difícil instaurar un régimen de alimentación estricto y refieren el consumo de alimentos ricos en sal como las carnes ahumadas, los embutidos, etc. Otros pacientes refieren que consumen alcohol debido a la preocupación y la frecuencia de los compromisos sociales (trabajo, reuniones, grupo de amigos, etc.), muchos de ellos también manifestaron que debido a la falta de tiempo, y al tipo de trabajo que realizan no practican actividad física.

En Bolivia, se estima que uno de cada tres adultos bolivianos tiene hipertensión arterial y poco más del 30% de las personas desconocen que sufren de esta enfermedad. El Dr. Enrique Oropeza, presidente de la Sociedad Boliviana de Cardiología indica durante el día mundial de la salud, que a nivel mundial es el principal factor de muerte y que en Bolivia no hay datos precisos sobre la cantidad de personas que sufren esta enfermedad, pero se estima que el 50% de las personas que tienen hipertensión arterial fallecen por una complicación cardiovascular<sup>23</sup>.

En el Ministerio de Salud de Bolivia, funciona una unidad que tiene el programa de enfermedades no transmisibles, donde existe información de seis enfermedades no transmisibles, en la que se encuentra la hipertensión arterial y la obesidad como enfermedades de relevancia en los diferentes departamentos de nuestro país, Explicó que actualmente no se cuenta con un porcentaje exacto de cuantas personas estarían afectadas en nuestro país. El programa de enfermedades no transmisibles está trabajando en la construcción de estos datos que se publicará el próximo mes de octubre.

Explicó que el Ministerio de Salud al respecto está trabajando con brigadas denominadas puntos vida por todo el país, para prevenir a las personas y realizar un diagnóstico respecto a las enfermedades no transmisibles<sup>24</sup>.

En los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, se tienen mayor incidencia de hipertensión arterial y obesidad. Estas enfermedades son adquiridas por diferentes condiciones de vida, algunas determinadas por la alimentación y los estilos de vida, otros por los hábitos de la persona y sin información la incidencia producida por el componente genético.

Estos factores que predisponen a la población a contraer estas enfermedades pueden ser: la alimentación por un consumo excesivo de grasas, aceites, frituras, comida chatarra, consumo excesivo de café y el excesivo uso de sal en la preparación de los alimentos, a esto se suma los estilos de vida que llevan como el hábito de fumar, el consumo excesivo del alcohol, el sedentarismo y la falta de actividad física.

Parecería innecesario señalar estos factores predisponentes ocasionan la enfermedad y que ésta concepción de vida es aplicable a toda la población, sin embargo, es válido afirmar que los adultos mayores conforman la población más vulnerable donde los factores descritos de alguna manera están alterando el concepto de la salud<sup>25</sup>. Es necesario contar con cifras, información relevante que nos direcciona hacia donde deben apuntar para resolver el problema.

Pero al no contar con cifra o datos sobre la incidencia y prevalencia de la hipertensión arterial que nos indiquen con exactitud la cantidad de personas con hipertensión arterial, los estilos de vida saludables y los tipos de alimentación que consumen. La sociedad boliviana de Cardiología realiza una encuesta en la ciudad de La Paz y El Alto, consiguiendo la información sobre pacientes hipertenso en las ciudades de La Paz y El Alto. Los datos obtenidos es del 18,5%, en personas mayores de 29 años en la ciudad de La Paz y en la ciudad de El Alto el dato es del 13,41%.

Muchas instituciones de salud funcionan y prestan su servicio a la población que habita en ciudad de El Alto, una de la más importante es el Servicio Regional de Salud El Alto, instancia que depende del Servicio Departamental

de Salud La Paz, en esta institución funciona una repartición que depende del servicio de epidemiología y está dirigida por un médico que es la encargada de vigilar las enfermedades no transmisibles, la información con que cuentan es parcial sobre la incidencia y prevalencia de la hipertensión arterial.

Esta institución regula el funcionamiento de los establecimientos de salud de la ciudad de El Alto mediante las Redes de Salud. Todos los servicios de salud del primer, segundo y tercer nivel reportan mensualmente las enfermedades no transmisibles, información que es consolidada y enviada al servicios departamental de salud La Paz, esa información solamente es de pacientes que son diagnosticados en los servicios de salud, pero las personas que tienen hipertensión arterial que desconocen de su enfermedad no son captados ni registrado, por tanto la información con que se cuenta no delimita la magnitud de la enfermedad en la ciudad de El Alto y recién desde el 21 de agosto de 2019 se tiene un instrumento para recolectar la información (ver anexo 2).

En la actualidad las personas adultas desarrollan diferentes estilos de vida y hábitos diferentes en la alimenticios, dentro de los cuales están los estilos de vida no saludables y los malos hábitos en la alimentación que hace que la persona sea propensa a presentar diferentes grados de hipertensión arterial y en aquellas personas ya diagnosticada con o sin tratamiento no le favorece en el control de la enfermedad ni tampoco en su recuperación, muchas veces se debe a la falta de información y en otras a la falta de educación en salud, la cual no es brindada la persona por personal de salud, autoridades en salud y también por la falta de iniciativa por los medios de comunicación masiva.

Muchos son los implicados en la no toma conciencia del riesgo que es para su salud, la salud de los habitantes actuales como de los futuros habitantes. Por tal motivo es de vital importancia la participación del profesional en salud en la promoción de los estilos de vida saludables y la buena alimentación, ya que en la mayoría de los casos los profesionales en salud que establecen el primer

y último contacto con el usuario, no ejercen la educación en salud a los pacientes, no ejercen la prevención y promoción de la salud y el buen vivir.

Las personas por el trabajo que desarrollan, se ven obligados al consumo de alimentos expendidos en las calles con excesiva cantidad de salud que colocan las vendedoras de alimentos, consumo de café exagerado, consumo de carne seca con abundante sal (charque), el consumo de comidas preparadas con carne de cordero que tiene exceso de grasa, consumo exagerado de frituras, poco consumo de frutas y hortalizas, la inactividad física, los movimientos pasivos que realizan muchos comerciantes durante la venta de sus productos, el sedentarismo por la edad, la desocupación, la alteración en los patrones de sueño por la soledad, el exceso de estrés, el exceso de consumo de tabaco y alcohol en las festividades zonales y patronales contribuyen a la aparición de la hipertensión arterial mermando la calidad de vida, creando los malos hábitos en la alimentación y los estilos de vida no saludables, el gasto de dinero en medicamentos y el sufrimiento de la familia.

Después de analizar la problemática se realiza un estudio sobre la hipertensión arterial relacionada con los malos hábitos en la alimentación y los estilos de vida no saludables. La investigación se desarrolla en el Centro de Salud Copacabana, establecimiento de primer nivel de atención que se encuentra en la ciudad de El Alto (ver anexo 3), donde se aplica una encuesta a los pacientes con hipertensión arterial de ambos sexos y la edad comprendida entre 60 a 80 años de edad que deseen participar de la investigación, que se realiza desde el mes de diciembre del año 2018 y concluye el mes de agosto del año 2019.

#### **1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

Considerando la situación anteriormente expuesta, surge la interrogante de saber:

¿Qué relación existe entre la hipertensión arterial con los malos hábitos en la alimentación y los estilos de vida no saludables, en los pacientes del Centro de Salud Copacabana de la ciudad de El Alto?

## 1.5. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es un factor de alto riesgo dentro de las enfermedades cardiovasculares más prevalentes, esta afecta cerca de mil millones de personas en todo el mundo. Muchas instituciones realizan cálculos estadísticos de la enfermedad e indican que mueren cada año más de nueve millones de personas en el mundo, llegando a ser considerada una emergencia de salud pública a nivel mundial, además mencionan que esta enfermedad crónica es un obstáculo para el logro de un buen estado de salud.

La Organización Mundial de la Salud asevera que la hipertensión arterial es considerada prioritaria para su atención por las enormes repercusiones sociales y económicas que conlleva y puede tornarse letal si no es tratada e identificada oportunamente. La falta de práctica de los estilos de vida se constituye en uno de los problemas médicos más importantes de todas las enfermedades no transmisibles

Cuando el paciente busca atención médica, muchas veces la hipertensión arterial no es detectado por el equipo de salud y estos pacientes van presentando complicaciones o daño de sus órganos blanco. Se describen estudios epidemiológicos con numerosas complicaciones en los pacientes asociados con niveles altos de la presión arterial, también se describen factores como la edad, sexo, estado nutricional, consumo de tabaco, actividad física y los antecedentes familiares como intervinientes en la producción de la hipertensión arterial.

Las personas por el trabajo que desarrollan, se ven obligados al consumo de alimentos expendidos en las calles, causando hábitos no saludables, la inactividad física, los movimientos pasivos que realizan muchos comerciantes durante la venta de sus productos, el sedentarismo por la edad, la desocupación, la alteración en los patrones de sueño por la soledad, el exceso de estrés, el exceso de consumo de tabaco y alcohol en las festividades zonales y patronales contribuyen a la aparición de la hipertensión arterial

mermando la calidad de vida, creando los malos hábitos en la alimentación y los estilos de vida no saludables.

El tener buenos hábitos, una alimentación balanceada saludable que contemple el consumo de frutas y hortalizas, consumo adecuado de proteínas, practicar constante de ejercicio físico; evitar en aumento del peso corporal, el consumo de cigarrillo y el alcohol, van a contribuir a prevenir la hipertensión arterial, disminuir el gasto de dinero en medicamentos y el sufrimiento de la familia.

Al disminuir la incidencia de la hipertensión, la práctica de la buena alimentación y los estilos de vida saludables, las familias estarán más unidas, su medio de relación social no se verá tan afectado y las personas tendrán mejores oportunidades de relacionamiento interpersonal.

Ante el incremento de los casos de hipertensión arterial en el centro de salud Copacabana, resulta de especial interés, conocer cuáles son los alimentos y los estilos de vida más habituales en las personas con hipertensión arterial y a partir de ahí, adoptar las medidas que permitan prevenir la hipertensión arterial, amparar a las personas y prevenir la aparición de la enfermedad en las personas mayores de 60 años de edad.

La presente investigación surge de esa necesidad descrita en párrafo anterior y tiene el amplio propósito de identificar las causas de la hipertensión arterial en los pacientes que vienen a la consulta médica, identificarlo socio demográficamente, identificar sus conocimientos, los hábitos en su alimentación y determinar su estilo de vida, para recomendar estrategias de prevención, promoción, tratamiento y educación a los pacientes hipertensos.

La investigación busca proporcionar información que será útil a los pacientes, a la familia y a la población en general y mejorar el conocimiento del alcance del problema en el centro de salud y las formas de prevenir la enfermedad,

contribuyendo a disminuir el gasto de bolsillo, mejorar la calidad de vida de los pacientes, de sus familias y la sociedad que les rodea.

Por otra parte, la investigación contribuye a ampliar los datos sobre la hipertensión arterial, para contrastarlos con otros estudios que se puedan realizar, analizar las posibles variantes según el sexo, la edad, los hábitos de alimentación y los estilos de vida.

La investigación tiene una utilidad metodológica, ya que podrían realizarse futuras investigaciones que utilizaran metodologías compatibles de manera que se posibilitarán análisis conjuntos, comparaciones entre periodos temporales concretos y evaluaciones de las intervenciones que se estuvieran llevando a cabo para la prevención y control de la hipertensión arterial, por lo que la investigación es viable por disponer de los recursos necesarios para llevarla a cabo.

## **1.6. OBJETIVOS**

### **1.7. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación que existe entre la hipertensión arterial con los malos hábitos en la alimentación y los estilos de vida no saludables, en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Copacabana, primer semestre del año 2019.

### **1.8. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar los aspectos sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial
- Establecer el conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión arterial.
- Describir los hábitos de alimentación en los pacientes con hipertensión arterial.
- Establecer los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial.
- Plantear una propuesta para mejorar los hábitos en la alimentación y los estilos de vida de los pacientes hipertensos.

### **1.9. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación es viable porque los resultados obtenidos son utilizados para mejorar la atención de los pacientes con hipertensión arterial en el centro de salud Copacabana, se llena un vacío de falta de conocimientos de los factores intervinientes y determinantes en la aparición de la hipertensión arterial, la información obtenida apoya en las estrategias a ser implantadas y puede generalizarse a la población por medio de los familiar y pacientes con hipertensión arterial, un factor importante es el envío de una carta al Centro de salud Copacabana solicitando una entrevista, (ver anexo 1) y el interés, el entusiasmo del Director será demostrada con la respuesta que realice (ver anexo 2), pero no solo depende de la respuesta se debe contar con una respuesta de aceptación para lo cual se envía carta solicitando la entrevista (ver anexo 3), la autorización del Director del centro de salud para realizar la investigación, (ver anexo 4), marca el inicio y el apoyo de profesionales que

trabajaran en la investigación, también se cuenta con recursos económicos necesarios para los gastos que demande la investigación y existe mi predisposición de concluir con mi formación profesional y cumplir con un gran anhelo de servicio a la y sociedad.

## CAPITULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

En este capítulo se describirá los componentes sociodemográficos de los pacientes con hipertensión arterial

##### 2.1.1. Sexo

El sexo son las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Estos conjuntos de características biológicas tienden a diferenciar a los humanos como hombres o mujeres, pero no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos. En el uso general de muchos idiomas, el término sexo se utiliza a menudo en el sentido de actividad sexual<sup>26</sup>.

##### 2.1.2. Edad

Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento, por lo que la edad puede referirse a varios conceptos.

##### **Edad biológica**

Es el tiempo que transcurre desde a partir del nacimiento de un individuo por tanto es cualquiera de los periodos en que se considere dividido la vida de una persona, una división común de la vida de una persona por edades es la de bebé, niño, púber, adolescente, joven, adulto, mediana edad y la tercera edad.

Es la edad que tienen los sistemas, tejidos, y células de nuestro organismo, la edad biológica es la edad aparente. Esta edad depende del estilo de vida, la alimentación y la actividad física, determina la verdadera edad del cuerpo, es decir si tiene 23 años y no te alimentas bien, tu organismo puede tener en realidad 30 0 más años y esto depende de tu estilo de vida.

Es verdad que no se puede detener los procesos de envejecimiento, pero podemos evitar algunos factores que lo aceleran<sup>27</sup>.

### **Edad cronológica**

Es la suma de los años que ha transcurrido desde nuestro nacimiento, es por eso que existen personas que aparentan tener más edad o menos años de los que en realidad tienen. Todos los seres humanos tenemos una edad cronológica que difiere a la edad biológica.

#### **2.1.3. Estado civil**

El estado civil de las personas es la situación de orden social, es la condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no tiene pareja, y su situación legal respecto a ello. Por tanto es el conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas.

Podemos indicar también que el estado civil es un atributo de la personalidad, y podemos definirla como la relación en que se encuentran las personas que viven en sociedad respecto a los demás miembros de esta misma. El estado civil de las personas es la situación de las personas físicas y se determina por sus relaciones de familia, que nacen del matrimonio o del parentesco y establece ciertos derechos y deberes<sup>28</sup>.

#### **2.1.4. Ocupación Laboral**

El cargo u ocupación es el conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica, la tecnología y la división del trabajo. Comprende la función laboral del trabajador y los límites de su competencia. Generalmente se utiliza la denominación de cargo para los técnicos y dirigentes.

Dentro de la terminología empleada se utilizan generalmente los términos trabajo, tareas, puestos, cargos. El empleo de uno u otro término está

vinculado a las concepciones sobre la naturaleza y la estructura del trabajo. El término puesto es uno de los más empleados tradicionalmente, pero el mismo da la idea de estar referido en esencia al lugar físico donde se desarrolla el trabajo y da idea de inmovilidad, aunque muchos autores lo definen con la misma acepción que el término cargo.

La definición de Ocupación, como «Conjunto de empleos cuyas tareas presentan una gran similitud. Corresponde al Grupo Primario» constituye el primer escalón de agrupamiento de las actividades laborales.

La unidad básica de análisis y ordenación de la actividad laboral, entendida como un agregado de competencias con valor y significado en el empleo, con un sustrato de profesionalidad socialmente reconocido y referente efectivo en la dinámica del encuentro cotidiano entre la oferta y la demanda de trabajo

#### **2.1.5. Peso corporal**

El peso corporal es la fuerza que genera la gravedad sobre el cuerpo humano. Ambas magnitudes son proporcionales entre sí (fuerza gravitacional y masa corporal), pero no son iguales, pues están vinculadas por el factor aceleración de la gravedad. Peso corporal es el parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración del crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del individuo.

#### **2.1.6. Índice de masa corporal**

El índice de masa corporal es una razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo, ideada por el estadístico belga Adolphe Quetelet; por lo que también se conoce como índice de Quetelet.

El Índice de masa corporal, también puede calcularse a partir de tablas o gráficas en función de la masa y la altura usando líneas de contorno para distintas categorías por lo que es un criterio ampliamente aceptado pero no es exacto.

El Índice de masa corporal se clasifica a las personas en infra peso, peso normal, sobrepeso y obesidad basándose exclusivamente en la masa del individuo y su altura. No tendría en cuenta la edad, el sexo, el porcentaje de grasa corporal o la masa muscular. Incluso la categorización aún hoy es objeto de debate sobre dónde se deberían colocar esos límites<sup>29</sup>. Se acepta comúnmente los siguientes: infra peso por debajo de 18.5 kg/m<sup>2</sup>, peso normal: 18.5 a 25, sobrepeso: 25 a 30, obeso: más de 30.

### **2.1.7. Presión Arterial**

Es la fuerza que ejerce la sangre contra la pared de las arterias, esto permite que la sangre circule por los vasos sanguíneos y aporte oxígeno y nutrientes a todos los órganos para su funcionamiento.

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra utilizando dos números separados por una barra oblicua. El primero número corresponde a la tensión arterial sistólica, es la más alta que se produce cuando el corazón se contrae. El segundo número corresponde a la tensión arterial diastólica, es la más baja y se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro latido.

La presión arterial normal en un adulto, se delimita como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg, esta es necesaria para que la sangre sea distribuida y llegue a todas las células del organismo. Está profundamente relacionada con el gasto cardíaco que es el flujo de sangre que sale del corazón y las resistencias periféricas.

### **El gasto cardíaco**

Este depende de la frecuencia cardíaca y la contractilidad ambos regulados por el sistema nervioso vegetativo y las catecolaminas, la volemia o volumen de sangre está influenciada por el riñón, el sodio y ciertas hormonas. Las resistencias periféricas dependen de los mecanismos vasopresores y

vasodilatadores de causa nerviosa, hormonal o local de la pared del vaso, por lo que la PA está influenciada por múltiples factores, por eso la PA cambia a lo largo del día y de la noche. En cada ciclo cardiaco existe una contracción que es la sístole y da lugar a la presión sistólica y a una relajación llamada diástole que corresponde a la presión diastólica.

Se denomina gasto cardíaco o débito cardíaco al volumen de sangre expulsado por un ventrículo en un minuto, constituye la resultante final de todos los mecanismos que normalmente se ponen en juego para determinar la función ventricular (frecuencia cardiaca, contractilidad, sinergia de contracción, precarga y post carga). El gasto cardíaco normal del varón joven y sano es el promedio de 4.5 litros por minuto:

### **Índice cardíaco**

El gasto cardíaco cambia netamente según el volumen corporal del sujeto a quien se le hace la medición. Debido a esto, es importante encontrar algún medio por el cual comparar los gastos cardíacos de personas con diferencias de volumen. Sobre esta situación, las experiencias han demostrado que el gasto cardíaco se eleva de manera aproximada en proporción a la superficie del cuerpo. Por lo tanto, el gasto cardíaco suele expresarse en términos de índice cardíaco: es decir, el gasto cardíaco por metro cuadrado de superficie corporal. El hombre adulto normal que pesa 70 kg tiene un área de superficie corporal de aproximadamente 1.7 metros cuadrados, lo que significa que el índice cardíaco medio normal para el adulto de todas las edades y de ambos sexos es de aproximadamente 3 litros por minuto por metro cuadrado.

### **Efecto de la edad.**

En reposo, el índice cardíaco de un adulto de 80 años en buena salud no es diferente del de un joven de 20 años. Pero durante el ejercicio físico intenso el índice cardíaco disminuye hasta en un 25% en el adulto de 80 años comparado con el de 20 años de edad.

**Efecto de la postura.**

Cuando una persona recostada se pone de pie, el gasto cardíaco cae aproximadamente un 20% si la persona permanece quieta, porque gran parte de la sangre "se almacena" en la porción inferior del organismo. Sin embargo, hay que considerar que el gasto cardíaco aumenta en 2 litros por minuto cuando la persona pone tensos sus músculos previos a una sesión de ejercicios.

**Efecto del metabolismo y el ejercicio.**

El gasto cardíaco se suele conservar casi proporcional al metabolismo global del cuerpo. Cuanto mayor sea el grado de actividad de los músculos y otros órganos, mayor también será el gasto cardíaco. Es de notarse que con un ejercicio muy intenso el gasto cardíaco puede aumentar hasta 30 a 35 litros por minuto en un varón atleta joven y bien entrenado.

**Regulación del gasto cardíaco**

Hay dos factores principales de los cuales depende el gasto cardíaco: volumen de expulsión y frecuencia cardíaca. A su vez, el volumen de expulsión es el volumen de sangre expulsado por el ventrículo (igual derecha o izquierda) en un ciclo cardíaco; entendiéndose que en un corazón sano este corresponde a un ciclo eléctrico y un ciclo mecánico, sincronizados. Mientras que la frecuencia cardíaca es el número de ciclos cardíacos en un minuto. El gasto cardíaco es directamente proporcional a ambos, el volumen de expulsión y la frecuencia cardíaca, pero no es una simple suma algebraica, un cambio en cualquiera de estos factores siempre requiere análisis para predecir si realmente está aumentando el gasto cardíaco.

El volumen de expulsión a su vez depende de tres factores: Precarga, postcarga e inotropismo. La actividad mecánica del corazón depende de la fuerza de contracción (que según la ley de Frank-Starling es proporcional al

volumen diastólico final) y de la contractilidad. La postcarga es la fuerza que se opone a la salida de sangre del ventrículo durante la sístole; o bien puede ser definida como el grado de estrés en la pared del ventrículo a lo largo de la sístole ventricular.

La actividad mecánica del corazón, en condiciones normales, modula directamente en el volumen de expulsión; ya que la postcarga se mantiene constante, por lo que la fuerza de contracción es función del volumen diastólico final (volumen de sangre que hay en el ventrículo al final de la diástole); pero este último es función del llenado ventricular (volumen de sangre que entra al ventrículo en una diástole), el llenado ventricular depende grandemente en el gradiente de presión entre la presión venosa central y la presión de la aurícula.

Este gradiente de presión regula el retorno venoso y explica en parte el llenado ventricular (aunado a un 20-40% de sístole auricular, el llenado ventricular casi exclusivamente depende del paso de sangre por gradiente energicamente favorable por diferencias de tensión en paredes elásticas y la acumulación de un volumen de sangre que distiende la pared ventricular con un mínimo cambio de presión ejercido sobre dicho pared. Finalmente, la contractilidad, que depende del calcio que pasa del líquido extracelular por los canales lentos de calcio.

### **Regulación del gasto cardíaco nervioso**

Este se da por el sistema nervioso autónomo, es la acción fisiológicamente opuesta de dos “sistemas” anatómicamente separado: el simpático y el parasimpático. El sistema simpático, por medio de la adrenalina y noradrenalina, aumenta la concentración intracelular de AMP cíclico, activa los receptores a nivel del nodo seno auricular, se facilita el influjo de sodio, haciendo que por lo tanto aumento del automatismo. Lo mismo ocurre en las fibras de Purkinje y en el nodo aurícula ventricular (que forman parte del sistema de conducción eléctrica del corazón. Estos cambios aumentan la

frecuencia cardíaca (cronotropismo) y la velocidad de conducción (dromotropismo).

Es importante notar, sin embargo, que si la frecuencia es demasiado elevada, disminuyendo la duración de la diástole, o si el retorno venoso es insuficiente puede que no aumente el gasto cardíaco al final, recalcando el hecho que la suma de factores fisiológicos no es una suma algebraica. El sistema parasimpático, con acetilcolina en receptores M2 causa un efecto cronotrópico y dromotrópico negativo.

### **Disminución del nivel permisivo**

Aunque el nivel permisivo normal de la acción de bomba cardíaca suele ser mayor que el retorno venoso, no siempre ocurre así cuando el corazón está enfermo. Existen padecimientos como el infarto del miocardio, cardiopatías valvulares y miocarditis que pueden disminuir la eficacia de la impulsión del corazón. En estas circunstancias hacen que el valor permisivo puede caer a niveles tan bajos como dos o tres litros por minuto.

### **Vasodilatación muscular**

El factor más importante que eleva el gasto cardíaco durante el ejercicio es la dilatación de los vasos sanguíneos que se encuentran en los músculos que se ejercitan. La vasodilatación depende del incremento considerable del metabolismo muscular durante el ejercicio. Esto da lugar a una elevación del uso del oxígeno y otros nutrientes por los músculos y a la formación de sustancias vasodilatadoras endógenas que actúan sinérgicamente para causar dilatación vascular local intensa y aumento considerable del flujo sanguíneo local. Esta dilatación vascular local alcanza su máximo en los aproximadamente 10 segundos posteriores al inicio del ejercicio intenso; pero una vez alcanzada, la gran disminución de la resistencia vascular permite que fluyan a través del músculo grandes cantidades de sangre y de ahí pasa a las

venas para ser retornada al corazón, aumentando notablemente el retorno venoso y el gasto cardíaco<sup>30</sup>.

La estimulación simpática afecta tanto al corazón como a la circulación. Hace que el corazón impulse la sangre con mayor fuerza, eleva la presión general media de llenado por contracción de los vasos periféricos, y también la resistencia al retorno venoso. El sistema nervioso simpático puede ser bloqueado completamente provocando anestesia raquídea o administrando un fármaco que impide la transmisión de impulsos nerviosos por los ganglios vegetativos. Esto hace que el gasto cardíaco caiga a un nivel de 60 a 70% aproximadamente de lo normal.

### **Métodos para medir el gasto cardíaco**

Se pueden utilizar tres métodos para medir el gasto cardíaco.

Dispositivo electromagnético o ultrasónico: Este permite medir el flujo sanguíneo en la raíz de la aorta.

Método de Fick: Permite observar la absorción, cada minuto, de 200 ml de oxígeno por los pulmones hacia la sangre pulmonar (como el swan ganz).

Método de dilución de indicador: Para medir el gasto cardíaco por este método, se inyecta una pequeña cantidad de indicador colorante (como el Cardio-Green), en una vena de gran calibre o de preferencia en la cavidad derecha del corazón<sup>31</sup>.

### **Medición de la tensión arterial**

Es importante que nos tomemos periódicamente la tensión arterial para detectar si somos o no hipertensos. La recomendación es hacerlo al menos 1 vez cada 4 años entre los 14 y los 45 años y posterior a esa edad cada 2 años salvo que detectemos que tenemos la tensión arterial elevada, momento a partir del cual deberemos hacerlo con la frecuencia que nos determine el

médico. La presión arterial puede ser medida de manera invasiva o no invasiva.

### **Medición no invasiva**

Las mediciones no invasivas por auscultación viene del latín escuchar y oscilométrica, son las más simples y más rápidas que las mediciones invasivas, requieren menos pericia para realizarlas, no tienen complicaciones, y son menos desagradables y dolorosas para el paciente. Sin embargo, las mediciones no invasivas pueden tener una exactitud algo más baja y pequeñas diferencias sistemáticas en los resultados numéricos. Los métodos de medición no invasivos son más comúnmente usados para exámenes y monitoreos rutinarios.

### **Métodos de palpación**

Un valor sistólico mínimo puede ser estimado aproximadamente por palpación, sin ningún equipo, un método usado más frecuentemente en situaciones de emergencia. La palpación de un pulso radial indica una presión sanguínea mínima de 80 mmHg, un pulso femoral indica por lo menos 70 mmHg y un pulso en la arteria carótida un mínimo de 60 mmHg. Sin embargo, un estudio indica que este método no era lo suficientemente exacto y con frecuencia sobrestimaba la presión sanguínea sistólica del paciente<sup>32</sup>. Un valor más exacto de la presión sanguínea sistólica puede ser obtenido con un Esfigmomanómetro y palpando para cuando retorna un pulso radial<sup>33</sup>.

Debido a que una presión diastólica no puede ser obtenida con este método, las presiones arteriales obtenidas por la palpación se anotan como sístole<sup>34</sup>.

### **Métodos de auscultación**

El método de auscultación se realiza con esfigmomanómetro y estetoscopio.

Manómetro de mercurio.

## **Esfigmomanómetro y estetoscopio**

El método auscultatorio usa un estetoscopio y un esfigmomanómetro. Esto abarca un brazalete inflable (Riva-Rocci) que se coloca alrededor de la parte superior del brazo izquierdo (puede ser tomada en el derecho pero sería erróneo pues la medición obtenida no sería exacta debido al recorrido propio de las arterias), arriba del codo, a aproximadamente la misma altura vertical que el corazón, que va conectado a un manómetro de mercurio o aneroide.

### **Esfigmomanómetro de mercurio**

El manómetro de mercurio, que se considera el estándar de oro para la medición de la presión sanguínea, mide la altura de una columna del mercurio, dando un resultado absoluto sin la necesidad de calibración, por lo tanto no sujeto a los errores y a la posible inexactitud de la calibración que afectan a otros métodos. El uso de los manómetros de mercurio es a menudo requerido en pruebas clínicas y para la medición clínica de la hipertensión en pacientes de riesgo elevado, como las mujeres embarazadas.

Un brazalete del tamaño apropiado es ajustado e inflado manualmente al apretar repetidamente un bulbo de goma hasta que la arteria braquial es ocluida totalmente. Escuchando con el estetoscopio la arteria braquial en el codo, el examinador libera lentamente la presión en el brazalete. Cuando la sangre apenas comienza a fluir en la arteria, el flujo turbulento crea un "silbido" o palpitación (primer sonido de Korotkoff), es la presión sanguínea sistólica. La presión del brazalete sigue liberándose hasta que no se puede oír ningún sonido (quinto sonido de Korotkoff), corresponde a la presión sanguínea diastólica.

Para una toma correcta de la tensión arterial, es preciso seguir las siguientes recomendaciones:

Tomarla tras cinco minutos de reposo por lo menos.

La persona debe estar relajada y no tener prisa.

Tampoco debe haber comido, bebido sustancias excitantes (café, té) ni fumado durante la media hora previa a la medición.

La posición del cuerpo debe ser sentado, no estirado, con la espalda bien apoyada en el respaldo de la silla. Las piernas deben estar tocando el suelo, no cruzadas, y la mano relajada, sin apretar y en posición de descanso.

Brazo de referencia o dominante apoyado más o menos a la altura del corazón, mano relajada. El brazo de referencia o dominante es aquel en el que la tensión arterial es más alta.

El manguito debe de estar en contacto con la piel, así que el paciente deberá remangarse la camisa. Si es invierno y se llevan mucha ropa, será mejor que se las quite porque si se remangan diferentes prendas a la vez se puede crear un anillo que constriña la zona de la toma de la tensión arterial.

Una vez posicionada la persona se colocará el manguito, que se adaptará al diámetro del brazo (pequeño, normal, grande), una vez ajustado el manguito se debe presionar el botón para conectar el tensiómetro.

Es importante que mientras el manguito se infla el paciente no hable, puesto que eso afectaría a los valores marcados.

No redondear cifras.

La toma de la tensión arterial puede ser manual o automática en ninguna de las dos se debe redondear las cifras obtenidas.

### **Métodos oscilo métricos**

Los métodos oscilométricos a veces son usados en mediciones a largo plazo y a veces en la práctica general. El equipo es funcionalmente similar al del método auscultatorio, pero, en vez de usar el estetoscopio y el oído del experto, tiene en el interior un sensor de presión electrónico (transductor) para

detectar el flujo de sangre. En la práctica, el sensor de presión es un dispositivo electrónico calibrado con una lectura numérica de la presión sanguínea.

La medición oscilométrica requiere menos habilidad que la técnica auscultatoria, y puede ser conveniente para uso del personal inexperimentado y para la supervisión automatizada del paciente en su hogar. El brazalete es inicialmente inflado a una presión superior a la presión sanguínea sistólica, y después, durante un período de cerca de 30 segundos, se reduce hasta llegar a un nivel por debajo de la presión diastólica. Cuando el flujo de sangre es nulo (presión del brazalete excediendo la presión sistólica), o sin obstáculo (presión del brazalete debajo de la presión diastólica), la presión del brazalete será esencialmente constante. Los monitores oscilométricos pueden producir lecturas inexactas en pacientes con problemas en el corazón y la circulación, esto incluye esclerosis arterial, arritmia, pre eclampsia, pulso alternante, y pulso paradójico.

### **Medición invasiva**

La presión sanguínea arterial es medida invasivamente a través de una línea arterial, se realiza con cánulas intravasculares (medición directa de la presión arterial), colocando una aguja de cánula en una arteria como: las arterias radial, femoral, dorsal del pie o braquial. Se realiza en un hospital, por un anestesiólogo o un cirujano.

La ventaja de este sistema es que la presión está constantemente supervisada latido por latido y puede ser exhibida en una forma de onda. Esta técnica invasiva es regularmente empleada en la medicina humana y de cuidados intensivos y para propósitos de investigación.

### **Auto medición de la Tensión Arterial**

Es poder medirse la presión en el propio domicilio. Es una ventaja que puede ayudar a detectar casos de hipertensión, a la vez que sirve para saber si un

paciente está bien o mal controlado. La presión que se mide en consulta del médico o la enfermera, sólo representa la presión de ese momento y por tanto no es reflejo de toda nuestra realidad del día a día y de los diferentes momentos. Además la toma de la tensión arterial en consulta del médico o enfermera siempre lleva asociada una mayor alerta que cuando una se realiza la toma en el domicilio siguiendo las recomendaciones idóneas para hacerlo.

La auto medición está especialmente indicada en personas con importante ansiedad en la consulta cuando se toma la tensión arterial que hace que las cifras sean más altas de las reales, personas con variaciones importantes de las cifras a lo largo del día, sirve para ajustar el tratamiento según las cifras de la tensión arterial tomada.

Todas las tomas deben de reseñarse en una gráfica o cartilla que se debe de llevar siempre a la consulta del médico.

Si se observan valores que están fuera de los límites aceptables:

- Hacer 3 tomas separadas al menos 5 minutos y sacar el promedio.
- Hacer distintas mediciones en diferentes posturas (sentado, echado).
- Realizar tomas en diferentes días separadas, al menos, una semana.
- En caso de cifras mantenidas altas, es importante acudir al médico.

### **Valores normales de la tensión arterial**

La medición de la tensión arterial debe ser realizada con asiduidad porque tener una hipertensión o hipotensión pueden ser indicadores de patologías severas en las personas.

No es suficiente con tomarse la tensión de forma regular sino que tenemos que saber interpretar las lecturas que nos proporciona el medidor de tensión. Los resultados de la medición de la presión sanguínea se ve influenciada por diversos factores y por lo tanto no es una matemática exacta por lo que deben

ser consideradas de forma variable, atendiendo a los diversos factores circunstancias de cada medición.

Para determinar si es un valor normal o no, el arrojado por el medidor hay que relativizar el resultado fijándose en determinados factores: Constitución de la persona, sexo, peso, estado anímico del paciente, ingesta o ausencia previa de ingesta de alimentos, cansancio etc. Teniendo en cuenta esto vamos a determinar cuáles son los valores que se pueden considerar normales en un paciente.

#### **2.1.7.1. Grados de presión arterial**

Los grados de presión arterial se los clasifica en:

Hipotensión	menor de 80 / menor de 60 mmHg.
Normal	80 – 120 / 60 – 80 mmHg.
Pre hipertensión	120 – 139 / 80 – 89 mmHg.
Hipertensión grado I	140 – 159 / 90 – 99 mmHg.
Hipertensión grado II	160 o superior / 100 o superior mmHg.

Crisis hipertensiva: superior a: 180 / superior a 110 mmHg. (emergencia médica).

Teniendo presente que cada paciente es diferente y que las mediciones se ven influidas por factores diversos. los valores están descritos en el anterior párrafo.

#### **Tensión arterial normal por edades**

Como hemos enunciado anteriormente, la edad de la persona influye en los valores que debe mostrar el tensiómetro, la tabla muestra los índices genéricos separados por edades.

Con el paso de los años los vasos sanguíneos de las arterias pierden elasticidad con lo que conlleva que las personas adultas tengan valores normales más elevados.

En el estado de pre hipertensión se debe consultar inmediatamente con el personal médico para someternos, si así lo estiman conveniente, a tratamiento farmacológico, los médicos prestan mayor atención a la presi sistólica porque es un indicio de riesgo de enfermedades cardiovasculares que pueden ser muy graves. Los adultos a partir de los 50 años sufren un aumento de los valores, por la falta de elasticidad de las arterias, de la que ya hemos hablado.

Los estudios médicos publicados afirman que por cada 20 mmHg aumenta el riesgo por muerte debido a isquemias coronarias, atendiendo a lo cual, se recomienda que los chequeos médicos y los controles sean más habituales.

### **Hipertensión arterial**

Después de haber revisado la importancia de la presión arterial, se describe a la hipertensión arterial como una enfermedad crónica que radica en el incremento constante de la presión sanguínea en las arterias. Una persona es hipertensa, si su presión arterial es igual o mayor a 140/90 mmHg medidos en dos o más oportunidades.

La hipertensión es una enfermedad silenciosa, progresiva, se presenta en todas las edades, con mucha frecuencia y preferencia en las personas comprendidas entre las edades de 30 y 50 años de edad, es una enfermedad generalmente asintomática que después de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en el cuerpo humano, sobre todo en el órgano blanco.

La Hipertensión Arterial es el factor de riesgo más importante para la enfermedad cardio-cerebro-vascular, se asocia con otros factores de riesgo como los esquemas dietéticos, elevación de lípidos en sangre, obesidad, tabaquismo, diabetes mellitus, sedentarismo, estrés y otros.

Existe una agregación familiar de la hipertensión tanto en mujeres como en varones. Se calcula que el riesgo de padecer la hipertensión Arterial es 2.5 veces mayor si uno de los parientes en primer grado es hipertenso y esto va en aumento hasta casi 4 veces, si los dos parientes en primer grado presentan hipertensión<sup>35</sup>.

La hipertensión arterial es un incremento sostenido de la presión arterial por encima de sus valores normales (Presión Arterial Sistólica < 140mmHg y la Presión Arterial Diastólica < 90mmHg), ya que la presión arterial es el resultado de la relación entre dos factores; por un lado, es la fuerza con que la sangre fluye desde el corazón y por otro es la resistencia que se oponen las paredes de los vasos periféricos al fluido de la sangre.

Para considerar que una presión arterial es elevada, la presión sistólica o presión de la sangre durante la contracción del ciclo cardíaco, tiene que ser igual o mayor de 140mm Hg, mientras que la presión arterial diastólica o la presión que se produce durante la fase de la relajación del ciclo cardíaco, debe ser igual o mayor a 90 mm Hg.

Se puede mencionar que la elevación de la presión arterial se da a lo largo de toda la vida, la que al paso de los años esta se va incrementando con el envejecimiento del cuerpo humano y se observa que el aumento de la presión arterial es más sostenido, ya que con la edad la prevalencia de hipertensión aumenta. Existe referencia que indica que hipertensión arterial en los varones se presenta antes de los 55 años de edad, mientras que esta enfermedad en las mujeres se presenta mayor a los 55 años por lo que la tasa de hipertensión arterial en las mujeres se eleva y llega a sobre pasar a los hombres, esto generalmente se debe a los cambios en los valores circundantes de las hormonas sexuales, es decir al ingreso de la menopausia<sup>36</sup>.

### **2.1.7.2. Fisiopatología de la hipertensión arterial**

La presión arterial se puede decir que es el resultado del gasto cardíaco multiplicado por la resistencia periférica. El diámetro de los vasos sanguíneos se adapta al flujo de la sangre existente, cuando el flujo sanguíneo es disminuido, como en la aterosclerosis, aumenta la resistencia y la presión arterial asciende; si por el contrario el diámetro del vaso sanguíneo aumenta, como se ve en la terapia con fármacos vasodilatadores, la resistencia del vaso disminuye y la presión sanguínea baja o desciende.

Los reguladores principales de la presión arterial son el sistema nervioso simpático y los riñones. Podemos mencionar que en respuesta a una caída de la presión arterial, el sistema nervioso simpático segrega la hormona noradrenalina, esta hormona es un potente vasoconstrictor que actúa directamente sobre las arterias y arteriolas produciendo un aumento de la resistencia periférica del vaso sanguíneo por lo que la presión arterial aumenta. Mientras que los riñones regulan la presión arterial mediante el control del volumen extracelular y la secreción de la hormona renina, que activa el sistema renina-angiotensina.

En situaciones normales, el reflejo neural sirve para extender la presión arterial cuando baja y reducirla cuando sube, y el sistema renina-angiotensina<sup>37</sup>, se activa en condiciones en que se reduce el líquido extracelular como en el descenso de sodio, disminución de volemia, aumento de actividad simpática y disminución de la presión arterial.

### **2.1.7.3. Causas de la Hipertensión arterial**

La hipertensión arterial, en la mayoría de los casos, es de causa desconocida, o lo que es lo mismo, no encontramos evidencia de enfermedad o agente que la produzca, entonces la denominamos hipertensión arterial esencial o primaria. Lo que sí sabemos, a través de estudios epidemiológicos,

experimentales y clínicos, es que en estos casos existen factores genéticos y ambientales cuya conjunción podrían dar lugar a su aparición.

Las causas posibles de hipertensión influyen en la hiperactividad del sistema nervioso simpático, estimulación excesiva del sistema renina-angiotensina y dieta baja en potasio. La inflamación crónica puede participar igualmente en el desarrollo de la hipertensión, debido a que los marcadores inflamatorios, en particular la proteína C reactiva, están elevados en los pacientes hipertensos.

La proteína C reactiva inhibe la formación de óxido nítrico por las células endoteliales, lo que favorece a la vasoconstricción, la adherencia de los leucocitos, la activación de las plaquetas y la trombosis<sup>38</sup>.

#### **2.1.7.4. Clasificación de la presión arterial**

La hipertensión se clasifica en fases de acuerdo con el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares.

Tabla N° 1  
Clasificación de la presión arterial

Clasificación de la presión	Sistólica (mmHg)	Diástole (mm Hg)
Normal	<120	<80
Pre hipertensión	120 -139	80-89
Hipertensión fase 1	140 -159	90-99
Hipertensión fase 2	>160	>100

Fuente: Centro de salud Copacabana

Los individuos diagnosticados de pre hipertensión experimentan riesgo de desarrollar hipertensión esencial (hipertensión de etiología desconocida) y Enfermedad Cardio Vascular. La hipertensión fase 1 es el grupo con más probabilidades de sufrir un infarto de miocardio o un ictus<sup>39</sup>.

## **Origen de la hipertensión arterial**

Se viene describiendo actualmente que existen factores genéticos como los responsables de la hipertensión arterial.

### **Factores genéticos**

A mediados del siglo pasado comienza la investigación sobre la hipertensión arterial. Al comprobarse su influencia en la esperanza de vida, en los años siguientes se puso de manifiesto, mediante la observación clínica, que más del 50% tenía algún ascendente directo que era hipertenso, que existía una correlación entre las presiones arteriales de padres con los hijos naturales, no así entre padres e hijos adoptados y que las presiones de hijos de madres hipertensas durante el embarazo eran superiores a las de hijos de madres normotensas. El componente genético de la HTA se pone de manifiesto al comprobarse una concordancia entre las presiones de gemelos univitelinos superior a la encontrada entre hermanos.

También al observar que la probabilidad de desarrollar hipertensión a lo largo de la vida es muy superior en personas con padre y madre hipertensos que en aquellos cuyos dos progenitores son normotensos. Se ha demostrado además la asociación entre algunos marcadores genéticos y diversas formas de hipertensión y no existe una enfermedad que la determine. Existe un componente que puede ser genético o hereditario, que hace que el paciente desarrolle en algún momento de su vida hipertensión arterial. Esta causa representa del 90 al 95% de las hipertensiones.

### **Hipertensión Primaria o esencial**

El descubrimiento del genoma humano ha supuesto un gran avance en el conocimiento sobre la genética de la hipertensión. Salvo raros casos en los que la hipertensión arterial es causada por la alteración específica de un solo gen (formas monogénicas), en la gran mayoría de los casos (formas

poligénicas), la hipertensión arterial es el resultado entre la alteración de varios factores genéticos y ambientales.

### **Hipertensión Secundaria**

La hipertensión arterial secundaria se encuentra en un reducido número de personas, en estos casos la hipertensión arterial no responde al tratamiento con los fármacos habituales para la hipertensión ni a las medidas dietéticas, controlándose la hipertensión sólo al tratar la enfermedad que la está provocando o retirar la sustancia causante.

Existe un gran número de enfermedades entre cuyas manifestaciones dan hipertensión como las enfermedades del riñón, infecciosas-inflamatorias crónicas (piel nefritis, glomerulonefritis), las tumorales (poliquistosis) o las obstructivas (hidronefrosis). Las enfermedades endocrinas son capaces de dar lugar a la hipertensión, como las que afectan a las cápsulas suprarrenales por hiperfunción (hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing, feocromocitoma y las que produce la tiroides (hipertiroidismo).

Entre las enfermedades neurológicas, tenemos la hipertensión intracraneal; y entre las vasculares, a la coartación de la aorta (estrechamiento de la luz de la aorta), algunas situaciones son proclives a la aparición de hipertensión; entre ellas destaca, por su importancia, el embarazo por las repercusiones que puede tener sobre la madre y el feto, el estrés agudo puede desencadenar una hipertensión episódica.

Determinados fármacos, como los antiinflamatorios, pueden dar lugar a episodios hipertensivos o descompensar una hipertensión ya controlada con tratamiento, el iniciar tratamiento con fármacos como los anticonceptivos y corticoides se debe controlar la tensión arterial de manera frecuente.

Determinados tóxicos y drogas de consumo frecuente en determinados ambientes (discotecas, fiestas), como son la cocaína, las “pastillas de las discotecas” o el alcohol, pueden dar lugar a episodios de hipertensión.

También se presentan en algunas patologías o situación previa que provoca la hipertensión arterial, tales como: alteraciones renales, las endocrinas, del Sistema nervioso, o el uso de ciertas drogas o fármacos. Este representa la minoría de los casos 5 al 10%<sup>40</sup>.

#### **2.1.7.5. Consecuencia de la presión arterial elevada**

La hipertensión arterial extiende la resistencia que oponen los vasos sanguíneos al flujo de la sangre, esto obliga al ventrículo izquierdo del corazón a aumentar su esfuerzo para bombear la sangre, como consecuencia puede aparecer hipertrofia ventricular izquierda y finalmente llegar a una insuficiencia cardiaca congestiva.

La elevación crónica de la presión arterial conduce a una mayor probabilidad de daño de órganos diana, como hipertrofia ventricular izquierda, insuficiencia cardiaca congestiva, infarto miocardio, accidente cardiovascular, enfermedad renal, enfermedad arterial periférica y retinopatía.

La hipertensión es un factor contribuyente importante a la aterosclerosis, es causa subyacente de los casos de enfermedades cardiovasculares, la que se caracteriza por el engrosamiento de la pared arterial a causa de la inflamación y acumulación de las lipoproteínas de baja densidad, calcio y fibrina en el endotelio. En la aterosclerosis el endotelio se hace disfuncional y la función arterial se altera, causando daño en los diferentes órganos y extremidades, debido a que puede producir isquemia por flujo sanguíneo insuficiente<sup>41</sup>.

#### **2.1.7.6. Síntomas en la hipertensión arterial**

La hipertensión esencial o primaria, en los primeros años, no suele dar ningún síntoma. En ocasiones, en personas jóvenes, podemos encontrar palpitaciones y cierto grado de fatiga o sensación de falta de aire durante el esfuerzo. Los dolores de cabeza o cefaleas, atribuibles a la hipertensión, suelen ser matutinos y occipitales, de dos o tres horas de duración.

La hipertensión mantenida en el tiempo dará lugar a diferentes síntomas según el órgano afectado y el grado de afectación. Cuando el corazón es el afectado, los síntomas son dolor en el tórax por afección de las arterias coronarias encargadas del riego sanguíneo al corazón. A esta enfermedad la denominamos cardiopatía isquémica. También puede aparecer disnea (asfixia) y edemas (hinchazón), si hay afectación del músculo cardíaco. A esta enfermedad se la denomina insuficiencia cardíaca. Otros síntomas son las palpitaciones por arritmias cardíacas.

Cuando el órgano afectado es el cerebro, encontramos síntomas inespecíficos como la cefalea, los vértigos, los zumbidos de oídos y los mareos, los síntomas por afectación de las grandes arterias: puede existir diversos grados de parálisis debido a los accidentes vasculares cerebrales (infartos cerebrales) y manifestaciones por afectación de pequeños vasos arteriales, como ser demencias y hemorragias cerebrales. La repercusión sobre el riñón puede dar como resultado final la insuficiencia renal cuyos síntomas es la disminución del volumen de orina (oliguria) y edemas (piernas hinchadas), esta enfermedad se llama nefroangiosclerosis y los pacientes pueden necesiten diálisis.

Los síntomas por lesiones de las arterias periféricas: puede aparecer frialdad, palidez y ausencia de pulso en extremidades, estas son manifestaciones agudas. Las manifestaciones crónicas tenemos el dolor en las pantorrillas al caminar, denominada esta afección “claudicación intermitente”. El aneurisma de aorta, que es asintomático si no se complica.

Síntomas oculares: en la hipertensión mantenida se afecta la retina. Si la afectación es pequeña no da síntomas, pero si es mayor puede dar alteraciones de la visión.

### **Hipertensivas**

En ocasiones, la subida de la presión arterial con afección de los órganos como el cerebro, corazón constituye una verdadera emergencia y se acompaña de

síntomas como dolor torácico, cefalea, coma, etc.; siendo preciso ingresar al paciente en el hospital y administrar medicación intravenosa. Las cifras de presión arterial en estos casos suelen ser mayores o iguales a 210 /120 mmHg.

Estas mismas subidas de la presión arterial, cuando no hay síntomas, constituyen las crisis hipertensivas, donde el control de la cifras de la presión arterial se pueden realizar en unas pocas horas y con medicación por vía oral. En muchos casos, se trata de pseudocrisis hipertensivas por reacciones de alerta o estrés agudo, que ceden con el reposo y pueden ser tratados en Centros de Salud.

### **El factor hipertensión en el riesgo cardiovascular**

La hipertensión arterial aumenta el trabajo que debe realizar el corazón por lo que éste debe aumentar su masa muscular (hipertrofia) para compensar; al principio resulta beneficioso, pero, con el tiempo, no consigue su objetivo y ocasiona insuficiencia coronaria y angina de pecho. Además, el aumento excesivo de su masa vuelve al músculo cardíaco más irritable y con frecuencia se producen arritmias. La hipertrofia, la insuficiencia coronaria y las arritmias pueden hacer fracasar la función de bomba del corazón, con lo que hablaríamos de insuficiencia cardíaca.

La hipertensión arterial también afecta a las arterias dañando sus estructuras y facilitando la arteriosclerosis y la trombosis oclusiva. En otras ocasiones puede originar “reblandecimiento” de las paredes de la aorta (aneurisma) que pueden romperse bruscamente y originar la muerte.

#### **2.1.7.7. Factores de riesgo**

- Alteración de los niveles de colesterol y triglicéridos
- Antecedentes familiares de hipertensión arterial.
- Consumo de carne roja en abundancia
- Consumo de carne seca.
- Consumo de Tabaco.

- Consumo de cafeína
- Diabetes
- Estrés y depresión.
- Ingesta de sodio abundante.
- Obesidad
- Sedentarismo (falta de ejercicios)

El componente genético de la hipertensión arterial es una de las consecuencias ya estudiadas de producción de hipertensión arterial, que puso de notorio al comprobarse la relación entre las presiones de gemelos univitelinos superior a la encontrada entre hermanos, la probabilidad de desarrollar hipertensión a lo largo de la vida es muy superior en personas con padre y madre hipertensos y en aquellos que están asociados a alguno marcador genético.

#### **2.1.7.8. Estrategias Farmacológicas**

El manejo es individual, valorizándose la idoneidad y responsabilidad del profesional médico, para decidir cuándo tratar con fármacos y cuáles emplear inicialmente.

La elección del fármaco dependerá de varios factores, entre los cuales la experiencia previa del paciente con otros fármacos antihipertensivos, el costo del tratamiento y la presencia de comorbilidades son elementos a considerar.

Es necesario recordar al paciente que el tratamiento farmacológico no reemplaza a los cambios en el estilo de vida, y que si estos se producen no solo se logra disminuir el riesgo cardiovascular, sino también a veces disminuir la dosis de los fármacos a administrar.

“El tratamiento farmacológico siempre debe ser agregado al no farmacológico”.

La terapia farmacológica antihipertensiva se basa en principios muy sencillos, modificando los mismos factores que regulan la presión arterial en pacientes

normotensos; básicamente actuando sobre la resistencia vascular periférica y el gasto cardíaco (que depende del volumen sistólico y la frecuencia cardíaca).

De este modo se actúa, básicamente pero no exclusivamente, en la modificación de la función de la división simpática del sistema nervioso autónomo, del músculo liso vascular, del sistema renina-angiotensina-aldosterona y en la modificación del volumen circulante.

Las drogas con utilidad clínica real o potencial generalmente tienden a actuar primariamente en algún parámetro específico, pero todas tienen la capacidad para reducir tanto la presión sistólica como la diastólica a largo plazo.

#### **2.1.7.9. Epidemiología de la hipertensión arterial**

La principal causa de mortalidad en los países desarrollados es la enfermedad cardiovascular, especialmente la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica. La hipertensión arterial es el principal y más frecuente factor de riesgo de la enfermedad cerebrovascular, es una de las primeras causas de muerte del adulto y de la causa de la discapacidad.

Existen diferencias con respecto a las cifras de hipertensos totales en la población. Ello es debido a la metodología empleada, que sobre todo depende de los segmentos de edad y de los puntos de corte donde se sitúa el nivel umbral a partir de los cuales se considera una persona hipertensa. Para la población adulta y con cifras de corte mayor o igual a 140/90, la prevalencia se sitúa en torno al 30%. En mayores de 60 años, la prevalencia se sitúa en torno al 65%. A partir de los 55 años, la frecuencia de hipertensión arterial aumenta de forma exponencial, siendo más frecuente en varones hasta la quinta década, invirtiéndose después esta tendencia.

La hipertensión arterial se asocia con la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal y la enfermedad vascular periférica. La presión arterial sistólica está más

fuertemente asociada que la diastólica al riesgo de mortalidad coronaria y cerebrovascular según diversos estudios.

En estudios realizados sobre la distribución de la presión arterial, en la población española de 35 a 65 años y de riesgos relativos de muerte establecido en estudios internacionales, se ha estimado que la hipertensión arterial está relacionada con el 46,4% de muertes por enfermedad cerebrovascular.

Con un tratamiento correcto, de cada 1.000 personas mayores de 60 años tratadas, se pueden evitar, por año, cinco accidentes cerebrovasculares, tres eventos coronarios y cuatro muertes cardiovasculares. En definitiva, con un correcto control de la hipertensión arterial podría ser prevenida en el 20% de la mortalidad coronaria y el 24% de la mortalidad cerebrovascular.

La hipertensión arterial supone un elevado costo para la economía de los países y por otra parte, un 33% de las consultas de atención primaria están relacionadas con la hipertensión arterial, lo que da una idea de la importancia de la hipertensión arterial en atención primaria, que es precisamente donde son diagnosticadas, estudiadas y tratadas la gran mayoría de personas hipertensas.

Aunque los niveles de conocimiento, tratamiento y control han mejorado en los últimos años, todavía son mejorables; se estima que sólo un 20% de los pacientes tratados están bien controlados<sup>42</sup>.

Las causas que producen hipertensión arterial son multifactoriales entre ellos tenemos a la obesidad.

#### **2.1.7.10. Conocimiento actual sobre la hipertensión arterial.**

La Asociación Americana del Corazón en un cuerpo sustancial de evidencia científica apoya el concepto que múltiples factores dietéticos afectan la presión arterial. Los cambios en la dieta que efectivamente reducen la presión arterial

son la pérdida de peso, consumo reducido de sal, el aumento de la ingesta de potasio, la moderación del consumo de alcohol (entre los que beben), y el consumo de una estrategia global saludable patrón de la dieta, llamada la Dieta de Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión: ricas en vegetales, frutas cereales integrales, frutos secos, pescado, pollo, contiene lácteos desnatados con pequeñas cantidades de carne, azúcar y bebidas azucaradas. Este tipo de dieta es rica en potasio, calcio, magnesio y proteínas y baja en grasa total, grasa saturada y colesterol.

Considera que uno de los puntos más importantes que surgen del análisis del proceso progresivo del adulto joven y maduro es la calidad de vida que desarrollan, por lo que el poder de tener una buena calidad de vida, depende de cuan bien son las personas. Como internalizar en su vida cotidiana comportamientos saludables, para lo cual el estilo de vida juega un rol trascendente.

#### **2.1.8. Obesidad**

La obesidad se describe como un estado caracterizado por una excesiva acumulación y almacenamiento de grasa en el tejido adiposo, en relación con la masa corporal magra. Aunque antes se consideraba un problema exclusivo de los países de altos ingresos, el sobrepeso y la obesidad están aumentando espectacularmente en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano

#### **Tipos de obesidad**

Según la distribución de la grasa corporal, existen los siguientes tipos:

Obesidad androide: La grasa se localiza en la cara, el cuello, el tronco y la parte superior del abdomen. Este tipo de obesidad es la más frecuente en varones.

Obesidad ginecoide: Esta predomina a nivel del abdomen inferior, las caderas, las nalgas y los glúteos, este tipo de obesidad es más frecuente en las mujeres.

#### **2.1.8.1. Clasificación de la Obesidad**

La clasificación de la obesidad es muy importante para poder identificar y tomar en cuenta como en riesgo que puede estar conduciendo a la hipertensión arterial.

Tabla N° 2  
Clasificación del Índice de Masa Corporal

Bajo peso	<18.5
Normal	18.5 — 24.9
Sobrepeso	25 — 29.9
Obesidad	Mayor a 30

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

#### **2.1.8.2. Perímetro Abdominal (circunferencia de la cintura)**

Atendiendo las diferencias en la ubicación de grasa y dependiendo de si se padece obesidad androide o ginecoide, la circunferencia de cintura se presenta como un índice adecuado para medir la concentración de grasa abdominal, se necesita una cinta métrica que se extiende rodeando la cintura con el torso desnudo y los pies juntos, hay que relajar el abdomen y rodear la cintura con la cinta métrica, a la altura del ombligo, sin presionar.

Según el sexo de la persona, los datos se interpretan de una forma u otra. Así, en mujeres existe riesgo de padecer enfermedades asociadas a la obesidad a partir de los 82 cm, mientras que si sobrepasa los 88 cm el riesgo es muy elevado. En cambio, en hombres hay riesgo a partir de los 94 cm, mientras que éste se convierte en riesgo elevado a partir de los 102 cm. Por debajo de

estos niveles, se considera que no hay riesgos evidentes para la salud<sup>43</sup>.(Ver anexo 5)

### **2.1.8.3. Complicaciones de la Obesidad**

Problemas cardiovasculares: Opresión torácica y estenocardia, el desplazamiento cardíaco con disminución de la repleción de la aurícula derecha. Estasis vascular pulmonar, taquicardia de esfuerzo, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, angina de pecho, infarto de miocardio, varices, tromboflebitis, úlceras varicosas, (celulitis).

Arteriosclerosis: Causa frecuente de retinitis, nefroesclerosis y alteraciones coronarias. Menos frecuente la arteriosclerosis cerebral, causa de trombosis y hemorragias cerebrales.

Diabetes mellitus tipo 2 La diabetes significa que la glucosa en la sangre, también llamada azúcar en la sangre, está muy alta. Con la diabetes tipo 2, la más común, el cuerpo no produce o no usa bien la insulina. La insulina es una hormona que ayuda a la glucosa a entrar a las células para darles energía. Sin insulina hay demasiada glucosa en la sangre. Con el tiempo, un nivel alto de glucosa en la sangre puede causar problemas serios en el corazón, los ojos, los riñones, los nervios, las encías y los dientes.

El riesgo de tener diabetes tipo 2 en el adulto mayor se da si tiene obesidad, historia familiar de diabetes o no hace ejercicio. Sufrir de prediabetes también aumenta ese riesgo. Las personas que tienen prediabetes tienen un nivel de azúcar más alto del normal pero no lo suficiente como para ser considerados diabéticos. Si está en riesgo de diabetes tipo 2, usted podría retrasarla o prevenir su desarrollo al hacer unos cambios en su estilo de vida.

Los síntomas de la diabetes tipo 2 aparecen lentamente. Algunas personas ni siquiera los notan. Pueden incluir

- Tener mucha sed

- Orinar frecuentemente
- Sentirse hambriento o cansado
- Perder peso sin proponérselo
- Tener heridas que sanan lentamente
- Visión borrosa

Un examen de sangre puede mostrar si usted tiene diabetes. Muchas personas controlan su diabetes a través de una alimentación saludable, actividad física y exámenes de glucosa en la sangre. Algunas personas necesitan además tomar algunas medicinas para la diabetes.

Alteraciones metabólicas: Las enfermedades metabólicas más frecuentes son las dislipidemias (cifras elevadas de colesterol y/o triglicéridos), obesidad, diabetes y la hipertensión arterial. Ello incrementa el riesgo de un ataque cardiovascular.

Estas alteraciones metabólicas son el resultado de una combinación entre la predisposición genética y un estilo de vida sedentaria y con una dieta inadecuada. Esta situación es la que dispara la cascada de alteraciones en el metabolismo. Por tanto, la primera medida de prevención será la modificación del estilo de vida:

- Mejorar la alimentación: aumentando el consumo de frutas, verduras y hortalizas; controlar el consumo de azúcares y sal. Evitar los alimentos fritos y el exceso de grasas
- Beber agua y limitar el consumo de refrescos azucarados y alcohol
- Hacer ejercicio regularmente y evitar el sedentarismo
- Mejorar la calidad del sueño, respetando unos horarios de sueño.

Problemas respiratorios: Cuando se tiene problemas para respirar, le cuesta o es incómodo obtener el oxígeno que se necesita. Puede sentirse que no está

obteniendo el suficiente aire. A veces puede tener problemas respiratorios leves por una congestión nasal o hacer ejercicio muy intensamente. Pero la falta de aire también puede ser señal de una enfermedad seria.

Problemas osteoarticulares: Aplanamiento de la bóveda de la planta del pie, aplanamiento de los cuerpos vertebrales de la columna, con neuralgias y espondilitis deformante, artrosis generalizada: especialmente en rodillas, caderas y columna lumbar, atrofia muscular.

Problemas digestivos: Dispepsia gástrica, con acidez, flatulencia, digestiones pesadas, colecistitis y colelitiasis. Úlcera gastroduodenal, estreñimiento, con frecuentes hemorroides, insuficiencia hepática en grado variable por infiltración grasa.

Problemas renales: Nefroesclerosis con hipertensión arterial, albuminuria. Retención líquida con edemas.

Problemas cutáneos: Cianosis por estasis vascular, estrías cutáneas, mayor frecuencia de forúnculos, caída de pelo, exceso de sudoración, úlceras y celulitis.

Problemas sexuales: Disminución de la libido, frigidez e impotencia (frecuentemente psicológica).

Problemas neurológicos: Cefaleas, insomnio, múltiples trastornos psicósomáticos.

Problemas hematológicos: Policitemia con aumento de la hemoglobina.

Infecciones: Aumento de las infecciones cutáneas y respiratorias. Problemas parietales: Hernias umbilicales, inguinales y crurales.

Problemas quirúrgicos y anestésicos: Aumento en general del riesgo quirúrgico inducido por otras complicaciones (cardíacas, pulmonares, metabólicas, etc.). Aumento de la mortalidad operatoria proporcional al

incremento de peso, dificultad para adoptar ciertas posiciones quirúrgicas, complicaciones de cicatrización.

Problemas oncológicos: Aumento general de la mortalidad por cáncer. Aumenta estadísticamente el riesgo de cáncer de próstata y colon en hombres.

Problemas psicológicos: Miedo e inseguridad personal, pérdida de la autoestima, desorden de conductas alimentarias, perturbación emocional por hábitos de ingesta erróneos, distorsión de la imagen corporal.

Problemas sociales: Angustia por presión social frente a su obesidad, dificultades para vestir, rotura del núcleo familiar o de la pareja.

Mortalidad: Incremento de la mortalidad general a consecuencia de las complicaciones, especialmente por enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo II y cáncer. (Hay quien considera que cada kilo perdido equivale a 2 años de vida).

Suicidio: La tasa de suicidios en personas obesas es mayor que en individuos normales o delgados. La alimentación está alterada durante la obesidad, de manera que el peso corporal excesivo disminuye la nutriercis, por lo que hay retención renal de sodio y agua debido a que los obesos tienen un aumento de la insulina (hiperinsulinemia) y a través de un menor flujo de la circulación renal provoca un aumento en la reabsorción tubular de sodio (Na<sup>+</sup>) y agua, causando un aumento del volumen del fluido extracelular y finalmente un aumento de la presión arterial. La presencia de hipertensión arterial en el obeso confluye frecuentemente con las alteraciones lipídicas, por lo cual añade riesgo a las alteraciones vasculares<sup>44</sup>.

Mantener un peso corporal normal (IMC 18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>), la presión arterial se reduce en 7mm Hg al disminuir un 10% del peso relativo.

Una circunferencia de cintura superior a 102 cm en el hombre y a 88 cm en la mujer indica un aumento de riesgo similar al de un IMC superior a 25; pues

ambos constituyen un factor de predicción para el desarrollo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial.

### **2.1.9. Factores intervinientes para la hipertensión arterial**

#### **2.1.9.1. Ingesta de cloruro de sodio (sal)**

La relación existente entre la ingesta de sal y el desarrollo de hipertensión arterial ha sido objeto de un debate continuo y apasionado. Si bien los estudios epidemiológicos y experimentales han demostrado la existencia de dicha asociación, los estudios de intervención han dado lugar a resultados contradictorios con un efecto antihipertensivo de la dieta sódica inferior al esperado. Ello puede ser debido a que es necesario bajar la ingesta por debajo de un dintel difícil de conseguir; por otro lado, existe evidencia científica de una susceptibilidad individual al efecto opresor de la sal, que se conoce como sensibilidad a la sal que, por otra parte, también es un factor pronóstico de desarrollar complicaciones y ejemplo claro de interacción entre medio y genética.

La respuesta al sodio de los individuos es heterogénea. Los hipertensos “sensible al sodio” disminuyen la presión arterial en respuesta a la ingesta reducida de sodio; por el contrario, en los hipertensos “resistente al sodio” la presión arterial no cambia de modo significativo al disminuir la ingesta de sodio. La reducción de sodio a no más de 2,4 gr de sodio o 6 gr de cloruro de sodio por día, puede disminuir la presión arterial en 2 mm Hg<sup>45</sup>.

El motivo de restringir el sodio se basa en que el volumen del líquido extracelular que depende de su contenido sódico. La reducción de dicho líquido se logra disminuyendo las reservas totales de sodio orgánico, lo cual se consigue reduciendo el aporte de sodio dietético. La cantidad de sodio requerida por el organismo diariamente equivale a 400 mg/día, el exceso de este mineral es excretado por los riñones en la orina o con el sudor<sup>46</sup>.

### **2.1.9.2. Consumo de cafeína**

La cafeína puede provocar un aumento corto pero drástico de la presión arterial, incluso si no tienes presión arterial alta, se desconoce las causas de este pico. Algunos investigadores creen que la cafeína puede provocar el bloqueo de una hormona que permite mantener a las arterias abiertas. Otros piensan que la cafeína provoca que las glándulas suprarrenales liberen más adrenalinas, lo que causa que la presión arterial se aumente.

Algunas personas que toman bebidas con cafeína regularmente tienen la presión arterial promedio más alta que quienes no consumen este tipo de bebidas regularmente presentan tolerancia a la cafeína.

Se menciona que cuando uno tiene HTA no se debe consumir la cafeína antes de realizar actividades de trabajo<sup>47</sup>.

### **2.1.9.3. Consumo de alcohol y riesgo cardiovascular**

Las bebidas alcohólicas son bebidas que contienen etanol (alcohol etílico). La dependencia de las bebidas alcohólicas se denomina alcoholismo. El alcohol es una sustancia psicoactiva o droga, cuyo consumo desmedido puede hacer daño al organismo (básicamente el sistema nervioso o el hígado), además es agente causal indirecto de problemas en la familia y en la sociedad<sup>48</sup>.

Atendiendo a la elaboración se pueden distinguir entre bebidas producidas por fermentación alcohólica (vino, cerveza, hidromiel, sake) en las que el contenido en alcohol no supera los 18-20 grados, y las producidas por destilación, generalmente a partir de un producto de fermentación (licores, aguardientes, etc).

El alcohol se considera una droga porque puede generar al menos uno de estos tres fenómenos: dependencia, tolerancia y/o síndrome de abstinencia. Cabe señalar que el efecto físico del alcohol no está expuesto a ningún proceso de digestión por lo que en su mayoría pasa primero al intestino

delgado para después ser absorbido por el torrente sanguíneo. Sólo una pequeña parte llega directamente a la sangre a través de las paredes estomacales. En la sangre el alcohol es metabolizado (descompuesto para ser eliminado o aprovechado por el organismo) mediante el proceso de oxidación. Es decir, se fusiona con el oxígeno y se descompone de modo que sus elementos básicos abandonan el cuerpo de forma de bióxido de carbono y agua.

El primer lugar de oxidación es el hígado, el cual descompone aproximadamente el 50% del alcohol ingerido en una hora. El resto permanece en el torrente sanguíneo hasta ser eliminado lentamente.

En la literatura revisada enuncia que el alcohol es un tóxico multisistémico con efectos, tanto agudos como crónicos, claramente nocivos sobre muchos órganos y sistemas de nuestro organismo<sup>49</sup>.

Contrariamente, el consumo de alcohol es un hábito social y cultural tan ampliamente extendido en nuestra sociedad occidental que podría considerarse como propio de su misma cultura y costumbres. Al considerar los efectos que el consumo de alcohol ejerce sobre la salud, y en concreto sobre el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, ha existido siempre una clara dualidad.

El consumo elevado (superiores a 60 gramos por ingesta), produce los efectos crónicos por consumo acumulativo, dosis dependiente en el que juegan tanto la dosis diaria consumida como el tiempo total de consumo. Por otro lado, siempre ha existido una evidencia, cada vez más objetiva, de que el alcohol ejerce algunos efectos beneficiosos sobre el sistema cardiovascular, sobre todo cuando se consume en bajas dosis, lo que se ha denominado efecto tónico del alcohol.

Varios estudios plantean que aunque el consumo excesivo de alcohol es indiscutiblemente dañino, la evidencia epidemiológica ha señalado que el

consumo moderado de alcohol está inversamente asociado con los factores de riesgo cardiovasculares y los eventos cardiovasculares<sup>50</sup>.

Sin embargo, después de la descripción de la “paradoja francesa” hace más de 20 años, una parte de las investigaciones se enfocaron, en los diferentes efectos del consumo de vinos comparados con otras bebidas alcohólicas. La paradoja francesa informó la disminución de la incidencia de enfermedad cardiovascular y su mortalidad de la población francesa a pesar de su dieta rica en grasas saturadas.

#### **2.1.9.4. Consumo de grasas: saturadas y colesterol**

La ingesta total de grasa se relaciona con la obesidad e influye en los principales factores de riesgo para la aterosclerosis. Además, las dietas ricas en grasas aumentan la lipemia postprandial, asociado con riesgo aumentado de enfermedades cardiovasculares<sup>51</sup>.

##### **Grasas Saturadas**

Son sólidas a temperatura ambiente; la mayoría se encuentran en el reino animal y pocas en el vegetal; estas últimas son el aceite de coco y de palma, y la grasa de cacao, también en productos vegetales en los que se ha convertido una grasa poliinsaturada en grasa trans por un proceso químico de hidrogenación (Ej. la margarina vegetal).

La grasa saturada puede aumentar más el colesterol que cualquier otro tipo de grasa. Su exceso reduce el número de los receptores celulares para la LDL, puede aumentar la biosíntesis de colesterol y tiene efecto trombo génico. Los alimentos ricos en grasas saturadas son: carne vacuna, cordero, cerdo, grasa de vaca, piel de pollo, manteca, lácteos enteros, chocolate. Las recomendaciones de grasas saturadas son inferiores al 10% de las calorías totales.

## **Colesterol**

Sustancia grasa que se encuentra sólo en los productos animales. Su ingestión en exceso induce una reducción en el número de los receptores LDL. Una ingesta de 25 mg de colesterol puede aumentar 1 mg/dl la colesterinemia.

Los alimentos de mayor contenido en colesterol son: vísceras, embutidos, fiambres, huevos, manteca, quesos de alta maduración. La ingesta de colesterol hay que limitarla a menos de 300 mg/día, utilizar los factores que influyen la disminución de la presión arterial

### **2.1.10. Factores protectores en la hipertensión arterial**

#### **2.1.10.1. Consumo de potasio**

El aporte de potasio aumenta la natriuresis y reduce la resistencia vascular periférica, por vasodilatación arterial directa, aumentando la secreción de renina plasmática y antagonizando su transporte celular. La ingesta de potasio reduce en 3,4 mmHg la presión arterial. El potasio es el principal catión intracelular, y está altamente distribuido en los alimentos, ya que es un componente esencial en todas las células vivas. Las principales fuentes son los vegetales, las frutas y las carnes frescas, el procesamiento de los alimentos tienden a disminuir el contenido en potasio. Se aconseja un consumo diario de 3500 mg/día.

#### **2.1.10.2. Consumo de magnesio**

De acuerdo a nuevos hallazgos el Magnesio es Importante para la Presión Arterial Saludable.

De acuerdo con nuevos hallazgos, el magnesio puede reducir la presión arterial en las personas con presión arterial alta. Al estudio se suma los datos de estudios epidemiológicos que han reportado que los niveles elevados de magnesio, potasio y calcio pueden reducir el riesgo de hipertensión.

Los investigadores reclutaron a 155 personas para participar en una prueba aleatoria, controlada con placebo y a doble ciego. Los sujetos fueron asignados aleatoriamente para recibir ya sea suplementos diarios de óxido de magnesio o un placebo durante 12 semanas.

Al final del estudio, no se presentaron diferencias significativas. Sin embargo, cuando los investigadores observaron específicamente a las personas con hipertensión, observaron disminuciones significativas en la presión arterial sistólica y diastólica en el grupo que tomó magnesio<sup>52</sup>.

El tomar un suplemento de magnesio, es importante pensar que debe acompañarlo con calcio. Así que debe utilizar los dos. Por lo general, se utiliza el doble de magnesio elemental en relación con el calcio elemental. Esa proporción funciona bastante bien en la mayoría.

Esto apoya aún más el inmenso papel que este mineral ejerce en la salud. El magnesio es el cuarto mineral más abundante en el cuerpo y es responsable de la función de más de 350 enzimas en el cuerpo, incluyendo:

Creación de ATP (trifosfato de adenosina), moléculas de energía de su cuerpo actuando sobre el músculo cardíaco, formación de los huesos y dientes relajación de los vasos sanguíneos, promover la función intestinal adecuada, regular los niveles de azúcar en la sangre

En el corazón, el magnesio es particularmente importante, y los médicos han estado recetando magnesio para las enfermedades cardíacas desde la década de 1930, ya que el magnesio reduce las probabilidades de muerte por más de la mitad en los pacientes que sufren de un ataque al corazón, si después del inicio de un ataque cardíaco y antes de tomar otros medicamentos tomaran magnesio, el daño en el músculo cardíaco disminuye enormemente y ni la hipertensión, ni la arritmia (latido cardíaco anormal) se desarrollan.

El magnesio puede ofrecer estos beneficios porque le ayuda a su corazón a dilatar los vasos sanguíneos, prevenir espasmos en el músculo cardíaco y

paredes de los vasos sanguíneos, contrarrestar la acción del calcio, que aumenta los espasmos, disolver coágulos sanguíneos, disminuir dramáticamente el sitio de la lesión y prevenir arritmia, actúa como un antioxidante contra los radicales libres, al formarse en el sitio de la lesión

La deficiencia de magnesio puede contribuir a la hipertensión arterial, pero la causa subyacente más común suele estar relacionada con una producción exagerada de insulina. A medida que sus niveles de insulina suben, hacen que suba su presión arterial.

Los alimentos que son ricos en magnesio son: legumbres, semillas, frutas secas, cereales integrales y vegetales verdes. Se recomienda una ingesta de 320 mg/día en las mujeres y 420 mg/día en los hombres.

### **2.1.10.3. Consumo de calcio**

Elemento químico, Calcio con un número atómico 20; es el quinto elemento y el tercer metal más abundante en la corteza terrestre. Los compuestos de calcio constituyen 3.64% de la corteza terrestre. El metal es trimorfo, más duro que el sodio, pero más blando que el aluminio. Al igual que el berilio y el aluminio, pero a diferencia de los metales alcalinos, no causa quemaduras sobre la piel. Es menos reactivo químicamente que los metales alcalinos y que los otros metales alcalinotérreos. La distribución del calcio es muy amplia; se encuentra en casi todas las áreas terrestres del mundo. Este elemento es esencial para la vida de las plantas y animales, ya que está presente en el esqueleto de los animales, en los dientes, en la cáscara de los huevos, en el coral y en muchos suelos. El cloruro de calcio se halla en el agua del mar en un 0.15%.

Según las guías de manejo de la hipertensión arterial, para un correcto control de la hipertensión arterial, es necesario medidas dietéticas como la reducción de la sal, aumento del consumo de frutas y hortalizas (4-5 raciones o 300 g de

hortalizas al día), comer más pescado y reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol<sup>53</sup>.

El consumo de calcio, no está relacionado con el control de la hipertensión, por lo que no está claramente contraindicado su consumo en pacientes hipertensos. Únicamente tienes que tener cuidado con los lácteos, que tienen grasas saturadas. El calcio lácteo contiene péptidos derivados de las proteínas de la leche, y funcionan como enzimas conversores de la angiotensina disminuyendo la presión arterial. Se recomiendan una ingesta de calcio que cubra los 1000 mg diarios. Los alimentos fuentes de calcio son por excelencia los lácteos; luego los vegetales de hojas de color verde oscuro, aunque su biodisponibilidad es menor debido a la presencia de ácido oxálico en los mismos; y los pescados que se consumen con espinas (sardinas, caballa).

#### **2.1.11. Estilos de vida saludables**

Los estilos de vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud, este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud enfermedad de Lalonde y Lafranboise junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población.

Los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en la alimentación, de tabaco; así como el desarrollo o no de la actividad física, los riesgos del ocio y en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional, Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento de enfermedades transmisibles como no transmisibles (Diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer entre otras).

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se definen como Estilos de Vida Saludables.

Los estilos de vida saludables es el conjunto de actividades, actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal y son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como

prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.

El comportamiento de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de necesidades humanas para lograr el bienestar son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores para el bienestar. Así en la Dimensión Biológica, hay algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables que podrían ser: Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción, mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad, mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender, brindar afecto y mantener la integración social y familiar, tener satisfacción con la vida, promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación, capacidad de autocuidado.

Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes, ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio, comunicación y participación a nivel familiar y social, accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.

#### **2.1.11.1. Modificaciones del estilo de vida**

Un estilo de vida saludable se considera beneficioso para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial con el efecto independiente y combinado del sodio, proteínas, potasio, magnesio, calcio y otros nutrientes sobre la tensión arterial. La adopción de una dieta rica en fruta, verdura y lácteos

desnatados, la disminución de la ingesta de sal y alcohol, la pérdida de peso en pacientes con sobrepeso u obesidad y la actividad física regular pueden prevenir y retrasar el desarrollo de la hipertensión.

En los pacientes hipertensos es fundamental una anamnesis detallada acerca del estilo de vida que lleva, e indicar las modificaciones que sean convenientes. Se debe buscar que los cambios producidos se mantengan de por vida, ya que facilitan un mejor control de la hipertensión arterial, requiriendo menor dosis o número de fármacos en los pacientes tratados.

#### **2.1.12. Dieta DASH (Enfoque Alimentario para Detener la Hipertensión)**

La DASH es la sigla en inglés de Dietary Approaches to Stop Hypertension (Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión). Esta dieta puede ayudar a bajar la presión arterial alta, el colesterol y otras grasas en la sangre, ayuda a reducir el riesgo de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular y contribuye a bajar de peso. Esta dieta es baja en sodio (sal) y rica en nutrientes.

##### **2.1.12.1. Función del Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión.**

La dieta de enfoque alimentario para detener la hipertensión, reduce la presión arterial alta al disminuir la cantidad de sodio en su dieta a 2300 miligramos (mg) al día. Bajar el sodio a 1500 mg al día reduce aún más la presión arterial, incluye una variedad de alimentos ricos en nutrientes que ayudan a algunas personas a bajar la presión arterial, tales como potasio, calcio y magnesio.

En esta dieta se consume muchas verduras, frutas y productos lácteos sin grasa o bajos en grasa, se incluye granos enteros, legumbres, semillas, nueces, aceites vegetales, pescado, aves, carnes magras, reducir la sal, las carnes rojas, los dulces, bebidas azucaradas y reducir bebidas alcohólicas.

Se debe hacer por lo menos 30 minutos de ejercicio de intensidad moderada todos los días de la semana. Estos van desde caminata rápida y montar en

bicicleta. La meta es hacer por lo menos 2 horas y 30 minutos de ejercicio por semana.

La dieta Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión previene la presión arterial alta porque ayuda a perder peso extra. La mayoría de las personas pueden beneficiarse de una reducción de la ingesta de sodio a 2300 miligramos al día, disminuir la cantidad de medicamentos para tratar la hipertensión, puede comer alimentos de todos los grupos alimenticios, pero bajos en sal, colesterol y grasas saturadas e incluir alimentos ricos en potasio, calcio, magnesio y fibra.

La lista de los grupos de alimentos y las porciones de alimentos que debe comer para una dieta de 2,000 calorías al día son: Verduras (de 4 a 5 porciones al día), Frutas (de 4 a 5 porciones al día), Productos lácteos sin grasa o bajos en grasa, tales como leche y yogur (de 2 a 3 porciones al día), Granos (de 6 a 8 porciones al día y 3 deben ser de granos integrales), Pescados, carnes magras y aves de corral (2 porciones o menos al día), Legumbres, semillas y nueces (de 4 a 5 porciones a la semana), Grasas y aceites (de 2 a 3 porciones al día), Dulces o azúcares agregados, tales como gelatina, caramelos duros, jarabe de arce, sorbete y azúcar (menos de 5 porciones a la semana)

Para saber qué tanto comer, es necesario conocer los tamaños de las porciones. A continuación, se presentan porciones de muestra para cada grupo de alimentos.

#### **2.1.12.2. Dieta terapia en pacientes hipertensos**

El manejo de la alimentación integral del paciente hipertenso es fundamental, debe ser acompañado de una fuerte educación alimentaria para reducir los riesgos de enfermedades coronarias o aterosclerótica. Se implementa un régimen con las siguientes características: Dieta Hipo sódica, aporte calórico adecuado para la normalización del peso corporal, aporte adecuado de potasio.

### **2.1.13. Actividad Física**

El ejercicio aeróbico produce vasodilatación periférica, disminución de la renina, de la viscosidad sanguínea y de las catecolaminas y produce un aumento de las prostaglandinas y beta endorfinas cerebrales (sensación de bienestar y euforia).

Una adecuada actividad aeróbica no solo resulta benéfica para la prevención, sino también para el tratamiento de la hipertensión arterial. El sedentarismo aumenta la presión arterial entre un 20% y un 50%. Además, con la actividad física, se obtienen otros beneficios tales como la disminución de triglicéridos, aumento del colesterol de baja densidad y probables disminuciones del colesterol de alta densidad.

El ejercicio físico continuo induce a un descenso de 6-7 mmHg de la presión arterial, tanto la sistólica como la diastólica, siendo su efecto independiente de la reducción de peso<sup>54</sup>.

Actualmente se acepta que la modificación del estilo de vida es una de las herramientas no farmacológicas que brinda más beneficios en el control de la presión arterial. Dichas modificaciones incluyen cambios higiénicos, como la disminución del peso corporal, reducción de la ingesta de alcohol, aumento de la actividad física y cambios dietéticos (mayor consumo de frutas, verduras y pescado), acompañado por una disminución en la ingesta de sal<sup>55</sup>.

### **2.1.14. Estrategias no farmacológicas**

Incluye un conjunto de medidas higiénico dietéticas estrechamente relacionadas con el estilo de vida del paciente. Por ello, se lo denomina actualmente “modificaciones del estilo de vida”. Se debe estimular al paciente para que acepte estas indicaciones, ya que además de ser efectiva disminuyen los valores de tensión arterial, inducen a la corrección de otros factores de riesgo y reducen la incidencia de complicaciones cardiovasculares.

Las medidas higiénico dietéticas deben ser implementadas en tratamiento de todos los hipertensos, por ser de bajo costo, no generar efectos colaterales indeseables y potenciar la medicación antihipertensiva. El efecto hipotensor se sostiene si las medidas se mantienen a largo plazo. Su suspensión se acompaña de un rápido incremento de la presión arterial.

#### **2.1.15. Determinantes de la salud**

Se comenzaron a hablar de los grandes determinantes de la salud de los individuos y de las poblaciones, a partir del estudio presentado por Marc Lalonde en 1974<sup>56</sup>. Lalonde era un abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que estudiaran, en una muestra representativa, las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses. Al final del estudio Lalonde presentó un Informe denominado: "New perspectives on the health of Canadians, que marcó uno de los hitos importantes dentro de la Salud Pública, como disciplina orientadora del accionar los servicios de salud encargados de velar por la salud de la población.

Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos:

Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos y los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son:

- Aquellos relacionados con los estilos de vida.
- Los llamados factores ambientales.

- Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población.
- Y por último, los relacionados con la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones<sup>57</sup>.

### **2.1.16. Determinantes sociales**

Los Determinantes Sociales de la Salud son las condiciones en la cuales la gente nace, crece, vive, trabaja y envejece, y que reflejan su posición en la jerarquía social. La ciencia médica generalmente responde a la manifestación de la enfermedad causada por agentes infecciosos, deficiencias nutricionales, exposición a sustancias tóxicas, etc.

Pero hay factores que contribuyen a la enfermedad, o “causas de las causas” que están relacionadas con contextos específicos. Los grupos poblacionales con desventajas sociales constantemente enfrentan circunstancias sociales adversas que contribuyen a un estado de salud precario. Para poder mejorar la salud de las poblaciones necesitamos incidir en los determinantes estructurales que dan forma a las inequidades<sup>58</sup>.

### **2.2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.**

Para realizar el trabajo de investigación se buscó trabajos relacionados con el tema de investigación realizado en la ciudad de El Alto, se encontraron trabajos realizados sobre hipertensión asociado a la diabetes, hipertensión asociada a la obesidad, trabajos aislados sobre hipertensión. No se logró encontrar un trabajo de hipertensión arterial relacionado a malos hábitos en la alimentación y estilos de vida no saludables en pacientes atendidos en primer nivel, también se buscó información en el Servicio Regional de Salud El Alto, donde la información sobre las Enfermedades No Transmisibles, no contaba con información actualizada de los casos de la hipertensión Arterial e indicó que se sacará un instructivo para que todos los establecimientos hagan llegar esa

información. (ver anexo 6), también existe un formulario para la entrega de la información de las enfermedades no transmisibles (ver anexo 7).

### **2.3. ALCANCE DEL ESTUDIO.**

El presente trabajo es un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal donde se buscó especificar las propiedades, las características y perfiles importantes de las personas, con hipertensión arterial, su alimentación y el estilo de vida que tienen.

### **2.4. HIPOTESIS**

¿La hipertensión arterial estará relacionado a la mala alimentación y los estilos de vida no saludables?

## **CAPITULO III**

### **3. DISEÑO METODOLÓGICO**

#### **3.1. TIPO DE ESTUDIO**

Debido a que el objetivo de la investigación fue determinar la relación que existe entre la hipertensión arterial con los malos hábitos en la alimentación y los estilos de vida no saludables. El tipo de diseño de investigación fue de tipo descriptivo porque los datos se recolectaron tal como fueron.

La investigación fue de diseño transversal: porque la recolección de los datos fue en un periodo de tiempo y en un momento determinado, éste diseño fue utilizado para conocer la prevalencia de la hipertensión arterial y fue de gran valor porque permitió valorar el estado de salud de los pacientes y determinar sus necesidades.

Con la obtención de datos se elaboró los cálculos estadísticos para comprender el fenómeno determinado y establecer relaciones causales, entre hábitos alimenticios y los estilos de vida sobre la aparición de la hipertensión arterial.

El enfoque de la investigación fue cuantitativo porque permitió investigar la realidad de los fenómenos que se presentan en los pacientes hipertensos, ya que accedió a comprender la relación entre la hipertensión arterial con los malos hábitos en la alimentación y los estilos de vida no saludables.

#### **3.2. UNIDAD DE ANÁLISIS Y UNIVERSO DE ESTUDIO**

##### **3.2.1. Área de estudio:**

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Copacabana, que se encuentra ubicado en la ciudad de El Alto, Distrito N° 2, municipio de El Alto, es un establecimiento de primer nivel de atención, tiene una cartera de servicios adecuado al nivel que corresponde, pero cuenta con varias especialidades y apoyo de exámenes complementarios.

Los servicios disponibles son: Medicina general, Odontología, enfermería, medicina tradicional, servicios de especialidad como: Medicina Interna, ginecología, fonoaudiología, neuropediatría, Psicología, psiquiatría infantil (apoyo a las personas con discapacidad y otros) los exámenes complementarios se tienen a: Ecografía y Laboratorio, además en el centro de salud se tiene: un equipo de profesionales para evaluar pacientes con discapacidad, una Dra. Especialista en genética para valorar y pesquisar alteraciones genéticas.

El centro de salud cuenta con 9 consultorios destinados a la atención de los pacientes, un consultorio de medicina tradicional, un consultorio de fonoaudiología, un consultorio de Psicología, además de muchos ambientes destinados a la parte administrativa.

Los recursos humanos suman 46 personas entre profesionales y personal administrativo. Las atenciones médicas cada mes como promedio es de 1800 pacientes, 600 ecografías generales y 180 ecografías ginecológicas, el laboratorio atiende a 300 pacientes por mes y más de 2000 pruebas de laboratorio. El médico tradicional realiza atención basada en la medicina tradicional y ancestral.

### **3.2.2. Universo**

El universo estuvo conformado por 144 pacientes con atención ambulatoria de consulta nueva, (ver anexo 7) que corresponde a la totalidad de los pacientes atendidos con la primera consulta de hipertensión arterial, los pacientes fueron de ambos sexos, masculinos y femeninos, cada uno de ellos tenían diferentes patologías añadidas o solamente poseían la hipertensión arterial sin otra patología sobre añadida. Los pacientes eran de diferentes procedencias, de las ciudades de El Alto y de La Paz y algunos provenían de provincias cercanas.

Las edades iban desde los 15 años a más de 80 años, muchos pacientes tenían seguro médico en alguna caja de seguro de salud y otros no contaban con ningún seguro de salud, con la incorporación del Seguro Único de Salud, fueron incorporados a ese sistema de aseguramiento.

El universo de la investigación fue amplio y no fue posible estudiar a todos los pacientes a los que se refiere el problema, por tanto se trabajó con una población objetivo, para luego generalizar los resultados a la totalidad de los pacientes con hipertensión arterial que tengan las mismas características del estudio.

### **3.2.3. Población objeto**

Para la investigación se tomó a 64 pacientes que cumplían las características definidas para el estudio. Los pacientes fueron mayores de 60 años, de ambos sexos, masculinos y femeninos, nuevos en la consulta médica, sin patologías sobre agregadas a la hipertensión arterial, que vivan en la ciudad de El Alto La Paz, se descartó a pacientes menores de 60 años, con patologías sobre agregadas, con residencia fuera de la ciudad de El Alto.

La población fue finita porque se conocía la cantidad exacta de los pacientes a ser investigados.

### **3.3. CALCULO DE TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Para el cálculo de la muestra de la investigación, se seleccionó una población con características similares: pacientes de ambos sexo, con residencia en la ciudad de El Alto, mayores de 60 años, sin patologías sobre agregadas a la hipertensión arterial.

La cantidad de pacientes que cumplieron con estas características fue de 64, quienes participaron en la encuesta en su totalidad para que la muestra sea representativa.

### **3.4. SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

La muestra de estudio fue no probabilística porque la elección no dependió de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación. Por lo que el proceso no fue mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, sino que dependió del proceso de la toma de decisión del investigador y desde luego todas las muestras fueron seleccionadas y que llegaron a ofrecer una gran riqueza para la recolección y el análisis de los datos.

Los que participaron en la investigación fueron pacientes que cumplieron con todos los criterios de inclusión y exclusión:

#### **3.4.1. Criterios de inclusión y exclusión**

##### **3.4.1.1. Criterio de inclusión**

- Pacientes nuevos con hipertensión arterial
- Pacientes sin patología sobre agregada.
- Pacientes mayores de 60 años.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes que vivan en la ciudad de El Alto.

##### **3.4.1.2. Criterios de exclusión**

- Pacientes con patologías sobre agregadas.
- Pacientes que no viven en la ciudad de El Alto.

### **3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

Objetivo general: Determinar la relación que existe entre la hipertensión arterial con los malos hábitos en la alimentación y los estilos de vida no saludables, en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Copacabana, primer semestre del año 2019.

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR - ESCALA</b>
-----------------	------------------------------	------------------	-------------------------------	---------------------------

Socio-demográficas	Características o cualidades que permiten segmentar a la población en grupos homogéneos y así definir al público objetivo de una actividad determinada en una investigación.	Sexo-Género	Características generales-comunes de las personas	Masculino Femenino
		Edad	Edad en años de los participantes	60-64 65-69 70-74 75-80
		Estado civil Casado	Condición de la persona, si tiene o no pareja, lo cual determina derechos y obligaciones	SI NO
		Vive con sus hijos	Convivencia con la familia	SI NO
		Ocupación	Conjunto de tareas o funciones laborales	Labores de casa Comerciante Chofer Agricultor Empleado
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR - ESCALA</b>
Estilos de vida	Es el conjunto de actividades que una persona, pueblo, grupo social y familia, realizan diariamente o con	Conocimiento del Peso Corporal	Cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona	SI NO
		Conocimiento de su Índice de masa	El Índice de Masa Corporal, calcula la cantidad de grasa corporal	SI NO

	determinada frecuencia.	corporal (IMC)	en relación al peso y talla de la persona.	
		Conocimiento de los valores de su Presión arterial	La presión arterial es una manifestación del estado de salud, la alteración de sus valores indica anormalidad	SI NO
		Estado de salud.	Ausencia de enfermedad o de factores dañinos que alteran el bienestar de las personas.	Buena Mala
		Control Médico	Revisión o examen médico-clínico, realizado para averiguar el estado de salud de una persona	SI NO
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR - ESCALA</b>
Hipertensión arterial	Enfermedad sistémica de etiología multifactorial. Consiste en la elevación crónica de las cifras de la presión arterial por encima de	Conocimiento sobre qué es la Hipertensión Arterial	Afección, donde la presión que ejerce la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos es demasiado alta.	SI NO
		Conocimiento del peligro	La presión arterial no	SI NO

	los valores considerados normales. El valor óptimo debe ser menor o igual a 120 / 80 mmHg. Se considera Hipertensión arterial cuando las cifras de la Presión arterial sistólica son iguales o mayores de 140 mmHg y 90 mmHg la diastólica	de la Hipertensión Arterial	controlada a lo largo del tiempo es un factor de riesgo para adquirir problemas cardiaco vasculares e insuficiencia renal	
		Conocimiento si la Hipertensión se cura	La hipertensión arterial puede ser controlada para optimizar la calidad de vida, prolongar los años de vida y evitar complicaciones.	SI NO
		Con qué se cura la hipertensión	La hipertensión arterial cuya causa no es clara es tratada con medicamentos y cambios en el estilos de vida	Medicamentos Cambio en la dieta Consumos de hierbas
		Síntomas que presentaron los pacientes	Alteraciones en el organismo que ponen de manifiesto la enfermedad ,es la referencia subjetiva u objetiva que da el paciente, la que puede ser causada por un	Dolor de cabeza Ruidos en los oídos Palpitaciones Malestar general No tiene nada

			estado patológico o enfermedad	
<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>INDICADOR - ESCALA</b>
Hábitos de alimentación	Comportamientos consientes colectivos y repetitivos que conducen a las personas a seleccionar, consumir y utilizar determinados alimentos o dietas en respuesta a las influencias sociales y culturales	Consumos de productos y alimentos	Sustancias o productos que pueden ser o no alimenticios, los mismos que pueden ser consumidos en cualquier momento.	Gaseosas Cigarrillos Bebidas alcohólicas Café Sal Charque Pollos broaster Embutidos Carne de llama Carne de cordero Carne de vaca Alimentos grasos Verduras Frutas Quinoa Trigo Pan Fideo Arroz
Estado emocional	Es una actitud o disposición emocional, una forma de permanecer ya sea cansado, tenso, calmado,	Se siente preocupado o deprimido	Inquietud o temor producido ante una situación difícil o un problema	SI NO

	energético, activo, pudiendo durar este estado horas o días.			
Actividad física	La práctica deportiva previene patologías físicas debido a la activación del sistema inmunológico y enfermedades degenerativas, influyen en una mejor concentración mental.	Actividad física que realiza	Movimientos del cuerpo que hacen trabajar a los músculos, requieren más energía que estar en reposo.	Ejercicios Caminatas Deportes No Hace nada
Cambio de Actitud	Cada ser es responsable de sus propias actitudes, la única persona que las puede cambiar es uno mismo.	Deseo de cambiar	Nada en la vida es definitivo, aunque sea difícil acostumbrarse al cambio.	Cambio en: Forma de alimentación Forma de vivir Forma de curarse

### **3.6. RECOLECCIÓN DE DATOS, TÉCNICA E INSTRUMENTOS**

#### **3.6.1. Variables de estudio:**

##### **Variable Dependiente:**

- Hipertensión arterial

##### **Variable Independiente:**

- Socio demográfico
- Hábitos de alimentación
- Estilos de vida.

##### **Sesgos:**

- Rechazo a brindar información.

##### **Variables intervinientes:**

Edad, Sexo, estado civil, ocupación. Conocimiento.

#### **3.6.2. Recolección de los datos**

Los datos fueron recolectados de cada paciente con hipertensión utilizando el método de la encuesta (ver anexo 9).

El cuestionario se aplicó a los pacientes durante cinco meses desde enero hasta junio de la gestión 2019.

La recolección de la información fue apoyada por apoyada por profesionales de salud

#### **3.6.3. Técnicas de recolección de datos**

La técnica a ser empleada fue la encuesta a los pacientes en el centro de salud.

Se aprovechó las fechas de consulta médica.

#### **3.6.4. Instrumento para recolectar la información**

El instrumento para este estudio fue elaborado a partir de una revisión teórica, y tomando algunos referentes de profesionales con experiencia en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial.

Este instrumento fue estructurado en 21 ítems redactados en forma de preguntas cerradas, de opción múltiple dividida en cuatro partes y fue validado por profesionales que realizan tratamientos de pacientes con hipertensión arterial.

El instrumento fue un formulario tipo cuestionario, constituidos de la siguiente manera: presentación, instrucciones para el llenado, datos sociodemográficos, conocimientos sobre la hipertensión, hábitos de alimentación y estilos de vida.

Guía de encuesta, es un instrumento de investigación que consiste en una serie de preguntas redactadas de forma coherente, y organizadas, secuenciadas y estructuradas de acuerdo con una determinada planificación, con el fin de que sus respuestas nos puedan ofrecer toda la información que se precisa.

#### **3.7. PLAN DE ANALISIS ESTADISTICO**

La aplicación del cuestionario se realizó en el centro de salud Copacabana con el apoyo de profesionales.

Para el análisis se utilizó una computadora, con los programas de Microsoft office 2013, programa Excel que sirve para realizar cálculos estadísticos.

Los cuestionarios fueron seleccionados y revisados para su análisis.

Las gráficas fueron elaboradas con el apoyo de una computadora con el programa de Microsoft office Word y Excel.

El análisis de los datos fue realizado por cada pregunta del cuestionario.

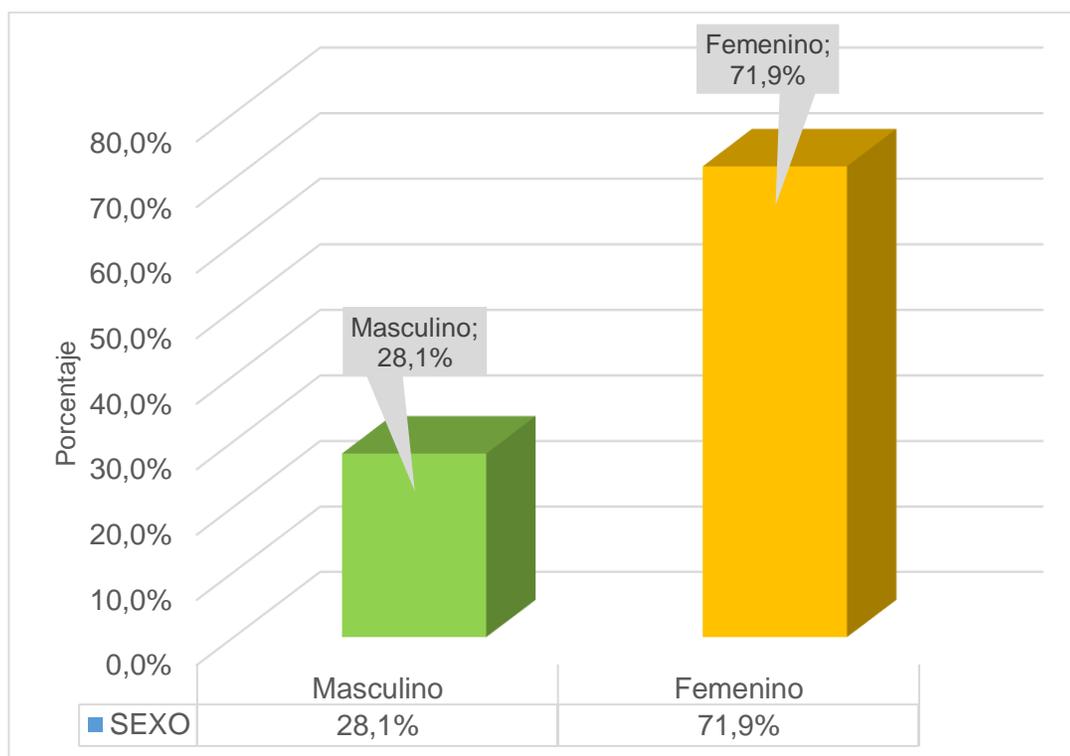
A partir de los datos consolidados, se elaboró las graficas de las características de los pacientes intervenidos, para luego ser analizados

## CAPITULO IV

### 4. RESULTADOS

#### 4.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

GRAFICO N° 1  
Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos  
Según Sexo  
Centro de salud Copacabana  
1er Semestre 2019

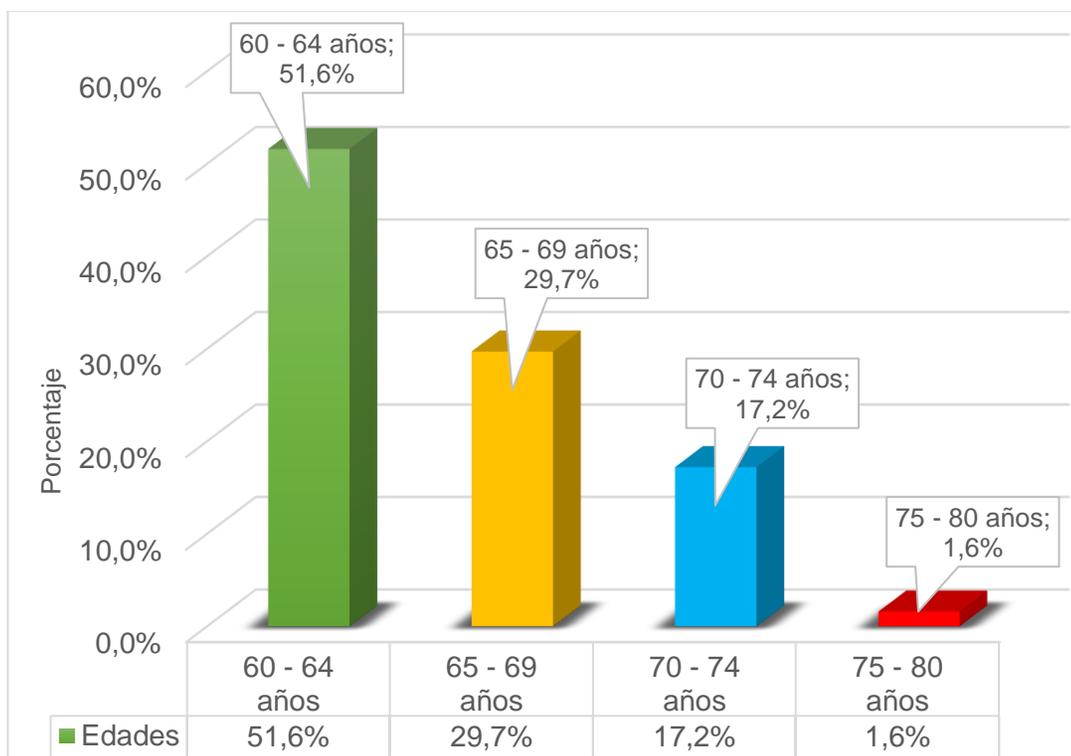


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

.Interpretación: El gráfico demuestra que el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino con el 71,9 % y el sexo masculino está representado por el 28,1% de la totalidad de personas que participaron en la encuesta.

**GRAFICO N° 2**  
**Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos**  
**Según Edad**  
**Centro de salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**

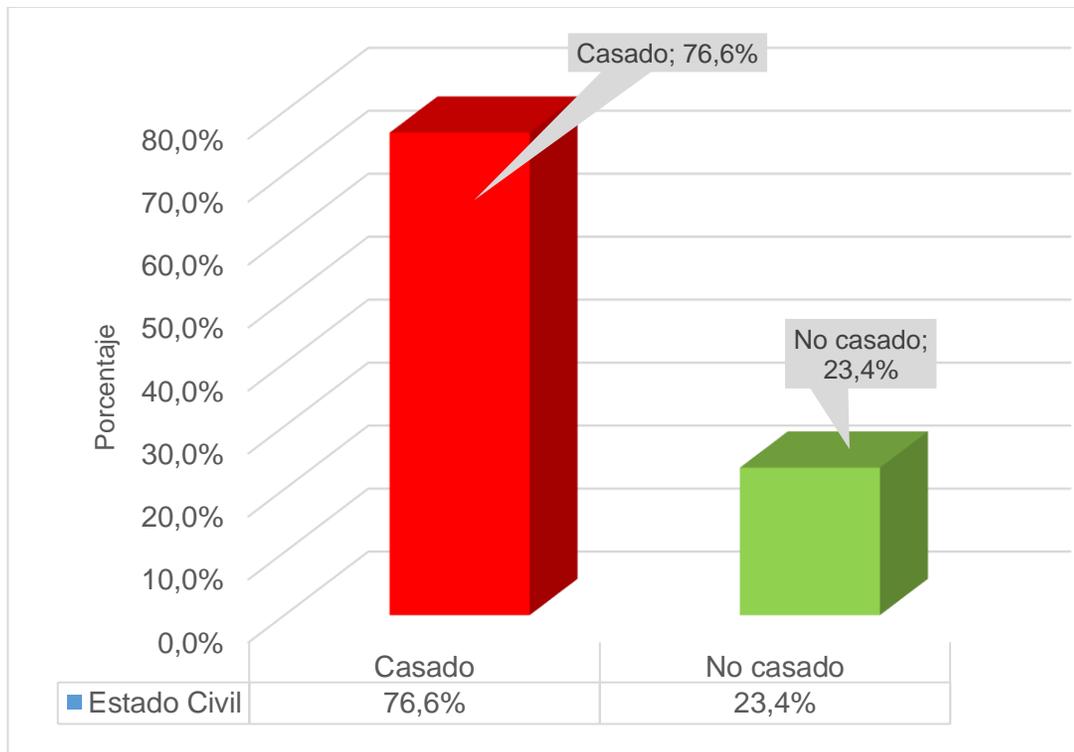


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: El gráfico muestra que las edades de los pacientes hipertensos están distribuidos por grupos de edades: las edades de 60 a 64 años está representado por el 51,6% del total de participantes; de 65 a 69 años corresponde al 29,7%; las edades comprendidas entre los 70 a 74 años queda representando por el 17,2% y por último el 1,6% corresponde a personas comprendidas entre los 75 a 80 años.

GRAFICO N° 3  
Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos  
Según Estado Civil  
Centro de salud Copacabana  
1er Semestre 2019

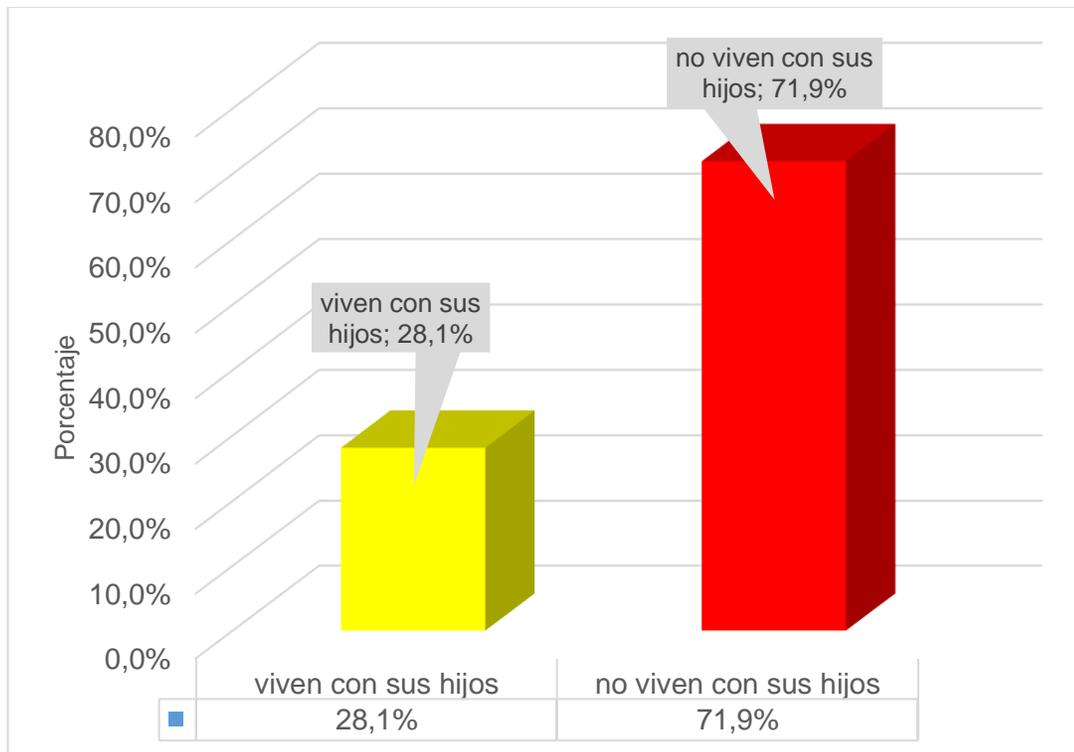


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: El gráfico muestra que el estado civil de los participantes está distribuido de la siguiente manera: casadas constituyen el 76,6% (que establece que tienen un núcleo familiar estable); solteros representan el 23,4% del total de participantes en la encuesta.

GRAFICO N° 4  
Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos  
que viven con sus hijos  
Centro de salud Copacabana  
1er Semestre 2019

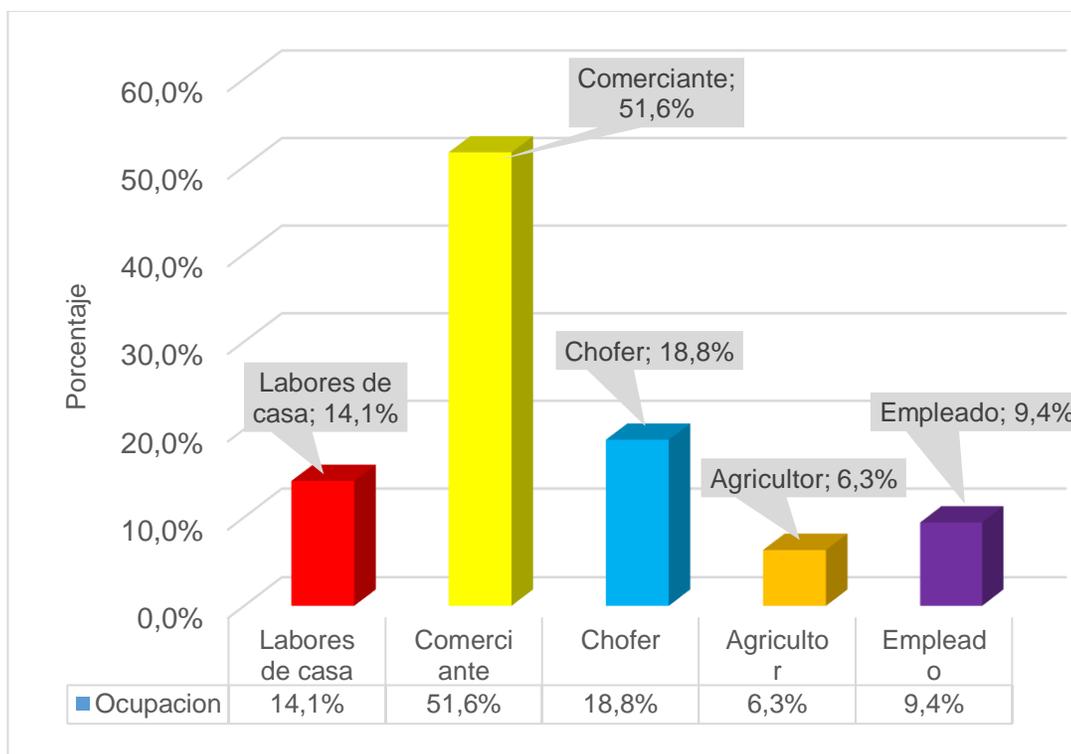


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la siguiente gráfica se observa que el 71,9% de pacientes encuestados mencionaron que ellos no viven con sus hijos, y que el 28,1 % de los pacientes, respondieron que viven con sus hijos.

**GRAFICO N° 5**  
**Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos**  
**Según Ocupación Laboral**  
**Centro de salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**

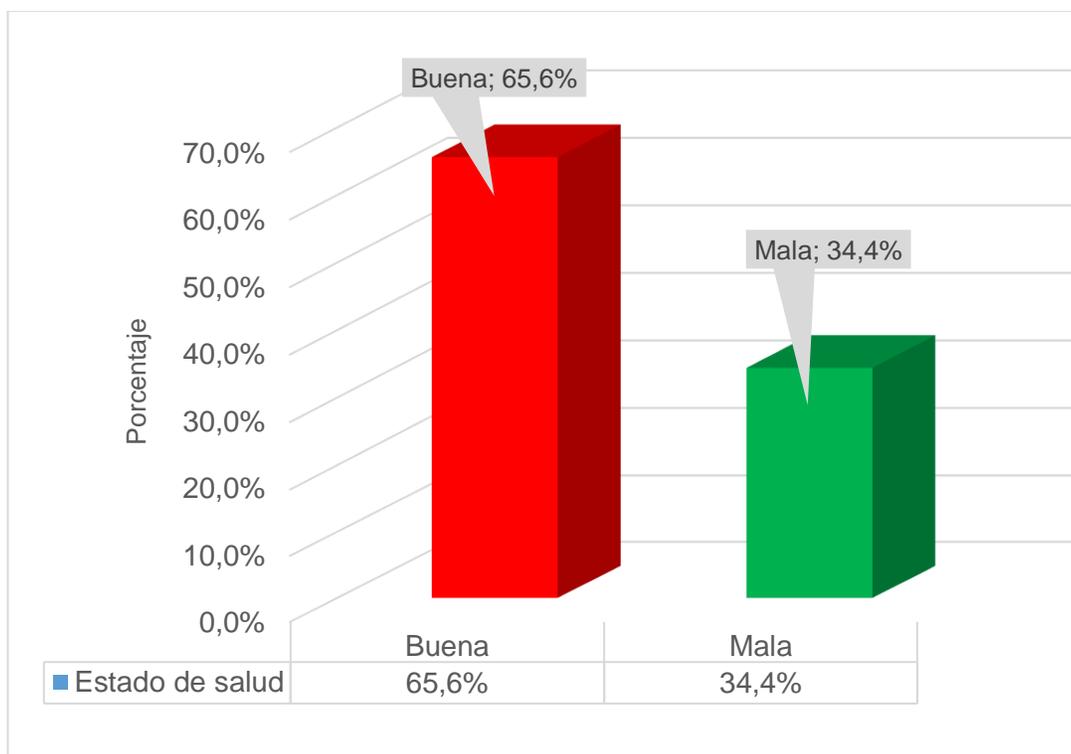


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: El gráfico que se presenta, demuestra que la ocupación de los participantes corresponde a: 51,6% dicen ser comerciantes; el 18,8% de los pacientes indicaron ser choferes; mientras que un 14,1% dicen ser amas de casa; el 9,4 % afirma ser empleados y un 6,3% de los pacientes encuestados respondieron ser agricultores.

GRAFICO N° 6  
Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos  
Según su Estado de Salud  
Centro de salud Copacabana  
1er Semestre 2019

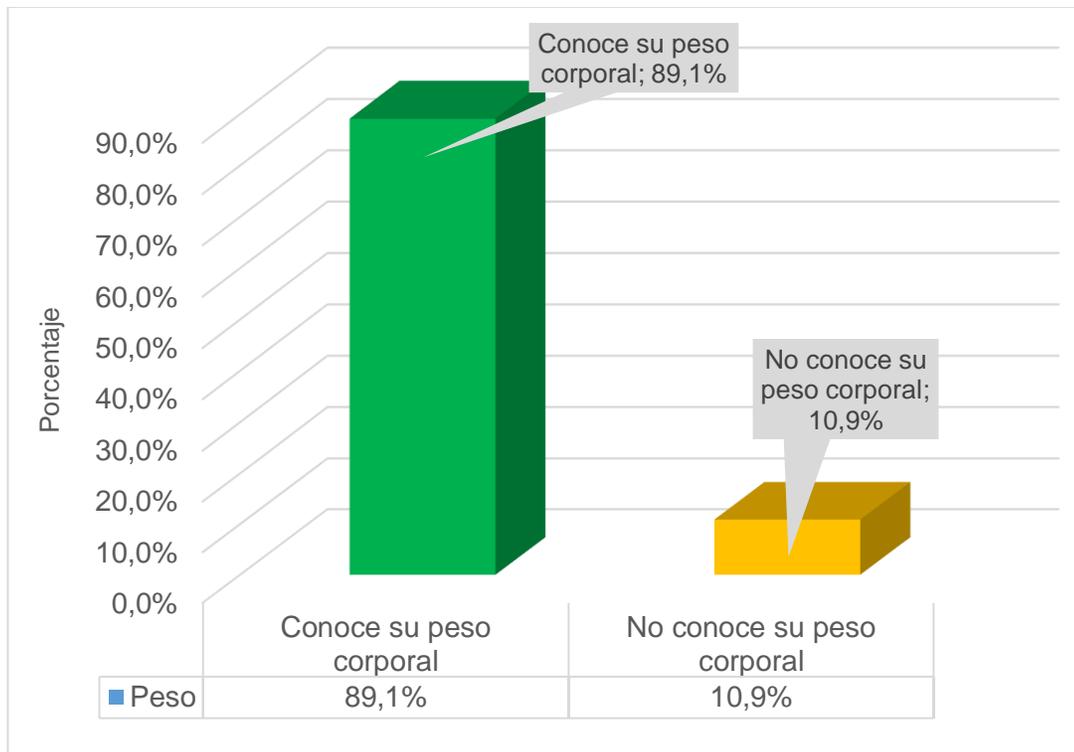


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: Esta gráfica es muy representativa, porque el 65,6% de los pacientes encuestados respondieron que su estado de salud es buena, mientras que 34,4% de todos los que respondieron a esta pregunta aseguran tener una salud mala.

GRAFICO N° 7  
Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos  
Según Conocimiento de su Peso Corporal  
Centro de Salud Copacabana  
1er Semestre 2019

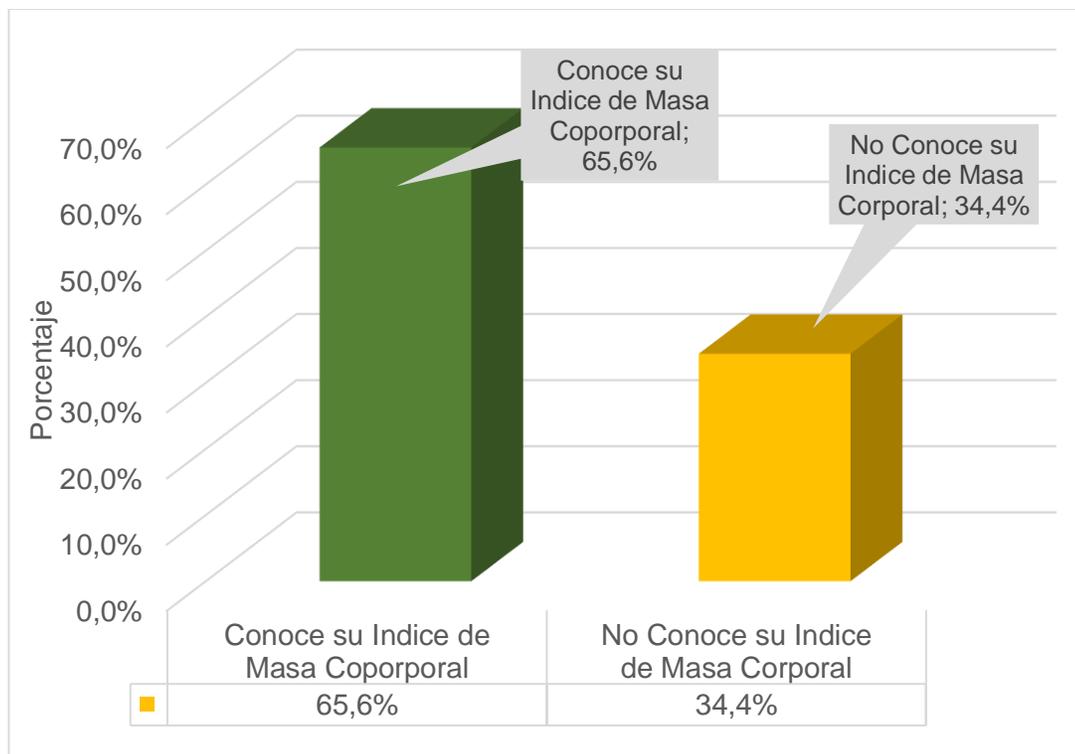


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: La gráfica nos demuestra que el 89,1% de los encuestados respondieron que sí conocen su peso, mientras que el 10,9% aseguran no conocer su peso corporal.

GRAFICO N° 8  
Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos  
Según Conocimiento de su Índice de Masa Corporal  
Centro de Salud Copacabana  
1er Semestre 2019

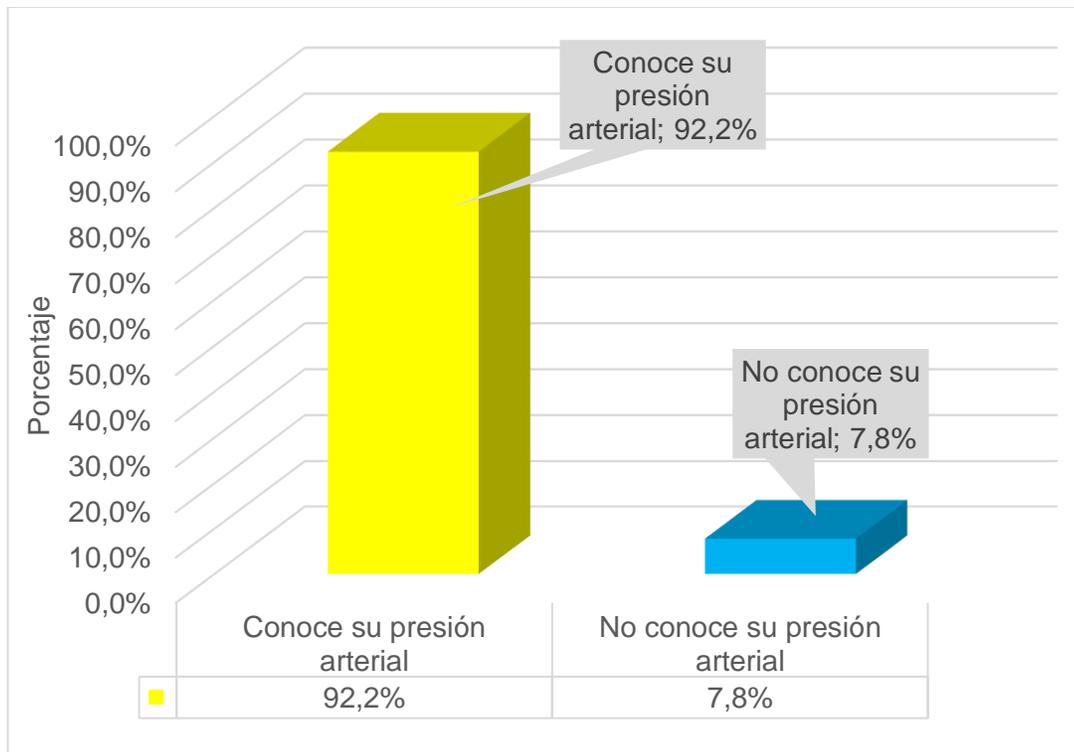


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: Se pudo observar que el 65,6% de todos los pacientes que fueron encuestados indicaron conocer su índice de masa corporal, mientras que un 34,4% aseguraron no conocer su índice de masa corporal.

**GRAFICO N° 9**  
**Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos**  
**Según Conocimientos de su Presión Arterial**  
**Centro de Salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**

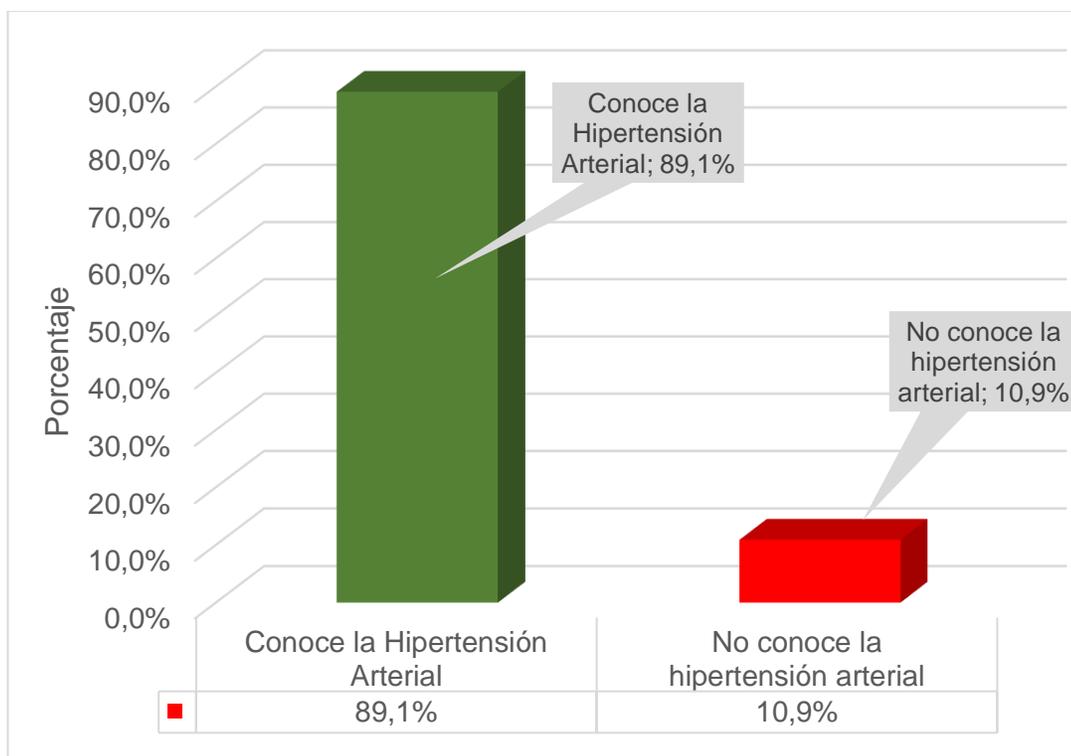


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: La gráfica demuestra que: el 92,2% de todos los encuestados, aseguran tener conocimiento de su presión arterial y solamente un 7,8% respondió la encuesta marcando no conocer su presión arterial.

GRAFICO N° 10  
Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos  
Según Conocimiento de la Hipertensión Arterial  
Centro de Salud Copacabana  
1er Semestre 2019

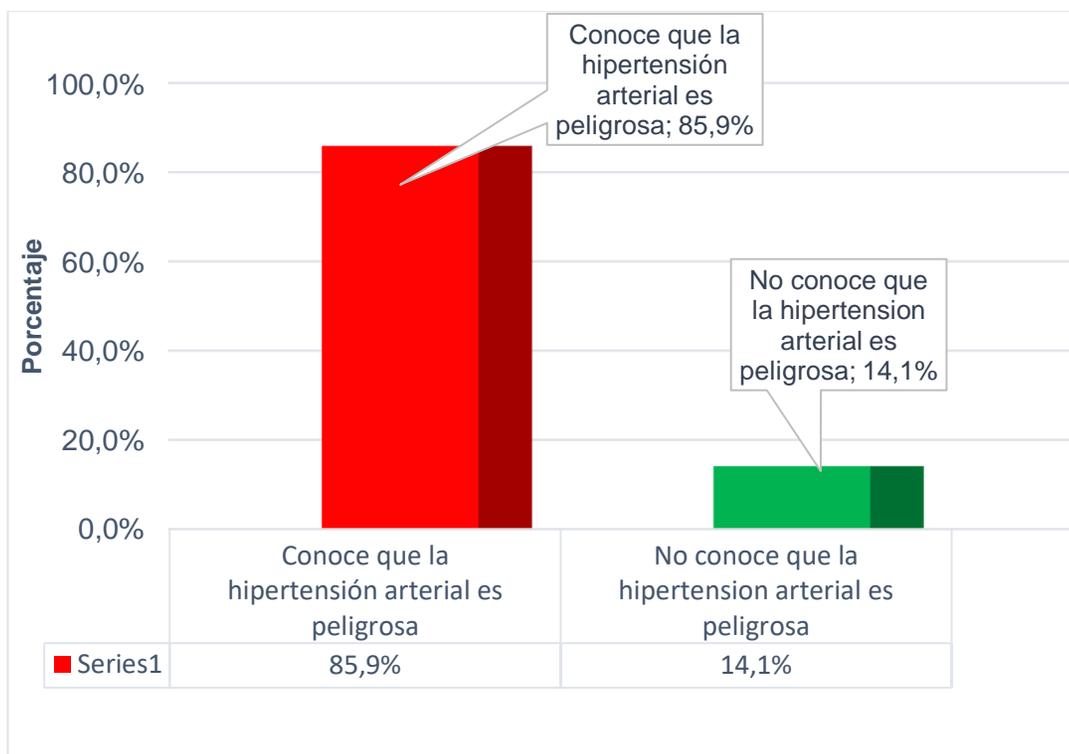


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la gráfica se muestra el resultado de la pregunta sobre el conocimiento de la hipertensión arterial; los pacientes que respondieron conocer qué es la hipertensión arterial representa el 89,1 % de todas los que participaron en la encuesta, el 10,9% respondió no conocer qué es la hipertensión arterial.

**GRAFICO N° 11**  
**Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos**  
**Según Conocimientos del Peligro de la Hipertensión Arterial**  
**Centro de Salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**

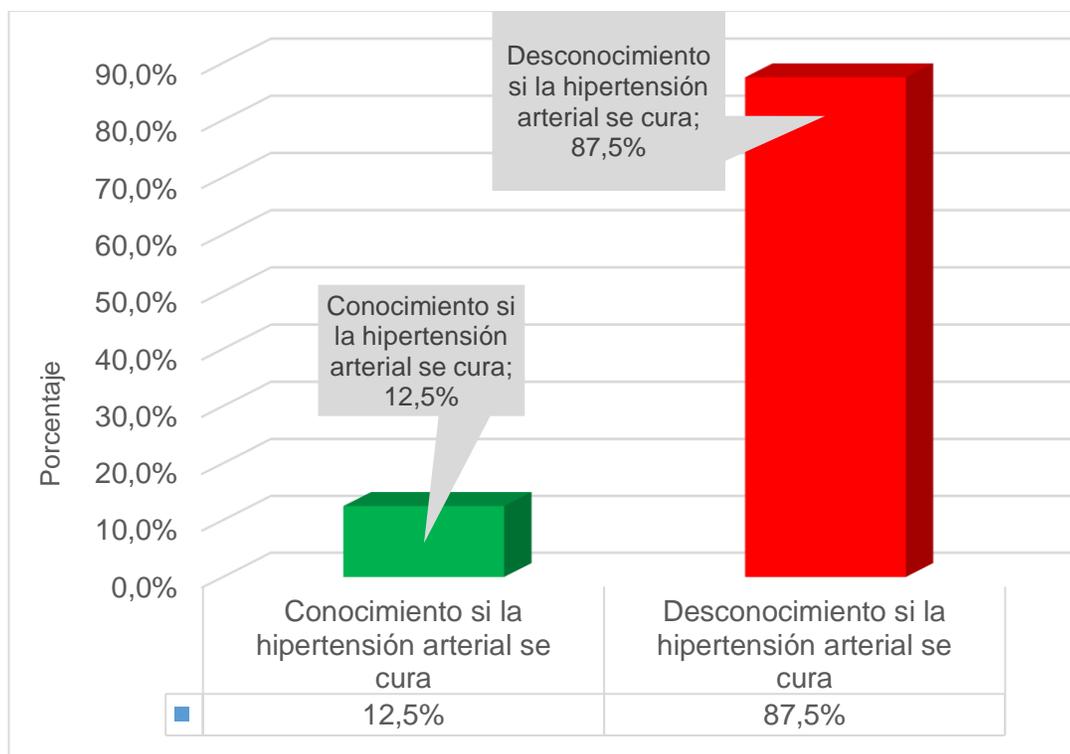


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: Según se observa en el gráfico, se puede mencionar que el 86% de pacientes encuestados indicó lo peligroso que es la hipertensión arterial, pero un 14% respondió la pregunta indicando no conocer el peligro de la hipertensión arterial.

GRAFICO N° 12  
Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos  
Según Conocimiento Si la Hipertensión Arterial se Cura  
Centro de Salud Copacabana  
1er Semestre 2019

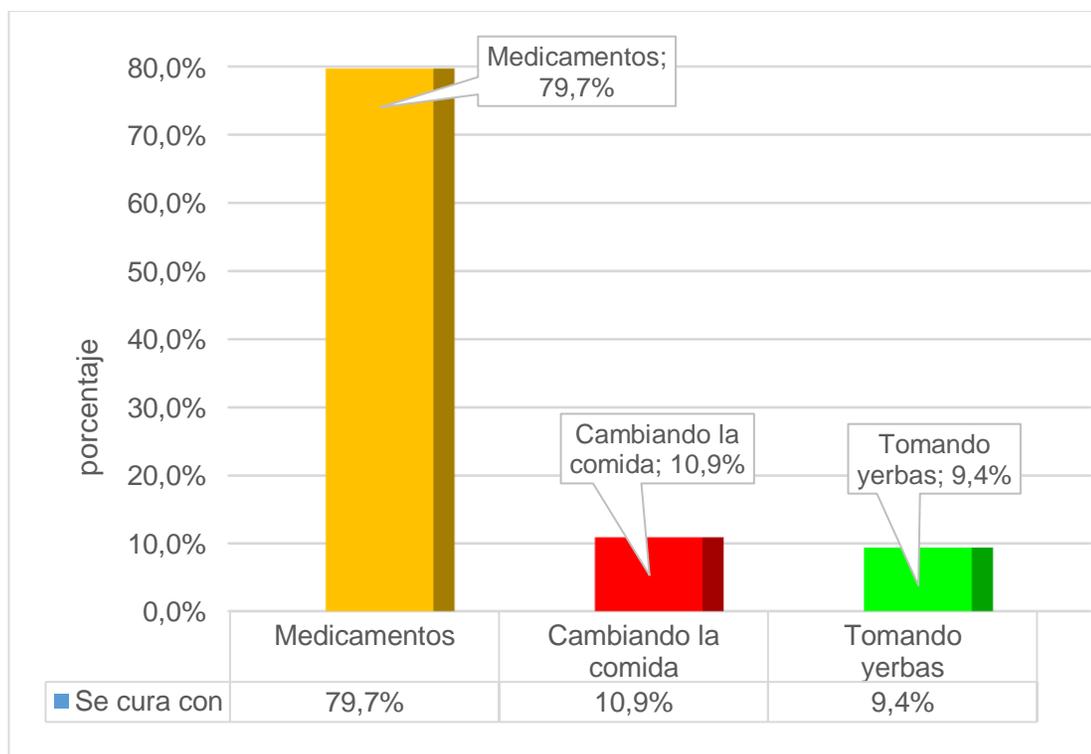


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: La gráfica muestra el resultado de la encuesta realizada a los pacientes hipertensos sobre si la hipertensión se cura. Los pacientes que respondieron que sí se cura fueron del 12,5%, mientras que los que desconocen si la hipertensión arterial se cura, alcanzó el 87,5% del total de los encuestados.

**GRAFICO N° 13**  
**Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos**  
**Según Conocimientos de como se Cura la Hipertensión**  
**Centro de Salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**

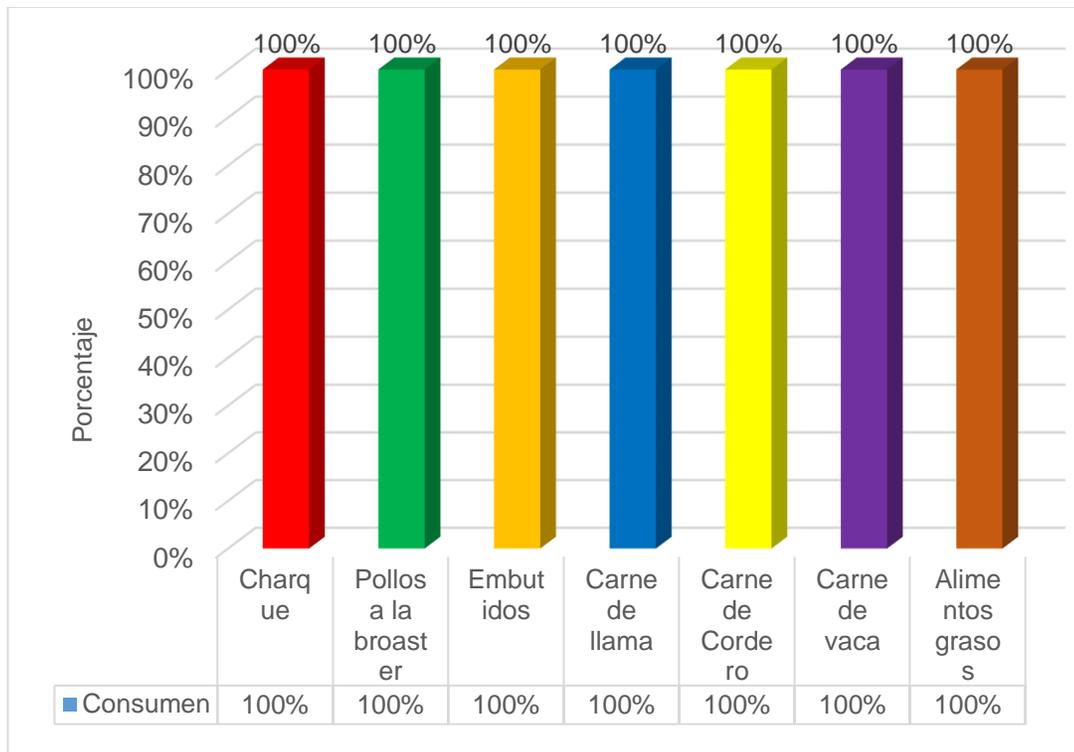


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: Se puede observar que el 79,7 % de todos los pacientes encuestados saben que la hipertensión arterial se cura con medicamentos, el 10,9% indica que cambiando la alimentación se cura la hipertensión arterial, el 9,4% de los pacientes encuestados respondieron que tomando yerbas se cura la hipertensión arterial.

**GRAFICO N° 14**  
**Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos**  
**Según Consumo de Alimentos**  
**Centro de Salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**

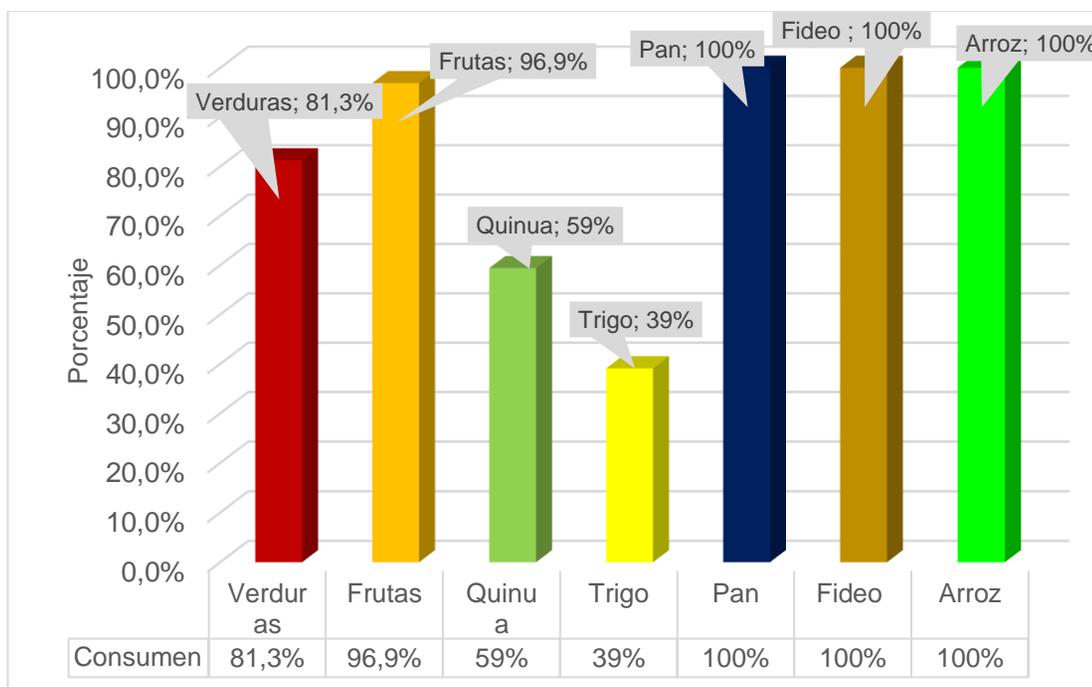


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: Se tiene una gráfica del consumo de alimentos donde el 100% de los pacientes hipertensos afirman que comen: charque, pollos a la broaster, otro 100% mencionan que comen carne de llama, carne de cordero, carne de vaca y por último el consumo de los alimentos con contenido graso también fue del 100% de los pacientes que fueron encuestados.

**GRAFICO N° 15**  
**Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos**  
**Según Consumo de otros Alimentos**  
**Centro de Salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**

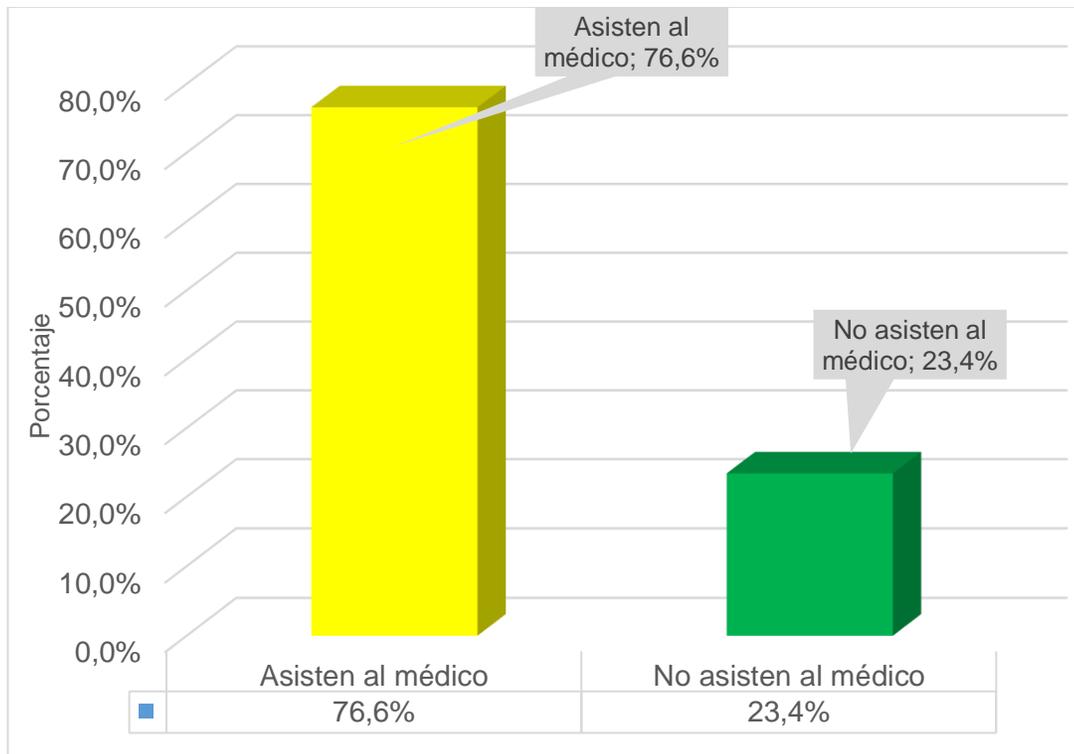


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: Se muestra el consumo de una variedad de alimentos los cuales son de consumo frecuente, entre ellos tenemos a: las verduras que representan el 81,3% dentro el consumo de los encuestados, el 96,9% indican consumir las frutas; el 59% de los pacientes que participaron en la encuesta respondieron que consumen quinua, el 39% dicen consumir el trigo, el 100% de los encuestados dicen que consumen el pan como un alimento común, el 100% de los pacientes respondieron que ellos comen fideo, el 100% de todos los que participaron en las encuestas señalan al arroz como producto de consumo general.

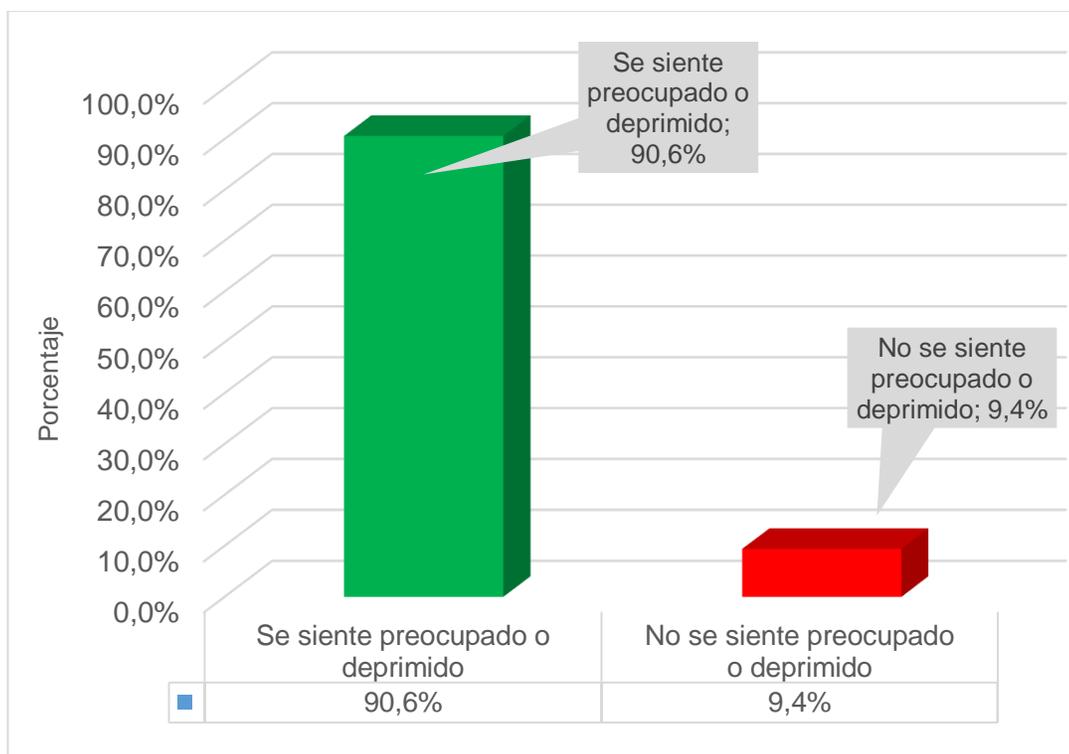
GRAFICO N° 16  
Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos  
Según Asistencia al Medico  
Centro de Salud Copacabana  
1er Semestre 2019



Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se puede observar que los pacientes que mencionan asistir al médico, están representado por el 76,6% de todos los pacientes encuestados, el 23,4% de los pacientes que participaron en la encuesta respondieron que no van al médico.

**GRAFICO N° 17**  
**Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos**  
**Según su Estado Emocional**  
**Centro de salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**

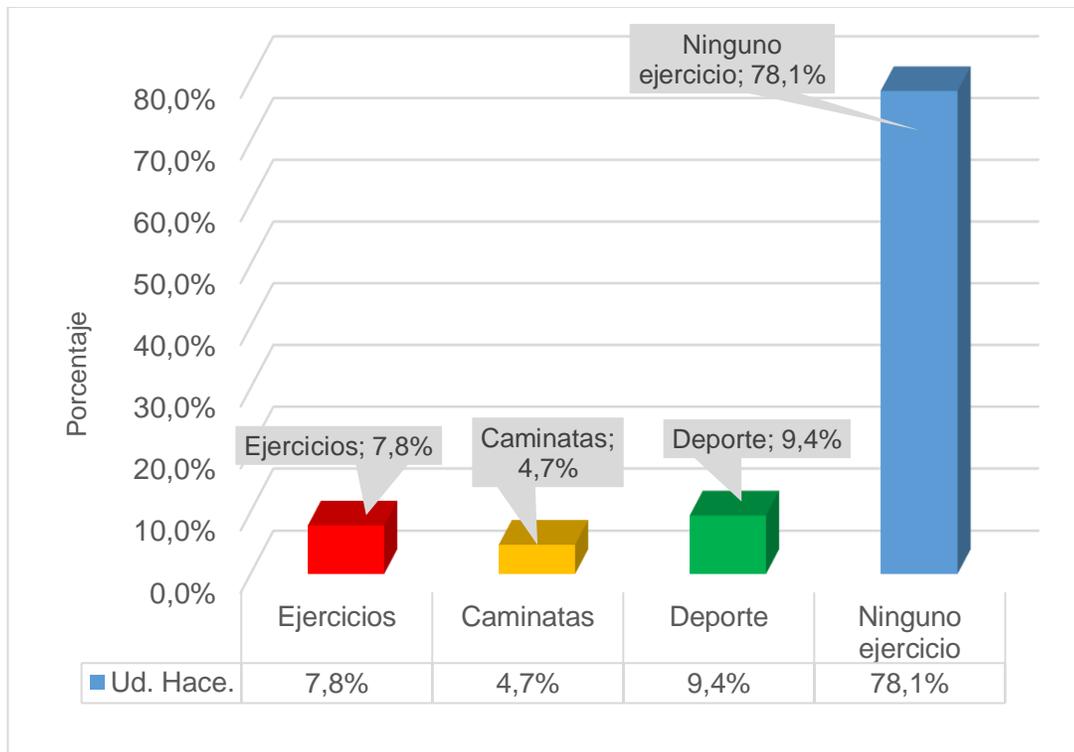


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: La gráfica muestra que la respuesta para ésta pregunta sobre el estado de preocupación de los pacientes con hipertensión arterial fue del 90,6% de todos los encuestados, demostrando que los pacientes sufren algún tipo de situación emocional, el 9,4% indicaron que no tienen ninguna preocupación y no están deprimidos.

**GRAFICO N° 18**  
**Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos**  
**Según la Actividad Física que Realiza**  
**Centro de Salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**

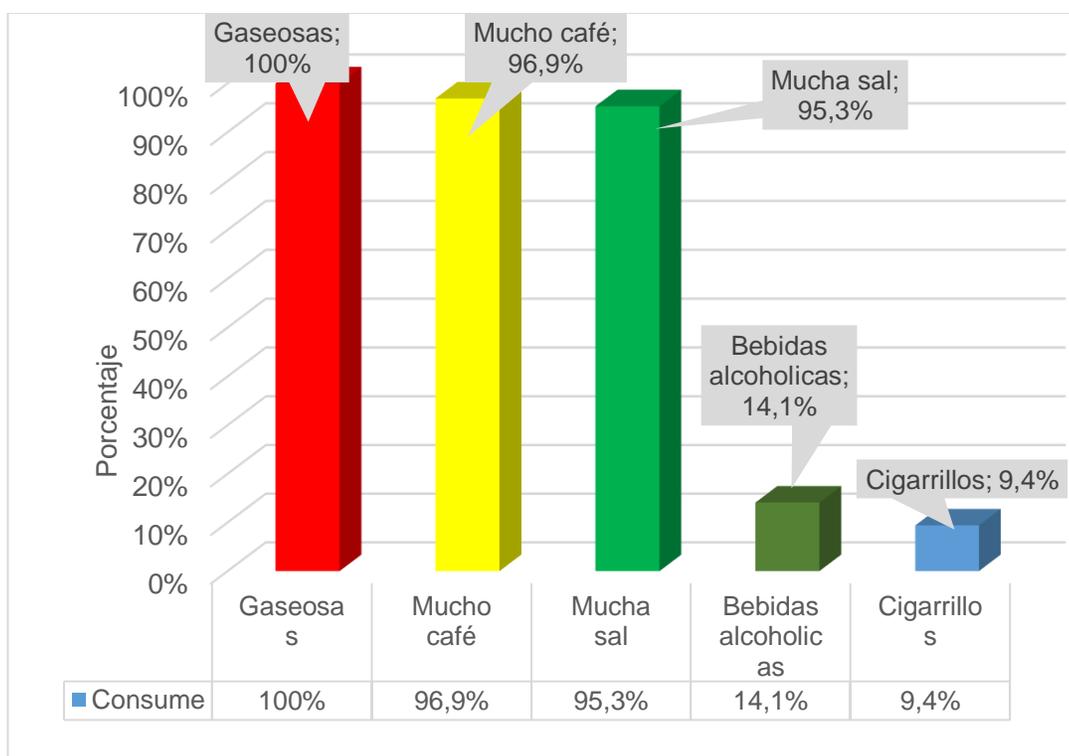


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: Observando la gráfica, podemos deducir que el 78,1% del total de pacientes encuestados menciona no realizar ningún ejercicio; el 9,4% indica que realiza deporte; hacen ejercicios solo el 7,8%; Un 4,7% de todos los pacientes responden que realizan caminata.

**GRAFICO N° 19**  
**Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos**  
**Según Hábitos**  
**Centro de salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**

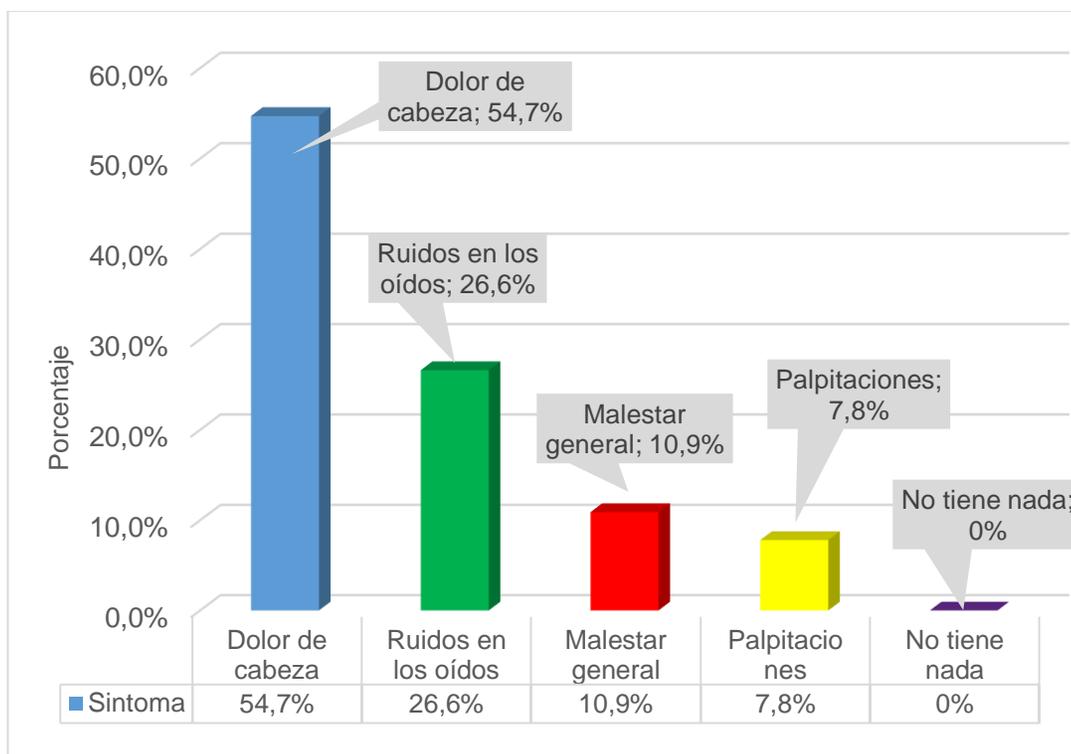


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: Podemos observar que el 100% de los pacientes encuestados consume gaseosas, el 96,9% de los pacientes encuestados consumen mucho café, el consumo de la sal es representado por el 95,3 % de pacientes encuestados, el 14,1% respondieron que consumen bebidas alcohólicas y el 9,4% de los encuestados indica que consume cigarrillos.

**GRAFICO N° 20**  
**Distribución Porcentual de Pacientes Hipertensos**  
**Según Síntomas Clínicos**  
**Centro de Salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**

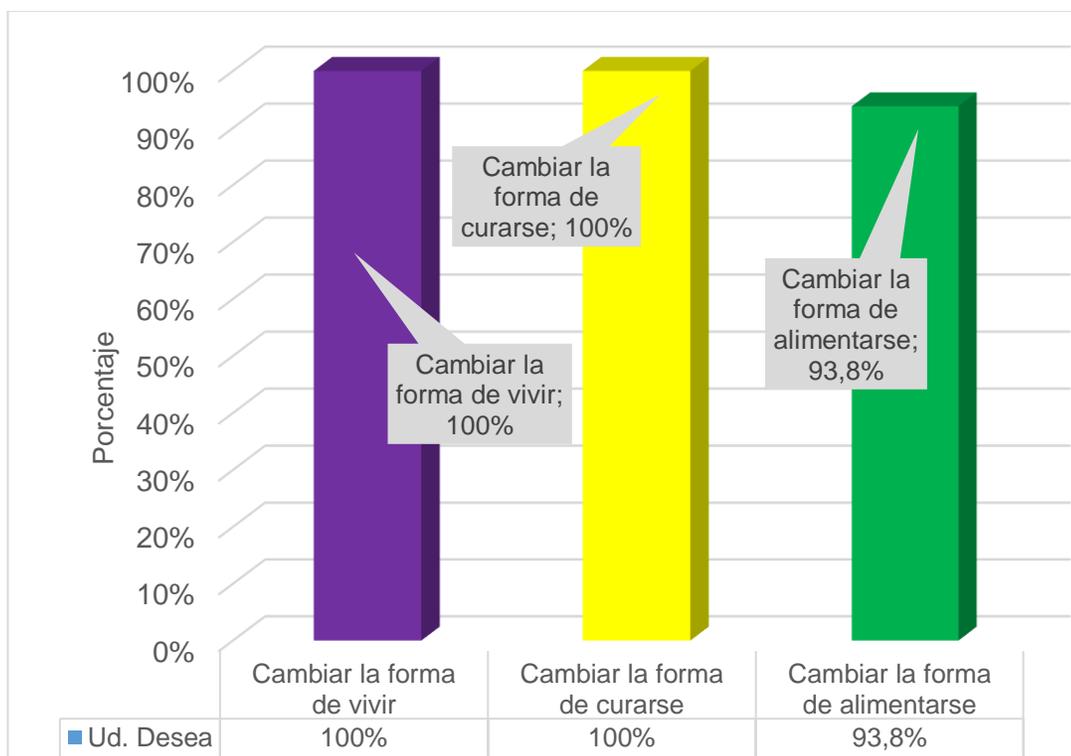


Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la gráfica se puede observar los síntomas que presentaron los pacientes hipertensos encuestados: El 54,7% de encuestados indican tener dolor de cabeza; El 26,6% responden que tiene ruidos en los oídos; Un 10,9% mencionaron que tienen malestar general; Y el 7,8% de los encuestados indicaron tener palpitaciones.

**GRAFICO N° 21**  
**Distribución de Pacientes Hipertensos**  
**Según Deseos de Cambio**  
**Centro de Salud Copacabana**  
**1er Semestre 2019**



Fuente: Encuesta de investigación

Elaboración propia

Interpretación: En la gráfica se observa que el 100% de los pacientes que respondieron ésta pregunta desean cambiar su forma de vivir, el 100% de los encuestados tiene el deseo de curarse y el 93,8% de los encuestados quiere cambiar la forma de alimentarse.

## 4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 4.2.1. Análisis

- De acuerdo al gráfico N° 1, podemos evidenciar que las personas del sexo femenino son las que más padecen de hipertensión arterial en Centro de Salud Copacabana.
- Por lo observado en la gráfica N° 2, las edades donde se presenta la hipertensión arterial con más intensidad está en el grupo de 60 a 64 años.
- En cuanto a la pregunta relacionada al estado civil de los pacientes, en la gráfica N° 3, la misma nos orienta que la mayor cantidad de pacientes tienen un apoyo familiar, en relación con aquellos pacientes que indicaron no estar casados, pero pueden tener un núcleo familiar que les brinde apoyo.
- En el gráfico N° 4, los pacientes que respondieron que no viven con sus hijos, tienen un alto riesgo de que su enfermedad no tenga ningún apoyo para cumplir el tratamiento indicado. El hecho de no vivir con sus hijos o no ser incluidos dentro de un núcleo familiar denota que son los propios pacientes los responsables de su enfermedad, los pacientes que señalan vivir con sus hijos es un porcentaje bajo.
- Observando la gráfica N° 5, nos damos cuenta que el grupo más afectado de hipertensión arterial en relación a su actividad laboral, son aquellas que realizan actividad comercial, a éste grupo le siguen los choferes, las amas de casa, que también representa un porcentaje llamativo, en relación al resto que no es tan significativo.
- La gráfica N° 6, muestra el sentir de los pacientes sobre su estado de salud, esto manifiesta que los pacientes encuestados tienen un conocimiento sobre que es sentirse bien y que es sentirse mal de salud.

Al ser una pregunta subjetiva nos da a conocer que los pacientes hipertensos están muy conscientes de su estado de salud.

- En esta grafica N° 7, nos damos cuenta que la mayoría de los pacientes que fueron encuestados dicen conocer su peso corporal, lo que denota el interés que tienen cada uno de los pacientes por su salud.
- Con la gráfica N° 8, nos damos cuenta que todos los pacientes encuestados con respuesta afirmativa sobre conocimiento de su índice de masa corporal, demuestran interés sobre el conocimiento y la importancia de ésta medida, pero un porcentaje inferior menciona no tener conocimiento sobre el índice de la masa corporal, esta respuesta debe llamar la atención por ser una medida muy importante para el control de la hipertensión arterial.
- En la gráfica N° 9, nos damos cuenta de que los pacientes tienen conocimiento de su presión arterial, dato importante que debió ser proporcionado por el personal de salud a los pacientes, lo que indica que todos los pacientes a quienes se controló su presión arterial son conscientes de la importancia de conocer ésta medida.
- De acuerdo al gráfico N° 10, nos damos cuenta que la enfermedad es de amplio conocimiento de la mayoría de los pacientes encuestados, quienes indican conocer la hipertensión arterial, pero solo una pequeña cantidad respondió desconocer qué es la hipertensión arterial.
- Vemos en la gráfica N° 11, que un alto porcentaje de pacientes, afirman conocer el peligro de la hipertensión arterial, demostrando el interés sobre su salud y el interés que los llevó a conocer su enfermedad mediante diferentes medios de información que existen actualmente. El otro grupo de personas encuestadas indican no conoce el peligro de la hipertensión arterial.

- La gráfica N° 12, nos muestra la gran cantidad de respuestas de que la hipertensión arterial no tiene cura, demuestra que la enfermedad no les significó de gran importancia hasta antes de acudir al centro de salud, y que éstas personas buscaron información sobre la hipertensión arterial en otras fuentes disponibles al público en general.
- La grafica n° 13 vemos que, los pacientes saben que con los medicamentos van a curar su enfermedad, esto según la respuesta entregada durante la encuesta. Son pocos los pacientes que creen que con el cambio de comida se cura la enfermedad y otro grupo pequeño señala que tomando yerbas pueden curar la hipertensión arterial.
- La grafica N° 14 demuestra que el consumo de los alimentos con alto riesgo de producir hipertensión arterial fue consumido por todos los pacientes que fueron encuestados. Existen otros alimentos que consumen pero se escogió éstos para demostrar que son de amplia preferencia dentro de su alimentación.
- En la gráfica N° 15 el consumo de pan, fideo, y arroz son los alimentos mas preferidos por los pacientes que fueron encuestados, mientras que las verduras y frutas quedan relegadas a un segundo plano en la alimentación.
- La grafica N° 16, nos muestra que si bien existen pacientes que acuden al médico existe otro grupo que señala no acudir al médico a pesar de tener una enfermedad de su conocimiento y de mucho riesgo a la integridad de sus vidas. También podría significar que éstos pacientes que no acuden al médico, son personas que estarían buscando nuevas alternativas para su tratamiento y curación.
- Si colocamos atención, podemos observar en el gráfico N° 17, que casi la totalidad de los encuestados sufren de algún tipo de preocupación o sienten estar deprimidos, demostrando en su respuesta una llamada de

atención sobre la necesidad que tienen para ser atendidos de forma urgente.

- Si observamos detenidamente la gráfica N° 18, la respuesta de que no realizan ningún ejercicio físico, corresponde al mayor número de pacientes, lo que indica que los pacientes no tienen el hábito de hacer ejercicios físicos, no le dan importancia o no fueron orientados sobre el gran valor que tienen. Las otras respuestas presentan poca diferencia entre ellas, y no son muy significativas por la edad que tienen los pacientes.
- Por lo observado en el gráfico N° 19, se puede indicar que las gaseosas son de consumo masivo y frecuente entre los pacientes, el café y la sal tiene un consumo casi idéntico. El consumo de las bebidas y los cigarrillos, alcanzaron porcentajes bajos, lo que señala que la relación del tabaco y el alcohol con la hipertensión arterial no es directa.
- Esta pregunta sobre los síntomas podemos ver en el gráfico N° 20, que se buscó obtener información sobre el estado de salud de los pacientes que participan en las encuestas, por las respuestas obtenidas de cada uno de ellos podemos mencionar que todos los participantes tienen algún tipo de síntoma clínico que lo expresaron en las respuestas que dieron.
- La grafica N° 21, señala que los pacientes los pacientes ven el cambio de la forma de vivir, el cambio de la forma de curarse y la forma de alimentarse, como una esperanza de resolver su enfermedad. Son pacientes con deseo de cambio cada uno tiene la esperanza de sentirse mejor.

#### **4.2.2. Discusión**

La hipertensión arterial no solo es una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido para muchas enfermedades de mayor letalidad

,que afectan al individuo y a grandes poblaciones y como tal es uno de los más importantes factores de pronóstico de la esperanza de vida.

En el presente trabajo se observó la relación que existe entre los malos hábitos de alimentación y estilos de vida no saludables en pacientes hipertensos del Centro de Salud Copacabana.

- Al realizar el estudio, se comprobó (gráfico Nro. 1 ) que las pacientes del sexo femenino fueron las más afectadas, representando el 71,9% de los casos estudiados. Muchos estudios realizados sobre hipertensión, afirman que los más afectados suelen del sexo masculino.
- En la muestra de pacientes estudiados, se vió que una mayoría son comerciantes, están fuera de sus domicilios. Lo que en otros estudios (Fonseca -2007) señala que halló más amas de casa en sus resultados .otro estudio realizado en la ciudad de El Alto, halló un gran número de choferes con hipertensión. Hecho que daría a entender que el estar fuera de casa y consumir alimentos en la calle predispondrían a tener hipertensión
- Respecto a los estilos de vida, Farreras, señala la existencia de una relación clara entre la hipertensión e ingesta elevada de alcohol, lo que no sucede en nuestro estudio (Gráfico Nro. 19) Así mismo la Organización Mundial de la Salud, en estudios realizados en el Perú ,señala que un elevado porcentaje de la población consume alcohol y tabaco, lo cual predispone a la hipertensión, lo que no ocurre en nuestro estudio donde los porcentajes son muy bajos.
- En nuestro estudio, la depresión se halla presente en el 90,6% de los pacientes (gráfico Nro. 17) el que demuestra que éste aspecto si puede ser un factor predisponente para tener hipertensión.
- Se halló en un estudio realizado por Gordon del Águila en que un 70,8% realiza actividad física, lo que difiere de nuestro estudio en el que se

halló que un 78% no realiza ningún tipo de actividad física (Gráfico Nro. 18)

La hipertensión arterial no solo es una enfermedad, sino que constituye un factor de riesgo establecido para muchas enfermedades de mayor letalidad ,que afectan al individuo y a grandes poblaciones y como tal es uno de los más importantes factores de pronóstico de la esperanza de vida.

Al realizar el estudio, se comprobó (gráfico 1) que las pacientes del sexo femenino fueron las más afectadas, representando el 71,9% de los casos estudiados. Según estudios realizados, afirman que los más afectados suelen ser varones, (según la revista mayo clinic 2013)

En la muestra de pacientes estudiados, se vio que una mayoría son comerciantes, están fuera de sus domicilios. Lo que en otros estudios (Fonseca 2007) señala que halló más amas de casa en sus resultados .Un estudio realizado en la ciudad de El Alto halló un gran número de choferes con hipertensión. Hecho que daría a entender que el estar fuera de casa y consumir alimentos en la calle predispondrían a tener hipertensión.

Respecto a los estilos de vida Farreras señala la existencia de una relación clara entre la hipertensión e ingesta elevada de alcohol ,lo que no sucede en nuestro estudio (Gráfico N° 19)

### **4.3. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **4.3.1. Conclusiones**

Con base en los resultados obtenidos en la presente investigación cuyo objetivo fue el de determinar la relación que existe entre la hipertensión arterial, con los malos hábitos de alimentación y los estilos de vida no saludables en los pacientes atendidos en el Centro de Salud Copacabana durante el primer semestre de la gestión 2019, se pasa a presentar las siguientes conclusiones:

**a.-** Las características generales de la población de estudio determinaron que el 72 % corresponden al sexo femenino; Un 48% representa al grupo de 60 a 64 años de edad ; El 77% de los pacientes son casados; El 72% de éstos pacientes no viven con sus hijos y una gran mayoría de pacientes ,representados por el 52% ,señalan que se dedican al comercio.

**b.-** En relación al conocimiento que tienen los pacientes sobre la hipertensión arterial se pudo ver que: El 66% cree que su salud es buena; Un 89% de pacientes conoce su peso corporal ; El 66% conoce su índice de masa corporal; Un 92% de pacientes conoce su presión arterial; El 89% señala que sabe qué es la presión arterial; Un 86% indica que la Hipertensión es peligrosa; El 88% señala que no sabe si la hipertensión arterial se cura, mientras que el 80% de los encuestados menciona que la hipertensión arterial se cura con medicamentos.

**c.-**Con respecto a la alimentación, el consumo excesivo de gaseosas, abundante café, alimentación en base a embutidos, pollos a la broaster, pan, fideo (harina refinada), arroz (cereal con alto contenido de almidón), el consumo de charque (carne seca con abundante sal), consumo de carne de cordero (contenido de abundante grasa), el consumo excesivo de sal en las comida, están determinado los malos hábitos en la alimentación.

Algunos factores que debilitan a la hipótesis es el consumo de verduras, frutas, que inciden en la percepción de los malos hábitos en la alimentación como causante de la hipertensión arterial.

**d.-** Los estilos de vida que tienen los pacientes, como las preocupaciones (estrés), el no realizar ejercicios físicos, el consumo del alcohol aunque en poca cantidad que en las personas mayores tienen efectos negativos en la salud, el consumo de alimentos grasos como las frituras, síntomas clínicos que presentan y los deseos de cambiar su alimentación, su forma de vivir y la búsqueda de otras maneras de curarse afirman que los estilos de vida influyen en la aparición de la hipertensión arterial.

Todo lo anterior permite afirmar que la hipótesis planteada, está confirmada, porque existen factores intervinientes y algunos determinantes, entre los pacientes hipertensos del centro de salud Copacabana de la ciudad de El Alto, para la aparición de la hipertensión arterial relacionado a los malos hábitos en la alimentación y estilos de vida no saludables.

#### **4.3.2. Recomendaciones**

Después de haber realiza la investigación se cree pertinente realizar las siguientes recomendaciones para el centro de salud, personal de salud y para los pacientes hipertensos

##### **Para el Centro de salud:**

El Centro de salud Copacabana, para mejorar la atención a los pacientes hipertensos, debe planificar, coordinar, organizar, ejecutar y evaluar los programas educativos dirigidos al personal de salud, para perfeccionar los conocimientos relacionados a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, para este fin debe utilizar el plan de mejoramiento para la atención del paciente hipertenso propuesto, el cual se describe íntegramente en anexos.

**Para el personal de salud:**

El personal de salud debe promover la modificación de ciertos hábitos en la alimentación y comportamientos en los estilos de vida de los pacientes hipertensos.

El personal de enfermería, debe tener como uno de sus objetivos de intervención, la educación al paciente hipertenso y a su familia, mediante charlas, videos y otros medios disponibles, sobre los buenos hábitos de la alimentación y los buenos estilos de vida versus los malos hábitos de alimentación y los estilos de vida no saludables, destinado a comparar ambas realidades, para modificar su estilo de vida y sus hábitos en la alimentación.

**Para los pacientes:**

Sugerir a los pacientes la reducción de la ingesta de sal en los alimentos.

Reducir la ingesta de grasas, carnes y alimentos procesados como los embutidos por otros como el pescado, pollo no frito.

Regular el consumo de café ya que un exceso de éste incrementa la presión arterial, no se recomienda tomar más de una taza por día.

Promover el incremento de la actividad física, para evitar el sedentarismo.

Y por último se recomienda continuar con la investigación, sobre las determinantes o factores que causan la hipertensión arterial y contribuir a evitar la morbilidad y mortalidad por esa enfermedad en la población en general.

## 5. REFERENCIA BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Organización Mundial de la salud. Preguntas y respuestas sobre la Hipertensión .Septiembre 2015
- 2.- <https://www.paho.org>
- 3.- [http://www. Un.org/es/](http://www.Un.org/es/)
- 4.- Aguas Nelly .Prevalencia de la Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo en Población Adulta.2012
- 5.- Brunner.Suddarth Smeltzer SuzanneC.Brenda G. Hinkle JaniceL.Cheever Kerryh.Enfermeria Médico Quirúrgica,12ava Edición.
- 6.- WHO\_DCO\_WHD\_2013.2\_spa
- 7.- Cruz Roja Española. Hospital Victoria Eugenia .Abril 2016
- 8.- <https://www-hospitalveugenia-com.cdn.ampproject.org>
- 9.- [http://www. Un.org/es/](http://www.Un.org/es/)
- 10.- <https://news.un.org/es/audio /2015/05/1409181>
- 11.- <https://www.paho.org>
- 12.- Teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com
- 13.- <https://www.paho.org/bol/index.php>
- 14.- Palmero E. Hipertensión Arterial Sistémica .Encuesta en las ciudades de la Paz y el Alto. Junio a diciembre de 1996.
- 15.- Palmero E. Hipertensión Arterial Sistémica .Encuesta en las ciudades de la Paz y el Alto. Junio a diciembre de 1996.
- 16.- Organización Mundial de la Salud. Informe general sobre la Hipertensión arterial en el mundo. Estrategia de Cooperación Centrada en el País Bolivia 2004-2007

- 17.- Martínez M, Hernández M, Factores de riesgo en pacientes hipertensos en el Hospital Patacamaya, La Paz. Rev. Ciencias Médicas. Septiembre octubre, 2015; 19(5): 938-947
- 18.- <https://www.reduno.com.bo/nota/la-Hipertensión-arterial-genera-mas-de-4-000-muertes-al-ano-en-bolivia-20192220480>
- 19.- <http://medicinaintercultural.org/contenido/2012-09-17-seis-enfermedades-no-transmisibles-ent-se-presentan-con-mayor-incidencia-en-bol>
- 20.- Kuri P A. La transición en salud y su impacto en la demanda de servicios. Gaceta Médica de México. 2011[mayo 2015]; 4 147:451-4.
- 21.- Martínez M, Hernández M, Factores de riesgo en pacientes hipertensos en el Hospital Patacamaya, La Paz. Rev. Ciencias Médicas. Septiembre octubre, 2015; 19(5): 938-947
- 22.- <https://news.un.org/es/audio /2015/05/1409181>
- 23.- <https://www.reduno.com.bo/nota/la-Hipertensión-arterial-genera-mas-de-4-000-muertes-al-ano-en-bolivia-20192220480>
- 24.- <http://medicinaintercultural.org/contenido/2012-09-17-seis-enfermedades-no-transmisibles-ent-se-presentan-con-mayor-incidencia-en-bol>
- 25.- <http://medicinaintercultural.org/contenido/2012-09-17-seis-enfermedades-no-transmisibles-ent-se-presentan-con-mayor-incidencia-en-bol>
- 26.- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>.
- 27.- <https://es.m.wikipedia.org/wiki/edad>
- 28.- <https://definicionlegal.blogspot.com/2011/06/estado-civil.html>

29.- Malcolm Kendrick (12 de abril de 2015). «Why being 'overweight' means you live longe: The way scientists twist the facts».

<https://www.independent.co.uk>. Archivado desde el original el 12 de abril de 2015. Consultado el 12 de abril de 2015

30.- Control de la respuesta cardiaca debida a la distribución local de sangre;  
Autor: T. G. Coleman y colaboradores.

31.- <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/catalogo-multimedia/nefrologia/medir-correctamente-la-tension-arterial?start=1>

32.- <https://web.archive.org/web/20080625212218/http://www.gov.mb.ca/health/ems/guidelines/G8.pdf>

33.- <https://archive.is/20120702213656/http://bcs.medinfo.ufl.edu/sample/page06.html>

34.- <http://www.medigraphic.com>

35.- Gonzáles-Juanatey J. R. y Palma J.L. (2003). “Hipertensión arterial”. En Cardiología clínica. Editorial Masson. Barcelona, España.

36.- Gonzáles-Juanatey J. R. y Palma J.L. (2003). “Hipertensión arterial”. En Cardiología clínica. Editorial Masson. Barcelona, España.

37.- Crouch S., Krummel D. (2009). “Terapia nutricional médica para la hipertensión”. En Nutrición y dieto terapia9 de Krause (12ª ed.). Editorial Masson. Barcelona, España.

38.- Alcasena M.S., Martínez J., Romero J. (1998). “Hipertensión arterial sistémica: fisiopatología”. En Anales del sistema sanitario de Navarra. Pamplona, España. Documento recuperado: <http://www.cfnavarra.es>, 21/12/2011.

- 39.- Crouch S., Krummel D. (2009). "Terapia nutricional médica para la hipertensión". En Nutrición y dieta terapia de Krause (12ª ed.). Editorial Masson. Barcelona, España. p. 865-866
- 40.- Torresani M.E, Somoza M.I. (2005). "Cuidado nutricional ante factores de riesgo y cardiopatías". En Lineamiento para el cuidado nutricional (2ª ed.). Editorial Eudeba. Bs. As.
- 41.- Crouch S., Krummel D. (2009). "Terapia nutricional médica para la hipertensión". En Nutrición y dieta terapia de Krause (12ª ed.). Editorial Masson. Barcelona, España
- 42.- Texto de referencia de pacientes con hipertensión del Centro de Salud Copacabana.
- 43.- Rodríguez Scull L. E. (2004). "La obesidad y sus consecuencias clinicometabólicas". En Revista
- 44.- OBESITY W. Internacional Obesity Taskforce. [Online].; 2010 [cited 2018 FEBRERO 16. Available from:  
<http://www.iaso.on/iotf/obesity/obesitytheglobalepidemic/>.
- 45.- Crouch S., Krummel D. (2009). "Terapia nutricional médica para la hipertensión". En Nutrición y dieta terapia de Krause (12ª ed.). Editorial Masson. Barcelona, España
- 46.- Longo E. NAVARRO E. "Plan de alimentación en las enfermedades cardiovasculares".
- 47.- <https://www.mayoclinic.org>.
- 48.- <http://Las-drogas.net/alcohol/>.
- 49.- Fernández-Solá J. Consumo de alcohol y riesgo cardiovascular. Hipertensión y Riesgo Vascular.

- 50.- Farber-Wilson J. Current Clinical Issues: should doctors prescribe alcohol to adults? Ann Intern Med.
- 51.- Krummel D. (2009). "Terapia nutricional médica para la enfermedades cardiovasculares". En Nutrición.
- 52.- <https://articulos.mercola.com/sitios/articulos/archivo/2015/08/15/el-magnesio-beneficia-su-presion-arterial.aspx>
- 53.- <https://www.elnuevoherald.com/vivir-mejor/salud/article>
- 54.- Torresani M.E, Somoza M.I. (2005). "Cuidado nutricional ante factores de riesgo y cardiopatías". En Lineamiento para el cuidado nutricional (2ª ed.). Editorial Eudeba. Bs. As. (2)
- 55.- "Guías Médicas para la Salud Familiar" (2009) es una marca registrada de Ediciones visuales Alberdi Buenos Aires. Argentina.//: Info@eviaediciones.com.
- 56.- Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Government of Canadá, 1974.
- 57.- [www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/people/edwinchadwick.aspx](http://www.sciencemuseum.org.uk/broughttolife/people/edwinchadwick.aspx).  
Accesado octubre 2011.
- 58.- [http://tie.inspvirtual.mx/portales/sdhnet/recursos/SPA\\_infografico.pdf](http://tie.inspvirtual.mx/portales/sdhnet/recursos/SPA_infografico.pdf)

**ANEXOS**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA JUAN MISAEL SARACHO  
SECRETARIA DE EDUCACION CONTINUA  
DIRECCION DE POST GRADO**



**PROPUESTA**

**PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE  
HIPERTENSO, CENTRO DE SALUD COPACABANA - SEPTIEMBRE A  
DICIEMBRE 2019**

**Por: LIC. ELIZABETH OLIVIA QUISPE LOPEZ**

**La Paz – Bolivia**

**2019**

**PROPUESTA**  
**PLAN DE MEJORAMIENTO PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE**  
**HIPERTENSO.**

**INTRODUCCIÓN**

Si consideramos a la hipertensión arterial una enfermedad silenciosa, podemos mencionar que los modelos de atención no pueden ser los mismos en cada continente, país, departamento, ciudad o región, a pesar de las tendencias de la globalización, existen condiciones insalvables, que obligan a cada sector, Red de salud, otro, a dotarse de un modelo de atención de la hipertensión arterial acorde a sus necesidades y posibilidades tanto económicos como de recursos humanos, todos ellos como parte de los nuevos conceptos de desarrollo humano sostenibles.

El Centro de Salud Copacabana, por las características propias que tiene, de atender a gran cantidad de pacientes hipertensos y tras los resultados del estudio realizado en el establecimiento, requiere de lineamientos que le permitan mejorar la atención médica y de todo el personal de salud que se relaciona con los pacientes (médicos, enfermeras, odontólogos, laboratorista, farmacéutica, medicina tradicional, administración y otros, etc.), dichos lineamientos le permitirán contribuir a cambiar la conducta y costumbre de los pacientes hipertensos se cambiara los malos hábitos en la alimentación y estilos de vida no saludables.

Al no poder realizar acciones directas sobre los malos hábitos de alimentación y estilos de vida no saludables de los pacientes, solo se actuará, previa coordinación con el personal de salud, de manera continua hasta conseguir las metas propuestas.

## **ANTECEDENTES**

En la ciudad de El Alto, el centro de salud Copacabana, que brinda atención ambulatoria a pacientes de ambos sexos con hipertensión arterial, presenta datos importantes, donde el 72% de la hipertensión arterial se presenta en el sexo femenino, el 48,4% en el grupo de 60 a 64 años, el 76,6% de los pacientes son casados. El 72% no viven con sus hijos, el 51,6% son comerciantes, el 65,6% conocen su índice de masa corporal, el 92,2% conocen su presión arterial, el 66% cree que su salud es buena, el 76,6% acuden al médico, el 89% conocen la Hipertensión Arterial, el 85,9 saben que la presión arterial alta es peligrosa, el 79,7% cree que la hipertensión arterial se cura con medicamentos, 100% consume gaseosas, el 96,9% consume mucho café, el 95,3% consume mucha sal, el 100 % consume charque, pollos broaster, embutidos, carne de cordero, de llama, de vaca y alimentos grasos, el 100% consume pan, fideos y arroz, el 90,6% se hallan preocupado o deprimido, el 78,1% no realiza ninguna actividad física, el 100% desea cambiar la forma de vivir, desea curarse y el 93,8 desea cambiar su alimentación.

Por lo demostrado en los antecedentes, se concluye que existen malos hábitos en la alimentación y estilos de vida no saludables en los pacientes hipertensos.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Los pacientes que acuden a la atención ambulatoria del centro de salud Copacabana, reciben atención médica, el médico les entrega los medicamentos para realizar el tratamiento respectivo, estos pacientes no reciben orientación sobre los factores que intervienen en la aparición de la hipertensión arterial.

El incremento de los pacientes cada vez es mayor, reciben solamente medicamentos y no una orientación sobre los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables, por lo que continúan realizando la misma rutina en su alimentación y su estilo de vida es cotidiana, colocando

en riesgo su vida por los problemas y complicaciones que pueda aparecer junto a su enfermedad.

El personal de salud desconoce que debe realizar orientación a todos los pacientes hipertensos sobre los factores que intervienen en la aparición de la hipertensión arterial y se abocan solamente al uso de los fármacos para controlar la enfermedad, por lo que realizan tratamientos farmacológicos y se olvidan de los tratamientos no farmacológicos.

También los pacientes del centro de salud Copacabana, presentan poca adherencia al tratamiento de esta enfermedad, demostrando poco interés para llevar un adecuado manejo de la hipertensión arterial, en cuanto a la toma del medicamentos, a la practica de los buenos hábitos en la alimentación, practica de los estilos de vida saludables, asistencia a los controles médicos, toma de la tensión arterial periódicamente y constancia en el tratamiento.

## **JUSTIFICACIÓN**

Por lo descrito en el planteamiento del problema, podemos mencionar que la hipertensión arterial es una enfermedad que si bien está siendo tratada por los médicos de acuerdo a los protocolos de atención de la enfermedad, se evidencia que existe deficiencias en los mismos porque solamente se esta realizando tratamientos farmacológicos y no se realiza los tratamientos no farmacológicos.

El tratamiento no farmacológico es de suma importancia porque contribuye al mejoramiento de la enfermedad y los pacientes adquieren nuevos conocimientos y conducta que con el tiempo van a contribuir al control de la enfermedad que ira en su beneficio y de su familia.

Con la implementación del plan de mejoramiento en la atención de los pacientes hipertensos, estos acudirán a la atención ambulatoria del centro de salud Copacabana, donde van a recibir atención médica, el médico les entrega los medicamentos para realizar el tratamiento respectivo de acuerdo a los

protocolos de atención, estos pacientes recibirán además orientación sobre los factores que intervienen en la aparición de la hipertensión arterial.

El personal de salud conocedor de la importancia de realizar orientación a todos los pacientes sobre los factores que intervienen en la aparición de la hipertensión arterial, se avocara al uso de los fármacos realizando los tratamientos farmacológicos, pero además realizara los tratamientos no farmacológicos, explicando a los pacientes los factores intervinientes y determinantes en la aparición dela hipertensión arterial y la necesidad de modificar los hábitos en la alimentación y cambiar los estilos de vida.

Los pacientes del centro de salud Copacabana ya no presentaran poca adherencia al tratamiento de esta enfermedad, demostraran interés al llevar un adecuado manejo de la hipertensión arterial, tomando el medicamentos, realizando la práctica de los buenos hábitos en la alimentación, practicará los estilos de vida saludables, asistirá a los controles médicos, a la toma de la tensión arterial y será constante con su tratamiento.

Por lo expuesto urge la necesidad de implementar un plan de mejoramiento para la atención de los pacientes hipertensos.

### **OBJETIVO GENERAL**

Capacitar al personal de salud y a los pacientes en la práctica de los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables, mediante un plan de mejoramiento en la atención de los pacientes hipertensos.

### **Objetivos específicos**

Este plan de acción se basa en cuatro objetivos específicos:

- ❖ Elaborar un plan de mejoramiento para la atención de los pacientes hipertensos

- ❖ Mejorar los conocimientos del personal de salud sobre los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables.
- ❖ Mejorar los conocimientos de los pacientes hipertensos sobre los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables.
- ❖ Elaborar una propuesta de alianza estratégica para involucrar a actores principales.

## **METAS**

- ❖ Plan de mejoramiento elaborado para la atención de los pacientes hipertensos
- ❖ El 100% del personal de salud capacitado sobre los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables.
- ❖ El 60 % de los pacientes hipertensos que intervinieron en la investigación reciben conocimientos sobre los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables.
- ❖ El 100% de cumplimiento en la conformación de la propuesta de alianza estratégica, involucrando a los actores principales.

<b>Objetivo 1.- Elaborar un plan de mejoramiento para la atención de los pacientes hipertensos</b>							
<b>Debilidad</b>	<b>Actividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Responsa ble</b>	<b>Cronograma</b>		<b>Medios de verificaci ón</b>
					<b>Inicia</b>	<b>Termina</b>	
Ausencia de un plan de mejoramiento para la atención de los pacientes hipertensos	Elaborar un plan de mejoramiento para la atención de los pacientes hipertensos	100% del plan Elaborado para el mejoramiento de la atención de los pacientes hipertensos	Nº Plan de mejoramiento propuesto / plan de mejoramiento elaborado	Centro de salud	Jun 2019	Jul 2019	Plan de mejoramiento para la atención de los pacientes hipertensos
No se cuenta con datos sociodemográficos de los pacientes	Crear una hoja de vida del pacientes hipertenso.	60% de pacientes cuentan con hoja de vida	Nº de Hojas de vida elaboradas / total de pacientes.	Centro de salud	Sep. 2019	Sep. 2019	Lista de pacientes con hojas de vida llenadas

Fuente: Elaboración Propia

<b>Objetivo 2.- Mejorar los conocimientos del personal de salud sobre los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables.</b>							
<b>Debilidad</b>	<b>Actividades</b>	<b>Meta</b>	<b>Indicador</b>	<b>Responsa ble</b>	<b>Cronograma</b>		<b>Medios de verificaci ón</b>
					<b>Inicia</b>	<b>Termina</b>	
Personal de salud desconoce el tratamiento no farmacológico en los pacientes hipertensos	Capacitar al personal de salud sobre el tratamiento no farmacológico	100 % del personal de salud capacitado en el manejo del tratamiento no farmacológico	Nº de taller realizado / Nº taller programado	Centro de salud	Oct 2019	Nov 2019	Listas de asistencia. Fotografías
	Capacitar al personal de salud en buenos hábitos en la alimentación	100 % del personal capacitado sobre los buenos hábitos en la alimentación	Nº de taller realizado / Nº de taller programado	Centro de salud	Oct 2019	Nov 2019	Listas de asistencia. Fotografías
	Capacitar al personal de salud sobre los estilos de vida saludables	100 % del personal capacitado sobre los buenos	Nº de taller realizado / Nº de taller programado	Centro de salud	Oct 2019	Nov 2019	Listas de asistencia. Fotografías

		hábitos en la alimentación					
	Capacitar al personal medico y de enfermería en la toma correcta de la presión arterial	100 % de personal medico y enfermería capacitados.	Nº de taller realizado / Nº de taller programado	Centro de salud	Oct 2019	Nov 2019	Listas de asistencia. Fotografías
Falta de protocolo de atención no farmacológico	Desarrollo un protocolo de atención no farmacológica	100% del protocolo elaborado	Nº de pacientes atendidos con el protocolo.	Centro de salud	Oct 2019	Nov 2019	Lista de pacientes atendidos de acuerdo al protocolo

Fuente: Elaboración Propia

Objetivo específico 3.- Mejorar los conocimientos de los pacientes hipertensos sobre los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables.							
Debilidad	Actividades	Meta	Indicador	Responsable	Cronograma		Medios de verificación
					Inicia	Termina	
Pacientes desconocen los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables	Conformar grupo de WhatsApp entre: médicos, enfermeras y pacientes hipertensos	60 % de los pacientes son incorporados al WhatsApp	Nº de WhatsApp realizado Nº grupo de WhatsApp propuesto	Medico jefe del centro	Nov 2019	Dic 2019	Grupo de WhatsApp funcionando
	Conformar un grupo de autoayuda entre los pacientes hipertensos	60 % de los pacientes participan en el grupo de auto ayuda	Nº de grupo de autoayuda programado / Nº grupo de auto ayuda conformado	Jefe de enfermería	Nov 2019	Dic 2019	Grupo de auto ayuda funcionando. Fotografías
	Conformar un club de pacientes hipertensos	60 % de los pacientes participan en el club	Nº de club programado / Nº de club conformado	Jefe de enfermería	Nov 2019	Dic 2019	Club de pacientes hipertensos conformado y

							funcionan do.
	Capacitar a los pacientes sobre buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables	60% de pacientes capacitados sobre los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables	2 taller realizado / 2 taller programado	Centro de salud	Nov 2019	Dic 2019	Listas de asistencia · Fotografías

Fuente: Elaboración Propia

Objetivo específico 4.- Elaborar una propuesta de alianza estratégica para involucrar a actores principales.							
Debilidad	Actividades	Meta	Indicador	Responsable	Cronograma		Medios de verificación
					Inicia	Termina	
El centro de salud Copacabana no cuenta con una alianza estratégica para el manejo de los pacientes hipertensos	Identificar a los actores principales que intervienen en el tratamiento de los pacientes hipertensos	100 % de actores principales identificados	Nº de alianza estratégica programado / Nº alianza estratégica realizada	Centro de salud	Sep. 2019	Sep. 2019	Matriz de alianza estratégica elaborado
	Presentar la matriz de alianza estratégica al personal del centro de salud Copacabana	80 % del personal de salud tiene conocimiento de la matriz de alianza estratégica	Nº de taller programado / Nº de taller realizado.	Director del centro de salud Copacabana	Sep. 2019	Sep. 2019	Lista de participantes. Fotografías.

Fuente: Elaboración Propia

### MATRIZ DE ALIANZA ESTRATEGICA

ACTORES	SOCIAL	POLITICO	ECONOMICO	ORGANIZACIONAL
Personal de salud	+++	++	+	++++
Secretaria de salud	++++	-	-	++++
Municipio	-	++++	-	-
ONGs	-	-	-	-
Gerencia de la Red	-	+	-	++++

Fuente: Elaboración propia.

## **PERFIL DE LA CAPACITACION**

El plan de mejoramiento para la atención de los pacientes hipertensos, constituye un instrumento que determina las prioridades para mejorar los conocimientos sobre los buenos hábitos en la alimentación y los estilos de vida saludables.

La capacitación es un proceso educacional de carácter estratégico aplicado de manera organizada y sistemática, mediante el cual el personal de salud y los pacientes hipertensos adquieren o desarrollan conocimientos y habilidades específicas a la enfermedad y modifica sus actitudes frente a aspectos de la institución, el puesto de trabajo o el ambiente laboral.

Como componente del proceso de desarrollo de los recursos humanos, la capacitación implica por un lado, una sucesión definida de condiciones y etapas orientadas a lograr éxito en el tratamiento a realizar, mejorar su eficiencia, así como su progreso personal y laborar en el centro de salud Copacabana y por otro lado es un conjunto de métodos o técnicas y recursos para el desarrollo de los conocimientos de la pacientes con hipertensión arterial.

En tal sentido la capacitación constituye factor importante para que el desarrollo y compromiso que adquiere el personal de salud, así como los pacientes hipertensos a cumplir con lo aprendido.

## **PACIENTE HIPERTENSO**

El paciente Hipertenso, es un individuo que presenta una elevación de la tensión arterial de forma continua por encima de las cifras que por consenso se definen como normales, por lo que hipertensión es todo aumento desproporcionado de las cifras tensionales en relación con la edad del individuo: la presión sistólica por encima de 140 mmHg y la diastólica por encima de 90 mmHg.

## PERSONAL DE SALUD

Es un profesional en salud capacitada para atender problemas de las diferentes áreas de las ciencias de la salud. Se involucran en la atención primaria y la atención con especialidad. Por tanto es una persona que ha completado sus estudios profesionales en un campo de la salud.

## RECURSOS HUMANOS

Categoría profesional	Cantidad	Categoría profesional	Cantidad
Médicos	12	Bioquímicas	2
Licenciadas en enfermería	2	Ecografistas	2
Auxiliar de enfermería	4	Psicóloga	2
Odontólogos	3	Fonoaudiólogo	1
Medico tradicional	1	Recaudadoras	2
Trabajado social	1	Manuales	4

Fuente: Elaboración propia

## HABITOS EN LA ALIMENTACION

- ❖ Los hábitos en la alimentación son:
- ❖ Fijar horarios para tu comida
- ❖ Masticar despacio tus alimentos
- ❖ Consume frutas y verduras
- ❖ Consume lácteos con medida
- ❖ Consume pescado
- ❖ Consume carne con bajo aporte de grasa y nada de sal.

- ❖ Bebe mucha agua
- ❖ Decide con tiempo el control de tu peso

### **ESTILOS DE VIDA SALUDABLES**

Hacen referencia a un conjunto de comportamientos o actitudes cotidianas que realizan las personas, para mantener su cuerpo, y mente de una manera adecuada.

- ❖ Los estilos de vida están relacionados con los patrones de:
- ❖ Consumo del individuo en su alimentación
- ❖ Consumo de tabaco
- ❖ Actividad física
- ❖ Riesgos del ocio
- ❖ Consumo de alcohol
- ❖ Consumo de drogas
- ❖ Riesgo ocupacional