



Universidad
del Atlántico

CÓDIGO: FOR-DO-109

VERSIÓN: 0

FECHA: 03/06/2020

**AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA, LA
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DEL
TEXTO COMPLETO**

Puerto Colombia, **29 de abril de 2020**

Señores

DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECA

Universidad del Atlántico

Asunto: Autorización Trabajo de Grado

Cordial saludo,

Yo **TRINIDAD VALDÉS DE MORENO**, identificado(s) con **C.C. No. 32.219.737** de **IBAGUE (TOL.)**, autor(a) del trabajo de grado titulado **ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LA INTERVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN USUARIOS HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO, BARRANQUILLA 2017 2019** presentado y aprobado en el año **2020** como requisito para optar al título de **MAGÍSTER EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**; autorizo al Departamento de Biblioteca de la Universidad del Atlántico para que, con fines académicos, la producción académica, literaria, intelectual de la Universidad del Atlántico sea divulgada a nivel nacional e internacional a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios del Departamento de Biblioteca de la Universidad del Atlántico pueden consultar el contenido de este trabajo de grado en la página Web institucional, en el Repositorio Digital y en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad del Atlántico.
- Permitir consulta, reproducción y citación a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato CD-ROM o digital desde Internet, Intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer.

Esto de conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

Atentamente,

Firma

TRINIDAD VALDÉS DE MORENO

C.C. No. 32.219.737 de IBAGUE (TOL.)

DECLARACIÓN DE AUSENCIA DE PLAGIO EN TRABAJO ACADÉMICO PARA GRADO

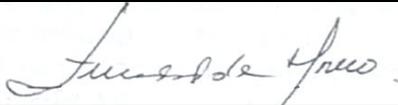
Este documento debe ser diligenciado de manera clara y completa, sin tachaduras o enmendaduras y las firmas consignadas deben corresponder al (los) autor (es) identificado en el mismo.

Puerto Colombia, **29 de abril de 2020**

Una vez obtenido el visto bueno del director del trabajo y los evaluadores, presento al **Departamento de Biblioteca** el resultado académico de mi formación profesional o posgradual. Asimismo, declaro y entiendo lo siguiente:

- El trabajo académico es original y se realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, en consecuencia, la obra es de mi exclusiva autoría y detento la titularidad sobre la misma.
- Asumo total responsabilidad por el contenido del trabajo académico.
- Eximo a la Universidad del Atlántico, quien actúa como un tercero de buena fe, contra cualquier daño o perjuicio originado en la reclamación de los derechos de este documento, por parte de terceros.
- Las fuentes citadas han sido debidamente referenciadas en el mismo.
- El (los) autor (es) declara (n) que conoce (n) lo consignado en el trabajo académico debido a que contribuyeron en su elaboración y aprobaron esta versión adjunta.

Título del trabajo académico:	ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LA INTERVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN USUARIOS HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO, BARRANQUILLA 2017 2019
Programa académico:	MAESTRIA EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Firma de Autor 1:							
Nombres y Apellidos:	TRINIDAD VALDÉS DE MORENO						
Documento de Identificación:	CC	X	CE		PA	Número:	32.219.737
Nacionalidad:					Lugar de residencia:		
Dirección de residencia:							
Teléfono:					Celular:		

FORMULARIO DESCRIPTIVO DEL TRABAJO DE GRADO

TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO DE GRADO	ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LA INTERVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN USUARIOS HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO, BARRANQUILLA 2017 2019
AUTOR(A) (ES)	TRINIDAD VALDÉS DE MORENO
DIRECTOR (A)	PH INES SOFIA MORALES SALCEDO
CO-DIRECTOR (A)	NO APLICA
JURADOS	YESY LORENA CORONELL GLORIA MARINA RONCALLO
TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE	MAGISTER EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
PROGRAMA	MAESTRÍA EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
PREGRADO / POSTGRADO	POSTGRADO
FACULTAD	NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SEDE INSTITUCIONAL	UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO
AÑO DE PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO	2020
NÚMERO DE PÁGINAS	190 PÁGINAS
TIPO DE ILUSTRACIONES	Ilustraciones, tablas, gráficos y fotografías
MATERIAL ANEXO (Vídeo, audio, multimedia o producción electrónica)	Guía ilustrada
PREMIO O RECONOMIENTO	NO APLICA



ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LA INTERVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN USUARIOS HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO, BARRANQUILLA 2017 2019

**TRINIDAD VALDÉS DE MORENO
TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO MAGISTER EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
FACULTAD DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO
PUERTO COLOMBIA
2020**



ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA LA INTERVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO EN USUARIOS HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO, BARRANQUILLA 2017 2019

**TRINIDAD VALDÉS DE MORENO
TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO MAGISTER EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL**

DIRECTORA: PHD INÉS SOFÍA MORALES SALCEDO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
FACULTAD DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO
PUERTO COLOMBIA
2020**

NOTA DE ACEPTACION

DIRECTOR(A)

JURADO(A)S

DEDICATORIA

A mi creador el DIOS de la vida, Omnipotente, Bondadoso y de Gran Poder, dedico este logro, con inmensa gratitud, fruto de grandes esfuerzos, paciencia, perseverancia, amor; Él es mi guía permanente por los caminos del bien, del conocimiento, de la humildad, del espíritu de superación personal y de servicio con calidad humana.

A Olivita (Q.E.P.), mi madre, quién durante su existencia me inculcó grandes valores como: espiritualidad, respeto, dignidad, honradez, sinceridad, perseverancia en el cumplimiento de los roles para llegar a las metas trazadas a lo largo de mi existir.

A mis hermanos y sus familias por su apoyo incondicional y sincero a lo largo del camino recorrido hasta ahora en la ruta de mi vida, y hoy, con este logro tan valioso en mi campo laboral, ético y del saber.

A mi esposo, mi ángel guardián, por ese acompañamiento incansable en el recorrer diario y por su tiempo durante el proceso de investigación, con su apoyo permanente, sincero e incondicional.

A mis hijos y sus familias, les agradezco su comprensión porque me animaron a perseverar este proyecto de vida que me propuse a pesar de las controversias; a Leonardo, mi hijo menor, por su valioso aporte en el proceso estadístico de la información recolectada y los resultados de la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A Dios y su Corte Celestial que siempre me han dado la oportunidad de superarme llenándome de fortaleza, sabiduría e hidalguía, frente a las adversidades de la vida. Por ellos, asumí este reto con entusiasmo y optimismo en el campo de la salud como profesional de la Nutrición y Dietética.

A la Directora de la Tesis Dra. Inés Morales por su contribución, orientación y exigencia durante su asesoría; a Aleyda Parra, Directora de la Maestría en Seguridad Alimentaria y Nutricional, por su gestión, y aporte académico en uno de los componentes temáticos; a los demás docentes por los interesantes temas abordados durante el período académico como la Dra. Esperanza Flórez, Decana la Facultad de Nutrición y Dietética de la Universidad del Atlántico, entre otros.

Al Doctor Gabriel Rivera, Director de la Unidad de salud por su respaldo durante el trabajo de campo; a los Usuarios y Directivos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico quienes apoyaron mi desempeño en todo momento para hacer realidad este sueño y en especial a quienes participaron de manera voluntaria para hacer parte de la muestra de mi investigación.

A Luis Arrieta, estudiante de Nutrición y dietética de la Universidad Metropolitana, quien me colaboró en parte de las encuestas, la toma de medidas antropométricas y de la presión arterial.

A la Doctora Roxana Pérez y demás compañeros de trabajo del Hospital Niño Jesús de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico y de la Universidad Metropolitana quienes con su voz de aliento, consejos y comprensión me motivaron a la materialización del proyecto.

CONTENIDO

RESUMEN.....	8
1. INTRODUCCIÓN	10
2. ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	12
3. JUSTIFICACIÓN	17
4. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	20
4.1 RECURSOS HUMANOS	21
4.2 RECURSOS MATERIALES.....	21
4.3 RECURSOS FINANCIERO	22
5. MARCOTEÓRICO	23
5.1 ANTECEDENTES	23
5.1.1 FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	30
5.1.2 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES.....	31
5.2 ASPECTOS CONCEPTUALES.....	32
5.2.1 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN SEGÚN VALOR PRESIÓN ARTERIAL	35
5.2.2 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN SEGÚN LA ETIOLOGÍA.....	37
6. OBJETIVOS	39
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	39
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	39
7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	40
7.1 ENFOQUE.....	40
7.2 TIPO DE ESTUDIO Y ALCANCE DEL ESTUDIO	40
7.3 MATERIALES, POBLACIÓN Y MUESTRA	40

7.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	42
7.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y/O PROCEDIMIENTOS.....	42
7.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	43
7.7 ANÁLISIS DE RESULTADOS	49
8. DISCUSION	132
9. CONCLUSIONES.....	139
10. RECOMENDACIONES.....	141
11. BIBLIOGRAFÍA.....	143
12. APÉNDICES.....	151
12.1 APÉNDICE 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO	152
12.2 APÉNDICE 2. ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, FORMATO DE HISTORIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN PACIENTES HIPERTENSOS	154
12.3 APÉNDICE 3 FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN PARA EVALUACION NUTRICIONAL DEL ADULTO Y DEL ADULTO MAYOR.....	160
12.4 APÉNDICE 4 FORMATO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE MEDIDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL.....	161
12.5 ANEXO 1 OFICIO REMISORIO DE LA INVESTIGACIÓN A LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVESIDAD DEL ATLÁNTICO.....	162
12.6 APÉNDICE 5. GUÍA ADAPTADA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL PARA COLOMBIA.....	163

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares han sido determinadas como la primera causa de muerte en el mundo. Por ésta razón, un análisis epidemiológico de la situación ha permitido conocer la existencia de factores de riesgo que inciden en el padecimiento de accidente cerebro vascular, enfermedad coronaria o insuficiencia cardiaca. En consecuencia, la hipertensión arterial es reconocida como principal factor de riesgo directo en el desarrollo de este tipo de patologías y uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial.

El objetivo de la presente investigación es intervenir los factores de riesgo alimentarios y nutricionales asociados a hipertensión arterial. Gracias a la muestra de 85 personas de ambos sexos, mayores de 55 y menores de 80 años de edad y usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico, en la cual se identificaron características socio demográficas, presión arterial, estado nutricional, consumo de tabaco, alcohol, sal en los alimentos y actividad física.

Según los resultados arrojados en la presente investigación se plantea la intervención de los factores citados mediante el diseño de una guía adaptada de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia, la cual facilita al usuario la toma de decisiones para el cambio de hábitos alimentarios, el fortalecimiento de prácticas de vida saludable direccionados hacia la actividad física, manejo del estrés y descanso adecuado en el diverso entorno cotidiano de los usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico.

Palabras clave: Hipertensión, enfermedad coronaria, tabaco, alcohol, estilos de vida saludable.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases have been determined as the leading cause of death in the world. For this reason, an epidemiological analysis of this situation has revealed the existence of risk factors, which may cause a stroke, coronary heart disease or heart failure. Consequently, the arterial hypertension is recognized as the main direct risk factor in the development of this type of pathologies and one of the biggest public health problems worldwide.

The objective of this research is to intervene the food and nutritional risk factors associated with arterial hypertension. Thanks to the sample of 85 people of both sexes, aged 55-80 and users of the Health Unit of the Universidad Del Atlántico, some social-demographic characteristics and others such as blood pressure, nutritional status, tobacco, alcohol and salt consumption, and physical activity were identified.

According to the results of this current investigation, the intervention of the previously mentioned factors, a design of a guide taken and adapted from the Information Strategy, Education and Communication in Food and Nutrition Safety for Colombia, is proposed, which will help users to make decisions in order to change eating habits, strengthen healthy living practices focused on their physical activity, stress management and appropriate ways of resting in the diverse daily routine of hypertensive subjects who use the Health Unit of the Universidad del Atlántico.

Keywords: Hypertension, coronary heart disease, tobacco, alcohol, healthy lifestyles.

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente la mayor causa de muertes a nivel mundial se le atribuye a las enfermedades cardiovasculares (ECV), siendo éstas las responsables por más de 17 millones de muertes en el 2008, tres millones sucedieron antes de los 60 años de edad la mayoría pudieron haber sido evitadas. La Organización Mundial de la Salud OMS presenta un estimativo para el 2030 de más o menos 23,6 millones de individuos que pueden fallecer por enfermedades cardiovasculares.

La hipertensión arterial sistémica (HAS) además de considerarse como una enfermedad, también se relaciona como un factor de riesgo importante, siendo esta condición patológica un gran reto para la salud pública, debido a que las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte a nivel mundial.

Es así como la Organización Panamericana de la Salud OPS y la OMS plantean el desarrollo de estrategias e instrumentos, con el fin de desarrollar actividades de detección precoz, control permanente y ampliación del conocimiento de la población de esta patología, factores de riesgo así como las implicaciones que su control y prevención representan para la salud pública.

Como es de conocimiento la obesidad y el aumento de peso son importantes e independientes factores de riesgo para padecer de hipertensión; en la población se observa que la hipertensión arterial HTA aumenta con el consumo excesivo de sal, baja ingesta de potasio y calcio en los alimentos, el consumo de alcohol, tabaco, poco control de los estados anímicos causantes del estrés, malos hábitos alimentarios, estilos de vida no saludables y la falta de actividad física también contribuyen a padecer de Hipertensión Arterial.

Con relación a las complicaciones, la hipertensión se asocia al infarto de miocardio, enfermedades cerebrovasculares, enfermedad renal crónica vasculopatías periféricas. La Hipertensión arterial es llamada asesina silenciosa, debido a que muchas personas hipertensas no presentan ningún tipo de síntomas lo cual dificulta establecer el diagnóstico oportuno, dado que muchas veces el diagnóstico se da por algún tipo de complicación.

En la búsqueda del control de la problemática planteada el Ministerio de Salud y Protección Social MSPS, y la Organización de las Naciones Unidas Para la alimentación y la Agricultura FAO (2016) crean la “Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia”, con el fin de dar respuesta a directrices internacionales y nacionales en términos de salud, nutrición y alimentación para mejorar la calidad de vida de las personas, contribuyendo así a la reducción de los factores de riesgo, enfermedades y muertes relacionadas con la alimentación y la nutrición, a través de la articulación en los diferentes entornos donde desarrollan la vida cotidiana los colombianos.

El presente trabajo buscó evidenciar los factores de riesgo en usuarios Hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico, para intervenirlos a través del diseño de una guía adaptada de la “Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia”, en los entornos donde están diariamente los usuarios, con el fin de modificar comportamientos como: estilos de vida, hábitos alimentarios, y la educación nutricional en todas sus dimensiones de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, lo cual implica reconocer que un cambio de actitud conlleva a incluir los factores de riesgo modificables que influyen en las decisiones de las personas en el día a día (FAO, MINSALUD, 2016)

2. ANTECEDENTES Y PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La Hipertensión Arterial - HTA es el factor de riesgo que produce la mayor morbimortalidad en el adulto joven y el adulto mayor; es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidentes cerebro vasculares (OMS, 2013). Constituyéndose en un problema de salud pública debido a su alta prevalencia, la HTA es conocida como el “asesino silencioso” debido a que las personas hipertensas pueden permanecer por largo tiempo asintomáticos generando posteriormente graves complicaciones, entre las cuales están las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales causadas por la elevación crónica de los niveles de la presión arterial (Manzon, 2009).

Es importante recordar que según lo expuesto por (Chávez, 2000)

La hipertensión arterial bien sea de origen primario, esencial o desconocida “se relaciona con factores aterógenos como la obesidad, diabetes mellitus e hiperlipidemia, con el agravante de que por falta de tratamiento puede reducir la vida de un individuo en 10 o 20 años, aproximadamente, razón por la cual, es considerada como problema de salud pública actualmente (p.345).

El cambio de los hábitos alimentarios y la modificación de los estilos de vida son factores determinantes importantes para prevenir, tratar y controlar la HTA, intervención que incide como terapia definitiva de complementación a nivel personal, y poblacional que favorece y potencializa la eficacia del tratamiento farmacológico.

Dentro de los objetivos de la Organización Mundial de la Salud– OMS se encuentra el ajuste de los programas de control de la hipertensión, con políticas que favorezcan la

prevención de Enfermedades crónicas no transmisibles y de proyectos que contribuyan al entrenamiento y capacitación actualizada del personal de salud en atención primaria (OMS, 2016).

En América Latina y el Caribe entre el 20% y 35% de la población adulta es hipertensa, el número de personas con esta patología aumenta cada año, población que en gran parte desconoce su condición patológica. Estudio realizado por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud OPS (2017), en cuatro países de Sudamérica (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), muestra que solo el 57.1% de la población adulta hipertensa sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control de atención en salud; sólo 18.8% de los hipertensos adultos en estos cuatro países tiene la presión arterial controlada.

La hipertensión arterial es una enfermedad incurable que se puede prevenir y tratar con el mantenimiento de cifras de presión arterial por debajo de 140/90 mm Hg. El adecuado control es una medida costo-efectiva que evita muertes prematuras, si se logra tratar a la mitad de la población con hipertensión no controlada, incluyendo aquellos tratados con valores de presión arterial sub-óptimos y aquellos no tratados, en 10 años se podrían prevenir 10 millones de muertes en el mundo debidas a eventos cardiovasculares.

La HTA es una enfermedad muy frecuente presente en un tercio del total de las poblaciones del mundo (SAHA, 2016). La HTA tiene más prevalencia en América Latina y el Caribe, menos en los países desarrollados, como en la población de la China, que, sin embargo, tienen una mayor prevalencia de HTA que otros países asiáticos. La HTA es uno de los factores de riesgo modificables, asociada como la principal causa de accidentes cerebro vasculares, infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, enfermedad renal, insuficiencia vascular periférica (Chan, 2013).

El estudio realizado en Lima en la sala de observación con diferentes grupos etarios, conceptúa que “la hipertensión se incrementa con la edad y llega al máximo entre las edades de 51-64 años (50.7%). El 52.5% de hipertensos fuman y el 39.8% de éstos son obesos. El 39.8% de éstos obesos presentan una circunferencia abdominal mayor de 102 cm. Hombres y el 69% de mujeres hipertensas tiene una circunferencia abdominal mayor de 88 cm. El 18.1% sufren de depresión y de éstos el 8.1% presentan depresión leve” (Aguilar, 2013).

La OMS (2010) reconoce a la hipertensión arterial como uno de los mayores problemas de Salud Pública Mundial, y responsable del 18% de las muertes por cualquier causa en el año 2010.

En el grupo de enfermedades cardiovasculares, según ficha técnica del documento del día mundial de la salud “la hipertensión es el principal factor de riesgo de muerte y enfermedad de todo el mundo, de manera particular, es causa de infarto del miocardio, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, ceguera, vasculopatía periférica e insuficiencia cardiaca, riesgo que se incrementa con la presencia de patologías asociadas en especial con la diabetes mellitus (MINSALUD, 2017).

El logro de un buen control de la presión arterial (menos de 140/90 mm Hg) en 70% de los pacientes es posible, si hay un acceso oportuno a la consulta médica y el cumplimiento de las recomendaciones no farmacológicas y farmacológicas por parte del paciente (Villamil, 2014).

En Colombia cifras nacionales de interés en salud sobre la HTA revelan que un 49% de los ataques cardiacos y un 62% de los trastornos cerebrovasculares se presentan en personas hipertensas. Es así como estadísticamente, se confirma que es la causa más frecuente de consulta general, con mayor incidencia en personas adultas mayores. El

Comité Nacional Conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión arterial (2003) afirma: “la mitad de la población HTA está entre 60 y 69 años de edad, y las tres cuartas partes son personas mayores de 60 años” Por esta razón va en aumento la atención en pacientes de la tercera edad en consulta externa por ésta patología, condición clínica que debe ser asumida como atención prioritaria por grupo interdisciplinario en las Instituciones de salud, (médicos, nutricionista, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros).

Cambio de hábitos alimentarios y la modificación de los estilos de vida poco saludables, juegan un papel importante en el control y tratamiento de la HTA, asumiéndose como una terapia determinante para algunas personas; en cambio, para otras puede ser acogido como un procedimiento complementario que no alcanza a corregir por completo los síntomas de la HTA, pero si contribuye de manera positiva en el manejo farmacológico (MINSALUD, 2017).

Estudio realizado en el Municipio de Santo Tomás - Atlántico, cuya población de 16.631 personas mayores de 18 años, permitió una muestra poblacional de 242 personas ampliada a 255 previendo la pérdida de tamaño muestral por fallecimiento de participantes, de embarazo, cambio de residencia o que, por cualquier otra causa no fuesen localizadas o que al final decidieran no participar en el estudio reportó que la HTA es la novena causa de morbilidad en la población de 15 a 44 años de edad y una de las primeras causas en mayores de 45 años; que las enfermedades cardiovasculares se constituyen en la primera causa de morbimortalidad del 51% en personas de ambos sexos en esta población (Donado-Badillo, 2010).

La identificación de los factores de riesgo asociados a la HTA, conlleva a la disminución de su incidencia y de las complicaciones inherentes a la enfermedad mal tratada; planteando la necesidad de toma de medidas orientadas hacia un manejo racional e

integral de esta patología en usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico. Por lo anterior, se formula la siguiente pregunta problema:

¿Cuál es la estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional que permite la intervención de los Factores de Riesgo presentes en usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico?

3. JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud OMS adoptó la *Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud* cuyos objetivos se orientan a: reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas, incrementar la conciencia y los conocimientos acerca de la dieta saludable, de la actividad física, fortalecer las políticas y planes de acción mundial, nacional y regional, para mejorar la alimentación (OMS, 2004). Debido a lo anterior, la alimentación saludable se constituye en un concepto primordial en la elaboración de estrategias de intervención de los factores principales para la promoción y el mantenimiento de la salud, reduce la morbilidad y la carga económica en la atención de los hipertensos en las Instituciones de Salud, a nivel mundial (MINSALUD, 2017).

La importancia de esta investigación en la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico, se justifica por la presencia de signos, síntomas y hallazgos clínicos característicos de enfermedades asociadas o de efectos secundarios a la Hipertensión Arterial en sus usuarios.

Por otro lado, cabe anotar que en la Institución no se han realizado estudios de éste tipo, con los cuales se puedan evidenciar los factores de riesgo alimentario y nutricional u otros asociados a la Hipertensión Arterial en esta población. Consideraciones invocadas en el Plan Decenal de Salud Pública - PDSP 2012-2021 de Colombia, expresión concreta de una Política Pública de Estado que apuesta por la equidad en salud, haciendo un análisis crítico de la situación actual del panorama de la salud, Seguridad alimentaria y Nutricional, garantizando así el bienestar integral y la calidad de vida, situación nutricional de la población vulnerable entre los cuales se encuentran: los niños, las mujeres gestantes, las madres lactantes, adultos mayores, desplazados y grupos étnicos (Conpes Social 113, 2008).

La Constitución Política de Colombia, el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, la Resolución 1438 de 2011, la Reforma del sistema General de Seguridad Social en Salud. SGSSS, la Política de Atención Integral en Salud - PAIS, el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, las Rutas Integrales de Atención en Salud – RÍAS, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019, la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia soportan este Trabajo de Grado. Además, dentro de las líneas de acción se encuentra la ampliación de la cobertura y calidad de los servicios de promoción y prevención y atención en salud, especialmente con lo que respecta al consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos, contemplado este eje como tal, en la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, desde la dimensión de la calidad de vida y fines del bienestar que se refiere a la capacidad de la personas de transformar los alimentos en nutrientes, para luego asimilarlos por el organismo (PNSAN 2012-2019).

Desde esta perspectiva, la necesidad de la implementación de acciones institucionales que garanticen en los entornos del hogar, laboral y sector de influencia el derecho a una alimentación sana con el propósito de responder a las directrices nacionales en términos de salud, nutrición y alimentación en este tipo de población, el diseño de una guía adaptada de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación – IEC para los Usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico y para los nutricionistas dietistas que atiendan esta población de riesgo, se constituye en una herramienta de educación y control de enfermedades crónicas no transmisibles, recurso didáctico y pedagógico que la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – FAO, apoya en los países donde tiene presencia institucional.

Esta investigación es de gran importancia en el día a día de los usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico y para el sector salud del Departamento. Los resultados de esta investigación, pueden ser referentes para posteriores trabajos, debido

a que no existe en esta Institución ningún tipo de estudio de esta índole con la cual se pueda comparar información de trabajos anteriores.

4. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

La propuesta de Trabajo de Grado: Diseñar una guía adaptada de la “Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia” en la Intervención de Factores de Riesgo en usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico Barranquilla 2017-2019 para optar el título de Magister en Seguridad Alimentaria y Nutricional es viable por ser la HTA un problema de Salud Pública en Colombia, de Seguridad Alimentaria y Nutricional una vez que se encuentran directamente relacionadas con el comportamiento, prevención, manejo y control de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles relacionadas con los ejes de la Seguridad alimentaria y Nutricional: disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad de los alimentos. De acuerdo a lo anterior, la viabilidad se expresa desde recursos humanos, apoyo de la Institución al planteársele la realización de la investigación por parte de la Dirección, y lo más importante, el apoyo de los usuarios en general afiliados a la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico.

4.1 RECURSOS HUMANOS

Un estudiante de Nutrición en prácticas, una auxiliar de enfermería, un médico, la Directora del trabajo de grado y la Maestrante.

4.2 RECURSOS MATERIALES

Para la presente investigación se utilizaron:

- ✓ Instrumentos de información: Formato de Historia Alimentaria y Nutricional ajustada con los datos requeridos en la investigación, consentimiento informado, planilla para registrar la información antropométrica de la población objeto de estudio, planilla para el registro de los valores en la toma de la presión arterial.
- ✓ Útiles: saca grapas, engrapadora, grapas, borradores, lápices, lapiceros, hojas de papel bond.
- ✓ Equipos: 2 Computadores, 1 impresoras. 1 Video-Beam.
- ✓ Instrumentos de medición: Tensiómetro, fonendoscopio, balanza con tallímetro incorporado debidamente calibrada, cintas métricas.
- ✓ Instalaciones Físicas: Consultorio debidamente adecuado en la sede principal de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico ubicado en la kra.59 #70-52 de la Ciudad de Barranquilla Atlántico.

4.3 RECURSOS FINANCIERO

Para realizar la presente investigación se contó con recursos económicos autofinanciados.

5. MARCOTEÓRICO

5.1 ANTECEDENTES

La hipertensión arterial es considerada como una patología cosmopolita, presente en todo el mundo, como la enfermedad de mayor frecuencia mundial, se asocia a factores genéticos, étnicos, socio ambientales y económicos, su prevalencia aumenta cada día, según factores modificables como los malos hábitos alimentarios, estilos de vida no saludables, obesidad, diabetes, hábitos tóxicos y el sedentarismo. Kearney y colaboradores estimaron que: "La hipertensión arterial (HTA) es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en el mundo, es así como se estima que afecta a 77.9 millones de americanos mayores de 20 años, de los cuales 78% eran conscientes de su diagnóstico, 68% usaron medicación antihipertensiva, pero tan sólo el 64% de los pacientes tratados estaban controlados"

A pesar de las diferentes estrategias en el tratamiento, utilizando combinación de fármacos y adherencia a los cambios en el estilo de vida se requiere de nuevas medidas terapéuticas con las cuales se logre llegar a los objetivos propuestos en el actual manejo de la persona hipertensa. De esta manera la atención de consultas especializadas en hipertensión arterial, debe emplear caminos validados, en los cuales se logre la detección de estrategias oportunas con las que se logre el control de aquellas personas hipertensas, convirtiéndose de tal manera, en una estrategia importante de salud pública. Muñoz, Arévalo (2014).

El estudio de Framingham como señalan Dawber, Meadors y Moore (1951) se inclinó por un abordaje epidemiológico que explora "ciertas relaciones entre la salud y la enfermedad las cuales no se pueden observar directamente con la tecnología actual". En términos

más amplios, el objetivo del estudio fue determinar la historia natural de la enfermedad, explorar su comportamiento e identificar factores que lo expliquen y que se relacionen con su desarrollo”.

El Framingham Heart Study es un estudio pionero en la investigación de las enfermedades crónicas no infecciosas, por los métodos estadísticos y de análisis e interpretación de datos utilizados, que han tenido una gran publicación en este campo.

En la génesis de la propuesta no se puede señalar a un único protagonista ni una idea rectora, relacionada con una secuencia de pensamientos de acuerdo con uno de los padres Thomas Dawber(1951) que dice “Aunque las enfermedades degenerativas no se pueden evitar, al final son las que matan, cuando no hay infecciones se pueden retardar mediante medidas preventivas, para hacerlo es menester conocer las características de la interacción huésped-medio que conduce a determinar la historia natural de la enfermedad, conocer su comportamiento e identificar los factores de riesgo asociados”.

Uno de los mitos que el estudio Framingham descubrió fué que la hipertensión diastólica era más peligrosa que la sistólica en lo relacionado al riesgo cardiovascular, entre tanto, la hipertensión sistólica tiene una relación más fuerte con enfermedad coronaria.

Para controlar la hipertensión arterial debe iniciarse con la detección de la enfermedad y hacer un seguimiento continuo, por tal razón, en cada visita de este tipo de pacientes el profesional de la salud debe hacer toma de la presión arterial con el fin de evaluar la intervención que se esté haciendo al manejo de la patología. Los aspectos epidemiológicos, analizan la prevalencia, la asociación con otras enfermedades, el tipo de complicaciones que puedan generarse en los pacientes hipertensos, desde resultados de estudios metodológicamente diseñados que se puedan aplicar tratamientos de enfoque racional de la cantidad de medicamentos disponibles desde lo terapéutico y de

interés para los y las Nutricionistas dietistas seleccionando de esta manera la mejor intervención no farmacológica.

La Hipertensión Arterial (HTA) se ha convertido en uno de los problemas médico-asistenciales de mayor presencia en la rama de la medicina actual de los países desarrollados y en los países en vía de desarrollo como Cuba, para controlarla se ha convertido en la piedra angular, en la cual hay que disminuir de manera importante la morbimortalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebrovasculares, oculares, renales entre otras. Por tal razón, es irrazonable que exista un país civilizado que no disponga de programas nacionales, en los cuales se haga seguimiento y control a este tipo de enfermedades, que disminuye la actividad vital del ser humano en su etapa productiva y no productiva (Sellen,2008).

En España la hipertensión esta menos descrita y se cuenta con menos estudios de seguimiento. Una encuesta realizada en Islas Canarias se encontró que la prevalencia de Síndrome Metabólico - SM era del 24% y que el criterio de Presión Arterial $\geq 130/85$ mm Hg estaba presente en el 48.9% de los encuestados.

Con relación a la predisposición genética a la hipertensión arterial, está indicada por la historia familiar la cual predice de forma significativa la afectación futura por ésta enfermedad en los miembros de una familia. La predicción a la cual se hace referencia depende de la definición de historia familiar positiva, del sexo y de la edad de la persona en riesgo, es mucho más fuerte cuanto más familiares de primer grado la presenten, que la hayan adquirido a temprana edad, cuanto más joven sea la persona en riesgo, para la misma condición y edad, siempre el riesgo será mayor en las mujeres. El papel de la genética de la HTA en estudios de familias indican que menos de la mitad de las variaciones de la presión arterial en la población general son explicadas por factores genéticos (Bellido et al., 2003)

En la teoría genética sobre la hipertensión arterial, Sellén C. (2009) dice que” el principio básico es una alteración del ADN, lo cual implica que en distintas moléculas se producen anomalías y por tanto su función se modifica. Hay estudios poblacionales que demuestran que en familias con HTA primaria la incidencia de la enfermedad es de 30 a 60% mayor en comparación con la descendencia de normotensos. En ésta teoría se hace alusión además, que, la predisposición genética está latente, y que debe existir un estímulo que dispare la replicación del ADN, entre los cuales están: la ingestión excesiva de sal y el estrés emocional”

La Tercera Encuesta Nacional de Salud Americana - NHANES III demostró la elevada prevalencia del SM en una muestra no seleccionada de población. Concretamente el 24% de los sujetos encuestados presentaba al menos tres criterios diagnósticos de SM, lo que supondría más de 40 millones de estadounidenses si extrapolamos los datos al censo del año 2000. El concepto de HTA estaba presente en el 34% del total de los encuestados y era el tercero más prevalente después de la obesidad abdominal (38,6%) y el HDL bajo (37.1%), pero en los varones y los afroamericanos era el componente más frecuente. En los siguientes análisis de cohortes tan importantes como las de los estudios Framingham, Woscops Womens Health Study se han encontrado resultados superponibles. Además todos coinciden en que más del 75% de los sujetos diagnosticados con Síndrome Metabólico también son hipertensos (Cordero et al., 2005).

Los estudios de Toronto, publicados en 2008, estiman “que en el año 2025 la prevalencia se incrementará en un 24% en los países desarrollados y en un 80% en los países en vía de desarrollo aún con incremento inusual y sin precedentes de factores de riesgo como la obesidad, estilos de vida, el sedentarismo” incluyendo los malos hábitos alimentarios.

Los factores etiológicos de la hipertensión arterial esencial son: la obesidad, resistencia a la insulina, ingesta elevada de alcohol, consumo excesivo de sal, edad y sexo,

tabaquismo, sedentarismo, estrés. Ingesta baja de potasio, ingesta baja de calcio y fibra (Gamboa, 2006).

Existe una posibilidad de que las hormonas gastrointestinales regulen la presión arterial, regulación que se perdería en la hipertensión esencial, entonces podría existir una cierta asociación entre las patologías funcionales digestivas con la hipertensión (Gamboa, 2006).

La mayor parte de los hipertensos presentan alteraciones del metabolismo, niveles altos de glucosa, hiperinsulinemia, según Cordero et al. (2005) conceptúa que “La hipertensión es una manifestación más de la resistencia a la insulina, sobre la base de 3 observaciones: Primera: Que las alteraciones metabólicas no aparecen en las formas de hipertensión secundarias. Segunda: Que las alteraciones no mejoran cuando se controlan las cifras de presión arterial; Tercera pueden empeorar con algunos tratamientos anti hipertensivos”

El perímetro abdominal es otro de los criterios del síndrome metabólico, es el mejor estimador de la grasa abdominal y es un predictor veraz de riesgo de enfermedad cardiovascular. Hay un cuestionamiento relacionado con que la resistencia sea la base fundamental en el síndrome metabólico, es decir la resistencia insulínica y la obesidad activan de forma independiente múltiples mecanismos de la hipertensión, así que el síndrome metabólico es más prevalente en pacientes hipertensos, eso sí teniendo claro que la presencia de ambos potencia la presencia de éste (Cordero et al., 2005).

La HTA se considera una condición clínica presente en todo el mundo, está asociada a factores genéticos, étnicos, socio ambiental y económico, su prevalencia aumenta cada día, por la persistencia de factores de riesgo modificables como malos hábitos

alimentarios y estilos de vida obesidad, diabetes, y el sedentarismo. Kearney y colaboradores estimaron que: “La prevalencia de HTA en el año 2000 fue del 26% de la población adulta del Mundo” Según la OMS “La HTA constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo en los hombres en el mundo occidental” (OMS, 2014).

La mayor parte de las Investigaciones internacionales y nacionales asocian la PA \geq 130/85 mm Hg, diagnosticadas como hipertensión arterial que muestran una elevada prevalencia del síndrome metabólico. Un estudio de seguimiento a largo plazo de pacientes diagnosticados como hipertensos, el síndrome metabólico aumentó el riesgo de complicaciones cardiacas y cerebrovasculares en un 40%, respecto a los que no tenían síndrome metabólico. El riesgo de complicaciones cardiovasculares que genera el SM en esta cohorte de hipertensos es similar a la hipercolesterolemia, el tabaquismo o la hipertensión ventricular izquierda (Cordero et al., 2005).

En España la hipertensión esta menos descrita y se cuenta con menos estudios de seguimiento. Una encuesta realizada en Islas Canarias se encontró que la prevalencia de SM era del 24% y que el criterio de PA \geq 130/85 mm Hg estaba presente en el 48.9% de los encuestados (Cordero, et al., 2005).

En Colombia según publicación de la Revista Colombiana de Cardiología realizada en 2006, las enfermedades cardiovasculares se consolidaron como las principales causas de enfermedad y de muerte no violenta en Colombia, más aún, en mayores de 45 años, con una carga de enfermedad de 20,5 años de vida saludables perdidos (AVISAS) por cada 1000 durante el periodo 1985-1995.

Según la ficha técnica del día internacional de la hipertensión, 2017 “La hipertensión es el desorden cardiovascular más frecuente en el mundo con una prevalencia que oscila

entre el 13% y el 23% por la alta frecuencia en la población adulta la hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante en el desarrollo de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, enfermedad cerebro vascular y renal, por lo cual es el evento asociado de una alta morbilidad, letalidad y discapacidad produciendo una pérdida del 12.6% de años de vida saludables entre 1998 y el 2005 en este país”

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social como pionero estratégico de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en el país, con el apoyo de la FAO, dentro del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 establece que “Una ruta para la acción en el mediano y largo plazo se incluye como dimensión prioritaria a la Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), Esta dimensión busca la implementación de acciones que garanticen el derecho a una alimentación sana con equidad en las diferentes etapas de la vida, a través de la reducción de malnutrición, el control de los diferentes tipos de riesgos en los alimentos y la gestión transectorial” (MSPS-FAO,2016). La Estrategia de Información, Educación y Comunicación –IEC- en Seguridad Alimentaria y Nutricional es:

“Un conjunto de acciones que promueven, entre el público objetivo de un proyecto, los estilos de vida y hábitos alimentarios saludables, y la educación nutricional en todas las dimensiones de la SAN: disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad. La Estrategia de IEC en Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) busca modificar comportamientos para lo cual requiere de la participación activa del grupo objetivo, quienes deben concientizarse que un cambio de actitud que implica incluir factores internos y externos que influyen en la toma de decisiones de las personas en el día a día...” (MSPS-FAO, 2016).

En la Estrategia IEC en SAN las herramientas pedagógicas tratan de los procedimientos, formas y productos que conllevan a cambio de actitudes y originan reflexiones y transformaciones de los hábitos y prácticas no saludables en grupos interactivos o audiencia priorizados. Todas las herramientas cumplen las funciones de informar, educar y comunicar.

Los mensajes se asocian a las palabras, imágenes, emociones, sentimientos, creencias y las actitudes del grupo interactivo que corresponde a la audiencia o población objetivo.

Al definir el grupo interactivo en cada entorno, es importante conocer el perfil detallado de los integrantes en aspectos: educativos, género, creencias religiosas, nivel socio-económico, territorio que habitan, medios de comunicación que emplean, sus visibles valiosas influencias informativas, culturas, políticas, sociales, entre otros.

Los programas de implementación presentan la estructura de una Estrategia IEC en SAN: parte de un diagnóstico, la definición de la audiencia con las que se va a trabajar y una intervención por cada entorno: Hogar, laboral, sector de influencia, y las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). (MSPS-FAO, 2016)

5.1.1 FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES

- ✓ Edad: mayores de 65 años tienen un mayor riesgo de presentar HTA. Con el aumento de la edad se aumenta el riesgo, la PA sistólica es el primer responsable del aumento de la incidencia y prevalencia de la HTA (Sínca, Cabarcos Ortiz, Nieto Pol y Torres 2006).
- ✓ Sexo: La HTA y el ACV, son más frecuentes en mujeres postmenopáusicas.
- ✓ Origen Étnico: La HTA se presenta más frecuentemente en personas de raza negra con mayor grado de severidad.

- ✓ Herencia: La presencia de HTA. Hasta el 2 grado de consanguinidad (padres, hermanos y abuelos) antes de la 6 década, influyen de manera importante en el desarrollo de la HTA.

5.1.2 FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES

- ✓ Tabaquismo. El tabaco es el responsable de más o menos 3.000.000 de muertes anuales en el mundo. Es el responsable del 25% de las enfermedades crónicas; el riesgo de los fumadores de desarrollar HTA es el doble, la nicotina disminuye el calibre de los vasos sanguíneos y aumenta la PA (OMS, 2010).
- ✓ El Alcohol: El consumo diario de alcohol aumenta los niveles de la PA tanto de la presión arterial sistólica como la diastólica, aumenta la prevalencia del 5% de desarrollar HTA. Afectando más a los hombres que a la mujeres.
- ✓ Sedentarismo: El sedentarismo aumenta la masa grasa, aumenta los niveles de colesterol. El sedentarismo aumenta de un 20 a 50% el riesgo desarrollar HTA según la OMS en su estrategia salud para todos en el año 2010 define como: "Sedentario quienes no hagan ejercicio regular por lo menos 30 minutos 3 o más veces a la semana" (OMS, 2010).
- ✓ Nutricionales: El elevado consumo de sodio, el bajo consumo de potasio, poca fibra y calcio, excesivas calorías en la alimentación, consumo de grasas saturadas de origen animal (Framingham, 1948).
- ✓ Psicológicos y sociales: El estrés es un factor de riesgo importante para la HTA se relaciona con patrones de comportamiento.

- ✓ Obesidad y sobrepeso: Trastornos de tipo metabólico y nutricional asociado con riesgo de HTA es seis veces mayor a los normo tensos; El IMC se establece utilizando el Índice de Quetelet.

Se utilizan los criterios de Garrow para categorizar a las personas según su IMC el perímetro abdominal >90 en hombres y >80 en mujeres se asocia con mayor riesgo de HTA y dislipidemias relacionados directamente con el famoso síndrome metabólico (Rosales, 2012).

5.2 ASPECTOS CONCEPTUALES

Datos generados por la OMS, las enfermedades cardiovasculares entre las cuales se encuentra la hipertensión arterial (HTA), deben ser consideradas como un problema de salud prioritaria en las Américas, con graves repercusiones tanto sociales como económicas. El caso más evidente es cuando se considera un número apreciable de pacientes que solicita la atención médica por HTA o han sido detectados en la Institución de Salud, muchas veces presentan serias complicaciones y algunos daños en los órganos vitales, lo que explica muchas veces la ausencia de síntomas en la fase inicial, situación que debe tenerse en cuenta la magnitud y las consecuencias de la enfermedad.

Según Blanco (1997), la hipertensión se define como “elevación anormal de la presión sistólica en forma crónica, sostenida y permanente, cuyas consecuencias, inicialmente funcionales, son una mayor prevalencia de morbilidad y mortalidad en la población hipertensa por enfermedades cardiovasculares” (p.64).

En tal sentido, Piña y Castillo (1995), indican que en la actualidad la hipertensión se clasifica de acuerdo a sus causas primarias o según la gravedad, siendo el segundo el criterio más utilizado. Según estos autores:

La hipertensión arterial es leve cuando la presión diastólica se encuentra entre los 90 y 104 mm Hg; es moderada cuando la presión diastólica se encuentra entre 104 y 115 mm Hg y es grave cuando supera los 115 mm Hg Finalmente es destacable que según la OMS la presión arterial de un adulto puede considerarse normal cuando la presión sistólica es igual o menor a 140 mm Hg y la diastólica igual o inferior a 90 mm Hg (p.157).

Es importante tener en cuenta que de acuerdo a lo expresado por Chávez (2000) la hipertensión arterial, sea de origen primario, esencial o desconocida...

... se relaciona con factores aterógenos como obesidad, diabetes e hiperlipidemia, con el agravante de que por falta de tratamiento puede reducir la vida de un individuo en 10 o 20 años aproximadamente, razón por la cual es considerada en la actualidad como un problema de salud pública (P.345)

Según Brunner y Suddarth (1998):

...El aumento de la presión de la sangre obedece a situaciones específicas, por ejemplo el aumento de la presión arterial diastólica se da por la disminución del diámetro de las arteriolas; las cuales se afectan por estimulación simpática, factores hereditarios o aumento de las hormonas vasopresoras de la sangre. En cuanto al aumento de la presión sistólica, se produce por el aumento del gasto cardíaco y su aparición siempre es secundaria. (p423)

Es importante destacar que según éstos autores existen diversos factores que pueden influir en la variación de la presión arterial, dentro de los cuales pueden mencionarse el ejercicio, el sueño, la digestión y la hora del día, así como las funciones renales, suprarrenales, vasculares y neurógena.

Se define como hipertenso a un individuo con cifras de presión arterial persistentemente elevadas iguales o superiores a 140/90 mm Hg Según el (JNC VI) OMS-SIH.2003., Aproximadamente un billón de personas pueden padecer algún trastorno hipertensivo a nivel mundial. (Tabla 1)

La hipertensión arterial constituye uno de los más grandes retos de la medicina moderna en diferentes aspectos. Es un proceso que afecta inminentemente las sociedades desarrolladas y es muy prevalente por lo que casi uno de cada cuatro personas de nuestro entorno presenta cifras elevadas de presión arterial.

Es la patología más estudiada en el mundo, no ha sido en vano denominada la asesina silenciosa, ya que a veces nos percatamos de su existencia cuando es demasiado tarde.

Se afirma que el envejecimiento de la población, los cambios de los estilos de vida y la migración es causa del aumento de la presencia de la enfermedad hipertensiva, considerada como un factor de riesgo importante en la enfermedad coronaria y cerebrovascular.

Entre los factores de riesgo cardiovascular se encuentra el índice masa corporal elevado (Tabla 2), el consumo de tabaco o alcohol, así como la edad y el consumo de sal en la alimentación. La prevalencia de la HTA aumenta conforme aumenta la edad. La prevalencia de la HTA en la mujer se encuentra estrechamente relacionada con la edad, asociada a cambios hormonales durante la menopausia, es así como la relación entre las mujeres y los hombres pasa de 0 a los 30 años y de 1.2 a los 65 años.

Según el Sexto Informe de la Joint National Committee de Estados Unidos – JNC que haya un alto nivel de pacientes no controlados a pesar de que conocen su diagnóstico y siendo la HTA una enfermedad sencilla de tratar en la mayor parte de los casos. En América latina según estudios estiman que de 12% a 33% de las personas diagnosticadas con HTA no están controladas. Es claro que la prevención y el manejo de la hipertensión arterial son desafíos muy importantes para los sistemas de salud de todos los países. Para lo cual se requiere asumir retos importantes como el logro de la disminución del Índice de Masa corporal, la disminución del consumo de sodio en la dieta, la promoción de la actividad física saludable, el incentivo del consumo de frutas y verduras, evitar el consumo de tabaco y alcohol que son los puntos clave en las estrategias a seguir (JNC, OMS-SIH, 2003)

5.2.1 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN SEGÚN VALOR PRESIÓN ARTERIAL

La clasificación de la hipertensión tiene como objeto facilitar un método sencillo y seguro para la caracterización de cada paciente, evaluándose el riesgo existente para instaurarle el tratamiento adecuado, en la tabla 1 podemos ver los valores y clasificación de la presión arterial.

TABLA 1. Definiciones y clasificación de los valores de presión arterial.

Clasificación	Sistólica(mm hg)	Diastólica (mm hg)
Optima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 a 139	85-89
Hipertensión Estadio 1	140-159	90-99
Hipertensión Estadio 2	160-179	100-109
Hipertensión Estadio 3	180-209	110-119

Fuente Joint National Committee de Estados Unidos En Su Sexto Informe “(JNC VI)”OMS-SIH.2003.

Actualmente se siguen las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud OMS y Sociedad Internacional de Hipertensión SIH (2003), que sugieren “con el objeto de reducir la confusión y proporcionar a los clínicos de todo el mundo unas recomendaciones más uniformes”, ha acordado adoptar en principio la definición y clasificación establecida por *Joint National Committee* de Estados Unidos en su Sexto Informe (JNC VI) “los términos “ligera”, “moderada” y “grave”, se utilizan en recomendaciones previas de la OMS-SIH, a grados 1, 2 y 3 respectivamente (Tabla 2)

Según Arnold (2003) existen tres tipos de toma de presión arterial:

- ✓ “La presión Arterial de consultorio: Es la metodología que se ha utilizado tradicionalmente para el diagnóstico de esta enfermedad, la mayoría de evidencia existente está basada en este modelo. Sus valores de normalidad son <140-90 mmHg, sin embargo presenta ciertas desventajas. Disminuye sus valores con la tomas sucesivas. No detecta la hipertensión arterial de guarda polvo blanco y oculto. No determina la presión arterial durante el trabajo ni durante el sueño. Prolongan el diagnostico debido a la necesidad de numerosas tomas en ocasiones diferentes. Con relación al pronóstico del paciente las tomas de consultorio han resultado ser buenas porque la mayor parte de la evidencia descansa en ellas”.

- ✓ Según Arnold (2003) el “Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial - MAPA es una metodología excelente, la principal desventaja es el costo, pero éste está muy compensado por sus ventajas como: observa la variabilidad de la presión arterial, detecta la hipertensión arterial guardapolvo blanco oculta, determina la presión arterial durante el sueño y durante el trabajo, acorta el tiempo del diagnóstico de esta patología”.

- ✓ Autocontroles domiciliarios de la presión arterial: Este modelo está en continua expansión y su uso está siendo aceptado cada vez a nivel mundial. El JNC VI (1997) afirma “Las tomas de presión arterial fuera del consultorio médico pueden proveer valiosa información para la evaluación inicial del paciente y para monitorear la respuesta al tratamiento”

En la actualidad el diagnóstico del paciente hipertenso se basa fundamentalmente en las tomas de consultorio de la presión arterial. Las mismas deben complementarse por el MAPA y los autocontroles domiciliarios para confirmar el diagnóstico. En el futuro el MAPA y los autocontroles domiciliarios serán utilizados cada vez más frecuentes en el diagnóstico del paciente hipertenso dadas sus ventajas sobre la presión arterial de consultorio, el primero fundamentalmente en el diagnóstico del hipertenso y el segundo en el seguimiento del hipertenso bajo tratamiento con drogas para comprobarla efectividad de éstas (Arnold,2003).

5.2.2 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN SEGÚN LA ETIOLOGÍA

Según las causas por las que se da esta patología en aproximadamente el 90-95% de las personas con presión arterial alta es desconocida, es decir, no se puede atribuir a una causa puntual, sino debido a varios de los factores asociados a su origen, por esta razón es denominada hipertensión primaria o esencial.

Así que del 5-10% de la población padece de la denominada HTA Secundaria, su causa es conocida y suele tener su origen en un daño orgánico. La HTA secundaria puede ser causada por una afección renal, trastornos endocrinos, trastornos de causa con genética (coartación de la aorta) o a tumores híper secretores de sustancias que aumentan la presión arterial. La historia familiar de hipertensión es predictor elocuente del desarrollo de hipertensión en el futuro en otros familiares.

Los factores etiológicos de la hipertensión arterial esencial son: la obesidad, resistencia a la insulina, ingesta elevada de alcohol, consumo excesivo de sal, edad y sexo, tabaquismo, sedentarismo, estrés, ingesta baja de potasio, ingesta baja de calcio y fibra (Gamboa, 2006).

Ver tabla 2 y 3 para la clasificación antropométrica de los pacientes que presentan sobre peso y obesidad.

TABLA 2. Clasificación antropométrica del estado nutricional para adultos de 55 a 64 años y adultos mayores de 65 años de edad según el IMC (Kg/M²)

Clasificación Nutricional	Adulto > 65 Años	Adulto 55-64 Años
Delgadez	≤23	
Normal	≥22-26.9	18- 24.9
Sobrepeso	27-29.9	25 – 29.9
Obesidad 1	≥30	30-34.9
Obesidad 2	----	>35

Fuente: Ministerio de Salud Colombia Resolución # 002465(2016 y Guía técnica para la valoración Nutricional antropométrica de la persona adulta mayor (Lima, 2013)

TABLA 3. Clasificación del riesgo cardiovascular según relación Cintura/Cadera de acuerdo al sexo.

Sexo	Normal	R .Muy bajo	R. Bajo	R. alto
Varón	0.78 - 0.94	<0.95	0.96-0.99	≤ 1
Mujer	0.71- 0.84	<0.80	0.81 -0.84	0.85

Fuente: Ministerio de Salud Resolución # 002465 junio 14 de 2016

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Diseñar una guía adaptada de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia que permita la intervención de los Factores de Riesgo en usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar socio demográficamente la población hipertensa de los usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad de Atlántico.
- ✓ Identificar los factores de riesgos modificables y no modificables asociados a la hipertensión arterial en los usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico.
- ✓ Evaluar el estado nutricional de usuarios hipertensos según Resolución N°2465 de 2016, del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, Antropometría del anciano (Becerra B. F,2006)
- ✓ Evaluar el nivel de estrés de los Usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico participantes en la presente Investigación y que cumplan los criterios de inclusión.
 - ✓ Elaborar la cartilla didáctica basada en la Estrategia de Información, Educación y Comunicación para Colombia para la intervención de los factores de riesgo de hipertensión arterial.

7. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

7.1 ENFOQUE

La presente investigación es de enfoque cuantitativo, ya que una vez fueron recolectados y analizados los datos permitieron dar una respuesta clara a la pregunta de investigación planteada (Hernández, Fernández y Baptista, (2010).

7.2 TIPO DE ESTUDIO Y ALCANCE DEL ESTUDIO

Descriptivo de corte transversal y correlacional, en el cual se buscó determinar los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, así como adaptar la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia para los usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico.

7.3 MATERIALES, POBLACIÓN Y MUESTRA

El Universo de ésta investigación corresponde a 1.086 personas hipertensas atendidas en consulta médica y nutricional, con controles periódicos según la base de datos existente en la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico. Siendo que la muestra participante se seleccionó con criterios de voluntariedad, entre la población de hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico y de conveniencia para la maestrante, por lo anterior, de manera a tener una representatividad en la muestra de estudio se aplicó la fórmula estadística que determinó el tamaño de la muestra, mediante la depuración según los criterios de inclusión y exclusión arrojó una población de 656 hipertensos para lo cual se utilizó el Software Epidat bajo parámetros de cálculo con un nivel de confianza de 95%, margen de error de 5, efecto de diseño de 1,0 con lo cual se obtuvo un tamaño de 85 unidades muestrales. La fórmula estadística de cálculo de tamaño de muestra está dada por la ecuación

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + \frac{z^2(p \cdot q)}{N}}$$

Donde,

n = tamaño de la muestra

z= Nivel de confianza deseado

p= Proporción de la población con la característica deseada (éxito)

q= Proporción de la población sin la característica deseada. (Fracaso)

e= Nivel de error dispuesto a cometer

N= Tamaño de la población.

Dentro de los Criterios de inclusión se consideraron:

- ✓ Usuarios hipertensos mayores de 55 y menores de 80 años de edad de ambos sexos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico
- ✓ Usuarios con capacidad física, mental y emocional para participar en la investigación

Se consideraron Criterios de exclusión:

- ✓ Usuarios hipertensos menores de 55 y mayores de 80 años de edad de ambos sexos.
- ✓ Usuarios no hipertensos.
- ✓ Usuarios con algún tipo de discapacidad física o mental.

Los equipos utilizados para el desarrollo de esta investigación fueron tensiómetro, fonendoscopio, cinta métrica no flexible y balanza con tallímetro incorporado debidamente calibrado DOC Código EPO5024561 fecha (4-08-2016)

7.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos que se utilizaron en la recolección de información fueron:

- ✓ Historia alimentaria y Nutricional, instrumento elaborado durante ésta investigación.
- ✓ Formato de recolección de información antropométrica.
- ✓ Formato de registro de presión arterial.
- ✓ Test para evaluación del estrés debidamente avalado

Las mediciones de la presión arterial y la evaluación antropométrica se realizaron en el consultorio médico ubicado en las instalaciones de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico y algunos en el domicilio de los usuarios en una parte mínima de la muestra.

7.5 TÉCNICAS DE ANÁLISIS Y/O PROCEDIMIENTOS

Los datos recolectados fueron procesados en el Software SSP versión 23. Los resultados son presentados por medio de tablas y gráficos.

Las medidas estadísticas de tendencia central que se usaron para realizar el análisis descriptivo fueron: la mediana, la moda, la media, la desviación estándar y el rango, entre otros estadísticos a utilizar.

7.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Tabla 4. Operacionalización de variables

Macro variable	Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Criterio de clasificación
Características sociodemográficas	Sexo	Biológicamente de acuerdo a la presencia de órganos genitales	Cualitativa	Nominal	Hombre () Mujer ()
	Edad	Número de años cumplidos desde el nacimiento hasta el día de la encuesta.	Cuantitativa	Razón	55,56,5..... 85
	Estrato socio-económico	Clases o grupos en que se divide la población de acuerdo con el poder adquisitivo y nivel social.	Cualitativa	Ordinal	1 2 3 4 5 6
	Origen étnico	Conjunto de personas que comparten las mismas costumbres, tradiciones, cultura, música, alimentación, idioma, habilidades, entre otras características provenientes del mismo territorio.	Cualitativa	Nominal	Indígena Afro descendiente Mestizo Raizal
	Estado Civil	Condición de una persona relacionada con vínculos personales, que tiene con otro del mismo o de diferente sexo y que son reconocidos jurídicamente	Cualitativa	Nominal	Casado Soltero Viudo Unión libre
	Nivel de Escolaridad	Grado de estudio alcanzado independiente si lo logro terminarlo.	Cualitativa	Ordinal	Ninguno Primaria Secundaria Técnico Universitario
	Ocupación	Tarea o función que desempeña y que puede estar o no relacionada con su nivel educativo.	Cualitativa	Nominal	Ama de casa Empleado Profesional activo Pensionado No empleado

Macro variable	Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Criterio de clasificación
Evaluación nutricional	Lugar de residencia	Ubicación del área donde se encuentra la vivienda de la familia.	Cualitativas	Nominal	Urbano Rural
	Peso	Es un parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración del estado nutricional de un individuo.	Cuantitativa	Continua	Peso en kilos seguido de 2 decimales
	Talla	Medición de la altura de una persona reportada en metros o centímetros lineales.-.	Cuantitativa	Continua	Talla en metros seguida de 2 decimales
	Circunferencia Braquial	Medida tomada en la mitad del brazo entre el acromion y el olecranon. Determina la masa magra que tiene la persona	Cuantitativa	Ordinal	Hombres 50-59 A: 31.1– 36cm 60-69 A. 30.6 - 35 cm 70-79 A 29.3 – 35 cm >80 A 27.3 – 32 cm Mujeres 50-59 A28.7 - 35.3 60-69 A28.3 - 34.3 70-79 A 27.4 - 33.1 >80A A 25.5 - 31.5
	Circunferencia de cintura	Medida que se toma en el abdomen a nivel del ombligo luego de una inspiración normal determina el riesgo de ECV	Cuantitativa	Continua	Hombres: Normal <94 cm Alto≥94Cm Muy alto≥102 Cm Mujeres: Normal < 80 Cm Alto ≥80 Cm Muy alto≥ 88 Cm.
	Circunferencia de la Pantorrilla	Medida que se toma en la parte más prominente de la pierna. Determina el estado Nutricional de la persona con pérdida de masa magra.	Cuantitativa	Ordinal	Valores de referencia < 17 DNT 17-a 23.5 Riesgo de DNT 23.5 a 31 Normal.
	Relación cintura/cadera	Esta medida relacionada con la circunferencia de cintura determina el riesgo de ECV.	Cualitativa	Ordinal	Valores de Referencia Hombres Norma0.78 – 0.94 Riesgo muy bajo< 0.95

Macro variable	Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Criterio de clasificación
					Riesgo bajo 0.96 - 0.99 Riesgo alto <1 Mujeres Normal 0.71 - 0.84 Riesgo muy bajo < 0.80 Riesgo bajo 0.81 a 0.84 Riesgo alto > 85
	IMC	Relación de peso en kg, sobre talla en metros al cuadrado.	Cuantitativa	Ordinal	Adulto de 55 a 64 años Normal: 18-24.9 kg/m2 Sobrepeso: 25-29.9 Obesidad 1: 30-34.9 Obesidad 2: > 35 Adulto Mayor de 65 años Delgadez ≤ 23 Normal 22- 26,9 Sobrepeso 27- 29.9 Obesidad > 30
Presión arterial	Clasificación de la presión arterial	Valores de la presión arterial sistólica y presión arterial diastólica tomada con Tensiómetro y fonendoscopio	Cuantitativa	Ordinal	Sistólica/Diastólica Óptima <120/<80 Normal <130/<85 Normal alta 130.-139/ 85- 89 Hipertensión Estadio 1. 140 –159/90 - 99 Estadio 2. 160 - 179/100 - 109 Estadio 3. 180 a 209 / 110 a 119
Factores Genéticos	Predisposición Genética	Antecedentes hereditarios que confirmen (abuelos, padres, hermanos) hipertensión arterial	Cualitativa	Nominal	Si(No)
Estilos de vida	Consumo de tabaco	Consumo tabaco	Cualitativa	Nominal	Si(No)
	Frecuencia de consumo de tabaco	Con que frecuencia fuma	Cuantitativa	Ordinal	Diario () Semanal()

Macro variable	Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Criterio de clasificación
	Cantidad de tabaco que consume	Cantidad de cigarrillos que consume cuando fuma	Cuantitativa	Continua	Ocasional () 1 () 2 () 3 () más de 3 ()
	Actividad física	Se considera actividad física caminar, bailar, nadar, asistir al gimnasio mínimo 30 minutos diarios	Cualitativa	Nominal	Si() No()
	Frecuencia de práctica de actividad física	Número de veces en la semana que se practica alguna actividad física	Cuantitativa	Ordinal	1,2,3 ...
	Tipo de actividad física practicada	La actividad física que practica	Cualitativa	Nominal	Baile() Trota() Camina() Nada() Monta en bicicleta () Hace combinación de ejercicios() Cuáles: _____
	Tiempo de práctica de la actividad física	El tiempo que dedica al día para la actividad física	Cuantitativa	Ordinal	10minutos() 20 minutos() 30minutos() más de 30 minutos ()
	Consumo de alcohol	Consumo bebidas alcohólicas	Cualitativa	Nominal	Si () No()
Adquisición de alimentos	Frecuencia de consumo de alcohol	Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas	Cuantitativa	Ordinal	Diario()Semanal() Mensual()Ocasional()
	Lugar de compra	Sitio donde adquiere los alimentos para la preparación para cubrir las necesidades de los hogares.	Cualitativa	Nominal	Supermercado () Tienda () Centrales- abastos ()
	Cantidad de alimentos	Cantidad de Alimentos existentes en los mercados o centrales de abastos para cubrir las necesidades de los hogares.	Cualitativa	Nominal	¿Consigue los alimentos suficientes para preparar? Si()

Macro variable	Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Criterio de clasificación
	Gasto promedio mensual en compra de alimentos	Dinero que invierte en los alimentos del ingreso económico devengado mensualmente	Cuantitativa	Razon	No() \$ 300.000-600.000 Pesos() \$ 600.000 a 900.000 pesos () más de \$ 900.000 pesos()
Hábitos alimentarios	Consumo de sal en alimentos	Consumo de sal adicional a los alimentos después de preparados.	Cualitativa	Nominal	Si ()No()
	Frecuencia de la adición de sal a los alimentos	Con que frecuencia le agrega sal a los alimentos preparados al consumirlos	Cuantitativa	Nominal	Siempre(Ocasional)
	Cantidad de sal que le adiciona a los alimentos al consumirlos	Cantidad de sal que le agrega a los alimentos preparados antes de consumirlos	Cuantitativa	Razón	1 g ()2 g()1 pizza()
	Consumo de Carnes, lácteos y huevos	Consume en su alimentación carnes, lácteos y huevos	Cuantitativa	Nominal	Si() No()
	Frecuencia del consumo de carnes, lácteos y huevos	Con que frecuencia consume carnes, lácteos y huevos en su alimentación	Cuantitativa	Nominal	Diario(Semanal () Mensual)
	Tiempos de comida	Definido como la distribución de la alimentación durante el día	Cuantitativa	Ordinal	Uno ()Dos ()Tres () Más de tres()
	Consumo de frutas y verduras	Presencia de frutas y verduras en la alimentación	Cualitativa	Nominal	Si()No()
	Frecuencia de consumo de frutas y verduras	Número de veces al día que consume frutas y verduras durante el día	Cuantitativa	Nominal	1 ()2 () 3 () 4 ()
	Consumo de grasas en la alimentación	Consumo grasas en su alimentación	Cualitativa	Nominal	Si()No()
	Frecuencia de consumo de grasas	Cuántas veces a la día consume grasas en su alimentación	Cuantitativa	Ordinal	1, 2, 3,4,...

Macro variable	Nombre	Definición	Naturaleza	Nivel de medición	Criterio de clasificación
Aspectos psicológicos y sociales	Consumo de granos, y harinas en la alimentación	Consumo harinas en su alimentación	Cualitativa	Nominal	Si() No()
	Frecuencia del consumo de granos y harinas en la alimentación	Número de veces que consume granos y harinas en la alimentación	Cuantitativa	Ordinal	1 vez()2 Veces () Siempre()
	Afección emotiva en algunas oportunidades	Maneja cambios emotivos con la presencia de afecciones en su salud	Cualitativa	Nominal	Si() No()
	Medición del Estado emotivo	Medición del nivel de estrés por medio de un test para medir el nivel de Depresión según Escala de depresion Geriatrics (GDS) Yesavage et al.	Cualitativa	Nominal	Según el test Yesavage J. y Col. Normal 10-5 puntos. Depresión Leve 6-9 puntos Depresión establecida 10 o más puntos

7.7 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se creó una base de datos en el Software SSPS versión 23 para todas las variables que incluyan porcentajes, factores estadísticos descriptivos por cada una de las variables estudiadas.

La información de los resultados de la investigación se socializarán en reunión convocada por el equipo investigador, con la asistencia de todas las personas que intervinieron como participantes, Directivos de la Unidad de Salud y representantes de la Universidad del Atlántico, con las recomendaciones pertinentes, acerca de las medidas preventivas a tener en cuenta los factores de riesgos modificables reconociendo los no modificables, en los usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico.

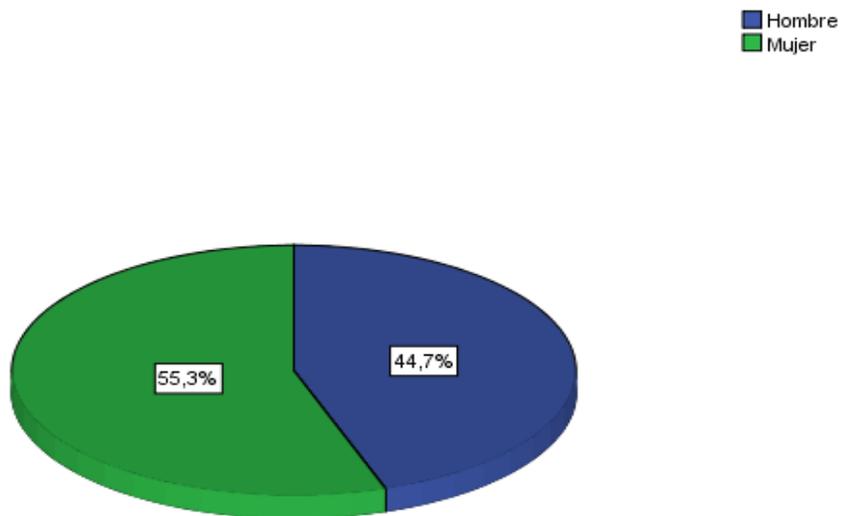
De acuerdo a lo anterior se obtuvieron los siguientes resultados:

OBJETIVO 1.

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN OBJETO.

Gráfico #1.

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL SEXO

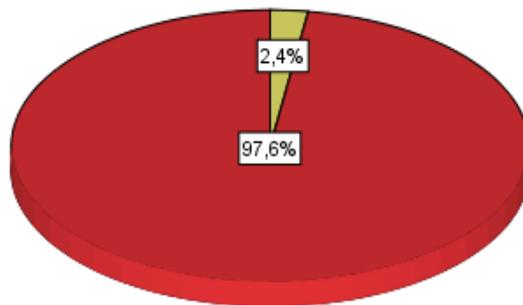


En el gráfico #1, se puede observar que el 55,3% de los hipertensos encuestados son mujeres.

Gráfico #2

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ETNIA

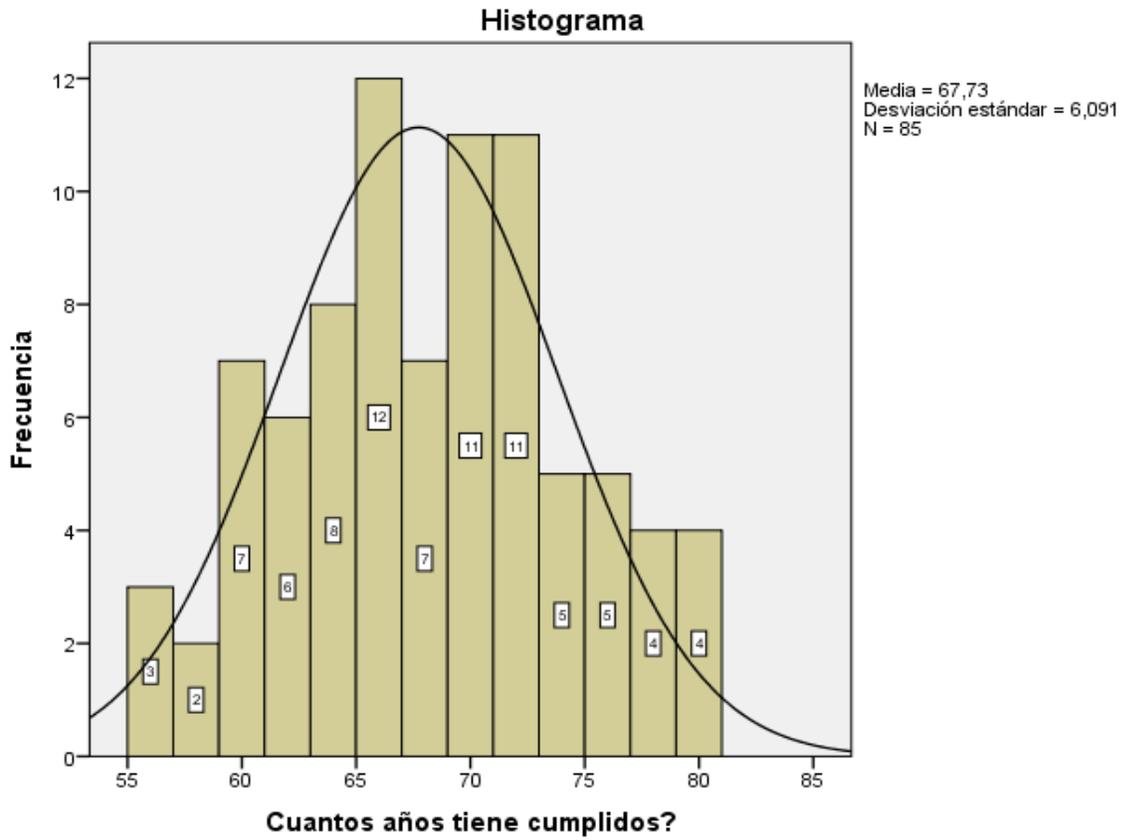
- Indígena
- Gitano
- Raizal del archipiélago
- Palengüero
- Afrodescendiente
- Ninguna de las anteriores



En el gráfico #2, se observa que el 97.6% de la muestra no se identifica con alguno de los grupos étnicos.

Gráfico #3

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EDAD.



En el gráfico #3, se puede observar que el 35.5% de la muestra de hipertensos se encuentra en el rango promedio de edad de 67.5 años.

Gráfico #4

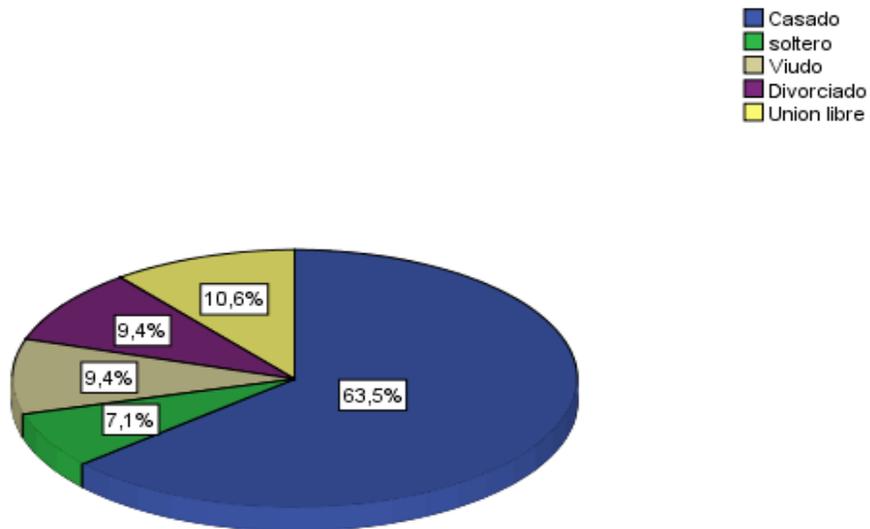
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL ESTRATO SOCIO ECONÓMICO DE VIVIENDA



En el gráfico #4, se puede observar que de las personas encuestadas el 42.4% reside en el estrato socio económico 4 y el 24.7% reside en el estrato 3.

Gráfico #5

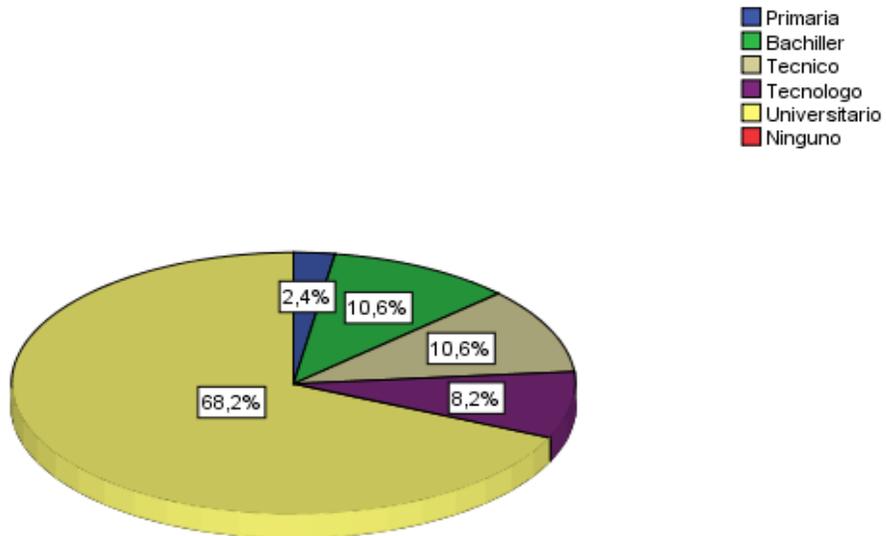
DISITRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ESTADO CIVIL



En el gráfico #5, se observa que de la población encuestada el 63.5% son casados,

Gráfico #6

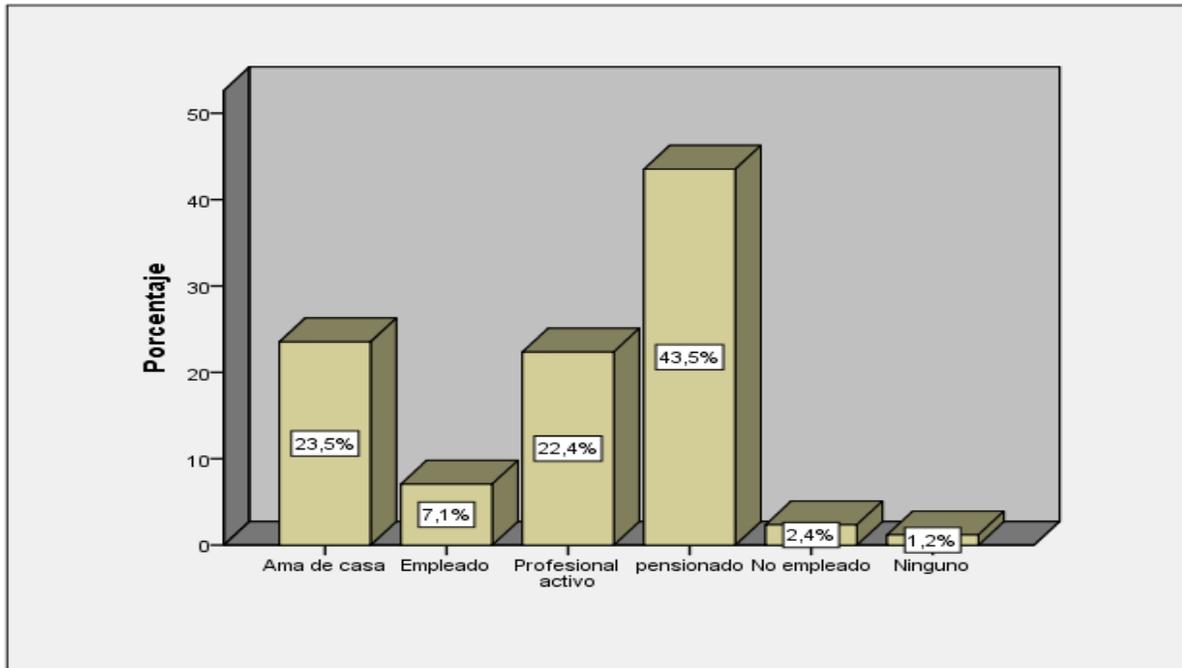
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL NIVEL EDUCATIVO



En el gráfico #6, se nota que el 68.2% de los hipertensos encuestados es universitarios, el 10.6% es bachiller, y el 8.2% es tecnólogo.

Gráfico #7

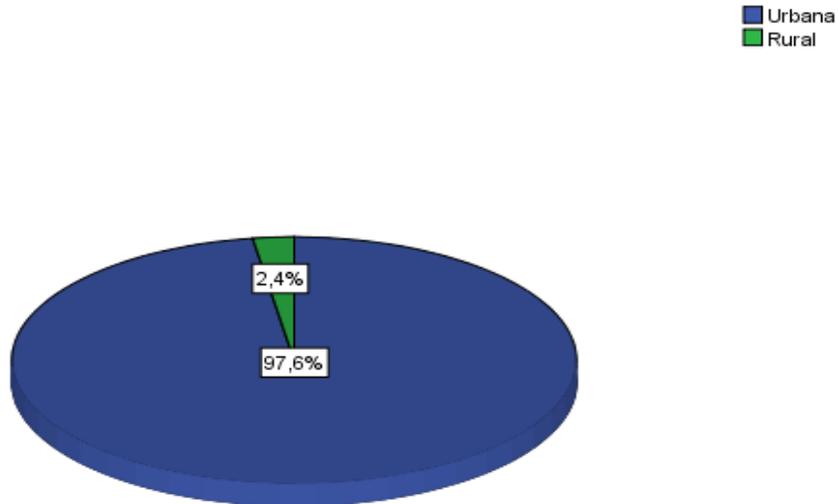
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA OCUPACIÓN



En el gráfico #7, encontramos que el 43.5% de los hipertensos encuestados es pensionado, el 23.5% ama de casa, el 22.4% profesional activo.

Gráfico #8

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA

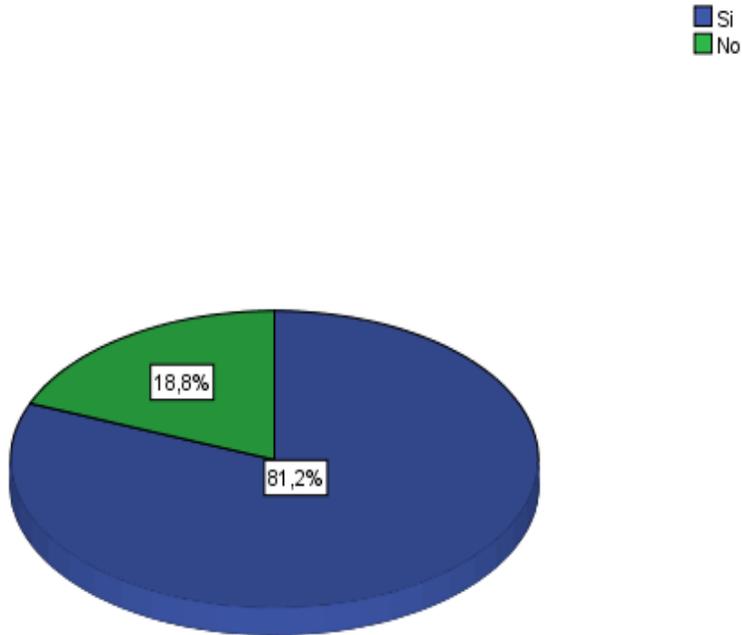


En el gráfico #8, observamos que el 97.6% de la población encuestada reside en zona urbana.

DETERMINACION DE FACTORES GENÉTICOS

Gráfico #9

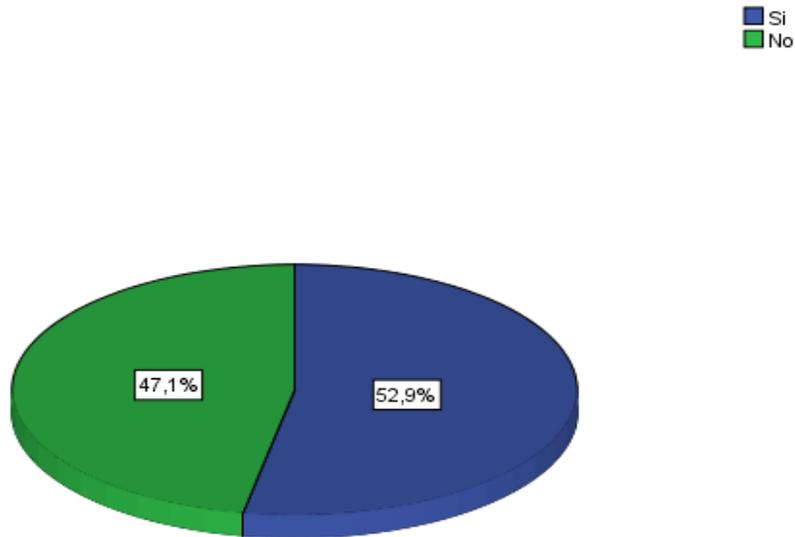
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A LA HIPERTESIÓN ARTERIAL



En el gráfico #9, se encuentra que el 81.2% de los encuestados tiene predisposición genética a HTA.

Gráfico #10

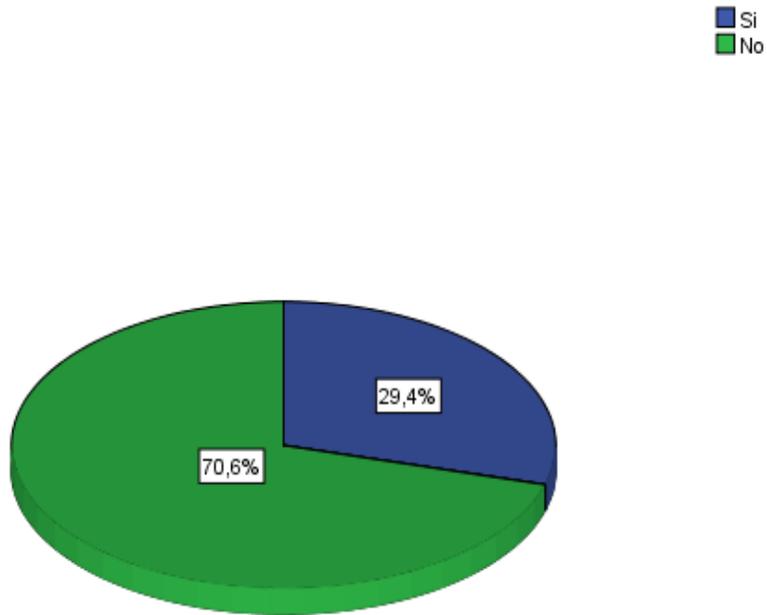
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A DIABETES MELLITUS.



En el gráfico #10, observamos que el 52.9% de la población objeto presenta predisposición genética a la diabetes mllitus.

Gráfico #11

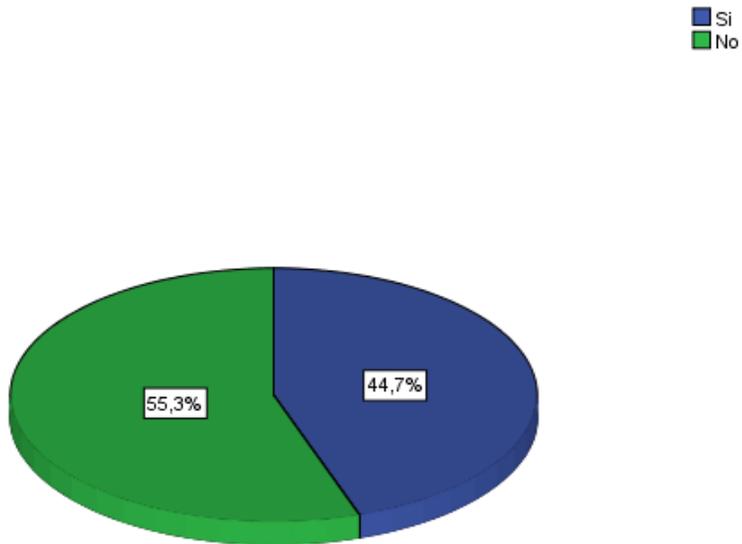
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A LA OBESIDAD



En el gráfico #11, encontramos que el 70.6% de las personas encuestadas, presenta predisposición genética a la obesidad.

Gráfico #12

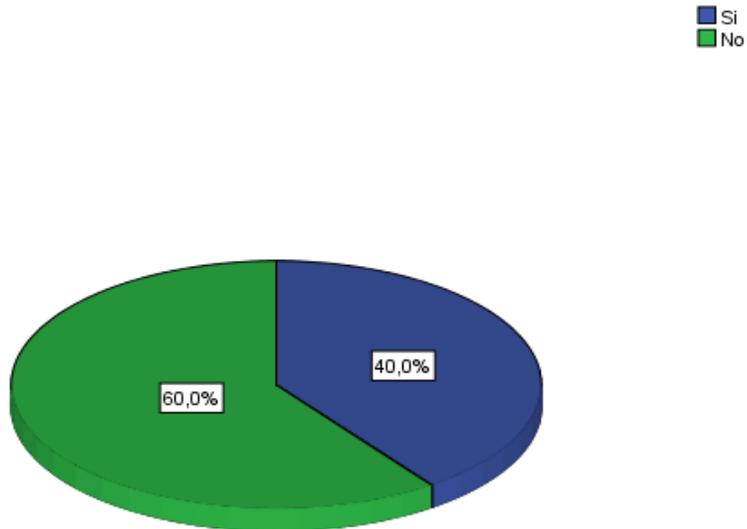
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A DISLIPIDEMIAS



En el gráfico #12, observamos que el 55.3% de los hipertensos encuestados no presenta predisposición genética a las dislipidemias.

Gráfico #13

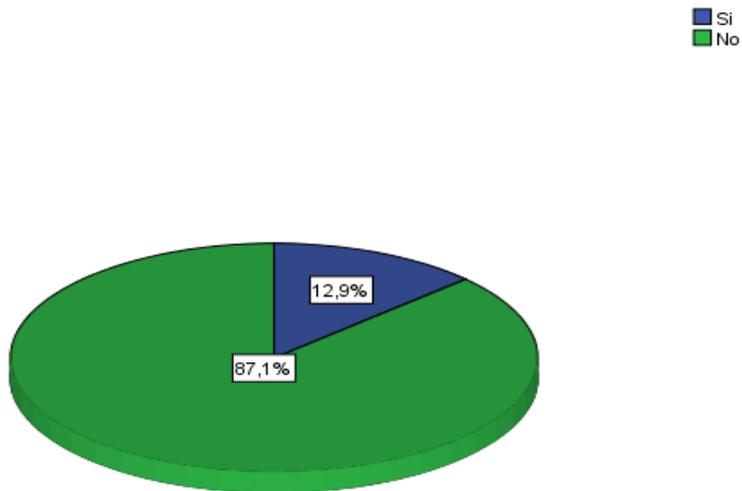
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A DESARROLLAR ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.



El gráfico #13, nos muestra que de las personas encuestadas de la presente investigación el 40% tiene predisposición genética a la ECV, mientras que el 60% no presenta esta predisposición.

Gráfico #14

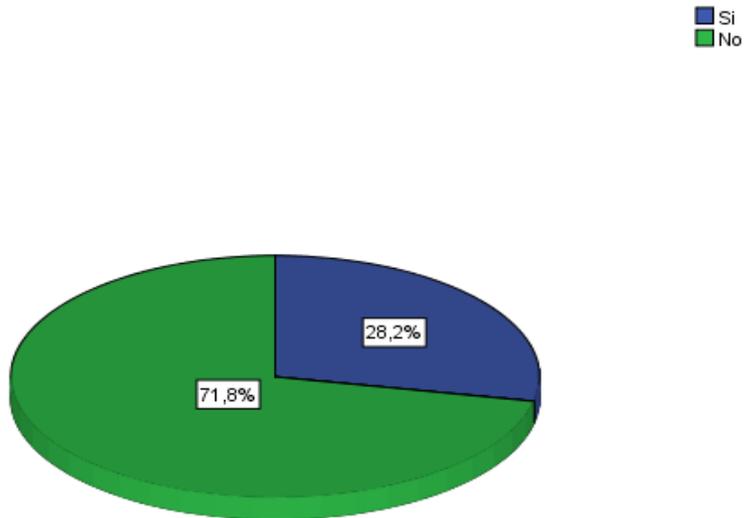
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA



En el gráfico #14, observamos que de las personas encuestadas el 87.1% no tiene predisposición a padecer de IRC.

Gráfico #15

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN PREDISPOSICIÓN GENÉTICA A DESARROLLAR ALGÚN TIPO DE CÁNCER



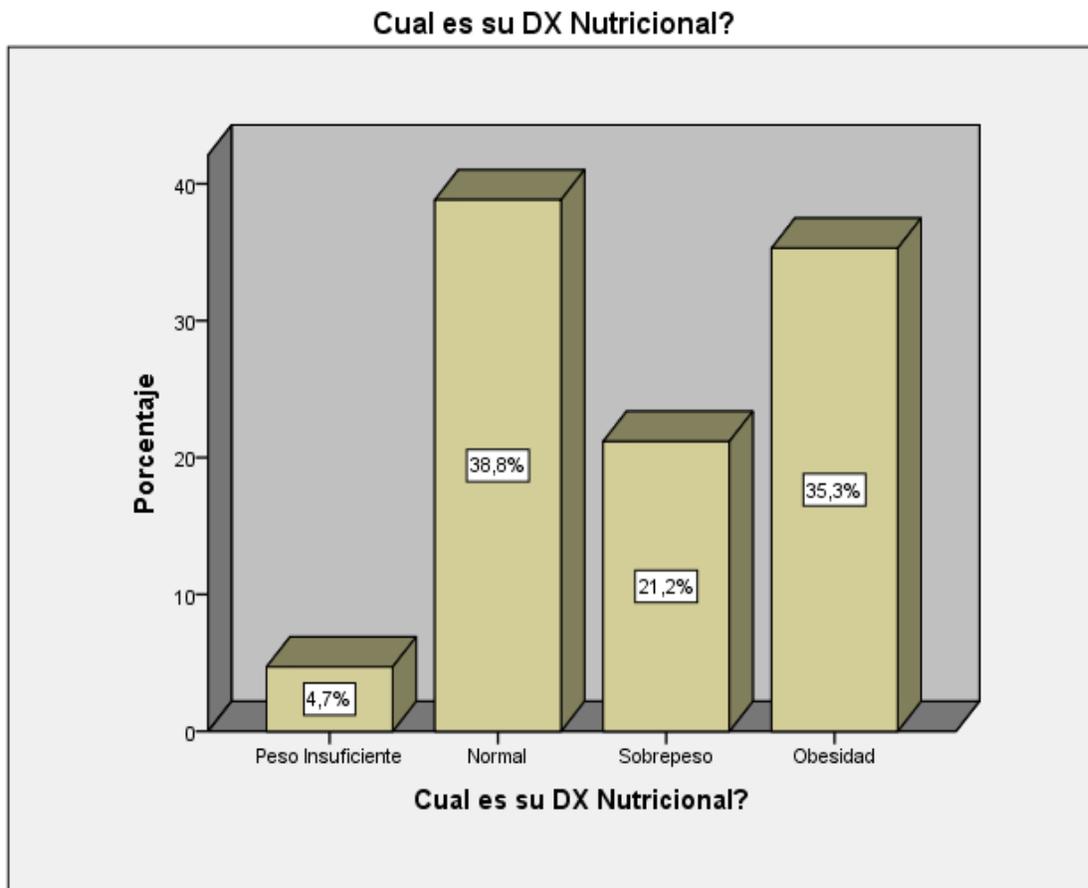
En el gráfico #15, observamos que los encuestados el 71.8% no tiene predisposición genética a desarrollar cáncer.

OBJETIVO 3

ESTIMACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN OBJETO

Gráfico #16

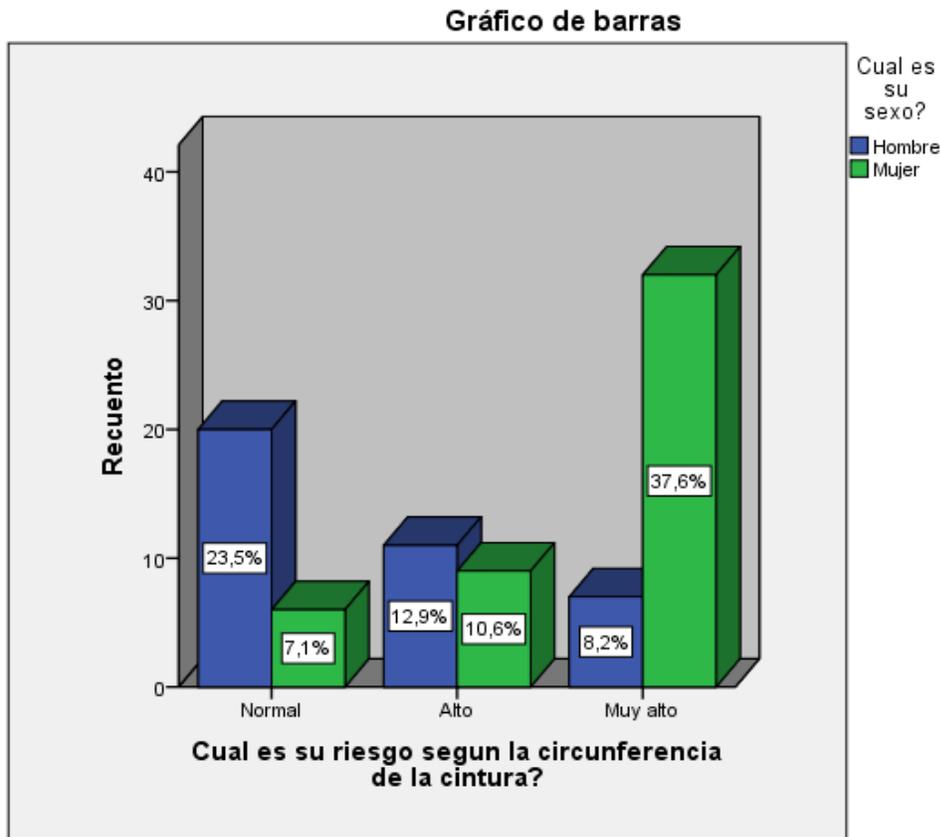
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL ESTADO NUTRICIONAL



En el gráfico #16, observamos que de las personas participantes en la presente investigación: el 38.8% se encuentra en un estado nutricional adecuado, el 35.3% está obeso y el 21.2% presenta sobrepeso.

Gráfico # 17

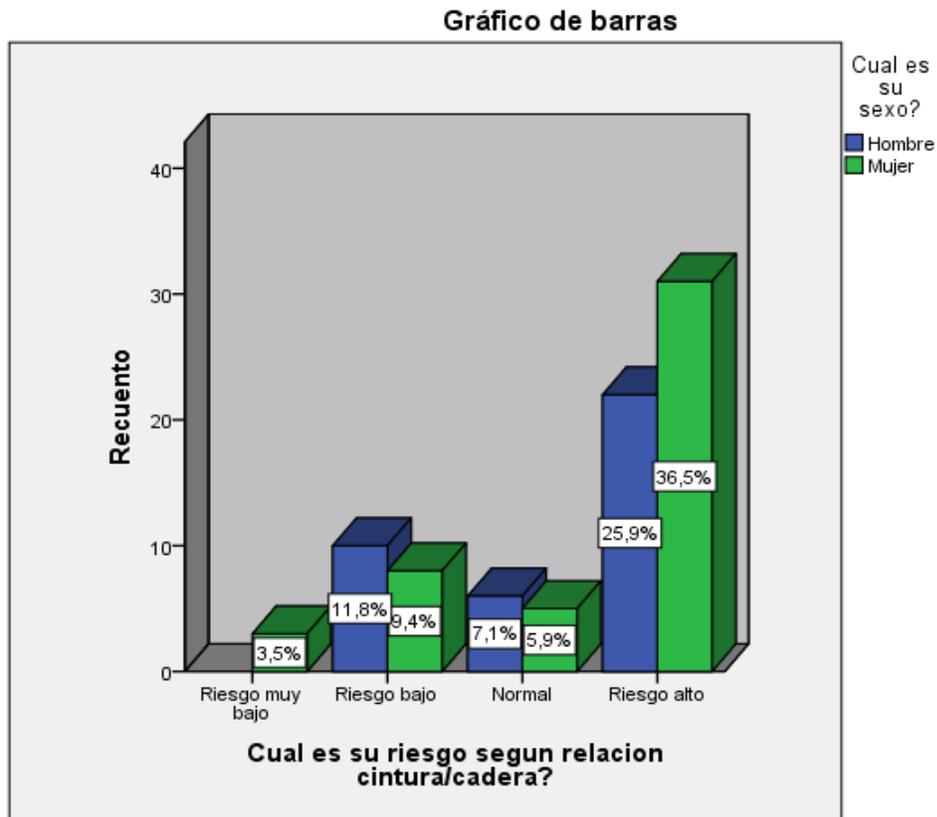
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CIRCUNFERENCIA CINTURA



En el gráfico #17, observamos que de la población encuestada según la circunferencia de cintura: el 37.6% de las mujeres y el 8.2% de los hombres tiene riesgo muy alto de ECV, el 12.9% de los hombres y 10.6% de mujeres está en riesgo alto de ECV.

Gráfico #18

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN RELACIÓN CINTURA CADERA

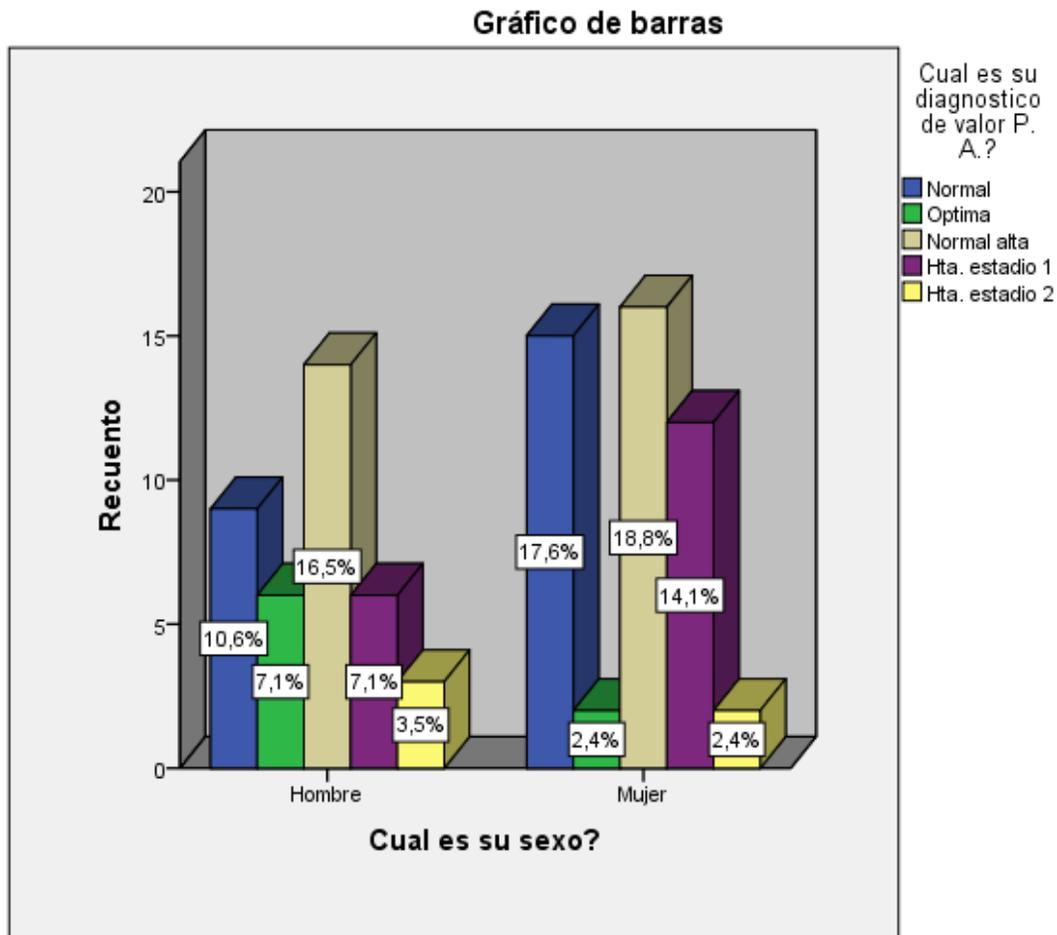


En el gráfico #18, observamos que de las personas de la muestra encuestadas según relación cintura/cadera: el 25.9% de los hombres y el 36.5% de la mujeres presentan alto riesgo de ECV.

PRESIÓN ARTERIAL

Gráfico #19

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL ESTADÍO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

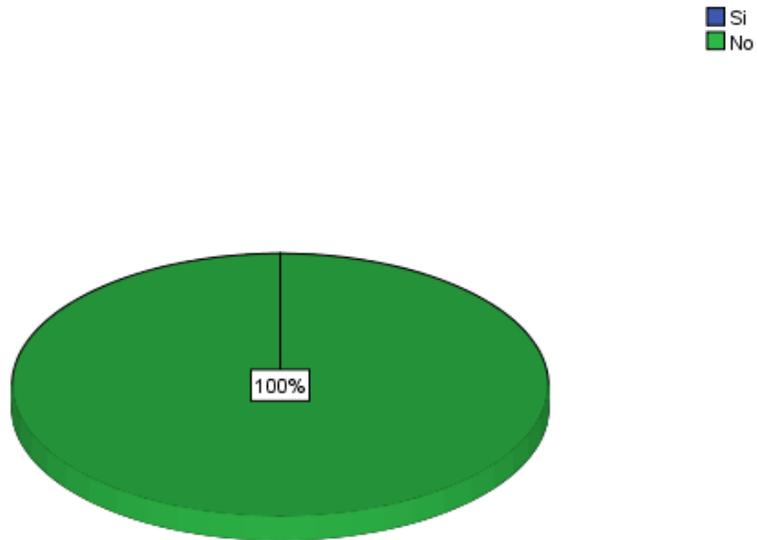


En el gráfico #19, de la población objeto de estudio a quienes se les tomó la PA: el 10.6% de los hombres y el 17.6% de las mujeres presenta PA normal, el 7.1% de los hombres y el 2.4% de las mujeres tiene PA óptima, el 16.5% de los hombres y el 18.8% de las mujeres PA normal alta, el 7.1% de los hombres y el 14.1% de las mujeres HTA estadio I, el 3.5% de los hombres y el 2,4% de las mujeres, tiene HTA estadio II.

ESTILOS DE VIDA

Gráfico #20

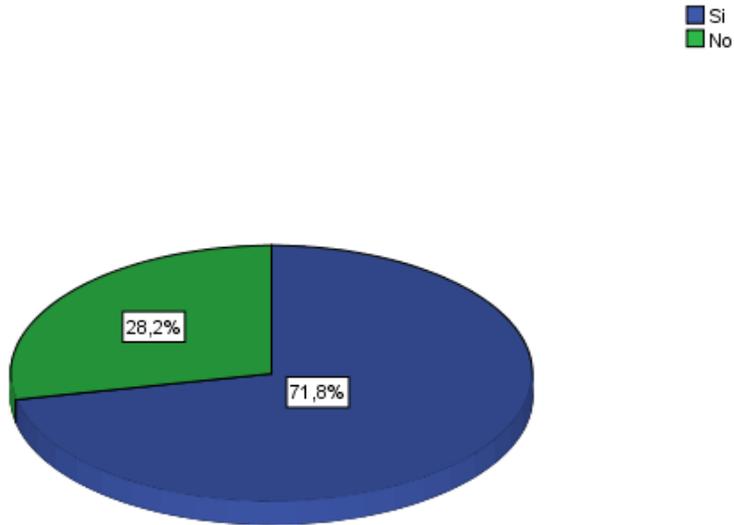
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE TABACO



En el gráfico #20, observamos que la población de encuestados el 100% no fuma.

Gráfico #21

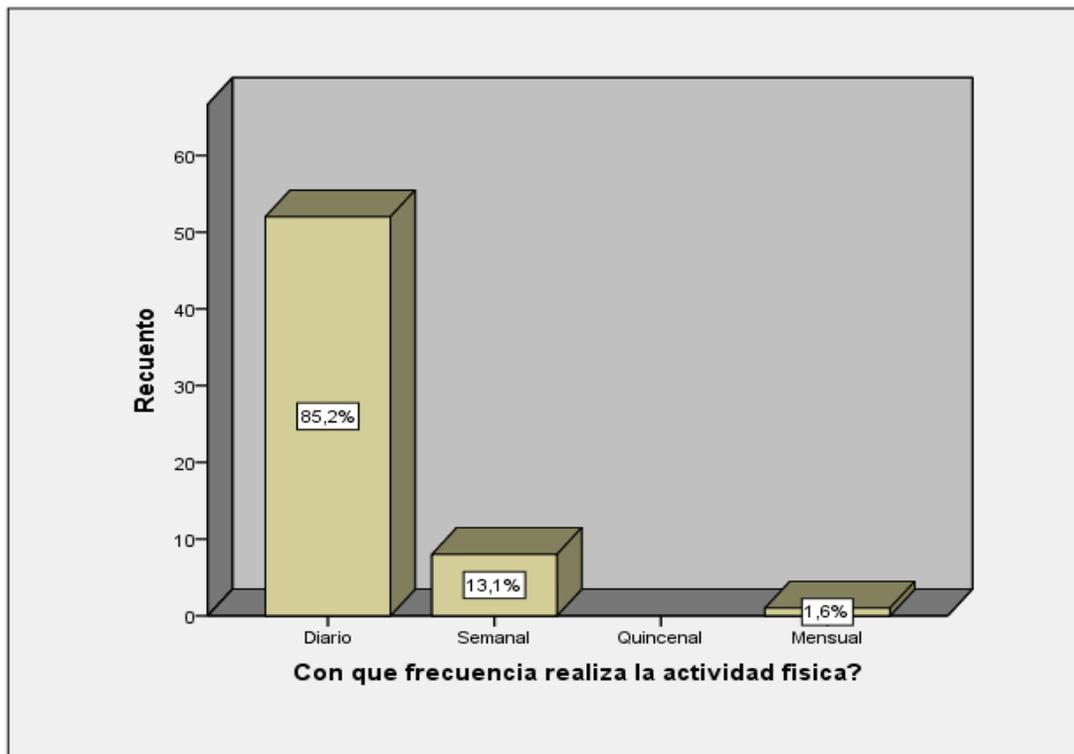
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA



En el gráfico #21, observamos que de la muestra escuestada el 71.8% realiza actividad física y el 28.2% no hace de actividad física.

Gráfico #22

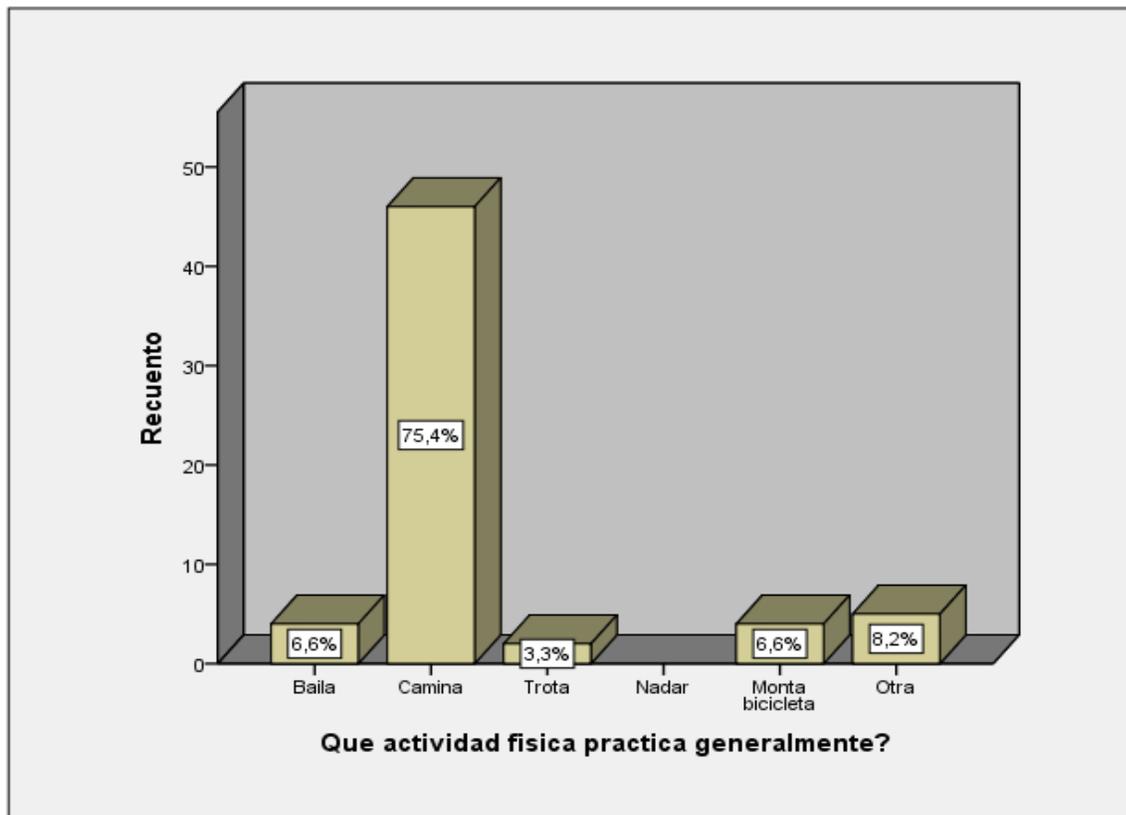
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA



En el gráfico #22, encontramos que de la población objeto que realiza actividad física: el 85.2% lo practica diariamente, el 13.1% la practica semanalmente.

Gráfico #23

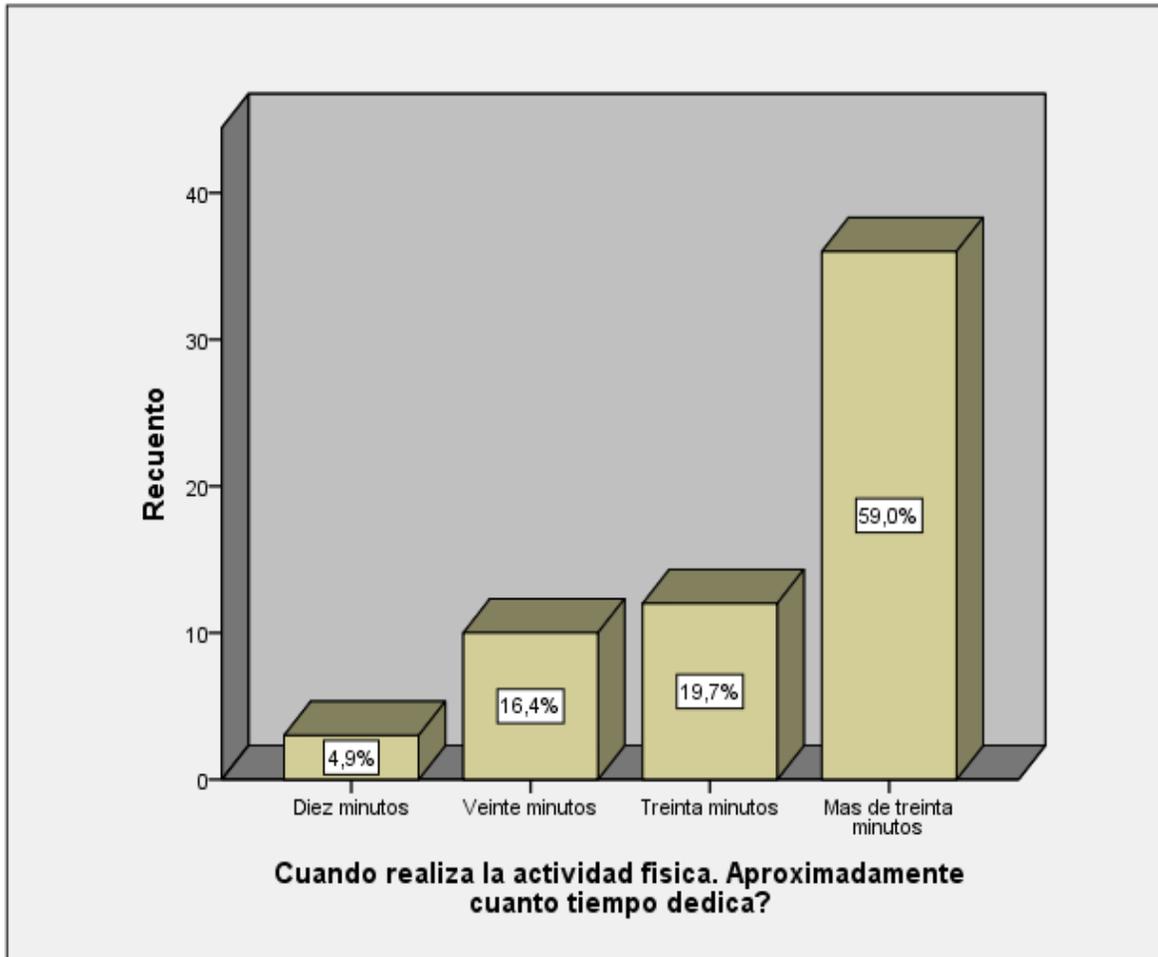
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIPO ACTIVIDAD FÍSICA



En el gráfico #23, observamos que de la población objeto que hacen actividad física:75.4% camina, 6.6% baila, 8.2% realiza otra actividad.

Gráfico # 24

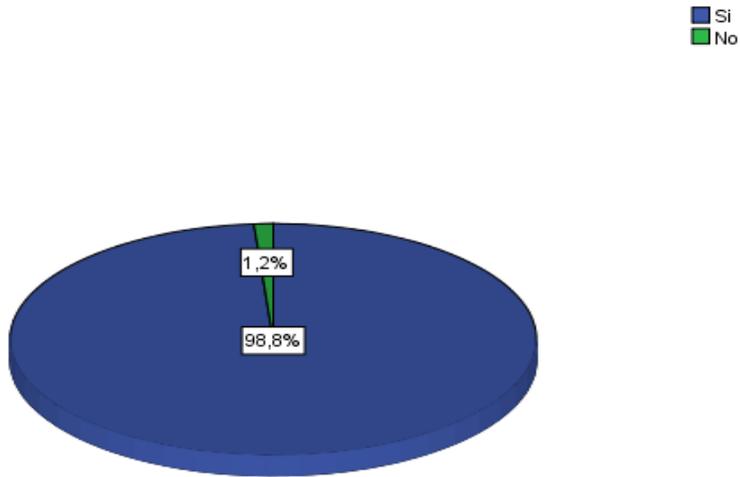
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIEMPO QUE DEDICA A LA ACTIVIDAD FÍSICA



En el gráfico #24, encontramos que de acuerdo al tiempo que dedidca a la activiad física: 59% practica mas de 30 minutos, el 16.4% practica 20 minutos, el 19.7% hace treinta minutos.

Gráfico #25

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIEMPO QUE ESTÁ FRENTE A LA PANTALLA (TELEVISIÓN,CELULAR,TABLET)

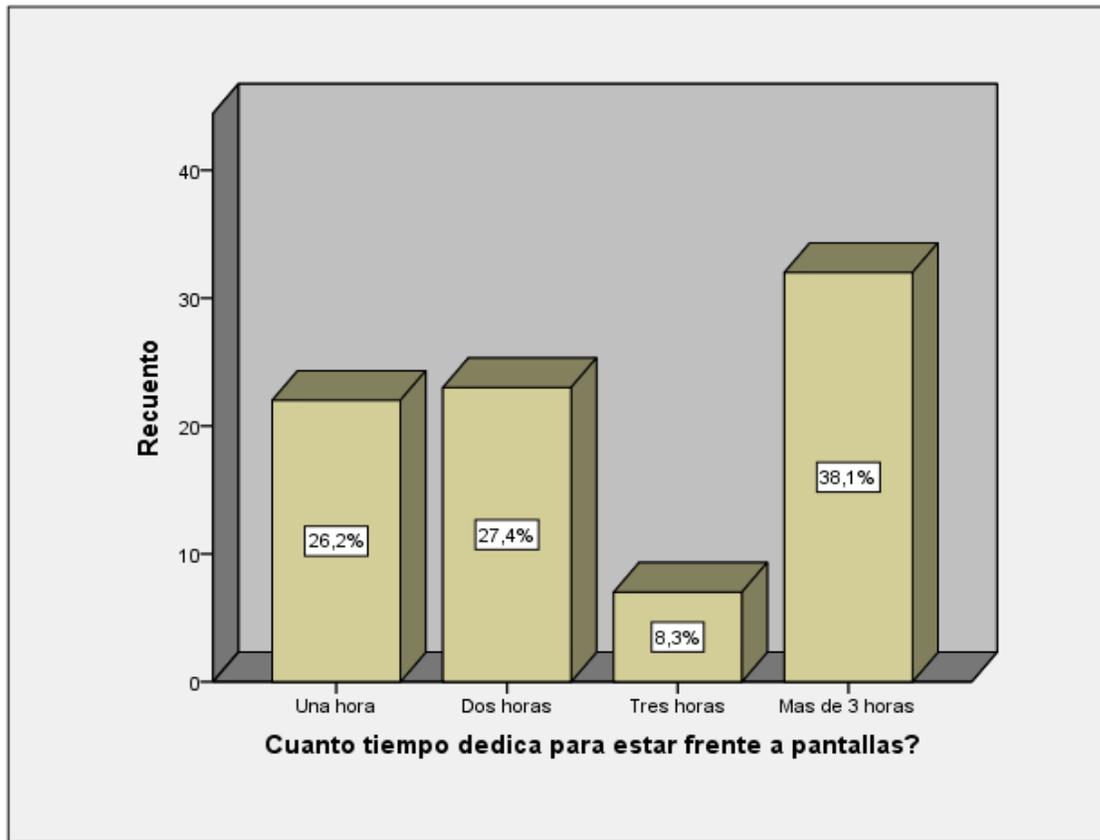


En el grafico #25, observamos que de la población que dedica tiempo a las pantallas: 98.8% está frente a las pantallas (tv. Celular, tablet)

Gráfico #26

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL TIEMPO QUE ESTÁ FRENTE A LA PANTALLA

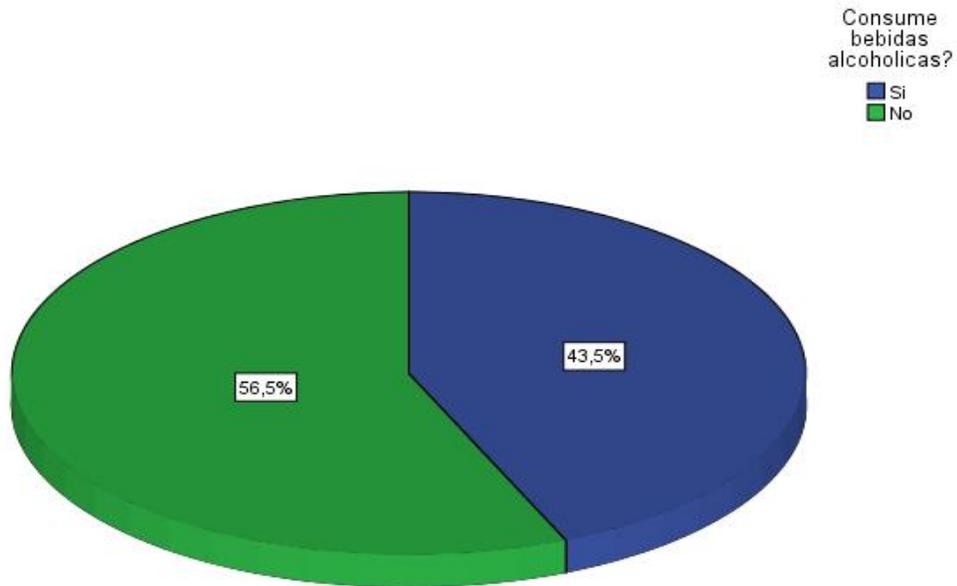
(CELULAR, TV. TABLET)



En el gráfico #26, tenemos que de la población estudiada que está frente a las pantallas: el 38.1 está frente a las pantallas más de 3 horas. 27.4% dedica 2 horas,

Gráfico #27

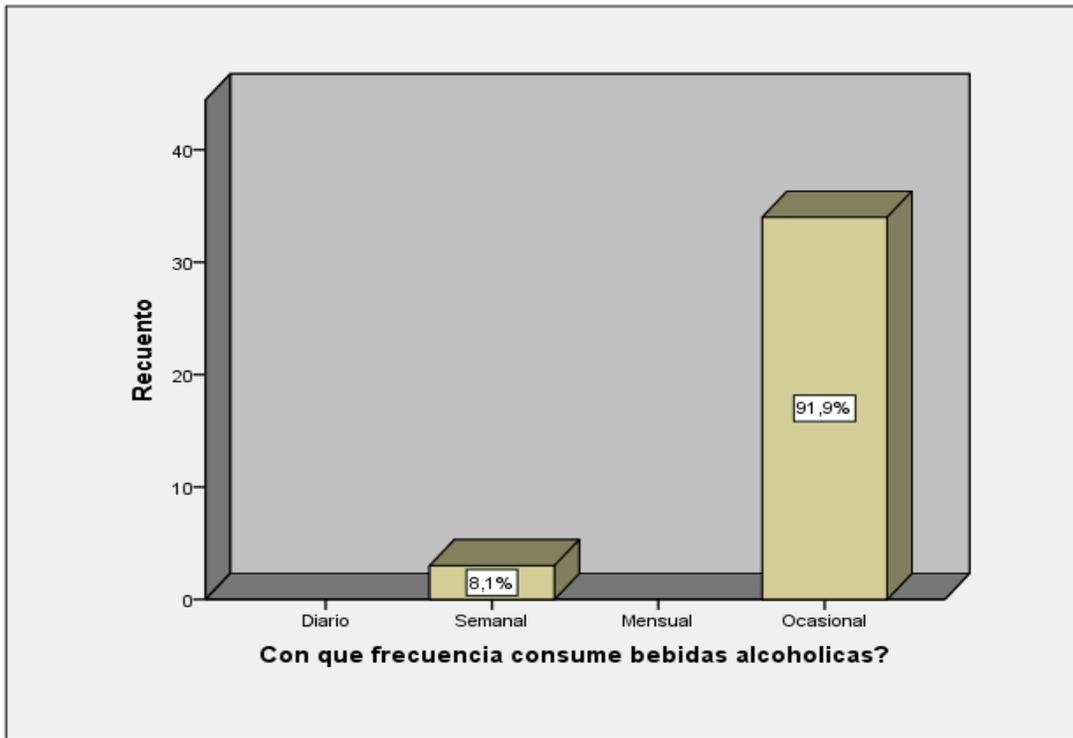
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS



En el gráfico #27, observamos que de las personas encuestadas 43.5% consume bebidas alcohólicas y el 56.5% no consume.

Gráfico #28

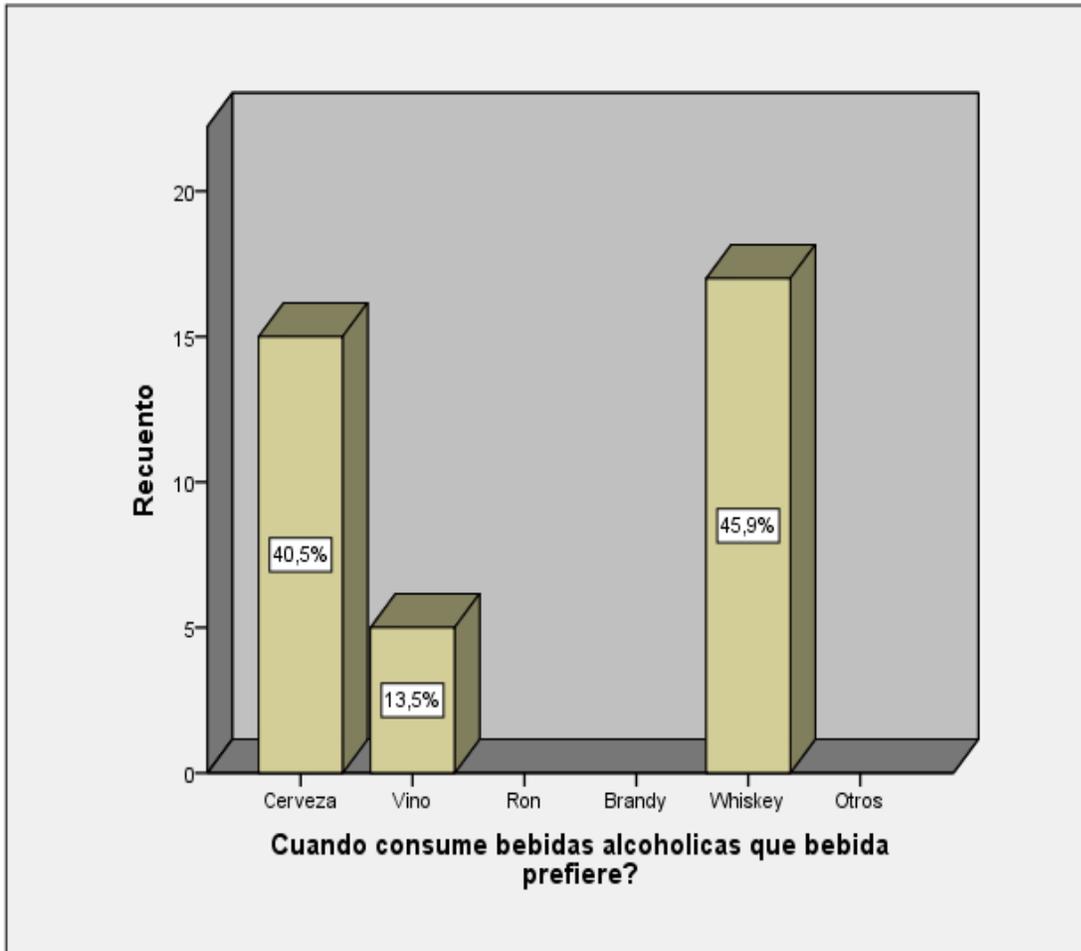
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS



En el gráfico #29, notamos que de las personas que consume alcohol: el 91.9% lo consume ocasionalmente y el 8.1% consume semanalmente.

Gráfico #29

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL TIPO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

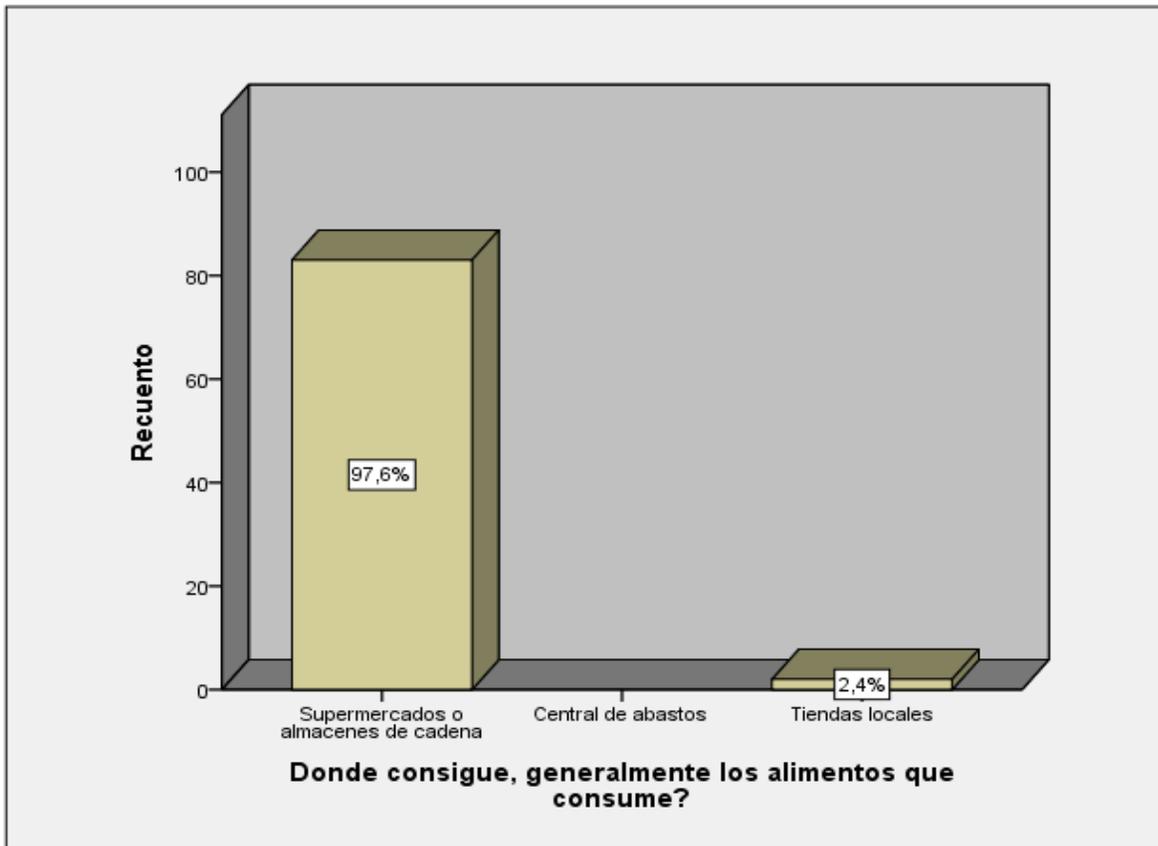


En el gráfico #29, observamos que de las personas encuestadas que consumen alcohol el 40.5% consume cerveza, el 45.9% toma wisky el 13.5% consume vino.

ADQUISICIÓN DE ALIMENTOS

Gráfico #30

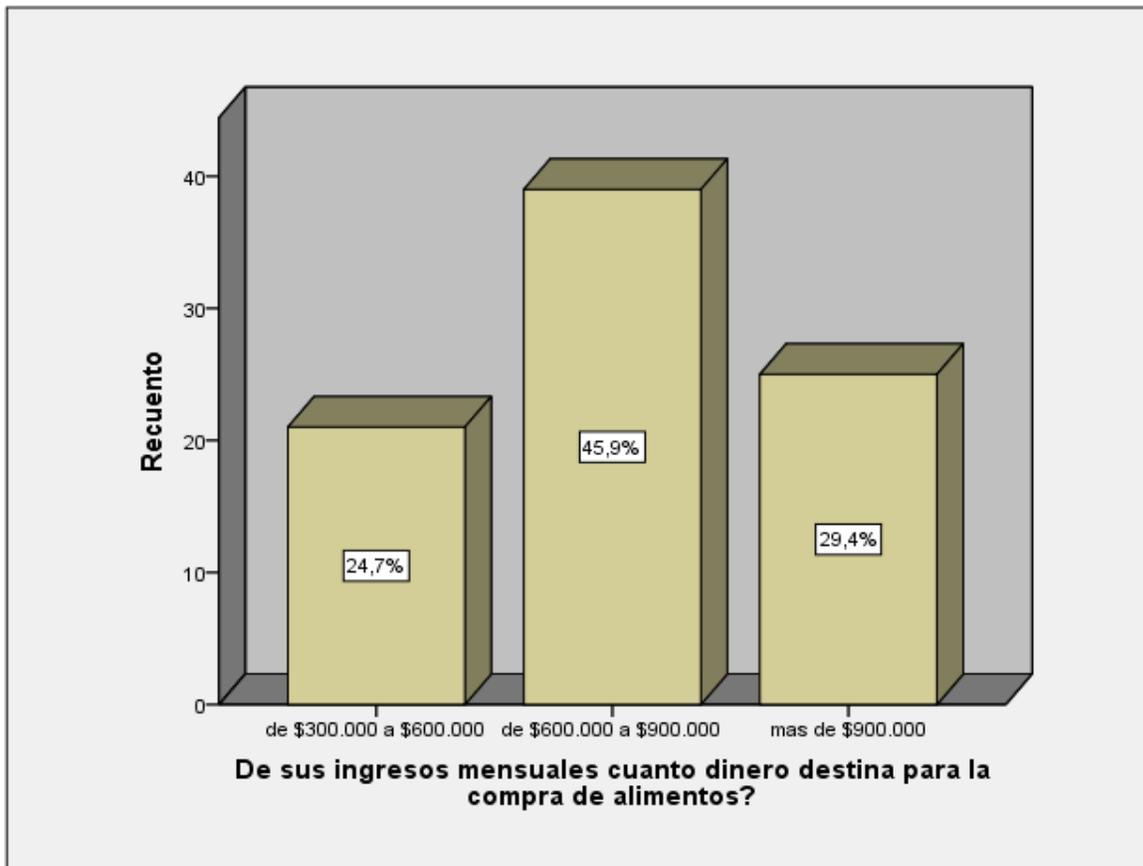
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN EL LUGAR DE COMPRA DE LOS ALIMENTOS



En el gráfico #30, encontramos que de la población encuestada: el 97.6% compra los alimentos en supermercados y/o almacenes de cadena.

Gráfico 31

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA CANTIDAD DE DINERO QUE INVIERTE EN COMPRA DE ALIMENTOS

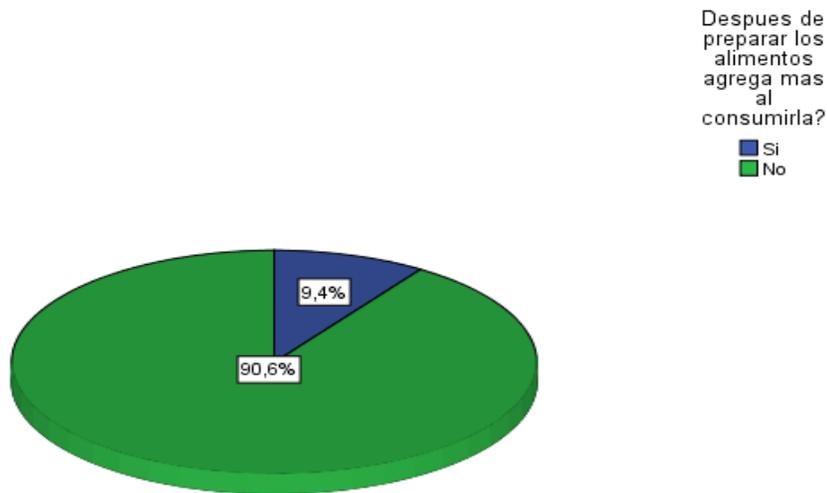


El gráfico #31, nos muestra que de los encuestados el 24.7% destina de 300.000 a 600.000 pesos en compra de alimentos, el 45.9% gasta de 600.000 a 900.000 en alimentos, 29.4% compra mas de 900.000 pesos mensuales de alimentos.

HABITOS ALIMENTARIOS

Gráfico #32

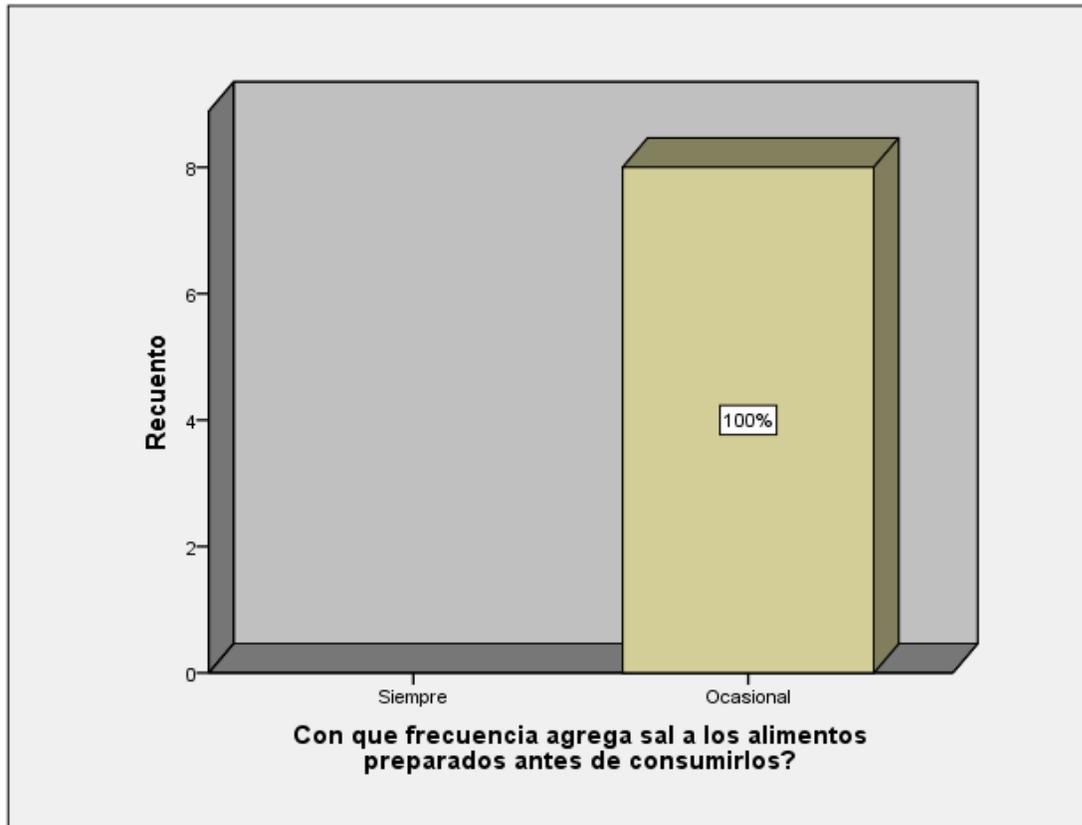
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN AGREGADO DE SAL A LOS ALIMENTOS PREPARADOS



En el gráfico #32, observamos que de los encuestados que le agrega sal a los alimentos antes de consumirlos: el 90.6% no le agrega sal a los alimentos antes de consumirlos.

Gráfico #33

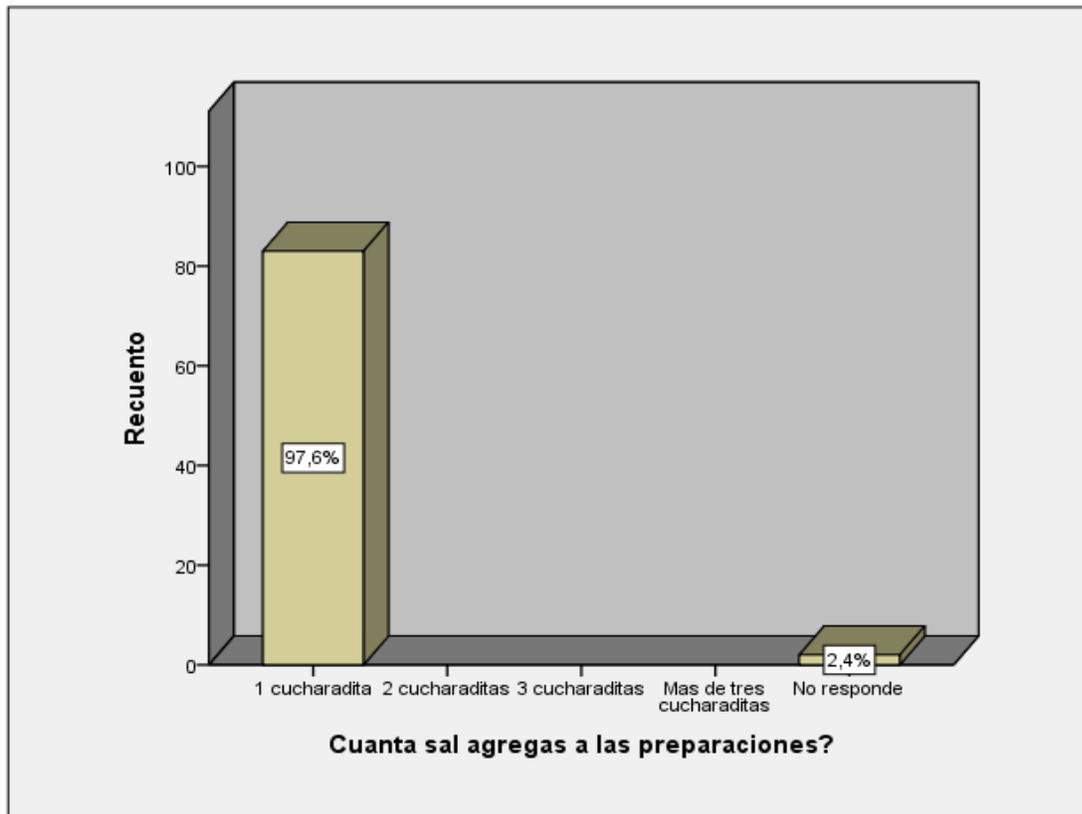
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA FRECUENCIA QUE AGREGA SAL A LOS ALIMENTOS AL CONSUMIRLOS



En el gráfico #33, encontramos que de los que le agregan sal a los alimentos antes de consumirlos, el 100% lo hace ocasionalmente.

Gráfico #34

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN AGREGADO DE SALA LOS ALIMENTOS AL MOMENTO DE PREPARARLOS

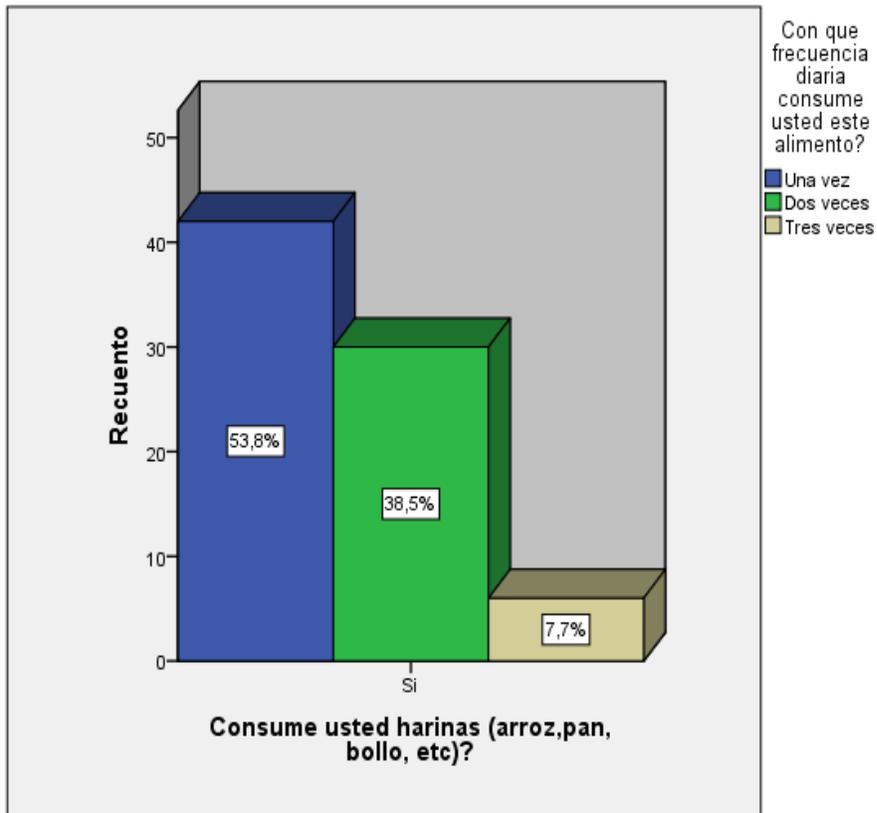


En el gráfico #34, nos indica que de las personas de la muestra que al preparar los alimentos les agrega sal :el 97.6% una cucharadita.

FRECUENCIA Y CONSUMO DE ALIMENTOS.

Gráfico #35

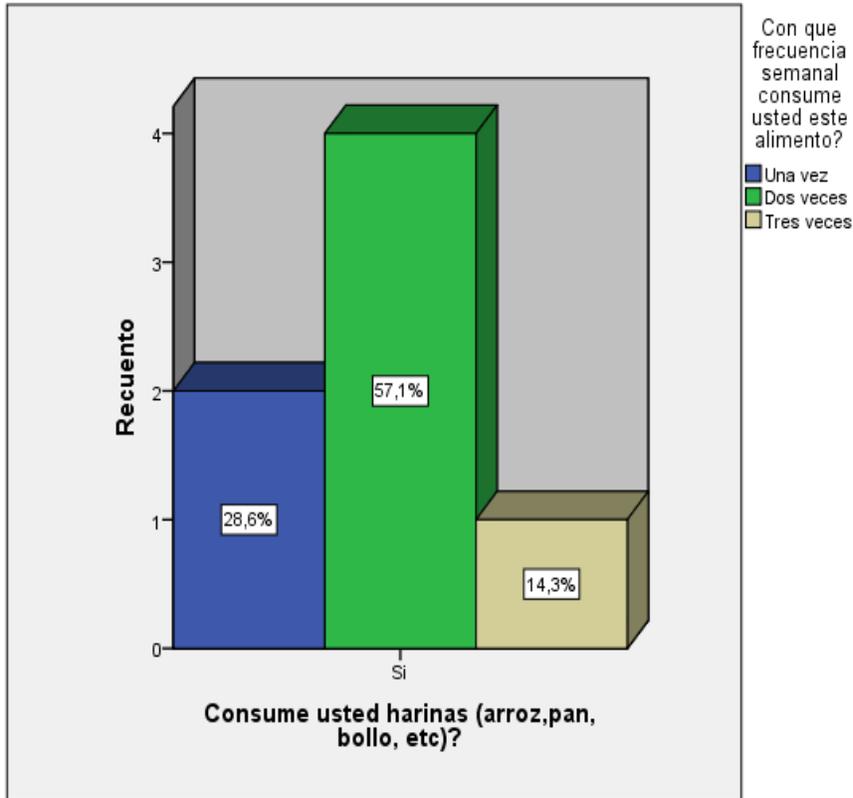
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE HARINAS (ARROZ, PAN, BOLLO, ETC.)



En el gráfico #35, observamos que de las personas que consumen harinas (arroz, pan, bollo etc.) el 53% lo consume 1 vez al día, el 38.5% consume 2 veces al día.

Gráfico #36

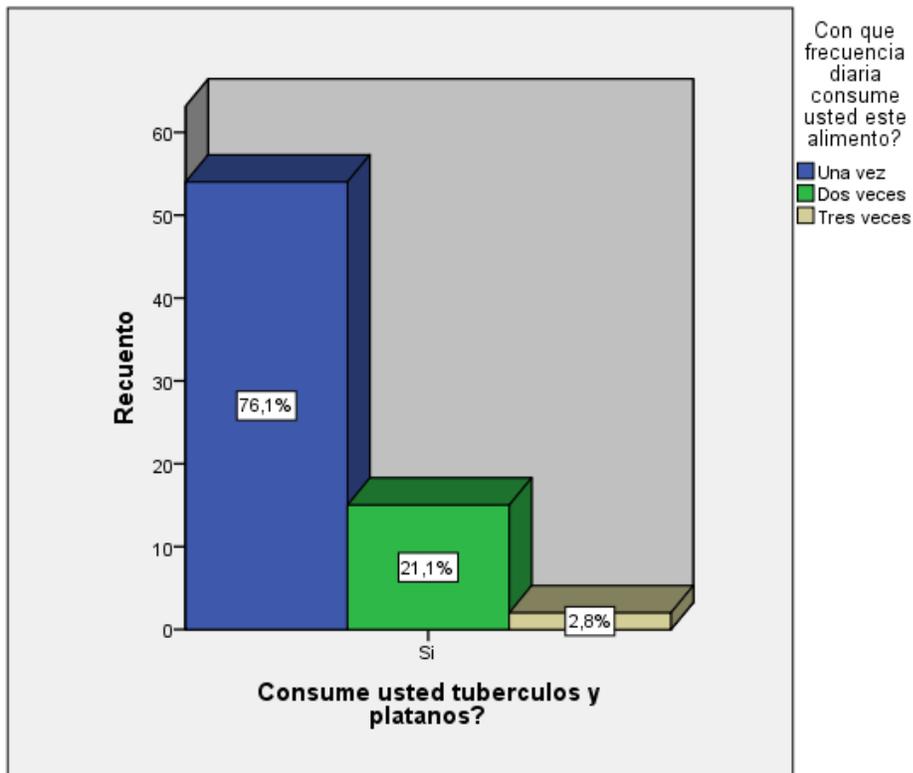
**DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL
DE CONSUMO DE HARINAS (ARROZ, PAN, BOLLO, ETC.)**



En el gráfico #36, observamos que de las personas encuestadas que consumen harinas (arroz, pan, bollo, etc.) semanalmente: el 28.6% lo consume una vez a la semana, el 57.1% lo consume 2 veces a la semana y el 14.3% lo consume 3 veces a la semana.

Gráfico #37

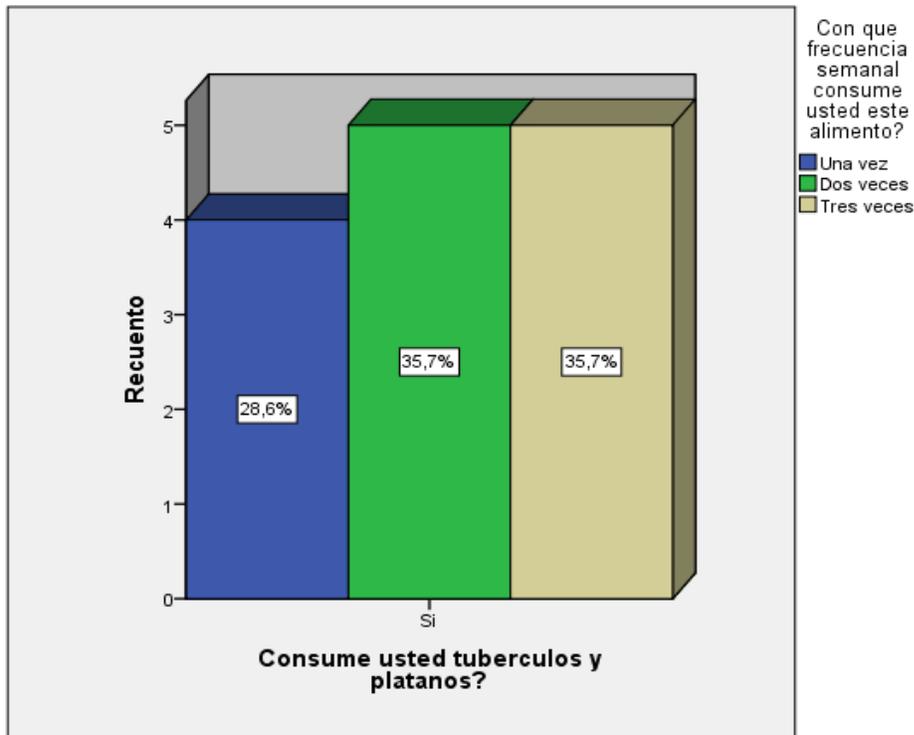
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS (PAPA, YUCA, ÑAME, ETC.)



En el gráfico #37, observamos que de las personas que consume tubérculos y plátanos (papa, yuca, ñame, etc.): el 76.1% los consume 1 vez al día, el 21.1% lo consume 2 veces al día.

Gráfico #38

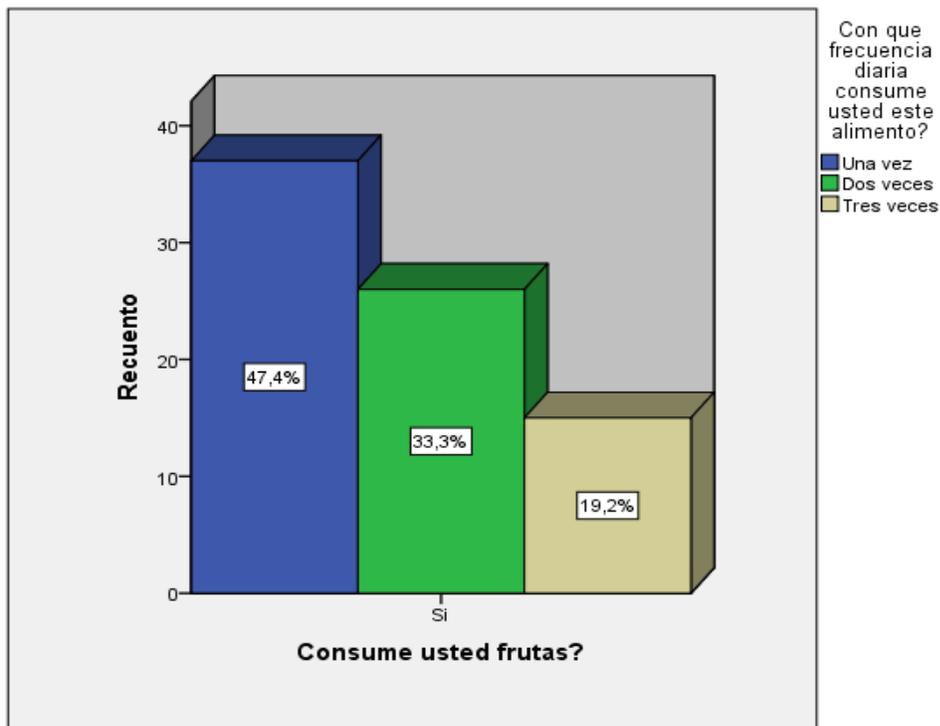
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL EN CONSUMO DE TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS (PAPA, YUCA, ÑAME, ETC.)



En el gráfico #38, notamos que de las personas que consume tubérculos y plátanos semanalmente: el 35.7% consume 2 veces a la semana y el 35.7% consume 3 veces a la semana.

Gráfico #39

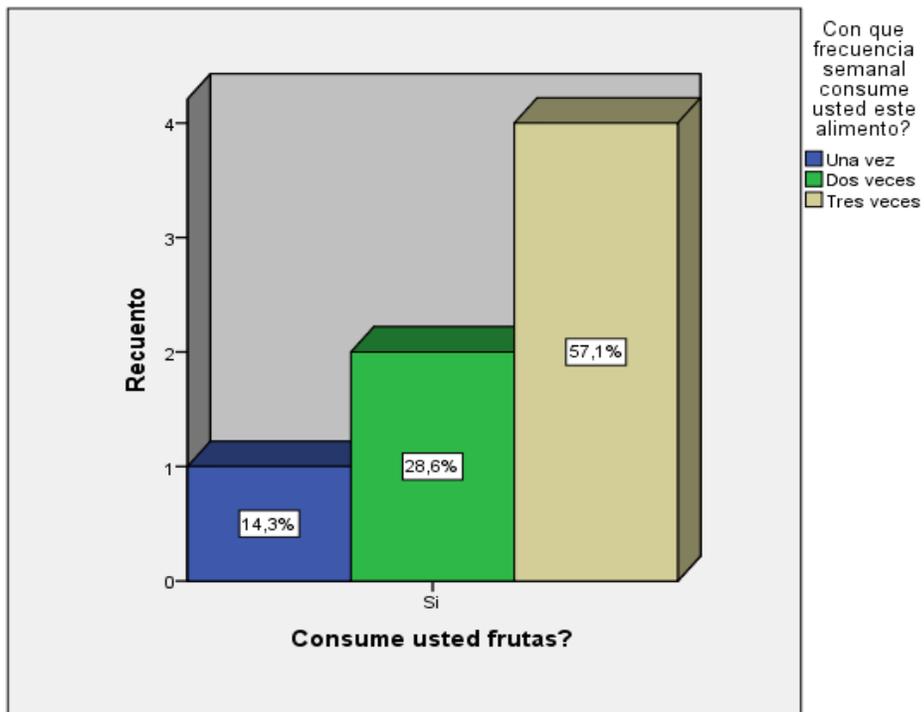
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE FRUTAS.



En el gráfico #39, encontramos que de la población objeto que consume frutas diariamente el 19.2% consume 3 veces al día, el 33.3% consume 2 veces al día.

Gráfico #40

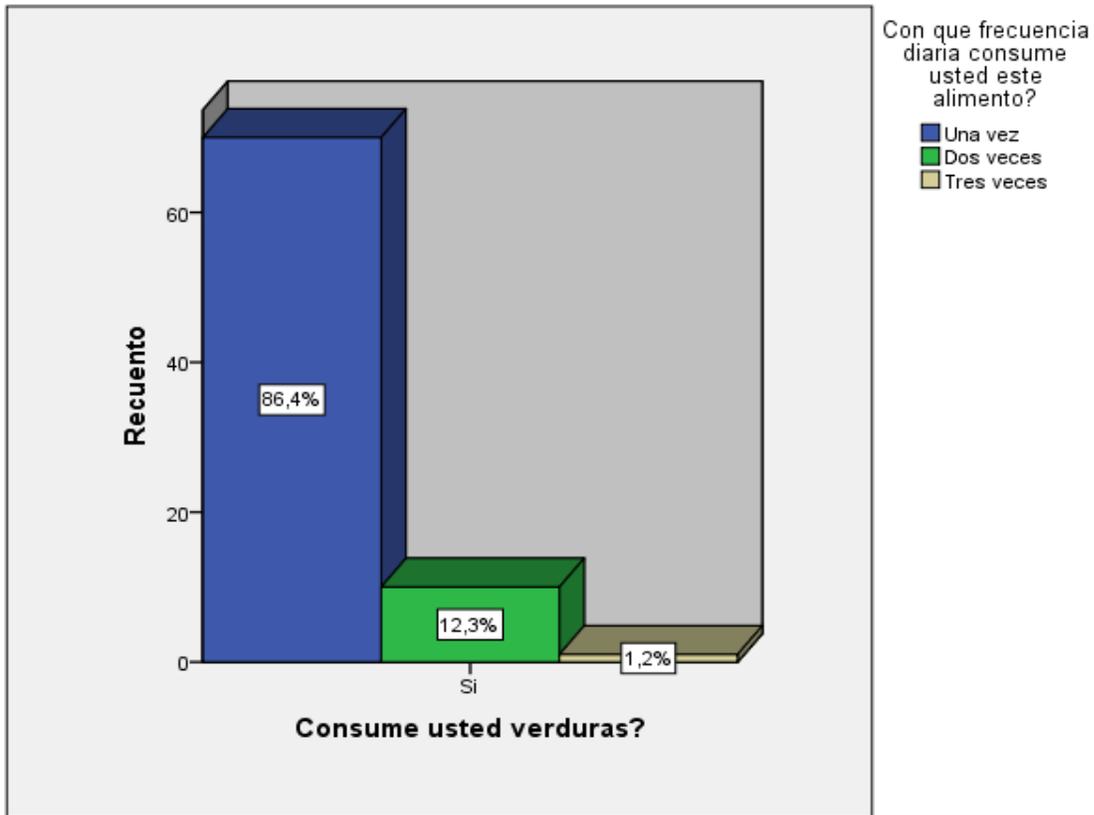
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE FRUTAS



En el gráfico #40, tenemos que de las personas que consume frutas semanalmente: el 57.1% consume frutas 3 veces a la semana, el 28.6% lo consume 2 veces por semana.

Gráfico #41

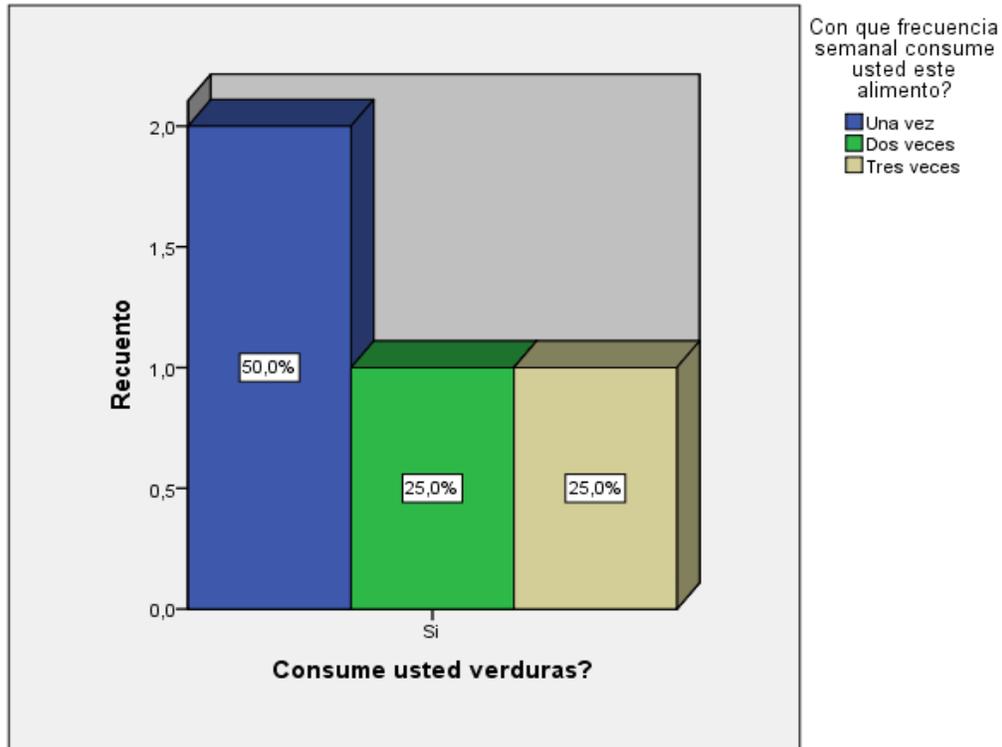
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE VERDURAS.



En el grafico #41, notamos que de las personas que consumen diariamente verduras, el 86.4% las consume 1 vez al día, el 12.3% las consume 2 veces por día.

Gráfico #42

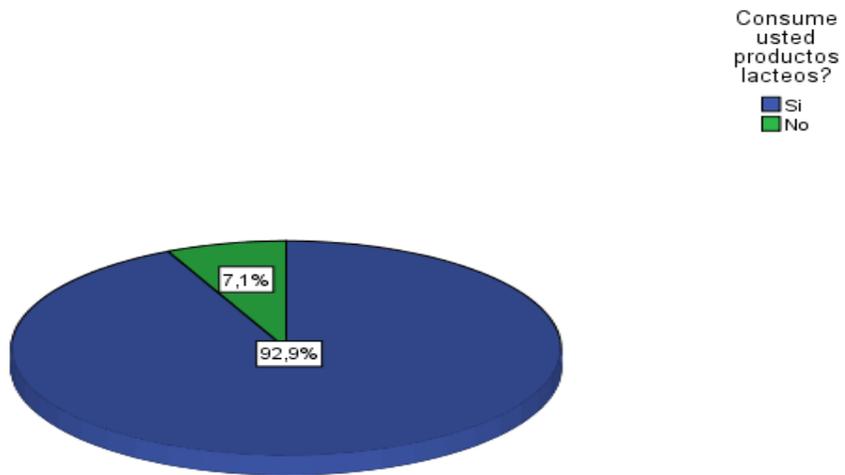
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE VERDURAS



En el gráfico #42 observamos que de la muestra que consume semanalmente verduras: el 50% consume verduras 1 vez a la semana, el 25.% las consume 2 veces a la semana y el 25% las consume 3 veces a la semana.

Gráfico #43

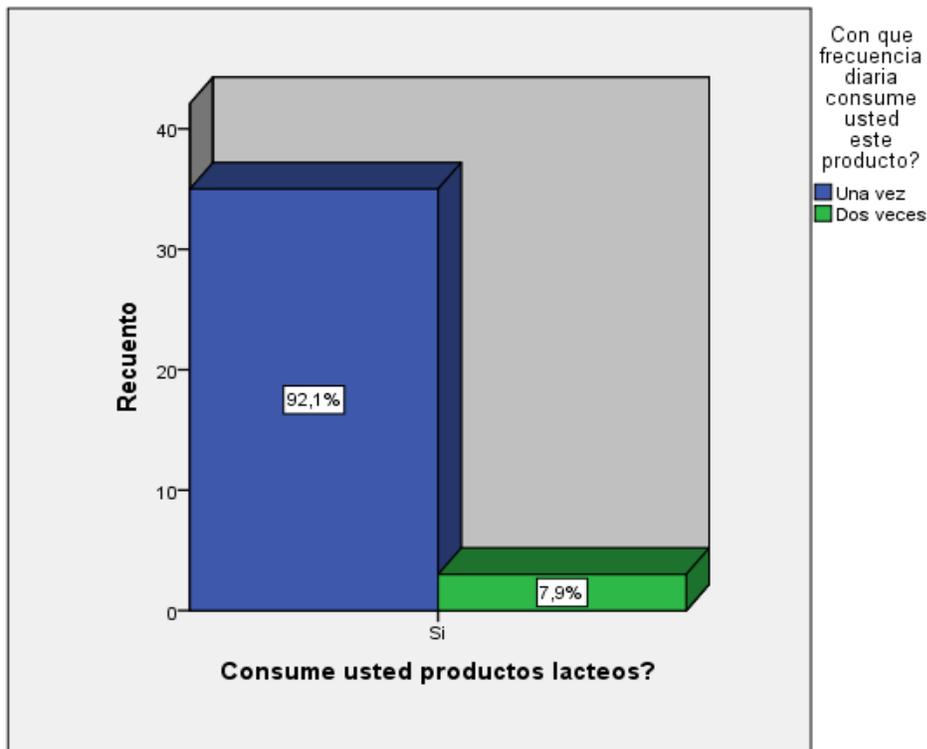
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO PRODUCTOS LÁCTEOS



En el gráfico #43 observamos que de las personas encuestadas el 92.9% consume productos lácteos.

Gráfico #44

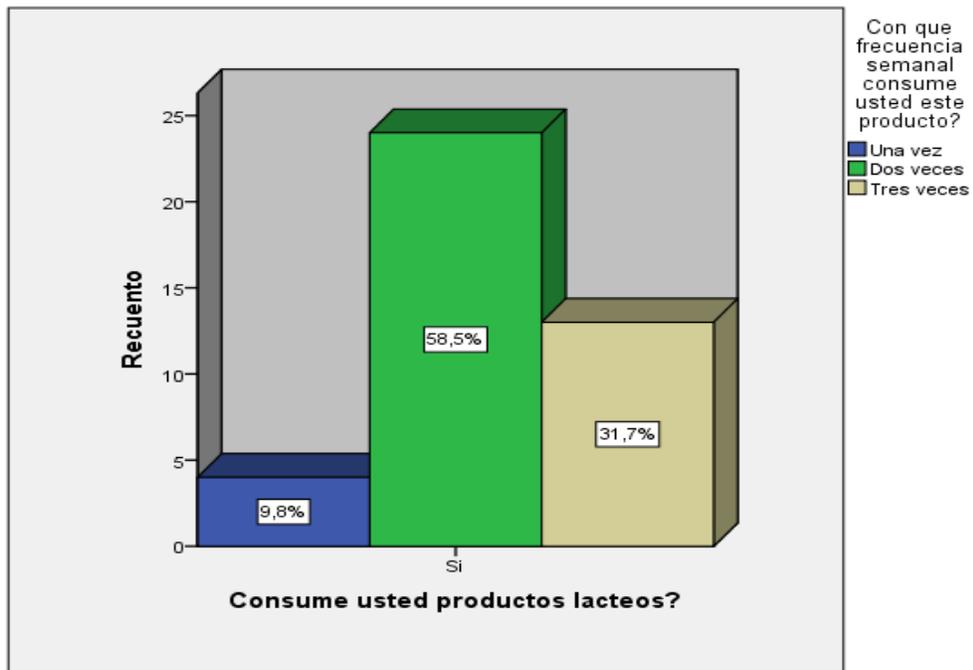
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE PRODUCTOS LÁCTEOS.



En el gráfico #44, vemos que de las personas que consumen productos lácteos diariamente: el 92.1% consume 1 vez al día y el 7.9% los consume 2 veces al día

Gráfico # 45

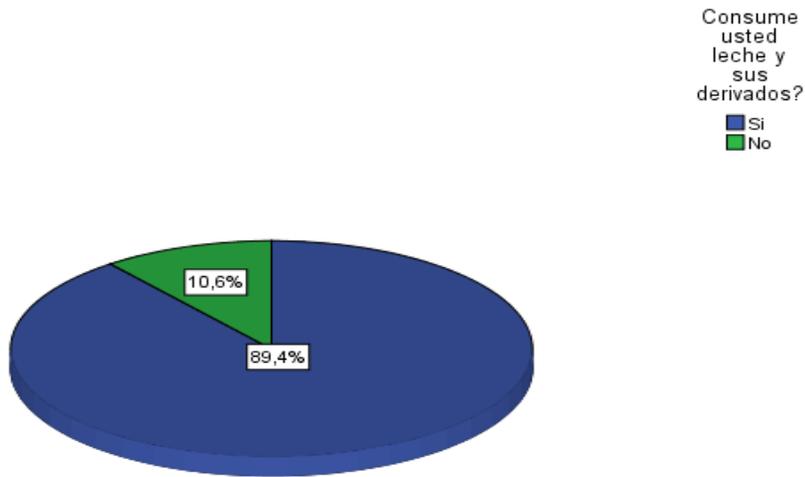
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE PRODUCTOS LÁCTEOS.



En el gráfico #45, tenemos que de las personas que consume productos lácteos: el 58.5% 2 veces a la semana y 31.7% 3 veces a la semana.

Gráfico # 46

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE LECHE Y SUS DERIVADOS



En el gráfico #46, observamos que de las personas encuestadas: el 89.4% consume leche y sus derivados.

Gráfico #47

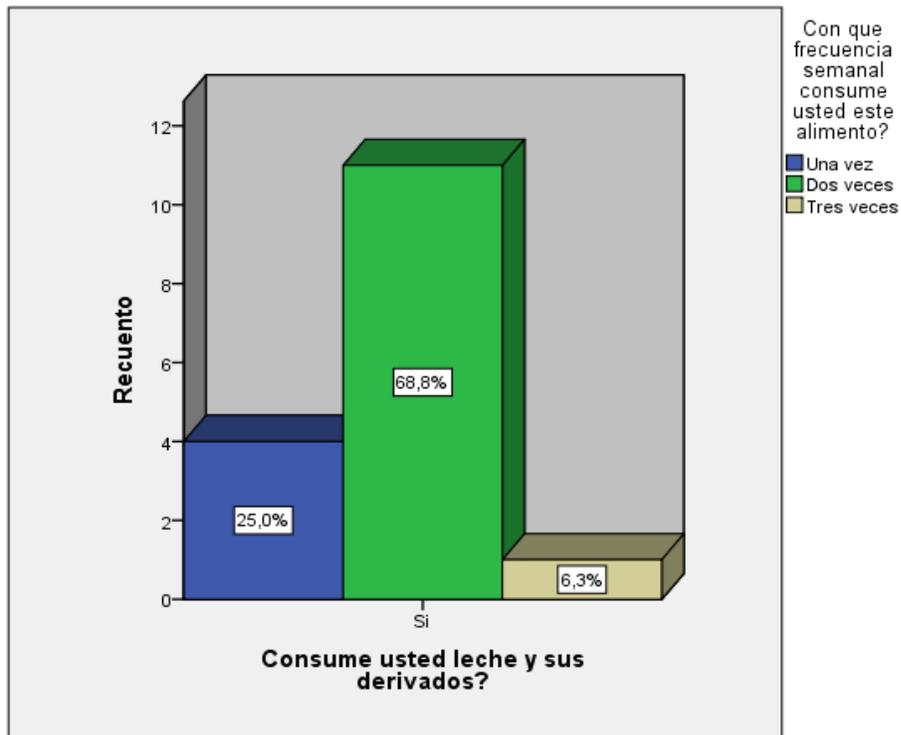
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE LECHE Y SUS DERIVADOS



En el cuadro #47, observamos que de las personas de la muestra que consume leche y sus derivados: el 91.7% la consume 1 vez al día, el 6.7% consume 2 veces al día.

Gráfico #48

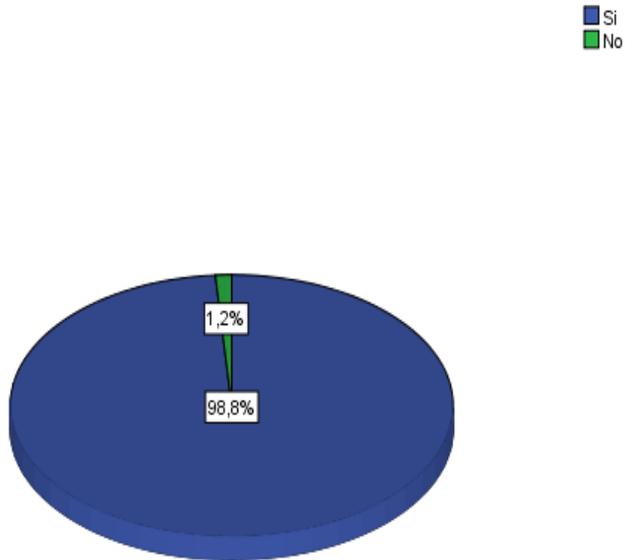
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE LECHE Y SUS DERIVADOS



En el gráfico #48, encontramos que de la muestra que consume leche y sus derivados semanalmente: el 68.8% los consume 2 veces por semana y el 6.3% lo consume 3 veces a la semana.

Gráfico #49

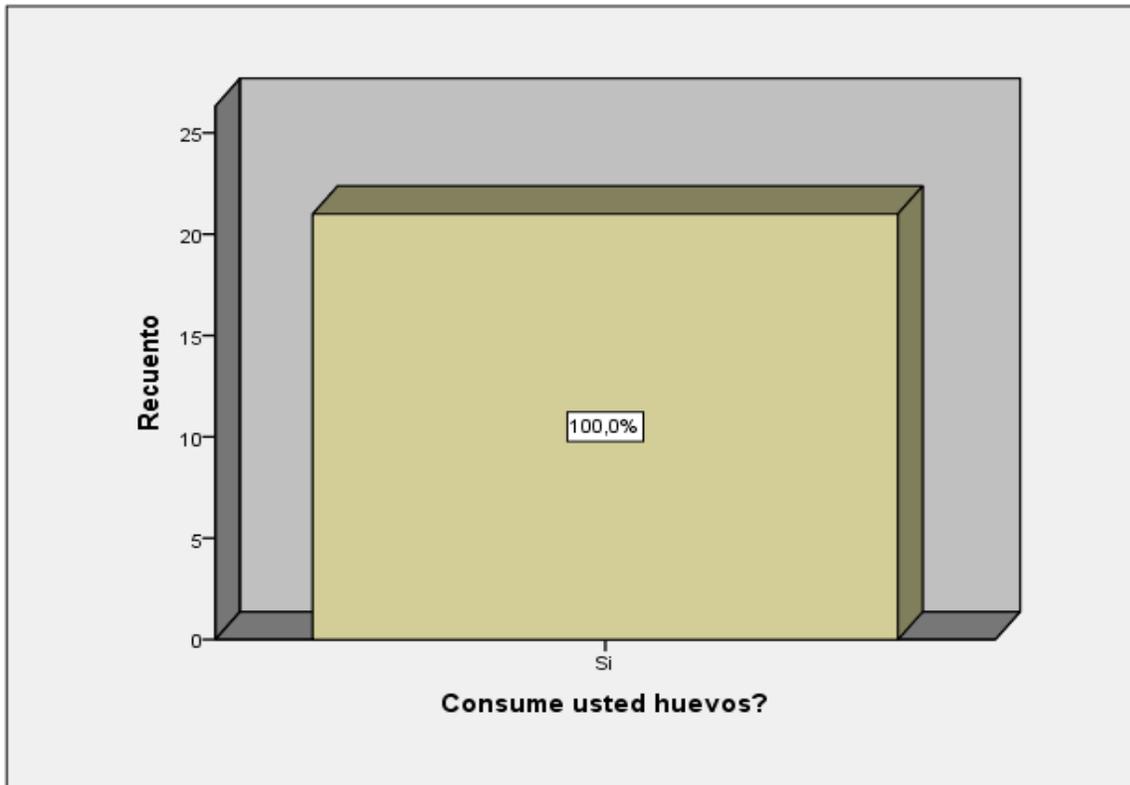
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE HUEVO



El gráfico #49, nos indica que de la muestra encuestada, el 98.8% consume huevo.

Gráfico #50

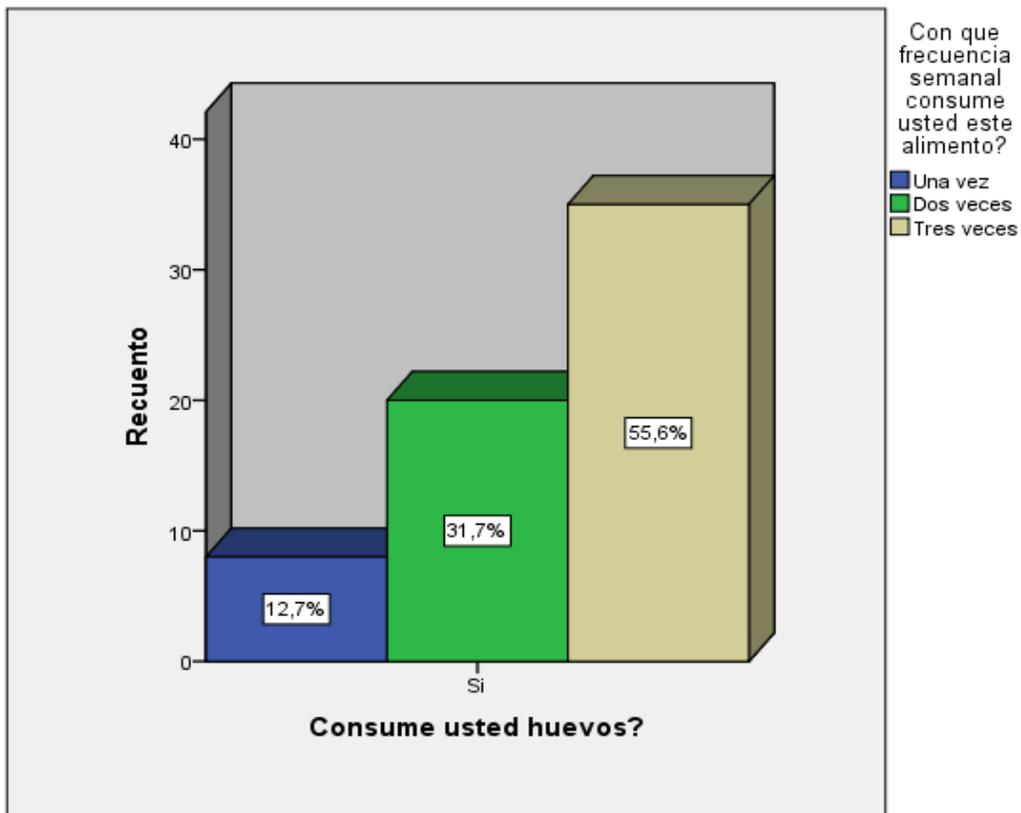
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DIARIO DE HUEVO.



En el gráfico # 50, observamos que de las personas encuestadas que consume huevo el 100% lo consume una vez al día.

Gráfico #51

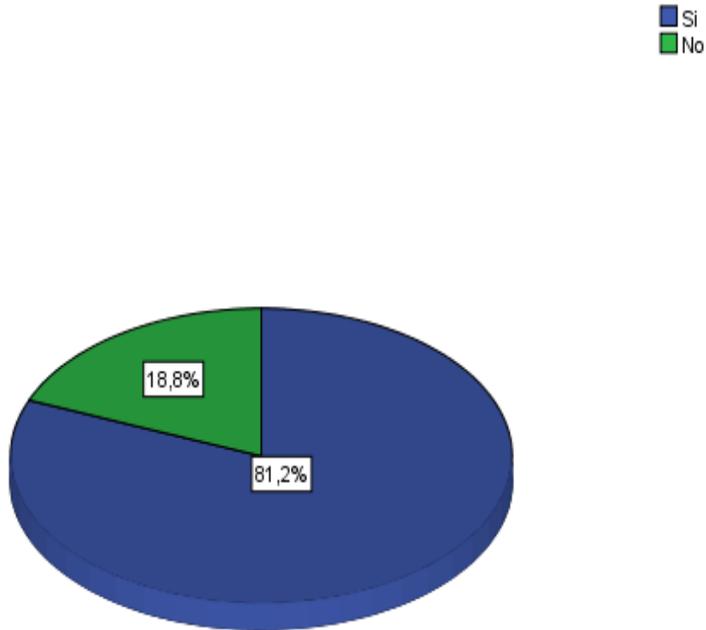
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE HUEVO.



En el gráfico #51, podemos ver que las personas de la muestra que consume huevo semanalmente: el 31.7% consume huevo 2 veces y el 55.6% lo consume 3 veces a la semana.

Gráfico #52

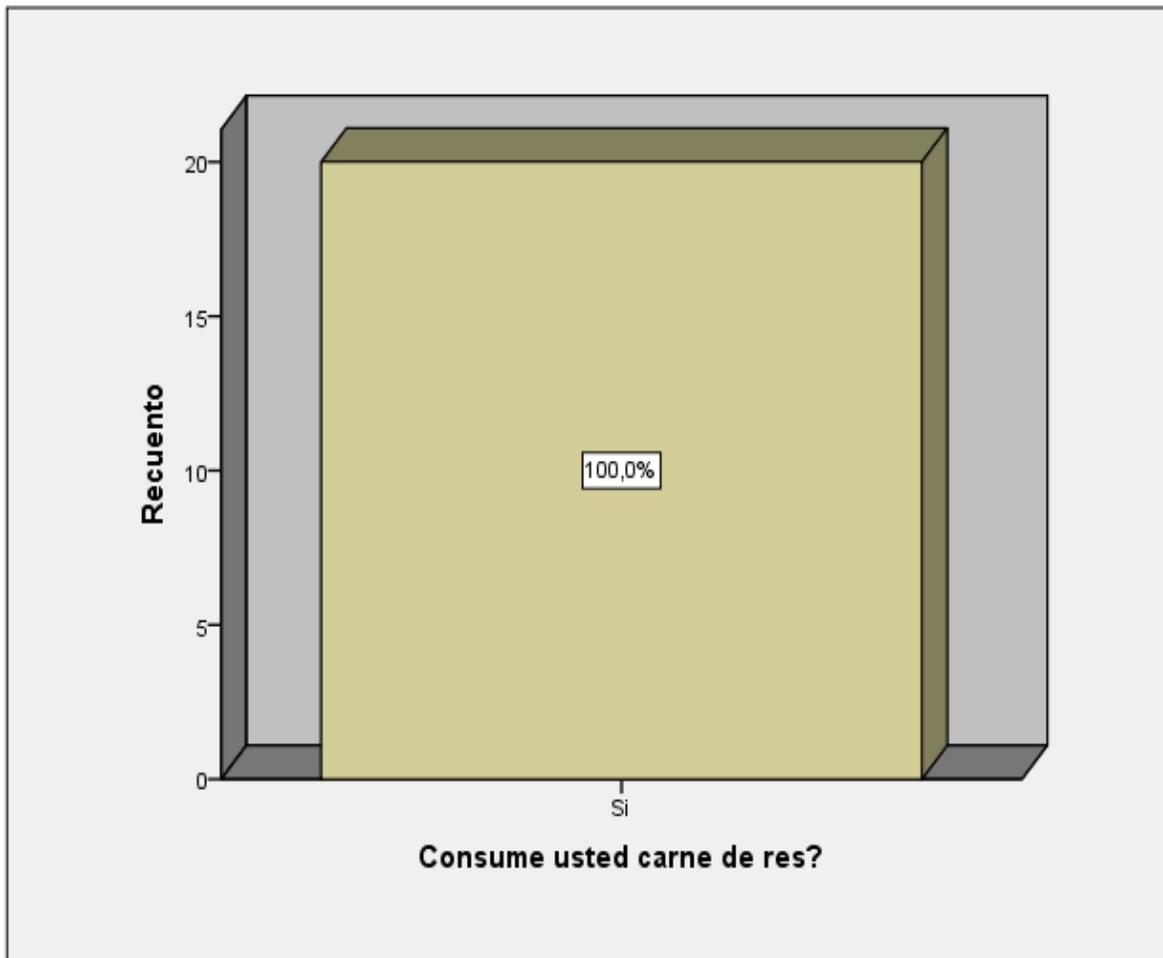
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE CARNE DE RES



En el gráfico #52, vemos que de las personas de muestra: el 81.2% consume carne de res.

Gráfico #53

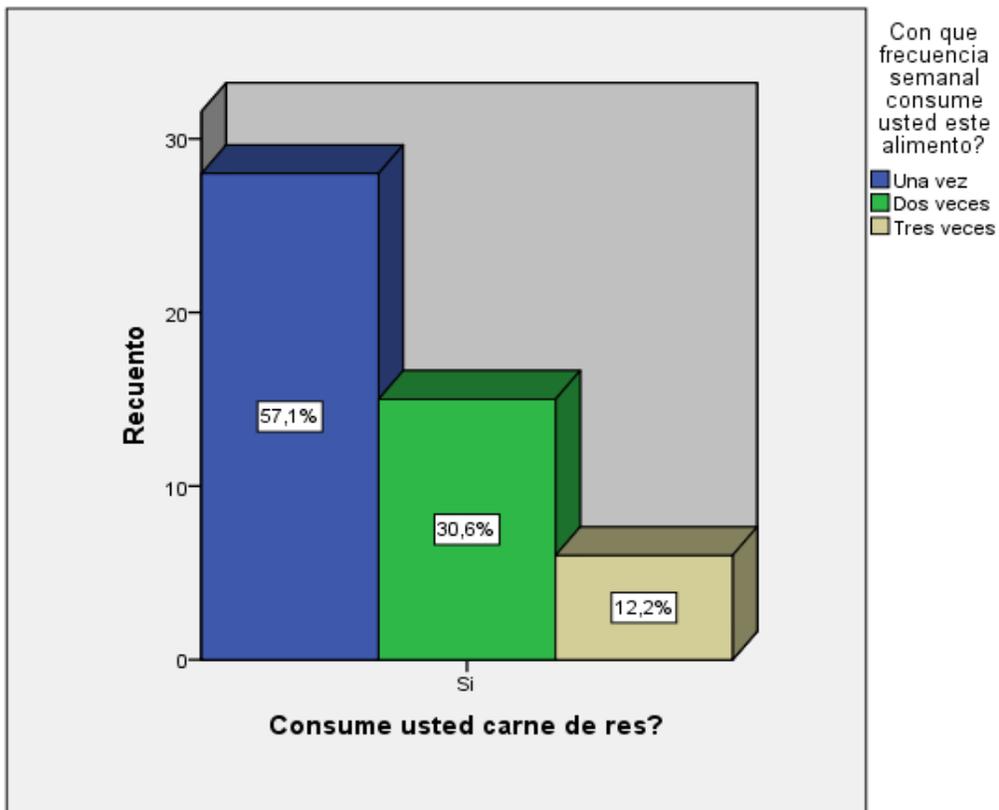
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE CARNE DE RES.



En el gráfico #53, observamos que de la muestra que consume carne el 100% de éstas personas la consume 1 vez al día.

Gráfico #54

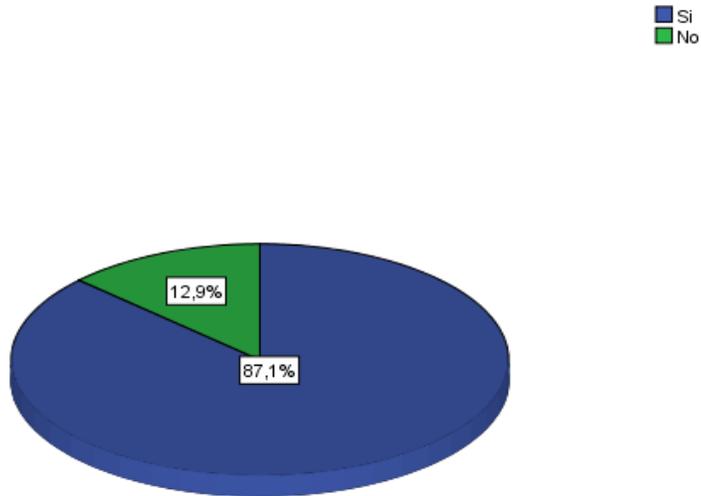
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE CARNE DE RES



En el grafico #54, vemos que de las personas que consume carne de res semanalmente: el 57.1% la consume 1 vez a la semana, el 30.6% consume 2 veces a la semana y el 12.2 consume 3 veces a la semana.

Gráfico #55

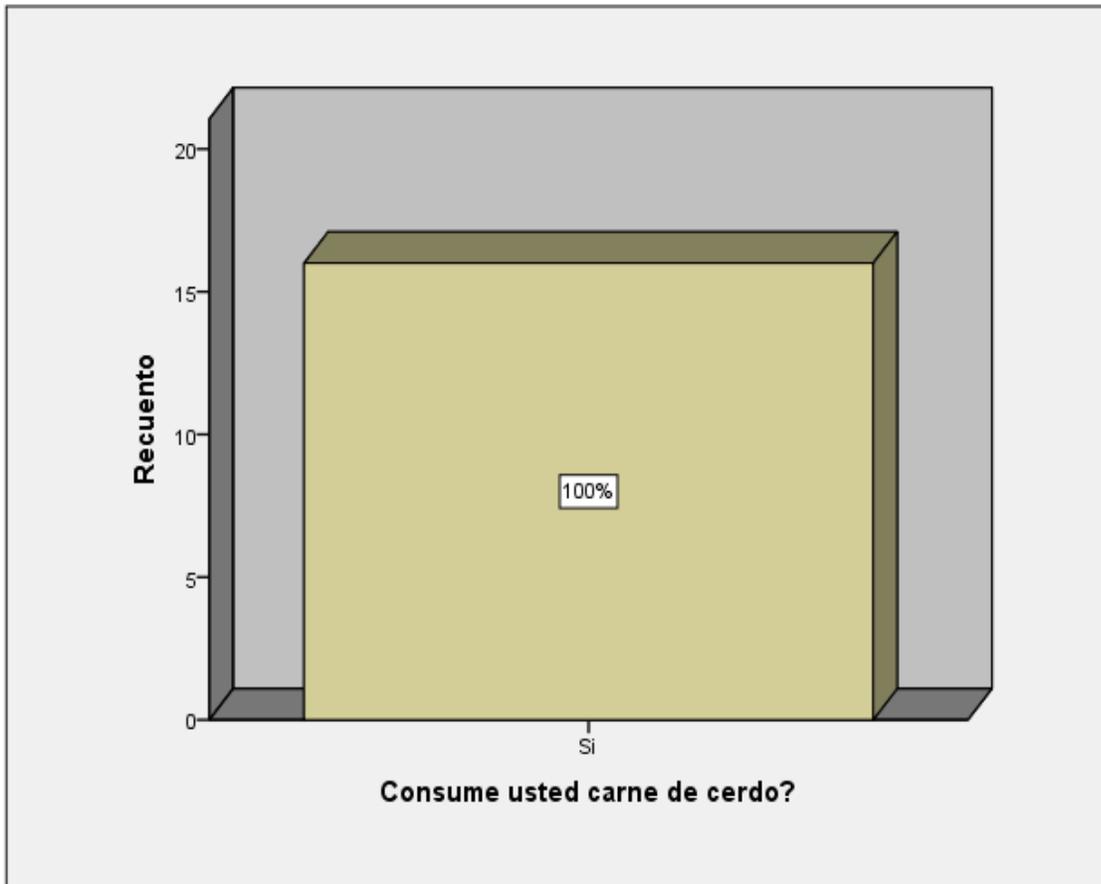
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE CARNE DE CERDO



En el gráfico #55, notamos que de las personas de la muestra encuestadas el 87.1% consume carne de cerdo.

Gráfico #56

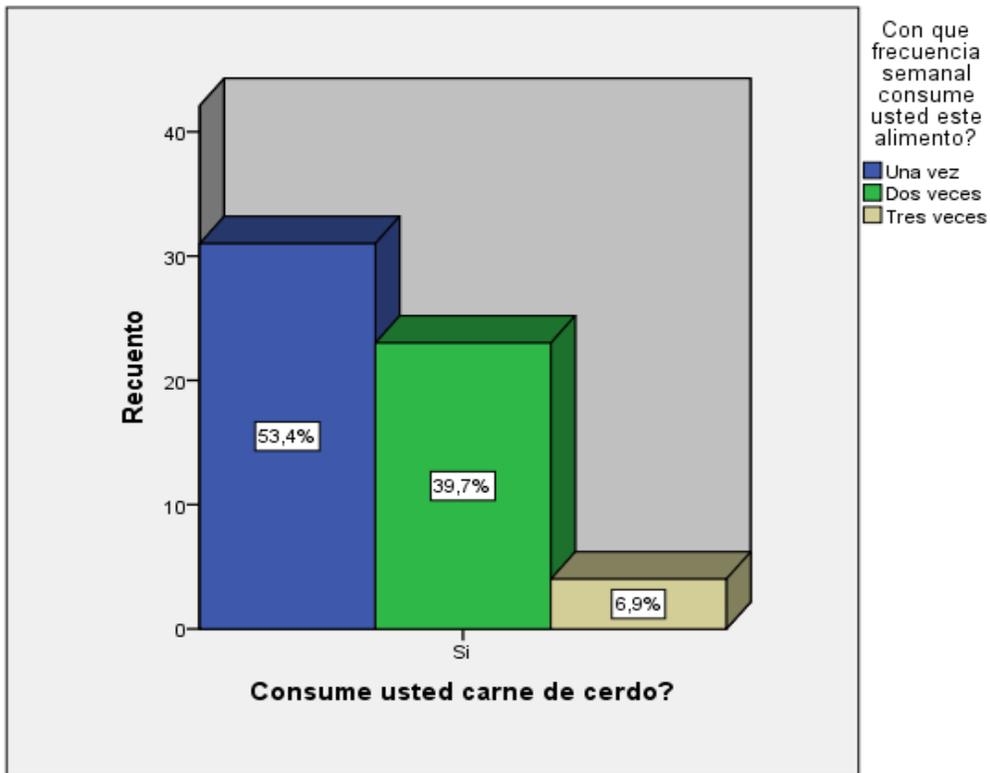
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE CARNE DE CERDO



En el gráfico #56, vemos que de las personas que consume carne de cerdo el 100% consume carne de cerdo 1 vez al dia

Gráfico #57

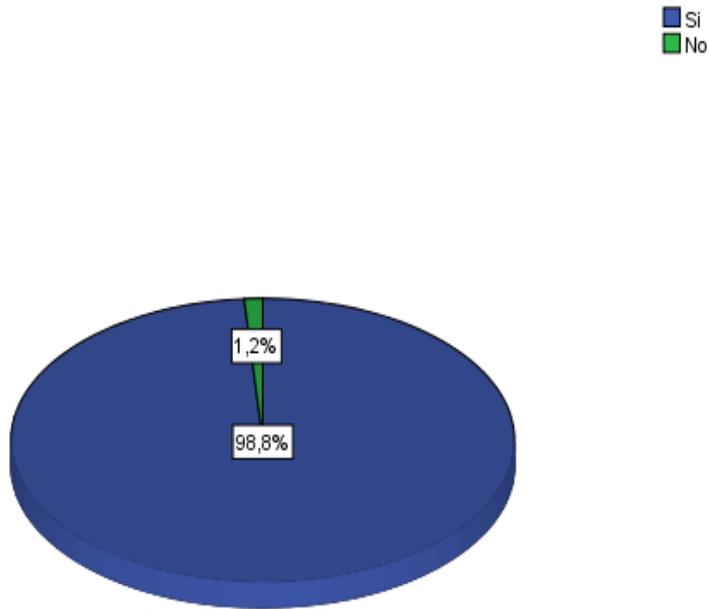
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE CARNE DE CERDO.



En el gráfico # 57, observamos que de la población que consume carne de cerdo semanalmente: el 53.4% lo consume 1 vez a la semana, el 39.7% dos veces a la semana.

Gráfico #58

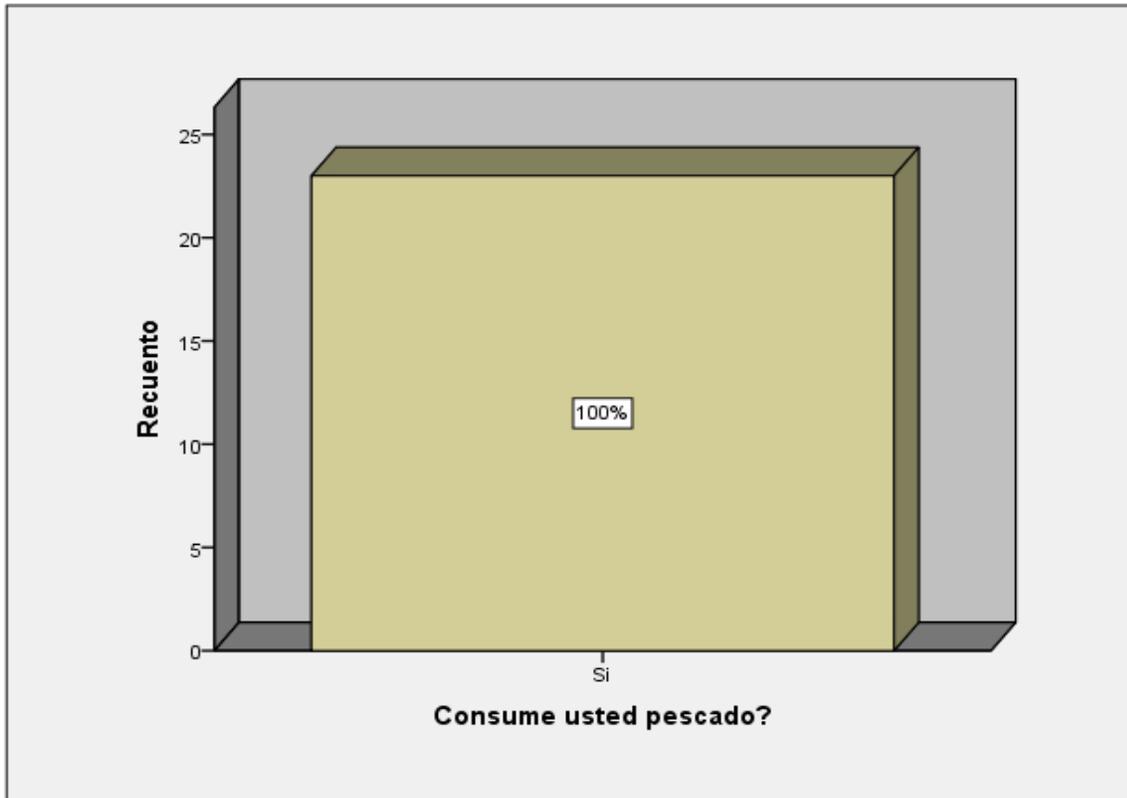
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE PESCADO



En el gráfico #58, tenemos que de las personas encuestadas: el 98.8% consume pescado.

Gráfico #59

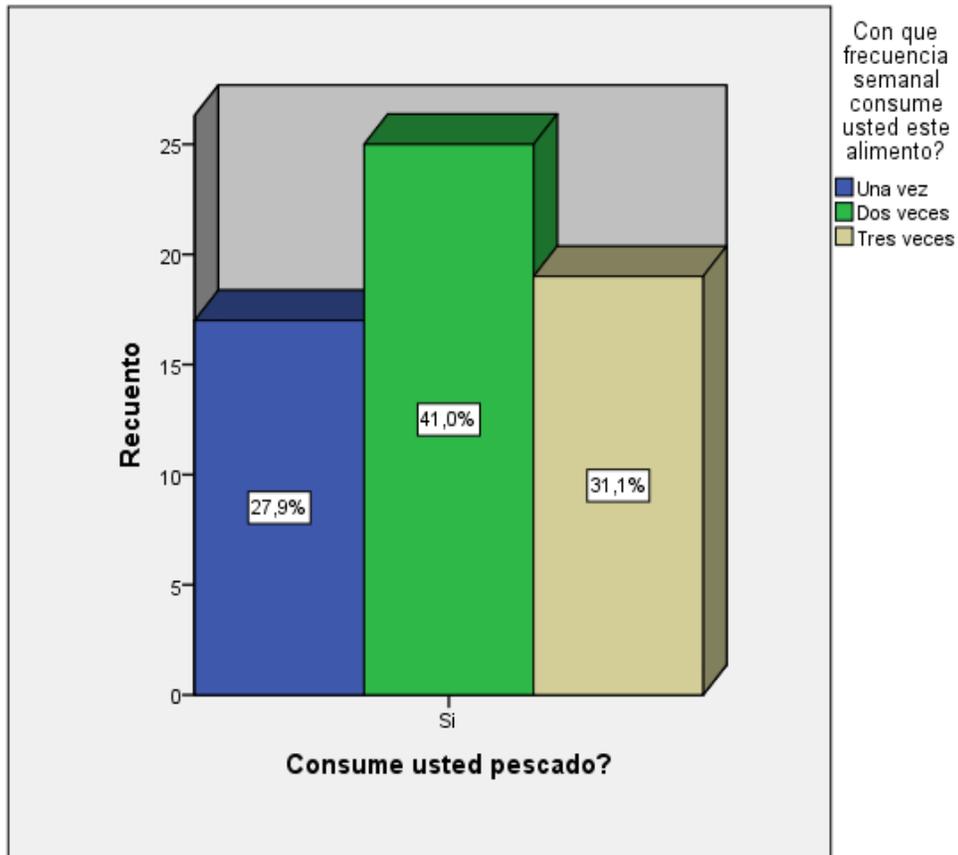
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE PESCADO



En el gráfico #59, observamos que de las personas que consumen pescado el 100% consume pescado una vez al día.

Gráfico #60

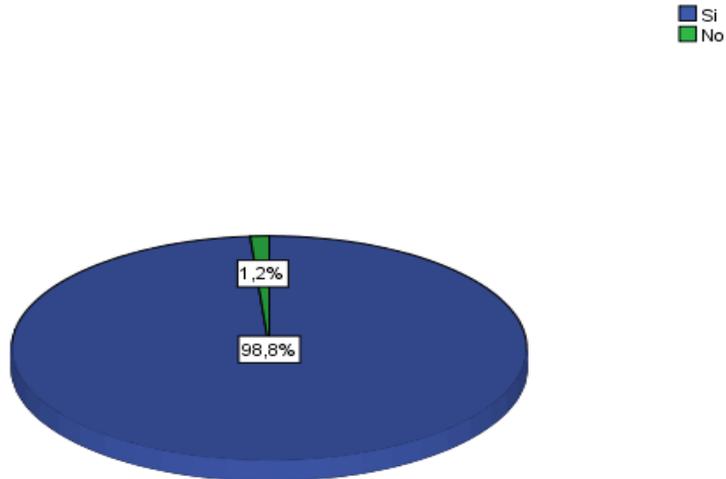
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE PESCADO.



En el gráfico #60, observamos que de las personas que consume pescado semanalmente: el 41.0% lo consume 2 veces a la semana y el 31.1% lo consume 3 veces a la semana.

Gráfico #61

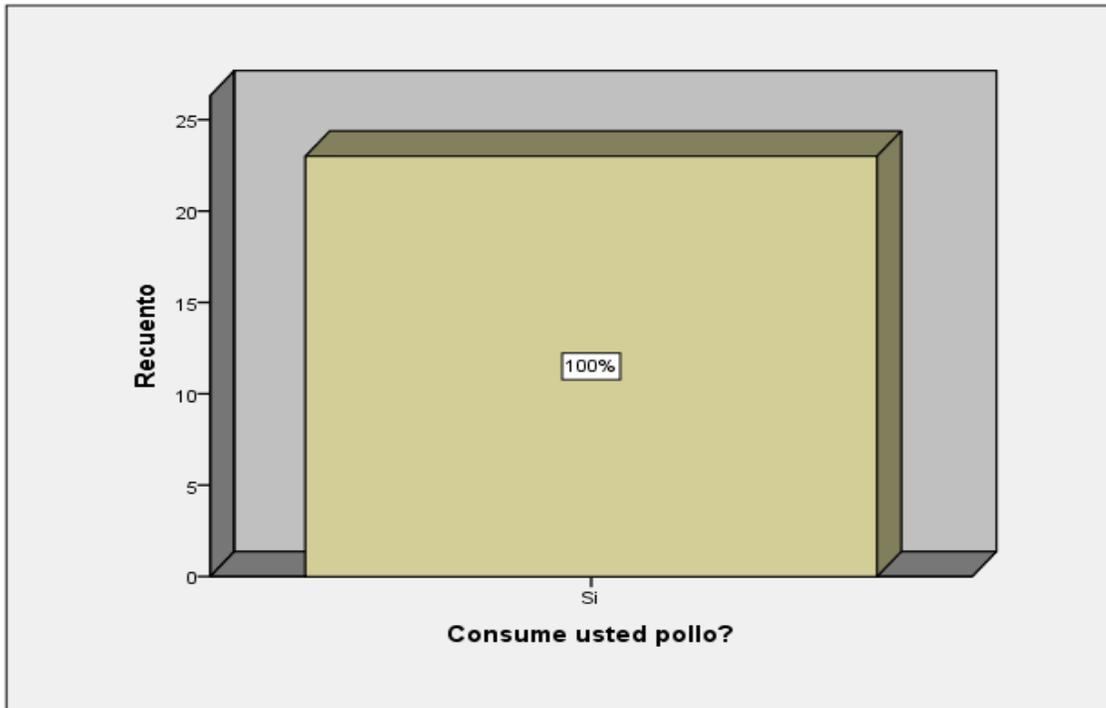
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE POLLO



En el gráfico #61, observamos que de las personas encuestadas en la presente investigación el 98.8% consume pollo.

Gráfico #62

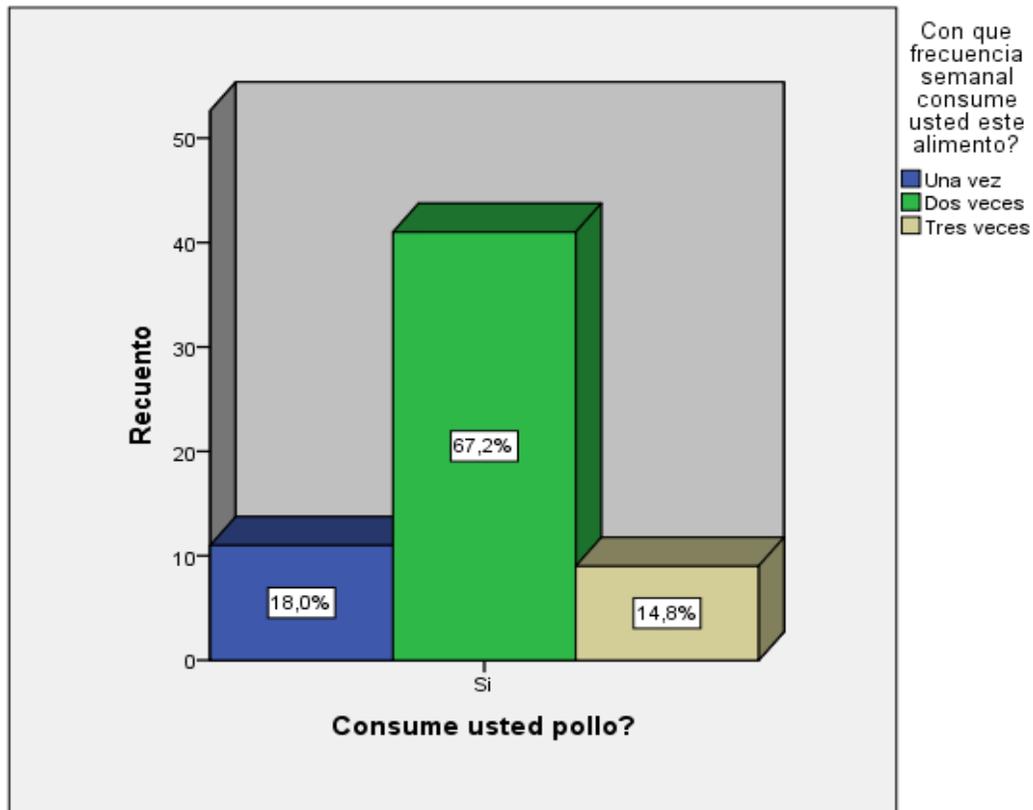
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE POLLO



En el gráfico #62, observamos que de las personas que consumen pollo, 100% lo consume 1 vez al día.

Gráfico #63

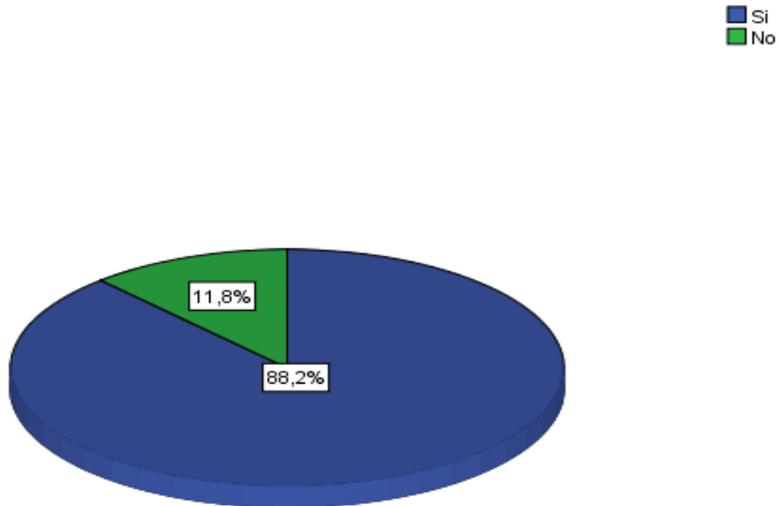
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE POLLO



En el gráfico #63, vemos que de la muestra que consume pollo semanalmente: el 67.2% lo consume 2 veces y el 14.8% lo consume 3 veces a la semana.

Gráfico #64

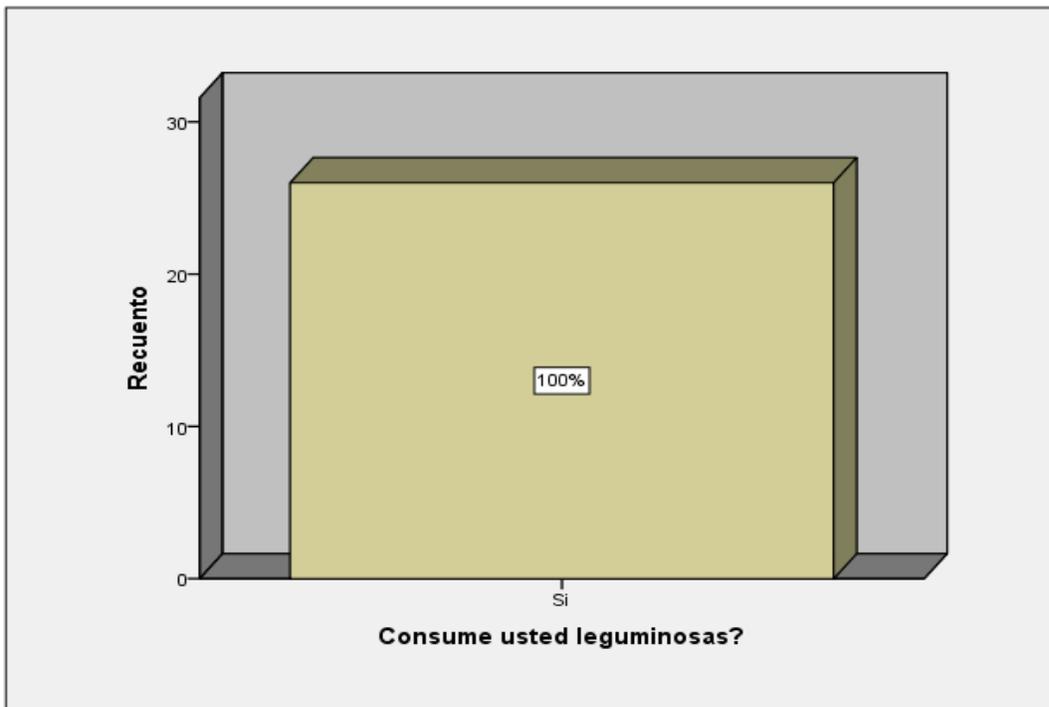
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE LEGUMINOSAS



En el gráfico # 64,observamos que de la muestra de personas encuestadas de la presente investigación el 88.2% consumen leguminosas.

Gráfico #65

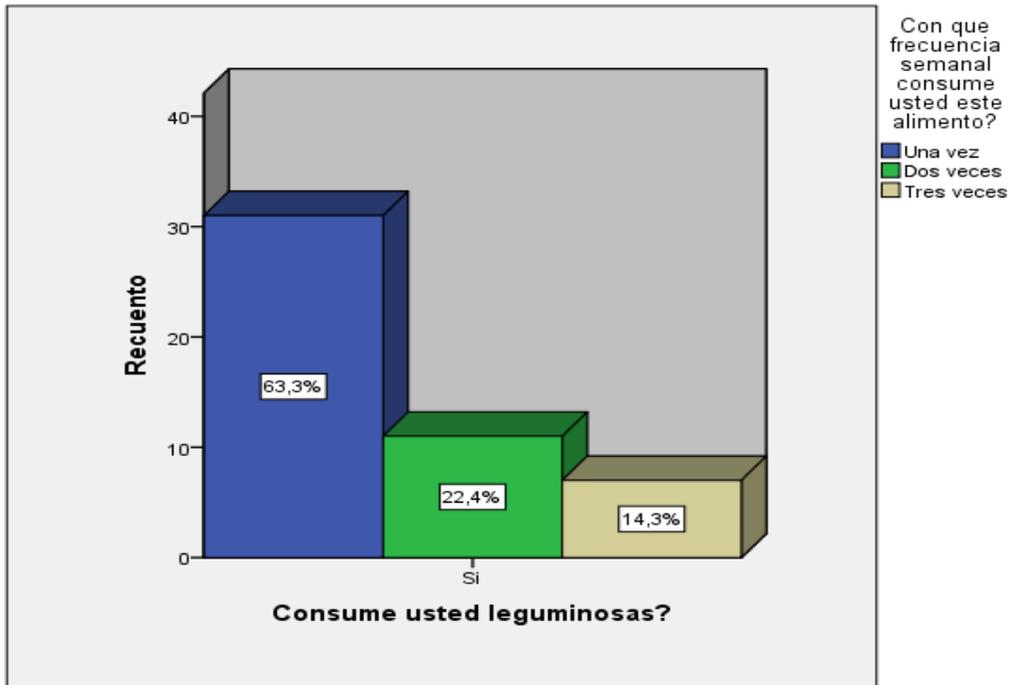
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE LEGUMINOSAS



En el gráfico #65, notamos que de las personas que consumen diario leguminosas el 100% consume 1 vez al día.

Gráfico #66

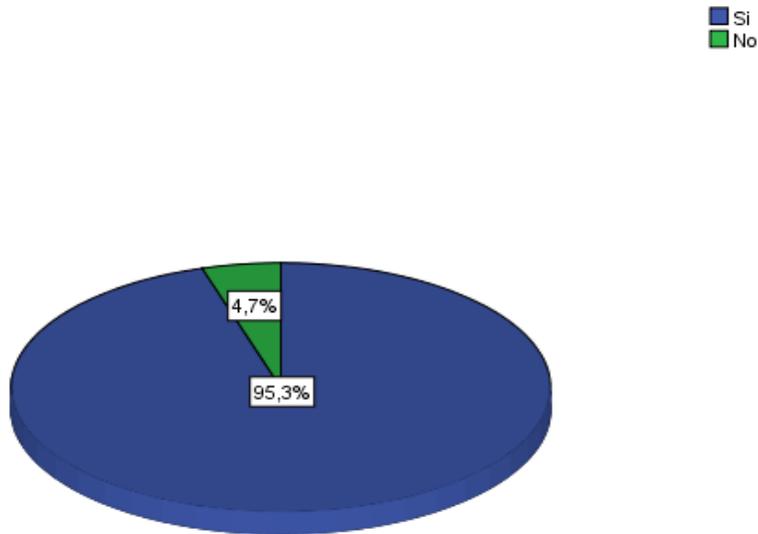
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE LEGUMINOSAS



En el gráfico # 66, encontramos que de las personas que consume semanalmente leguminosas: el 63.3% las consume 1 vez a la semana, el 22.4% las consume 2 veces y el 14.3% las consume 3 veces a la semana.

Gráfico #67

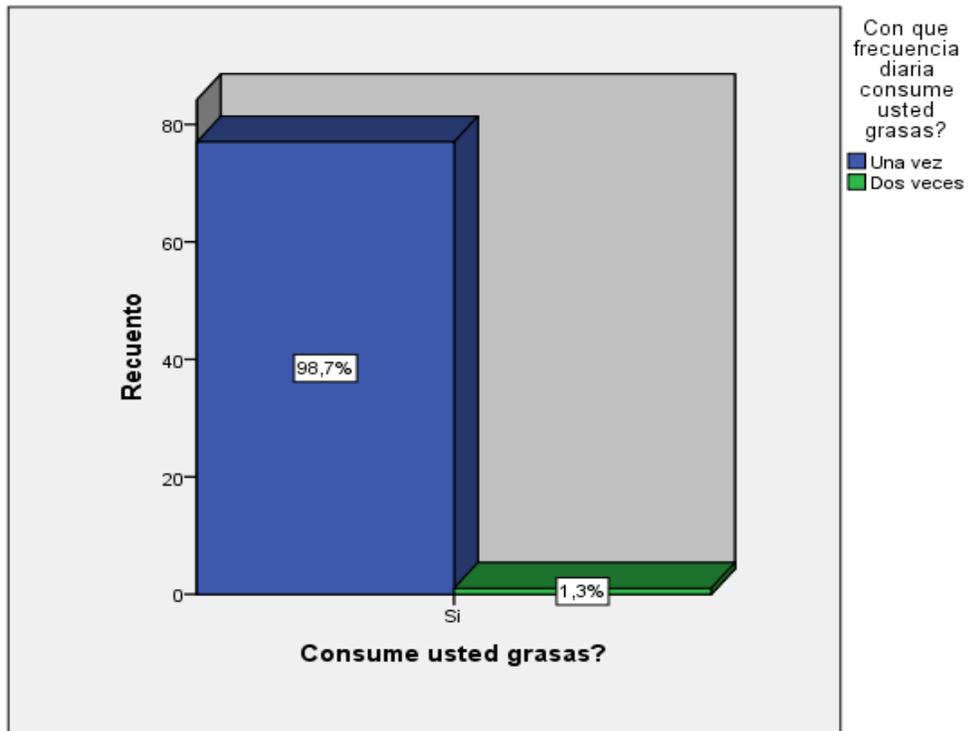
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE GRASAS



En el gráfico #67, vemos que de las personas encuestadas de la presente investigación: el 95.3% consume grasas.

Gráfico #68

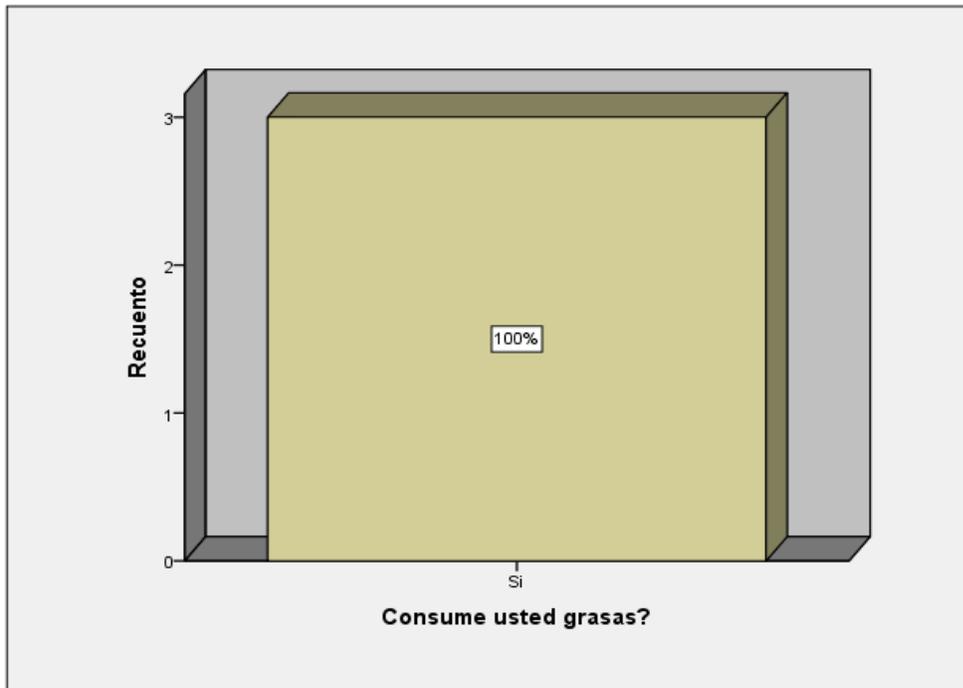
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE GRASAS



En el gráfico # 68, encontramos que de las personas que consume diariamente grasas: el 98.7% las consume 2 veces al día.

Gráfico #69

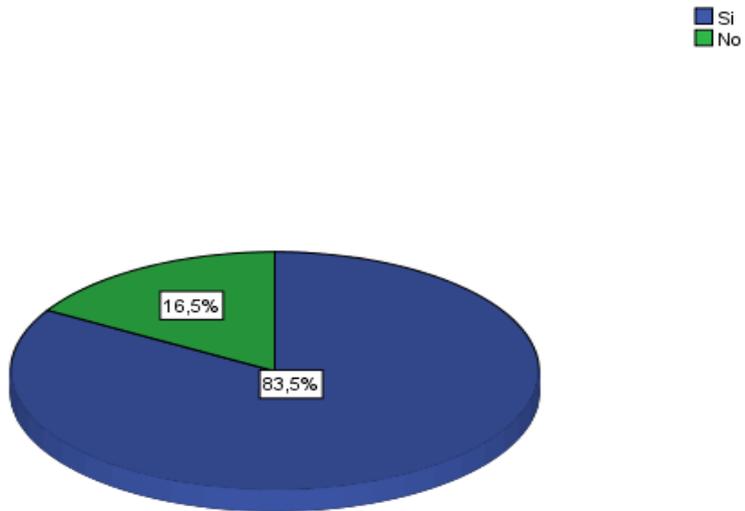
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DEL CONSUMO DE GRASAS



En el gráfico #69, tenemos que de las personas que consume grasas en la semana, el 100% consume 1 vez a la semana este tipo de alimento.

Gráfico #70

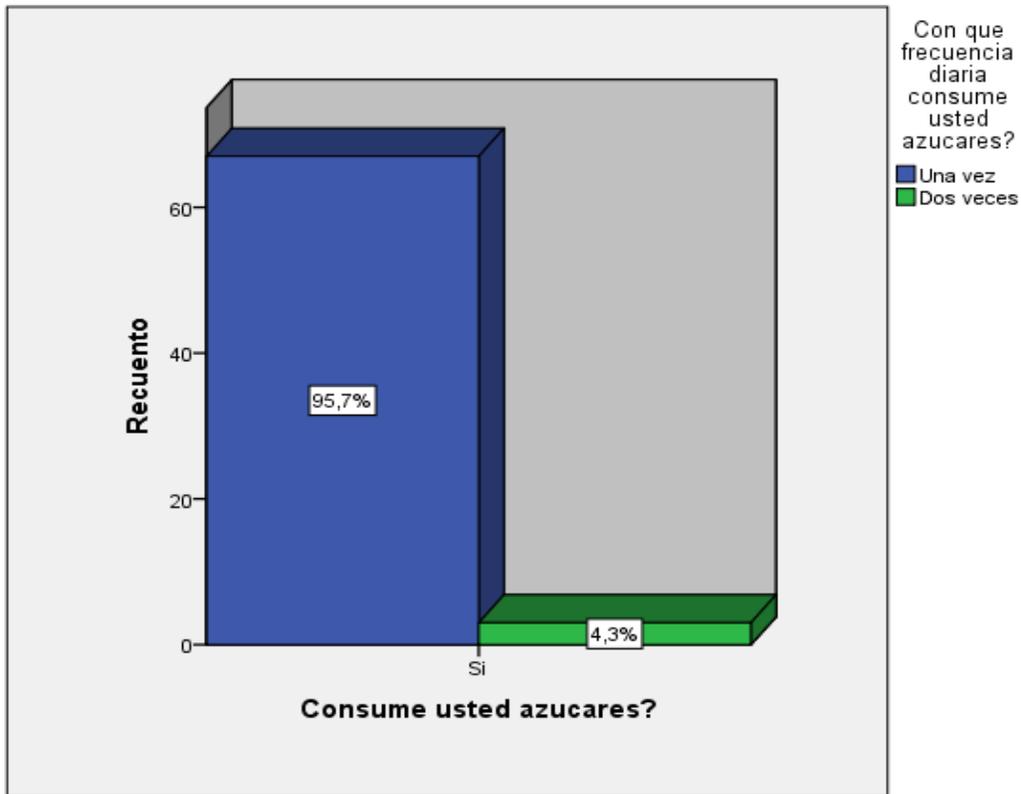
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE AZÚCAR



En el gráfico #70, vemos que de la muestra encuestada: el 83.5% consume azúcar y el 16.5% no consume azúcar.

Gráfico #71

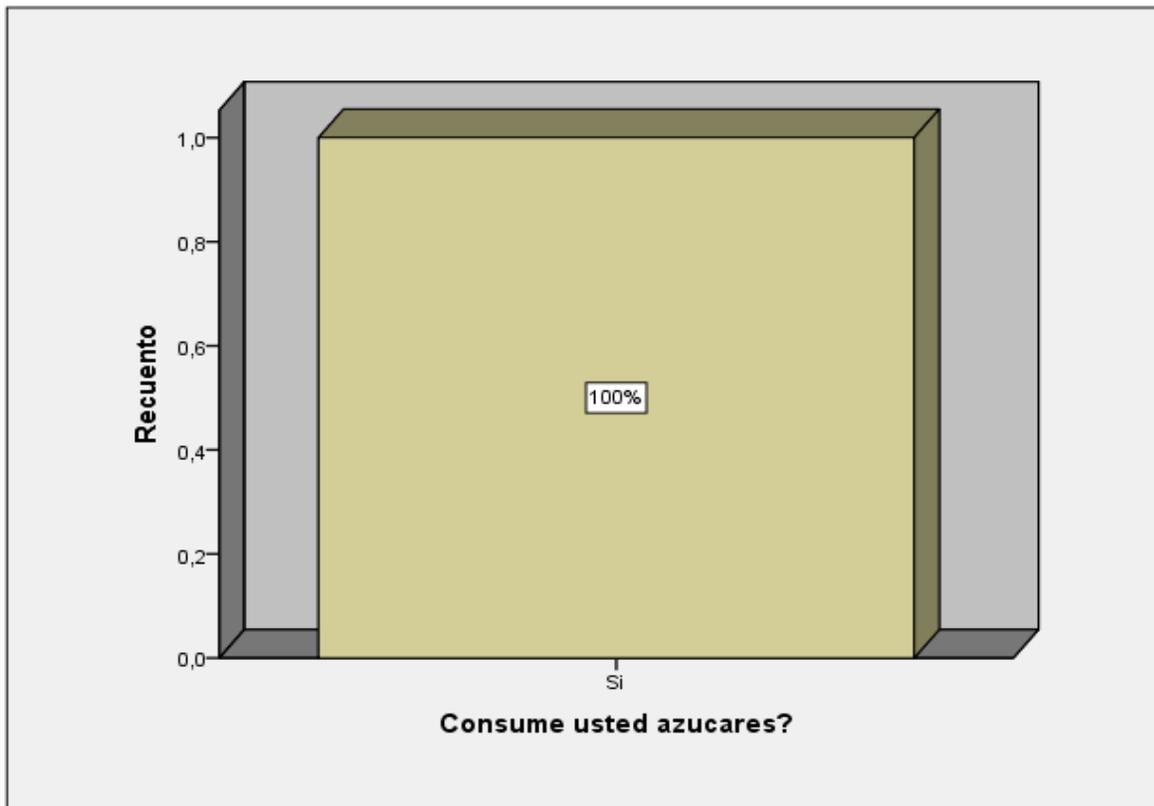
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE AZÚCAR



En el gráfico #71, observamos que de las personas que consume azúcar diario: el 95.7% de las personas consume azúcar 2 veces al día.

Gráfico #72

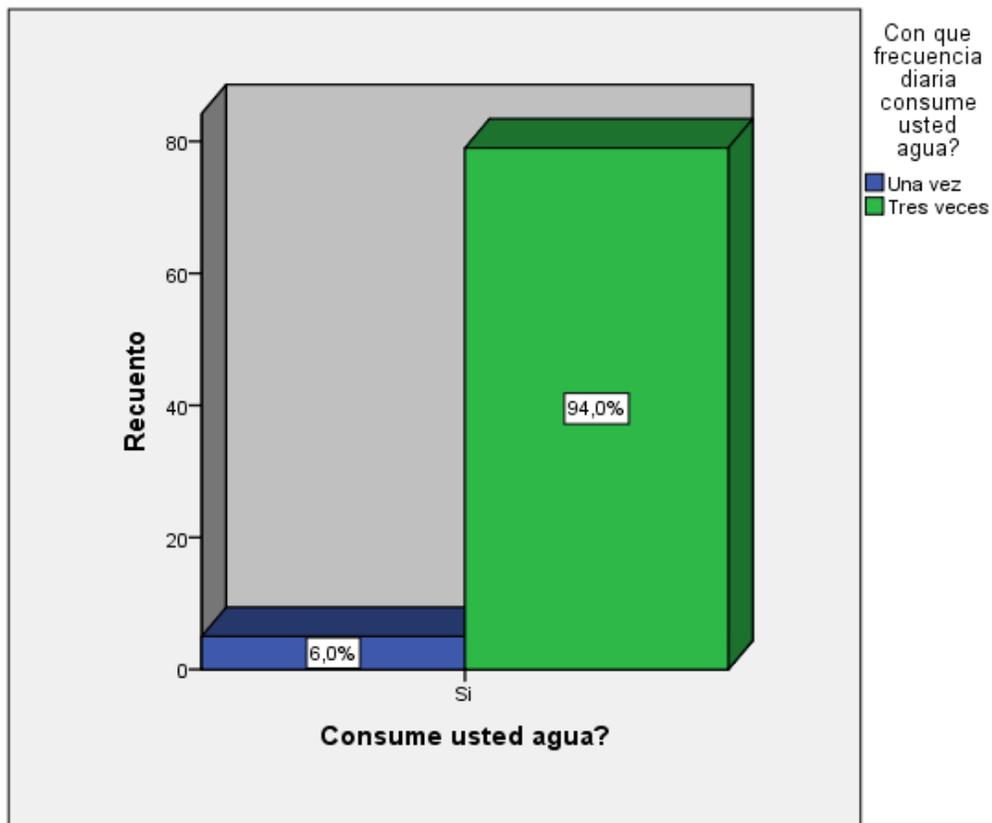
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE AZÚCAR



En el gráfico #72, observamos que de las personas que consume azúcar semanalmente: el 100% la consume una vez a la semana.

Gráfico #73

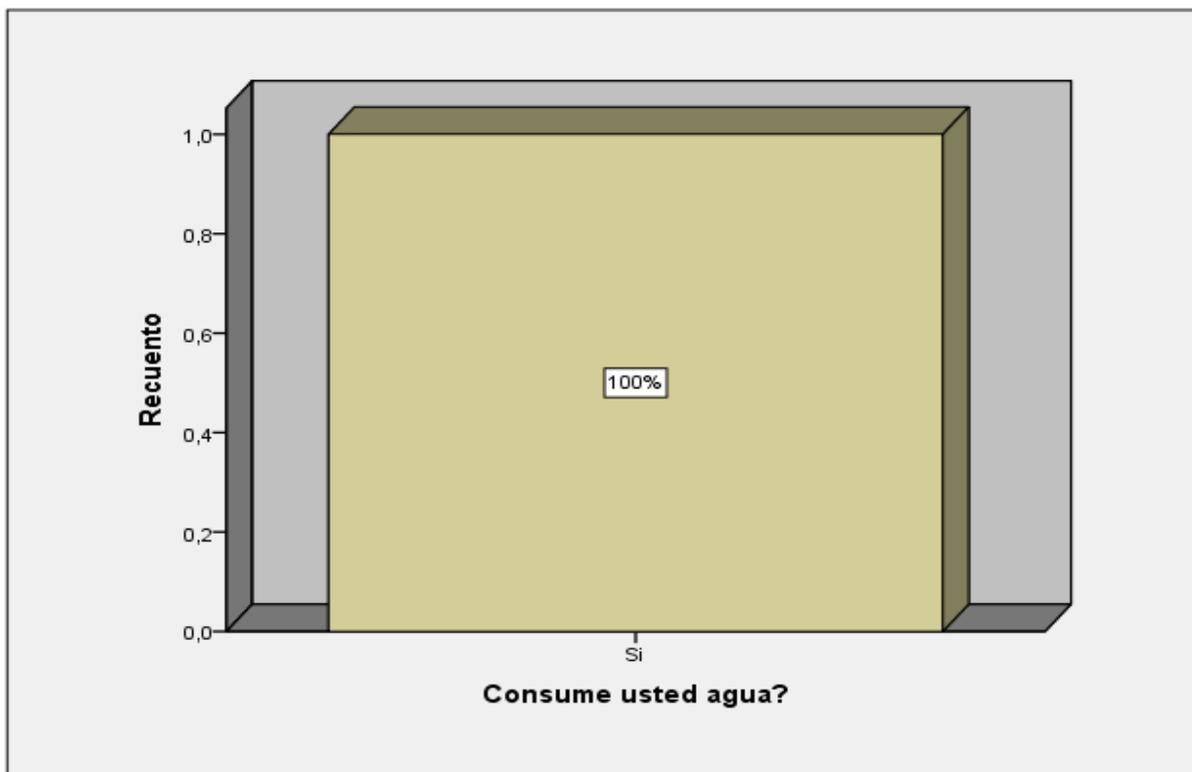
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA DIARIA DE CONSUMO DE AGUA



En el gráfico #73, sabemos que de las personas que consumen agua diariamente: el 94.% toman agua 3 veces al día.

Gráfico #74

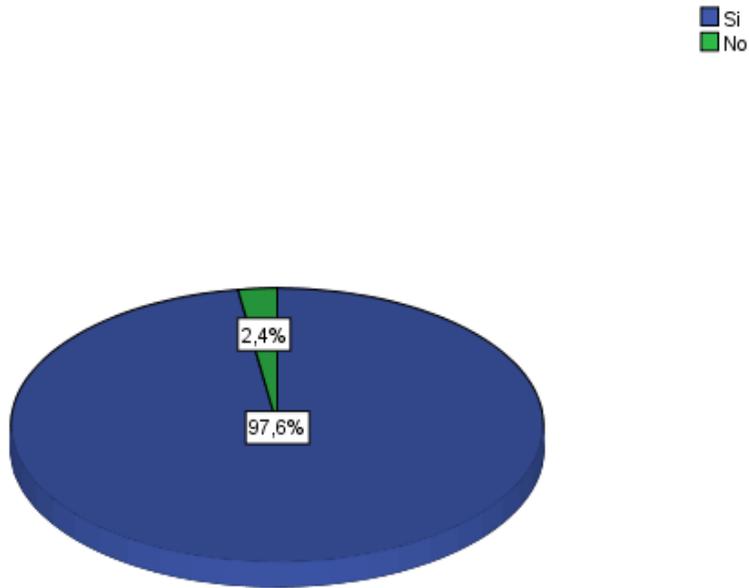
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN FRECUENCIA SEMANAL DE CONSUMO DE AGUA



En el gráfico #74, encontramos que de las personas que consumen agua semanalmente: el 100% consume 1 vez a la semana.

Gráfico # 75

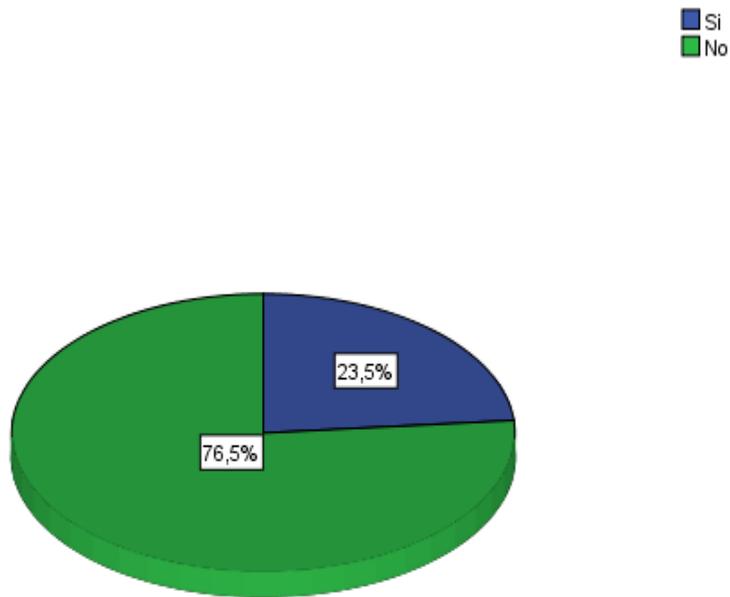
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE DESAYUNO



En el gráfico #75, observamos que de las personas encuestadas: el 97.6% desayunan

Gráfico # 76

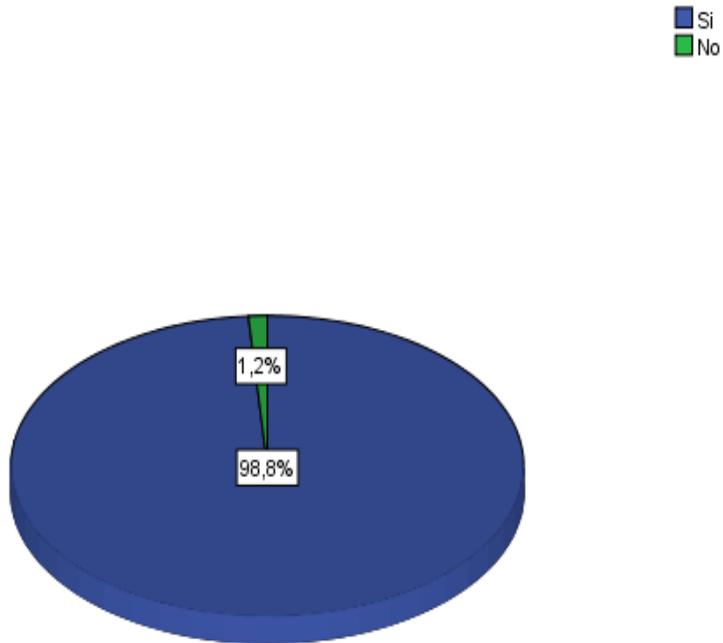
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE MERIENDA DE LA MAÑANA.



En el gráfico #76, observamos que de las personas encuestadas en la presente investigación: el 23.5% consume merienda de la mañana.

Gráfico #77

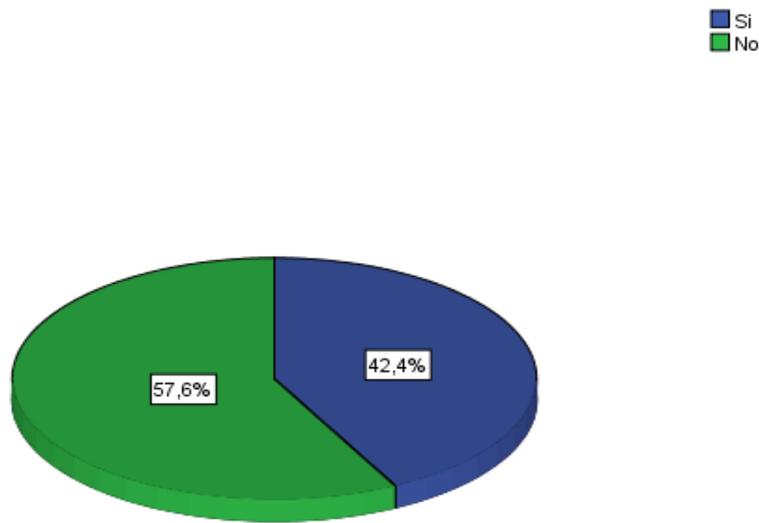
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE ALMUERZO.



En el gráfico #77, observamos que de la muestra de la presenta investigación el 98.8% almuerzan.

Gráfico #78

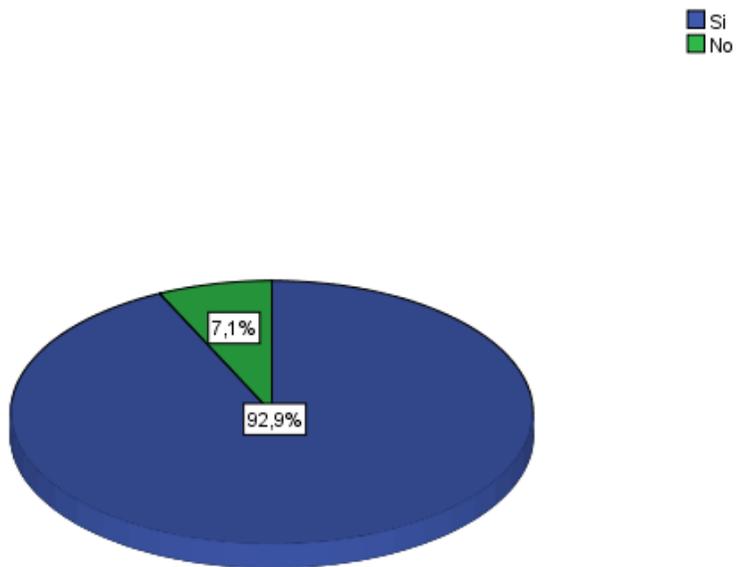
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE MERIENDA EN LA TARDE.



En el gráfico #78, observamos que de la población objeto de esta investigación el 42.4% consume merienda en la tarde.

Gráfico # 79

DISTRIBUCION DE LA MUESTRA SEGÚN CONSUMO DE CENA

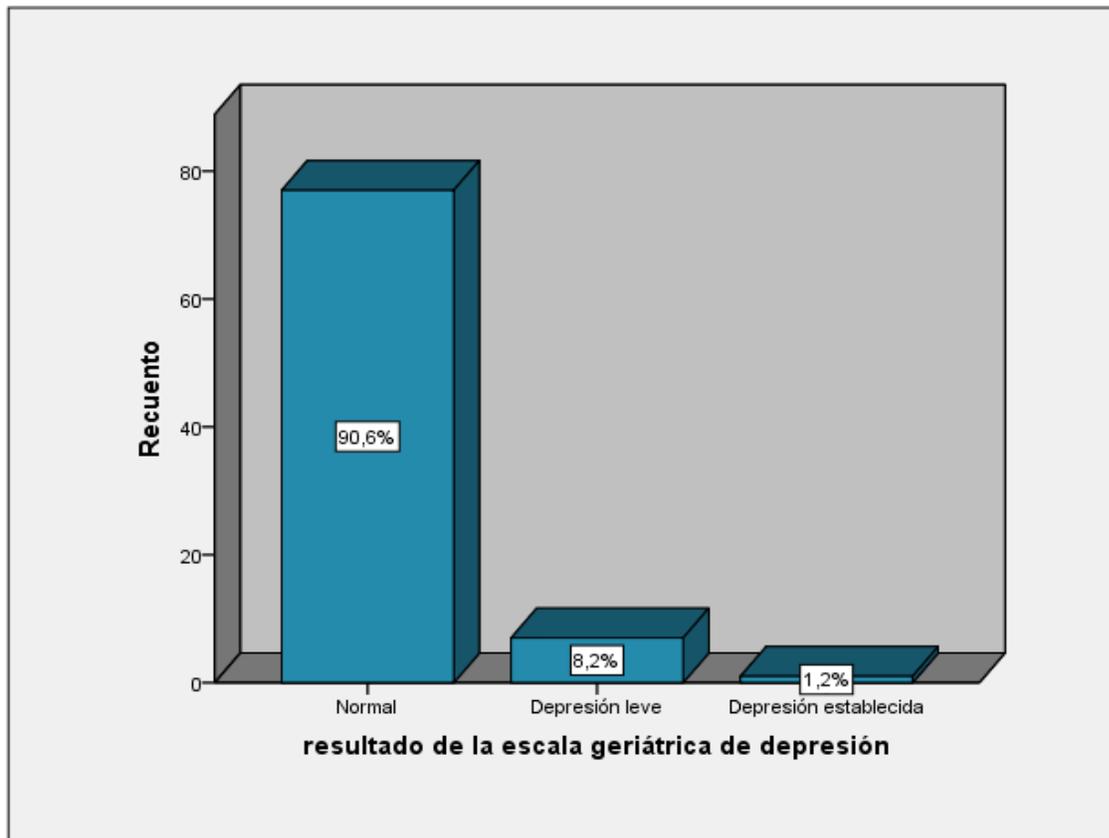


En el gráfico 79, observamos que de la población objeto de esta investigación el 92.9% toma cena.

OBJETIVO 4

Gráfico #80

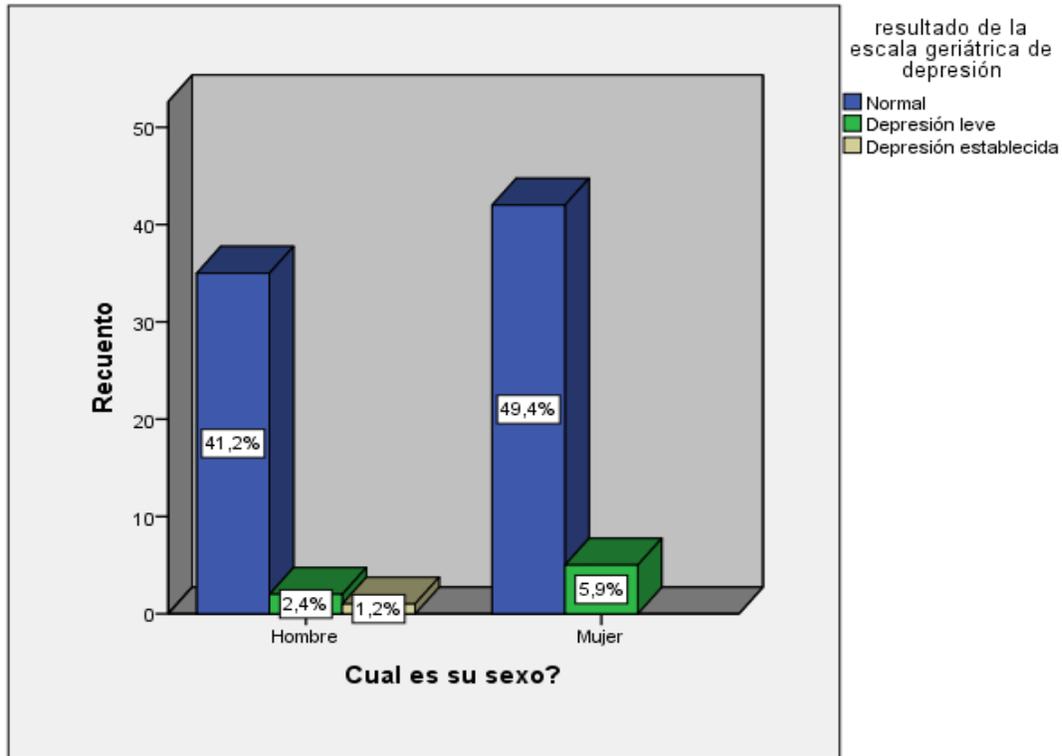
NIVEL DE ESTRÉS APLICANDO ESCALA GERIÁTRICA (YESAVAGE J.)



En el gráfico #80, se encuentra que de la población a quien le aplicó la escala geriátrica de depresión (Yesavage J.): el 90.6% no presenta depresión, el 8.2% presentan nivel de depresión leve y 1.2% presenta depresión establecida.

Gráfico #81

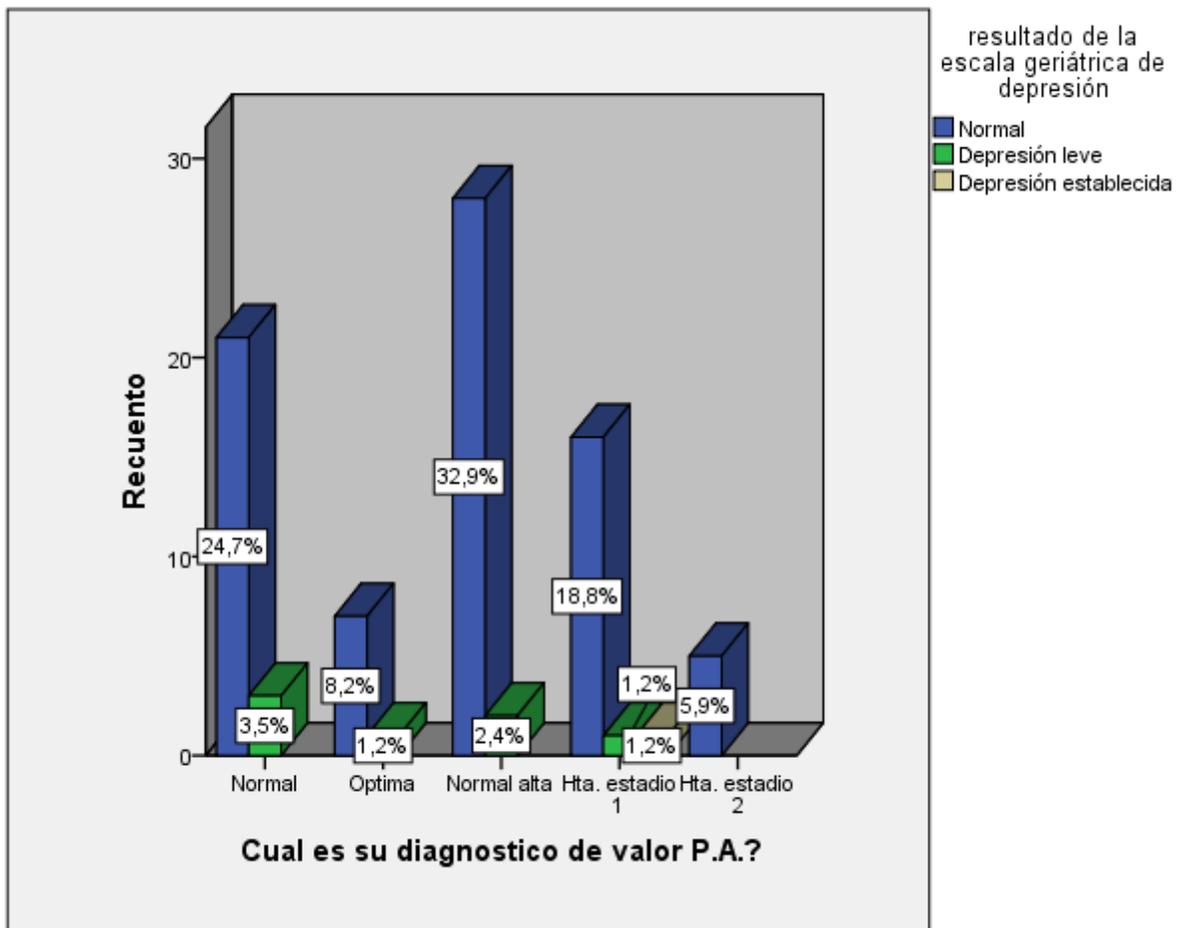
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN NIVEL DE ESTRÉS POR SEXO.



En el gráfico #81, observamos que de la muestra a quienes se les aplicó la escala geriátrica de depresión (Yesavage J.): el 41.2% de los hombres se encuentra normal, el 2.4% en depresión leve y el 1.2% presenta depresión establecida; el 49.4% de las mujeres se encuentra normal y el 5.9% tiene depresión leve.

Gráfico #82

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN LA RELACION EXISTENTE ENTRE EL NIVEL DE ESTRÉS Y LA HIPERTENSION EN LA POBLACION OBJETO .



En el gráfico #82, se observa que de la población objeto a quienes se les tomó la PA: el 32.9% la PA normal alta y el 2.4% de esta misma población presenta una depresión leve; del 24.7% que presenta PA normal, el 3.5% presenta estrés leve y del 18.8% que presenta HTA estadio 1, presenta depresión establecida.

8. DISCUSION

La hipertensión es un enemigo silencioso al inicio, clínicamente presenta síntomas cuando está avanzada lo suficiente para afectar los órganos como el cerebro el corazón, constituye el principal factor de riesgo en la aparición de enfermedades como el infarto del miocardio, accidentes cerebrovascular, insuficiencia renal, diabetes mellitus. El estudio de la Universidad de Guayaquil realizado por (Suárez Mendoza, 2012) en pacientes de 40 a 65 años presentó como resultado que el 65% de hipertensos por lo cual contrastando con los resultados de la presente investigación aplicada a los usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico, el resultado según el sexo, el 55.3% son mujeres y el 44.7% hombres.

De acuerdo a la edad el 35.5% de los hipertensos tienen un promedio de edad de 67.5 años, analizando esta condición observada en grupos etarios aumenta con la edad, lo cual concuerda con lo afirmado por el Comité Nacional Conjunto de prevención, detección, y tratamiento de la hipertensión arterial (2003) “ La mitad de la población HTA está entre 60 y 69 años y las tres cuartas partes son personas mayores de 60 años” razón que justifica el principio de que ésta patología va aumento progresivo con relación a la edad , llegando hasta el 70% en los individuos con más de 70 años, como lo muestran los resultados del estudio realizado en Santo Tomas Atlántico por la prevalencia de esta entidad clínica siendo mayor en los hombres que en las mujeres antes de los 60 años y mayor en mujeres después de esta edad, con afectación mayor después de los 70 años más que a los hombres, comparando los resultados con el presente estudio continua la prevalencia en las mujeres. CNC (2003).

Los factores socio demográficos representan un factor importante en la vida de las personas, con lo cual se puede determinar en muchas ocasiones su condición de salud,

logran mayor acceso a la información, mayor entendimiento de su condición clínica y en ciertas circunstancias una mayor adherencia a los tratamientos.

En el presente estudio cabe resaltar que la prevalencia de la hipertensión se da en individuos de estudios superiores y en estrato socio económico medio.

Según el presente estudio el resultado relacionado con la predisposición genética es de 81,2% dato que según Gamboa (2006), afirma que “la hipertensión arterial esencial es mayormente un síndrome con compromiso multifactorial y generalmente poligenico y familiar”. Se estima que entre las familias hipertensas, el 30 a 60% de ellas tienen una base genética poligénica”.

La hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, obesidad y aterosclerosis, son enfermedades crónicas en el adulto, consideradas como enfermedades epidémicas no transmisibles, por el crecimiento exponencial tan elevado durante los últimos años, superando de esta manera las enfermedades transmisibles del adulto. Gamboa (2006).

Entre los factores de riesgo independientes esta obesidad la cual está asociada a la presencia de enfermedades cardiovasculares, a la presencia de dislipidemias, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, entre otras. En Colombia el 11.4% de la población es obesa y de éstos el 40.2% desarrolla hipertensión; en el presente estudio el 35.3% de los hipertensos encuestados presenta obesidad y el 21.2% de los hipertensos se encuentran en sobrepeso. Según la OMS (2014) esta epidemia ha crecido en Sudamérica, en particular en el cono sur, en estudio de INTERHEART latinoamericana el principal factor de riesgo para la desarrollar hipertensión fue la obesidad con un 48.6%

Analizando la predisposición genética para la hipertensión el 81.2%, presenta factor genético y el 70.6% de los hipertensos encuestados tienen predisposición genética a la obesidad y el 29.4% no presentan este tipo de factor, analizando a la vez la predisposición genética a ECV, el 40% presenta predisposición genética a esta condición clínica.

La circunferencia de cintura aumentada es un factor importante para desarrollar enfermedades cardiovasculares en hombres y en mujeres, en el presente estudio se encontró que el 37.6% de las mujeres y el 8.2% de los hombres presentan riesgo muy alto de enfermedad cardiovascular; el 12.9% de hombres y el 10.6% de las mujeres tienen riesgo alto de ECV. Y solo el 23.5% de los hombres y el 7.1% no presentan este tipo riesgo cardiovascular.

La hipertensión arterial es el factor de riesgo modificable, que se encuentra seriamente relacionado con la mayor causa de accidentes cerebrovasculares, infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, enfermedad renal, e insuficiencia vascular periférica. (Cordero, et al., 2005).

Estudio realizado en la ciudad de Medellín (Colombia), en trabajadores mayores de 20 años de edad, investigación que arrojó un resultado de 43.4% hombres y el 20.9% en mujeres con hipertensión arterial. Adicional a lo anterior, un estudio en personas mayores de 59 años de zona urbana de China, comparando 2001 y 2010, reportó prevalencias de 60,1% y 65,2% respectivamente, evidenciando un aumento importante en su magnitud. Este mismo estudio concluyó que el nivel educativo, el elevado IMC, antecedentes familiares de HTA y antecedente personal de enfermedad cardiovascular, son factores asociados con el tratamiento de la HTA.

Podemos observar que los resultados obtenidos en la presente investigación de hipertensión arterial generalizada aplicada a los usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico del 28.1% en mujeres y el 10.5%. En hombres. Cardona et al., (2016).

Estudio realizado en Lima (Perú) en una sala de observación con diferentes grupos etarios, cuyos resultados arrojados fueron 52.5% de hipertensos fuman y el 39.8% de éstos son obesos. El 18.1% sufren de depresión y de éstos el 8.1% presentan depresión leve (Aguilar, 2013)

Según lo expresado por el investigador en el estudio anteriormente citado, y analizando los resultados de la presente investigación el 32.9% tiene presión arterial normal alta y estrés 1. Resultados que nos determinan que el nivel de estrés en los hipertensos, no es relevante en la población objeto de esta investigación.

Otro aspecto que relacionó el estudio de Santo Tomás Atlántico tuvo que ver con la relación entre el tabaquismo y la hipertensión donde encontraron que el 14.34% está expuesta al humo del tabaco, cabe resaltar que en el presente estudio el tabaquismo estuvo ausente en el grupo encuestado, lo cual significa que la población estudiada ha tomado conciencia acerca del consumo de tabaco y sus efectos nocivos en las personas. Donado-Badillo (2010).

En referencia el consumo de alcohol en un estudio en España mediterránea donde el consumo de alcohol se asoció con la hipertensión arterial independientemente del tipo de alcohol y de la cantidad consumida. Para Ávila et al (2009) “la ingestión prolongada de alcohol, además de aumentar la presión arterial aumenta también el riesgo de mortalidad cardiovascular en general”, en comparación con el estudio realizado en Santo Tomás Atlántico que presentó un resultado de 9.8% de la población mayor de 18 años que

consumía alcohol, en comparación con nuestro estudio el 43.5% consume alcohol y de éste el 45.9 % prefiere el consumo de whisky. Donado-Badillo (2010)

Ávila et al., (2010) en el Brasil relata que” la población cambio en relación con los hábitos alimentarios y de vida, pues esta se expone cada vez más a los riesgos cardiovasculares. El cambio de los alimentos ingeridos y la composición de la dieta, sumada a la baja frecuencia de la actividad física provocó alteraciones en el peso corporal y en la distribución de la obesidad aumentando su prevalencia en la población”. Un estudio realizado por Costa et al., (2009) indica que “dietas ricas en frutas y hortalizas y productos con poca grasa disminuyen el riesgo cardiovascular, contribuyendo a la vez a la reducción del peso corporal y control de la presión arterial. En el estudio presente logramos identificar las costumbres alimentarias según la frecuencia de consumo: en frutas del 95%; verduras 83%; tubérculos y plátanos 83.5%, alimentos importantes de la canasta básica familiar; el 97.6% agrega sal al hacer las diferentes preparaciones; además los estilos de vida como el consumo de bebidas alcohólicas en un 43.5%; 71.8% de práctica de actividad física de los usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico, nuestro estudio concuerda con lo expuesto por Ávila et al., (2010).

El Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial, afirma que “aproximadamente el 30% de los adultos desconoce aún su hipertensión, más del 40% de los hipertensos no están siendo tratados y dos tercios de los hipertensos no están controlados en niveles menores de 140/80 mm Hg.en la PA.

La actividad física previene alteraciones de la presión arterial, retrasa la incidencia de hipertensión, mejora la eficacia de los fármacos antihipertensivos, y disminuye el riesgo cardiovascular. La combinación de una o dos modificaciones en el cambio del estilo de

vida, puede conllevar a unos mejores resultados. En las recomendaciones de riesgo cardiovascular RCV.

En lo relacionado con el consumo de tabaco, las personas deben recibir permanentes actividades educativas con el fin de estimular la disminución de este vicio.

Al presentarse un nivel de depresión o alteración del estado emotivo de una persona, la cual provenga de cualquier situación clínica (vascular, por cáncer entre otros) esta condición hace que se genere afecciones en los diferentes sistemas del cuerpo, como el cerebro, el corazón, la glándula adrenal, las plaquetas y el sistema inmunológico con la presencia del estrés oxidativo, aumentando de manera importante la enfermedad coronaria, con esta situación al paciente se le puede afectar la adherencia al tratamiento.

En un estudio sobre la prevalencia de los factores de riesgo asociados a la hipertensión en el hospital José Agurto Tello, Chosica (Lima-Perú) dio como resultado, en el Perú a nivel nacional el 20.3% presenta depresión. En el estudio referido el 18.1% de pacientes hipertensos presentaban depresión en el momento de ser evaluados y de éstos el 8.1% cursaban con depresión leve, el 6.3% con depresión moderada y el 3.6% con depresión severa. Aguilar Cruces (2009).

Los resultados del estudio anterior comparados con el resultado de la presente investigación, en los cuales el 90.6% de los hipertensos de la población estudiada no presentan ningún rango de depresión, 8.3% tienen depresión leve y el 1.2% depresión establecida. En este comparativo conlleva a centrarnos a tratar no solo la hipertensión sino también a aquellos que cursan algún nivel depresivo para evitar posteriores alteraciones en el resultado de los tratamientos. (Yesavage J. 2000)

Los hábitos alimentarios influyen directamente en la morbimortalidad cardiovascular, según criterio de Costa et al., (2009) y Ávila et al., (2010) aseveran que “ el consumo de sal excede los límites máximos recomendados en todos los países, en todos los estratos sociales, sabemos que la restricción de sal acompañada de hábitos alimentarios saludables contribuyen a la reducción de la presión arterial, pudiéndose generar una disminución de la medicina anti-hipertensiva ” asumiendo este criterio en relación con los resultados en este aspecto del consumo de sal en la población hipertensiva muestral, observamos que la población muestral de la presente investigación consume poca sal en su alimentación.

9. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación se corrobora:

-La existencia de factores de riesgo modificables en usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico.

Estilos de vida saludables son detectados con facilidad pero, desafortunadamente no se aplican, de tal manera que este comportamiento conlleve al aumento del riesgo de desarrollar hipertensión y los factores de riesgo asociados, que finalmente son los que inciden en desencadenar o no la enfermedad.

Se identifican estilos de vida no saludables en los usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico que mantienen sin mejora alguna el estado físico y la salud de la población objeto.

Considerando que el país atraviesa por una crisis económica y deficiente atención en la salud, inocua y limitada; ésta situación conlleva al aumento de la hipertensión en la población en general, atada a las graves consecuencias a las cuales están expuestas las personas afectadas por ésta patología, motivando la necesidad de conocer más en detalle la realidad epidemiológica de la hipertensión y las patologías asociadas a ésta, condición que requiere la articulación de esfuerzos sanitarios efectivos para su tratamiento.

Es así como la prevención y la educación son las herramientas necesarias, para evitar que las enfermedades cardiovasculares sigan en aumento y por supuesto el índice de mortalidad. Para esto se requiere de una voluntad política de los entes e instancias

normativas, además de una actitud mancomunada de toda la sociedad. Por lo anterior, este estudio conlleva a la conclusión de que una de las soluciones que podrían facilitar la intervención de los factores de riesgo modificables de usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico, es la aplicación de una guía diseñada y adaptada de la “Estrategia de Información, Comunicación y Educación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia” de acuerdo a los resultados obtenidos, que describen el comportamiento de los usuarios de la Unidad de Salud.

10. RECOMENDACIONES

La implementación de la guía diseñada y adaptada de la “Estrategia Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional (IEC en SAN) para Colombia” a los usuarios hipertensos objeto de esta investigación con apoyo Institucional de la SAN, en los diferentes entornos en el que se encuentre el usuario Hogar, Laboral y Sectores de Influencia.

Acciones en gestión del conocimiento, el ofrecimiento de información clara, suficiente y actualizada desde una perspectiva integral y la comunicación masiva en cada uno de los aspectos que la conforman.

Un plan educativo para aplicar la guía diseñada, la cual ha sido basada en la Promoción de Estilos de vida saludable en los cuales se incluye la práctica de actividad física, patrones alimentarios según la condición nutricional y patológica de los hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico.

Fortalecimiento de las acciones para minimizar los factores de riesgo modificables con campañas preventivas y actividades participativas.

Conformación de grupos de usuarios hipertensos y con patologías asociadas quienes tienen la oportunidad de compartir sus experiencias en el auto cuidado de su condición clínica.

Fomentar la actividad física, con el fin de evitar la obesidad, creando programas preventivos para la hipertensión y estimular la disminución de peso.

Mejorar el manejo integral de la hipertensión arterial en usuarios de los servicios médico - asistenciales de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico, contribuyendo así a la disminución de complicaciones y procedimientos que conlleven al aumento de los costos en detrimento de la Institución al aumento de los elevados índices de morbimortalidad de sus afiliados de la Universidad del Atlántico y sus familias.

Que las actividades dirigidas a los usuarios de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico, deben enfocarse a la reducción y control de los niveles de la presión arterial, control de otros factores de riesgo como el riesgo cardiovascular; consumo de alcohol, reducción de peso, implementar actividades físicas, reducción del consumo de sal, aumento en el consumo de frutas y verduras, estímulo del auto cuidado y la promoción de un estilo de vida saludable y adecuados hábitos alimentarios.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Banegas, J. (2005). Epidemiología de la Hipertensión Arterial en España. Situación actual y Perspectivas. *Departamento de Medicina y Salud Pública*. 22(9),353-62.http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/hta/hipertension_arterial_epidemiologia_en_espana.pdf
2. Castells, E., Boscá, A., Gracia, C. y Sánchez, M. *Hipertensión Arterial*. Recuperado de:
<http://medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/htaurg.pdf>
3. Chobanian, A. V, Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. E., Izzo, J. L., Roccela, E. J. (2003). *Septimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*. *Hypertensión*, 42, 1206–1252.
<https://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20094.pdf>
4. Cordero, A., Alegría, E., Montserrat, L.,(2005), *Prevalencia de síndrome Metabólico*. *Revista Español de Cardiología Suplementos*, Vol. 5, (PP11D-15D)
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1131358705741157>
5. Dawber, Thomas (1980) *El Estudio Framingham. Un estudio epidemiológico a lo largo de sesenta y cinco años*
6. Donado, B. (2010). *Prevalencia de Hipertensión Arterial, Proporción de Hipertensos que lo Desconocen y Algunos Posibles Factores de Riesgo Asociados en el*

Municipio de Santo Tomás – Atlántico. Trabajo de grado, Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

<http://bdigital.unal.edu.co/8780/1/598031.2010.pdf>

7. Fernández, C. C., Hernández, S. R., y Baptista, L. P. (1998). *Metodología de la Investigación*. (2^{da} Ed.). México: Mc Graw Hill

https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

8. Gobierno de Colombia. *Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (2012-2019)*. Bogotá, Colombia

<https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/pnsan.pdf>

9. Guerrero, J., Morán, M., (1998, Mayo), Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores Asociados en la Población Rural Marginada Recuperado (03/10/2019)

https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v40n4/Y0400406.pdf

10. *Hernández Sampieri, R., Fernandez Collado, C., Y Baptista Luicio, P. (1998). Metodología de la Investigación (Segunda). México: Macgraw Hill.*

https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

11. *Mancilla. L.P., Álvarez. C. L, Pérez. I.E. (2016) Las Políticas Alimentarias y Nutricionales en Colombia y América Latina. Historia Contexto y Desafíos.*

12. *Mendoza,A., (2018,Julio) Temas Selectos En Hipertención, Recuperado*
https://www.interacciondigital.com/conamege/archivos/261/ACTIVIDAD_3375/TE

13. Mendoza, M., s.f., Factores de Riesgo Asociados a la Hipertensión Arterial y Otras Complicaciones en Usuarios de ESFAM FESITRANNH Recuperado (02/09/2019)
<https://www.monografias.com/trabajos109/hipertencion-arterial-adultos-mayores/hipertencion-arterial-adultos-mayores.shtml>

14. Merino, M. (2013). *Influencia de la respiración controlada en las cifras de presión arterial de pacientes con hipertensión arterial*. Trabajo de grado, Escuela Universitaria de Enfermería de Leioa, Bilbao.
<https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/10313/MAITANE%20MERINO%20SERNA%20-%20Influencia%20de%20la%20respiraci%C3%B3n%20controlada%20%20en%20las%20cifras%20de%20presi%C3%B3n%20arterial%20de%20pacientes%20con%20hipertensi%C3%B3n%20arterial.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Ministerio De Salud y Protección Social. (2017). *Día Mundial de la Hipertensión Arterial Colombia – Mayo 17 de 2017*. Bogotá D.C, Colombia.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>

16. Ministerio De Salud y Protección Social. (2013). *Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor*. Lima, Perú.
https://bvs.ins.gob.pe/insprint/CENAN/Valoraci%C3%B3n_nutricional_antropom%C3%A9trica_persona_adulta_mayor.pdf

17. Ministerio De Salud Y Protección Social. (2016). *Resolución 2465 de 2016 “Indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niños, niñas y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas*. Bogotá, Colombia.

https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no.2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf

18. *Ministerio de Salud. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Fao (2016), "Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia" Marco contextual, normativo, estratégico, conceptual y operativo.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/estrategia-informacion-educacion-seguridad-alimentaria.pdf>

19. *Ministerio de salud. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Fao (2016), "Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia" Manual para el facilitador.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/estrategia-informacion-educacion-seguridad-alimentaria.pdf>

20. *Ministerio de salud. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Fao (2016), "Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia" Programas de Implementación.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/estrategia-informacion-educacion-seguridad-alimentaria.pdf>

21. *Ministerio de Salud y Protección Social (2018), Resolución 3280 de 2018 Nuevas Rutas Integrales de Atención en Salud recuperado (02/10/2019)*

<https://www.asivamosensalud.org/politicas-publicas/normatividad-resoluciones/prestaciones-de-servicios-de-salud/resolucion-3280-de>

22. *Muñoz, E., Arevalo, E., Senion, J., Fernandez, A., Rodriguez, A., (2014, Marzo). Hipertensión arterial resistente Estrategias de tratamiento y papel de la terapia de denervación simpática renal*

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-24482014000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=es

23. Ministerio de Salud y Protección Social (2013), Guía de Práctica Clínica Hipertensión Arterial Primaria recuperado(02/10/2019)

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GP_C_Completa_HTA.pdf

24. Ministerio de Salud y Protección Social (2019), Resolución 276 de 2019 Modifica la Resolución 3280 de 2018 Recuperado(02/10/2019)

<https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2019/05/Rutas-integrales-de-promoci%C3%B3n-de-la-salud-y-materno-perinatal-%E2%80%93-Resolucion-276-de-2019.pdf>

25. Ministerio Salud y Protección Social, (2017), Día Mundial De La Hipertensión Arterial recuperado (02/10/2019)

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>

26. Moris de la Tasa, Joaquín Caicoya, Gómez-Moran Martin (2014) Estudio Framingham.

<https://www.enotas.es/?revisión-clasico=el-estudio-framinghan-un-estudio-epidemiológico-a-lo-largo-de-sesenta-y-cinco-años>

27. Mourin, J. Recomendaciones para la Medida Correcta de la Presión Arterial. Recuperado de

[https://www.coflugo.org/docs/RECOMENDACIONES PARA LA MEDIDA CORRECTA DE LA PRESION ARTERIAL.pdf](https://www.coflugo.org/docs/RECOMENDACIONES_PARA_LA_MEDIDA_CORRECTA_DE_LA_PRESION_ARTERIAL.pdf)

28. Navas, L., Nolasco, C., Carmona, C., Lopez, M., Santamaria, R., Crespo, R., (2016), Relación entre la ingesta de sal y la presión arterial en pacientes hipertensos

http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n1/03_original2.pdf

29. Organización Mundial De La Salud. (2013). *Información general sobre la hipertensión en el mundo*. Ginebra, Suiza.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=8F5DB96043417B4302CB1BB7D98CE06D?sequence=1

30. Organización Panamericana De La Salud. (1990). *La hipertensión arterial como problema de salud comunitario*. Washington D.C, EE.UU.

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3113/La%20hipertension%20arterial%20como%20problema%20de%20salud%20comunitario.pdf;jsessionid=903A4C7DDDB1F25000B20A1B8F4DE447?sequence=1>

31. OMS| Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. Organización Mundial de la Salud (OMS) Las ECV son las principales causas de morbilidad y mortalidad en los adultos.

<https://www.who.int/whr/2003/chapter1/es/index3.html>

32. OPS – Colombia. *Indicadores demográficos para Colombia*. (2001). Bogotá, Colombia.

https://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1882:datos-de-salud&Itemid=135

33. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y CEPAL. (2012). *El derecho a la salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. En Naciones Unidas, *Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe*. Recuperado de <http://web.undp.org/latinamerica/docs/regionalspanish.pdf>

34. Organización Panamericana de la Salud (OPS) y CEPAL. (2012). *El derecho a la salud y los Organización Panamericana de la Salud (OPS) y CEPAL*. (2012). *El derecho a la salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio*. En Naciones Unidas,

Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe.
Recuperado de <http://web.undp.org/latinamerica/docs/regionalspanish.pdf>

35. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. En Naciones Unidas, Objetivos de desarrollo del milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe.* Recuperado de <http://web.undp.org/latinamerica/docs/regionalspanish.pdf>

36. Ortiz, R., Bermúdez, V., Guzmán J., Silva J., Torres ,M., Carvajal J., Tirado, E., Cruz T., Espinoza C., Morocho, A., Gratzia, M., Nube, C., Guamancela, C, Torres., Garcés Ortega, J., Añez, R., Rojas J,(2017, Caracas). Hipertensión arterial y su comportamiento epidemiológico en la población rural de Cumbe, Ecuador. Recuperado el 21 de Octubre de 2019 http://congresotrabajosocial.es/app/webroot/files/files/Ejemplos%20Referencias%20Bibliogr%C3%A1ficas_NormasAPA.pdf

37. Rivas, J., Gaviria, M., (2000), Artículo De Revisión Hipertensión Arterial Y Déficit Cognitivo, Revista Colombiana De Psiquiatría / Vol. XXIX / N° 2 Recuperado (02/10/2019) <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v29n2/v29n2a03.pdf>.

38. Roccella, Edward J. (2003) Séptimo informe del comité nacional conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial

39. Rosales, R. (2012). Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos; una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27, 1803-1809. <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v27n6/05revision04.pdf>

40. Sanchez,D.,Azzara, S.,Milei,J.,Llambi,H.,s.f, *Hipertensión De Guardapolvo Blanco E Hipertensión Enmascarada recuperado (02/10/2019)* <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.071.pdf>.

41. Sanitas, s.f., *Hipertensión arterial en personas mayores recuperado(02/10/2019)*

<https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/hipertension-arterial.html>

42. Sellén Crombet, J. (2008). *Hipertensión Arterial: diagnóstico, tratamiento y control*. La Habana: Editorial universitaria.

<http://files.sld.cu/hta/files/2009/12/libro-de-sellen-hipertension-arterial.pdf>

43. Sociedad Española De Hipertensión. (2005). *Guía española de hipertensión arterial*. [https://www.researchgate.net/publication/287657378 SEH-LELHA](https://www.researchgate.net/publication/287657378_SEH-LELHA)

44. Ministerio de Salud y Protección Social (2011) *Nueva Legislación sobre reducción de sodio en los alimentos en Colombia. Resolución #333 2011*.

<https://www.intal.org/nueva-legislación-sobre-reducción-de-sodio-en-ali...>

45. Yesavage J. *Escala-Depresión-Geriátrica-A-Yesavage- 30 Ítems*

Http://: [www.stanford.edu/~ Yesavage/GDS.html](http://www.stanford.edu/~Yesavage/GDS.html) (visitado. 18/12/ 2000). 23.-

Montorio I, Izal M. The Geriatric Depression Scale: a review of its...

44. Yosilú V. Aguilar C.(2009) *Prevalencia y factores de riesgo asociados a Hipertensión arterial* en pacientes del servicio de medicina del Hospital José Agurto Tello – Chosica.

12. APÉNDICES

12.1 APÉNDICE 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación: “Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional, para la intervención de Factores de Riesgo en usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico Barranquilla-2017-2019”

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer al participante en esta investigación de una explicación clara de la naturaleza de la misma, así como informarle su rol en el proceso.

La presente investigación es conducida por la Maestrante en Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Universidad Del Atlántico, Nutricionista Dietista TRINIDAD VALDÉS DE MORENO.

El objetivo de este estudio es: **Diseñar una estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional, para la intervención de los Factores de riesgo en usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico.**

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito diferente al de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, usted tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradezco su participación en esta investigación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por TRINIDAD VALDES DE MORENO, Nutricionista Dietista, Maestrante en Seguridad Alimentaria y

Nutricional de la Universidad Del Atlántico. Podré corroborar esta información al correo electrónico: maestriaensan@mail.uniatlantico.edu.co,

He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es: **Diseñar una estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional, para la intervención de los Factores de riesgo en usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico.**

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. Me han indicado también que tendré que responder cuestionario, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a la Nutricionista Dietista TRINIDAD VALDES DE MORENO al teléfono 3794809o al celular3002057948.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Nutricionista Dietista TRINIDAD VALDES DE MORENO al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

12.2 APÉNDICE 2. ENCUESTA DE RECOLECCIÓN DE DATOS, FORMATO DE HISTORIA ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL EN PACIENTES HIPERTENSOS

Fecha _____

Código del paciente _____

Nombre completo del paciente _____

1. DATOS DEL PACIENTE											
1.1 Sexo						1.2 ¿Cuál es su edad?					
Hombre						Mujer					
1.3 ¿Cuál es el estrato socioeconómico de la vivienda en que reside actualmente?						1.4 Actualmente reside en zona					
1	2	3	4	5	6	Urbana				Rural	
1.5 Actualmente						1.6 De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, usted es o se reconoce como:					
Está casado						Indígena					
Está soltero						Gitano (a) (Room)					
Está viudo						Raizal del archipiélago					
Está separado o divorciado						Palenquero (a)					
Vive en unión libre						Mulato (a) o afrodescendiente					
						Ninguno de los anteriores					
1.7 ¿Cuál es el nivel de educación alcanzado por usted?						1.8. ¿Cuál es su ocupación actualmente?					
Primaria						Ama de casa					
Bachiller						Empleado					

Técnico		Profesional activo	
Tecnólogo		Pensionado	
Universitario		No empleado	
Ninguno		Ninguno	

2. DATOS CLÍNICOS				
2.1 ¿Algún miembro de su familia sufre o sufrió de?		2.2 ¿Qué Diagnósticos clínicos presenta actualmente?		
Parentesco		Diagnósticos Clínicos _____ _____		
Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Obesidad	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Dislipidemia	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Insuficiencia Renal Crónica	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Ninguna de las anteriores		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. INFORMACIÓN DE HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE							
3.1 ¿Usted fuma?			3.2 ¿Con qué frecuencia fuma?				
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Diario	<input type="checkbox"/>	Mensual	<input type="checkbox"/>
				Semanal	<input type="checkbox"/>	Ocasional	<input type="checkbox"/>
3.3 ¿Cuántos cigarrillos se fuma?							
3.4 ¿Realiza actividad física?			3.6 ¿Con que frecuencia realiza la actividad física?				
Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Diario	<input type="checkbox"/>	Quincenal	<input type="checkbox"/>

				Semanal	Mensual		
3.5 ¿Qué actividad física práctica generalmente?				3.7 Cuando realiza la actividad física ¿Aproximadamente cuánto tiempo dedica?			
Baila(), Camina() Trota(), Nada(), Monta bicicleta(), otra _____				10 minutos	30 minutos		
				20 minutos	Más de 30 minutos		
3.8 ¿Dedica tiempo en estar frente a las pantallas?(Tv, tabletas, computador y/o celular)				3.9 ¿Cuánto tiempo dedica para estar frente a pantallas?			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				1 hora	3 horas		
				2 horas	Más de 3 horas		
3.10 ¿Consume bebidas alcohólicas?				3.11 ¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				Diario	Mensual		
				Semanal	Ocasional		
3.12 Relacione aproximadamente la cantidad de alcohol que consume cuando realiza esta actividad				3.13 ¿Cuándo consume bebidas alcohólicas que bebida prefiere: cerveza (), vino (), ron (), brandy (), whisky (), otros ()? _____			
3.13 ¿Agrega sal durante la preparación de los alimentos?				3.14 ¿Cuanta sal agrega a las preparaciones?			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				1 Cucharadita	3 Cucharaditas		
				2 Cucharaditas	Más de 3 cucharaditas		

3.15 ¿Después de preparar los alimentos agrega más al consumirlos?			3.16 ¿Con qué frecuencia agrega sal a los alimentos preparados antes de consumirlos?		
Si		No	Siempre		Ocasional

4. ALIMENTOS									
4.1 ¿Cuáles de los siguientes tiempos de comida durante el día consume?									
		Desayuno							
		Merienda mañana							
		Almuerzo							
		Merienda tarde							
		Cena							
5. FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS									
Alimento por grupos			Frecuencia de consumo						
			Diario			Semanal			Mensual
			1 Vez	2Vece s.	3 Veces.	1 Vez	2 Veces.	3 Veces.	
Harinas (arroz, pan, bollo)	Si	No							
Tubérculos y plátanos	Si	No							
Frutas	Si	No							
Verduras	Si	No							
Leche	Si	No							
Productos lácteos	Si	No							
Huevos	Si	No							
Carne de res	Si	No							
Carne de cerdo	Si	No							
Pescado	Si	No							
Pollo	Si	No							

Leguminosas	Si	No							
Grasas	Si	No							
Azúcares	Si	No							
Agua	Si	No							

6. ACCESO A LOS ALIMENTOS			
6.3 ¿Dónde consigue, generalmente los alimentos que consume?	Si	No	6.1 Indique su ingreso mensual: 1 salario mínimo (), 2 salarios mínimos (), 3 salarios mínimos (), más de 3 salarios mínimos ()
Supermercados o almacenes de cadena			6.2 De sus ingresos mensuales cuánto dinero destina para la compra de alimentos: de \$300.000 a \$600.000 (), de \$600.000 a 900.000 (), más de \$900.000 ().
Centrales de abastos			
Tiendas locales			

7. ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (Yesavage J.)			
(Elija la mejor respuesta según como se haya sentido la semana anterior)			
¿Está Ud. Básicamente satisfecho con su vida?	Si	No	No (1)
¿Ha declinado algunas de las actividades e intereses?	Si	No	Si (1)
¿Siente Ud. que su vida está vacía?	Si	No	Si (1)
¿Logra fastidiarse a menudo?	Si	No	Si (1)
¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?	Si	No	No (1)
¿Está Ud. Temeroso que algo malo le vaya a suceder?	Si	No	Si (1)
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Si	No	No (1)
¿Se siente impotente muy a menudo?	Si	No	Si (1)
¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	Si	No	Si (1)
¿Siente Ud. Que ahora tiene más problemas con la memoria?	Si	No	Si (1)
¿Piensa que es maravilloso estar vivo(a) ahora?	Si	No	No (1)
¿Se siente inútil con los cambios que presenta ahora?	Si	No	Si (1)
¿Está usted lleno de alegría?	Si	No	No (1)

¿Siente usted que la situación es desesperanzadora?	Si	No	Si (1)
¿Siente que la mayoría de la gente es mejor que usted?	Si	No	Si (1)

Puntaje Final: _____

Interpretación

0-5 Normal

6-9 Depresión Leve (Consulte con un profesional)

6-10 10 o más Depresión establecida (Consulte con un profesional)

Nota: De acuerdo a la escala de Yesavage J. Se valoraron las actividades de la vida cotidiana de la muestra de estudio, en la cual se permiten observar las respuestas asociadas a la depresión, a la alteración cognitiva.

12.5 ANEXO 1 OFICIO REMISORIO DE LA INVESTIGACIÓN A LA DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVESIDAD DEL ATLÁNTICO



Puerto Colombia, 19 de Julio de 2018

Dra. Guadalupe María Romero Palacio
Directora Unidad de Salud Universidad del Atlántico
Barranquilla, Atlántico

Asunto: Información Propuesta de Trabajo de Grado de ND Trinidad Valdés de Moreno para optar título de Magister en Seguridad Alimentaria y Nutricional de la Facultad de Nutrición y Dietética.

Estimada Dra. Guadalupe.
Respetuoso saludo.

Conocedora del interés por los procesos de formación de los Prestadores de Servicio que están contratados por la institución que Usted dirige, vengo por este medio a confirmarle que el Comité de Ética de la Universidad del Atlántico ha aprobado la ejecución del proyecto titulado "INTERVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN USUARIOS HIPERTENSOS DE LA UNIDAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL ATLÁNTICO, BARRANQUILLA 2017-2018" de autoría de la Maestrante Trinidad Valdés de Moreno, identificada con cc 38219737 de Ibagué, dirigida académica y metodológicamente por la Prof. Doctora Inés Sofía Morales Salcedo.

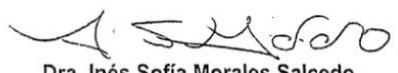
Este proyecto de Trabajo de Grado, bajo la metodología cuantitativa de la investigación científica involucra como muestra de estudios pacientes hipertensos, usuarios que reciben atención médica y nutricional en la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico. Los responsables de este proyecto se comprometen a comunicarle los resultados obtenidos, así como las conclusiones que se deriven del cumplimiento de los objetivos propuestos.

Por tal razón, se le solicita respetuosamente a usted Dra. Guadalupe como Directora de la Entidad de Salud que atiende a usuarios de la Universidad del Atlántico y de la Asociación de Pensionados de la citada Institución de Educación Superior, el apoyo Institucional para el desarrollo de la investigación informada. Para el efecto, se agradece la confirmación de aprobación de esta solicitud, al email trinidad_valdes@hotmail.com y/o al celular 3002057948 de la Maestrante Trinidad.

Agradezco su atención y espero de antemano su oportuna respuesta.

Cordialmente,

Mg. Mirtha Valdés Altamar
Coordinadora
Facultad de Nutrición y Dietética

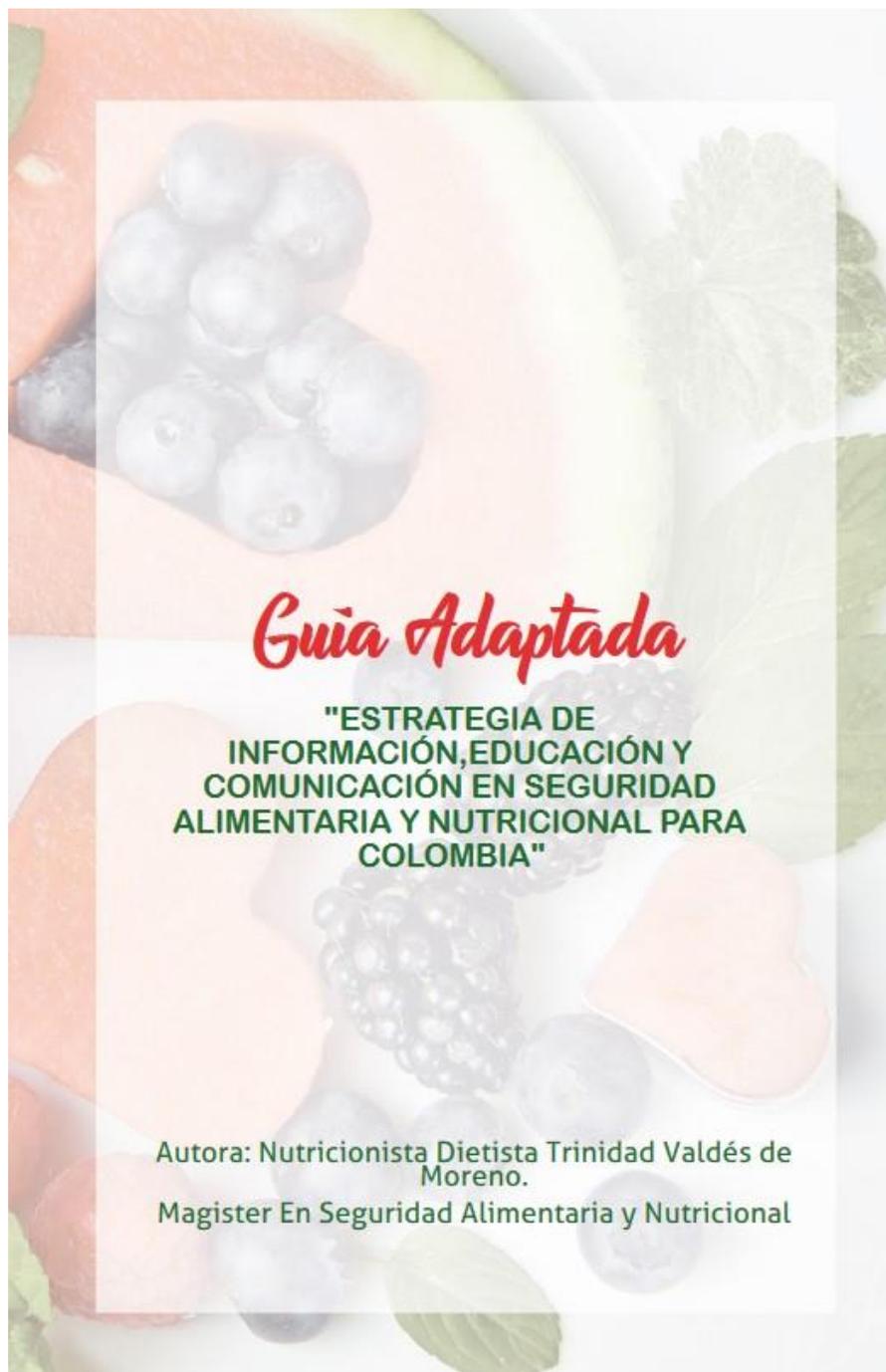

Dra. Inés Sofía Morales Salcedo
Directora Trabajo de Grado
Maestría en Seguridad Alimentaria y Nutricional



*Trinidad Valdés
Julio 19/18*



**12.6 APÉNDICE 5. GUÍA ADAPTADA ESTRATEGIA DE INFORMACIÓN,
EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
PARA COLOMBIA**



20 de Octubre de 2019.
Barranquilla – Atlántico, Colombia
Autora: Trinidad Valdés de Moreno, Nutricionista-
Dietista
Magister en Seguridad Alimentaria y Nutricional
Directora: Inés Sofía Morales Salcedo, Nutricionista
Dietista Doctora en Ciencias Sociales Especialidad en
Antropología
Diseño: Camila Arango.
Fotografías: Antonio Moreno Merchán.

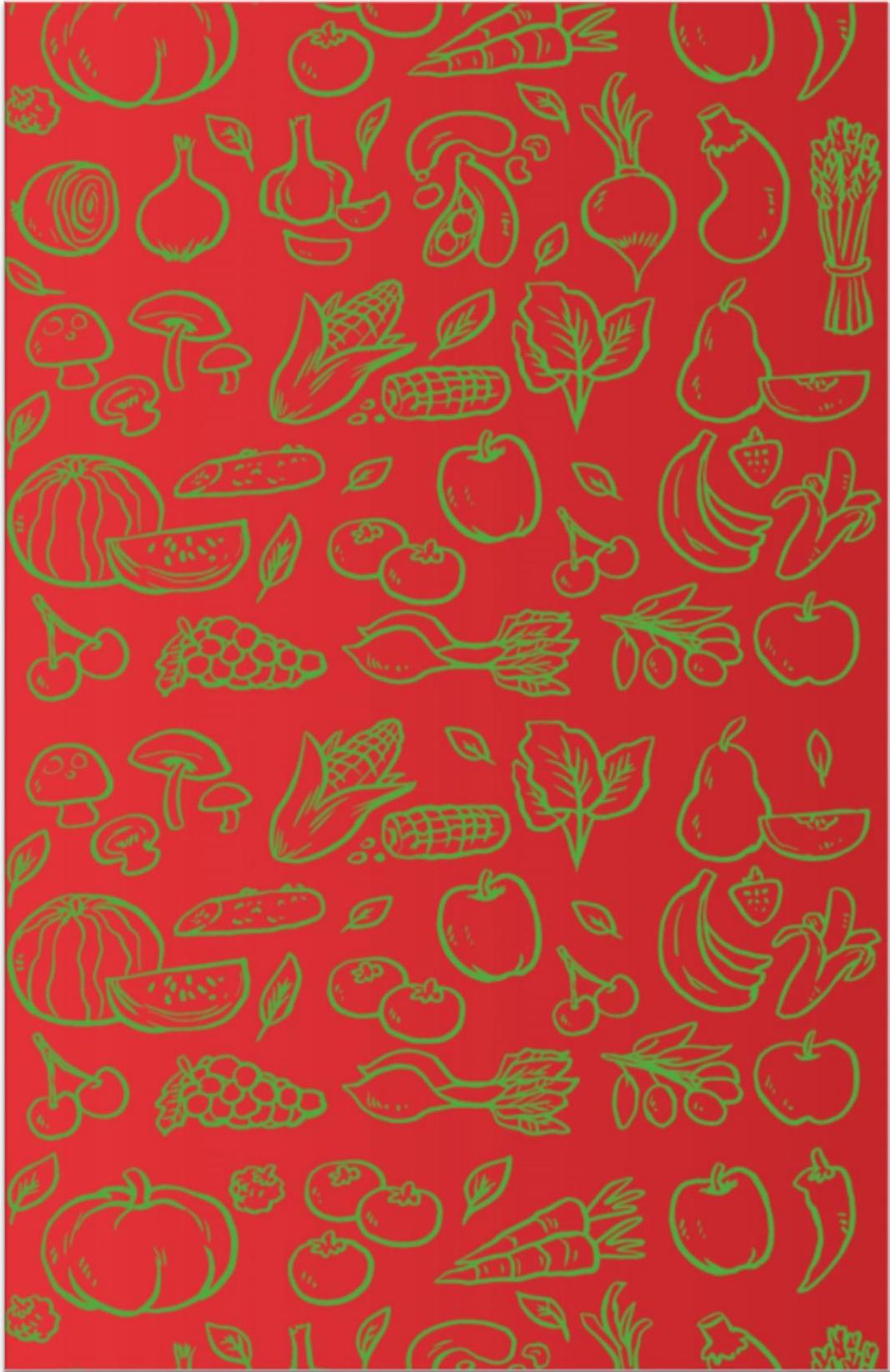
Esta guía facilita al usuario la toma de decisiones en el cambio de hábitos alimenticios, el fortalecimiento de prácticas de vida saludable relacionadas con la actividad física, manejo del estrés y descanso adecuado, en los diferentes entornos del día a día de los usuarios hipertensos de la Unidad de Salud de la Universidad del Atlántico.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares han sido determinadas como la primera causa de muerte en el mundo, y un análisis epidemiológico de esta situación ha permitido conocer la existencia de los denominados factores de riesgo que inciden en el padecimiento de accidentes cerebrovasculares, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca entre otros, es así como, la hipertensión arterial es reconocida como el principal factor de riesgo directo en el desarrollo de este tipo de patologías, motivo por lo cual es considerada a nivel mundial como uno de los mayores problemas de salud pública (OMS 2010).

La alimentación saludable es uno de los factores principales para la promoción y el mantenimiento de la salud, reduce la morbimortalidad y la carga económica en la atención de la hipertensión en las Instituciones de Salud, a nivel mundial (MINSALUD, 2017).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. En la cual entre algunos de los objetivos se orientan a: Reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas, incrementar la conciencia y los conocimientos acerca de la dieta saludable, de la actividad física, fortalecer las políticas y planes de acción mundial, regional, nacional para mejorar la alimentación (OMS, 2004).



ÍNDICE

CAPÍTULO 1

Disminuir el consumo de grasas trans
Entorno hogar
Entorno laboral
Sectores de influencia

CAPÍTULO 2

Reducir el Consumo de Azúcares Añadidos
Entorno Hogar
Entorno Laboral
Sectores de Influencia

CAPÍTULO 3

Reducir el Consumo de sal/sodio
Entorno Hogar
Entorno Laboral
Sectores de Influencia

CAPÍTULO 4

Promover el Consumo de Alimentos Naturales y Frescos
Entorno Hogar
Entorno Laboral
Sectores de Influencia



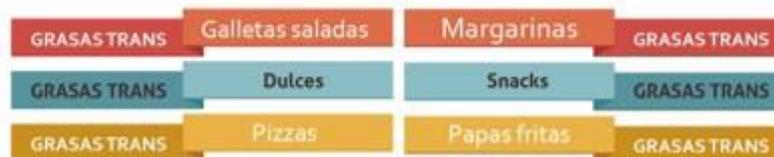


01

DISMINUIR EL CONSUMO DE GRASAS TRANS.

Las grasas trans, también conocidas como ácidos grasos de tipo trans, se encuentran de forma natural en productos lácteos y cárnicos pero también se generan en procesos industriales para producir grasas endurecidas a partir de aceites vegetales. Las grasas trans de producción industrial también se conocen como aceites vegetales parcialmente hidrogenados. (OMS, 2013).

Los alimentos que pueden contener grasas trans son:



Afectan gravemente la salud porque contribuyen a aumentar los niveles del llamado "colesterol malo". Este genera depósitos de grasa en las arterias, lo cual provoca que se incremente el riesgo de enfermedades cardiovasculares y también contribuye a aumentar el peso de los consumidores. El efecto nocivo de las grasas trans es mayor en aquellas que son producidas a nivel industrial.

Disminuir el consumo de grasas trans. Entorno Hogar

Grupo interactivo: Hombres y mujeres mayores de 55 años de edad.

Para mantener un corazón saludable, reduzca el consumo de productos procesados y tenga a la mano frutos secos, trozas de vegetales o frutas.



Herramientas

- Elaborar listas de mercado que incluyan prioritariamente alimentos naturales.
- Hacer mercado en familia.
- Preparar recetas tradicionales en familia.
- Hacer las compras en los mercados locales, mercados campesinos y plazas de mercado.
- Realizar talleres de cocina utilizando recetas con alimentos saludables y frescos.
- Consultar con su Nutricionista información referente a recetas de preparaciones saludables.

**La alimentación sana une la familia en
salud y bienestar.**

Disminuir el Consumo de Grasas trans. Entorno Laboral.

Grupo interactivo: Hombres y Mujeres mayores de 55 años que laboran.

Para mantener un corazón saludable, reduzca el consumo de productos procesados y tenga a la mano, trozos de vegetales o frutas.

Herramientas

- Realización de talleres de Cocina saludable y de refrigerios saludables.
- Creación de espacios saludables en las empresas para que las personas compartan el consumo de alimentos.
- Utilizar las redes sociales para difundir mensajes sobre comida saludable.
- Crear un premio o estímulo al empleado saludable del mes.



**Si compartimos la alimentación saludable con
nuestros compañeros de trabajo, la calidad de vida
será más placentera.**

Disminuir el consumo de grasas trans. Sectores de Influencia.

Grupo interactivo: Directores y medios de comunicación masivos, comerciales, públicos y comunitarios.

Herramientas

- Campañas de difusión masivas.
- Alianzas de difusión entre los medios de comunicación con la industria de alimentos, con el sector salud y con agricultores para promover el consumo de alimentos saludables.
- Producción y difusión de material educativo sobre el tema.

*



***Alimento NO recomendado.**

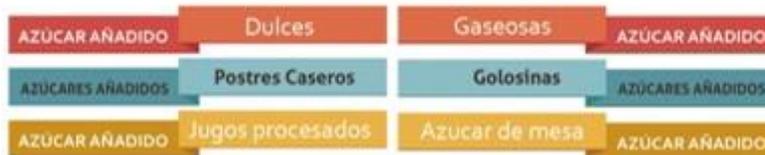
De la selección de los alimentos saludables
depende la calidad de nuestra alimentación.



02

REDUCIR EL CONSUMO DE AZÚCARES AÑADIDOS

La OMS define los azúcares añadidos como "el azúcar que es adicionado a las comidas ya las bebidas por parte del fabricante o cocinero" (OMS,2015) esta definición no incluye el azúcar que se encuentra de forma natural en las frutas y los vegetales. A los alimentos fuente de azucares simples se suman el azúcar que se adiciona a los procesados como: chocolates, postres, helados, confituras, y a los jugos naturales. La mayor parte de los productos procesados que se encuentran en los supermercados aportan una cantidad de azúcar que no siempre se tiene en cuenta a la hora de realizar la compra.



El aumento en el consumo de azúcares añadidos se asocia con la prevalencia del aumento de peso y obesidad a nivel mundial, lo cual se relaciona con la aparición de enfermedades no transmisibles como la diabetes, obesidad en adultos y niños, caries dental y demás patologías.

Disminuir el consumo de azúcares añadidos. Entorno Hogar

Grupo interactivo: Hombres y mujeres mayores de 55 años de edad.

Herramientas

- Al elaborar la lista del mercado incluir alimentos naturales teniendo en cuenta frutas, verduras, hacer el mercado en familia, preparar recetas tradicionales, hacer la compra en mercados locales, mercados campesinos.
- Asistir a talleres de cocina donde se utilicen recetas preparadas Con alimentos frescos y saludables.
- Enriquecer el concepto gastronómico saludable con otras personas con preparaciones saludables.



Que bueno consumir los alimentos con su propio azúcar

Disminuir el consumo de azúcares añadidos. Entorno Laboral.

Grupo interactivo: Hombres y mujeres mayores de 55 años que laboran.

Herramientas

- Realización de talleres de Cocina saludable y de refrigerios saludables.
- Creación de espacios saludables en las empresas para que las personas compartan el consumo de alimentos.
- Utilizar las redes sociales para difundir mensajes sobre comida saludable.
- Crear un premio o estímulo al empleado saludable del mes.



**Si compartimos la alimentación saludable con
nuestros compañeros
de trabajo, la calidad de vida será más
placentera.**

Disminuir el consumo de azúcares añadidos. Sectores de Influencia.

Grupo interactivo: Directores y medios de comunicación masivos, comerciales, públicos y comunitarios.

Herramientas

- Campañas de difusión masivas.
- Alianzas de difusión entre los medios de comunicación con la industria de alimentos, con el sector salud y con agricultores para promover el consumo de alimentos saludables.
- Producción y difusión de material educativo sobre el tema.



*

***Bebida NO
recomendada.**

De la selección de los alimentos saludables
depende
la calidad de nuestra alimentación.

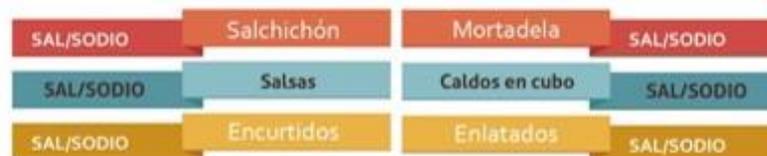


03

DISMINUIR EL CONSUMO DE SAL/SODIO.

Sodio es un mineral presente en la naturaleza y en muchos alimentos que se consumen a diario. Es necesario para diferentes funciones en el organismo, no obstante el consumo excesivo favorece la aparición de enfermedades como la hipertensión, los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades cardiovasculares (Ministerio Salud y Protección Social, 2019; Universidad de Antioquia, 2013 y OMS, 2013)

La evidencia científica demuestra que la población mundial consume más sodio del que necesita para las actividades fisiológicas y que se hace necesario disminuir estos niveles para reducir de manera significativa la tensión arterial sistólica y diastólica en los adultos.



- Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años. Resolución 3280 de 2018 Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la resolución 276 que la modificará a partir del 04 de febrero de 2019.
- Resolución 333 del 2011 y Proyecto de ley No 151 del 2013. Estrategia nacional para la reducción del consumo de sal. Se establece 2.400 miligramos de sodio para una dieta de 2000 calorías diarias (5g de sal por persona).

Disminuir el consumo de sal/sodio. Entorno Hogar

Grupo interactivo: Hombres y mujeres mayores de 55 años de edad.

Herramientas

- Talleres de cocina sobre alimentación saludable donde se usen hierbas y especias diferentes a la sal.
- Consultar con su Nutricionista información referente sobre el consumo EXCESIVO de la sal en la cocina.



**Que sabrosa y saludable es una
alimentación variada y sana**

Disminuir el consumo de sal/sodio. Entorno Laboral.

Grupo interactivo: Hombres y mujeres mayores de 55 años de edad que laboran.

Herramientas

- Realización de talleres de Cocina saludable y de refrigerios saludables.
- Utilizar las redes sociales para difundir mensajes sobre comida saludable.
- Un volante sobre los beneficios de consumir menos sal con el concepto "Mejora tu salud, previene enfermedades y reduce el consumo de sal".
- Video pedagógico sobre la relación entre el consumo de sal y las enfermedades cardiovasculares. *
- Una campaña interna para retirar el salero de encima de la mesa.

*EXCLUIR EL SALERO DE LA MESA



**Si compartimos la alimentación saludable con
nuestros compañeros
de trabajo, la calidad de vida será más placentera.**

Disminuir el consumo de sal/sodio. Sector de Influencia.

Grupo interactivo: Directores y medios de comunicación masivos, comerciales, públicos y comunitarios.

Herramientas

- Campañas de difusión masivas.
- Alianzas estratégicas con la industria de alimentos, con el sector salud de la sal y sodio en la preparación de alimentos.
- Producción y difusión de material educativo sobre el tema.

*



***Alimentos NO recomendados**

De la selección de los alimentos saludables
depende
la calidad de nuestra alimentación.



04

PROMOVER EL CONSUMO DE ALIMENTOS NATURALES Y FRESCOS.

Un alimento natural es reconocido como aquel que tiene un mínimo grado de procesamiento o transformación, es decir, que conserva casi intactas las características propias de su genealogía. El patrón tradicional de alimentación saludable está siendo desplazado por productos de comida y bebidas ultra procesadas, los cuales están aumentando rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos (Montero & Canon, 2012). Estos productos son formulaciones creadas a partir de sustancias extraídas de alimentos como grasas, almidones y azúcares. Incluyen una amplia gama de snack densos en energía, cereales para el desayuno endulzados, galletas y pasteles bebidas azucaradas productos animales reconstituidos y platos listos para calentar en el microondas.

El Instituto de Investigación de Recursos Biológicos Alexander von Humboldt (2015) reporta cerca de 400 especies de plantas nativas comestibles para el país, no obstante, los colombianos consumen en su mayoría frutas y verduras de la misma variedad y gran parte provenientes de otros países. Lo anterior abre una abanico de posibilidades a la hora de ofrecer alternativas de consumo a las comunidades y fortalecer prácticas como la recuperación de tradiciones y saberes ancestrales, de alimentos y preparaciones propias de los territorios y generar alrededor de esto todo un ambiente que invite a las nuevas generaciones a apropiarse de la alimentación de su región, no solo por su valor nutricional sino por todo el legado histórico y cultural que tienen.

Promover el consumo de alimentos naturales y frescos. Entorno Hogar

Grupo interactivo: Hombres y mujeres mayores de 55 años de edad.

Herramientas

- Producir, diseñar e imprimir menús semanales para facilitar la compra y la preparación de alimentos naturales y frescos.
- Producir, diseñar e imprimir menús semanales para la preparación de las loncheras saludables y los refrigerios con alimentos naturales y frescos.
- Elaborar listas de mercado dando prioridad a alimentos naturales.
- Hacer mercado en familia.
- Preparar alimentos en familia.
- Hacer las compras en los mercados locales, mercados campesinos y plazas de mercado.
- Realizar talleres de cocina de alimentación saludable utilizando alimentos naturales y frescos.
- Consultar con su Nutricionista información referente a recetas de preparaciones saludables.



De una alimentación CESA depende la salud de la familia

Promover el consumo de alimentos naturales y frescos. Entorno Laboral.

Grupo interactivo: Hombres y mujeres mayores de 55 años que laboran.



Herramientas

- Realización de talleres de Cocina saludable y de refrigerios saludables.
- Creación de una alianza de consumidores con organizaciones campesinas.
- Video pedagógicos sobre la importancia de consumir alimentos naturales y frescos.

Momentos placenteros son aquellos en los cuales compartimos una alimentación saludable.

**Promover el consumo de alimentos naturales y frescos.
Sector de Influencia.**

Grupo interactivo: Directores y medios de comunicación masivos, comerciales, públicos y comunitarios.



Herramientas

- Promover talleres de formación en buenas prácticas agrícolas.
- Promover talleres de formación en buenas prácticas pecuarias.
- Promover talleres de formación en buenas prácticas de manufactura.
- Promover y facilitar la financiación, así como crear líneas de producción y canales de distribución de alimentos orgánicos.

Desde la compra de los alimentos en lugares higiénicos que garanticen alimentos inocuos, se puede contar con una alimentación saludable.



Referencias Bibliográficas

- **Ministerio de Salud. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura FAO (2016),** "Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia" Manual para el facilitador.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/estrategia-informacion-educacion-seguridad-alimentaria.pdf>

- **Ministerio de Salud. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, FAO (2016),** "Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia "Programas de implementación.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/pp/sna/estrategia-informacion-educacion-seguridad-alimentaria.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social.(2011) Nueva Legislación sobre reducción de sodio en los alimentos en Colombia. Resolución #333 de 2011

[https://www.intal.org > nueva-legislacion-sobre-reduccion-de-sodio-en-ali...](https://www.intal.org/nueva-legislacion-sobre-reduccion-de-sodio-en-ali...)



@todoslosderechosreservados
Registro derechos de Autor en trámite
Radicación: 1-2020-14846