

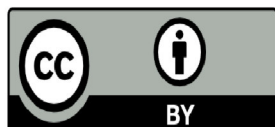
Yusek, Beatriz Ines

# Información y prevalencia sobre factores de riesgo cardiovascular mayores en una población usuaria de un comedor comunitario de Florencio Varela

2022

*Instituto: Ciencias de la Salud*

*Carrera: Licenciatura en Enfermería*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.  
Atribución 4.0  
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Yusek, B. I. (2022). *Información y prevalencia sobre factores de riesgo cardiovascular mayores en una población usuaria de un comedor comunitario de Florencio Varela* [tesis de grado, Universidad Nacional Arturo Jauretche]

Disponible en RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital UNAJ

<https://biblioteca.unaj.edu.ar/rid-unaj-repositorio-institucional-digital-unaj>



UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

“Información y prevalencia sobre Factores de Riego Cardiovascular Mayores en una población usuaria de un Comedor Comunitario de Florencio Varela”

ALUMNA: YUSEC BEATRIZ

Director: NICOLÁS LEONARDO PALACIOS COURRET

Florencio Varela, julio 2022

## INDICE

Introducción	.....	
3		
Tema	.....	5
Formulación del Problema de Investigación	.....	
6		
Objetivos	.....	
11		
Marco Teórico	.....	12
Estrategia Metodológica	.....	26
Contexto de análisis	.....	30
Resultados	.....	31
Conclusiones	.....	50
Bibliografía	.....	52
Anexos		

## INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas o no transmisibles (ENT) han pasado a ser en las últimas décadas la primera causa de muerte a nivel mundial generando un importante problema para el sistema de salud, aumento en los niveles de discapacidad y mayores gastos en recursos económicos. (Organización Panamericana de la Salud, 2019). Estas constituyen la primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo.

Las ENT como problema de salud pública, es el resultado de cambios en los estilo de vida de un gran porcentaje de la población. Estos cambios en las sociedades mundiales, como producto del progreso, necesitaran de soluciones que provengan de la sociedad, institucionales, sobre todo de los organismos que velan por la salud pública y además la solución deberá integrar el enfoque individual. Es importante incluir a cada individuo como participe en la solución de sus problemas de salud. (Marimón Torres, 2013)

Las Enfermedades cardiovasculares (ECV), grupo integrante de las ENT, ocupan la primera causa de muerte en países desarrollados y en vías de desarrollo; patologías como los infartos al miocardio, la insuficiencia cardiaca y los accidentes cerebro vasculares caracterizan los primeros puestos del nefasto podio de la muerte por ENT. La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica que, en el año 2015, murieron 17,7 millones de personas por enfermedades cardiovasculares, esto representa el 31 % del total de muertes registradas en el mundo. En Argentina las Enfermedades Cardiovasculares, primera causa de muerte, son responsables de 280 muertes diarias. (Sociedad Cardiológica Argentina, 2015)

Los Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV) como la hipertensión arterial, el tabaquismo, la hipercolesterolemia, obesidad, abuso de alcohol, sedentarismo, estrés, entre otros, se han constituido

como el objetivo de diversos programas preventivos cuya finalidad apunta a disminuir el impacto sobre las ECV y el aumento de la morbimortalidad mundial. Sabemos que una gran parte de ellos son factores modificables, es decir posibles de evitar con medidas que atiendan los estilos de vida.

Promover hábitos de estilo de vida saludable desde las instituciones de salud no estaría garantizando el logro de los objetivos, es condición necesaria modificar la conducta de los individuos para promover cambio de actitudes y para ello es indispensable el conocimiento sobre el significado de Factores de Riesgo; estudios donde se evidencia un limitado grado de en relación a los factores de riesgo cardiovascular se relacionan con alta prevalencia de ECV. (Marvin Querales, 2015)

El presente trabajo tuvo por objetivo establecer la información que tiene la población respecto a los Factores de Riesgo Cardiovascular Mayores puntualmente Hipertensión Arterial, Tabaquismo y Obesidad; estimar la prevalencia de cada uno de ellos en la población en estudio.

Se obtiene, además, medidas antropométricas como peso y talla a fin de establecer el Índice de Masa Corporal (IMC) y con ello el estado nutricional y finalmente medidas de la tensión arterial.

Se caracterizó a la población según edad, sexo, nivel de escolaridad, trabajo, acceso a ayuda social de parte del estado.

Se realizó un trabajo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal a los usuarios de un comedor comunitario de Florencio Varela (Prov. Bs As) un año después de iniciada la pandemia de COVID-19; la muestra no aleatoria, por conveniencia, comprendió 44 personas mayores de edad de ambos sexos, en principio se proyectó una muestra de 50 individuos pero debido a la pandemia se redujo de manera importante la asistencia de vecinos al comedor y la posibilidad de completar lo propuesto; la recolección de datos se realizó con un instrumento para tal fin y las mediciones antropométricas se efectuaron en las instalaciones del comedor luego de completado el cuestionario.

Los resultados sobre HTA reportan una prevalencia similar a otros trabajos, pero con escasa información respecto al tema por parte de la población. El hábito tabáquico guarda relación a los datos

de la última encuesta de factores de riesgo (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019). En cuanto al exceso de peso, considerado como sobrepeso más población obesa, se encuentra presente en un porcentaje importante en la población (72,7%) pero además se observa, a partir de la información ofrecida por los encuestados, que no se lo considera como factor de riesgo asociado con Enfermedad Cardiovascular.

#### TEMA

Conocer la información y prevalencia sobre factores de riesgo cardiovascular mayores, hipertensión arterial, tabaquismo y obesidad, que posee la población mayor de edad que concurre al comedor comunitario del barrio km 26,700 de Varela en el periodo de Enero – Marzo de 2021

## FORMULACION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las Enfermedades No Trasmisibles (ENT) se han constituido en los últimos años como uno de los problemas más relevantes de los sistemas de salud en el mundo dado que ocasionan una alta mortalidad y discapacidad, altos costos en los sistemas de salud para hacer frente a los tratamientos que ellas demandan como los gastos resultantes de los procesos de rehabilitación que originan. (Organización Panamericana de la Salud, 2019)

Dentro de este grupo, las ECV son responsables de poco más del 30 % de las muertes prematuras y discapacidades (Fundación cardiológica Argentina, 2022). La Organización Mundial de la Salud define las enfermedades cardiovasculares como un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos entre los que se incluyen la cardiopatía coronaria, enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco, las enfermedades cerebro vasculares, enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro; las arteriopatías periféricas, enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Se calcula que en 2015 murieron a causa ECV 17,7 millones de personas; representa un 31% de todas las muertes registradas en el mundo. De estas muertes, 7,4 millones se debieron a la cardiopatía coronaria y 6,7 millones a los Accidentes Cerebrovasculares.

De los poco más de 17 millones de muertes de personas menores de 70 años atribuibles a enfermedades no transmisibles, un 82% corresponden a los países de ingresos bajos y medios y un 37%

se deben a ECV (Sociedad Cardiológica Argentina, 2015).

En nuestro país la Sociedad Cardiológica Argentina, en un artículo publicado del 19 de abril de 2015, menciona los resultados de la encuesta de factores de riesgos cardiovascular (EFRC), este trabajo revela datos importantes; las enfermedades cardiovasculares contribuyen como la primer causa de muerte, muertes que pueden ser evitables, la importancia de conocer su prevalencia e incidencia son situaciones que deberían que favorecer la posibilidad de elaborar políticas públicas de salud para concientizar a la población en el auto cuidado y así sumar voluntades con la finalidad de reducir la presencia de estos factores (Sociedad Cardiológica Argentina, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) entre otras organizaciones del ámbito de la salud, viene afirmando en las últimas décadas, que la mayoría de las ECV pueden prevenirse actuando sobre los factores de riesgo que las condicionan, esta afirmación está presente en los profesionales de la salud, es parte del fundamento de las estrategias en salud pública, incluso, podríamos asumir que un sector relevante de la población tiene acceso a esta información a través de los medios masivos de comunicación. Sabemos que estos factores, como el consumo de tabaco, las dietas malsanas y la obesidad, la inactividad física o el consumo nocivo de alcohol, pueden modificarse utilizando estrategias que abarquen a toda la población; además advierte que en las personas con ECV o con alto riesgo cardiovascular (debido a la presencia de hipertensión arterial, diabetes, hiperlipidemia o alguna ECV ya confirmada), es fundamental la detección precoz y el tratamiento temprano por medio de servicios de orientación médica para el tratamiento no farmacológico y/o la administración de fármacos, según corresponda (Organización Mundial de la Salud, 2017).

También da cuenta que la tensión arterial alta (HTA) tiene una relación de mayor riesgo de daño al corazón, los vasos sanguíneos, órganos importantes como el cerebro y los riñones. Se sugiere en diversos estudios que la hipertensión arterial es una de las causas más importante de enfermedad cardiovascular en todo mundo (Organización Mundial de la Salud, 2015)



La Organización Mundial de la Salud (2020) también da cuenta que el 21% del total de muertes en todo el mundo por cardiopatía coronaria está relacionado con el hábito de fumar y agrega que, abandonar el hábito de fumar, mejora la salud y reduce el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y respiratorias como cáncer.

La OMS toma como parámetro, el número de cigarrillos consumidos al día, para identificar al individuo con hábito tabáquico, es así que se ha desarrollado como estrategia general, con adeptos y críticos, evaluar el nivel de consumo sin tener en cuenta otros aspectos como la intensidad y los problemas asociados al consumo (Organización Mundial de la Salud, 2006)

El consumo de tabaco en adolescentes en nuestro país en el año 2012 fue un total de 24,1 %; esto se divide en hombres con un 22,7% y en mujeres 25,4%, esto significa que 1 de cada 4 adolescentes fuma. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019)

Agrega que, 1 de cada 4 personas fuma, el 36,3 % se encuentra expuesta habitualmente al humo de tabaco ajeno y Argentina es uno de los países de mayor consumo; se espera que para el 2030 la mortalidad por cardiopatías y accidentes cerebrovasculares aumente a 23 millones en todo el mundo (Biomédica, 2011)

También la Organización Mundial de la Salud eleva constantemente informes que demuestran que el cese del consumo de tabaco, la reducción de la sal de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física regular y la evitación del consumo nocivo de alcohol reducen el riesgo de enfermedades cardiovasculares (ECV).

La pregunta que todos nosotros, los profesionales de la salud, finalmente, nos venimos haciendo desde hace décadas, conociendo los determinantes de la salud y puntualmente los factores de riesgo cardiovascular es ¿por qué siguen en aumento las muertes de causa cardiovascular? No se discute la preocupación que tienen las instituciones de salud alrededor del mundo, ministerios de salud, universidades, sociedades científicas y más. Tal vez es necesario volver un poco sobre nuestros pasos, al

inicio de esta problemática para buscar repuestas que den cuenta a la imposibilidad de afrontar esta epidemia con nuevas estrategias de salud pública.

En un trabajo que estudió el Nivel de Conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en una comunidad de Naguanagua, Venezuela, encontró asociación entre un porcentaje elevado de individuos con bajo nivel de Conocimiento de los factores de riesgo cardiovascular y una mayor frecuencia de alteraciones de los parámetros clínicos, antropométricos y bioquímicos respecto a los participantes con alto nivel de conocimiento, confirmando la necesidad de ejecutar estrategias que no sólo eleven el nivel de conocimiento de las Comunidades venezolanas, sino también motiven efectivamente a la adopción de un estilo de vida asociado a la reducción de los factores de riesgo cardiovascular y al auto cuidado de la salud (Marvin Querales, 2015).

Hay toda una línea de investigación enfocada a buscar la relación fundamental entre el sistema de salud, en sentido amplio y la responsabilidad del individuo sobre su salud; parte de esa responsabilidad se basa en el valor del conocimiento apropiado por el individuo/comunidad en términos de efectos nocivos (presencia de FRCV) en su propio cuerpo y no solamente en reconocer que alimentos los favorece, la práctica de actividad física como beneficiosa para la salud o que fumar hace daño.

Es razonablemente significativo desarrollar trabajos de investigación en las comunidades en general y sobre todo en poblaciones vulnerables con la finalidad de conocer su situación epidemiológica respecto al tema propuesto y promover, a partir de los resultados que surjan, estrategias que apunten a la modificación de prácticas de salud con el objetivo de reducir factores de riesgo cardiovascular apoyado en la divulgación del conocimiento y la incorporación de hábitos saludables.

## PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué información poseen y cuál es la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular mayores, hipertensión arterial, tabaquismo y obesidad en la población mayor de edad que concurre al comedor comunitario del barrio km 26,700 de Florencio Varela en el periodo de Enero – Marzo de 2021?

## OBJETIVOS

### Objetivo General

Conocer la información y la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular mayores, hipertensión arterial, tabaquismo y obesidad, que posee la población mayor de edad que concurre al comedor comunitario del barrio km 26,700 de Florencio Varela en el periodo Enero – Marzo de 2021.

### Objetivos Específicos

- Describir las características socio demográficas de la población: edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, trabajo y acceso a algún tipo de ayuda estatal.
- Conocer la información que tiene la población sobre el significado, como representación social, de los factores de riesgo cardiovascular.
- Identificar conductas asociadas al establecimiento de factores de riesgo cardiovascular como consumo de alimentos con alto contenido de grasas saturadas, consumo de alimentos cardioprotectores, tabaquismo.
- Determinar la prevalencia de hipertensión arterial, hábito tabáquico y obesidad mediante la elaboración de mediciones antropométricas: peso, talla, IMC; auto reporte. medición de la tensión arterial y el auto reporte.

## MARCO TEORICO

La Enfermedades No Trasmisibles (ENT) se han constituido en los últimos años como uno de los problemas más relevantes de los sistemas de salud en el mundo ocasionando una alta mortalidad y discapacidad, altos costos en los sistemas de salud para hacer frente a los tratamientos que ellas demandan como los gastos resultantes de los procesos de rehabilitación que originan.

Datos oficiales afirman que estas enfermedades, en su conjunto, constituyen la primera causa de muerte; en la región de las Américas, las ENT causan aproximadamente 5,5 millones de muertes al año, y representan 80,7% de todas las muertes en la región. De ese total de muertes por ECNT, 38,9% son muertes prematuras ocurridas en personas menores de 70 años de edad (Organización Panamericana de la Salud, 2019)

De acuerdo con el Informe del Estado Global en Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en abril de 2011 (World Health Organization, 2011), las enfermedades crónicas no transmisibles fueron la causa de aproximadamente, el 63 % (36 millones) del total (57 millones) de muertes ocurridas en el mundo en el año 2008.

De las cuatro principales enfermedades crónicas no transmisibles –las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas– las primeras fueron las causantes del 29,82 % (17 millones) de las muertes (World Health Organization, 2011)

Casi diez años después la enfermedad cardiovascular sigue siendo la principal causa de muerte

en el mundo, según los datos estadísticos de la American Heart Association en un documento publicado en el 2021, afirma que “A nivel mundial, casi 18,6 millones de personas murieron de enfermedades cardiovasculares en 2019, el último año para el que se calculan las estadísticas mundiales” (Virani Salim S, 2021)

Es de esperar que las últimas estadísticas, luego de la pandemia por Covid 19, tenderán a incrementar los números en cuanto a mortalidad y discapacidad de manera global como ECNT en conjunto y como ECV en particular; los desórdenes llevados a cabo en cuanto a consultas médicas, prácticas médicas y programas de prevención para ECV, disminuyeron francamente durante la pandemia y hacen suponer incrementos respecto a 2019 (Virani Salim S, 2021)

#### Los Factores de Riesgo Cardiovascular

Estas son características biológicas o exposición de un individuo a una situación particular, esto hace que aumente la probabilidad de sufrir alguna enfermedad; en relación a enfermedades cardiovasculares debemos entender, entonces, a todas aquellas situaciones propias de la biología del individuo o situaciones que giran alrededor en su hábitat que condicionan la posibilidad de generar un evento cardiovascular. (Organización Panamericana de la Salud, 2011)

Justamente al tratarse de una probabilidad, la ausencia de los factores de riesgo no excluye la posibilidad de desarrollar un ECV en el futuro y la presencia de ellos tampoco implica necesariamente su aparición. Estos factores de riesgo pueden agruparse como NO modificables (edad, sexo, factores genéticos/historia familiar) o modificables, que son en definitiva los que más nos interesa, ya que en ellos tenemos la posibilidad de actuar de forma preventiva, estos son: la hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, sobrepeso/obesidad muy relacionados con la inactividad física. Estos últimos son los que conocemos como factores de riesgo mayores y son los que

tienen una asociación más fuerte con la ECV. Otros factores de riesgo que también se asocian a un mayor riesgo de ECV son las bajas concentraciones de HDL y triglicéridos en altas concentraciones.

Desde una visión menos biologicista se entiende la importancia de otros factores, estos son: bajo nivel socioeconómico, aislamiento social, la depresión, el estrés laboral o familiar; la presencia de ellos asociadas a los factores clásicos se consideran de un mayor riesgo cardiovascular y empeoran el pronóstico de los pacientes con cardiopatía isquémica.

### La Génesis

La enfermedad aterosclerótica se presenta como el nexo entre los factores de riesgo cardiovascular y la enfermedad cardiovascular. La acumulación patológica de material lipídico y tejido fibroso sobre el endotelio de las paredes de los vasos sanguíneos ocasionan la reducción del flujo de sangre hacia los tejidos. La aterosclerosis involucra la respuesta inflamatoria constante sobre el interior de la pared arterial generando sobre ellas alteraciones morfológicas, estructurales y bioquímicas que en un principio son silentes pero que instaurado el proceso a lo largo del tiempo determinar graves problemas de salud como infartos al miocardio, infartos cerebrales, insuficiencias cardiacas y renales; todas ellas perteneciente al grupo conocido como enfermedades cardiovasculares.

### Fisiopatología de la Enfermedad Aterosclerótica

La respuesta de tipo inflamatoria que se relaciona con el desarrollo de la aterosclerosis se inicia

con una lesión del endotelio vascular y progresa lentamente durante un periodo de muchos años (McCance et al. 2014). La lesión puede iniciarse por presencia de hábito tabáquico, hipertensión arterial, hiperlipidemia y otros factores de riesgo.

El endotelio sufre cambios a nivel fisiológico dejando o disminuyendo (Grossman, 2014) la producción de antitrombóticos y vasodilatadores normales. La presencia de un proceso inflamatorio genera la migración de células inflamatorias, como los monocitos (macrófagos). Los macrófagos absorben los lípidos, convirtiéndose en células espumosas que transportan los lípidos a la pared arterial. Una parte de material lipídico se deposita en las paredes arteriales, formando estrías grasas. Los macrófagos activados también liberan sustancias bioquímicas que pueden dañar aún más el endotelio al contribuir con la oxidación de las lipoproteínas de baja densidad (LDL). La LDL oxidada es tóxica para las células endoteliales y estimula la progresión del proceso aterosclerótico (Grossman y Porth, 2014). Después del transporte de los lípidos a la pared arterial, las células del músculo liso proliferan y forman una capa fibrosa sobre un núcleo lleno de lípidos con un infiltrado inflamatorio. Estos depósitos, llamados ateromas o placas, protruyen hacia la luz del vaso, lo estrechan y obstruyen el flujo sanguíneo. La placa puede ser estable o inestable según el grado de inflamación y el grosor de la capa fibrosa, a menor grosor y mayor grado de inflamación más inestable es la placa. Si la cubierta fibrosa sobre la placa es gruesa y el cúmulo de lípidos permanece relativamente estable, puede resistir el estrés producido por el flujo sanguíneo y el movimiento del vaso. Si la capa es fina y hay inflamación, la lesión se convierte en lo que se llama placa vulnerable. En este punto, el núcleo lipídico puede crecer, causando la rotura de la placa fibrosa. Una placa rota atrae a las plaquetas y provoca la formación de trombos. Un trombo puede obstruir el flujo sanguíneo, lo que lleva al síndrome coronario agudo (SCA), que puede dar lugar a un infarto de miocardio (IM). El accidente vascular isquémico (ACV) en las arterias cerebrales.

A menudo, las lesiones ateroscleróticas se forman donde se ramifican los vasos, lo que sugiere un componente hemodinámico que favorece su formación (Grossman y Porth, 2014).



## Hipertensión Arterial

Relacionada directamente con la producción de enfermedad aterosclerótica (McCance Kathryn L. et al, 2014) es una enfermedad que se caracteriza por la elevación anormal y persistente de la presión arterial por encima de 140 mm Hg Presión Arterial Sistólica (PAS) o máxima y/o 90 mm Hg de Presión Arterial Diastólica (PAD) o mínima. El Consenso Argentino de Hipertensión Arterial advierte, además, que los valores de hipertensión arterial en la mujer son sensiblemente diferentes al del hombre y se corresponden, además, con la edad de los individuos. Antes de la menopausia la mujer tiene valores normales, pero en la post menopausia esos valores aumentan, esto hace que los riesgos de padecer enfermedad cardiovascular en la población femenina también aumenten y de hecho hay estudios que lo avalan (Consenso Argentino de Hipertensión Arterial, 2018).

## Tabaquismo

El consumo de cigarrillos contribuye al desarrollo y la gravedad de la enfermedad aterosclerótica. El ácido nicotínico en el tabaco desencadena la liberación de catecolaminas, este aumento de la producción de catecolaminas genera a su vez aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial (McCance et al. 2014). Por otro lado, se produce vasoconstricción sistémica, sobre todo en las arterias coronarias. Estos efectos llevan a un aumento del riesgo de coronariopatía y muerte súbita.

Fumar puede aumentar la oxidación de LDL, dañando el endotelio vascular (Grossman y Porth, 2014). El proceso en su conjunto exacerba la adhesión de las plaquetas y conduce a una mayor probabilidad de formación de trombos. La inhalación de humo aumenta las concentraciones de monóxido de carbono en sangre y disminuye el suministro de oxígeno al miocardio (Grossman y Porth, 2014). La hemoglobina, la proteína de la sangre que transporta oxígeno, se combina de una manera más fácil con el monóxido de carbono que con el oxígeno facilitando la producción de isquemia miocárdica y

reducción de la contractilidad miocárdica.

### Dislipidemias

La asociación de una concentración elevada de colesterol en sangre con la enfermedad cardíaca está bien establecida y se sabe que el metabolismo de las grasas es un importante contribuyente al desarrollo de la enfermedad aterosclerótica y consecuentemente a ECV. Las grasas, que no son solubles en agua, están encapsuladas en lipoproteínas solubles en agua que les permiten que sean transportadas dentro del sistema circulatorio. Las diferentes lipoproteínas que circulan en el organismo se clasifican en función de su contenido de proteínas, se toma como parámetro su densidad.

Cuanto más proteínas circulantes tengamos en nuestro organismo, mayor será la densidad. Se sabe que cuatro elementos del metabolismo de las grasas (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos) afectan el desarrollo de la enfermedad cardiovascular. El tubo digestivo procesa el colesterol en glóbulos de lipoproteínas llamados quilomicrones. Estos son reprocessados por el hígado como lipoproteínas. Se trata de un proceso fisiológico necesario para la formación de las membranas celulares con base en lipoproteínas y otros procesos metabólicos importantes. Cuando se produce un exceso de LDL, las partículas se adhieren a los receptores en el endotelio arterial. Aquí, los macrófagos las ingieren, lo que contribuye a la formación de placa (Hinkle J, 2019).

El American College of Cardiology y la American Heart Association (ACC/AHA) han desarrollado guías de práctica clínica para el tratamiento del colesterol en la sangre a fin de reducir el riesgo cardiovascular en adultos. Estas pautas establecen la prevención primaria (prevención de la aparición de coronariopatía) y la prevención secundaria (que impide la progresión de la coronariopatía). Se establece que todos los adultos de 20 años de edad en adelante deben realizarse pruebas de lípidos en ayunas (colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos) al menos una vez cada 5 años, y más a menudo si resultan anómalas. Los pacientes que han tenido un suceso agudo, un procedimiento coronario

percutáneo (PCP) o una cirugía de revascularización miocárdica (CRM) requieren una evaluación de sus concentraciones de LDL a los pocos meses del suceso o el procedimiento, pues los valores de LDL pueden ser bajos inmediatamente después del suceso o el procedimiento. Después, los lípidos se deben vigilar cada 6 semanas hasta alcanzar las concentraciones deseadas y después cada 4-6 meses. Un perfil de lípidos en ayunas debe mostrar las siguientes cifras: LDL menor de 100 mg/dL (menor de 70 mg/dL para los pacientes de muy alto riesgo). Colesterol total menor de 200 mg/dL. HDL mayor de 40 mg/dL en hombres y mayor de 50 mg/dL en mujeres. Triglicéridos menores de 150 mg/dL

### Obesidad

La obesidad es considerada hoy en día como una enfermedad crónica, pandémica, y multifactorial, que se caracteriza por procesos fisiopatológicos que resultan en aumento de tejido adiposo, lo que la asocia con múltiples comorbilidades, y con aumento de la mortalidad. Tiene además la característica fundamental de ser socialmente estigmatizante. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su clasificación internacional de enfermedades la define como el anormal o excesivo almacenamiento de grasa, que se desarrolla a partir de una interacción del sujeto y el medio ambiente generando un desbalance energético e implica la interacción de factores sociales, conductuales, culturales, fisiológicos, metabólicos y genéticos (James, 2008). La Federación Mundial de Obesidad define a la obesidad como una enfermedad crónica, recurrente y progresiva, enfatizando en la necesidad de acción inmediata para su prevención y control (Bray GA, 2017). En el 2014, la Asociación Americana de Endocrinología Clínica (AACE) avanzaron en considerar la obesidad una enfermedad, consideró la presencia de dos componentes para su diagnóstico: el primero, la valoración del IMC ajustado por las características de la población (etnia), el segundo, la determinación de la presencia y severidad de sus complicaciones. De esta forma, el diagnóstico no solo dependerá del IMC, sino también del impacto de la obesidad en la salud general del individuo (Garvey WT, 2014).

En 1997 la OMS había publicado su 'Consulta técnica de Expertos sobre Obesidad', en la cual la reconoce como epidemia global: "La obesidad puede verse como uno de los grupos definidos de enfermedades no transmisibles (ENT) que se observan tanto en países desarrollados como en desarrollo"

El aumento de su prevalencia alcanza cifras alarmantes en el mundo año a año. En el siglo XXI la comunidad científica orientada a su estudio y tratamiento declara a la Obesidad como enfermedad y enfatiza la necesidad de una acción inmediata para su prevención y control. En Argentina, la prevalencia de exceso de peso por auto reporte (sobrepeso/obesidad) en la 4° Edición de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) fue de 61,6%, comparativamente superior a la 3° Edición de la ENFR (57,9%). La tendencia se mantuvo en ascenso en relación con las anteriores. En el análisis antropométrico usando peso y talla medidas en el domicilio se obtuvo una prevalencia de exceso de peso (sobrepeso/ obesidad) de 66,1%. (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019) El sobrepeso/obesidad están asociados con un aumento de la morbimortalidad y crecientes costos de la salud en países de bajos recursos. Existe una amplia y fuerte evidencia que la pérdida de peso en personas con sobrepeso y obesidad reduce los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) como la diabetes, la HTA y la dislipidemia, entre otras

Entre las comorbilidades de la obesidad destacamos a las enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, enfermedad metabólica por hígado graso no alcohólico, apnea obstructiva del sueño, enfermedad renal, y enfermedades oncológicas. La mortalidad aumenta proporcionalmente al incremento del índice de masa corporal (IMC), y el número de comorbilidades de la obesidad. Según el estudio Framingham, el 78% de los casos de HTA en el hombre y el 65% en la mujer son atribuidos a la obesidad.

La relación entre obesidad y presión arterial es más estrecha en jóvenes, la obesidad confiere resistencia al tratamiento, y favorece el desarrollo de daño de órganos.

Un metaanálisis de 5 estudios con más de 850.000 participantes, revela que la obesidad aumenta un 20% el riesgo de Enfermedad Cardiovascular (ECV) (Kenchiah S, 2002).

La Asociación Americana de Cirugía Bariátrica y Metabólica (2019) considera necesario “un esfuerzo amplio de educación sobre la obesidad como enfermedad, sus causas, impacto y enfoques de tratamiento es un primer paso importante” Debería incluir el reconocimiento y la educación sobre la obesidad como enfermedad crónica, aumentar la sensibilidad y el conocimiento sobre los problemas que produce en la salud en la comunidad para generar conciencia de la obesidad como enfermedad autónoma y relacionada con un amplio listado de enfermedades concomitantes y reducir el impacto en la morbilidad de la población. Los cambios en el estilo de vida, en las últimas décadas han influido en los hábitos alimenticios y estos en un aumento de la prevalencia e incidencia de obesidad relacionada con cambios en la composición de la dieta, la disminución de las actividades físicas y recreativas. Hoy no cabe duda que hay una asociación casi lineal entre ECV, la HTA, las dislipidemias y la diabetes tipo 2.

Mejorar el conocimiento por parte de pacientes y proveedores de salud de los recursos disponibles para el manejo de la obesidad, así como instalaciones adecuadas para su cuidado. Es importante la educación de la comunidad para mejorar la comprensión pública de la obesidad como enfermedad crónica y los riesgos del estigma sobre la misma. La comunidad científica considera la Obesidad una enfermedad, es por ello que su reconocimiento representa una urgente demanda sanitaria.

Conocemos y entendemos mejor nuestro entorno y la existencia de situaciones que determinan la aparición de estos problemas de salud como los estilos de vida, calidad de vida, medio ambiente, educación, desigualdades sociales, dificultad en los accesos al sistema de salud, todos ellos como determinantes ambientales, existen factores conductuales y biológicos íntimamente relacionados con ECV; en el primer caso relacionado con el régimen alimentario poco saludable, tabaquismo, sedentarismo y biológicos como exceso de peso (sobrepeso y obesidad), hiperglucemia,

hipercolesterolemia e hipertensión arterial, como modificables y entre los no modificables la edad, sexo, genéticos y raza (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Muy a pesar de ello, 50 años después de las afirmaciones de Lalonde, entre otros y el estudio Framingham (Vega Abascal, 2022) que lo antecede, no terminamos de generar los mecanismos que permitan trabajar con responsabilidad y decisión para disminuir los daños producidos por este tipo de situaciones.

La prevalencia y el incremento de factores de riesgo cardiovascular, entendido entonces como condicionantes de ECV, pasan a situarse como el desafío a resolver con la finalidad de disminuir las cifras de mortalidad, morbilidad y discapacidad por ECV.

Confirmado está que la privación en el consumo de tabaco, la reducción importante en el consumo de sal y alimentos industrializados que contienen preservantes en la dieta, la disminución del consumo de alcohol, un aumento en el consumo de carne de pescado, legumbres, frutas, hortalizas y la actividad física regular reducen el riesgo de ECV, pero estamos aún lejos de llegar a los objetivos mundiales para disminuir las muertes debido a las ECV.

#### Estado del Arte

En un estudio que describió la prevalencia de los principales factores de riesgo cardiovascular en una población rural del centro de España (Extremadura) y compararla con la del estudio MONICA-OMS (Augsburg 1984-1992) trabajo con una muestra aleatoria de 1.330 personas entre 25 y 74 años se encontró una prevalencia de hipercolesterolemia del 14,4% en varones y del 16,8% en mujeres. La media de colesterol fue de 210,8 mg/dl en varones y de 212,6 mg/dl en mujeres. La prevalencia de hipertensión arterial fue del 40,8% en varones y del 42% en mujeres. El consumo de cigarrillos fue del

39,4% de varones y el 13,7% de mujeres. El índice de masa corporal es del 27,2% varones y de 28,9 mujeres; el 30% de los varones y el 40% de las mujeres no tienen ningún factor de riesgo mayor.

Para evaluar el nivel de riesgo cardiovascular de la población latinoamericana, se diseñó un estudio en siete ciudades de la región, a fin de realizar un muestreo poblacional homogéneo con metodología única, exámenes de laboratorio y físicos estandarizados y controlados para obtener así datos epidemiológicos confiables. El estudio C.A.R.M.E.L.A. (Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America) evaluó 11.550 sujetos de la población general, entre 25-64 años de edad, en siete ciudades: Barquisimeto en Venezuela, Bogotá en Colombia, Buenos Aires en la Argentina, Lima en Perú, México DF en México, Quito en Ecuador y Santiago de Chile en Chile. Los hallazgos generales del estudio determinaron la prevalencia de hipertensión arterial que fue en promedio 18% (9-29%), la de hipercolesterolemia 14% (6-20%), la de diabetes 7% (4- 9%), de obesidad 23% (18- 27%) y la de tabaquismo 30% (22-45%). Alrededor del 13% de los sujetos refirieron que tenían miembros de la familia con enfermedad cardiovascular y el 2% manifestaron que habían sufrido un infarto o accidente vascular cerebral previo.

En un estudio realizado por la Sociedad Paraguaya de Cardiología junto con la Sociedad Interamericana de Cardiología sobre factores de riesgo cardiovascular entre los años 2003-2004 y publicado en el Congreso Sudamericano de Cardiología en Chile en el año 2005, indica que en el Paraguay la prevalencia del sedentarismo era 44%, obesidad 21%, hipertensión arterial 35%, diabetes mellitus 8% y tabaquismo 23%. Estos datos afirmaban que el Paraguay era el país con más alta tasa de sedentarismo e hipertensión arterial en Sudamérica (Jiménez JT, 1998)

La prevalencia de obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular en una población rural del Paraguay, en un estudio donde 216 sujetos fueron evaluados, 140 (64,8%) eran de sexo femenino, con una media de edad:  $40 \pm 13$  años. Se encontró sobrepeso/obesidad en 52,3% (33,8% con sobrepeso y

18,5% obesos). La mayor tasa de sobrepeso fue observada entre 45 y 55 años (37%) y obesidad entre 35 y 54 años (63%). Los antecedentes familiares de los que presentaban sobrepeso/obesidad arrojaron como resultados HTA: 52,2%, dislipidemia 40,7%, Diabetes Mellitus 30,1% y ACV 9,7%. Poco más de la mitad de la población rural estudiada presentó sobrepeso/obesidad, asociándose éste parámetro con la hipertensión arterial y la dislipidemia en forma significativa.

La situación en nuestro país no es muy distinta, la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) que forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles (ENT) y del Sistema Integrado de Encuestas a Hogares (SIEH) y que nos proporciona información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo (como consumo de tabaco, alcohol, alimentación, actividad física, entre otros), procesos de atención en el sistema de salud y principales ENT en la población argentina (hipertensión, diabetes, obesidad y otras) nos proporcionan resultados, en general, desalentadores respecto a nuestra realidad en el ámbito de la salud pública.

En cuanto la presión arterial de la población general, el 40,6% tuvo la presión arterial elevada (mayor o igual a 140/90 mm Hg) en la fase de mediciones objetivas. Al analizar los resultados según el auto-reporte de presión arterial, 6 de cada 10 individuos que se reconocieron como hipertensos tuvieron registros de presión arterial elevada. Mientras que, entre quienes no se auto-reportaron hipertensos, 3 de cada 10 registraron presión arterial elevada. Se observó un sensible aumento respecto a los datos de años anteriores, sin embargo respecto al consumo de sal el resultado muestra pequeñas mejoras.

Respecto a la glucemia elevada o diabetes, el 8,4% de la población de referencia registró glucemia capilar elevada ( $\geq 110$  mg/dl) en la etapa de mediciones bioquímicas de la encuesta. 3 de cada 10 individuos que se reconocieron con glucemia elevada o diabetes en la fase de auto-reporte tuvieron registros de glucemia elevada en las mediciones. Asimismo, el 5% de los individuos que no declararon tener glucemia elevada o diabetes por auto-reporte tuvieron registros elevados de glucemia.

El 30,7% de los individuos registró colesterol elevado (mayor o igual a 200 mg/dl) en la fase de



mediciones bioquímicas. Entre quienes se reconocieron con colesterol elevado en la etapa de auto-reporte, al 46,2% se les registró colesterol elevado en las mediciones.

En el peso corporal por mediciones objetivas, según el cálculo de índice de masa corporal por mediciones físicas, se evidenció que el 66,1% de los individuos tuvieron exceso de peso (sobrepeso + obesidad). En la etapa de mediciones físicas, 3 de cada 10 individuos registraron sobrepeso, y en otros 3 de cada 10 se evidenció obesidad.

En cuanto al consumo de frutas/hortalizas se evidenció una pequeña mejoría, pero también se evidenció un importante aumento de las personas que declaran realizar actividades físicas bajas, es decir poca actividad física, un 10 % más que la última encuesta del año 2013.

Esta metodología utiliza datos por auto reporte, a través de cuestionarios auto administrados y mediciones físicas, antropométricas / bioquímicas, pone de relieve el desconocimiento sobre la salud de los propios entrevistados; esto representa una dificultad para poder encarar programas en favor de la disminución de los FRCV y por ende pone en duda los objetivos hacia el decremento de las ECV.

En otro estudio realizado en Lima/Callao, Perú para determinar el conocimiento sobre los riesgos del tabaquismo entre exfumadores, fumadores y no fumadores en el 2015 se concluyó que los exfumadores son los que tenían mayor información sobre los peligros del tabaquismo en la salud. Los tres grupos relacionaban más al tabaco con el cáncer de pulmón.

A los exfumadores les impactó más la información anti tabáquica. La televisión fue el principal medio de difusión sobre los peligros del fumar (Ruiz Mori, 2016)

En un estudio colombiano sobre conocimiento de Factores de Riesgo Cardiovascular en pacientes ambulatorios en el año 2017 se concluye que existe un porcentaje bajo (43%) con un conocimiento adecuado de factores de riesgo cardiovascular, además, de una asociación significativa entre conocimiento adecuado con un mayor nivel educativo y con la práctica de actividad física regular.

Se evidencia una relación positiva entre conocimiento y riesgo cardiovascular, estadísticamente no significativa; sin embargo, en el grupo de pacientes con conocimiento inadecuado la mayoría tiene riesgo cardiovascular alto o moderado (Areiza, 2018).

Por consiguiente, es necesario que cada paciente conozca cifras de parámetros de riesgo y tenga una percepción correcta de la enfermedad cardiovascular y sus implicaciones. La identificación y el conocimiento correcto de los FRCV y ECV debería determinar la disminución de la carga de mortalidad y morbilidad (Miguel Soca, 2017).

Desde la perspectiva de la salud pública, las enfermedades cardiovasculares se deben prevenir mediante un enfoque de riesgo, es decir, con acciones dirigidas tanto a la población general como a las poblaciones en mayor riesgo de estas enfermedades y la implementación de intervenciones preventivas de eficacia demostrada. El desafío pone el foco en habilitar programas de prevención en la comunidad (APS) que identifiquen estas poblaciones de riesgo, eduquen en términos de salud para generar el conocimiento básico necesario en la población general para evitar la presencia simultánea de varios FRCV y disminuir así la probabilidad de muerte debido a ECV.

## ESTRATEGIA METODOLOGICA

### Tipo de estudio:

Se realizó un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y corte trasversal en una muestra por conveniencia de usuarios, mayores de edad, que concurren al Comedor de la Asociación Mi Sueño del Barrio Km 26,700 del Partido de Florencio Varela durante el período comprendido entre los meses de febrero y marzo de 2021.

### Población:

La población está compuesta por usuarios mayores de edad, hombres y mujeres, que concurren al Comedor de la Asociación Mi Sueño del Barrio Km 26,700 del Partido de Florencio Varela durante el período comprendido entre los meses de febrero y marzo de 2021.

El Comedor comunitario Km. 27,600 se encuentra ubicado en Florencio Varela, la población que utiliza el servicio del comedor es población vulnerable, las calles que rodean las instalaciones son de

tierra sin ningún tipo de cobertura asfáltica.

La institución se mantiene por aportes de vecinos, apoyo de algún representante de la política partidista pero no cuenta con subvención del estado municipal, provincial o nacional; esta característica se observa en las carencias de las instalaciones y del servicio que ofrece.

Los usuarios que hacen uso del comedor son vecinos que viven alrededor que asistían a comer antes de instalada la pandemia, durante la recolección de los datos, época de pandemia por COVID 19, la asistencia se limitaba a recoger viandas para ser consumida en sus hogares. Este fue uno de los factores limitantes para obtener la muestra que se proponía, 50 individuos; finalmente la muestra comprendió 44 personas.

#### Muestra:

Está conformada por usuarios mayores de edad, de ambos sexos, seleccionados/as no probabilísticamente, por conveniencia. Se realizó la recolección de datos entregando el cuestionario a cada uno de los usuarios que se encontraron en el interior del comedor y que aceptó participar de la investigación y que además cumplían con los criterios de inclusión, posteriormente, en cada uno de los casos, se efectuaron las mediciones antropométricas.

#### Unidad de análisis y respuesta:

Cada uno de los usuarios mayores de edad que conforman la muestra.

#### Operacionalización de Variables

- Edad: La población se agrupa en cuatro grupos intervalos (40 – 49; 50 – 59; 60 – 69; 70 y más años)

- Nivel de escolaridad: Nivel de instrucción obtenido hasta el momento de la recolección de datos. Se establecieron cinco niveles: Primaria Incompleta, primaria completa, secundario incompleto, secundario completo y terciario.
- Trabajo: Cualquier actividad que implique retribución dineraria a cambio, excluye cualquier tipo de Asistencia del Estado Nacional (Planes Sociales, Programas Sociales, otros).
- Asistencia Económica del Estado: Cualquier situación en donde el entrevistado recibe una transferencia de dinero con o sin contraprestación de trabajo a favor del estado nacional, provincial, local.
- Factores que reconocen como condicionantes de HTA: Situaciones relacionadas con la producción de alteraciones en la tensión arterial; se consideraron herencia, hábito tabáquico, obesidad, consuno de sal, estrés, consumo de alcohol. Se toma obesidad ante la imposibilidad de realizar identificación de dislipemias considerando su asociación con obesidad.
- Alimentos condicionantes de HTA: Alimentos de alto contenido graso saturado que se reconocen en la población general como dañinos para la salud. Se presentan sólo como opciones las carnes rojas, embutidos y productos de copetín.
- Alimentos Cardioprotectores: Productos en los que la evidencia ha demostrado que su consumo aporta un beneficio directo para el corazón y vasos sanguíneos. Carne de Pescado, legumbres, hortalizas y frutas.
- Presión arterial: Se usó el termino como sinónimo de Tensión Arterial a los fines del trabajo. Se definió como presión arterial normal a valores PAS  $\leq$  139 y PAD  $\leq$  89 mm Hg. Se definió como presión arterial alta  $\geq$  140 mm Hg sistólica o  $\geq$  90 mm Hg diastólico.
- Sobrepeso y obesidad. Se consideró sobrepeso cuando el Índice de Masa Corporal (IMC = peso/talla<sup>2</sup>) fue entre  $\geq$  25 y  $<$  30 kg/m<sup>2</sup> y obesos  $\geq$  30 kg/m<sup>2</sup>.
- Tabaquismo. Se consideró como fumadoras a las personas que declararon fumar uno o más

cigarrillos al día al momento de la entrevista todos los días durante, al menos, el último mes.

#### Instrumento de recolección de datos

La actividad dispuesta para la recolección de los datos incluyó dos momentos, un primer momento destinado a la realización del cuestionario auto administrado una vez realizada la aceptación de participación y la firma del consentimiento informado y un segundo momento en donde se realizarán las mediciones de talla, peso y tensión arterial.

Se realizó un cuestionario con preguntas cerradas y múltiples opciones. Respecto a las preguntas que indagan sobre conocimiento de factores de riesgo se utiliza el **auto reporte** entendido como la respuesta que da el encuestado en base a lo que cree o representa para él mismo el término, estas son de opción dicotómica (SI / NO) incorporados en el cuestionario; excepcionalmente, en algún caso se ofreció una tercera opción (NO SABE); inmediatamente se desarrollan preguntas cuyas respuestas en formas de opciones, identifican datos concretos que se corresponden con el significado del concepto relacionado en el ámbito de la salud y así establecer la diferencia entre lo que dice conocer (creencia) y lo que conoce como información.

El NO reconocimiento de opciones validadas científicamente se asume como NO conoce.

Las mediciones de peso y talla se realizaron bajo condiciones estándares. En las mediciones antropométricas se utilizó una balanza calibrada periódicamente (KANJIHOME con capacidad de hasta 180 kilos) y una cinta métrica para la medición de talla con el auxilio de un tercero. Las mediciones se realizaron sin zapatos y con ropa mínima. Para la medición de la tensión arterial se utilizó un equipo de inflado manual (CORONET CON BRAZALETE) sedestado previamente durante 10 minutos antes de la valoración.

#### Criterio de inclusión

Usuarios de ambos sexos, mayores de edad que concurrieron a la Asociación Comedor Mi Sueño, del Barrio km 26.700 del partido de Florencio Varela durante el relevamiento de datos.

#### Criterios de exclusión

No se incluyeron embarazadas y tampoco personas con algún tipo de discapacidad que se encuentren en el comedor al momento de la recolección de los datos.

#### Contexto y Análisis de los Datos

La información recolectada en los cuestionarios se incorporó a una planilla de cálculo Microsoft Office Excel 2010<sup>®</sup> para generar una base de datos, posteriormente se ejecutó el procesamiento y análisis de la información recolectada utilizando el mismo programa.

## RESULTADOS

**Tabla 1**

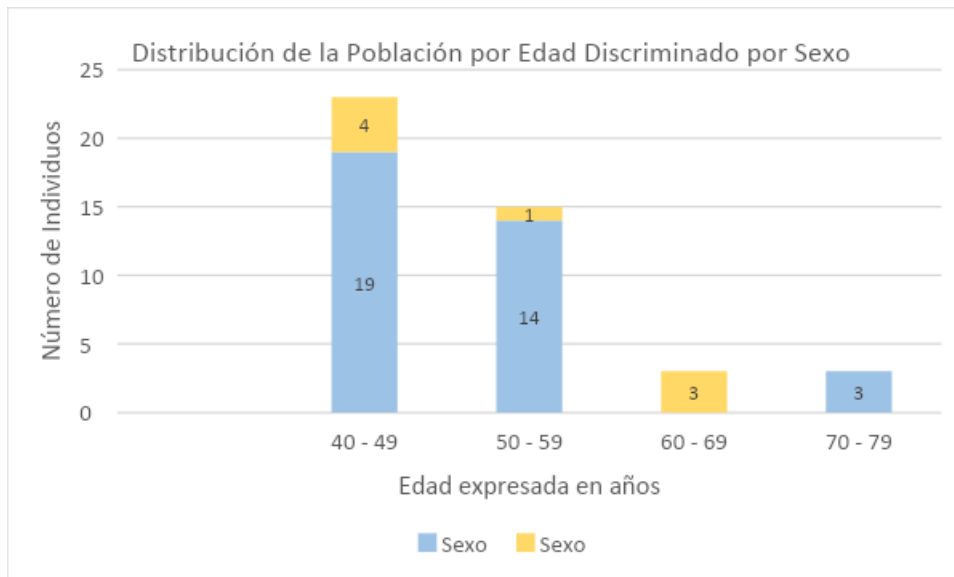
*Distribución de la Población por Edad Discriminado por Sexo*

Edad intervalos en años	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
40 - 49	19	52.8	4	50	23	52
50 - 59	14	38.9	1	12.5	15	34
60 - 69	–	–	3	37.5	3	7
70 - 79	3	8.3	–	–	3	7
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia



Gráfico 1



Comentario: La muestra está integrada en su mayoría por mujeres entre los 40 y 60 años de edad

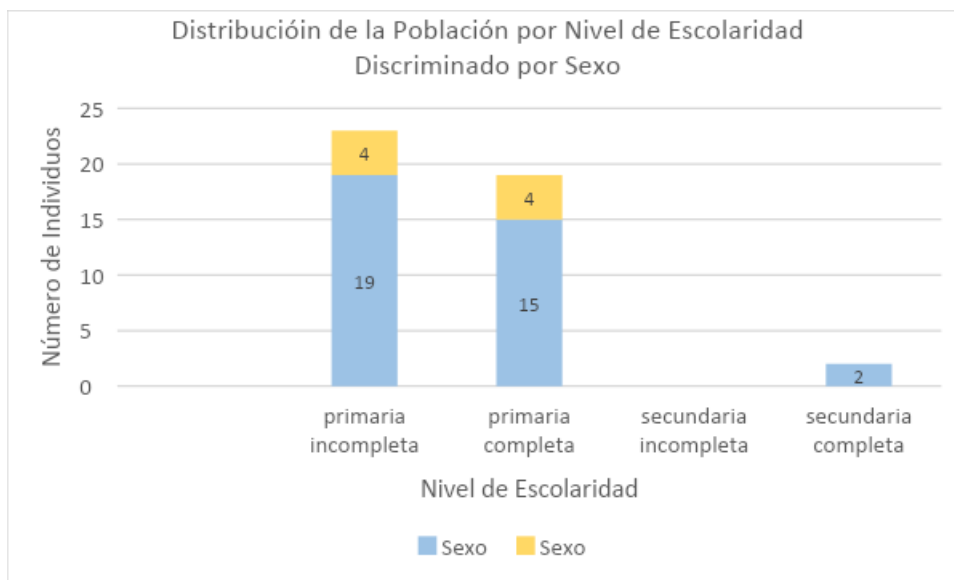
Tabla 2

*Distribución de la Población por Nivel de Escolaridad Discriminado por Sexo*

Nivel de Escolaridad	Sexo				Total	
	Femenino		Masculino			
	N	%	N	%	N	%
primaria incompleta	19	52.8	4	50	23	52.3
primaria completa	15	41.6	4	50	19	43.2
secundaria incompleta	–	–	–	–	–	–
secundaria completa	2	5.6	–	–	2	4.5
<b>Total</b>	<b>36</b>	<b>100</b>	<b>8</b>	<b>100</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2



Comentario: El nivel alcanzado de escolaridad es nivel primario con un 95.5%, incluye primario completo e incompleto con un mayor porcentaje de población femenina.

**Tabla 3**

*Distribución de la Población según Estado Civil*

Estado Civil	N	%
Soltero/a	17	39
Casado/a	12	27
Concuvino/a	15	34
Divorciado/a	–	–
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

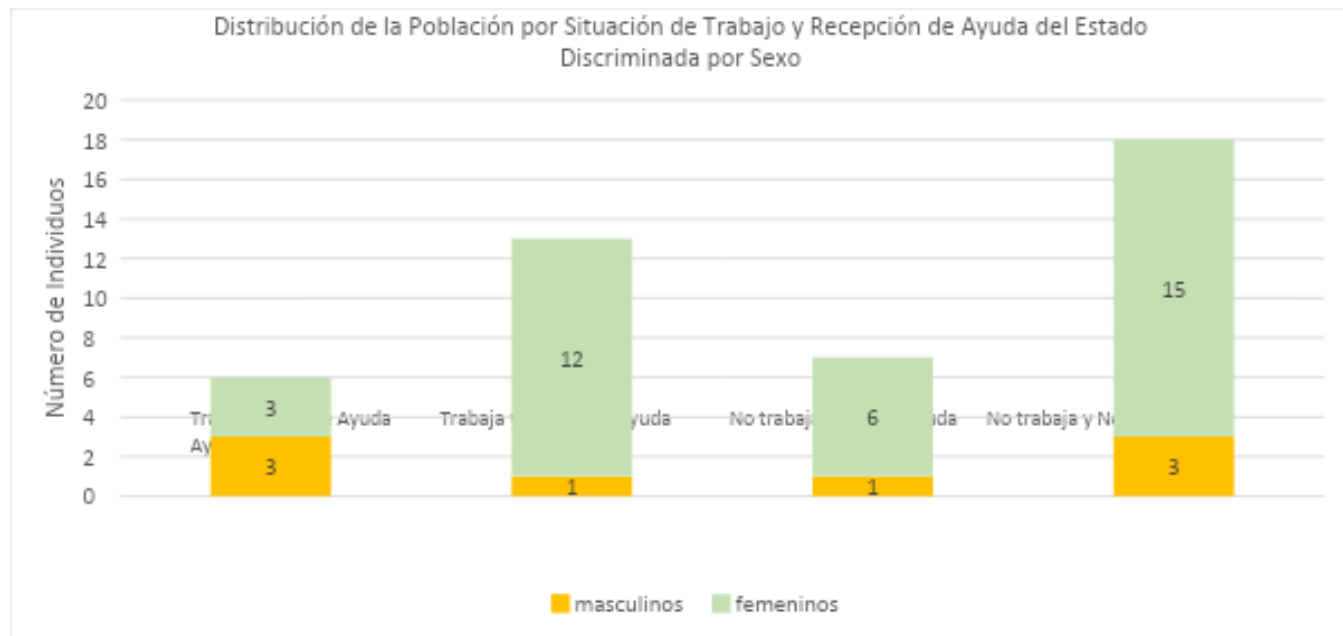
**Tabla 4**

*Distribución de la Población por Situación de Trabajo y Recepción de Ayuda Estatal Discriminado por Sexo*

Sexo	Trabaja				No Trabaja				Total	
	Recibe Ayuda Estatal				Recibe Ayuda Estatal					
	Si		No		Si		No			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculinos	3	6.8	1	2.3	1	2.3	3	6.8	8	18.2
Femeninos	3	6.8	12	27.3	6	13.6	15	34.1	36	81.8
Total	6	13.6	13	29.6	7	15.9	18	40.9	44	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 4



Comentario: La mayor parte de la población no trabaja (47.7 %) y menos del treinta por ciento recibe alguna ayuda del Estado (29.5 %).

**Tabla 5**

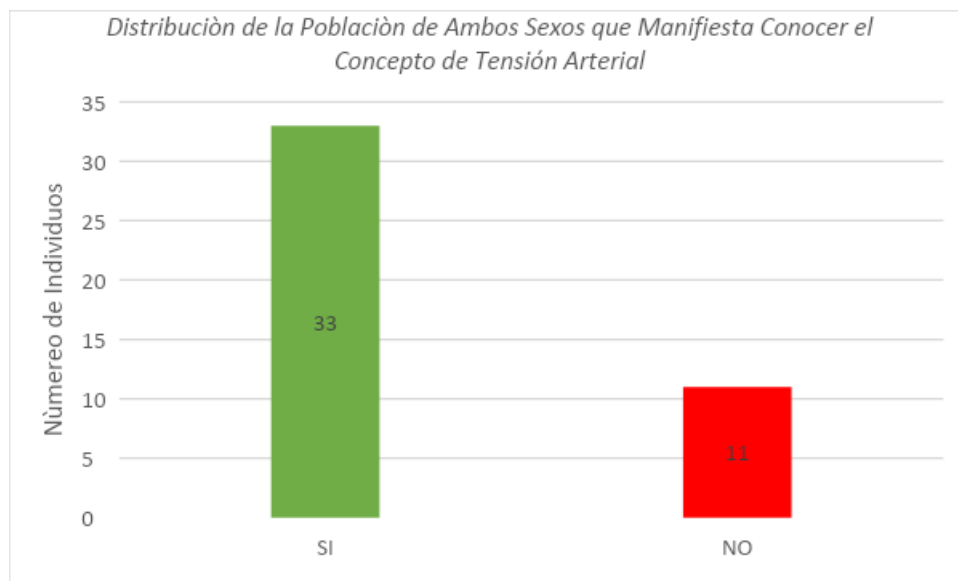
*Distribución de la Población de Ambos Sexos Según Manifiesta Conocer el Concepto de Tensión*

*Arterial*

CONOCE CONCEPTO DE TENSIÓN ARTERIAL	N	%
SI	33	75
NO	11	25
Total	44	100

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 5**



Comentario: Un alto porcentaje de la población manifiesta conocer el concepto de Tensión Arterial

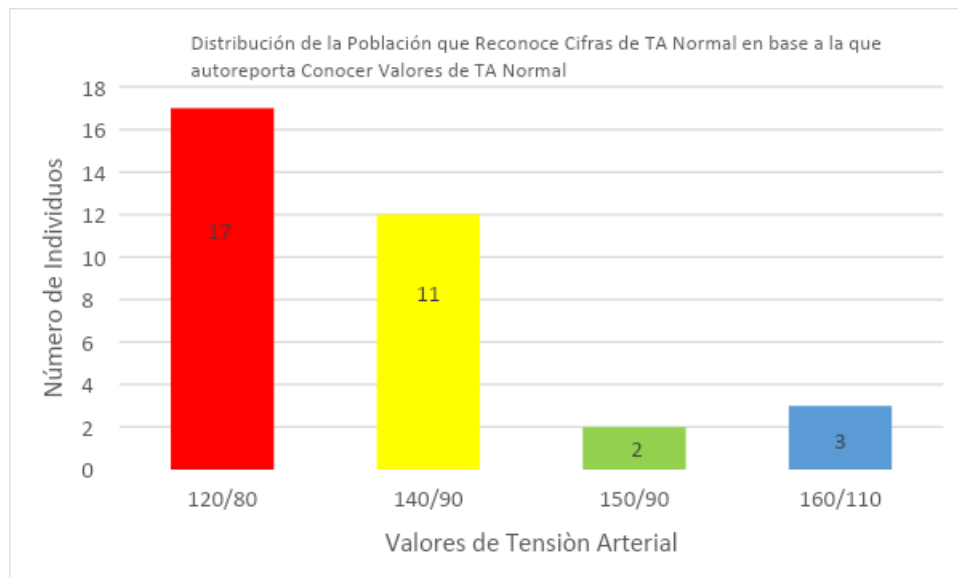
Tabla 6

*Distribución de la Población que Reconoce Cifras de Tensión Arterial Normal en base a la Población que auto reporta Conocer los Valores Normales de Tensión Arterial (N = 33)*

VALORES DE TENSIÓN ARTERIAL	N	%
120/80	17	50
140/90	11	35
150/90	2	6
160/110	3	9
Total	33	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6



Comentario: Del total de individuos que manifestaban, en base al auto reporte, conocer las cifras de TA normal (N=33), sólo 17 (50 %) identificaron, de entre los valores propuestos, la cifra de 120/80 como valor normal.

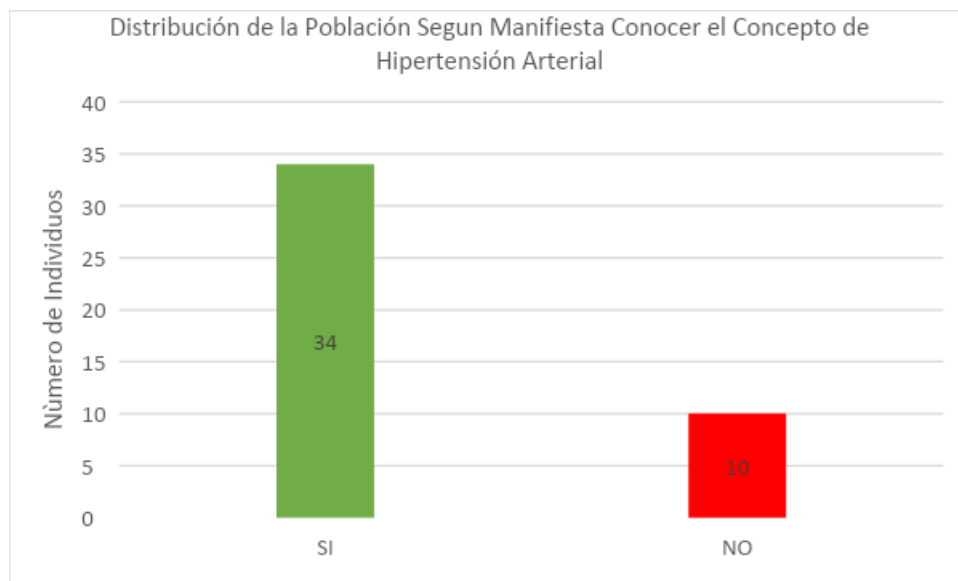
**Tabla 7**

*Distribución de la Población de Ambos Sexos Según Manifiesta Conocer el Concepto de Hipertensión Arterial*

CONOCE CONCEPTO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	N	%
SI	34	77
NO	10	23
Total	44	100

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 7**



Comentario: La mayor parte de la población (77 %) manifiesta conocer el concepto de HTA

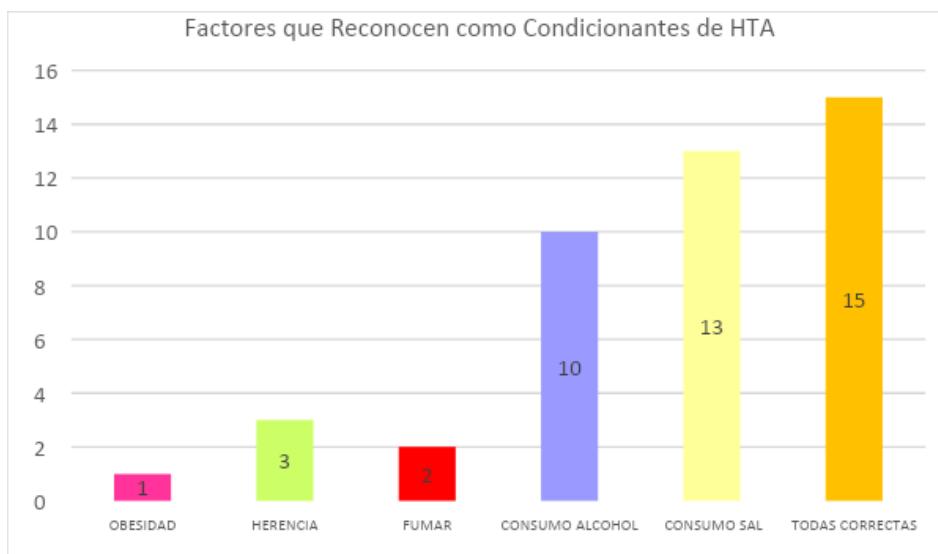
**Tabla 8**

*Distribución de la Población Total según Reconocimiento de Factores condicionantes de HTA*

FACTORES QUE RECONOCEN COMO CONDICIONANTES DE HTA	N	%
OBESIDAD	1	2
HERENCIA	3	7
ESTRES	-	-
FUMAR	2	4
CONSUMO ALCOHOL	10	23
CONSUMO SAL	13	30
TODAS CORRECTAS	15	34
TOTAL	44	100

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 8**



Comentario: Se presentó a la muestra una serie de opciones como factores que condicionan el aumento de la TA, una tercera parte de la población (15) reconoce como factores condicionantes de HTA a la totalidad del listado propuesto, otro tanto lo relaciona con el consumo de sal y al consumo de alcohol,



no se reconoce factores hereditarios, hábito tabáquico, obesidad y estrés como factores relacionados.

Tabla 9

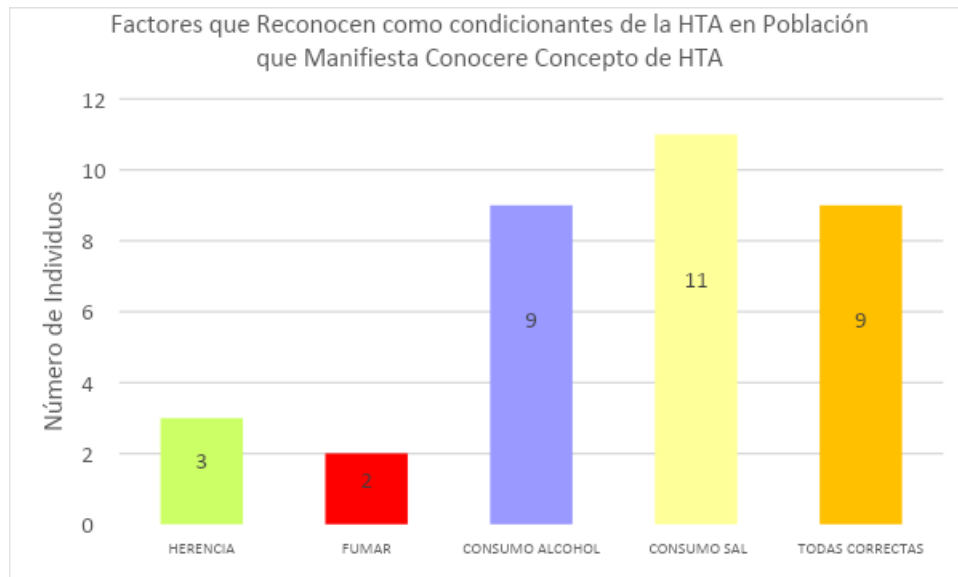
*Reconocimiento de Factores condicionantes de HTA en la Población que manifiesta Conocer el*

*Concepto de HTA (N = 34)*

FACTORES QUE RECONOCEN COMO CONDICIONANTES DE HTA	N	%
OBESIDAD	-	-
HERENCIA	3	9
ESTRES	-	-
FUMAR	2	6
CONSUMO ALCOHOL	9	26
CONSUMO SAL	11	33
TODAS CORRECTAS	9	26
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 9



Comentario: Se presentó a la muestra una serie de opciones como factores que condicionan el aumento de la TA, sólo una cuarta parte de la población (9) reconoce como factores condicionantes de HTA a la

totalidad del listado propuesto, una tercera parte (11) lo relaciona con el consumo de sal, no se reconoce factores como estrés y obesidad como condicionantes de HTA.

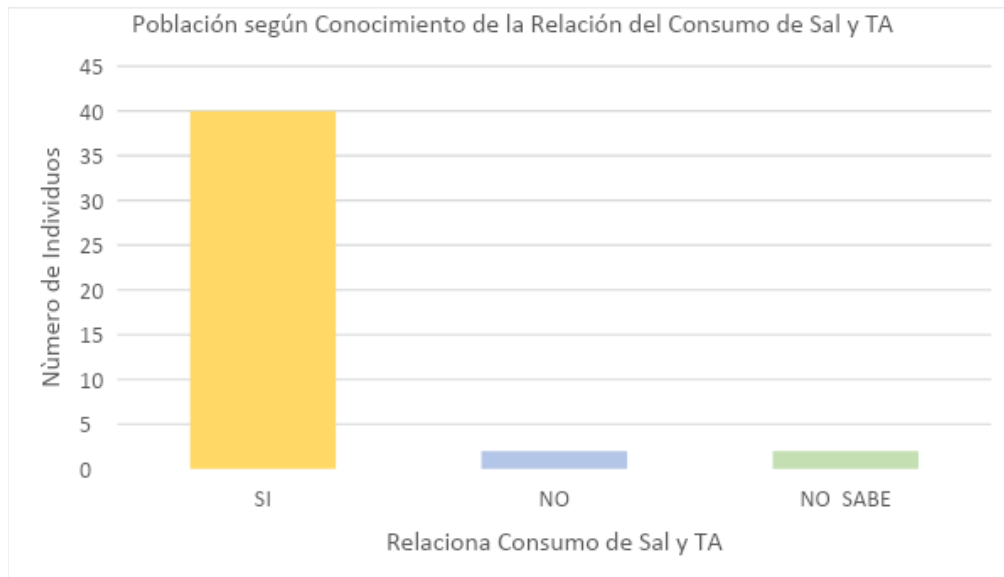
**Tabla 10**

*Población según Conocimiento de la Relación entre Consumo de Sal y TA*

CONSUMO DE SAL Y EFECTO SOBRE LA TENSIÓN ARTERIAL	N	%
SI	40	90
NO	2	5
NO SABE	2	5
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 10**



Comentario: La mayor parte de individuos que conforman la muestra informan conocer la relación que existe entre el consumo de sal y sus efectos sobre la tensión arterial.

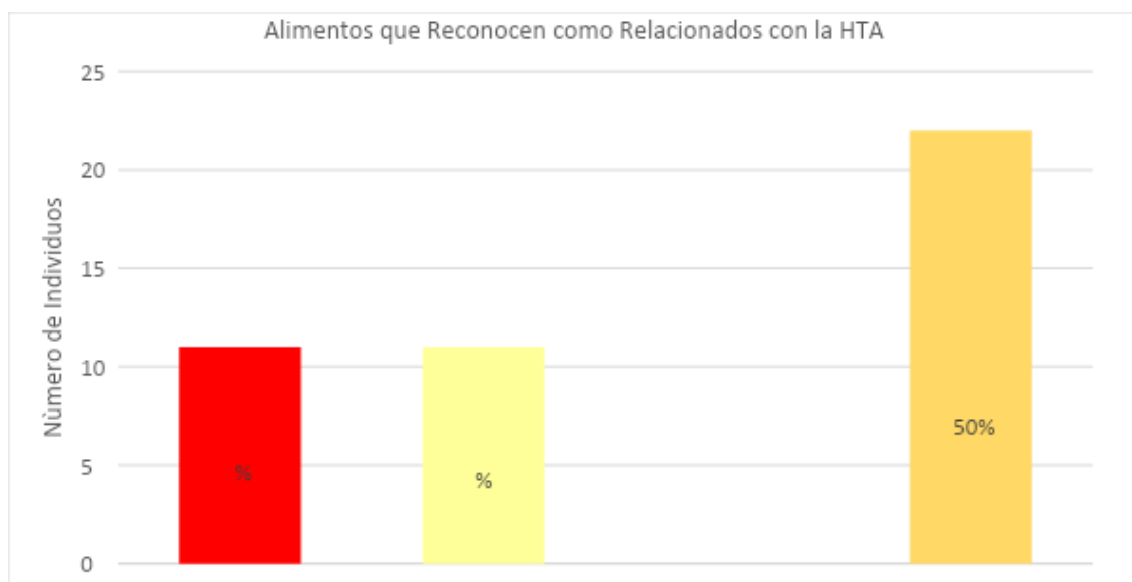
**Tabla 11**

*Alimentos que se Reconocen como Condicionantes de HTA*

Tipo de Alimento	N	%
EMBUTIDOS	11	25
PRODUCTOS DE COPETIN	11	25
CARNES ROJAS	—	—
TODAS CORRECTAS	22	50
TOTAL	44	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 11



Comentario: La mitad de la muestra reconoce todas las opciones como alimentos relacionados con la

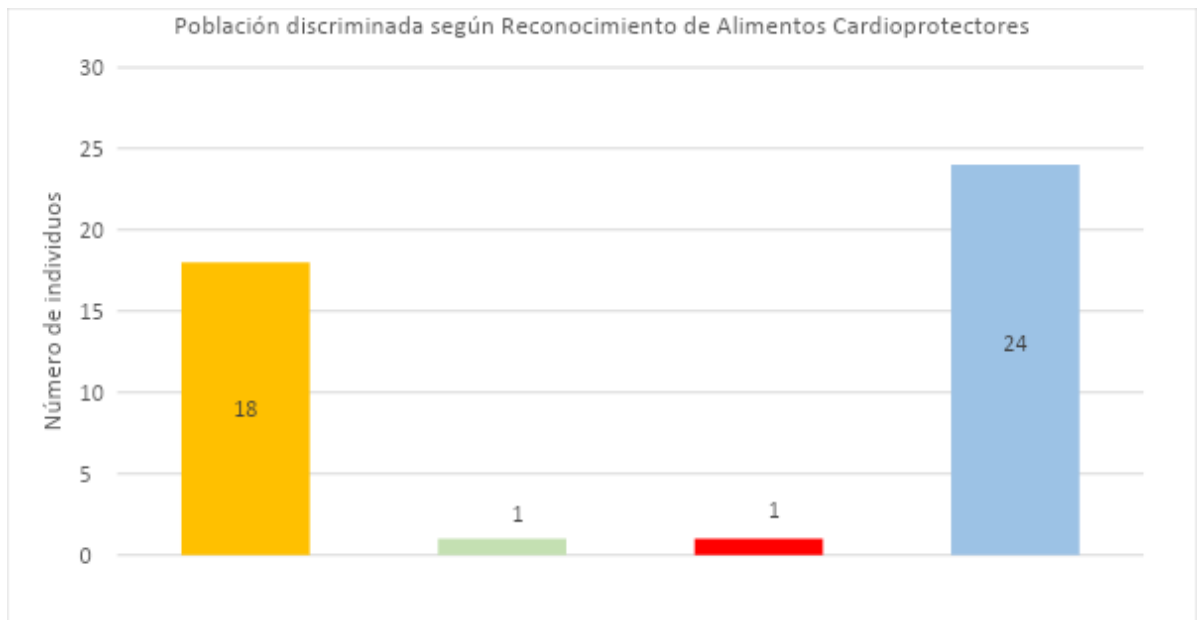
HTA, el grupo restante conformado por el otro 50 %, no reconoce el consumo de carnes rojas como alimento que puede condicionar la HTA o solamente lo asocia con embutidos o solamente con productos de copetín.

**Tabla 12**

*Población Discriminada según Reconocimiento de Alimentos Protectores de TA*

ALIMENTOS QUE RECONOCEN COMO CARDIOPROTECTORES	N	%
CARNE DE PESCADO	18	41
VERDURAS/LEGUMBRES	1	2
FRUTAS	1	2
TODAS SON CORRECTAS	24	55
<b>TOTAL</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

**Gráfico 12**



Comentario: Un amplio sector de la población tiene información respecto a los alimentos que

actúan como protectores cardiacos.

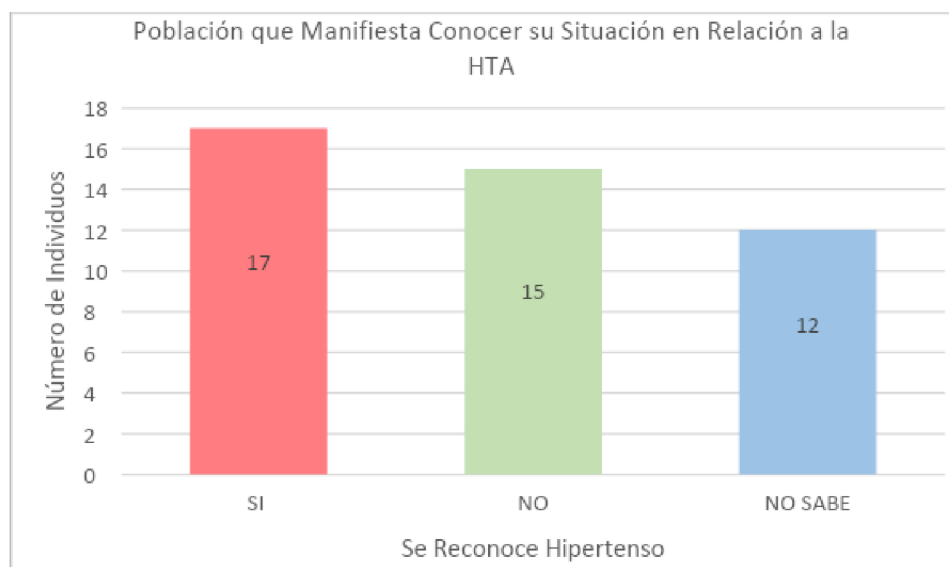
**Tabla 13**

*Población que Manifiesta Conocer su Situación en Relación a la Hipertensión Arterial.*

SE RECONOCE HIPERTENSO	N	%
SI	17	38.7
NO	15	34.0
NO SABE	12	27.3
Total	44	100

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 13**



Comentario: La muestra, según lo que manifiesta, se divide en tres tercios, en consonancia con información teórica; se observa entonces que existe un elevado porcentaje (27,3 %) no tiene información sobre su estado respecto a la TA.

**Tabla 14**

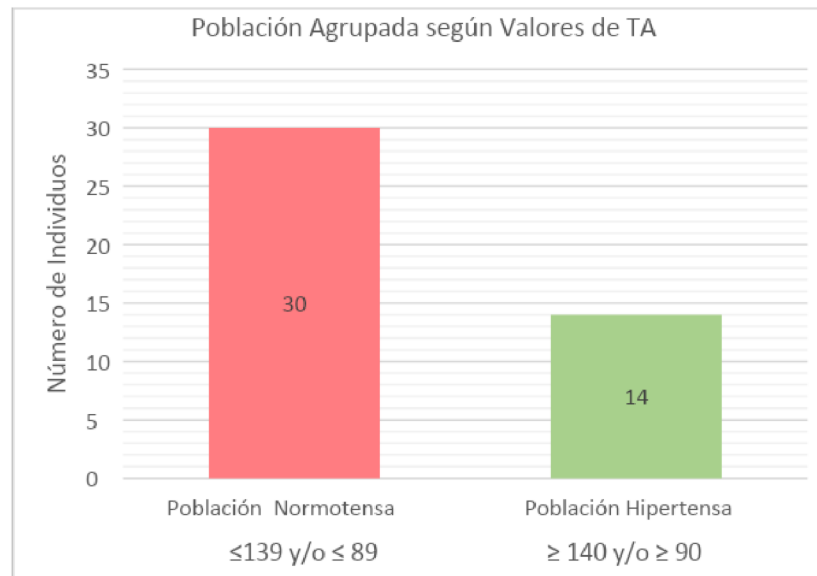
*Población Agrupada Según Valores de Tensión Arterial*

Valores T A en mm Hg	N	%
$\leq$ PAS* 139 y/o $\leq$ PAD** 89	30	68.2
$\geq$ PAS 140 y/o $\geq$ PAD 90	14	31.8
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

\*PAS = PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA    \*\* PAD = PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA

Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 14**



Comentario: Al momento de relevar los valores de TA se encontraron casi dos terceras partes de la

muestra (68,2 %) dentro de la normalidad. No se subdividió el grupo entre los que afirmaban ser hipertensos, los que afirman no tener esta característica y los que afirmaban no saber.

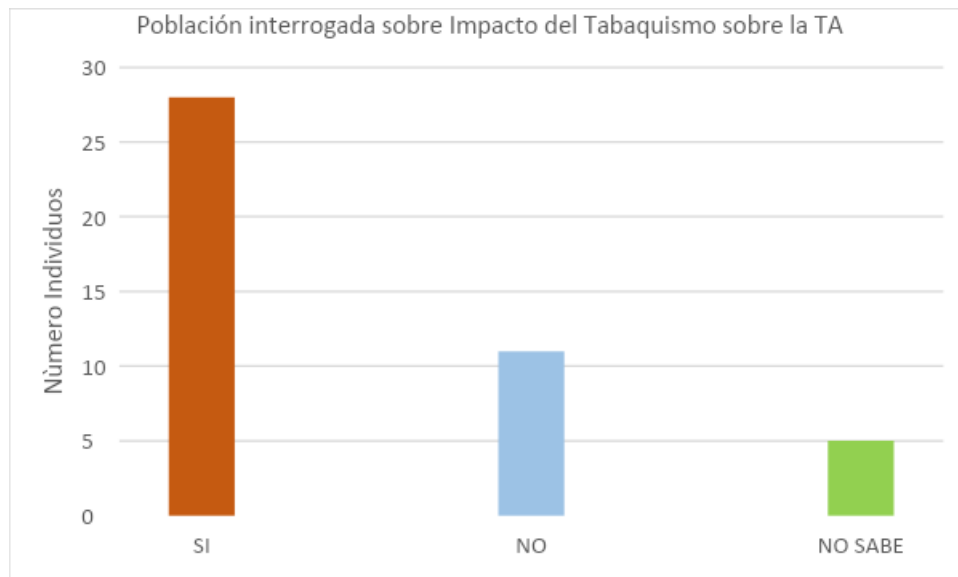
**Tabla 15**

*Población Interrogada Sobre la Relación entre el Tabaquismo y la TA*

IMPACTO DEL TABAQUISMO EN TA	N	%
SI	28	64%
NO	11	25%
NO SABE	5	11%
Total	44	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 15



Comentario: Dos terceras partes del total de la muestra responde afirmativamente sobre el impacto del

hábito tabáquico en la Tensión Arterial.

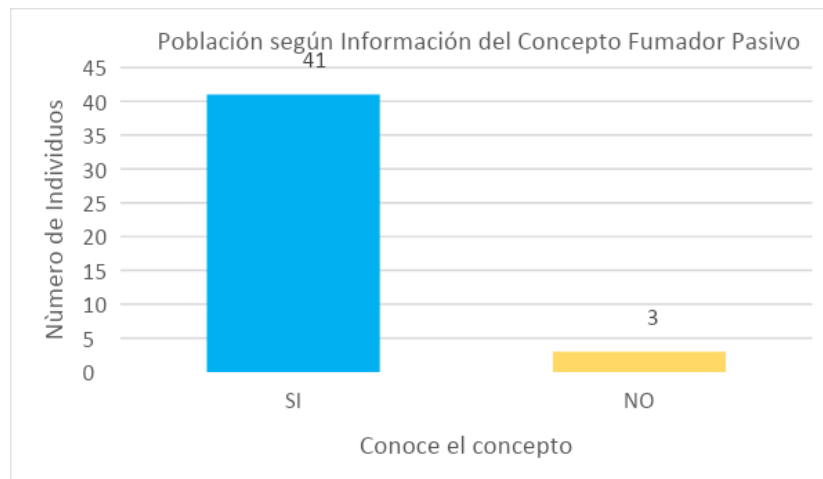
**Tabla 16**

*Distribución de la Población según Información del Concepto Fumador Pasivo*

INFORMACIÓN SOBRE FUMADOR PASIVO	N	%
SI	41	93,1
NO	3	6,9
Total	44	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 16



Comentario: La mayor parte de la población que incluyen fumadores y no fumadores refiere conocer la figura de fumador pasivo.



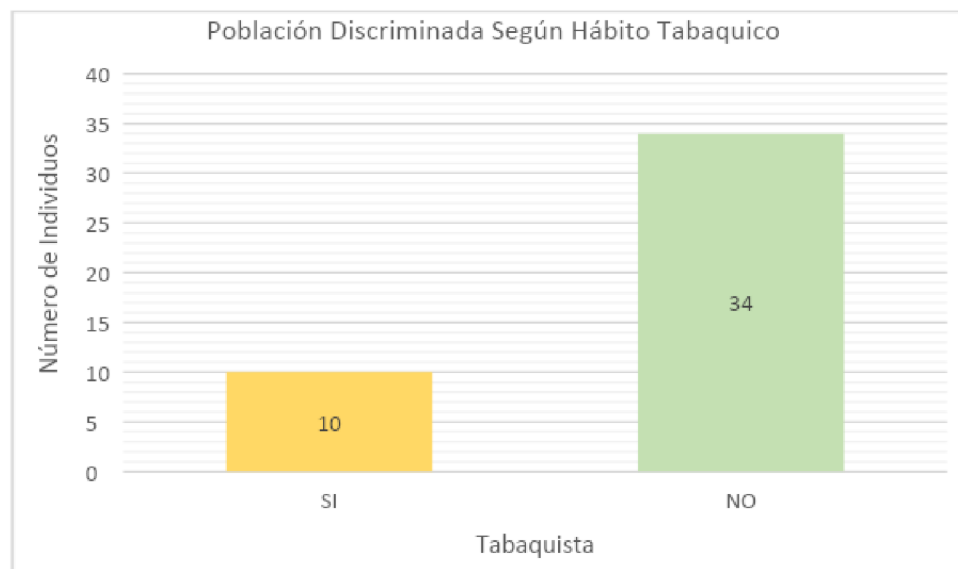
**Tabla 17**

*Población Discriminada según Hábito Tabáquico*

TABAQUISTA	N	%
SI	10	23
NO	34	77
Total	44	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 17



Comentario: La prevalencia de tabaquistas en nuestra muestra es del 23 %, valor cercano a los presentados en la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

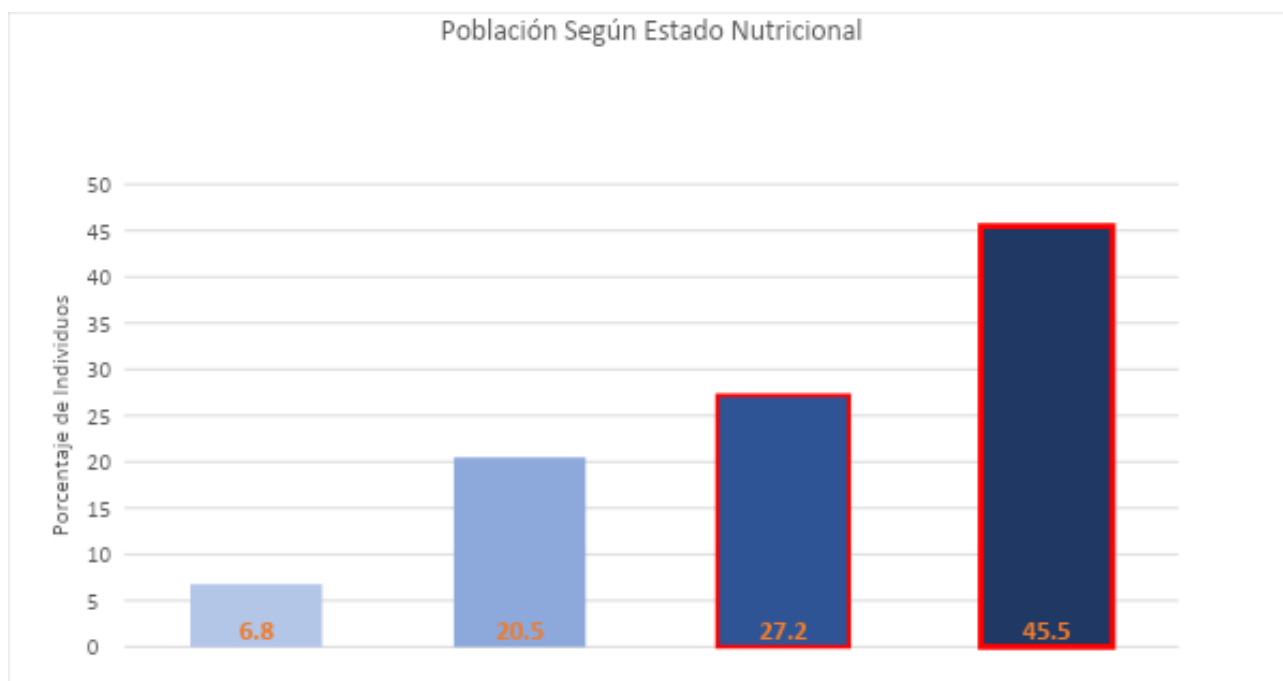
**Tabla 18**

*Población según Estado Nutricional*

Estado Nutricional	N	%
Bajo Peso	3	6,8
Normal	9	20,5
Sobrepeso	12	27,2
Obesidad	20	45,5
Total	44	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 18



Comentario: Observamos en la muestra un muy alto porcentaje de individuos con exceso de peso, se

incluye al subgrupo sobrepeso y obesos (72,7 %); se observa, además, un subgrupo con bajo peso.

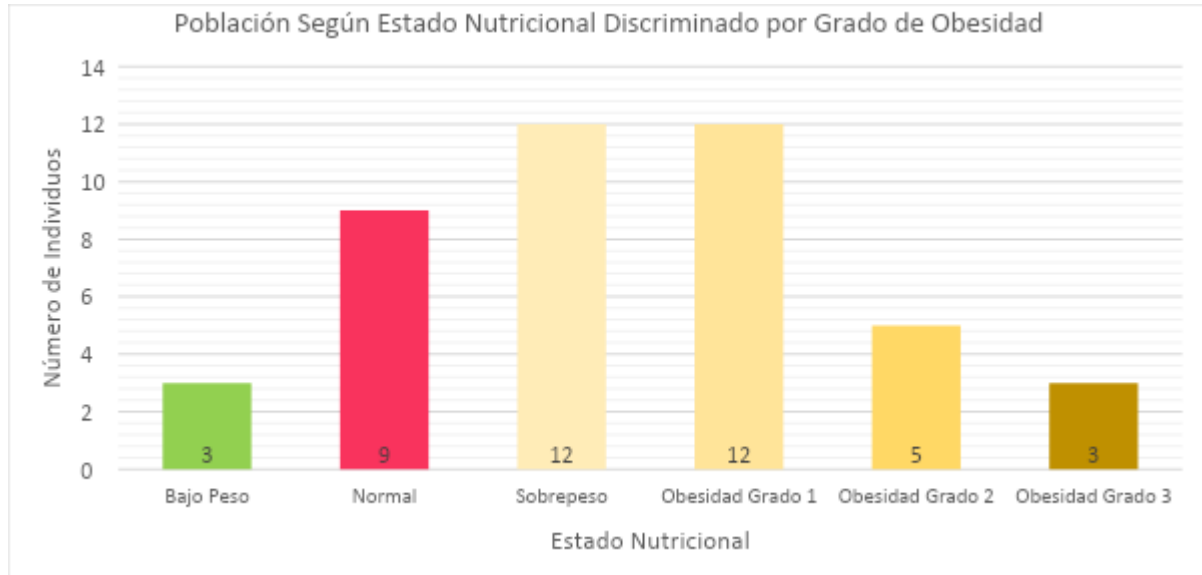
**Tabla 19**

*Población según Estado Nutricional discriminado por Grado de Obesidad*

Estado Nutricional	N	%
Bajo Peso	3	6,8
Normal	9	20,5
Sobrepeso	12	27,2
Obesidad Grado 1	12	27,2
Obesidad Grado 2	5	11,4
Obesidad Grado 3	3	6,8
Total	44	100

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 19



Comentario: Un porcentaje reducido de la muestra está dentro del intervalo de obesidad 2 y 3; casi una tercera parte se encuentra dentro del grupo de grado 1. El cálculo se realizó utilizando el IMC. Obesidad grado 1 (30 – 34,9 Kg/m<sup>2</sup>) Obesidad grado 2 (35 – 39,9 Kg/m<sup>2</sup>) Obesidad grado 3 (> 40 Kg/m<sup>2</sup>)

## CONCLUSIONES

Nos encontramos ante una población adulta con edades entre 40 y 60 años con una media de 50.8 años, mayoritariamente femenina con bajo nivel de escolaridad en donde el nivel primario caracteriza la muestra; la mayor parte (61%) refiere vivir en pareja (casado/a o concubino/a), la población carece en su mayoría de trabajo (56,8%) y casi la totalidad de ellos no recibe ayuda del estado.

Se evidencia en los auto - reportes falta de información, información incorrecta o parcial sobre el significado de HTA, alimentos que los condicionan la aparición de FRCV o que actúan como protectores. Se evidencia información en relación al consumo de Sal y sus efectos sobre la Tensión Arterial pero no se lo relaciona como Factor de Riesgo Cardiovascular.

Se pone en evidencia la inadecuada información respecto a la obesidad como FRCV, el grupo que admite tener información sobre HTA no reconoce la obesidad, tampoco el estrés, como factores asociados al problema (79,5%) de igual forma no se reconoce el hábito tabáquico como factor de riesgo CV, sin embargo, ambos grupos admiten estar informados sobre los daños de quien fuma y de la figura de fumador pasivo.

Se determinó la prevalencia de HTA, esta es similar a otros estudios (Fundación cardiológica Argentina, 2022), se encontró hipertensión arterial en una tercera parte de la muestra (31,8%). La prevalencia de obesidad es del 45.5%, muy por encima de los valores de referencia de la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Se evidencia una prevalencia alta de exceso de peso (72,7%), entendido como la sumatoria del subgrupo sobrepeso y subgrupo obesos. En cuanto hábito tabáquico la prevalencia es de 23%. La prevalencia de HTA y tabaquismo se ajustan a los datos de trabajos previos en la región y en la Argentina (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019)

Finalmente se observa que un sector importante de la muestra que asiste al comedor comunitario Km. 27,600, tiene información incorrecta o parcial cuando se los interroga sobre los factores de riesgo cardiovascular.

Considerando los trabajos que afirman que existe asociación entre menor información sobre factores de riesgo cardiovascular y mayor probabilidad de ECV (Marvin Querales, 2015) situación que podría caracterizar la muestra y suponer mayor riesgo de tener un evento cardiovascular, debemos considerar la firme posibilidad de insistir con mejorar la información respecto a hábitos saludables que prevengan la enfermedad cardiovascular y disminuir así el aumento de los Factores de Riesgo en la comunidad que asiste al comedor km 27,600.

El relevamiento de los datos utilizados en el presente trabajo se realizó durante el segundo año de la pandemia COVID – 19, es posible que los datos al día de hoy hayan cambiado y los condicionantes

de ECV se encuentren presentes ahora más que nunca.

## BIBLIOGRAFIA

Areiza, M. O. (2018). Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. *Revista Colombiana de Cardiología*, 162-168. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.07.011>

Biomédica. (2011). *Biomédica*. Obtenido de Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global.: Retrieved June 27, 2022, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572011000400001&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572011000400001&lng=en&tlng=es).

- Bray GA, K. K. (2017). Obesidad: un proceso crónico de enfermedad progresiva recidivante. Una declaración de posición de la Federación Mundial de Obesidad. *Rev. Obesidad*.
- Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. (2018).
- McCance Kathryn L., Huether Sue E. (2014). *Fisiopatología: la base biológica de la enfermedad en adultos y niños 8.ª edición*. St. Louis: Elsevier.
- Fundación cardiológica Argentina. (2022). *Factores de riesgos Cardiovasculares*. Obtenido de <http://www.fundacioncardiologica.org/4-Factores-de-Riesgo.note.aspx>
- Garvey WT, M. J. (2014). Declaración de posición de la Asociación Estadounidense de Endocrinólogos Clínicos y el Colegio Estadounidense de Endocrinología sobre el marco avanzado de 2014 para un nuevo diagnóstico de la obesidad como enfermedad crónica. *Práctica Endocrinológica*, 977-989.
- Grossman, S. C. (2014). *Fisiopatología*. Philadelphia: LippincottWilliams & Wilkins.
- Hernández-Hernández R, S. H. (2010). CARMELA Study Investigators. Hypertension in seven Latin American cities: the Cardiovascular Risk Factor Multiple. *J Hypertens*, 24-34.
- Hinkle J, C. K. (2019). *Brunner y Suddarth Enfermería Médico Quirúrgica*. Barcelona: Wolters Kluwer.
- James, W. (2008). Reconocimiento de la OMS de la Epidemia Global de Obesidad. *Internacioinal Journal of Obesity*.
- Jiménez JT, P. C. (1998). Prevalence of diabetes mellitus and associated cardiovascular Risk factors in an adult urban populatiom. *Diabetic Medicine* , 15: 334-33.
- Keil U, L. A. (1998). Classical risk factors and their impact on incident non-fatal and fatal myocardial infarction and all-cause mortality in southern Germany. Results from the MONICA Augsburg cohort study. *Eur Heart Journal*. Obtenido de Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases. Eur Heart J. 1998.
- Kenchaiah S, E. J. (2002). La obesidad y el Riesgo de Insuficiencia Cardíaca. *New England Journal*, 305 - 313.
- Marimón Torres, E. R. (2013). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 17(2), 2-12, [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942013000200002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942013000200002&lng=es&tlng=es).
- Marvin Querales, N. R. (2015). nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular en una comunidad naganagua, Venezuela. *Salud Pública*, vol13 (5) 759-771.
- McCance Kathryn L., Huether Sue E., Brashers, V. L., et al. (2014). *Fisiopatología: la base biológica de la enfermedad en adultos y niños 8.ª edición*. St. Louis: Elsiver.

- Miguel Soca, P. S. (2017). Prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo en adultos mayores de Holguin. . *Revista Finlay*. Recuperado en 27 de junio de 2022, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221), 155-167.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Principales Resultados*. Obtenido de [www.argentina.gob.ar: bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo\\_2019\\_principales-resultados.pdf](http://www.argentina.gob.ar/bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf)
- Nyberg ST, B. G. (2018). Obesity and loss of disease-free years owing to major non. communicable diseases: a multicohort study. *Lancet Public Health*, 490 - 497.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Preguntas y respuestas sobre hipertensión arterial.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades cardiovasculares*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). Enfermedades no trasmisibles en las Américas: Construyamos un futuro más saludable.
- Organización Panamericana de la Salud. (2019). *Enfermedades no trasmisibles: hechos y cifras*. Obtenido de [iris.pahp.org/handle/10665.2/51482](http://iris.pahp.org/handle/10665.2/51482)
- Ruiz Mori, E. R.-R.-M.-V.-R. (2016). Conocimiento de los riesgos del ttabaquismo en fumadores, exfumadores y no fumadores. *Horizonte Médico (Lima)*.
- Sociedad Cardiológica Argentina. (2015). *datos de argentina 3° encuesta nacional sobre factores de riesgos de enfermedades no trasmisible 2015*. Obtenido de <https://www.sac.org.ar/25x25/datos-de-argentina/>
- Vega Abascal, J. G. (2022). Riesgo Cardiovascular, una herramienta útil para la prevención de enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 91-97. Obtenido de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252011000100010&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000100010&lng=es&tlng=en)
- Virani Salim S, A. A. (27 de January de 2021). Circulation. Obtenido de Heart Disease and Stroke Statistics 2021 Update: A Report From the American Heart Association: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000950>
- World Health Organization. (2011). Global status report on non communicable diseases 2011. Obtenido



de [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report2010/es/](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/).

## ANEXOS

Presentación / encuesta

Fecha

Señor/a mi nombre es Beatriz Inés Yusek, soy enfermera egresada de la universidad Arturo Jauretche de

Florencio Varela; estoy realizando un estudio de investigación (que me permitirá obtener el título de licenciada en enfermería. el objetivo es obtener información acerca de “Hipertensión Arterial y Consumo de Tabaco como Factores de Riesgo Cardiovascular en hombres y mujeres mayores de edad que concurren al comedor comunitario del Barrio km 26,700 del Partido de Florencio Varela”

Antes de comenzar la ENCUESTA/CUESTIONARIO entrevista, previamente se le informará sobre las características de la presente investigación afirmando que los datos serán anónimos por lo tanto la información será totalmente confidencial.

Le agradeceremos desde ya su colaboración.

Beatriz Yusek

Enfermera Universitaria

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por la señora Beatriz Yusek, alumna de la Carrera Licenciatura de Enfermería de la UNAJ.

Declaro haber sido informado (a) que el objetivo de este estudio es: Conocer la información y prevalencia de hipertensión arterial y consumo de tabaco como factores de riesgo de enfermedad cardiovascular y la prevalencia de exceso de peso, que tienen hombres y mujeres mayores de edad que concurren al comedor comunitario del barrio km 26,700 de Florencio Varela en el periodo de Enero – Marzo de 2021

Me han indicado también que tendré que responder a un cuestionario sobre Factores de Riesgo Cardiovascular.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial, en donde se tomará todos los recaudos de ser voluntaria y anónima, en concordancia a lo expuesto por la Ley 25.326 de protección de los datos personales, reglamentada para la actividad de las bases de datos que procesan información personal, sea por medios informáticos o manuales, sometiéndolas a la supervisión y control de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales (en adelante DNPDP) en el ámbito Nacional<sup>1</sup> y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento.

Nombre del/a participante  
DNI

## CUESTIONARIO

Lea la encuesta y llene los espacios en blanco y/o marque con una cruz lo que usted cree que corresponda.

### 1-Datos de los entrevistados

Edad: ...

Sexo:.....

#### 1.1-Nivel educativo

---

<sup>1</sup>Como su nombre lo indica, la ley 25.326 tiene como objetivo proteger los datos personales asentados en Archivos, Registros, Bases y Bancos de Datos, cualquiera sea el mecanismo técnico de tratamiento de datos, sean estos públicos, o privados destinados a dar informes, a fin de otorgar protección a los ciudadanos en sus derechos: honor, intimidad y controlar su información personal, de conformidad con lo establecido en el artículo 43, párrafo tercero, de la Constitución Nacional.

La ley de protección de datos personales reglamenta la actividad de las Bases de Datos que procesan información personal, sea por medios informáticos o manuales, sometiéndolas a la supervisión y control de la Dirección Nacional de Protección de Datos Personales (en adelante DNPDP) en el ámbito Nacional.

La Ley N° 25.326 es de orden público y exige a todas las Bases de Datos la adecuación a sus disposiciones, sin perjuicio de la aplicación de la normativa específica de cada Ente y en la medida que resulte compatible con las disposiciones de la Ley N° 25.326.

El presente instrumento se desarrolla a los fines de coadyuvar a las Bases de Datos Públicas en su proceso de conocimiento de las disposiciones de la Ley N° 25.326, su adecuación a la misma y posterior inscripción en el Registro Nacional de Bases de Datos. Esta adecuación a la Ley N° 25.326 es un proceso fundamental en la actividad estatal, pues el tratamiento de datos personales realizado con transparencia y respeto a la vida privada es la base de legitimidad de la actividad informativa del Estado.

- a- Primaria completa /..... incompleta.....
- b- Secundaria completa/..... incompleta....
- c- terciario

1.2-Ocupación:

a-Trabaja SI .... NO ....

b-Recibe alguna asistencia económica del estado: SI ... NO ....

1.3-Estado civil:

- a- Casado/a.....
- b- Divorciado/a....
- c- Concubinato....
- d- Soltero/a.....

## 2- Conocimiento sobre qué es la tensión/presión arterial e hipertensión arterial

2.1-¿sabe qué es la tensión/presión arterial?

- a- si
- b- no

2.2 - ¿sabe lo que es hipertensión arterial?

- a- Si
- b -No

2.3- ¿cuál es el valor normal de la tensión arterial?

- a- 140/90 mm Hg
- b- 120/80 mm Hg
- c- 150/90 mm Hg
- d- 160/110 mm Hg

2.4-¿marque las causas de la hipertensión arterial?

- a- Obesidad
- b- herencia
- c- estrés
- d- fumar
- e- beber alcohol con frecuencia
- f- exceso de consumo de sal
- g- todas son correctas

2. 5- ¿El consumo de sal tiene algún efecto sobre la tensión arterial?

- a. Si
- b. No
- c- No sabe

2.6- ¿Cuál de los alimentos mencionados podrían favorecer el aumento de la tensión arterial?

- a- Embutidos
- b- Productos de copetín (papas fritas, chizitos, palitos con sal, etc)
- c- Carnes rojas
- d- Todas son correctas

2.7- ¿Cuál/es de los siguientes alimentos podrían mejorar o proteger su corazón?

- a. Carne de pescado
- b. Verduras/Legumbres
- c. Frutas
- d. Todas son correctas

2.8- ¿Es hipertenso/a?

- a- Si
- b- No
- c- No sabe

3- Conocimiento sobre consumo de tabaco

3.1- ¿El fumar cigarrillos tiene algún impacto sobre la tensión/presión arterial?

- a- Si
- b- No
- c- No sabe

3.2- ¿Sabías que respirar el humo que viene del extremo encendido de un cigarrillo que fuma otra persona, es perjudicial para la salud?

- a- Si
- b- No
- c- No sabe

3.3- ¿Fumaste al menos un cigarrillo por día en el último mes?

- a- Si
- b- No

MUCHAS GRACIAS