



Universidad  
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA**

**Tesis**

Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos  
hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, 2026

**Para optar el Título Profesional de**  
Médico Cirujano

**Presentado por**

**Autora:** Chavarri Neyra, Alessandra Gianella

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0009-3868-486X>

**Asesora:** Dra. Calle Lopez, Patricia del Pilar

**CÓDIGO ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-7250-0712>

**Lima- Perú**

**2026**

 Universidad Norbert Wiener	<b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b>		
	<b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>	<b>VERSIÓN: 01</b> REVISIÓN: 01	<b>FECHA: 08/11/2022</b>

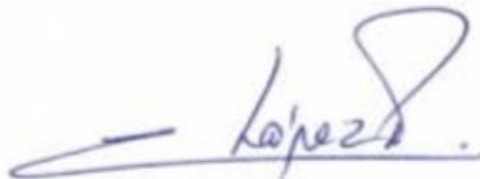
Yo, Alessandra Gianella Chavarri Neyra egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de salud Villa Victoria Porvenir, 2026” Asesorada por la docente: Patricia Del Pilar Calle Lopez DNI 17640287 ORCID 0000-0002-7250-0712 tiene un índice de similitud de **12 (doce) %** con código OID: **14912:560328973** verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....  
 Autora: Alessandra Gianella Chavarri Neyra  
 DNI: 76224627



.....  
 Asesora: Patricia Del Pilar Calle Lopez  
 DNI:17640287

Lima, 27 de enero de 2025

## **Línea de investigación**

Innovación en salud integral y gestión sanitaria para mejora de la calidad y equidad en la atención

## **Sub línea de investigación**

Atención primaria y promoción de la salud

## **DEDICATORIA**

A mi querida familia,

A mi familia, mi mayor inspiración y apoyo durante estos 7 años de estudio. Sin ustedes, este logro no habría sido posible.

A mi mamá, por su amor incondicional y por enseñarme a soñar sin límites. A mi papá, por su ejemplo, su cariño y por motivarme a superarme cada día. A mis hermanos, por sus consejos y valores que han sido parte fundamental de mi crecimiento. Y a mi sobrina, por su ternura y alegría, que iluminaron incluso los momentos más difíciles.

Aunque este trabajo lleve mi nombre, este logro es de ustedes.

**Alessandra**

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi profundo agradecimiento a la plana de docentes que me acompañó durante estos años de formación académica, por su dedicación, vocación y por los conocimientos transmitidos a lo largo de mi carrera. Sus enseñanzas y consejos no solo contribuyeron a mi desarrollo profesional, sino que también dejaron una huella significativa en mi formación humana, recordándome la importancia de ejercer la profesión con ética, responsabilidad y respeto hacia el paciente.

Agradezco también a mis compañeros y amigos de estudios, por el apoyo constante, el trabajo en equipo y los momentos compartidos a lo largo de la carrera. Su compañerismo y perseverancia fueron fundamentales para superar los desafíos académicos y continuar avanzando con determinación.

De manera especial, expreso mi sincero agradecimiento a mi asesora de tesis, Dra. Patricia Calle Lopez, por su orientación, disposición y acompañamiento durante el desarrollo del presente trabajo de investigación, los cuales fueron esenciales para su culminación.

**La autora**

## Resumen

Objetivo: Determinar la asociación entre hábitos alimenticios y control de la presión arterial en adultos hipertensos atendidos en 2026 en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir. Métodos: Estudio observacional, analítico y transversal con 154 pacientes >45 años. La exposición fueron hábitos alimentarios evaluados mediante cuestionario; el desenlace, control de hipertensión medido con lecturas estandarizadas. Se aplicó estadística descriptiva, chi cuadrado y regresión logística. Resultados: El 68% presentó presión arterial controlada. Se encontró asociación significativa entre hábitos saludables y control tensional ( $p < 0,001$ ), especialmente dieta baja en sodio ( $p < 0,001$ ) y patrón alimentario global ( $p = 0,035$ ). No hubo asociación con dieta DASH ( $p = 0,14$ ). Conclusión: La reducción de sodio y un patrón alimentario adecuado se asociaron significativamente con el control de la presión arterial, resaltando la importancia de intervenciones nutricionales en atención primaria.

**Palabras claves:** Hábitos saludables, hipertensión arterial, control, presión arterial

## **Abstract**

Objective: To determine the association between dietary habits and blood pressure control in hypertensive adults treated in 2026 at the Villa Victoria Porvenir Health Center. Methods: An observational, analytical, cross-sectional study was conducted with 154 patients over 45 years of age. The exposure was dietary habits assessed using a questionnaire; the outcome was hypertension control measured with standardized readings. Descriptive statistics, chi-square tests, and logistic regression were applied. Results: 68% of participants had controlled blood pressure. A significant association was found between healthy habits and blood pressure control ( $p < 0.001$ ), especially with a low-sodium diet ( $p < 0.001$ ) and overall dietary pattern ( $p = 0.035$ ). There was no association with the DASH diet ( $p = 0.14$ ). Conclusion: Sodium reduction and an appropriate dietary pattern were significantly associated with blood pressure control, highlighting the importance of nutritional interventions in primary care.

Keywords: Healthy habits, arterial hypertension, control, blood pressure, health and well-being.

## **Introducción**

La hipertensión arterial constituye uno de los desafíos sanitarios más críticos a nivel global, dada su estrecha relación con el incremento de la morbilidad cardiovascular. El presente estudio se estructuró en cinco capítulos que detallaron el proceso investigativo. En el primer capítulo, se expuso la problemática central, subrayando que las patologías del sistema circulatorio representaban el 32% de los fallecimientos anuales en el mundo. En el contexto peruano, la prevalencia de esta condición en mayores de 15 años alcanzó el 22,1%, lo que evidenció una crisis de salud pública. Se planteó que el manejo efectivo de la presión arterial dependía intrínsecamente de los patrones dietéticos, especialmente en el ámbito de la atención primaria. Bajo esta premisa, se definieron los objetivos y la justificación de la investigación, orientados a analizar el vínculo entre las conductas alimentarias y el estado tensional de los pacientes del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir. El segundo capítulo desarrolló el marco teórico, profundizando en la fisiopatología de la hipertensión y el impacto de los nutrientes críticos en el sistema cardiovascular. Se establecieron las definiciones conceptuales necesarias para comprender la variable de hábitos alimenticios y se formularon las hipótesis de investigación que guiaron el análisis bivariado. En el tercer capítulo se describió la metodología empleada. La investigación adoptó un enfoque cuantitativo y un diseño observacional, analítico y de corte transversal. Se detalló el procedimiento para la evaluación de 154 pacientes, utilizando instrumentos validados que permitieron contrastar el consumo alimentario con los registros clínicos de presión arterial. El cuarto capítulo desarrolló la presentación de los resultados del estudio, los cuales se mostraron mediante tablas organizadas por dimensiones y se analizaron de forma interpretativa. En el quinto capítulo se integraron las conclusiones y recomendaciones que emergieron del análisis realizado. Finalmente, el trabajo se

complementó con las referencias bibliográficas elaboradas bajo el formato Vancouver y la incorporación de los anexos correspondientes.

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

Los trastornos cardiovasculares comprenden un conjunto de afecciones que daña tanto a los vasos sanguíneos como al corazón responsables del suministro de sangre, estas enfermedades se distinguen por una modificación en el flujo sanguíneo, que suele ser producto de la aterosclerosis, un proceso que lleva al estrechamiento o a la oclusión de las arterias coronarias, dicho proceso puede manifestarse clínicamente como una hipoperfusión tisular a nivel de miocardio o dolor torácico persistente (1). En una escala mundial, cerca de 19,8 millones de individuos fallecieron por patologías cardíacas y vasculares, representando el 32% de la mortalidad global (2). La OPS señala que estas afecciones son la causa principal de deceso, sobre todo en las naciones en desarrollo, entre las condiciones destacan la hipertensión, la diabetes, la dieta inapropiada, el sedentarismo, el tabaquismo y un índice de masa corporal elevado. Sin embargo, un número considerable de estas condiciones podría prevenirse implementando hábitos de vida saludables y manteniendo una nutrición balanceada los cuales reducen los parámetros de la presión arterial (3). La OMS considera un aproximado de 1,400 millones de individuos, entre los rangos de edad de 30 a 79 años fueron diagnosticados de hipertensión arterial, en algún punto de vida. Esta cifra equivale a casi un tercio (33%) de la población global dentro de este grupo etario (4). Además, la hipertensión se considera una de las mayores causas de decesos tempranos prevenibles a nivel global (4, 5). La hipertensión arterial sigue siendo, hoy en día, una preocupación relevante para la salud pública. Esto se debe a su amplia propagación y al gran riesgo de complicaciones cardiovasculares que implica, las cuales son una causa importante de fallecimientos prematuros que podrían evitarse. Según las nuevas guías americanas del año 2025, indican que el manejo inicial debe centrarse en fomentar

intervenciones en el cambio de estilo de vida (6). Estas intervenciones se aplican tanto a pacientes con diagnóstico definitivo de hipertensión, tanto así en aquellos con presión arterial alterada. Las principales estrategias recomendadas incluyen la disminución del peso en sujetos con sobrepeso, la implementación de un régimen dietético inspirado en el modelo nutricional DASH (Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión), limitar la ingesta de sodio a un rango de 1.5 a 2.3 gramos por día, realizar ejercicio físico de forma continua por al menos 150 minutos en la semana, y consumir alcohol con moderación. La implementación de estas acciones evidenció un efecto favorable en la regulación de la presión arterial, además de disminuir la probabilidad de presentar eventos cardíacos y vasculares. (7). Así, el estilo de vida tiene una importancia considerable en el bienestar de las personas, con potencial para aportar ventajas o, de lo contrario, elevar el riesgo de padecer patologías crónicas (8). Por esta razón, una gran parte de los pacientes hipertensos encuentra menos complicado adherirse a la terapia con medicamentos que adoptar modificaciones dietéticas permanentes, a pesar de su importancia, la simple disminución del sodio no siempre basta, ya que este elemento está presente en diversos productos como comidas preelaboradas, salsas, condimentos e incluso ciertas hortalizas. En consecuencia, un plan de alimentación que no sea el apropiado o esté mal estructurado podría acarrear más perjuicios que ventajas, complicando el manejo óptimo de la hipertensión y disminuyendo la efectividad de los tratamientos clínicos (9). La nueva guía de dietas saludables de la OMS contiene normas particulares relativas al consumo de carbohidratos, así como de grasas totales, saturadas y trans (10). Estas orientaciones aconsejan limitar la ingesta total de grasas a un máximo del 30% de las calorías diarias totales, igualmente, se incentiva el reemplazo de grasas trans por ácidos grasos monoinsaturados o poliinsaturados de origen vegetal, dada su contribución positiva a la salud. Además, se promueve el consumo de productos ricos en fibra, tales como verduras, frutas y gramíneas (11). El propósito de estas

directrices es evitar el aumento de peso perjudicial en la población adulta e infantil, y mitigar la incidencia de enfermedades no transmisibles ligadas a patrones alimentarios deficientes (10).

En el contexto peruano, la población adulta enfrenta un incremento crítico de la malnutrición por exceso de peso, alcanzando una prevalencia nacional superior al 62% en personas mayores de 15 años (12). Este fenómeno se atribuye a una transición alimentaria caracterizada por la ingesta predominante de alimentos con alta densidad calórica y bajo valor nutricional, impulsada por un consumo creciente de productos ultraprocesados (13). Esta pauta dietética ha consolidado una tendencia ascendente en el Índice de Masa Corporal  $\geq 25$  y  $\geq 30$ , lo cual constituye uno de los principales determinantes metabólicos para el desarrollo de patologías crónicas a largo plazo, destacando la hipertensión arterial como una de las complicaciones de mayor impacto en la salud pública nacional (14). Este panorama subraya la urgencia de fomentar estilos de alimentación más beneficiosos para la salud en la ciudadanía. Se calcula que en España la hipertensión arterial tiene una alta prevalencia, afectando cerca del 34% de los adultos. Más aún, se ha detectado que incluso las lecturas de presión arterial clasificadas como "normal-alta" ya representan un riesgo superior de manifestar patologías cardiovasculares (15,16).

Se proyecta que alrededor de 5.5 millones de adultos, tanto jóvenes como mayores, en el Perú sufren de hipertensión arterial. Mayormente los casos reportados son a predominio de la zona costera, donde se registra una prevalencia del 24.4%, siendo Lima la ciudad con la cifra más alta, alcanzando el 27.1%. Cabe señalar que la enfermedad ocurre con más asiduidad en áreas urbanas (17.2%) que en las rurales (11.9%). Esta distribución dispar sugiere que existen factores demográficos y socioeconómicos que modulan la propagación de la enfermedad (17). El Centro de Salud "Villa Victoria Porvenir", localizado en la comunidad limeña de Surquillo, realizó una investigación previa que se llevó a cabo durante el año 2022 que llevó como tema "Obesidad asociada a dislipidemia en mayores de 17 años" reveló una prevalencia elevada de pacientes con sobrepeso (39.5%) y obesidad (34.2%) (18). Si bien estos estados de salud son conocidos por elevar la probabilidad de sufrir enfermedades cardiovasculares, aún no se han realizado investigaciones focalizadas en este centro sobre un inadecuado control de la presión arterial. De mantenerse esta ausencia de intervención, el control inadecuado de la presión arterial persistirá como una constante, deteriorando la calidad de vida de los pacientes y aumentando la saturación en el primer nivel de atención. Por consiguiente, resulta imperativo desarrollar el presente estudio, no solo para generar evidencia local que sustente intervenciones nutricionales, sino para fortalecer las acciones de vigilancia y control de la hipertensión en esta población específica.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

- ¿Cómo los hábitos alimenticios se asocian con el control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir 2026?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cómo el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio se asocia con el control de la presión arterial en adultos hipertensos?
- ¿Cómo el consumo de alimentos propios de una dieta DASH se asocia con el control de la presión arterial en adultos hipertensos?
- ¿Cómo el patrón alimentario se asocia con el control de la presión arterial en adultos hipertensos?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la asociación entre los hábitos alimenticios con el control de la presión arterial en adultos hipertensos atendidos en el centro de salud Villa Victoria Porvenir durante el año 2026.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Determinar la asociación entre el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio y el control de la presión arterial en adultos hipertensos.
2. Determinar la asociación entre el consumo de alimentos propios de la dieta DASH y el control de la presión arterial en adultos hipertensos.
3. Describir la asociación entre el patrón alimentario con el control de la presión arterial en adultos hipertensos.

### **1.4. Justificación de la investigación**

#### **1.4.1. Teórica**

La hipertensión arterial es una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares a nivel global y sigue siendo un desafío incluso en pacientes tratados.

Los hábitos alimentarios juegan un papel clave, ya que afectan mecanismos fisiológicos relacionados con la presión arterial, como la función endotelial, los electrolitos y la inflamación. Diversas investigaciones muestran que cambios dietéticos pueden reducir de manera clínica las cifras tensionales, destacando la importancia de las intervenciones nutricionales en su manejo (19,20).

El patrón dietético hipotensor ha mostrado beneficios tanto en población general como en hipertensos. Un metaanálisis reportó reducciones significativas en la presión arterial sistólica y diastólica; aunque los cambios a corto plazo fueron modestos, su mantenimiento a largo plazo generó importantes beneficios cardiovasculares(21,22).

La reducción del sodio siguió siendo un componente clave en las recomendaciones internacionales. Ensayos clínicos y revisiones sistemáticas evidenciaron que disminuir la ingesta de sodio logró reducciones relevantes de la presión arterial, incluso en individuos que utilizaban medicación antihipertensiva o presentaban comorbilidades. De igual modo, un mayor aporte de potasio, procedente principalmente de alimentos frescos, se asoció con efectos protectores sobre la función vascular, facilitando un mejor control tensional (23,24).

Sin embargo, gran parte de esta evidencia procedió de contextos con características socioculturales distintas a las de poblaciones como la del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir. Factores como la accesibilidad alimentaria, el nivel socioeconómico, los hábitos culinarios y la educación alimentaria pudieron modificar significativamente la relación entre dieta y control tensional. Por ello, resultó pertinente estudiar estos determinantes dentro de contextos específicos, donde la alimentación

estuvo influida por costumbres propias y condiciones particulares de acceso a alimentos.

El presente estudio permitió identificar cómo los hábitos alimentarios de la comunidad atendida en este establecimiento se relacionaron con el control de la presión arterial y si los factores descritos en la literatura internacional tuvieron un comportamiento similar en este entorno. Los resultados obtenidos fueron de utilidad como punto de partida para estructurar acciones nutricionales más eficientes, que estuvieron ajustadas a las necesidades concretas de la población; estos hallazgos sirvieron como base para diseñar intervenciones nutricionales más efectivas, adaptadas a las necesidades reales de la comunidad, fortaleciendo el abordaje integral de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención.

#### **1.4.2. Metodológica**

Desde el enfoque metodológico, para examinar la asociación entre los hábitos alimentarios y el control de la presión arterial en una población hipertensa, los hábitos alimentarios se evaluaron mediante un cuestionario estructurado y validado para población adulta. Asimismo, la presión arterial se obtuvo siguiendo las guías internacionales para mediciones clínicas, utilizando equipo calibrado, considerando periodos de reposo previos y realizando una segunda toma, lo que permitió determinar de manera adecuada el estado de la presión arterial. Los instrumentos empleados habían sido previamente validados mediante juicio de expertos. De esta manera, el estudio presentó un protocolo metodológico replicable y adaptable a otros centros de atención

primaria, lo que favoreció la comparación con investigaciones similares desarrolladas en contextos afines.

### **1.4.3. Práctica**

Los resultados del estudio pudieron ser utilizados por el personal de salud para fortalecer la consejería nutricional, diseñar programas educativos adaptados a la realidad sociocultural de los usuarios y optimizar el seguimiento ambulatorio de los pacientes hipertensos. De igual manera, la identificación de hábitos alimentarios de riesgo permitió priorizar grupos vulnerables y desarrollar estrategias preventivas centradas en la modificación de conductas, contribuyendo así a mejorar el control de la presión arterial y a disminuir el riesgo de complicaciones cardiovasculares.

## **1.5. Limitaciones de la investigación**

1.5.1. **Temporal.** La ejecución del estudio se realizó conforme al cronograma establecido, sin restricciones temporales.

1.5.2. **Espacial.** No existieron limitaciones relacionadas con el espacio.

1.5.3. **Población o unidad de análisis.** Algunos participantes inicialmente se mostraron renuentes a firmar el consentimiento informado. Para superar esta limitación, se explicó el objetivo y procedimiento del estudio, asegurando que la participación era voluntaria, anónima y sin consecuencias de ningún tipo, lo que permitió finalmente obtener la autorización de todos los involucrados. Asimismo, el empleo de un diseño transversal limitó la capacidad de establecer relaciones de causalidad, permitiendo únicamente identificar asociaciones entre los

hábitos alimenticios y el control de la presión arterial. Además, la información dietética se obtuvo mediante autorreporte, lo que pudo haber generado sesgo de información por subestimación o sobreestimación de ciertos hábitos; no obstante, este sesgo fue mitigado mediante el uso de instrumentos validados y la aplicación de estricta confidencialidad durante la recolección de datos.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1. Antecedentes nacionales

Alae-Carew (25), durante el año 2020 en Perú, se ejecutó un estudio que tuvo como objetivo “analizar los patrones dietéticos relacionados con la hipertensión, la diabetes mellitus tipo 2 y el exceso de peso en cuatro regiones del Perú”. Métodos. Realizó un estudio analítico tipo cohorte de 3280 participantes de 35 años. Distribuidos en cuatro entornos geográficos con distinto grado de urbanización. Los investigadores clasificaron a los participantes según cuatro dietas características del momento de transición nutricional: una dieta tradicional (rica en tubérculos y verduras), una etapa de transición intermedia, otra caracterizada por una ingesta elevada de productos industrializados y de origen animal, y una última fase dominada por el consumo predominante de alimentos ultra procesados. Resultados. Las estimaciones ajustadas mostraron que quienes seguían la dieta “etapa 3” (alta en procesados y baja en vegetales) tenían la mayor prevalencia de hipertensión (32,1 %), diabetes tipo 2 (10,7 %) y sobrepeso/obesidad elevada (75,1 %). Por el contrario, los sujetos que consumían la dieta más tradicional (etapa 1) presentaron un riesgo inferior de padecer hipertensión, frente a la dieta etapa 3. Además, la incidencia de hipertensión fue mayor en la dieta con predominio de alimentos procesados. Conclusión. Los autores destacan que una alimentación más tradicional, con menor presencia de comida procesada y mayor ingesta de vegetales, podría actuar como factor protector frente a hipertensión y otras enfermedades crónicas en contextos emergentes de cambio nutricional.

Tinoco (26), durante el año 2025, en el Perú realizó una investigación que tuvo como objetivo identificar la relación entre las costumbres y la dieta que llevan para regular la hipertensión arterial. Métodos. Se desarrolló un proyecto analítico y observacional, de un

enfoque transversal de carácter prospectivo. La muestra fue de 137 participantes entre los rangos de edades de 18 y 59 años, quienes formaban parte del programa de enfermedades no transmisibles. Resultados. Los hallazgos evidenciaron que los pacientes hipertensos que mantenían hábitos alimentarios saludables lograron un óptimo control de la presión arterial (26,7%), a comparación con aquellos que mostraban prácticas nutricionales moderadas o deficientes. Así mismo, se analizó una asociación importante entre una ingesta balanceada de proteínas y nutrientes esenciales y una menor probabilidad de desarrollar hipertensión arterial, así como un control más adecuado de sus niveles de presión. En cuanto a las características sociodemográficas, los participantes dentro de las edades de 30 a 59 años mostraron un óptimo control de los parámetros de la presión arterial. En cuanto al género, las mujeres presentaron un control de presión arterial (54,5%) mejor a comparación con los hombres (8,9%). Conclusión. Los hábitos alimentarios saludables guardan una asociación favorable con la disminución de los parámetros de presión arterial, por lo que se manifestó la importancia de una dieta equilibrada en el manejo de la hipertensión.

Moreyra (27), durante el año 2024, se ejecutó en el Perú una investigación que tuvo como objetivo evaluar la asociación entre los patrones de alimentación y la presencia de síndrome metabólico en adultos atendidos en el Centro de Salud Lunahuaná-Cañete, Métodos. El estudio fue analítico, observacional, cuantitativo y de corte transversal, con una población de 94 pacientes adultos atendidos en el Centro de Salud Lunahuaná. Se empleó una encuesta de 31 ítems para recolectar datos sobre los hábitos alimentarios, y una ficha epidemiológica para recolectar la información correspondiente al síndrome metabólico. Resultados. Mostraron que el síndrome metabólico se asoció con la elevación del índice de masa corporal, dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus, encontrándose una relación significativa con los tipos de dieta. Se observó que los participantes con hábitos alimentarios inadecuados

tenían 22,7 veces más probabilidad de desarrollar síndrome metabólico en comparación con quienes mantenían un hábito de vida saludable. Además, se determinó que existe 6.2 veces más de desarrollar dislipidemia en paciente con mal hábito alimentario. Conclusión. Los hábitos alimentarios inadecuados se asocian con el síndrome metabólico, así como con la obesidad, la dislipidemia, la diabetes mellitus tipo 2 y la hipertensión arterial, lo que evidencia la importancia de mantener una alimentación saludable para la prevención y el control de las enfermedades cardio metabólicas.

Surichaqui y Mori (28) en el transcurso del 2023 en Perú, se ejecutó una investigación que tiene como propósito principal estimar los valores nutricionales de los adultos mayores, así como determinar y analizar su situación nutricional, con el fin de identificar casos de desnutrición leve, moderada o severa, Métodos. Se ejecutó una investigación no experimental de corte transversal. Para el estudio se consideró una muestra de 84 pacientes de tercera edad previamente diagnosticados con hipertensión arterial, quienes recibieron atención en el Hospital de Huaycán. La información fue obtenida mediante un cuestionario que evaluaba el estado nutricional, compuesto por 25 ítems organizados en cinco dimensiones: alimentación, apoyo interpersonal, autorrealización, responsabilidad en salud y manejo del estrés. Resultados. Se identificó aproximadamente que el 25% de los pacientes de la tercera edad con desnutrición moderada presentaron una dieta no saludable. De igual modo, se observó que un 27,4% de los participantes con desnutrición moderada mantenían una alimentación saludable dentro de la medida del manejo del estrés, lo que demuestra la influencia de diversos factores de modo de vida en el estado nutricional. Conclusión. Existe una correlación importante entre la autorrealización de los hábitos de vida y el estado nutricional de los participantes con hipertensión arterial, con una asociación positiva moderada. Se evidenció una asociación significativa entre la responsabilidad en salud y el estado nutricional, lo que evidencia que

ambos factores se asocian directamente con el bienestar nutricional de los adultos mayores hipertensos.

Reyes et al. (29) durante el año 2021 ejecutaron un estudio en Perú que tuvo como finalidad principal evaluar las consecuencias de una intervención educativa dirigida a la familia y basada en la promoción de una dieta saludable. Métodos. La investigación empleó un diseño de tipo cuasiexperimental, de naturaleza prospectiva y longitudinal, y contó con 47 participantes con antecedente de hipertensión arterial. Para recolectar los datos fue mediante entrevistas personales, además de emplearse un cuestionario para valorar los conocimientos en hipertensión y las conductas alimentarias. Resultados. Los datos mostraron que, antes de la intervención, el 70.2% de los pacientes presentaba un nivel de conocimiento medio sobre la hipertensión arterial. el 4.3% un nivel elevado y el 10.6% un nivel bajo. Posterior a la intervención, el 89.4% logró un nivel de conocimiento elevado, lo que evidencia una mejora significativa tanto en el nivel de conocimiento sobre la enfermedad. Con respecto al nivel de conocimiento sobre nutrición saludable, se registró un promedio de 12.77 puntos antes de la intervención, que se incrementó a 20.62 puntos después, reflejando una mejora sustancial. En cuanto a las mediciones de la presión arterial, la cifra promedio de presión sistólica descendió 142 mmHg antes de la intervención a 134 mmHg después de la educación alimentaria, lo que demostró una mejoría del 78.7% en el manejo de la presión. De manera análoga, el promedio de la presión diastólica se redujo de 86.51 mmHg a 76.11 mmHg tras la intervención. Estos datos confirman que la formación familiar enfocada en hábitos de vida saludables genera un impacto significativo y favorable en el control de la presión arterial. Conclusión. El fortalecimiento de los conocimientos sobre alimentación saludable contribuye directamente a mejorar el autocontrol y la adherencia terapéutica en pacientes con diagnóstico de hipertensión

arterial, favoreciendo así el mantenimiento de valores de presión arterial dentro de rangos seguros.

### **2.1.2. Antecedentes internacionales**

Galvis et al. (30), en el año 2022 realizaron en Colombia un estudio que tuvo como objetivo identificar los factores sociales, clínicos y psicosociales relacionados con el control de la presión arterial. Métodos. La investigación empleó un diseño tipo analítico y de corte transversal. Para la investigación se empleó como instrumento la Encuesta SABE Colombia 2016, con 2 656 adultos mayores hipertensos hallados en tratamiento médico, diagnóstico previo de hipertensión arterial y tomándose en cuenta que estaba para establecer entre controlado y no controlado. Resultados. La mayoría de los participantes eran mujeres (66 %), con una edad promedio de 71,6 años. En cuanto a la distribución por raza, predominó la población mestiza (44,5 %). Además, se observó que la proporción de adultos mayores con hipertensión no controlada era menor en quienes residían en zonas urbanas. Conclusión. Existe una alta prevalencia de hipertensos no controlados en adultos mayores colombianos; mayores a 74 años y que residan en zonas rurales, mientras que factores psicosociales no influyeron.

Zhu y Wang (31) en el año 2024 realizaron un estudio en E.E. U.U. que tuvo como objetivo analizar la asociación entre los hábitos alimentarios y la actividad física en el desarrollo de hipertensión en adultos estadounidenses. Métodos. Se utilizó un muestreo probabilístico complejo. Utilizando datos del NHANES 2007-2018, evaluaron a 24 453 participantes mediante el índice HEI-2015 y los minutos de equivalentes metabólicos. Resultados. De los participantes, 8 570 presentaron hipertensión. La edad media fue de 47,73 años, el 49,17 % fueron mujeres, el IMC ponderado fue de 54,2 y el nivel de actividad física promedio fue de 3 762,36 minutos a la semana. Los hallazgos indicaron que tanto una dieta

saludable como la práctica regular de actividad física se asociaron con un menor riesgo de hipertensión, aunque la reducción significativa se observó únicamente en individuos que combinaban ambos hábitos saludables (OR: 0,77; IC 95 %: 0,65-0,90). Esta asociación se mantuvo consistente en la mayoría de los subgrupos demográficos, con ligeras variaciones según raza. Conclusión. La adopción conjunta de una alimentación equilibrada y ejercicio constante actúa como un factor que reduce el riesgo de hipertensión arterial.

Cai et al. (32) durante el año 2024 ejecutaron una investigación en Reino Unido orientada a identificar la relación entre los factores dietéticos en la aparición de hipertensión arterial. Métodos. Emplearon un enfoque cuantitativo basado en el método de randomización mendeliana, utilizando datos genómicos procedentes de amplias cohortes europeas, que incluyeron más de 92 000 personas con hipertensión y alrededor de 265 000 controles. El estudio analizó dieciséis variables relacionadas con la dieta, entre ellas el consumo de alcohol, carnes rojas, aves, verduras, cereales, queso y frutas deshidratadas. Resultados. Evidenciaron que una mayor ingesta de alcohol, carnes dentro de ellas la de res y de ave estaba asociada con un aumento de presentar hipertensión, mientras que el consumo frecuente de verduras, cereales y frutos secos mostró un efecto protector. Conclusión. Ciertos patrones alimentarios pueden tener una relación causal con la predisposición de presentar hipertensión arterial, por lo cual demuestra la importancia de fomentar hábitos dietéticos saludables como parte de las estrategias de prevención cardiovascular.

Mayorga C. et al. (33), durante el año 2023 ejecutaron una investigación en Ecuador orientada a analizar la efectividad del patrón alimentario DASH para mejorar el estado nutricional y favorecer el control de la presión arterial. Métodos. El estudio se desarrolló con un diseño cuasiexperimental e incluyó a 48 pacientes que acudieron con el objetivo de reducir su peso corporal. Para el análisis de los datos se aplicaron pruebas estadísticas como McNemar

y ANOVA, evaluando variables tales como presión arterial, índice de masa corporal y circunferencia de cintura. Resultados. Del total de participantes, el 50 % correspondió al sexo femenino y el 58,33 % presentaba obesidad. Tras finalizar la intervención, la mayoría de los pacientes mostró tensión arterial óptima (66,67 %), predominio de sobrepeso (58,33 %) y un riesgo muy elevado (50 %) en los indicadores de composición corporal. Conclusión. La implementación de la dieta DASH fue eficaz para reducir la presión arterial y contribuir a la mejora del estado nutricional en pacientes hipertensos que aún no recibían tratamiento farmacológico.

Gupta D, et al. (34), el objetivo fue evaluar cómo la presión arterial responde a cantidades altas y bajas de sodio en adultos que cumplen tratamiento. Métodos. Se utilizó un diseño cruzado de 2 semanas, en el que los 213 participantes consumieron dietas alta y baja en sodio, firmando el consentimiento informado. La presión arterial se monitoreó durante el estudio y se recolectó orina para evaluar la adherencia dietética. Las dietas se proporcionaron semanalmente a todos los participantes. Resultados. Del total de participantes, el 65 % fueron mujeres y el 64 % se identificó como afrodescendiente. Tras la dieta baja en sodio, el 73,4 % presentó una reducción significativa de la presión arterial sistólica, con una disminución media de 4 mmHg. Los eventos adversos reportados durante la intervención fueron leves. Conclusión. La restricción de sodio en la dieta contribuyó de manera efectiva a reducir la presión arterial, beneficiando a la mayoría de los adultos de mediana edad y ancianos.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Hipertensión arterial**

#### **Definición**

La hipertensión arterial se considera una condición crónica que se manifiesta por un incremento constante de la presión con la que la sangre fluye a través de las arterias. Este

aumento repercute en el corazón al realizar un mayor esfuerzo para bombear la sangre hacia los distintos tejidos, lo que con el tiempo puede generar cambios tanto estructurales como funcionales en los vasos sanguíneos. Como resultado, se produce un deterioro progresivo en los llamados órganos diana, entre los que destacan el corazón, los ojos, los riñones y el cerebro (35).

Además, la hipertensión constituye uno de los mayores peligros para el desarrollo de enfermedades que afectan al sistema cardiovascular, como la muerte del miocardio, el accidente cerebrovascular y la insuficiencia renal crónica (36). Por esta razón, se considera un desafío sanitario global por su alta prevalencia (35, 36).

### **Fisiopatología**

La elevación persistente de la presión arterial constituye la principal manifestación clínica de la hipertensión. Su fisiopatología es compleja y multifactorial, resultado de la interacción entre factores ambientales, genéticos, inmunológicos e inflamatorios, así como de hábitos de vida no saludables. A ello se suma la alteración en el funcionamiento de sistemas reguladores clave, como el renal, cardiovascular y el sistema nervioso central. La pérdida del equilibrio entre estos mecanismos compromete el control adecuado de la presión arterial y favorece el desarrollo progresivo de la hipertensión, la cual, en ausencia de un manejo oportuno, puede desencadenar complicaciones severas en distintos órganos blanco, incluyendo los eventos cerebrovasculares (37).

Dentro de los principales procesos fisiopatológicos se incluye la activación del sistema renina angiotensina aldosterona que incrementa la vasoconstricción y la retención de sodio junto con la hiperactividad del sistema nervioso simpático que eleva el tono vascular la disfunción endotelial que reduce la capacidad de vasodilatación y la rigidez arterial asociada al envejecimiento o a estilos de vida no saludables el mantenimiento prolongado de estos

mecanismos alterados genera remodelación vascular y cardiaca perpetuando la enfermedad y cuando no se controla adecuadamente la hipertensión puede provocar complicaciones severas como eventos cerebrovasculares y deterioro renal irreversible (38).

## **Tipos**

### **Hipertensión Primaria o esencial**

La mayoría de los casos de presión arterial alta, cerca del 90 al 95 %, corresponden a la hipertensión arterial primaria también conocida como esencial (39). Esta condición se establece de forma gradual con el paso del tiempo. A diferencia de otros tipos, no se identifica una causa única y específica. En cambio, se cree que es el resultado de la interacción compleja de diversos elementos. Estos incluyen factores genéticos, aspectos fisiológicos, influencias del ambiente y parámetros hemodinámicos. Dichos elementos se interrelacionan y juegan un papel crucial en el sostenimiento de una presión arterial alta (40).

### **Hipertensión secundaria**

La hipertensión arterial secundaria surge como consecuencia de otras patologías o condiciones médicas preexistentes y suele originarse por un aumento del volumen de líquido corporal o por vasoconstricción. Entre sus causas más frecuentes se encuentran las enfermedades renales y la hipertensión renovascular, a menudo asociada a la aterosclerosis. También puede deberse a anomalías congénitas como la coartación de la aorta. Asimismo, existen causas farmacológicas o iatrogénicas, ya que algunos medicamentos, como los corticoides o los estrógenos en dosis elevadas, pueden inducir o agravar el aumento de la presión arterial (39,40)

### **Clasificación de la presión arterial**

Se considera dentro de rangos normales cuando el valor sistólico no excede los 120 mmHg y la cifra diastólica es inferior a 80 mmHg. En cambio, se clasifica como elevada cuando la

sistólica se encuentra en el rango de 120 a 129 mmHg, con una presión diastólica que se mantiene en 80 mmHg. Cuando la presión aumenta aún más, se distinguen diferentes grados de hipertensión: la hipertensión grado 1 corresponde a presión sistólica que varía de 130 a 139 mmHg y una diastólica de 80 a 89 mmHg, mientras que la hipertensión grado 2 se caracteriza por presiones sistólicas que exceden los 140 mmHg y presiones diastólicas mayores a 90 mmHg. Esta clasificación permite identificar la gravedad de la hipertensión y orientar el manejo clínico adecuado (6,40).

### **Síntomas y curso clínico**

En la mayoría de las situaciones, los individuos con hipertensión arterial no manifiestan síntomas perceptibles, por lo que su detección suele ocurrir de forma casual durante controles rutinarios de presión arterial. Esta naturaleza silenciosa permite que el trastorno progrese sin ser identificado oportunamente, elevando el peligro de desarrollar complicaciones que afecten al sistema cardiovascular y a los riñones (36).

La hipertensión arterial sostenida induce rigidez en las arterias que irrigan el riñón, lo que conlleva un deterioro progresivo de la función renal y puede evolucionar hacia insuficiencia renal crónica, requiriendo en algunos casos tratamiento dialítico. Asimismo, el daño renal secundario a la hipertensión puede retroalimentar un aumento en la presión sanguínea, generando un ciclo patológico de difícil control (41).

Por otro lado, las cifras elevadas de presión arterial pueden ocasionar la rotura de las arterias cerebrales, produciendo un accidente cerebrovascular o ictus. Es importante destacar que una persona puede mantener valores elevados de presión arterial durante años sin manifestar síntomas evidentes, lo que incrementa la probabilidad de daño en órganos diana (42).

Entre las manifestaciones clínicas que pueden presentarse en etapas avanzadas se encuentran la cefalea intensa, las náuseas, los vómitos, las alteraciones visuales derivadas del compromiso

de las arterias retinianas y la epistaxis (42,43). Estos signos suelen evidenciarse cuando la enfermedad alcanza un grado severo y ponen en riesgo la vida del paciente. Cuando tales síntomas se asocian con elevaciones marcadas de la presión arterial, se denomina crisis hipertensiva; y cuando esta situación produce daño en órganos diana, se considera una emergencia hipertensiva (44).

### **Factores de riesgo**

El origen de esta patología puede relacionarse con múltiples factores de riesgo, como son las costumbres diarias, la exposición a elementos ambientales y la presencia de enfermedades previas (45). Su prevalencia aumenta debido a la elevada frecuencia de estos determinantes en la población. Según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud, dichos factores se dividen en modificables y no modificables (4).

Dentro de los factores de riesgo que sí podemos cambiar se encuentran los estilos de vida no saludables, el exceso de peso, la alta ingesta de sal, la ingesta elevada de bebidas alcohólicas, el uso de determinados medicamentos y la falta de actividad física (45). La intervención sobre estos elementos, a través de la adopción de hábitos saludables, puede disminuir de manera importante la probabilidad de desarrollar hipertensión arterial. Su aparición está vinculada a la coexistencia de múltiples factores de riesgo, motivo por el cual no se clasifica como una enfermedad estrictamente hereditaria (46).

La adopción temprana de hábitos cardiosaludables puede evitar o postergar la aparición de la hipertensión arterial y, al mismo tiempo, disminuir el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Estas medidas generan un efecto hipotensor y, en algunos casos, permiten reducir la necesidad de fármacos antihipertensivos (47). No obstante, el inicio de un estilo de vida saludable no debe retrasar el tratamiento farmacológico en aquellos pacientes que lo requieran (48).

Los beneficios que aporta la modificación del estilo de vida trascienden el simple manejo de la presión arterial. Estas medidas abarcan, entre otras acciones, disminuir la cantidad de sal, realizar ejercicio físico regularmente y controlar el consumo de bebidas alcohólicas (47).

Sin embargo, la implementación sostenida de estas medidas puede resultar difícil debido a factores como las exigencias laborales, las responsabilidades domésticas y el costo económico que implica mantener una rutina saludable, lo cual repercute en una baja adherencia.

La pérdida de peso se asocia directamente con la reducción de la presión arterial, y una dieta hipocalórica puede disminuir en promedio 6,5 mmHg la presión sistólica y 4,6 mmHg la diastólica, favoreciendo el control de la hipertensión. De igual manera, reducir el consumo de sodio mejora significativamente el manejo de la presión arterial, y limitar la sal a menos de 5,8 g diarios puede bajar la presión sistólica en 5 mmHg y la diastólica en 2 mmHg, además de reducir entre 18% y 36% el riesgo cardiovascular. Por tanto, la modificación de la alimentación es una estrategia efectiva y complementaria para controlar la hipertensión y prevenir complicaciones. (23).

Los factores de riesgo que no se pueden modificar comprenden aquellas características propias al individuo que no pueden cambiarse mediante acciones humanas, ya que no dependen del estilo de vida ni de intervenciones médicas. Entre ellos se incluyen la edad, el género, la raza o la ascendencia y la predisposición genética, elementos que influyen en el desarrollo y progresión de la enfermedad, pero que no pueden ser modificados a través de medidas preventivas (47,48).

### **1.1.1. Hábitos alimenticios**

#### **Definición de hábitos**

Los hábitos son patrones de acción que, al repetirse de manera continua, se convierten en actividades realizadas casi de forma automática en la vida diaria. (49).

### **Definición de hábitos alimenticios**

Los hábitos alimentarios se definen como patrones persistentes en la elección, elaboración y consumo de productos alimenticios, originados por la repetición constante de conductas en la vida cotidiana. Estos procesos están intrínsecamente ligados al entorno social, económico y cultural, manifestándose en la manera específica en que los grupos humanos interactúan con los alimentos según su contexto geográfico y tradiciones familiares (50).

### **Hábitos alimentarios saludables**

Los hábitos alimentarios saludables se desarrollan a lo largo de la vida, especialmente a través de experiencias compartidas en familia que permiten la exposición a distintos alimentos y la formación de conductas nutricionales adecuadas (51). Según la Organización Mundial de la Salud, una alimentación saludable aporta los nutrientes esenciales en cantidades adecuadas y contribuye a reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares y la diabetes. Su adecuación depende de factores individuales como la edad, el sexo y el nivel de actividad física, así como de elementos contextuales como el entorno cultural, la disponibilidad de alimentos y los hábitos alimentarios, cuya inadecuación incrementa la probabilidad de desarrollar estas patologías(52). En este marco, promover el consumo regular de alimentos ricos en vitaminas, proteínas, fibra, frutas, verduras y cereales, así como fomentar una relación consciente con la alimentación evitando distracciones durante las comidas, constituye un componente fundamental de un estilo de vida saludable, al cual se suman la actividad física, el descanso adecuado y el manejo del estrés (53). Todo ello adquiere especial relevancia en la prevención y control de la hipertensión arterial (45), considerando que cerca de la mitad de los individuos hipertensos desconoce su condición, lo que limita el diagnóstico temprano y aumenta el riesgo de complicaciones (4).

### **Hábitos alimentarios no saludables**

Los malos hábitos alimentarios son conductas repetidas relacionadas con la alimentación que pueden afectar la salud, influyendo no solo en el peso corporal, sino también en el riesgo de diversas enfermedades. Suelen surgir en contextos donde se prioriza la rapidez y la facilidad al elegir alimentos, por lo que reconocerlos y modificarlos es clave para un estilo de vida saludable. Entre los más comunes se encuentran el consumo de alimentos procesados y ultraprocesados, comidas excesivas, dietas desequilibradas, alta ingesta de azúcares, poca hidratación y consumo excesivo de alcohol, los cuales pueden tener un impacto negativo si se mantienen de manera regular (54,55).

### **Dietas hipotensoras**

#### **Dieta DASH**

La dieta DASH es un patrón alimentario recomendado para controlar la hipertensión, promoviendo verduras, frutas, frutos secos y lácteos bajos en grasa, y reduciendo el sodio a menos de 1500 mg diarios, lo que puede bajar la presión sistólica entre 6 y 11 mmHg. Sugiere limitar alimentos procesados y ultraprocesados por su alto contenido de sal, grasas y azúcares. Incluye al menos 5 raciones diarias de frutas y verduras, un consumo moderado de carbohidratos sin superar 7 porciones diarias, lácteos descremados, y mayor ingesta de frutos secos, legumbres y cereales integrales como fuentes de fibra y micronutrientes esenciales (56).

#### **Dieta baja en sodio**

La reducción del consumo de sodio desde una ingesta elevada promedio de 4,6 g/día hasta el nivel recomendado de 1,5 g/día produce un efecto mínimo en personas normotensas, con cambios de  $-1,14$  mmHg en la presión sistólica y  $+0,01$  mmHg en la diastólica(56).

En contraste, en la población hipertensa se observa una disminución significativa de la presión arterial (57), con descensos de  $-5,71$  mmHg en la sistólica y  $-2,87$  mmHg en la diastólica. Este efecto se explica porque una alta ingesta de sodio incrementa el volumen del líquido extracelular sin alterar su concentración, mientras que su reducción disminuye dicho volumen y favorece el control de la presión arterial (57).

### **1.1.2. Control de la presión arterial**

#### **Definición de control de la presión arterial**

Paciente con tratamiento antihipertensivo establecido que acude a controles mensuales durante un período de seis meses (59) y mantiene valores de presión arterial dentro del rango considerado como controlado, es decir, cifras por debajo de 140 mmHg para la presión sistólica y menores de 90 mmHg para la presión diastólica, o de acuerdo con la meta terapéutica individual establecida (60).

#### **Medición de la presión arterial**

En la medición de la presión arterial, los instrumentos más utilizados han sido el esfigmomanómetro de mercurio y el aneroides, considerados durante años como el estándar para la medición. No obstante, por las restricciones ambientales impuestas al uso del mercurio, su aplicación ha disminuido de forma significativa. En la actualidad, el método que minimiza los errores derivados de la observación manual corresponde al monitor electrónico automatizado con manguito oscilométrico, el cual se reconoce como una alternativa más precisa y práctica para la evaluación de la presión arterial en la práctica clínica (61,62).

Para obtener una medición precisa de la presión arterial, se recomienda emplear monitores electrónicos automatizados o, en su defecto, esfigmomanómetros aneroides debidamente calibrados. La medición debe realizarse en un ambiente tranquilo y silencioso, con una temperatura confortable, evitando distracciones o estímulos que puedan alterar los valores (63). Durante el procedimiento, no se debe conversar, ya que hablar puede incrementar la presión arterial hasta en 10 mmHg. El brazo debe mantenerse apoyado a la altura del corazón y sin prendas de vestir, pues una posición incorrecta o la ropa ajustada pueden modificar los resultados en aproximadamente 10 mmHg. Asimismo, se recomienda mantener los pies apoyados en el suelo y sin cruzar las piernas, dado que estas posturas pueden aumentar los valores entre 6 y 8 mmHg. Por otro lado, tener la vejiga llena también puede provocar un incremento de hasta 10 mmHg. Finalmente, es fundamental apoyar la espalda en el respaldo de la silla para mantener una postura estable y favorecer una medición confiable (64).

### **Complicaciones de mal control de la presión arterial**

La evidencia señala que un adecuado control tensional reduce la probabilidad de desarrollar enfermedad coronaria, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, así como otros eventos cardiovasculares mayores, además de contribuir a una menor mortalidad general (60).

## **2.3. Formulación de la hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

Existe asociación entre los hábitos alimenticios con el control de la presión arterial en adultos hipertensos atendidos en el centro de salud Villa Victoria Porvenir durante el año 2026.

### **2.3.2 Hipótesis específicas**

1. Existe asociación entre el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio y

- el control de la presión arterial en adultos hipertensos.
2. Existe asociación entre el consumo de alimentos propios de una dieta DASH y el control de la presión arterial en adultos hipertensos.
  3. Existe asociación entre el patrón alimentario con el control de la presión arterial en adultos hipertensos.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de investigación**

El enfoque de la investigación fue cuantitativo y se sustenta en el paradigma hipotético-deductivo, el cual permite al investigador analizar de manera objetiva y sistemática los datos, facilitando un estudio profundo del fenómeno investigado (65).

### **3.2. Enfoque de investigación**

El presente estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, orientado a la medición objetiva y al análisis estadístico de fenómenos empíricos. Para tal fin, se emplearon datos numéricos que permitieron contrastar la hipótesis planteada, facilitando la identificación, descripción y cuantificación de la relación existente, así como la intensidad de la asociación entre dos o más variables de estudio (66).

### **3.3. Tipo de investigación**

La investigación fue de tipo básica, ya que se caracteriza por su amplio alcance y su objetivo de contribuir al fortalecimiento del conocimiento científico en un área específica (66).

### **3.4. Diseño de la investigación**

La investigación se caracterizó por presentar un diseño no experimental, ya que las variables de estudio no fueron manipuladas, debido a la ausencia de intervención deliberada o intencional sobre las variables analizadas (67).

**3.4.1. Corte.** Fue transversal porque la obtención de la información de todas las variables ocurrió en una única instancia temporal y geográfica (67).

**3.4.2. Alcance o nivel.** Fue correlacional porque tuvo como propósito analizar la asociación entre hábitos alimenticios con el control de la presión arterial (67).

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **Población:**

La población estuvo integrada por 256 pacientes atendidos en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, ubicado en el distrito de Surquillo. El tamaño del registro poblacional correspondió al porcentaje de beneficiarios atendidos con diagnóstico de hipertensión arterial que lograron alcanzar la meta terapéutica establecida.

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, mayores de 45 años, de ambos sexos.
- Pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico por un periodo mayor a seis meses
- Pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir que acuden regularmente a su control médico.
- Pacientes dispuestos a participar voluntariamente en la encuesta durante su control de salud.
- Pacientes sin otras comorbilidades

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes hipertensos que se encuentren en estado de gestación.
- Personas que no cuenten con un diagnóstico confirmado de hipertensión arterial.
- Pacientes que no acepten participar en la aplicación del cuestionario.

#### **Muestra:**

Se estableció el tamaño de la muestra para el análisis de una sola población aplicando la siguiente fórmula estadística.

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot p \cdot q}{E^2 (N-1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Se sustituyeron los valores en la fórmula considerando un tamaño de población de (N=256N), un nivel de confianza del 95% (Z=1.96), una probabilidad del 50% de que ocurra el evento (p=q=0.5) y un margen de error del 5% (E=0.05).

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 256 \times 0.5 \times 0.5}{(0.05)^2 \times (256-1) + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 154$$

Por tanto, la muestra estuvo conformada por 154 pacientes hipertensos mayores de 40 años.

### 3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Hábitos alimenticios

Variable 2: Control de la presión arterial

### Variables y operacionalización

“Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, 2026”

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
V1: Hábitos alimenticios	Definición: Adoptar una dieta saludable permitirá prevenir enfermedades no transmisibles. Por eso una dieta saludable lo más pronto nos trae grandes beneficios en nuestra salud (48).	Se evaluará mediante un cuestionario estructurado tipo Likert, aplicado por encuesta, que mide la frecuencia semanal de conductas alimentarias relacionadas con el consumo de sodio, alimentos protectores y patrón alimentario.	consumo de alimentos con bajo contenido de sodio  Consumo de alimentos propios de una dieta DASH	Evita embutidos Evita alimentos enlatados Evita agregar sal adicional Evita alimentos fritos Evita cubitos o sazónadores Evita snack salados Evita carnes rojas Evita comidas rápidas  Consumo frutas Consumo de verduras Consumo de lacteos bajos en grasa Consumo de granos integrales Consumo de frutos secos, semillas o legumbres Consumo de pollo/pescado Consumo de agua o bebida sin azúcar	Ordinal	-Nunca -A veces -Frecuentemente -Siempre  Nivel de hábitos alimenticios 19 - 47 no saludables 48- 76 saludable  Alimentos bajo en sodio 8 – 23 Baja adherencia 24 – 32 Alta adherencia  Alimentos propios de una dieta DASH 7 – 20 Baja adherencia

			Patrón alimentario	Comidas en horarios similares Consumo de las tres comidas principales Control de porciones Consumo de porciones grandes en la noche		21 – 28 Alta adherencia  Patrón alimentario 4 – 11 Inadecuado 12 – 16 Adecuado
V2: Control de la presión arterial	Mantener la presión arterial dentro de valores adecuados mediante el cumplimiento del tratamiento por 6 meses y la asistencia a, al menos, el 70% de los controles programados (58,59).	Se realizaron dos mediciones de presión arterial, registrándose el promedio de PAS y PAD, clasificándose el control según criterios del estudio.	Estado de control de la presión arterial	1. PA promedio	Dicotómica	Controlado: PA promedio < 140/90 mmHg No controlado: PA promedio $\geq$ 140/90 mmHg

### **3.7. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

La técnica utilizada para analizar la relación entre los hábitos alimentarios y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos fue la encuesta, aplicada mediante el cuestionario “Hábitos alimentarios asociados al control de la presión arterial”. Este instrumento permitió examinar cómo los distintos patrones de alimentación se vinculan con el control de la hipertensión, ya que facilitó la recolección ordenada y sistemática de información sobre los comportamientos alimentarios de los participantes.

La técnica empleada para medir el nivel de presión arterial fue mediante la ficha de recolección de datos, en el cual se utilizó un monitor digital de presión arterial validado clínicamente, siguiendo las recomendaciones del Ministerio de Salud (MINSA) y guías internacionales para la medición de la presión arterial (68).

#### **3.7.2. Descripción**

El instrumento de recolección de datos utilizado fue un cuestionario estructurado diseñado para evaluar los hábitos alimentarios y su relación con el control de la presión arterial. La primera sección del cuestionario recopiló información sociodemográfica básica del participante.

La segunda sección corresponde al cuestionario de hábitos alimentarios, estuvo compuesto por 3 ítems, consumo de alimentos bajo en sodio (8 – 23 Baja adherencia a dieta baja en sodio, 24 – 32 Alta adherencia a dieta baja en sodio), consumo de alimentos propios de una dieta DASH (7 – 20 Baja adherencia a dieta DASH, 21 – 28 Alta adherencia a dieta DASH) y patrón alimentario (4 – 11 Patrón alimentario inadecuado, 12 – 16 Patrón alimentario adecuado). Las respuestas se registran mediante una escala tipo Likert de cuatro puntos, que

va desde “nunca” (1) hasta “siempre” (4). La puntuación total se obtiene sumando las respuestas de todos los ítems, estableciéndose los siguientes rangos:

1. 19 - 47 Hábitos alimenticios no saludables
2. 48- 76 Hábitos alimenticios saludable

Asimismo, la medición de la presión arterial se realizó en el establecimiento de salud, con el participante en posición sentada, luego de un reposo previo de al menos 5 minutos, con la espalda apoyada, los pies apoyados en el suelo y el brazo descubierto y apoyado a la altura del corazón. Se empleó un manguito de tamaño adecuado al perímetro braquial, colocado en el brazo dominante. Se efectuaron dos mediciones consecutivas de la presión arterial, con un intervalo de 15 minutos entre cada toma. Para el análisis, se consideró el promedio de ambas mediciones, registrándose los valores de presión arterial sistólica y diastólica en una ficha de recolección de datos. Adicionalmente, se realizó la verificación de los controles previos de presión arterial consignados en la historia clínica del participante, con la finalidad de complementar la información obtenida durante la medición directa.

Este sistema de puntuación permitió cuantificar de manera objetiva los comportamientos alimentarios, facilitando el análisis de su asociación en adultos hipertensos atendidos en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir durante el año 2026.

### **3.7.3. Validación**

El cuestionario de hábitos alimentarios fue evaluado por un panel de cuatro expertos, especialistas en nutrición, dos médicos de medicina interna, y una especialista en salud.

### **3.7.4. Confiabilidad**

La confiabilidad del cuestionario fue evaluada mediante el coeficiente Alfa de Cronbach resultando un valor de alfa de 0,842 lo que indica una consistencia interna aceptable.

### **3.8. Procesamiento y análisis de datos**

Los datos obtenidos se importaron desde el instrumento virtual en formato Excel. El procesamiento completo se realizó en el software estadístico R for Windows (R Core Team, versión 4.3) para la elaboración de tablas estadísticas. Además, el procesamiento de los datos se realizó en cuatro fases: depuración, análisis descriptivo, análisis bivariado y análisis de regresión logística:

#### *Depuración*

Se verificó la completitud, consistencia y eliminación de duplicados. Se revisaron valores extremos en variables numéricas como edad, tiempo de diagnóstico de HTA, presión arterial sistólica y diastólica para posible exclusión en los casos de inconsistencia o error. Posteriormente, se codificaron las variables según la operacionalización planteada para cada una.

#### *Análisis descriptivo*

Para caracterizar a la población estudiada, se presentaron frecuencias absolutas y relativas para los datos categóricos. Para datos numéricos se calcularon medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar) previa evaluación de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Además, se calculó la prevalencia de control de presión arterial en la muestra de estudio y se presentaron frecuencias absolutas y relativas globales.

#### *Análisis bivariado*

Para responder a los objetivos específicos, se evaluó la asociación entre los hábitos alimenticios (dieta baja en sodio, dieta DASH y patrón alimentario) y el control de presión arterial mediante prueba de chi cuadrado de independencia previa evaluación de frecuencias esperadas. Se reportó el valor de  $p$  y se describió la tendencia de mejor control de presión arterial según adherencia a hábitos alimenticios saludables.

#### *Análisis de regresión logística*

Para responder al objetivo general y a los objetivos específicos, se realizaron modelos de regresión binomial con función de enlace logarítmica (modelos log-binomiales) uni y multivariados. Dado que el estudio es de diseño transversal y la prevalencia del desenlace (control de la presión arterial) es relativamente alta, se prefirió estimar razones de prevalencia (PR) en lugar de odds ratios.

Se incluyeron como covariables de ajuste las características sociodemográficas y clínicas de la población estudiada. Se reportaron las razones de prevalencia cruda y ajustada (PR<sub>cr</sub> y PR<sub>aj</sub>) con sus respectivos intervalos de confianza al 95 % (IC95 %) para cada categoría de hábitos alimenticios. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ . Se presentaron los estimadores puntuales junto con sus IC95 %.

### **3.9. Aspectos éticos**

Previamente al inicio del estudio, el proyecto fue sometido a la evaluación y aprobación del Comité de Ética e Integridad Científica de la institución correspondiente, garantizando así el cumplimiento de la normativa ética vigente. Posteriormente, se solicitó la autorización de la autoridad del establecimiento de salud donde se desarrollará la investigación para la aplicación de los instrumentos. La selección de los participantes se realizó considerando exclusivamente

a aquellos que cumplan con los criterios de inclusión establecidos, asegurando un proceso equitativo y libre de discriminación. A cada participante se le brindó información clara y comprensible sobre los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio y se formalizó su participación mediante la firma del consentimiento informado. Asimismo, se garantizó la confidencialidad de la información mediante la asignación de códigos, evitando el uso de datos que permitan la identificación personal. La investigación se desarrolló respetando los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, asegurando que la información recolectada sea utilizada únicamente con fines científicos y analizada con rigurosidad, evitando cualquier forma de plagio, manipulación o invención de datos.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 4.1. Resultados

#### 4.1.1. Análisis descriptivos de resultados

**Tabla 1.**

Datos de las características generales de los pacientes hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026.

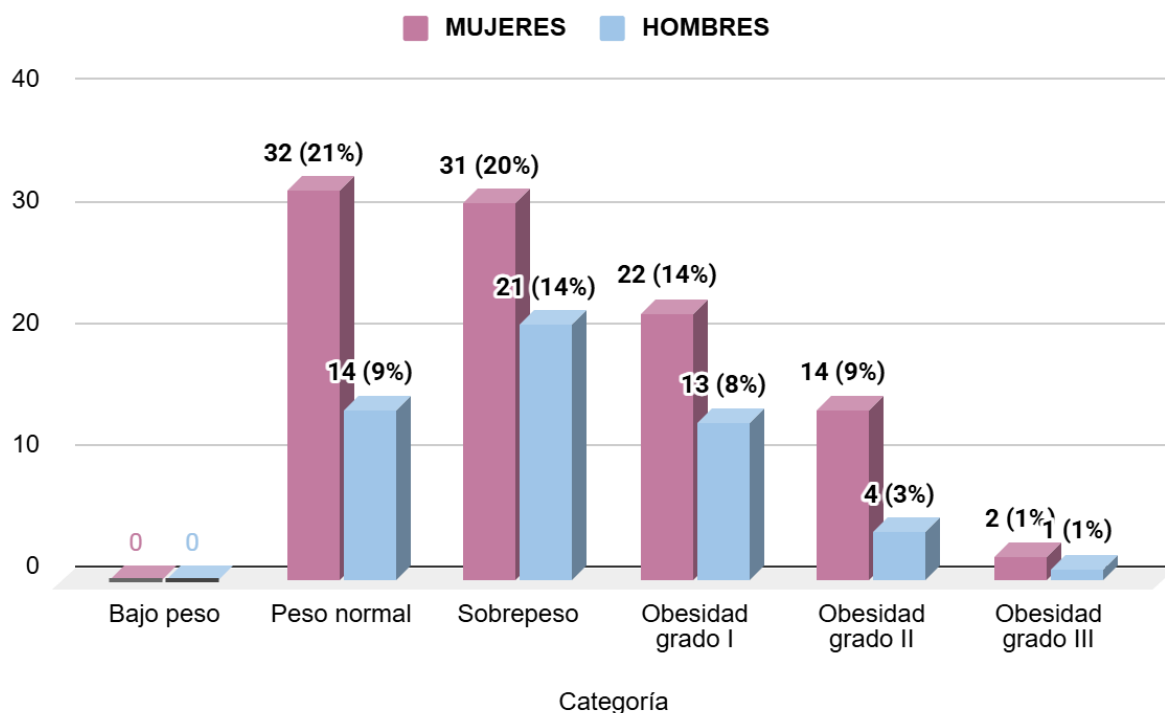
Tabla 1. Características generales de los pacientes hipertensos	
<b>Variables</b>	<b>n (%)<sup>1</sup></b>
<b>Sexo</b>	
Femenino	101 (66)
Masculino	53 (34)
<b>Edad - Media (DE)</b>	63 (DE=13)
<b>Estado civil</b>	
Soltero(a)	113 (73)
Conviviente	9 (5,8)
Casado(a)	25 (16)
Viudo(a)	7 (4,5)
<b>Raza</b>	
Afrodescendiente	4 (2,6)
Mestizo(a)	150 (97)
<b>Grado de instrucción</b>	
Sin estudios	15 (9,7)
Primaria	36 (23)
Secundaria	60 (39)
Superior	43 (28)
<b>Ocupación</b>	
Ama de casa	66 (43)

Tabla 1. Características generales de los pacientes hipertensos

<b>Variables</b>	<b>n (%)<sup>1</sup></b>
Profesional	12 (7,8)
Empleado(a) no profesional	62 (40)
Estudiante	1 (0,6)
Jubilado(a)	11 (7,1)
Desempleado(a)	2 (1,3)
Tiempo de diagnóstico de HTA	7 (8)

Se analizó un total de 154 pacientes atendidos en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir. En la Tabla 1 se resumieron las características generales de la muestra de estudio. Se halló un predominio del sexo femenino (66%, n = 101), con una edad promedio de 63 años (DE = 13). La mayoría fue soltera (73%, n = 113), de etnia mestiza (97%, n = 150) y con secundaria completa como grado de instrucción (39%, n = 60). En cuanto a la ocupación, predominaron las amas de casa (43%, n = 66) y los empleados no profesionales (40%, n = 62). El 100% de los participantes (n = 154) se encontró en tratamiento antihipertensivo y cumplió con el mismo. El tiempo promedio de diagnóstico de hipertensión arterial fue de 7 años (DE = 8). Estos datos permitieron contextualizar el perfil sociodemográfico de la población estudiada.

**GRÁFICO 1. Distribución de la pacientes hipertensas según el Índice de Masa Corporal y sexo**



En el Gráfico 1 se observó la distribución de la población de estudio según el Índice de Masa Corporal (IMC) y sexo. Respecto a los participantes con peso normal, se encontró un 21% en mujeres y un 9% en hombres. En la categoría de sobrepeso, se halló un 20% en la población femenina frente a un 14% en la masculina. Asimismo, en la obesidad grado I se registró un 14% en mujeres y un 8% en hombres, mientras que en la obesidad grado II se encontró un 9% en mujeres y un 3% en hombres. Finalmente, en la obesidad grado III se reportó un 1% en ambos sexos.

**Tabla 2.**

**Hábitos alimenticios de los pacientes hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026**

Tabla 2. Hábitos alimenticios de los pacientes hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026

<b>Variables</b>	<b>n (%)<sup>1</sup></b>
<b>Hábitos alimenticios</b>	
No saludable	64 (42)
Saludable	90 (58)
<b>Dieta baja en Sodio</b>	
Adherente	83 (54)
No adherente	71 (46)
<b>Dieta DASH</b>	
Adherente	40 (26)
No adherente	114 (74)
<b>Patrón alimentario</b>	
Adecuado	85 (55)
Inadecuado	69 (45)

La Tabla 2 resumió los hábitos alimenticios de la muestra estudiada. El 58% (n = 90) reportó presentar hábitos alimenticios saludables, mientras que el 42% (n = 64) los calificó como no saludables. La adherencia a una dieta baja en sodio se observó en el 54% (n = 83); sin embargo, solo el 26% (n = 40) fue adherente a la dieta DASH. El patrón alimentario fue adecuado en el 55% (n = 85) de los casos. Estos resultados indicaron una prevalencia moderada de prácticas alimenticias favorables, aunque con oportunidades de mejora en la adherencia a dietas específicas.

### **Tabla 3.**

**Consumo de alimentos bajo en sodio en pacientes hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026**

Dieta bajo en sodio		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Evita embutidos	Nunca	12	7,8	7,8
	A veces	38	24,7	32,5
	Frecuentemente	29	18,8	51,3
	Siempre	75	48,7	100,0
Evita alimentos enlatados	Nunca	15	9,7	9,7
	A veces	33	21,4	31,1
	Frecuentemente	44	28,6	59,7
	Siempre	62	40,3	100,0
Evita agregar sal adicional	Nunca	12	7,8	7,8
	A veces	42	27,3	35,1
	Frecuentemente	38	24,7	59,8
	Siempre	62	40,2	100,0
Evita alimentos fritos	Nunca	7	4,5	4,5
	A veces	45	29,2	33,7
	Frecuentemente	47	30,5	64,2
	Siempre	55	35,8	100,0
Evita cubitos o sazonadores	Nunca	17	11,0	11,0
	A veces	44	28,6	39,6
	Frecuentemente	33	21,4	61,0
	Siempre	60	39,0	100,0
Evita snack salados	Nunca	8	5,2	5,2
	A veces	34	22,1	27,3
	Frecuentemente	34	22,1	49,4
	Siempre	78	50,6	100,0
Evita carnes rojas	Nunca	8	5,2	5,2
	A veces	37	24,0	29,2
	Frecuentemente	44	28,6	57,8
	Siempre	55	35,7	100,0
Evita comidas rápidas	Nunca	21	13,6	13,6
	A veces	42	27,3	40,9
	Frecuentemente	36	23,4	64,3
	Siempre	55	35,7	100,0
Total		154	100,0	

En cuanto al consumo de alimentos bajos en sodio en pacientes adultos hipertensos, se observó en general que, con frecuencia, el 29% evitó el consumo de embutidos; el 44% evitó alimentos enlatados; el 38% evitó agregar sal a las comidas; el 47% evitó alimentos fritos; el 33% evitó el uso de cubitos o sazonadores; el 34% evitó snacks salados; el 44% evitó el consumo de carnes rojas y el 36% evitó las comidas rápidas.

**Tabla 4.****Consumo de alimentos propios de la dieta DASH en pacientes hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026**

Dieta DASH		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Consumo frutas	Nunca	35	22,7	22,7
	A veces	49	31,8	54,5
	Frecuentemente	32	20,8	75,3
	Siempre	38	24,7	100,0
Consumo de verduras	Nunca	33	21,4	21,4
	Ocasionalmente	44	28,6	50,0
	Frecuentemente	36	23,4	73,4
	Siempre	41	26,6	100,0
Consumo de lácteos bajos en grasa	Nunca	50	32,5	32,5
	Ocasionalmente	46	29,9	62,4
	Frecuentemente	24	15,6	78,0
	Siempre	24	15,6	100,0
Consumo de granos integrales	Nunca	51	33,1	33,1
	A veces	48	31,2	64,3
	Frecuentemente	21	13,6	77,9
	Siempre	34	22,1	100,0
Consumo de frutos secos, semillas o legumbres	Nunca	59	38,3	38,3
	Ocasionalmente	51	33,1	71,4
	Frecuentemente	26	16,9	88,3
	Siempre	18	11,7	100,0
Consumo de pollo/pescado	Nunca	24	15,6	15,6
	Ocasionalmente	42	27,3	42,9
	Frecuentemente	41	26,6	69,5
	Siempre	47	30,5	100,0
Consumo de agua o bebida sin azúcar	Nunca	19	12,3	12,3
	Ocasionalmente	58	37,7	50,0
	Frecuentemente	40	26,0	76,0
	Siempre	37	24,0	100,0

En cuanto al cumplimiento de la dieta DASH en pacientes adultos hipertensos, se observó en general que, con frecuencia, el 20,8% consumió frutas; el 23,4% consumió verduras; el 15,6% consumió lácteos bajos en grasa; el 13,6% consumió granos integrales; el 16,9% consumió

frutos secos, semillas o legumbres; el 26,6% consumió pollo o pescado y el 26,0% consumió agua o bebidas sin azúcar.

**Tabla 5.**

**Patrón alimentario en pacientes hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026**

	Patrón alimentario	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Comidas en horarios similares	Nunca	1	0,6	0,6
	A veces	55	35,7	36,3
	Frecuentemente	45	29,2	65,5
	Siempre	53	34,4	100,0
Consumo de las tres comidas principales	Nunca	4	2,6	2,6
	A veces	46	29,9	32,5
	Frecuentemente	41	26,6	59,1
	Siempre	63	40,9	100,0
Control de porciones	Nunca	4	2,6	2,6
	A veces	46	29,9	32,5+
	Frecuentemente	46	29,9	62,4
	Siempre	58	37,7	100,0
Consumo de porciones grandes en la noche	Nunca	14	9,1	9,1
	A veces	44	28,6	37,7
	Frecuentemente	38	24,7	62,4
	Siempre	58	37,7	100,0
	Total	154	100,0	

En cuanto al patrón alimentario en pacientes adultos hipertensos, se observó en general que, con frecuencia, el 29,2% realizó sus comidas en horarios similares; el 26,6% consumió las tres comidas principales; el 29,9% mantuvo un control de porciones y el 24,7% consumió porciones grandes durante la noche.

**Tabla 6.**

Control de presión arterial en los pacientes hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026

Tabla 6. *Análisis bivariado de las características de la muestra de estudio según control de PA*

<b>VARIABLES</b>	<b>Promedio (DE)</b>
<b>PAS</b>	132 ( DE=45)
<b>PAD</b>	80 (DE=12)
<b>Control de Presión arterial</b>	<b>n (%)<sup>1</sup></b>
Controlado	105 (68)
No controlado	49 (32)

La Tabla 6 resumió el control de la presión arterial en los pacientes estudiados. La presión arterial sistólica (PAS) promedio fue de 132 mmHg (DE = 45) y la presión arterial diastólica (PAD) fue de 80 mmHg (DE = 12). El 68% (n = 105) presentó control de la presión arterial, mientras que el 32% (n = 49) no lo alcanzó. Estos hallazgos sugirieron un nivel aceptable de control en la mayoría de la muestra; sin embargo, persistieron desafíos en aproximadamente un tercio de los pacientes.

**Tabla 7.**

Control de presión arterial según hábitos alimenticios de los pacientes hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026

Tabla 7. *Análisis multivariado de las características de la muestra de estudio según control de PA*

<b>VARIABLES</b>	<b>Control de Presión arterial</b>		<b>p-valor<sup>2</sup></b>
	<b>Controlado</b> N = 105 <sup>1</sup>	<b>No controlado</b> N = 49 <sup>1</sup>	
<b>Hábitos alimenticios</b>			<b>&lt;0,001</b>
No saludable	30 (29)	34 (69)	
Saludable	75 (71)	15 (31)	
<b>Dieta baja en Sodio</b>			<b>&lt;0,001</b>
Adherente	69 (66)	14 (29)	

Tabla 7. *Análisis multivariado de las características de la muestra de estudio según control de PA*

Variables	Control de Presión arterial		p-valor <sup>2</sup>
	Controlado N = 105 <sup>1</sup>	No controlado N = 49 <sup>1</sup>	
No adherente	36 (34)	35 (71)	
<b>Dieta DASH</b>			0,14
Adherente	31 (30)	9 (18)	
No adherente	74 (70)	40 (82)	
<b>Patrón alimentario</b>			<b>0,035</b>
Adecuado	64 (61)	21 (43)	
Inadecuado	41 (39)	28 (57)	

<sup>1</sup>n (%); <sup>2</sup>prueba chi cuadrado de independencia

La tabla 7 muestra el control de presión arterial según hábitos alimenticios. Se identificaron asociaciones estadísticamente significativas para los hábitos alimenticios ( $p < 0,001$ ), donde los saludables se asociaron con mayor control (71% vs. 31% no controlado); para la dieta baja en sodio ( $p < 0,001$ ), con mayor adherencia en el grupo controlado (66% vs. 29%); y para el patrón alimentario ( $p = 0,035$ ), con mayor adecuación en el controlado (61% vs. 43%). No se halló significancia para la dieta DASH ( $p = 0,14$ ). Estos resultados refuerzan la relación entre prácticas alimenticias positivas y un mejor control de la HTA.

**Tabla 8.** Análisis multivariado del control de presión arterial según características generales y hábitos alimenticios en los pacientes hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026

Variables	N	Modelo crudo			Modelo ajustado		
		PRcr <sup>1</sup>	95% CI	p-valor <sup>3</sup>	PRaj <sup>2</sup>	95% CI	p-valor <sup>4</sup>
<b>Sexo</b>	154						
Femenino		Ref.	—		Ref.	—	
Masculino		0,40	0,20 – 0,80	<b>0,010</b>	0,35	0,15 – 0,80	<b>0,014</b>
<b>Edad - Media (DE)</b>	154	0,99	0,96 – 1,02	0,518	0,99	0,95 – 1,03	0,538
<b>Estado civil</b>	154						
Soltero(a)		Ref.	—		Ref.	—	
Conviviente		0,49	0,12 – 2,10	0,315	0,63	0,12 – 3,54	0,590
Casado(a)		0,59	0,24 – 1,49	0,254	0,56	0,18 – 1,80	0,319
Viudo(a)		0,53	0,11 – 2,80	0,418	0,83	0,13 – 5,72	0,845
<b>Raza</b>	154						
Afrodescendiente		Ref.	—		Ref.	—	
Mestizo(a)		0,71	0,03 – 5,69	0,768	1,76	0,05 – 25,3	0,703
<b>Grado de instrucción</b>	154						
Sin estudios		Ref.	—		Ref.	—	
Primaria		0,83	0,20 – 3,05	0,781	0,89	0,16 – 4,38	0,890
Secundaria		0,78	0,20 – 2,64	0,708	0,81	0,15 – 3,80	0,791
Superior		0,68	0,17 – 2,38	0,561	0,73	0,13 – 3,63	0,707
<b>Tiempo de diagnóstico de HTA</b>	154	0,98	0,94 – 1,02	0,327	0,97	0,91 – 1,03	0,266
<b>Hábitos alimenticios</b>	154						
No saludable		Ref.	—		Ref.	—	
Saludable		5,67	2,75 – 12,2	<b>&lt;0,001</b>	8,57	2,28 – 39,2	<b>0,003</b>
<b>Dieta baja en Sodio</b>	154						
Adherente		Ref.	—		Ref.	—	

Variables	N	Modelo crudo			Modelo ajustado		
		PRcr <sup>1</sup>	95% CI	p-valor <sup>3</sup>	PRaj <sup>2</sup>	95% CI	p-valor <sup>4</sup>
No adherente		0,21	0,10 – 0,43	<0,001	0,33	0,12 – 0,86	<b>0,025</b>
<b>Dieta DASH</b>	154						
Adherente		Ref.	—		Ref.	—	
No adherente		0,54	0,22 – 1,20	0,145	1,50	0,46 – 5,07	0,506
<b>Patrón alimentario</b>	154						
Adecuado		Ref.	—		Ref.	—	
Inadecuado		0,48	0,24 – 0,95	<b>0,037</b>	2,31	0,77 – 8,04	0,154

<sup>1</sup>PRcr: Razón de prevalencia crudo; <sup>2</sup> PRaj: Razón de prevalencia ajustado; <sup>3</sup> Valor p estimado mediante regresión logística univariada de familia binomial con función de enlace logarítmica; <sup>4</sup>Valor p estimado mediante regresión logística multivariada de familia binomial con función de enlace logarítmica.

### Interpretación:

La tabla 8 presenta el análisis multivariado del control de presión arterial según características generales y hábitos alimenticios, mediante modelos crudo y ajustado. En el modelo ajustado, el sexo masculino se asoció con menor prevalencia de control (PRaj=0,35; IC 95%: 0,15-0,80; p=0,014), mientras que los hábitos alimenticios saludables se relacionaron con mayor prevalencia (PRaj=8,57; IC 95%: 2,28-39,2; p=0,003) y la no adherencia a dieta baja en sodio con menor (PRaj=0,33; IC 95%: 0,12-0,86; p=0,025). No se encontraron asociaciones significativas para edad, estado civil, raza, grado de instrucción, tiempo de diagnóstico, dieta DASH ni patrón alimentario (p>0,05). Estos hallazgos confirman el rol protector de los hábitos alimenticios saludables y la adherencia a baja sodio en el control de la HTA, independientemente de otras variables.

## PRUEBA DE HIPÓTESIS

### Prueba de hipótesis general

Existe asociación entre los hábitos alimenticios con el control de la presión arterial en adultos hipertensos atendidos en el centro de salud Villa Victoria Porvenir durante el año 2026.

### Hipótesis estadística

**H0:** No existe asociación entre los hábitos alimenticios con el control de la presión arterial en adultos hipertensos atendidos en el centro de salud Villa Victoria Porvenir durante el año 2026.

**H1:** Si existe asociación entre los hábitos alimenticios con el control de la presión arterial en adultos hipertensos atendidos en el centro de salud Villa Victoria Porvenir durante el año 2026.

Nivel de significancia:  $\alpha = 0,05 = 5\%$  de margen máximo de error

Regla de decisión:  $p \geq \alpha \rightarrow$  se acepta la hipótesis nula H0

$p < \alpha \rightarrow$  se rechaza la hipótesis nula H0

### Tabla 9.

Análisis bivariado de asociación entre los hábitos alimenticios con el control de la presión arterial en adultos hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026

Variables	Control de Presión arterial		p-valor <sup>2</sup>
	Controlado N = 105 <sup>1</sup>	No controlado N = 49 <sup>1</sup>	
<b>Hábitos alimenticios</b>			<b>&lt;0,001</b>
No saludable	30 (29)	34 (69)	
Saludable	75 (71)	15 (31)	

### Conclusión:

Se encontró p-valor  $< 0,001$ ; por tanto, con 95% de confianza se acepta la hipótesis H1; es decir, si existe asociación entre los hábitos alimenticios con el control de la presión arterial en adultos hipertensos atendidos en el centro de salud Villa Victoria Porvenir durante el año 2026.

### Prueba de hipótesis específica 1

**H0:** No existe asociación entre el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio y el control de la presión arterial en adultos hipertensos.

**H1:** Existe asociación entre el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio y el control de la presión arterial en adultos hipertensos.

#### Tabla 10.

Análisis bivariado de asociación entre el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio con el control de la presión arterial en adultos hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026

Variables	Control de Presión arterial		p-valor <sup>2</sup>
	Controlado N = 105 <sup>1</sup>	No controlado N = 49 <sup>1</sup>	
<b>Dieta baja en Sodio</b>			<b>&lt;0,001</b>
Adherente	69 (66)	14 (29)	
No adherente	36 (34)	35 (71)	

#### Conclusión:

Se encontró p-valor < 0,001; por tanto, con 95% de confianza se acepta la hipótesis H1; es decir, si existe asociación entre el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio y el control de la presión arterial en los adultos hipertensos atendidos en el centro de salud durante el año 2026.

### Prueba de hipótesis específica 2

**H0:** No existe asociación entre el consumo de alimentos propios de una dieta DASH y el control de la presión arterial en adultos hipertensos.

**H1:** Existe asociación entre el consumo de alimentos propios de una dieta DASH y el control de la presión arterial en adultos hipertensos.

**Tabla 11.**

Análisis bivariado de asociación entre el consumo de dieta DASH con el control de la presión arterial en adultos hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026

Variables	Control de Presión arterial		p-valor <sup>2</sup>
	Controlado N = 105 <sup>1</sup>	No controlado N = 49 <sup>1</sup>	
<b>Dieta DASH</b>			0,14
Adherente	31 (30)	9 (18)	
No adherente	74 (70)	40 (82)	

**Conclusión:**

Se encontró un p-valor = 0,14; por tanto, con un 95% de confianza, se acepta la hipótesis nula (H0) y se rechaza la hipótesis del investigador (H1). Esto indica que no existe una asociación estadísticamente significativa entre la adherencia a la dieta DASH y el control de la presión arterial en los adultos hipertensos atendidos en el centro de salud durante el año 2026.

**Prueba de hipótesis específica 3**

**H0:** No existe asociación entre el patrón alimentario con el control de la presión arterial en adultos hipertensos.

**H1:** Existe asociación entre el patrón alimentario con el control de la presión arterial en adultos hipertensos.

**Tabla 12.**

Análisis bivariado de asociación entre el patrón alimentario con el control de la presión arterial en adultos hipertensos atendidos en el CS Villa Victoria Porvenir, 2026

Variables	Control de Presión arterial		p-valor <sup>2</sup>
	Controlado N = 105 <sup>1</sup>	No controlado N = 49 <sup>1</sup>	
<b>Patrón alimentario</b>			<b>0,035</b>
Adecuado	64 (61)	21 (43)	
Inadecuado	41 (39)	28 (57)	

Se encontró un p-valor = 0,035; por lo tanto, con un 95% de confianza, se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis del investigador (H1). Esto demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa entre el patrón alimentario y el control de la presión arterial en los adultos hipertensos atendidos en el centro de salud durante el año 2026.

#### 4.1.3. Discusión de resultados

Según los resultados obtenidos en el presente estudio, se observó que el 66% de los pacientes pertenecen al sexo femenino, con una edad promedio de 63 años (DE=13). Se ha observado que, en adultos mayores, la presión arterial tiende a aumentar en las mujeres, quienes presentan mayor prevalencia de hipertensión (6). En cuanto a las ocupaciones, el 43% de los participantes eran amas de casa, seguido por un 40% con ocupaciones no profesionales. En lo que respecta a la raza,

predominó la mestiza, representando el 97% de la población. (Tabla 1), además se observó una mayor prevalencia de sobrepeso y en los distintos grados de obesidad en mujeres en comparación con los hombres. (Gráfico 1). Este hallazgo es consistente con lo reportado en la guía American Heart Association (AHA) y American College of Cardiology (ACC) 2025, donde la población afrodescendiente presenta la mayor prevalencia (56,8%), seguida de cerca por la población hispana (50,4%), lo que destaca la importancia de este grupo étnico al mostrar una frecuencia intermedia en comparación con otros grupos (6).

Sobre la base de estas evidencias, los resultados concuerdan con lo reportado por Galvis-Acevedo et al. (30). Se observa que los adultos mayores de 75 años y el sexo femenino, que representa el 66% de la población, predominan en la muestra, siendo más frecuente la raza mestiza (44,5%). Estos hallazgos sugieren que la edad avanzada y el sexo femenino son factores relevantes en la hipertensión, lo que podría explicar mayores dificultades en el control de la presión arterial y resalta la necesidad de estrategias de salud pública dirigidas a estos grupos vulnerables.

En relación con los hábitos alimenticios de los pacientes con hipertensión arterial, se observó que el 58% presenta hábitos alimenticios saludables, mientras que el 42% tiene hábitos no saludables (Tabla 2). Los hábitos alimenticios juegan un papel clave en la prevención y control de la hipertensión arterial. La normativa nacional promueve la reducción progresiva de grasas trans en alimentos procesados, contribuyendo a disminuir el riesgo cardiovascular (52). Asimismo, las guías alimentarias recomiendan una dieta equilibrada, rica en frutas, verduras y cereales integrales, y baja en azúcares y grasas saturadas, para mantener la presión arterial en rangos saludables (53). Por otro lado, estudios recientes señalan que el consumo frecuente de alimentos ultraprocesados y con alto contenido de sal o grasas trans incrementa la probabilidad de desarrollar hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares (55).

Estos hallazgos son consistentes con el análisis de Alae-Carew et al. (25) en Perú, se encontró que los patrones dietéticos poco saludables se asocian con la hipertensión. La mayor incidencia de hipertensión se observó en individuos que seguían la llamada “dieta de etapa 3”, caracterizada por un alto consumo de alimentos procesados y productos animales ricos en grasa y azúcar, y un bajo consumo de alimentos tradicionales ricos en fibra. Esto evidencia que los patrones alimentarios reflejan la distribución del riesgo de enfermedades en diferentes entornos, y que la dieta puede explicar en parte las variaciones en la prevalencia y complicaciones de enfermedades. Asimismo, Cai et al.(32), concuerda que ciertos alimentos ejercen un efecto protector en el control y la prevención de la hipertensión arterial, de manera que mantener hábitos alimenticios saludables contribuye significativamente a reducir el riesgo y favorecer el manejo adecuado de la presión arterial.

La adherencia a una dieta baja en sodio se observó en el 54% (n=83) de los participantes, superando significativamente al 26% (n=40) que logró adherencia a la dieta de enfoques dietéticos para detener la hipertensión (DASH), aun cuando el 55% presentó un patrón alimentario adecuado. Estas cifras reflejan la importancia de la adherencia a patrones alimentarios saludables para el control de la hipertensión arterial. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud indica que la modificación de la dieta, incluyendo la reducción de sodio y el aumento del consumo de frutas y verduras, es fundamental para prevenir y controlar esta patología y sus complicaciones cardiovasculares (2,4). Sin embargo, existe una brecha crítica para alcanzar este estándar; está marcada diferencia se justifica por la complejidad y el alto costo económico del modelo DASH; mientras que la reducción de sal es una medida de restricción sin costo directo, la dieta DASH requiere la inversión en alimentos frescos y variados que pueden ser de difícil acceso (56).

Asimismo, factores psicológicos y sociales influyen en que el paciente prefiera cambios de exclusión simples antes que modificaciones integrales en su estilo de vida (54 ,61).

El consumo de sodio es un factor crítico; en este sentido, los resultados son consistentes con lo reportado por Gupta et al. (34), quien en su estudio destaca que la reducción de sodio dietético tiene un impacto inmediato en la presión arterial, lo que motiva una mayor adopción de esta medida. No obstante, la escasa adherencia al patrón DASH (26%) coincide con lo hallado por Alae-Carew et al. (25), quien identificó que en el contexto peruano las barreras estructurales y la disponibilidad de alimentos procesados limitan el cumplimiento de dietas protectoras. Por el contrario, estos resultados difieren de lo obtenido por Mayorga Mazón et al. (33), quienes mediante una intervención nutricional directa lograron niveles de control superiores, lo que sugiere que sin un acompañamiento clínico intensivo, el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS sigue siendo un desafío en la práctica diaria. Finalmente, esta situación refuerza la conclusión de Reyes et al. (29) sobre la necesidad de una educación alimentaria familiar que logre traducir las pautas internacionales en hábitos sostenibles.

Respecto al control de la presión arterial, se observó que el 68 % de los pacientes lograron mantener su presión arterial dentro de los rangos recomendados, mientras que un 32 % no logró un control adecuado (Tabla 6). Estos resultados reflejan un nivel aceptable de control en la mayoría de la población, pero también evidencian que una parte significativa aún enfrenta desafíos importantes para estabilizar su presión. La Organización Mundial de la Salud señala que la falta de control tensional es el principal factor de riesgo para desarrollar complicaciones cardiovasculares prevenibles (2,4). En este sentido, el 32 % de pacientes no controlados se explica, según la Guía AHA/ACC 2025, porque el control efectivo de la presión arterial depende no solo del tratamiento farmacológico, sino también de intervenciones intensivas en el estilo de vida (6,7). Factores como

la resistencia al cambio de hábitos, el consumo excesivo de sodio oculto en alimentos procesados y la falta de actividad física constante actúan como barreras que dificultan alcanzar y mantener las cifras recomendadas, incluso cuando los pacientes están bajo medicación. Por ello, es fundamental fortalecer las estrategias de educación y acompañamiento para promover cambios sostenibles que mejoren el control tensional y, en consecuencia, reducen el riesgo de complicaciones (54,55).

Estos resultados son concordantes con lo reportado por Zhu y Wang (31), a partir del análisis de datos del estudio NHANES, demostraron que los individuos con menor adherencia a hábitos alimentarios saludables presentan una mayor probabilidad de hipertensión no controlada. Este antecedente respalda la hipótesis de que el control tensional no depende exclusivamente del tratamiento farmacológico, sino también de la adopción sostenida de conductas alimentarias saludables, lo que podría explicar la persistencia del 32% de pacientes no controlados en esta investigación. Por su parte, Tinoco (26) en el Centro de Salud Castillo Grande, quien identificó que el 51.4% de su muestra presentaba un estilo de vida alimentario "poco saludable", lo cual correlacionó directamente con el fracaso en la estabilización de las cifras de presión arterial en pacientes bajo tratamiento. Finalmente, estos datos convergen con la investigación de Galvis et al. (30) en Bogotá, quienes tras evaluar la implementación de dietas específicas, observaron que el 57% de su población no lograba una adherencia estricta, concluyendo que la falta de seguimiento de patrones nutricionales controlados en sodio es el principal factor que impide que el paciente logre el control clínico; esto valida que el 32% de pacientes no controlados en este estudio está vinculado a las dificultades de adherencia observadas.

En lo que respecta a los factores vinculados al control de la presión arterial, el análisis bivariado revela que la adopción de conductas nutricionales favorables y la restricción estricta de sodio poseen una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,001$ ) con la presión arterial del paciente (tabla 7). Se observa que aquellos sujetos con hábitos saludables mantienen niveles de presión arterial dentro de los rangos de control en una proporción notablemente superior. Este hallazgo se fundamenta en las directrices de la OMS, que identifica la modificación del patrón alimentario como la intervención primaria y más costo-efectiva para reducir la resistencia vascular periférica (2,4). Por el contrario, la dieta DASH no alcanzó niveles de significancia estadística en este modelo ( $p = 0,14$ ); científicamente, esto se atribuye a su complejidad estructural y al elevado costo económico que implica el acceso a sus insumos específicos en el contexto local, lo que limita su viabilidad frente a recomendaciones por las guías (55, 61).

Al contrastar estos resultados con la evidencia previa, los datos guardan una estrecha relación con lo reportado por Moreyra (27), quien en su investigación realizada en el Centro de Salud Lunahuaná (Cañete) demostró que los hábitos alimentarios inadecuados caracterizados por una alta frecuencia en el consumo de carbohidratos y grasas saturadas, están estrechamente vinculados con la alteración de los componentes metabólicos, señalando que la alimentación deficiente correlaciona con cifras de presión arterial elevadas. Asimismo, estos hallazgos coinciden con Tinoco (26), quien identificó una alta relación entre estilos alimentarios saludables asociado al control de la presión arterial por lo que se obtuvo un  $p = 0,00$  siendo altamente significativo. Asimismo, los hallazgos difieren de lo reportado por Mayorga et al. (33), quien en su intervención nutricional logró una mejora significativa en la tensión arterial mediante la dieta DASH; esta discrepancia sugiere que, sin una intervención dirigida y educación nutricional personalizada, la simple recomendación del patrón DASH no garantiza el control.

El análisis multivariado permitió determinar los predictores independientes del control de la presión arterial, confirmando que la calidad de los hábitos alimenticios es la variable con mayor impacto, incrementando más de ocho veces la probabilidad de éxito en el control ( $PR_{aj}=8,57$ ). En contraparte, se identificó que el sexo masculino ( $PR_{aj}=0,35$ ) y la no adherencia a la dieta hiposódica ( $PR_{aj}=0,33$ ) actúan como factores que reducen drásticamente dicha probabilidad. Bajo la perspectiva de la Guía AHA/ACC 2025, este fenómeno se justifica porque el estilo de vida saludable ejerce un efecto sinérgico con el tratamiento farmacológico; la guía postula que la reducción de sodio y la optimización de la dieta potencian la eficacia de los medicamentos antihipertensivos, permitiendo alcanzar las metas de control que el tratamiento aislado a veces no logra consolidar (6,7).

Estos resultados son consistentes con la investigación de Surichaqui y Mori (28), quienes en su estudio en el Hospital de Huaycán (Lima) detectaron que los estilos de vida inadecuados son determinantes críticos que afectan directamente la estabilidad del paciente hipertenso. Asimismo, lo expuesto por Cai et al. (32), quien mediante un análisis de aleatorización mendeliana confirmó el papel causal de factores dietéticos específicos (como el consumo de frutas y la restricción de sal) en la regulación de las cifras de presión arterial. La convergencia de estos resultados sugiere que el manejo clínico debe priorizar la gestión de los hábitos modificables sobre características sociodemográficas como la edad, el estado civil o el tiempo de diagnóstico, las cuales no demostraron influencia estadística en la presente investigación ( $p>0,05$ )

Finalmente, al analizar la fuerza de asociación, se determinó una relación significativa positiva entre los hábitos alimenticios y el control de la presión arterial. De acuerdo con los resultados expuestos, se concluye que los hábitos alimenticios inadecuados aumentan el riesgo de falta de control de la presión arterial en la población estudiada. Estos hallazgos subrayan la necesidad de

implementar programas de intervención nutricional y educación en salud, tal como lo sugieren Reyes-Paredes et al. (29), para modificar las actitudes alimentarias y mejorar el perfil epidemiológico de los pacientes hipertensos atendidos en el primer nivel de atención.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

- Se determinó que existe una asociación estadística altamente significativa ( $p < 0,001$ ) entre los hábitos alimenticios y el control de la presión arterial en adultos hipertensos. Por tanto, mantener hábitos alimenticios saludables contribuye al adecuado control de la presión arterial en pacientes hipertensos.
- Se estableció que existe una asociación estadística significativa alta ( $p < 0,001$ ) entre el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio y el control de la presión arterial en adultos hipertensos. Por tanto, si se controla la ingesta baja en sodio, mejora el control de la presión arterial en pacientes hipertensos.
- No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el consumo de alimentos característicos de la dieta DASH y el control de la presión arterial ( $p = 0,14$ ). Estos resultados indican que, en esta población, la adherencia a la dieta DASH no se relaciona de manera significativa con el control tensional.
- Se estableció que existe una asociación estadística significativa moderada ( $p = 0,35$ ) entre el patrón alimentario y el control de la presión arterial en adultos hipertensos. Por tanto, mantener un patrón alimentario adecuado contribuye al control efectivo de la presión arterial, confirmando la importancia de una alimentación globalmente saludable.

### 5.2. Recomendaciones

- Implementar y fortalecer programas permanentes de educación nutricional dirigidos a pacientes hipertensos, orientados a promover hábitos alimenticios saludables, considerando que se evidenció una asociación significativa entre estas prácticas y el adecuado control de

la presión arterial. Estas intervenciones deben integrarse a los controles habituales de hipertensión para reforzar la adherencia a las recomendaciones no farmacológicas.

- Fomentar la adopción de la dieta DASH mediante estrategias educativas accesibles, como ferias de salud, sesiones educativas breves y el uso de material visual (rotafolios, afiches o infografías) en las salas de espera. Se debe priorizar la educación sobre el consumo de frutas y verduras, el cual resultó inadecuado en una proporción importante de pacientes, así como el consumo de lácteos bajos en grasa, facilitando listas de alimentos económicos, locales y de temporada que permitan una mejor adherencia a este patrón alimentario.
- Desarrollar intervenciones orientadas a la modificación del patrón alimentario en adultos mayores, enfatizando la organización de horarios de comidas y la regularidad en la alimentación. Dado que la población estudiada presentó una edad promedio de 63 años y muchos pacientes dependen de terceros para la preparación de sus alimentos, es fundamental involucrar a familiares y cuidadores en las capacitaciones nutricionales, promoviendo su participación activa como elemento clave para sostener cambios alimentarios a largo plazo y favorecer un mejor control de la presión arterial.
- Se recomienda realizar estudios de diseño longitudinal que permitan evaluar el impacto de intervenciones nutricionales específicas sobre las cifras de presión arterial en esta misma población, con el fin de fortalecer la evidencia local y orientar futuras estrategias de prevención y control de la hipertensión arterial.

## REFERENCIAS

1. Red Europea de Información sobre Ensayos Clínicos. Trastorno cardiovascular - Información básica [Internet]. 2025 [citado 5 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://ensayosclinicos.es/enfermedad/trastorno-cardiovascular/trastorno-cardiovascular-informacion-basica/>
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad cardiovascular (ECV) [Internet]. 2025 [citado 5 octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-%28cvds%29>
3. Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [Internet]. 2021 [citado 5 octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-cardiovasculares>
4. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2025 [citado 5 octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
5. Martin SS, Aday AW, Almarzooq ZI, Anderson CAM, Arora P, Avery CL, et al. Heart Disease & Stroke Statistics: A Report of US and Global Data From the American Heart Association. *Circulation*. 2024. doi: 10.1161/CIR.0000000000001247. Disponible en: <https://professional.heart.org/en/-/media/PHD-Files-2/Science-News/2/2024-Heart-and-Stroke-Stat-Update/2024-Heart-and-Stroke-Statistics-Infographics.pdf>
6. Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, Johnson HM, Shimbo D, Abdalla M, et al. 2025 AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A report of the American college of cardiology/American heart association joint

- committee on clinical practice guidelines. *J Am Coll Cardiol* [Internet]. 2025;86(18):1567–678. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2025.05.007>
7. Cardioteca.com actualidad y formación cardiovascular. Guía AHA/ACC 2025: Hipertensión arterial: Diagnóstico, innovaciones terapéuticas y control intensivo [Internet]. 2025 [citado 10 octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.cardioteca.com/hipertension-arterial/6698-guia-aha-acc-2025-hipertension-arterial-diagnostico-innovaciones-terapeuticas-y-control-intensivo.html>
  8. Escudero AI, Macías JV, Párraga MT, Vélez MJ, Bermello ME, Bermello WA. Hipertensión arterial y estilos de vida en pacientes del Centro de Salud 24 de Mayo, cantón Sucre. *Rev Gregoriana Cienc Salud* [Internet]. 2024 [citado el 13 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=10014152>
  9. Galvis D, Ochoa J, Gaitán L. Dieta para controlar la hipertensión arterial en el barrio Primavera Occidental de Bogotá. Vol. 4. *UNO revista multidisciplinaria*; 2024 [citado 13 octubre de 2025]. Disponible en: <https://revistauno.org/index.php/uno/article/view/43/114>
  10. Organización Mundial de la Salud. La OMS actualiza las directrices sobre grasas y carbohidratos [Internet]. 2023 [citado 13 octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/17-07-2023-who-updates-guidelines-on-fats-and-carbohydrates>
  11. Harvard T.H. Chan School of Public Health. La OMS publica directrices actualizadas sobre la definición de dietas saludables [Internet]. 2023 [citado 13 octubre de 2025]. Disponible en: <https://nutritionsource.hsph.harvard.edu/2023/07/17/who-updated-guidelines-healthy-diets-total-fat/>
  12. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2022. Lima (PER): Observate Perú – Observatorio de Nutrición y Estudio del

- Sobrepeso y Obesidad, Instituto Nacional de Salud; 2023. Disponible en: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES\\_ENDES\\_2022.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf)
13. Carrillo RM, Bernabé-Ortiz A. Evolución de la prevalencia de hipertensión arterial y obesidad en Perú: un análisis de las encuestas nacionales de la última década. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2023;40(2):145-54. doi: 10.17843/rpmesp.2023.402.12652.
  14. Ministerio de Salud. Sala Temática de Vigilancia Alimentaria y Nutricional: Estado nutricional en adultos. Lima: MINSA/INS; 2023.
  15. Mostaza JM, Pintó X, Armario P, Masana L, Real JT, Valdivielso P, Arrobas-Velilla T, Baeza-Trinidad R, Calmarza P, Cebollada J, Civera-Andrés M, Cuende Melero JI, Díaz-Díaz JL, Fernández Pardo J, Guijarro C, et al. Estándares SEA 2022 para el control global del riesgo cardiovascular. *Clin Invest Arterioscler*. 2022;34(3):130–179. doi:10.1016/j.arteri.2021.11.003
  16. Barrios V, Escobar C, Coca A. Factores de riesgo cardiovascular: perspectivas derivadas de los estudios recientes. *Rev Esp Cardiol*. 2025;78(3):205-216. doi.:10.1157/13116658
  17. Ministerio de Salud del Perú. En el Perú existen 5.5 millones de personas mayores de 15 años que sufren de hipertensión arterial [Internet]. 2025 [citado 19 octubre de 2025] Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/607500-en-el-peru-existen-5-5-millones-de-personas-mayores-de-15-anos-que-sufren-de-hipertension-arterial>
  18. Garcia Yurivilca LM. Obesidad asociada a dislipidemia en mayores de 17 años atendidos en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir en 2022. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2024.
  19. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. Guías ESC 2024 para el tratamiento de la presión arterial elevada y la hipertensión. *European Heart Journal*. 2024;45(38):3897–900. doi:10.1093/eurheartj/ehae178.

20. O'Connell SS, Whelton PK, Mills KT. Global trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control. *Curr Opin Nephrol Hypertens*. 2026; 35(2):174-180. doi: 10.1097/MNH.0000000000001151. Epub 2026 Jan 6. PMID: 41495934.
21. Isnaini N, Dewi FST, Madyaningrum E, Supriyadi. Blood pressure impact of dietary practices using the DASH method: a systematic review and meta-analysis. *Clin Hypertens*. 2025; 31:e12. doi: 10.5646/ch.2025.31.e12.
22. Schwingshackl L, Chaimani A, Hoffmann G, Schwedhelm C, Boeing H. Impact of plant-based diets on hypertension. *Adv Nutr*. 2021;12(3):878–888.
23. He FJ, Li J, MacGregor GA. Effect of longer-term modest salt reduction on blood pressure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2021; 11(CD004937). doi: 10.1002/14651858.CD004937.pub2.
24. Martin O'Donnell, Salim Yusuf, Liffert Vogt, Andrew Mente, Franz H Messerli, Ingesta de potasio: el electrolito de Cenicienta, *European Heart Journal* , 2023; 44(47):4925–4934, doi:10.1093/eurheartj/ehad628
25. Alae-Carew C, Scheelbeek P, Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A, Checkley W, Miranda JJ. Análisis de patrones alimentarios y asociaciones transversales y longitudinales con hipertensión, IMC elevado y diabetes tipo 2 en Perú. *Public Health Nutrition* . 2020;23(6):1009-1019. doi:10.1017/S1368980019002313
26. Tinoco CL. Estilo de vida alimentario y control de la hipertensión arterial en adultos en el Centro de Salud Castillo Grande 2024. [Internet] [Tesis de Licenciatura]. [Huánuco]: Universidad de Huánuco; 2025. [citado 30 de Noviembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14257/6549/Tinoco%20Maiz%2c%20Crisli%20Leidy.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

27. Moreyra AY. Hábitos alimentarios y síndrome metabólico en adultos, Centro de Salud Lunahuaná – Cañete 2023. [Internet] [Tesis de licenciatura]. [Ica]: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2024. [citado 30 de Noviembre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5de1d95d-8470-47e7-85af-7fe730c09a06/content>
28. Surichaqui Y., Mori J. A. Estilo de Vida y su Relación con el Estado Nutricional en pacientes Adultos Mayores con Hipertensión Arterial en el Hospital de Huaycán de Lima, Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 2023, 7(4), 9069-9089. doi:10.37811/cl\_rcm.v7i4.7609
29. Reyes H. H., Gómez W.E, Zavaleta J., Gamarra C. Educación alimentaria familiar en la mejora de conocimientos, actitudes y control de la hipertensión arterial. Rev Peru Cienc Salud. 2021;3(3):186-194. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8580954>
30. Galvis S., Candamil A. F., Herrera J. A., Calzada M. T., Determinantes sociales, clínicos y psicosociales asociados a hipertensión arterial no controlada en adultos mayores: Encuesta SABE Colombia 2016. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2022;57(3):139-145. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X22000130>
31. Zhu Y., Wang Z. Asociación entre la actividad física conjunta, los hábitos alimentarios saludables y la hipertensión en adultos estadounidenses: estudio transversal NHANES. *BMC Public Health* 24 , 855 (2024).doi:10.1186/s12889-024-18346-8
32. Cai, J., Sun, X., Li, M. *et al.* Factores dietéticos en relación con la hipertensión: un estudio de aleatorización mendeliana. *J Health Popul Nutr* 43 , 91 (2024). doi:10.1186/s41043-024-00575-7
33. Mayorga C., Andrade M. J., Heredia S. I., Intervención nutricional, mediante dieta DASH, para mejorar el estado nutricional y cifras de tensión arterial. Rev Cuba Reumatol.

- 2023;25(2):e1124. Disponible en: <https://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/1124>
34. Gupta DK, Lewis CE, Varady KA, Su YR, Madhur MS, Lackland DT, Reis JP, Wang TJ, Lloyd-Jones DM, Allen NB. Effect of dietary sodium on blood pressure: a crossover trial. *JAMA*. 2023;330(23):2258–2266. doi:10.1001/jama.2023.23651. PMID:3795091
35. Fundación Española del Corazón. Presión arterial [Internet].2022 [citado 19 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>
36. Santacruz J. C., Hipertensión arterial: enfermedad silenciosa y lentamente progresiva. Boletín Informativo CEI. 2021;8(3):74-81. Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2852>
37. Brouwers S, Sudano I, Kokubo Y, Sulaica EM. Arterial hypertension. *The Lancet*. 2021;398(10296):249–61. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00221-X/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00221-X/abstract)
38. Guzik TJ, Nosalski R, Maffia P, Drummond GR. Immune and inflammatory mechanisms in hypertension. *Nat Rev Cardiol*. 2024;21(6):396-416. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41569-023-00964-1>
39. Gobierno del Perú. Tipos de hipertensión arterial [Internet]. 2021 [citado 6 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/97192-tipos-de-hipertension-arterial>
40. Jones D. W., et al. New high blood pressure guideline emphasizes prevention, early treatment to reduce CVD risk [Internet]. 2025 [citado 9 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.acc.org/About-ACC/Press-Releases/2025/08/13/20/03/New-high-blood-pressure-guideline-emphasizes-prevention-early-treatment-to-reduce-CVD-risk>

41. MSD Manuales. Hipertensión – Trastornos cardiovasculares [Internet]. 2025 [citado 6 noviembre de 2025]. Disponible en: [https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/hipertensi%C3%B3n#Etiolog%C3%ADa\\_v932148\\_e](https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertensi%C3%B3n/hipertensi%C3%B3n#Etiolog%C3%ADa_v932148_e)
42. Mayo Clinic Staff. High blood pressure (hypertension) – Symptoms & causes [Internet]. 2024 [citado 9 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/high-blood-pressure/symptoms-causes/syc-20373410>
43. Clínica Universidad de Navarra. Hipertensión arterial. Síntomas y tratamiento [Internet]. 2021 [citado 9 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hipertension-arteria>
44. Sobierajski T, Surma S, Romańczyk M, Łabuzek K, Filipiak KJ, Oparil S. What Is or What Is Not a Risk Factor for Arterial Hypertension? Not Hamlet, but Medical Students Answer That Question. *Int J Environ Res Public Health*, 2022; 19(13):8206. doi: 10.3390/ijerph19138206.
45. Centers for Disease Control and Prevention. High blood pressure risk factors [Internet]. 2024 [citado 6 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/high-blood-pressure/risk-factors/index.html>
46. Alan L Hinderliter, Patrick Smith, Andrew Sherwood, James Blumenthal, Lifestyle Interventions Reduce the Need for Guideline-Directed Antihypertensive Medication, *American Journal of Hypertension*, 2021; 34(10): 1100–1107, doi:10.1093/ajh/hpab090
47. Salsabil A., Najwa E., Emad K., Ebtessam B., Modificación del estilo de vida e hipertensión, Investigación y estudios clínicos, *Clinic Search*. 2025; 4(1). doi:10.31579/2835-2882/073.
48. Nawata K. Risk factors for heart, cerebrovascular, and kidney diseases: evaluation of potential side effects of medications to control hypertension, hyperglycemia, and hypercholesterolemia. *Front Cardiovasc Med*. 2023;10:1103250. doi: 10.3389/fcvm.2023.1103250.

49. Real Academia Española. Hábito. En: Diccionario de la lengua española, 23.7ª ed., [versión 23.7 en línea]. [Internet]. 2023 [citado 4 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://dle.rae.es/h%C3%A1bito>
50. Baltazar Caro MA, Rojas Garay YR. Estado nutricional y hábitos alimenticios en escolares del 4º al 6º grado de primaria de la I.E. Decisión Campesina-Barranca [tesis de licenciatura]. Barranca: Universidad Nacional de Barranca; 2024 [citado 4 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unab.edu.pe/handle/20.500.12935/233>
51. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. 2025 [citado 5 octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
52. Organización Mundial de la Salud. Alimentación saludable [Internet]. 2026 [citado 3 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet>
53. Ministerio de Educación Pública Costa Rica. Guías alimentarias [Internet]. 2023 [citado 4 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.mep.go.cr/sites/default/files/2023-04/guias-alimentarias.pdf>
54. Oncosalud. Malos Hábitos Alimenticios: Qué Debes Saber [Internet]. 2022 [citado 4 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://blog.oncosalud.pe/malos-habitos-alimenticios>
55. Estevez MC. Los malos hábitos alimentarios: causas y consecuencias [Internet]. 2025 [citado 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.iepp.es/los-malos-habitos-alimentarios-causas-y-consecuencias/>
56. Onwuzo C, et al. DASH Diet: A Review of Its Scientifically Proven Hypertension–Lowering Effects and Mechanisms. *Adv Nutr.* 2023;14(5):1234–1245. doi:10.7759/cureus.44692.

57. Kim B.S., Yu M.Y., Shin J., Efecto de una dieta baja en sodio y alta en potasio en la reducción de la presión arterial y los eventos cardiovasculares. *Clin Hypertens*. 2024 30(2). doi: 10.1186/s40885-023-00259-0
58. Kataria I, Scala M, Rao G, Nanavati J, Kostis JB. Dietary Patterns and Blood Pressure Control in Adults With Hypertension: A Systematic Review. *Curr Hypertens* -42 Rep. 2023;25(8):243–255. doi: 10.3390/nu15143261.
59. Ministerio de Salud del Perú. Convenio entre el Seguro Integral de Salud - SIS, Fondo Intangible Solidario de Salud - FISSAL y la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro para el financiamiento de las prestaciones brindadas a sus asegurados. Anexo 10: IP04 - Porcentaje de atendidos con diagnóstico de hipertensión arterial que han alcanzado la meta terapéutica [Internet]. 2025. Documento oficial del Ministerio de Salud del Perú.
60. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de la Hipertensión Arterial Esencial: Guía en versión corta. [Internet] 2022. [citado 10 de noviembre de 2025]. Disponible en: [https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-HTA-esencial\\_Version-corta.pdf](https://ietsi.essalud.gob.pe/wp-content/uploads/2022/12/GPC-HTA-esencial_Version-corta.pdf)
61. Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ, Sharman JE, Vogt L, Burrell LM, Korostovtseva L, Zec M, Patil M, Schultz MG, Wallen MP, Renna NF, Islam SMS, Hiremath S, Gyeltshen T, Chia YC, Gupta A, Schutte AE, Klein B, Borghi C, Browning CJ, Czesnikiewicz-Guzik M, Lee HY, Itoh H, Miura K, Brunström M, Campbell NRC, Akinnibossun OA, Veerabhadrapa P, Wainford RD, Kruger R, Thomas SA, Komori T, Ralapanawa U, Cornelissen VA, Kapil V, Li Y, Zhang Y, Jafar TH, Khan N, Williams B, Stergiou G, Tomaszewski M. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European

- Society of Hypertension. *J Hypertens.* 2024 ;42(1):23-49. doi: 10.1097/HJH.0000000000003563.
62. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension, endorsed by the International Society of Hypertension and the European Renal Association. *J Hypertens.* 2023;41:1874-2071. doi: 10.1097/HJH.0000000000003480
63. Organización Panamericana de la Salud. HEARTS en las Américas: medición de la presión arterial [Internet]. 2021 [citado 6 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/hearts-americas/hearts-americas-medicion-presion-arterial>
64. Fundación Española del Corazón. Hipertensión / tensión alta [Internet]. 2022; [cited 6 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/prevencion/riesgo-cardiovascular/hipertension-tension-alta.html>
65. Borgstede M, Scholz M, et al. Quantitative and qualitative approaches to generalization and replication – a representationalist view. *Front Psychol.* 2021;12:605191. doi: 10.3389/fpsyg.2021.605191
66. ATLAS.ti. Investigación básica vs aplicada [Internet]. 2021; [citado 9 noviembre de 2025]. Disponible en: <https://atlasti.com/es/research-hub/investigacion-basica-vs-aplicada>
67. Arias J. Diseño y metodología de la investigación [Internet]. 2021 [citado 9 noviembre de 2025]. Disponible en: [https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias\\_S2.pdf](https://gc.scalahed.com/recursos/files/r161r/w26022w/Arias_S2.pdf)
68. Ministerio de Salud (MINSA). Minsa prepublicó proyecto de ficha de homologación de tensiómetro digital con validación clínica [Internet]. 2022 [citado 10 noviembre de 2025]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/625901-minsa-prepublico-proyecto-de-ficha-de-homologacion-de-tensiometro-digital-con-validacion-clinic>

## ANEXOS

### Anexo 1. Matriz de consistencia

“Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, 2026”

Formulación del problema	Objetivo general	Hipótesis general	Variables	Diseño metodológico
¿Cómo los hábitos alimenticios se asocian con el control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir 2026?	Determinar la asociación entre los hábitos alimenticios con el control de la presión arterial en adultos hipertensos	H1: Existe asociación entre los hábitos alimenticios con el control de la presión arterial en adultos hipertensos. H0: No existe asociación entre los hábitos alimenticios con el control de la presión arterial en adultos hipertensos.	<b>Variable 1:</b> Hábitos alimenticios Dimensiones: - Consumo de alimentos con bajo contenido de sodio -Consumo de alimentos propios de una dieta DASH -Patrón alimentario  <b>Variable 2:</b> Control de la presión arterial -Controlado -No controlado	<b>Tipo de investigación</b> Básico <b>Diseño:</b> No experimental  <b>Nivel o alcance:</b> Correlacional  <b>Población:</b> 256 adultos hipertensos atendidos en el CSVVP  <b>Muestra:</b> 154 pacientes  <b>Procesamiento de datos</b> Hoja de cálculo Excel y programa estadístico SPSS versión 27  <b>Técnica de análisis de datos</b> Estadística descriptiva e inferencial. Análisis bivariado mediante prueba de chi cuadrado y análisis multivariado mediante regresión logística binomial.
<b>Problemas específicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>¿Cómo el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio se asocia con el control de la presión arterial en adultos hipertensos?</li> <li>¿Cómo el consumo de alimentos propios de una dieta DASH se asocia con el control de la presión arterial en adultos hipertensos?</li> <li>¿Cómo el patrón alimentario se asocia con el control de la presión arterial en adultos hipertensos?</li> </ul>	<b>Objetivos específicos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar la asociación entre el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio y el control de la presión arterial en adultos hipertensos.</li> <li>Determinar la asociación entre el consumo de alimentos propios de la dieta DASH y el control de la presión arterial en adultos hipertensos.</li> </ul>	<b>Hipótesis específicas</b> H1: Existe asociación entre el consumo de alimentos con bajo contenido de sodio y el control de la presión arterial. H0: No existe asociación entre el control del consumo de alimentos con bajo contenido de sodio y el control de la presión arterial.  H1: Existe asociación entre el consumo de alimentos		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Describir la asociación entre el patrón alimentario con el control de la presión arterial en adultos hipertensos.</li> </ul>	<p>propios de una dieta DASH y el control de la presión arterial.</p> <p>Ho: No existe asociación entre el consumo de alimentos propios de una dieta DASH y el control de la presión arterial.</p> <p>H1: Existe asociación entre el patrón alimentario con el control de la presión arterial en adultos hipertensos.</p> <p>H0: No existe asociación entre el patrón alimentario con el control de la presión arterial en adultos hipertensos.</p>		
--	---	---	--	--

## ANEXO 2

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2026”

El objetivo es determinar la asociación entre los hábitos alimenticios con el control de la presión arterial en adultos hipertensos. La encuesta es voluntaria y anónima, le tomará aproximadamente 15 minutos. Marque la respuesta que mejor describa con mayor precisión la frecuencia con la que realizó las siguientes acciones en las últimas semanas.

**Autora: Alessandra Gianella Chavarri Neyra**

**Código del participante: \_\_\_\_\_**

- **DATOS GENERALES**

**Edad:** \_\_\_ años

**Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

**Estado civil:** Casado ( ) Conviviente ( ) Viudo  
( ) Soltero ( )

**Raza:** \_\_\_\_\_

**Nivel de estudio:** Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior  
( )

**Ocupación:** Ama de casa ( ) Profesional ( ) Empleado no profesional ( ) Estudiante ( )  
Jubilado(a) ( ) Desempleado ( )

**Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial:** \_\_\_\_\_ años

**3. HÁBITOS ALIMENTICIOS**

N.º	Alimentos bajo en sodio	Nunca (0 días/semana )	A veces (1-2 días/semana)	Frecuentemente (3-5 días/semana)	Siempre (6-7 días/semana)
1	¿con qué frecuencia evitó consumir embutidos como salchichas, jamón o chorizo?				
2	¿con qué frecuencia evitó consumir alimentos enlatados o conservas?				
3	¿Con qué frecuencia evito agregar sal adicional a las comidas?				
4	¿con qué frecuencia evito consumir alimentos fritos?				
5	¿con qué frecuencia evitó utilizar cubitos, caldos concentrados o sazoadores?				
6	¿con qué frecuencia evitó consumir snacks salados, como papas fritas o galletas saladas?				
7	¿con qué frecuencia evitó consumir carnes rojas?				

8	¿con qué frecuencia evitó consumir comidas rápidas (Papas fritas, hamburguesas, salchipapa y pollo frito)?				
	<b>Dieta DASH</b>	<b>Nunca (0 días/semana)</b>	<b>A veces (1-2 días/semana)</b>	<b>Frecuentemente (3-5 días/semana)</b>	<b>Siempre (6-7 días/semana)</b>
9	¿En cuántos días de la semana consume frutas?				
10	¿En cuántos días de la semana consume verduras?				
11	¿con qué frecuencia consumió lácteos (leche, yogur, queso) que son bajos o descremados en grasa?				
12	¿Consumes diariamente alimentos de grano integral (pan integral, avena, arroz integral) en lugar de harinas refinadas?				
13	¿Consumes diariamente frutos secos, semillas o legumbres (frijoles, lentejas) al menos 4 veces por semana?				
14	¿con qué frecuencia consumió pollo o pescado preparados a la plancha o al horno?				
15	¿con qué frecuencia consumió agua o bebidas sin azúcar?				
	<b>Patrón alimentario</b>	<b>Nunca (0 días/semana)</b>	<b>A veces (1-2 días/semana)</b>	<b>Frecuentemente (3-5 días/semana)</b>	<b>Siempre (6-7 días/semana)</b>
16	¿con qué frecuencia realizó sus comidas en horarios similares cada día?				
17	¿Con qué frecuencia consumió sus tres comidas principales (desayuno, almuerzo y cena)?				
18	¿con qué frecuencia consideró la cantidad de comida servida en cada comida?				
19	¿con qué frecuencia consumió porciones grandes de comida durante la noche?				

### Anexo 3: Instrumentos

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Título del estudio:** Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2026

#### Instrucciones:

La presente ficha se utilizará para recolectar información de los participantes del estudio “Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir – 2026”.

La ficha será llenada por el investigador, a partir de la medición directa de la presión arterial y la revisión de datos clínicos del participante. La información recolectada será de carácter confidencial y se empleará únicamente con fines de investigación.

No se consignarán nombres ni datos que permitan identificar al participante, utilizándose únicamente un código asignado para el estudio.

**Código del participante:** \_\_\_\_\_

#### Sección 1: Datos Generales

**Edad:** \_\_\_\_ años

**Sexo:**  Masculino  Femenino

**Tiempo de diagnóstico de HTA:** \_\_\_\_ años      **Peso** \_\_\_\_\_ **Talla** \_\_\_\_\_ **IMC:** \_\_\_\_\_

#### B. MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL

*(Registro del encuestador)*

1. PA 1: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg

Hora: \_\_\_\_

2. PA 2 : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg

Hora: \_\_\_\_

3. Promedio PAS: \_\_\_\_ mmHg

4. Promedio PAD: \_\_\_\_ mmHg

### C. CLASIFICACIÓN DEL CONTROL DE PA

*(criterio del estudio)*

- Controlado (PA promedio <140/90 mmHg)
- No controlado (PA promedio  $\geq$ 140/90 mmHg)

### Anexo 3 Certificado de validez de contenido del instrumento

#### Certificado de validez de instrumento

"Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2026"

N°		Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	(VARIABLE 1): Hábitos alimenticios							
	<b>DIMENSIÓN 1:</b> Consumo de alimentos con bajo contenido de sodio	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 2:</b> Consumo de alimentos propios de una dieta DASH	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 3:</b> Patrón alimentario	x		x		x		
	(VARIABLE 2): Control de la presión arterial	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 1:</b> Estado de control de la presión arterial	x		x		x		

Observaciones: No hay ninguna observación

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ( X )      Aplicable después de corregir ( )      No aplicable ( )

Apellidos y Nombres del juez validador: Dra. Rosa Vicenta Rodríguez García

DNI: 08813435

Especialidad del validado: Dra en Gestión Pública y Gobernabilidad

Lima, 12 de Diciembre del 2025



Rosa Vicenta Rodríguez García  
DOCTORA  
En Gestión Pública y Gobernabilidad

DNI: 08813435

### Certificado de validez de instrumento

“Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2026”

N°		Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	(VARIABLE 1): Hábitos alimenticios							
	DIMENSIÓN 1: Consumo de alimentos con bajo contenido de sodio	x		x		x		
	DIMENSIÓN 2: Consumo de alimentos propios de una dieta DASH	x		x		x		
	DIMENSIÓN 3: Patrón alimentario	x		x		x		
	(VARIABLE 2): Control de la presión arterial	x		x		x		
	DIMENSIÓN 1: Estado de control de la presión arterial	x		x		x		

Observaciones: Ninguna

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (x)      Aplicable después de corregir ( )      No aplicable ( )

Apellidos y Nombres del juez validador: Dr. Luis Alberto Chucas Ascencio

DNI: 09499777

Especialidad del validado: Medicina Interna

Lima, 10 de Diciembre del 2025

Dr./Mg. Luis Alberto Chucas Ascencio

DNI: 09499777

### Certificado de validez de instrumento

“Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2026”

N°		Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	(VARIABLE 1): Hábitos alimenticios							
	DIMENSIÓN 1: Consumo de alimentos con bajo contenido de sodio	x		x		x		
	DIMENSIÓN 2: Consumo de alimentos propios de una dieta DASH	x		x		x		
	DIMENSIÓN 3: Patrón alimentario	x		x		x		
	(VARIABLE 2): Control de la presión arterial	x		x		x		
	DIMENSIÓN 1: Estado de control de la presión arterial	x		x		x		

Observaciones: Ninguna

Opinión de aplicabilidad: Aplicable (x)      Aplicable después de corregir ( )      No aplicable ( )

Apellidos y Nombres del juez validador: Dr. Paolo Cueto Benavides

DNI: 09523589

Especialidad del validado: Nutricionista

Lima, \_\_\_ de \_\_\_ Diciembre del 2025



Dr./Mg. Paolo Cueto Benavides

DNI: 09523589

### Certificado de validez de instrumento

“Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2026”

N°		Pertinencia <sup>1</sup>		Relevancia <sup>2</sup>		Claridad <sup>3</sup>		Sugerencias
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	(VARIABLE 1): Hábitos alimenticios							
	<b>DIMENSIÓN 1:</b> Consumo de alimentos con bajo contenido de sodio	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 2:</b> Consumo de alimentos propios de una dieta DASH	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 3:</b> Patrón alimentario	x		x		x		
	(VARIABLE 2): Control de la presión arterial	x		x		x		
	<b>DIMENSIÓN 1:</b> Estado de control de la presión arterial	x		x		x		

Observaciones: Ninguna

Opinión de aplicabilidad: Aplicable ( x )    Aplicable después de corregir ( )    No aplicable ( )

Apellidos y Nombres del juez validador: Dr. Jose Albino Inca Parra

DNI: 08830089

Especialidad del validado: Medicina Interna

Lima, 13 de Diciembre del 2025

Dr. Jose Albino Inca Parra  
DNI: 08830089

**Anexo 4. Confiabilidad del instrumento**

Confiabilidad		N	%
Casos	Válidos	154	100,0
	Excluidos	0	0
	Total	154	100,0

Alfa de Cronbach	N de elementos
<b>0.842</b>	19

El análisis arrojó un valor de alfa de 0,842, lo que demuestra que el instrumento posee una excelente consistencia interna.

## Anexo 5. Aprobación del Comité de ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

### CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Lima, 29 de diciembre del 2025.

Autor Responsable:

ALESSANDRA GIANELLA CHAVARRI NEYRA

Exp. N°: 3758-2025

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica (CIEIC) de la Universidad Privada Norbert Wiener evaluó y APROBÓ el siguiente proyecto de investigación:

Proyecto Titulado: "Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir, 2026"

Versión Nro. 1, aprobada por el asesor en fecha 13/12/ 2025.

El cual tiene como Autor(es) a:

ALESSANDRA GIANELLA CHAVARRI NEYRA

La APROBACIÓN otorgada comprende la verificación del cumplimiento de las buenas prácticas éticas, la adecuada evaluación del balance riesgo/beneficio, la idoneidad del equipo de investigación y la garantía de confidencialidad en el manejo de los datos, entre otros aspectos éticos y metodológicos pertinentes.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

- La aprobación otorgada por el CIEIC tiene una vigencia de veinticuatro (24) meses contados desde la fecha de emisión del presente documento. Esta vigencia es exclusiva para los procedimientos éticos revisados por el Comité y no sustituye ni aplica a los trámites administrativos ante la Oficina de Grados y Títulos.
- La constancia de aprobación por el CIEIC no garantiza la aceptación por parte de las instituciones en las que se planea realizar la investigación.
- En caso de requerir una enmienda, entendida como una modificación menor que no altera de manera sustantiva el proyecto aprobado, esta deberá ser presentada al CIEIC y no podrá ejecutarse sin su aprobación previa. Cualquier cambio sustantivo deberá tramitarse como proyecto nuevo ante el CIEIC.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta  
Presidente  
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica  
Universidad Privada Norbert Wiener

## Anexo 6. Formato de consentimiento informado

**Título de proyecto de investigación** : Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2026  
**Investigadora** : Alessandra Gianella Chavarri Neyra  
**Institución(es)** : Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW)

---

### • INFORMACIÓN

**PROPÓSITO DEL ESTUDIO:** Lo invitamos cordialmente a participar en la investigación titulada “Hábitos alimenticios asociados al control de la presión arterial en adultos hipertensos del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir - 2026”. Este estudio es realizado por una estudiante de pregrado de la carrera de Medicina Humana.

El propósito de esta investigación es examinar de qué manera los hábitos alimentarios se relacionan con el control de la presión arterial en personas con diagnóstico de hipertensión. A través de este estudio se busca obtener información que permita comprender mejor cómo ciertos patrones de consumo pueden influir en el control tensional. Su ejecución generará la evidencia necesaria para clarificar la relación entre ambas variables. Dicha información será fundamental para proponer intervenciones educativas destinadas a fortalecer y optimizar el cuidado de los pacientes con hipertensión dentro del primer nivel de atención

- PROCEDIMIENTO; SI DECIDE PARTICIPAR
- APLICAR CUESTIONARIO DE HáBITOS SALUDABLES
- TOMA DE LA PRESIÓN ARTERIAL
- REGISTRO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS OBTENIDOS

La encuesta tendrá una duración aproximada de 20 minutos, tiempo durante el cual también se realizará la toma de la presión arterial. La aplicación del cuestionario se llevará a cabo dentro de las instalaciones del centro de salud. Las respuestas obtenidas serán anónimas y se registrarán mediante un código asignado a cada participante, garantizando en todo momento la confidencialidad de la información y el resguardo de su identidad.

¡Excelente! Entiendo que necesitas adaptar estos principios éticos (Autonomía, No Maleficencia, Beneficencia y Confidencialidad) a un lenguaje más natural y específico para tu proyecto, asegurando la originalidad.

#### 1. Participación Voluntaria (Su Autonomía)

Su decisión de participar es completamente libre y voluntaria. Por favor, siéntase en total libertad de aclarar cualquier duda que tenga sobre el estudio antes de tomar una decisión. Queremos asegurarle que su elección (sea participar o no) será siempre respetada. De igual manera, si en algún momento, mientras esté participando, decide no continuar, puede retirarse inmediatamente sin necesidad de dar explicaciones, y su decisión será respetada sin ninguna consecuencia negativa.

#### 2. Riesgos (Principio de Seguridad)

Queremos informarle que este estudio no implica ningún riesgo físico ni daño para usted, ya que solo consiste en responder la encuesta y tomarle la presión arterial, procedimientos de rutina en el centro de salud. Sin embargo, puede que alguna pregunta sobre sus hábitos alimenticios le resulte incómoda.

Recuerde que tiene el derecho y la libertad total de no responder cualquier pregunta que prefiera omitir, sin que esto afecte su participación.

### 3. Beneficios (Principio de Mejora)

Si bien la participación en la encuesta no le genera un beneficio directo inmediato, su aporte es fundamental para la comunidad. Usted tendrá la posibilidad de conocer los resultados finales de la investigación. Lo más importante es que esta información ayudará directamente a mejorar la calidad de la atención y a diseñar mejores programas educativos sobre nutrición para todos los pacientes hipertensos atendidos en el Centro de Salud Villa Victoria Porvenir. Además de brindarle recomendaciones para mejorar su salud.

### 4. Confidencialidad y Privacidad

La privacidad de su información es nuestra máxima prioridad. Toda la información que nos proporcione será tratada con la más estricta confidencialidad.

- Para proteger su identidad, no utilizaremos su nombre. En su lugar, se asignarán códigos a sus respuestas.
- Los resultados generales de este estudio podrán ser publicados o presentados. No obstante, nunca se incluirá ni se hará pública información que pueda identificarlo como participante.

#### ● **DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO**

Declaro que he leído la hoja de información del Formulario de Consentimiento Informado y que he recibido una explicación clara y suficiente sobre los objetivos, procedimientos y finalidad del estudio. Todas mis dudas fueron atendidas oportunamente. Entiendo que mi participación es completamente voluntaria y que puedo retirarme en cualquier momento sin que ello afecte la atención que recibo en el centro de salud. Asimismo, se me entregará una copia firmada de este consentimiento para mi conocimiento y resguardo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del participante:  
DNI:  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la investigadora:  
DNI:  
Fecha:

**Anexo 7.** Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos

PERÚ Ministerio de Salud

*"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"*

## CARTA DE AUTORIZACIÓN

Lima, 30 de Diciembre del 2025

Mediante la presente YO, Doctora **Rodriguez Garcia, Rosa Vicenta** con N° C.T.M.P.: 4432. Responsable de **Capacitación del Centro de Salud Villa Victoria Porvenir**, ubicada en Luther King, Surquillo 15036 con el número de teléfono (01) 2254253.

Autorizo a la interna de medicina humana Chavarri Neyra, Alessandra Gianella con DNI 76224627 de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Norbert Wiener para que pueda llevar a cabo la recolección de sus datos, a fin de realizar su estudio de investigación de tesis titulado **"HÁBITOS ALIMENTICIOS ASOCIADOS AL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN ADULTOS HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD VILLA VICTORIA PORVENIR, 2026"**, el mismo que se realizará en el centro de Salud.



PERÚ Ministerio de Salud Dirección de Redes Integradas de Salud Lima - Centro  
CENTRO DE SALUD "VILLA VICTORIA PORVENIR"

**DRA. ROSA V. RODRIGUEZ GARCÍA**  
Responsable del Centro de Salud  
C.T.M.P. 4432 H.N.E. 00254

**Firma autorizacion**

**Anexo 8.** Testimonios fotográficos






# 12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

## Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado
- ▶ Texto mencionado
- ▶ Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

## Fuentes principales

- 8%  Fuentes de Internet
- 2%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Marcas de integridad

### N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

## Fuentes principales

- 8% Fuentes de Internet
- 2% Publicaciones
- 10% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

## Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	3%
2	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2025-05-30	<1%
3	Internet	hdl.handle.net	<1%
4	Trabajos entregados	Universidad Autonoma del Peru on 2019-07-15	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Andina del Cusco on 2019-04-09	<1%
6	Trabajos entregados	uwiener on 2024-12-20	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-02-03	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Cesar Vallejo on 2025-07-31	<1%
9	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-02-02	<1%
10	Internet	scielo.sld.cu	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Europea de Madrid on 2025-02-25	<1%