



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN,
VINCULACIÓN Y POSGRADO**

DIRECCIÓN DE POSGRADO

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE:

**MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA MENCIÓN ENFERMERÍA
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

**ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL ADULTO MAYOR CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL BASADO EN LA DIETA DASH**

AUTOR:

Claudia Vanessa Alvarado Benavides

TUTOR:

Mgs. Ronald Roberty Cedeño Vega

Riobamba – Ecuador

2026

Certificación del Tutor

Certifico que el presente trabajo de titulación denominado: Alimentación saludable en el adulto mayor con hipertensión arterial basado en la dieta DASH, ha sido elaborado por la Lcda. Claudia Vanessa Alvarado Benavides, el mismo que ha sido orientado y revisado con el asesoramiento permanente de mi persona en calidad de Tutor. Así mismo, refrendo que dicho trabajo de titulación ha sido revisado por la herramienta antiplagio institucional; por lo que certifico que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad.

Riobamba, Julio 2026

Mgs. Ronald Roberty Cedeño Vega

TUTOR

Declaración de Autoría y Cesión de Derechos

Yo, Claudia Vanessa Alvarado Benavides, con número único de identificación 025020723-0, declaro y acepto ser responsable de las ideas, doctrinas, resultados y lineamientos alternativos realizados en el presente trabajo de titulación denominado: Alimentación saludable en el adulto mayor con Hipertensión arterial basado en la dieta DASH, previo a la obtención del grado de Magíster en Salud Pública con mención en Enfermería Familiar y Comunitaria.

- Declaro que mi trabajo investigativo pertenece al patrimonio de la Universidad Nacional de Chimborazo de conformidad con lo establecido en el artículo 20 literal j de la Ley Orgánica de Educación Superior LOES.
- Autorizo a la Universidad Nacional de Chimborazo que pueda hacer uso del referido trabajo de titulación y a difundirlo como estime conveniente por cualquier medio conocido, y para que sea integrado en formato digital al Sistema de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor, dando cumplimiento de esta manera a lo estipulado en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior LOES.

Riobamba, Julio 2026

Lcda. Claudia Vanessa Alvarado Benavides
N.U.I. 025020723-0

Agradecimiento

Expreso mi agradecimiento de todo corazón a Dios por permitirme seguir con vida y con salud, ya que solo él sabe por lo que he pasado en este último año de mi vida. También agradezco a mi familia en especial a mis padres, mi esposo y a mi hijo, ya que él es el motor que me incentiva a seguir alcanzando mis metas propuestas.

A mi tutora por su conocimiento y guía, ya que fueron esenciales para el éxito de este proyecto. Asimismo, a la Universidad que ha fomentado el desarrollo de un espíritu crítico esencial para el análisis de este proyecto

A cada uno de ustedes mi más profundo agradecimiento por su invaluable contribución en este viaje académico.

Dedicatoria

Este proyecto de posgrado está dedicado a todas esas personas que con su granito de arena hicieron posible este trabajo de investigación.

A mis padres Jorge y Mónica, por su amor y apoyo incondicional a lo largo de mi vida personal y académica. Su ejemplo de dedicación y esfuerzo me han inspirado seguir adelante en los momentos más difíciles.

A mi esposo Alex y mi hijo Austin, que han sido mi principal impulso de seguir mejorando mi vida profesional para brindarles un mejor futuro.

A mi tutor Mgs. Ronald Roberty Cedeño Vega, por su valiosa guía durante todo este proceso. Su paciencia y sabiduría han sido fundamentales para la realización de este proyecto.

A mis compañeros de estudio, porque hemos compartido innumerables horas de trabajo, risas y aprendizajes.

Y finalmente a todas las personas que participaron en este proyecto. Su colaboración y entusiasmo nos refleja el trabajar juntos por el bien común.

Índice General

Certificación del Tutor	ii
Declaración de Autoría y Cesión de Derechos	iii
Agradecimiento	iv
Dedicatoria	v
Índice General	vi
Índice de Tablas	viii
Índice de Figuras	ix
Resumen	10
Abstract	11
Introducción	12
Capítulo 1 Generalidades	14
1.1 Planteamiento del problema	14
1.2 Justificación de la Investigación.....	15
1.3 Objetivos.....	17
1.3.1 Objetivo General	17
1.3.2 Objetivos Específicos	17
Capítulo 2	19
2.1 Antecedentes Investigativos	19
2.2 Fundamentación Legal	22
2.3 Fundamentación Teórica	25
2.3.1 Presión arterial en adulto mayor.....	25
2.3.2 Dieta DASH	33
Capítulo 3 Diseño Metodológico	38

3.1	Enfoque de la Investigación	38
3.1.1.	<i>Primera búsqueda</i>	38
3.1.2.	Búsqueda sistemática.....	40
3.2.	Criterios de inclusión y exclusión.....	40
3.2.1.	Criterios de inclusión.....	40
3.2.2.	Criterios de exclusión	41
3.2.3.	<i>Descripción de las investigaciones seleccionadas</i>	41
Capítulo 4	.....	42
Análisis y Discusión de los Resultados	.....	42
4.1.	Análisis Descriptivo de los Resultados.....	42
4.1.1.	Principales componentes nutricionales de la dieta DASH y su relación con la salud cardiovascular.....	42
4.1.2.	Barreras sociales, económicas y culturales que influyen en la adopción de la dieta DASH en adultos mayores con hipertensión arterial en diferentes contextos socioeconómicos.....	45
4.1.3.	Implementación de la dieta DASH en poblaciones de adultos mayores con hipertensión arterial.	47
4.2.	Discusión de los Resultados	48
Capítulo 5 Marco Propositivo	.....	52
Conclusiones	.....	57
Recomendaciones	.....	58
Bibliografía	.....	59

Índice de Tablas

Tabla 1.	25
Tabla 2. <i>Tabla de alimentos-porciones recomendadas</i>	35
Tabla 3. Principales componentes nutricionales de la dieta DASH y su relación con la salud cardiovascular.	42
Tabla 4. Barreras que influyen en la adopción de la dieta DASH en adultos mayores con hipertensión arterial en diferentes contextos socioeconómicos.....	46
Tabla 5. Implementación de la dieta DASH en distintas poblaciones de adultos mayores.	47

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo PRISMA aplicado a la investigación	39
---	----

Resumen

La alimentación balanceada desempeña un papel determinante, pues un patrón dietético adecuado contribuye significativamente a la disminución de la presión arterial con una mejora del perfil cardiovascular del individuo. El estudio se propuso analizar de manera crítica y sistemática la efectividad de la dieta DASH en la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica en adultos mayores (≥ 60 años) con hipertensión arterial. Se empleó una revisión sistemática de las fuentes literarias científicas publicadas entre el 2020 al 2025 a través de fuentes literarias reconocidas como PubMed, Science Direct, Scopus, SciELO y Dialnet apoyados por el buscador Google Scholar. En la revisión de la evidencia científica de los 10 artículos literarios, se halló como principales hallazgos que la dieta DASH es definida como un patrón alimentario rico en potasio, magnesio y fibra, basado principalmente en la incorporación de frutas, verduras y cereales integrales. Se exhibió que las barreras que influyen en la adopción de la dieta DASH en adultos mayores es la falta de educación, los escasos conocimientos sobre las fuentes de sal y las medidas adecuadas junto a la fácil disponibilidad de sal y la ausencia de directrices dietéticas claras. Se concluye en esta revisión sistemática que la implementación de la dieta DASH abarca un amplio panorama global la dieta. Es fisiológicamente eficaz, pero los autores concuerdan en que su éxito como estrategia de salud pública en las personas mayores parece depender de la superación de las barreras educativas y socioeconómicas identificadas.

Palabras claves: Dieta DASH, hipertensión, alimentación saludable, adultos mayores.

Abstract

A balanced diet plays a relevant role, as an appropriate dietary pattern significantly contributes to lowering blood pressure and improving an individual's cardiovascular health. The study aimed to critically and systematically analyze the effectiveness of the DASH diet in reducing systolic and diastolic blood pressure in older adults (≥ 60 years) with hypertension. A systematic review was conducted of scientific literature published between 2020 and 2025 through recognized databases such as PubMed, Science Direct, Scopus, SciELO, and Dialnet, supported by the Google Scholar search engine. A review of the scientific evidence from the 10 published articles showed that the main findings indicate the DASH diet is defined as a dietary pattern rich in potassium, magnesium, and fiber, based primarily on the inclusion of fruits, vegetables, and whole grains. It was shown that the barriers influencing the adoption of the DASH diet among older adults include a lack of education, limited knowledge about salt sources and appropriate portion sizes, along with the easy availability of salt and the absence of clear dietary guidelines. This systematic review concludes that the implementation of the DASH diet encompasses a broad global perspective on diet. It is physiologically effective, but the authors agree that its success as a public health strategy for older adults appears to depend on overcoming the identified educational and socioeconomic barriers.

Keywords: DASH Diet, high blood pressure, healthy eating, older adults.

Reviewed by Jacqueline Armijos



Introducción

La hipertensión arterial (HTA), es considerada actualmente el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares (1). De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (2) cada año ocurren alrededor de 1,6 millones de muertes por causas cardiovasculares en la región de las Américas, y cerca de medio millón corresponden a personas menores de 70 años, lo que las convierte en muertes prematuras y prevenibles. La hipertensión afecta entre el 20 % y el 40 % de la población adulta de la región, lo que representa aproximadamente 250 millones de personas con presión arterial elevada (3).

Asimismo, las complicaciones derivadas de la presión arterial alta ejercen una carga económica considerable sobre los sistemas de salud debido a los costos de medicamentos, hospitalizaciones prolongadas y tratamientos médicos especializados. Estos gastos se traducen en una mayor demanda de recursos humanos y materiales, lo que incrementa la carga de morbilidad y mortalidad en el adulto mayor (4).

En este contexto, la promoción de estilos de vida saludables se ha consolidado como una de las estrategias más efectivas para la prevención y control de la hipertensión. La alimentación balanceada desempeña un papel determinante, pues un patrón dietético adecuado contribuye significativamente a la reducción de la presión arterial y mejora el perfil cardiovascular del individuo (5).

Entre las intervenciones nutricionales recomendadas para la prevención y el control de la hipertensión arterial, la dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*) constituye una de las alternativas con mayor evidencia científica (6). Este enfoque alimentario promueve el consumo elevado de frutas, verduras, cereales integrales,

legumbres y lácteos bajos en grasa, junto con una reducción en el sodio, azúcares y grasas saturadas (7).

La eficacia de la dieta DASH no solo se refleja en el control de la presión arterial sistólica y diastólica, sino también en la mejora del metabolismo lipídico y la reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares (8). En adultos mayores, este tipo de alimentación favorece una pérdida de peso saludable, mejora la función endotelial y contribuye al bienestar general al disminuir el riesgo de otras patologías crónicas como diabetes, obesidad y síndrome metabólico (9).

Siguiendo esta línea, el presente trabajo se apoya en la necesidad de reforzar las conductas alimenticias saludables en personas mayores con hipertensión, ya que implementar la dieta DASH es una notable estrategia de intervención nutricional con relativa elevación en los efectos en salud cardiovascular. Los nuevos datos que se obtengan en el presente trabajo se utilizarán en la construcción de nuevas estrategias de intervención en salud pública en orden de reducir el riesgo de enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes tipo 2, la osteoporosis o el síndrome metabólico.

Este estudio corresponde a una revisión sistemática desarrollada considerando los lineamientos de la declaración PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para el desarrollo de estudios de síntesis de la evidencia científica. Lo que permitió al grupo de investigación realizar la identificación, selección, evaluación y síntesis de los estudios más recientes que se relacionan con la efectividad de la dieta DASH en el control de la hipertensión arterial, asegurando, así mismo, la transparencia y la reproducibilidad del proceso de revisión.

Capítulo 1

Generalidades

1.1 Planteamiento del problema

La HTA sigue figurando entre los factores de riesgo más destacados que facilitan la aparición de enfermedades del corazón y del cerebro, las cuales hoy encabezan la lista mundial de causas de morbilidad y mortalidad. Sin embargo, varios estudios han dejado claro que, con cambios sostenidos en el estilo de vida, es posible controlar e incluso prevenir la condición en muchos casos, y la alimentación ocupa un papel fundamental en ese proceso (10).

En la práctica actual, la dieta DASH, cuyo acrónimo proviene del inglés Dietary Approaches to Stop Hypertension, se ha afianzado como una de las estrategias nutricionales más eficaces para reducir la presión arterial y fortalecer la salud cardiovascular, tanto en adultos con hipertensión diagnosticada como en quienes aún no la presentan. Este enfoque fomenta un consumo generoso de frutas, verduras, cereales, legumbres y lácteos bajos en grasa, mientras restringe la ingesta de sodio, grasas saturadas y azúcares refinado (11).

Tal como señalan Liu & Chui (12) y Filippou et al. (13), la dieta DASH ha demostrado tener la capacidad de reducir la presión arterial, tanto sistólica como diastólica y, al mismo tiempo, mejorar varios marcadores metabólicos, entre los que destacan el perfil lipídico y la sensibilidad a la insulina. Al compilar los resultados, se evidencia que seguir este patrón alimentario de forma sostenida reduce de manera notable el riesgo de enfermedades cardiovasculares y mejora la calidad de vida de los adultos mayores.

Así mismo, Carrión & Medina (14) señalan que existen factores como la falta de educación nutricional, barreras culturales y limitaciones económicas que dificultan la implementación sostenida de la dieta DASH en diversas poblaciones, con esto nos indica que, aunque la dieta es ampliamente beneficiosa hay aspectos que requieren investigación para optimizar su implementación y garantizar su seguridad a largo plazo.

Ante este escenario, se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad de la dieta DASH en la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica en adultos mayores (≥ 60 años) con hipertensión arterial, a partir de estudios científicos publicados entre 2020 al 2025? Lo cual permitirá identificar los beneficios y limitaciones reportados en la literatura. La comprensión profunda de las variables: es fundamental para orientar futuras estrategias en salud, mejorar los índices de control de la hipertensión y, en última instancia, elevar la calidad de vida de los adultos mayores.

1.2 Justificación de la Investigación

La HTA es una enfermedad crónica no transmisibles que aparecen por todas partes y que representan una gran carga a nivel mundial. Se calcula que alrededor de uno de cada tres adultos la padece, lo que la coloca como un problema prioritario para los sistemas de salud pública. En Ecuador, el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) indica que la hipertensión ocupa el quinto puesto entre las causas de muerte y, además, se sitúa entre los principales responsables de discapacidad y de la pérdida de años de vida saludable (15). El carácter silencioso que presenta y la limitada adherencia a los tratamientos farmacológicos ponen de manifiesto la urgente necesidad de reforzar las estrategias complementarias que ayuden a prevenir y controlar su situación (16).

En este contexto, la intervención nutricional surge como una herramienta eficaz dentro de una estrategia integral destinada al control de la hipertensión arterial. La alimentación ejerce una influencia directa sobre los niveles de presión arterial y sobre la función cardiovascular; por consiguiente, una reconfiguración estructurada de los hábitos alimenticios puede traducirse en mejoras sostenidas y duraderas en la salud de los pacientes. Entre las estrategias alimentarias con respaldo científico, la dieta DASH sobresale y su base consiste en un consumo abundante de frutas, verduras, cereales integrales, legumbres, frutos secos y productos lácteos bajos en grasa, acompañado de una restricción estricta (rigurosa) de sodio, grasas saturadas y azúcares refinados.

Varios resultados han destacado que la dieta DASH reduce significativamente la presión arterial y mejora varios indicadores metabólicos, lo que ayuda a prevenir de manera efectiva problemas cardiovasculares. No obstante, su inclusión entre los adultos mayores generalmente se encuentra con obstáculos vinculados con el nivel de los hábitos culturales enraizados, la formación sobre nutrición y las restricciones socioeconómicas, lo que resalta la necesidad de crear intervenciones ajustadas a este grupo etario.

En relación al aspecto científico, esta investigación proporciona una integración actualizada de la evidencia existente acerca de la efectividad de la dieta DASH en personas mayores con hipertensión arterial, además permitirá identificar tendencias, resultados y lagunas de conocimiento halladas en la literatura científica publicada entre 2020 al 2025. Conjuntamente los hallazgos permitirán disponer de una síntesis sólida del conocimiento existente y ofrecer información pertinente para nuevas investigaciones en el ámbito de la nutrición clínica y la salud cardiovascular.

Metodológicamente, el presente estudio se justifica dado que se optará por un diseño de revisión sistemática y metaanálisis, el cual, sumado a la posibilidad de hacer una integración de los resultados de las diferentes investigaciones, permite analizar rigurosamente los datos, obteniendo de esta manera estimaciones de un efecto de la dieta DASH en la reducción de la presión arterial de consideración. Ello supone acceder a un nivel científico superior de evidencia para la toma de decisiones en salud y que podrá ser una buena referencia metodológica para futuras investigaciones en el ámbito de la intervención nutricional.

Como resultado, el presente trabajo está sustentado en la necesidad de conocer de qué manera la intervención nutricional basada en la dieta DASH interfiere con el control adecuado de la hipertensión arterial a fin de contribuir en el fortalecimiento de la evidencia científica que justifica su inclusión en los programas de salud comunitaria. Igualmente, se busca promover la educación alimentaria como una estrategia de prevención y de intervención sostenible, orientada a la mejora de la calidad de vida y a la disminución de las complicaciones de la hipertensión en la población de personas mayores.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Determinar la efectividad de la dieta DASH en la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica en adultos mayores (≥ 60 años) con hipertensión arterial, a partir de estudios científicos publicados entre los años 2020 al 2025.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar los componentes nutricionales de la dieta DASH asociados al control de la presión arterial en adultos mayores con hipertensión arterial.

- Analizar los factores sociales, económicos y culturales que influyen en la adherencia a la dieta DASH en adultos mayores con hipertensión arterial.
- Caracterizar los estudios científicos publicados entre los años 2020 al 2025 sobre la aplicación de la dieta DASH en adultos mayores con hipertensión arterial.

Capítulo 2

2.1 Antecedentes Investigativos

El trabajo de Chou et al. (17) evaluó la asociación entre la adherencia a la dieta DASH y la mortalidad por todas las causas en personas con antecedentes de insuficiencia cardíaca a partir de datos extraídos del National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES). A través de un análisis de regresión multivariable, se constató que no existía correlación entre una alta puntuación en la adherencia al modelo DASH y una disminución de la mortalidad total en la población estudiada. Esto demuestra que la dieta DASH puede tener un impacto restringido en situaciones clínicas complejas, como lo es una insuficiencia cardíaca avanzada. Su aportación a la investigación es proporcionar una perspectiva crítica sobre los efectos de la dieta DASH en ciertas condiciones crónicas, así como ayudar a definir su aplicabilidad en adultos mayores con hipertensión y comorbilidades relevantes.

Chusquillo (18) llevó a cabo un estudio de diseño descriptivo que evaluó la relación, en adultos mayores, entre el consumo de alimentos funcionales, entre estos, aquellos propios del patrón alimentario DASH y la prevalencia de HTA. Este estudio, a través de encuestas alimentarias, observó que el consumir mayor cantidad de alimentos con propiedades funcionales se asociaba con presiones más bajas, poniendo en evidencia que un patrón de alimentación adecuado, como el que propone la dieta DASH puede posiblemente tener un rol preventivo en la HTA en personas mayores. De este estudio se concluye que el promover hábitos alimentarios adecuados puede tener un efecto importante en la prevención primaria de la HTA. Su principal aportación consiste en poner de relieve el potencial preventivo de la dieta DASH desde la perspectiva de salud pública, contrariamente al presente estudio, que busca poner de manifiesto los efectos clínicos post intervención.

Kenmoue et al. (8) llevaron a cabo un estudio de casos y controles en el Hospital Regional de Ngaoundéré, en Camerún, con el objetivo de evaluar la efectividad de una dieta DASH preparada con alimentos locales en pacientes hipertensos. La investigación tuvo una duración de ocho semanas y estuvo compuesta por 160 participantes, divididos en un grupo de control y otro de intervención. Los resultados indicaron que los enfermos que mantuvieron la dieta DASH experimentaron una reducción importante en el índice de masa corporal, así como en la presión arterial diastólica y sistólica. También se observó un aumento de las cifras de colesterol LDL y colesterol total. Los autores mismos determinaron que la dieta DASH es una herramienta nutricional eficaz para gestionar la HTA y reducir los factores de riesgo cardiovascular.

Guo et al. (19) llevaron a cabo un estudio sistemático con un metanálisis con el fin de determinar los efectos de la dieta DASH modificada en adultos con presión arterial elevada/hipertensión, para lo que analizaron 10 ensayos clínicos aleatorios que comparaban dicha intervención dietética con la dieta convencional. La dieta DASH modificada produjo una disminución significativa de la presión arterial tanto sistólica como diastólica e igualmente una mejora de la circunferencia de la cintura y en los niveles de triglicéridos. Guo et al., (19) llegaron a la conclusión de que esta dieta DASH modificada es una alternativa para el control de la presión arterial y también para algunos factores de riesgo cardiometabólico.

Luengo-Dilla et al. (20) investigaron la relación entre la adherencia a la dieta DASH y el control de la hipertensión, en personas mayores españoles. La muestra fue de un total de 371 participantes y la adherencia se clasificó a través de un cuestionario validado de frecuencia de consumo alimentario. La dieta DASH fue considerada por los autores como aquel modelo que se caracteriza por una ingesta alta de frutas, verduras, y productos

derivados de la leche baja en grasa (reducidos en azúcares añadidos) a expensas de una ingesta baja en grasas y azúcares, observándose que la adherencia moderada y alta explicaba a una disminución de los valores de la presión arterial sistólica y diastólica respecto a la baja adherencia. En el estudio, se observó que la adherencia más pronunciada a la dieta DASH presentaba un alto porcentaje de pacientes con control de la hipertensión. Ellos mismos concluyeron que los niveles de adherencia, incluso de una forma moderada, pueden ser graves y tener mucha utilidad en el control de la hipertensión en condiciones reales de práctica clínica.

En contraste, los análisis realizados por Chou (17) exploran diferentes escenarios de aplicación de la dieta DASH y plantean un punto de vista crítico al no hallar una conexión relevante entre seguir la dieta y el índice de mortalidad total en personas que padecen insuficiencia cardíaca. Esto sugiere que la dieta DASH no influye del mismo modo en todos los tipos de pacientes clínicos. Por el contrario, Chusquillo (18) destaca la importancia preventiva de seguir la dieta DASH en personas mayores al demostrar que consumir alimentos saludables asociados a este tipo de alimentación puede ayudar a prevenir la presión arterial alta. Por lo que, se puede establecer que ambos estudios son esenciales para comprender plenamente los efectos reales de la dieta DASH y su capacidad preventiva, destacando también la necesidad de considerar sus restricciones en situaciones clínicas más complicadas.

El análisis de la literatura indica que adherirse a la dieta DASH puede ofrecer un beneficio significativo para controlar los niveles de presión arterial alta en la población de edad avanzada (8, 20, 15). Estos estudios coinciden en señalar que la adherencia a este patrón alimentario se asocia con reducciones significativas de la presión arterial sistólica y

diastólica, así como con mejoras en otros indicadores cardiometabólicos, entre ellos el índice de masa corporal, la circunferencia de cintura y los niveles de lípidos sanguíneos.

Según los estudios evaluados hasta el momento, los componentes nutricionales de la dieta DASH son importantes para contribuir a su éxito al proporcionar una vía viable para que los pacientes implementen comportamientos saludables y desarrollen patrones de ingesta alimentaria saludables a lo largo del tiempo; sin embargo, se deben considerar factores adicionales que afectan la capacidad de un individuo para seguir, mantener y adherirse a la dieta.

Por ejemplo, mientras que el trabajo de Chusquillo et al. (16) demostró el papel de la dieta DASH en la prevención del desarrollo de enfermedades crónicas al promover y alentar a las personas a establecer comportamientos saludables, el trabajo de Kenmoue et al. (8) indicó la importancia de ajustar la dieta DASH para que incluya alimentos disponibles en la comunidad; mientras que Chou et al. (15) demostraron que, en pacientes diagnosticados con afecciones médicas complejas, como insuficiencia cardíaca, no habría un beneficio significativo al seguir la dieta DASH. En general, estos estudios ilustran el potencial de la dieta DASH para ser un método de tratamiento eficaz y aceptable para controlar la hipertensión, pero también señalan que otras variables (es decir, sociales, económicas, culturales y de salud) afectarán el éxito de las personas a la hora de lograr los máximos beneficios del tratamiento con este enfoque dietético.

2.2 Fundamentación Legal

El derecho humano a la alimentación establece que toda persona tiene la posibilidad de vivir libre de hambre y tener acceso físico y económico, de forma estable y duradera, a los alimentos que constituyen su sustento. A nivel nacional, la Constitución de la República del Ecuador (21) garantiza y promueve el derecho a la alimentación, posicionándolo en

varios frentes. El artículo 3, numeral 1, establece que el Estado se encargará de garantizar el cumplimiento de todos los derechos que se determinan en la Constitución y en los tratados internacionales con los que el país se encuentre vinculado, y lo hará sin ningún tipo de discriminación. El artículo 13 reconoce el acceso a alimentos sanos, seguros y nutritivos para todas las personas, mientras que el artículo 32, a su vez, establece que la salud es un derecho irrenunciable e inalienable.

Por su parte, el artículo 281 señala la soberanía alimentaria como un objetivo estratégico, obligando al Estado a promover la autosuficiencia alimentaria de pueblos, comunidades e individuos. Este mismo artículo, en su literal e, exhorta a fomentar el consumo de productos agroecológicos y orgánicos que garanticen una alimentación saludable.

La Constitución también otorga al Estado la rectoría del Sistema Nacional de Salud, como lo establece el artículo 361, delegando esta función a la Autoridad Sanitaria Nacional, quien es responsable de establecer políticas públicas en materia de salud, nutrición y seguridad alimentaria. En consonancia con este marco constitucional, el Plan Nacional de Desarrollo 2021–2025 incluye entre sus objetivos garantizar una salud integral, gratuita y de calidad. La Política 4.1. del plan resalta la necesidad de priorizar el financiamiento público para asegurar el acceso a servicios de salud, reforzando los determinantes estructurales que inciden en el bienestar de la población (22). Por su parte, la Ley Orgánica de Salud (23) determina en su artículo 4 que el Ministerio de Salud Pública es la autoridad sanitaria nacional.

La Ley Ciudadana Alimentaria, cuyo artículo 16 establece la obligación del Estado de promover políticas intersectoriales y nutricionales para abordar problemáticas derivadas de malos hábitos alimentarios, da cuenta de esta situación; a su vez, dicha Ley prohíbe

promover el conocimiento y las prácticas alimentarias saludables, asegurando así que se acceda a alimentos sanos, variados y seguros, previniendo de esta manera las carencias nutricionales y las enfermedades relacionadas con la mala alimentación (23). Complementariamente, el Decreto Ejecutivo No. 8 (24) enfatiza por su parte la importancia del deber del Estado de garantizar la adecuada alimentación de la población, como base para su desarrollo; ello se desarrolla específicamente de acuerdo con el Plan Decenal de Salud 2022–2031: Hacia un sistema de salud inclusivo, participativo y resiliente elaborado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, alineado a su vez con las políticas públicas internacionales, así como nacionales; este plan establece ocho líneas estratégicas, entre estas últimas podemos señalar: la coordinación intersectorial; la promoción de estilos de vida saludables; la protección de la lactancia materna; el acceso a agua segura y saneamiento; y la garantía de soberanía alimentaria, todas las cuales se proponen garantizar la nutrición y la salud en todas las etapas de la vida (25).

La alimentación se reconoce como un derecho humano, ya que toda persona tiene derecho a acceder en todo momento a alimentos adecuados (incluidos alimentos suficientes, inocuos y nutritivos) para satisfacer sus necesidades nutricionales y llevar una vida activa y saludable. Este principio ha sido reafirmado por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y se encuentra en consonancia con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 2 (Hambre Cero) de la Agenda 2030, al promover la seguridad alimentaria, mejorar la nutrición y fomentar sistemas alimentarios sostenibles (26).

2.3 Fundamentación Teórica

2.3.1 Presión arterial en adulto mayor

2.3.1.1 Presión arterial

Según la Organización Mundial de la Salud (27) la HTA se entiende como el incremento de la presión en los vasos sanguíneos, causada por la fuerza que ejerce la sangre al circular, especialmente cuando el corazón se contrae. Este aumento representa una carga adicional para el corazón, ya que debe esforzarse más para bombear la sangre. Se considera presión alta cuando las cifras alcanzan o superan los 140 mmHg de presión sistólica (PAS) y/o los 90 mmHg de presión diastólica (PAD).

Tabla 1.

Clasificación de la Presión Arterial

Estadio	Presión Sistólica (mmHg)	Presión Diastólica (mmHg)
Óptima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión grado 1	140-159	90-99
Hipertensión grado 2	160-179	100-109
Hipertensión grado 3	≥180	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	<90
Hipertensión diastólica aislada	<140	≥90

Nota. Adaptado de Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Eur Heart J. 2018;39(33):3021-104.

La hipertensión arterial es un importante problema de salud pública en el adulto mayor debido a su elevada prevalencia y carga de enfermedad. Aun así, la literatura muestra que el modo clásico de determinar el diagnóstico se basa en el uso de niveles de presión arterial, los cuales podrían no ser válidos en el adulto mayor debido a cambios fisiológicos que provocan una mayor variabilidad de la presión arterial con la edad. Por lo tanto, el diagnóstico de la HTA debiera basarse no solo en la utilización de puntos de referencia del

diagnóstico de la hipertensión, sino que debiera tener en cuenta la presencia de condiciones adicionales, la fragilidad y la reserva funcional para no caer en errores diagnósticos o terapéuticos (28).

2.3.1.2 Factores de riesgo y determinantes de la hipertensión en el adulto mayor

La HTA es un problema de salud pública relevante en la población de personas adultos mayores por su prevalencia y morbilidad. Se trata de un trastorno polimorfo donde coexisten múltiples factores genéticos, fisiológicos, conductuales y sociales (28).

a) Factores no modificables

- **Edad:** El factor de mayor correlación con la aparición de hipertensión arterial es el envejecimiento. La presión arterial sistólica aumenta conforme se presenta un aumento paulatino de la rigidez arterial, la pérdida de distensibilidad de las grandes arterias, y la disfunción endotelial, que constituyen procesos a mayor edad, así como también el incremento de hinchazón de la presión de pulso (29).
- **Sexo:** En los varones la prevalencia de hipertensión arterial es mayor hasta los 55 años. Pero a la par de la menopausia, las mujeres incrementan notablemente el riesgo de desarrollar hipertensión arterial, lo que se atribuye en parte a la pérdida del efecto vasoprotector por parte de los estrógenos (29).
- **Genética:** Se han registrado polimorfismos genéticos relacionados con la hipertensión arterial, especialmente aquellos que están en relación con la regulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona (RAAS), el metabolismo del sodio y la reactividad vascular (30).
- **Etnia:** Se ha reportado una mayor prevalencia y severidad en personas de ascendencia africana, con la particularidad de presentar la capacidad de desarrollar

lesión renal hipertensiva y menor respuesta a los fármacos inhibidores del RAAS (30).

b) Factores modificables

- Dieta alta en sodio y baja en potasio/calcio: El consumo excesivo de sal (más de 5 g/día) contribuye al aumento del volumen plasmático y de la resistencia vascular. Al mismo tiempo, una dieta deficiente en potasio y calcio se ha asociado con una mayor reactividad vasoconstrictora (31).
- Obesidad y sobrepeso: Un aumento de 10 kg del peso corporal incrementa la presión arterial de entre 2 y 3 mmHg. La grasa visceral activa mediadores inflamatorios y hormonales que propician la vasoconstricción, la resistencia a la insulina y la activación del sistema simpático (32).
- Inactividad física: El sedentarismo disminuye la sensibilidad a la insulina, reduce la vasodilatación endotelial y favorece el sobrepeso. El ejercicio aeróbico regular mejora la función endotelial y disminuye la presión arterial basal (33).
- Consumo de alcohol y tabaco: El consumo superior a 2 unidades de alcohol/día puede elevar la presión arterial mediante unos mecanismos simpático-adrenérgicos. El tabaquismo agudo causa vasoconstricción y daño endotelial, y el tabaquismo a largo plazo contribuye al remodelado arterial (34).

c) Determinantes sociales y estructurales

En las poblaciones con niveles de ingresos reducidos y/o escaso acceso a los posibles servicios de salud, la hipertensión continúa siendo infradiagnosticada y no tratada. Las deficiencias en el tamizaje, la falta de disponibilidad de tensiómetros validados, la escasa alfabetización sanitaria y la interrupción del uso de medicamentos antihipertensivos

enfrentan a la carga de enfermedades (35). Asimismo, las barreras geográficas, culturales y de género suponen un problema para acceder al diagnóstico y el seguimiento.

Si bien se ha establecido un consenso en relación con las causas de la hipertensión (por ejemplo, bajo peso, edad, sedentarismo y dieta poco saludable), las investigaciones confirman que estos factores no actúan aislados, sino que, por el contrario, los factores sociales, económicos y culturales (por ejemplo, la edad, los niveles socioeconómicos, el manejo, el control, la atención médica, el seguimiento y las enfermedades altamente prevalentes) afectan el inicio de la enfermedad y su tratamiento junto con las complicaciones de la hipertensión.

Por tal motivo, no es suficiente considerar únicamente los orígenes biológicos de la hipertensión en los adultos mayores; también es necesario aplicar un enfoque más integral que incorpore la evidencia sobre las desigualdades en el acceso a la atención médica, los servicios de salud y los estilos de vida, con el fin de contribuir al control de la hipertensión en esta población. Por último, varios de estos estudios reiteran que los criterios de diagnóstico universalmente aceptados para la hipertensión no siempre resultan adecuados, ya que no contemplan los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, la variabilidad de la presión arterial en los adultos mayores ni la estrecha relación entre la hipertensión y la variabilidad cardiovascular.

2.3.1.3 Consecuencias clínicas de la hipertensión no controlada en el adulto mayor

La HTA mal controlada es una de las principales causas prevenibles de morbimortalidad en adultos mayores. Su impacto se refleja en múltiples órganos blanco y se manifiesta de forma silente o con complicaciones agudas (36).

a) Enfermedad cardiovascular

- Infarto agudo de miocardio y angina: La HTA prolongada incrementa la poscarga del ventrículo izquierdo, lo que induce hipertrofia, isquemia miocárdica subclínica y mayor susceptibilidad a eventos coronarios. En adultos mayores, esta situación se agrava por la coexistencia de dislipidemias y aterosclerosis (1).
- Accidente cerebrovascular (ACV): La hipertensión es el más importante de los factores de riesgo que incitan un ictus isquémico -un ictus hemorrágico: el riesgo se duplica por cada aumento de la presión arterial sistólica de 20 mmHg o de la presión arterial diastólica de 10 mmHg en el caso de la presión arterial diastólica. Los pacientes adultos mayores presentan menor reserva cerebrovascular, lo que empeora las secuelas (37).
- Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada (IC-FEP): Es corriente en adultos mayores hipertensos, se manifiesta con disfunción diastólica, hipertrofia concéntrica y congestión. La HTA es la principal causa de esta condición tan prevalente entre las mujeres posmenopáusicas (38).

b) Deterioro cognitivo y demencia vascular

La HTA favorece la aparición de microinfartos cerebrales, lesión de sustancia blanca y atrofia cortical. Estudios como SPRINT-MIND han demostrado que un control estricto de la presión arterial reduce el riesgo de deterioro cognitivo leve. Además, la demencia vascular es más prevalente en personas con HTA no tratada desde etapas tempranas (39).

c) Enfermedad renal crónica (ERC)

La hipertensión arterial mal controlada produce glomeruloesclerosis, proteinuria y disminución progresiva de la tasa de filtración glomerular. Esta ERC, a su vez, retroalimenta la HTA, produciendo el conocido círculo vicioso. Este deterioro es más evidente en mayores

de 75 años de edad, en quienes el tratamiento debe equilibrar la protección renal y el riesgo de hipotensión (40).

- d) Retinopatía hipertensiva

La HTA crónica produce alteraciones en los vasos de la retina, con hallazgos como el estrechamiento arteriolar, los cruces arteriovenosos anómalos o las microhemorragias. En etapas avanzadas, puede llevar a pérdida de la visión. La detección de la retinopatía hipertensiva es útil para marcadores de daño a órgano diana (41).

2.3.1.4 Seguimiento y reevaluación

Específicamente, la evaluación del paciente mediante controles regulares es esencial para mantener un adecuado control de la presión arterial, para prevenir trastornos cardiovasculares, así como para ajustar el tratamiento en función de los cambios del propio paciente. En la etapa inicial del tratamiento, los pacientes con hipertensión son controlados cada 1-3 meses con el fin de asegurarse que siguen en el tratamiento diseñado y, a su vez, de detectar posibles reacciones adversas a la medicación. Una vez que los pacientes se estabilizan, y han llegado a un buen control de su presión arterial, las evaluaciones pueden realizarse cada 6 meses (40).

Al menos una vez al año, los pacientes deben someterse a una evaluación completa que incluya la detección de otras enfermedades (como diabetes, enfermedad renal crónica y dislipidemia) que puedan influir en su riesgo cardiovascular. Además, se debe evaluar la capacidad funcional, la presencia de fragilidad y el deterioro cognitivo, especialmente en pacientes mayores, para diseñar objetivos de tratamiento personalizados (42).

En el caso de adultos mayores muy frágiles, con múltiples enfermedades crónicas o con limitaciones funcionales, el objetivo de presión arterial suele ser menos estricto. Al tomar una decisión terapéutica, el médico debe considerar qué es lo mejor para la calidad de

vida del paciente, velar por su seguridad, asegurar que mantenga su independencia y reducir la probabilidad de problemas o resultados adversos derivados del inicio o la modificación de un régimen farmacológico y el médico debe tener en cuenta las necesidades y características individuales de su paciente (40).

2.3.1.5 Intervenciones terapéuticas en la hipertensión del adulto mayor

El tratamiento en esta etapa de la vida debe personalizarse, buscando equilibrio entre eficacia en la reducción de eventos cardiovasculares y la minimización de efectos adversos. Las intervenciones no farmacológicas constituyen la primera línea terapéutica y deben mantenerse aun en pacientes medicados. Su impacto es significativo y sin efectos secundarios (43):

- Diez o más kilos perdidos equivalen a una reducción de entre 5 y 20 mmHg de la PAS. El IMC debe estar entre 20 y 25 (43).
- Dieta DASH o dieta mediterránea, que conllevan un alto consumo de frutas y verduras, cereales integrales, frutos secos, aceite de oliva y dotan de una baja ingesta de sodio (menos de 1,5 a 2 g por día) y de grasas saturadas. Esta estrategia puede reducir la PAS en 8 a 14 mmHg (43).
- Actividad física regular: realizar ejercicio aeróbico moderado o de intensidad moderada (caminar, nadar, bicicleta) 150 a 300 minutos a la semana y se les recomienda que lo complementen con entrenamiento de fuerza 2 días a la semana. Se adaptará también a la movilidad y la funcionalidad del paciente (43).
- Restricción del alcohol y cese tabáquico: restricción del alcohol a < 1 unidad al día en las mujeres y < 2 en los hombres. El cese tabáquico incluso mejora la vasodilatación y reduce la probabilidad de sufrir eventos cardiovasculares (43).

2.3.1.6 Estrategias de detección y diagnóstico en adultos mayores

La detección precoz y el diagnóstico preciso de la HTA en el adulto mayor son fundamentales para prevenir complicaciones cardiovasculares, renales y neurológicas. En esta población, debido a la mayor variabilidad de la presión arterial, es fundamental utilizar estrategias diagnósticas complementarias y estandarizadas (40).

a) Medición en consulta

La principal herramienta para el diagnóstico sigue siendo la toma en consultorio. Se aconseja que el paciente este sentado y en reposo durante, por lo menos cinco minutos antes de la medición, así como evitar café, tabaco o actividad física previa. Además, se deben utilizar esfigmomanómetros automáticos validados y con un brazalete del tamaño apropiado. Para verificar el diagnóstico, la medición tiene que hacerse en ambos brazos al principio y en varias citas (44).

b) Automonitorización domiciliaria (AMPA) y monitoreo ambulatorio (MAPA)

- La AMPA permite registrar lecturas en el hogar durante varios días consecutivos, mejorando la precisión diagnóstica, controlando la adherencia y eliminando el "efecto de bata blanca" (45).
- El MAPA es el método más fiable para detectar hipertensión enmascarada o episodios de hipotensión nocturna. Es especialmente útil en adultos mayores con síntomas como mareos, caídas o deterioro cognitivo, donde se sospecha variabilidad tensional o hipotensión ortostática (40).

c) Evaluación de daño a órgano diana y comorbilidades

Previo a la formulación de un plan terapéutico para pacientes con hipertensión arterial es básica una valoración integral que permita detectar daño en órganos blanco y valorar el estado funcional del paciente. En este sentido, se procede a evaluar el compromiso

cardíaco mediante la detección de hipertrofia ventricular izquierda por ecocardiografía; la función renal a través de microalbuminuria y tasa de filtración glomerular estimada (TFGe); el estado ocular mediante la exploración de fondo de ojo y detección de la presencia de retinopatía hipertensiva; así como la función cerebral mediante pruebas de evaluación cognitiva como el “Montreal Cognitive Assessment” (MoCA) o el “Mini-Mental State Examination” (MMSE) en caso de existir sospecha de deterioro cognitivo (46).

Por otro lado, es prioritario llevar a cabo un cribado geriátrico de forma integral que contemple la valoración de fragilidad mediante la escala de Fried o la Clinical Frailty Scale, la capacidad funcional mediante el índice de Barthel, la evaluación del riesgo de caídas, así como la detección de síndromes geriátricos que pudieran influir en la elección del tratamiento o en el pronóstico de la persona adulta mayor (46).

2.3.2 *Dieta DASH*

Durante los últimos 50 años en Estados Unidos, los profesionales de la salud han sido testigos de un aumento significativo en enfermedades como hipertensión, diabetes, obesidad y enfermedad arterial coronaria. Se estima que unas 2,000 personas mueren diariamente por enfermedades cardíacas en ese país. Aproximadamente el 30% de los adultos estadounidenses padecen hipertensión. Afortunadamente, muchos de los factores de riesgo de la hipertensión pueden ser controlados mediante el uso de la dieta DASH. Las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación y la obesidad se han convertido en causas principales de mortalidad en todos los grupos étnicos. La obesidad, en particular, se asocia estrechamente con diabetes, hipertensión, cáncer y enfermedades cardiovasculares (8).

A pesar de los avances científicos en nuevas medicaciones y técnicas diagnósticas de vanguardia, la prevalencia de estas enfermedades ha aumentado de forma considerable,

especialmente en las últimas dos décadas. Ante esta tendencia, instituciones como la American Heart Association, el National Institutes of Health y el National Heart, Lung, and Blood Institute han comenzado a adoptar enfoques integrales para abordar esta epidemia creciente. Aunque las pruebas diagnósticas y los medicamentos siguen siendo pilares en el manejo clínico, la dieta, el ejercicio, la reducción del estrés y los hábitos de vida saludables son elementos igualmente cruciales (43).

2.3.2.1 Función de la dieta DASH

La dieta norteamericana moderna se caracteriza por un alto consumo de grasas saturadas, ácidos grasos omega-6, carbohidratos de alto índice glucémico y numerosos aditivos artificiales. Esta dieta, sumada a la escasa formación nutricional de muchos profesionales médicos, representa un gran obstáculo para combatir estas enfermedades. Afortunadamente, en las últimas décadas se ha producido una extensa investigación sobre los efectos de los patrones dietéticos en las enfermedades crónicas (47).

La dieta DASH se desarrolló en los años 90 y en 1992, el Instituto Nacional de Salud (NIH) financió varios estudios para evaluar si intervenciones dietéticas específicas eran efectivas en el tratamiento de la hipertensión. A los participantes se les indicó seguir solamente cambios en la dieta, sin modificaciones adicionales en su estilo de vida, con el fin de evitar factores de confusión. Destacando que solo la intervención dietética fue capaz de reducir de forma significativa la presión arterial sistólica entre 6 y 11 mm Hg, tanto en hipertensos como en normotensos. Por lo tanto, incluso la dieta DASH ha sido recomendada como primera opción terapéutica con el cambio de hábitos del estilo de vida (48).

La alimentación DASH promueve el consumo de frutas, verduras, carnes magras, productos lácteos bajos en grasa y reduce la ingesta de sodio hasta los 1500 mg/día; enfatiza el consumo de alimentos frescos y mínimamente procesados, que es lo que también

defienden otras dietas cardiovasculares. De alguna manera, lo que es la dieta DASH es una suerte de síntesis entre principios antiguos de la nutrición y la evidencia científica más actual.

2.3.2.2 Recomendaciones de porciones

Los carbohidratos en la dieta DASH provienen principalmente de vegetales ricos en fibra y granos integrales. Estos incluyen vegetales de hoja verde como la espinaca, el kale, el brócoli, así como granos como avena y trigo partido. Las frutas de bajo índice glucémico también forman parte importante de este grupo (49).

Aunque las grasas han sido señaladas como causa principal de enfermedades crónicas, investigaciones recientes indican que su efecto depende del tipo de grasa. Las grasas saludables (ácidos grasos esenciales, omega-3) pueden reducir la inflamación y mejorar el perfil lipídico, mientras que las grasas trans y parcialmente hidrogenadas promueven la aterosclerosis. Entre las fuentes recomendadas están el aceite de oliva, aguacates, frutos secos, semillas de lino y pescados ricos en omega-3 (50).

Tabla 2.

Tabla de alimentos-porciones recomendadas

Grupo de alimentos	Porciones recomendadas
Verduras	Aproximadamente 5 porciones al día
Frutas	Aproximadamente 5 porciones al día
Carbohidratos (cereales integrales, pan, arroz, pasta)	Alrededor de 7 porciones al día
Lácteos bajos en grasa	2 porciones al día
Carnes magras, pescado y aves	2 o menos porciones al día
Frutos secos y semillas	2 a 3 porciones por semana
Grasas y aceites saludables	2 a 3 porciones al día
Proteínas vegetales (legumbres)	4 a 5 porciones por semana

Una dieta DASH sugiere un aumento en la tasa de ingesta de proteínas de origen vegetal (legumbres, soya, frutos secos), junto a una moderación de las proteínas animales, cuyos preferidos son carnes magras, pescado, huevos y lácteos de bajo contenido en grasa. Se recomienda evitar el consumo de carnes procesadas por su asociación con hipertensión y por ser cancerígenas. Una dieta DASH también prefiere un mayor consumo de potasio, calcio y magnesio, minerales que favorecen la relajación del músculo liso endotelial, siendo el plátano, los lácteos y vegetales de hojas verdes (51).

Las pautas dietéticas de la dieta DASH se basan en evidencia que respalda el consumo de alimentos integrales y mínimamente procesados. Sin embargo, diversos estudios han señalado que la adherencia a estas porciones puede verse afectada por factores económicos, de disponibilidad de alimentos y culturales; lo que demuestra que, si bien las pautas nutricionales constituyen una buena base de referencia, su implementación debe ser flexible y adaptarse a las características particulares de la población en cuestión para fomentar una mayor adherencia a las mismas.

2.3.2.3 Importancia Clínica

Desde su creación, numerosos estudios han mostrado que DASH también disminuye glucosa en sangre, triglicéridos, colesterol LDL y resistencia a la insulina. Se ha comprobado útil para controlar la diabetes tipo 2, prevenir la insuficiencia cardíaca y promover la pérdida de peso. En poblaciones específicas, se ha relacionado con una menor incidencia de cáncer colorrectal, enfermedad hepática crónica y diverticulosis (51). Por estas razones, la Asociación Americana de Diabetes la recomienda para pacientes con riesgo cardiovascular. La DASH cumple con las guías de ingesta de fibra, granos integrales y límites en grasas saturadas (<7% de calorías), colesterol (<200 mg/día) y azúcares añadidos. Gracias a sus

porciones bien definidas y base científica clara, se convierte en una herramienta útil para que médicos monitoreen y prescriban cambios efectivos en la dieta (52).

La literatura científica acumulada durante las últimas décadas muestra que los beneficios de la dieta DASH van más allá del control de la presión arterial e incluyen el manejo de la diabetes, la obesidad y otros factores de riesgo cardiovascular. No obstante, persisten los debates sobre si los efectos beneficiosos de la dieta DASH pueden mantenerse a largo plazo y sobre las mejores prácticas para mantener su cumplimiento en poblaciones con diferentes características. Por ello, la literatura actual aboga por considerar la dieta DASH como un componente de una estrategia integral de promoción de la salud, en lugar de una intervención aislada.

Capítulo 3

Diseño Metodológico

3.1 Enfoque de la Investigación

La indagación se desarrolló a través de una revisión literaria de las fuentes científicas enfocada a la valoración de los efectos de la dieta DASH en el abordaje de la presión arterial alta en personas mayores. Razón por la cual se empleó una analítica ordenada de diversos estudios examinados mediante el método PRISMA (Figura 1), el mismo que concedió la estructuración y transparencia en el proceso de búsqueda, distinción y análisis de la bibliografía relevante que permita responder los objetivos de la problemática. Esto facilitó la comprensión de las ventajas y obstáculos relacionados a la implementación de la dieta DASH en la población adulta mayor, no solo aplicando una perspectiva clínica sino también considerando los factores sociales y culturales que influyen o crean barreras en la adhesión a esta dieta.

3.1.1. Primera búsqueda

En primera instancia la estrategia de búsqueda de información que se efectuó durante el periodo académico establecido, es decir, no menor a cinco años. Desde dicha perspectiva los estudios examinados se publicaron entre el lapso temporal del 2020 al 2025 a través de fuentes literarias reconocidas como PubMed, Science Direct, Scopus, SciELO y Dialnet apoyados por el buscador Google Scholar. Con el designio de proporcionar una mayor efectividad a la indagación se utilizaron operadores booleanos (OR y AND), junto a composiciones en español e inglés de los siguientes descriptores: “Dieta DASH” OR “Dietary Approaches to Stop Hypertension”, “Adulto mayor” OR “older adults”,

“Hipertensión arterial” AND “hypertension” y “Alimentación saludable” OR “healthy eating”.

Con la implementación de dicho procedimiento se exhibieron diversos sesgos, en ciertos casos los estudios no eran de óptimo aporte para el propósito de la investigación puesto que no se podía acceder a la información completa, se repetían o en su defecto eran de mayor antigüedad al periodo previamente establecido. No obstante, fueron de interés para así delimitar la limitada de literatura científica actualizada en las bases de datos consideradas para este estudio en idioma inglés y español, lo que fomentó y respaldó en gran medida la relevancia del presente estudio.

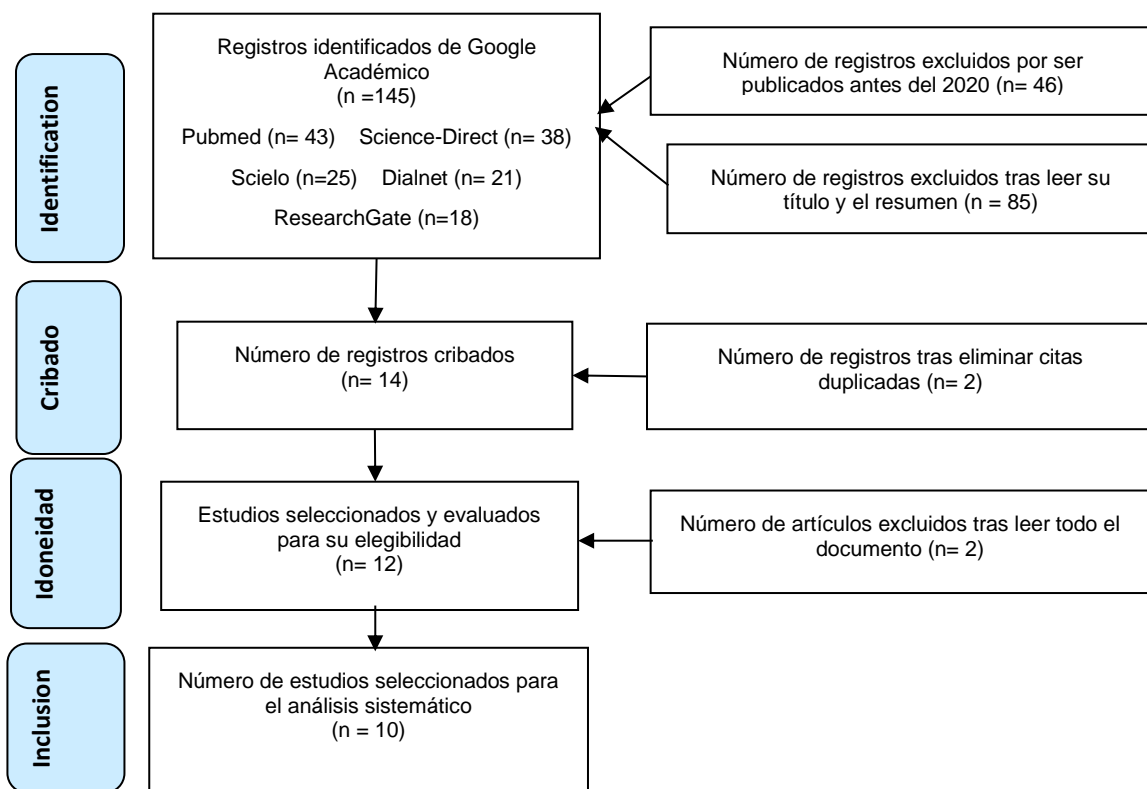


Figura 1. Modelo PRISMA aplicado a la investigación

3.1.2. *Búsqueda sistemática*

El análisis sistemático se fue desarrollando acorde a la información examinada y accesible en la base de datos y repositorios científicos previamente detallados. Se efectuaron diversos filtros por motivo de la diversidad de abordaje de los pacientes hipertensos en el campo nutricional. Inicialmente fueron descartados 131 estudios cuyo tema principal, el periodo de publicación, el idioma del contenido y/o el resumen no guardaban relación temática con la presente investigación. En simultáneo, se depuraron las investigaciones duplicadas, delimitando una totalidad de 14 documentos. De los cuales se eligieron 12 que pudieron ser analizados por completo; por otro lado, tras aplicar los criterios investigativos incluyentes y excluyentes en cada uno de los artículos, se seleccionaron 10 estudios para el desarrollo de los resultados.

3.2. Criterios de inclusión y exclusión

3.2.1. *Criterios de inclusión*

- Estudios científicos publicados entre 2020 al 2025.
- Estudios que relacionen los elementos nutricionales más distinguidos utilizados como tácticas o estrategias que mejoran la alimentación y el control de la hipertensión, que exploren las barreras y la eficacia de la dieta DASH en adultos mayores con hipertensión.
- Indagaciones desarrolladas sin distinción de contextos comunitarios, institucionales u hospitalarios.
- Artículos publicados en idioma español o inglés.
- Artículos indexados en revistas científicas con revisión por pares.

- Estudios de enfoque cuantitativo, cualitativo o mixto, con diseño experimental, cuasiexperimental u observacional.

3.2.2. Criterios de exclusión

- Artículos que enfoquen su estudio en pacientes con un rango etario menor a los 60 años.
- Artículos centrados en otras patologías crónicas no relacionadas con la hipertensión.
- Publicaciones duplicadas, incompletas o sin acceso al texto completo.
- Investigaciones que no aborden directamente la dieta DASH.

3.2.3. Descripción de las investigaciones seleccionadas

De las investigaciones existentes en las diversas bases de datos, se evidenció una vasta variabilidad de literatura que ofrecían información acerca de la hipertensión en la senectud, pero para este estudio se examinaron de forma preliminar 12 artículos. En ciertos casos la evidencia empírica y revisiones críticas responden a una metodología cuantitativa y cualitativa, en ambos, se generó resultados que narraron acerca de la dieta DASH implementada en adultos mayores con hipertensión arterial, su eficacia y las barreras para la adopción de la dieta, incluyendo las posibles estrategias que puedan mejorar la problemática.

Acorde a los criterios incluyentes, excluyentes y la lectura completa de los artículos, se pudieron excluir 2 estudios más, de las 12 indagaciones iniciales examinadas, quienes en su investigación hacen referencia a un rango etario muy general, donde no se esclarece si los mismos se centran entre los adultos en general o solo los adultos mayores. Motivos por los cuales también fueron descartados, delimitando de esta manera 10 artículos en el proceso de inclusión.

Capítulo 4

Análisis y Discusión de los Resultados

4.1. Análisis Descriptivo de los Resultados

Con el propósito de comprender el papel de la dieta DASH como medio estratégico en la reducción de la presión en pacientes hipertensos, se efectuó un análisis entre diversos estudios acerca de los componentes alimenticios que se incluyen en la dieta y las barreras para su adopción tomando a consideración las diversas nacionalidades de adultos mayores en que fueron instituidas.

La dieta DASH si bien aporta una alimentación rica en el consumo de potasio, magnesio y calcio, y bajos en sodio. Es necesario entender las limitaciones existentes en los adultos mayores dado que su implementación se limita por otros elementos influyentes como la falta de apoyo, desconocimiento, hábitos alimenticios establecidos, entre otros.

4.1.1. Principales componentes nutricionales de la dieta DASH y su relación con la salud cardiovascular.

La alimentación implica una amplia variedad de nutrientes con diferentes mezclas de elementos, que pueden tener efectos sinérgicos o antagónicos entre sí, la identificación de los componentes nutricios puede proporcionar información valiosa para reducir la carga de patologías cardiovasculares. Por ello, conforme a la revisión sistemática se han podido conocer varios elementos de la dieta en común en ciertas indagaciones, siendo las siguientes:

Tabla 3. Principales componentes nutricionales de la dieta DASH y su relación con la salud cardiovascular.

Autor/es	Componentes nutricionales de la dieta DASH
Kenmoue et al., 2023	Alimentation basada en el consume de verduras, frutas, lácteos desnatados o semidesnatados, calcio, fibra dietética, potasio y/o magnesio. Ingesta

	<p>moderada en carne magra, pescado y/o aves, frutos secos, legumbres y semillas.</p> <p>Mantienen niveles bajos de grasas totales, ácidos grasos saturados y colesterol.</p> <p>Los hábitos alimentarios de los pacientes los expongan a complicaciones, porque las carnes rojas deben reducirse en los hipertensos y en la dieta DASH.</p> <p>Reduce el riesgo de complicaciones principalmente en catorce veces el riesgo vinculado a un incremento de la presión sistólica (PAS) y en siete veces el riesgo de la diastólica (PAD).</p>
Shoaibinobarian et al., 2023	<p>Se evidenció una relación positiva entre la adherencia a la dieta DASH y niveles séricos más bajos de glucosa, TG y colesterol. Pero sin evidenciar ninguna asociación sobre la presión arterial.</p>
Ibsen et al., 2022	<p>Dieta basada en cereales integrales, frutas, verduras o legumbres, nueces y lácteos bajos en grasa.</p> <p>Resta importancia a la carne roja y procesada, las bebidas azucaradas y el sodio.</p> <p>Reemplazar 1 porción/día de carne roja y procesada con 1 porción/día de frutas, verduras, nueces y legumbres, productos lácteos bajos en grasa o cereales integrales se asoció con un riesgo menor de hipertensión.</p>
Belanger et al., 2023	<p>Frutas y verduras ricas en potasio y los productos lácteos bajos en grasa; incluye cereales integrales, aves, pescado y frutos secos; y reduces el consumo de carne roja, dulces y bebidas azucaradas.</p> <p>Rico en magnesio, potasio, calcio y fibra lo que proporciona una disminución total de grasas saturadas y/o colesterol.</p> <p>La dieta DASH redujo progresivamente la troponina I cardíaca de alta-sensibilidad y la PCR hs- durante 12 semanas. Tiene beneficios acumulativos a lo largo del tiempo sobre los biomarcadores de lesión cardíaca subclínica e inflamación.</p>
Theodoridis et al., 2023	<p>Frutas, verduras, cereales integrales y frutos secos.</p> <p>Ingesta limitada de sal.</p> <p>La alta adherencia a la dieta se asoció con valores de PAS en comparación con la poca adherencia de los que no recibieron ningún antihipertensivo. En</p>

	simultaneo, también se exhibió una asociación similar para los valores de PAD.
	Este efecto beneficioso de la dieta DASH podría atribuirse a sus características dietéticas y a la combinación de diversos alimentos.
Geremew et al., 2023	Verduras, frutas, legumbres y cereales.
	Alimentos bajos en sal, grasa y especias.
Idowu et al., 2024	Poco consumo de Frutas, verduras, cereales integrales y legumbres.
	Los pacientes hipertensos indicaron que seguían la dieta por miedo a que la enfermedad empeorara; además, seguían la dieta cuando tenían el azúcar en sangre alto
Francisco et al., 2020	Alimentos recomendados en la dieta: lácteos bajos en grasa, frutas, vegetales y/o legumbres, frutos secos, cereales, semillas.
	Alimentos que deben ingerirse poca carne roja/procesada/grasa, bebidas azucaradas y sal.
	Los efectos hipotensores de la dieta con la implementación de alimentos ricos en potasio están relacionados con una disminución de la contracción del músculo liso vascular

Elaborado por la Autora

- **Principales componentes nutricionales:** la dieta DASH se caracteriza por un alto consumo de frutas, verduras, cereales integrales y legumbres, junto con productos lácteos bajos en grasa o sin grasa. Este patrón nutricional enfatiza que la ingesta de minerales esenciales como el calcio, potasio y el magnesio restringe estrictamente el consumo de grasas saturadas, colesterol y sodio.
- **Relación con la salud cardiovascular:** las investigaciones destacan que mantener dicho régimen disminuye de forma significativa la PAS y la PAD. Estos efectos hipotensores se adjudican en gran medida a la elevada cantidad de potasio, que suministra una reducción de la contracción muscular lisa vascular. Adicional, se ha exteriorizado una correlación positiva entre este enfoque dietético y unos niveles séricos más bajos de

triglicéridos, glucosa y colesterol total, lo que favorece una mejora general de los perfiles lipídicos de los hipertensos.

La estrategia circunscribe la sustitución de las carnes rojas y las bebidas azucaradas y el su reemplazo por frutos secos o semillas junto a proteínas magras, con el propósito de conservar un perfil calórico equilibrado. Su uso a largo plazo expone beneficios acumulativos frente a la lesión cardíaca subclínica y la inflamación sistémica.

Por ejemplo, se ha notado una disminución gradual de la troponina I cardíaca y de la hs-CRP en periodos de tiempos concretos. La dieta, además, funciona como un medio de prevención para las complicaciones que sufre a partir de la hipertensión, porque la amplia gama de alimentos que la conforman ofrece una sinergia protectora que refuerza la resistencia del sistema cardiovascular.

Finalmente, el comportamiento de los pacientes señala que, a pesar de que algunos individuos consumen los grupos alimenticios sugeridos raramente, otros siguen la dieta más rigurosa por miedo a la evolución de la enfermedad o a los altos niveles de glucosa en sangre. En conclusión, se considera que la dieta es una intervención terapeuta esencial para mejorar la salud de los vasos sanguíneos a través de la elección intencionada de nutrientes.

4.1.2. Barreras sociales, económicas y culturales que influyen en la adopción de la dieta DASH en adultos mayores con hipertensión arterial en diferentes contextos socioeconómicos.

Si bien la prevalencia de la hipertensión no controlada y sus complicaciones acrecienta cada día, la adherencia a las prácticas de modificación del estilo de vida como la dieta DASH, es baja. Por ello, conforme a la revisión sistemática se han podido destacar algunas barreras, siendo las siguientes:

Tabla 4. Barreras que influyen en la adopción de la dieta DASH en adultos mayores con hipertensión arterial en diferentes contextos socioeconómicos.

Autor/es	Barreras
Kenmoue et al., 2023	La falta de educación de los pacientes lo que puede afectar negativamente a las decisiones sobre la elección de alimentos.
Theodoridis et al., 2023	El incumplimiento de la dieta por las preferencias alimentarias de los adultos mayores.
Oku et al., 2024	Desconocimiento de las principales fuentes de sal en la dieta. Desconocimiento acerca de la medida ideal de sal para cocinar que es saludable. Presión familiar, la fácil disponibilidad y asequibilidad de la sal y la falta de alternativas asequibles.
Geremew et al., 2023	Nivel educativo o conocimiento. La autoeficacia. El apoyo de las relaciones y/o familiares. La relación entre el paciente y el médico.
Idowu et al., 2024	Inconsistencias con la terapéutica. Falta de pautas dietéticas. No reducen el consumo de sodio por medio de repercusiones o complicaciones de la hipertensión. Actitudes frívolas y despreocupadas por parte de los encuestados.

Elaborado por la Autora

A pesar de la creciente prevalencia de la hipertensión no controlada, el cumplimiento de los cambios en el estilo de vida, como la dieta DASH, sigue siendo bajo. Existen varias barreras sistémicas e individuales que dificultan su adopción entre las personas mayores.

- **Barreras culturales:** un obstáculo recurrente es la falta de educación, lo que repercute negativamente en la selección de alimentos y en la toma de decisiones saludables. De

manera específica, no se tiene un conocimiento suficiente sobre las fuentes primordiales de la sal en la alimentación y las cantidades adecuadas para una cocina saludable.

- **Barreras socioeconómicas:** la presión ejercida por los familiares, la falta de alternativas saludables que sean accesibles y el precio bajo y la alta disponibilidad de la sal hacen que sea difícil para los pacientes sostener las modificaciones en su dieta. Así mismo, el incumplimiento es frecuente debido a que las preferencias personales de los adultos mayores para la alimentación tienden a ser difíciles de cambiar.
- **Barreras sociales y psicológicas:** la calidad del soporte en las relaciones familiares, la eficacia personal y la fortaleza de la relación entre el doctor y el paciente son también factores esenciales. Que los pacientes no puedan disminuir de manera efectiva su consumo de sodio se debe a la falta de protocolos dietéticos claros, a la ausencia de coherencia en las pautas terapéuticas y a una actitud indiferente o superficial hacia la enfermedad. Con frecuencia, los pacientes solo consideran modificar su alimentación cuando confrontan consecuencias serias de la hipertensión o problemas inmediatos.

4.1.3. Implementación de la dieta DASH en poblaciones de adultos mayores con hipertensión arterial.

Tabla 5. Implementación de la dieta DASH en distintas poblaciones de adultos mayores.

Autor/es	Poblaciones
Shoaibinobarian et al., 2023	Juzestán.
Theodoridis et al., 2023	Turquía
	Irán
	China
	Italia
	Grecia
	Estados Unidos

	Reino Unido
	España
	Brasil
	Irlanda
	Corea
	Los Países Bajos
	Suecia
Geremew et al., 2023	Etiopía
Idowu et al., 2024	Nigeria
Francisco et al., 2020	6 ciudades brasileñas (Belo Horizonte, Porto Alegre, Río de Janeiro, Salvador, São Paulo y Vitória)
Hashemi et al., 2022	Estados Unidos

Elaborado por la Autora

La dieta DASH se ha aplicado en una amplia variedad de contextos geográficos y socioeconómicos. Las investigaciones muestran que estos programas han llegado a poblaciones urbanas de regiones como Juzestán, en Irán, donde un alto porcentaje de los participantes vive en zonas urbanas desarrolladas. Además, este marco dietético se ha adoptado y estudiado en numerosos países de varios continentes, entre ellos se puede mencionar a Estados Unidos, Reino Unido, Brasil, España, Grecia, Italia, Irlanda, Países Bajos, Suecia, China, Corea del Sur, Turquía, Etiopía y Nigeria.

Esta distribución global muestra que, aunque la dieta DASH es una forma ampliamente reconocida de controlar la hipertensión, su implementación exitosa depende de la superación de las barreras educativas, económicas y culturales específicas de cada una de estas poblaciones tan diversas.

4.2. Discusión de los Resultados

La dieta DASH es una de las estrategias nutricionales empleadas para prevenir y controlar la hipertensión arterial y otras afecciones cardiovasculares. A pesar de su

regularidad y aplicación demostrada, este patrón alimentario suele cursar con barreras y retos relacionados con el conocimiento de los pacientes, los contextos socioeconómicos y las preferencias alimentarias culturales y/o tradicionales.

- Principales componentes nutricionales de la dieta DASH y su relación con la salud cardiovascular.

Acorde lo relatado por Kenmue et al., (8) y Ibsen et al., (55) la dieta DASH es definida como un patrón alimentario rico en potasio, magnesio y fibra, basado principalmente en la incorporación de frutas, verduras y cereales integrales. Dicha particularidad es respaldada por Belanger et al., (57) quienes destacan que estos componentes podrían apoyar la reducción de los biomarcadores inflamatorios, como la PCR-as.

Es de resaltar que existe una conincidencia con la indagación de Theodoridis et al., (43) y Kenmue et al., (8) al sugerir que estos nutrientes están asociados con la reducción significativa de la PAS y la PAD. No obstante, es necesario recalcar que Shoaibinobarian et al., (48) difieren con dichos hallazgos, ya que sus hallazgos no mostraron una asociación directa con la presión arterial en su contexto de investigación, aunque sí describieron mejoras en los parámetros de glucosa y el colesterol.

- Barreras que influyen en la adopción de la dieta DASH en adultos mayores con hipertensión arterial en diferentes contextos socioeconómicos.

Tomando a consideración los obstáculos para la adhesión de la dieta, los aportes científicos de Kenmue et al., (8) y Geremew et al., (54) concuerdan en que la falta de educación de los pacientes constituye un obstáculo fundamental. Dicha perspectiva es respaldada por Oku et al., (53) quienes complementan esta idea al señalar que los pacientes

carecen de conocimientos sobre las fuentes de sal y las medidas adecuadas para una cocina saludable. Por otro lado, Oku et al., (53) e Idowu et al., (59) destacan que los factores socioeconómicos, como la fácil disponibilidad de sal y la ausencia de directrices dietéticas claras, actúan como obstáculos significativos. Por el contrario, los hallazgos descritos por Theodoridis et al., (43) difieren al orientarse más en factores individuales, atribuyendo el posible incumplimiento a las rígidas preferencias alimentarias y hábitos arraigados de las personas mayores.

- Hallazgos descritos en la literatura acerca de la implementación de la dieta DASH en poblaciones de adultos mayores con hipertensión arterial.

Entre los estudios incorporados, particularmente el de Theodoridis et al., (43) exteriorizan una posible aplicación generalizada de la dieta DASH en diversas poblaciones alrededor del mundo. Por otro lado, mientras Shoaibinobarian et al., (48) destacan la implementación en poblaciones urbanas iraníes, Francisco et al., (56) presentan resultados derivados de seis grandes ciudades brasileñas. Finalmente, es de destacar que el artículo de Geremew et al., (54) e Idowu et al., (59) expanden el alcance dicha estrategia nutricia a Etiopía y Nigeria, respectivamente, lo que sugiere una aplicabilidad de la dieta en diversos contextos socioeconómicos.

- Hallazgos literarios acerca de la eficacia de la dieta DASH como estrategia para mejorar la alimentación y controlar la hipertensión arterial en adultos mayores

Desde una perspectiva integral, los hallazgos de Theodoridis et al., (43), Belanger et al., (57) y Kenmue et al., (8) respaldan la eficacia de la dieta DASH en el control de la hipertensión. Si bien la literatura exterioriza que la dieta es fisiológicamente eficaz, los autores concuerdan en que su éxito como estrategia de salud pública en las personas mayores

parece depender de la superación de las barreras educativas y socioeconómicas identificadas por Oku et al., (53) e Idowu et al., (59). En última instancia, se observó entre los hallazgos un consenso que destacaba que la dieta DASH es una herramienta útil, aunque posiblemente infrautilizada, para el manejo de las afecciones cardiovasculares.

Capítulo 5

Marco Propositivo

5.1. Introducción

El marco se deriva de la síntesis sistemática de la evidencia bibliográfica analizada a lo largo de la indagación. Examina una serie de directrices estratégicas de los estudios publicados entre 2020 al 2025 destinadas a complementar la brecha informativa expuesta entre la evidencia clínica y los retos prácticos a los que se enfrenta la población de edad avanzada a la hora de seguir la dieta DASH según lo descrito en la literatura científica. Este marco no constituye un plan de intervención operativo, sino sirve como recomendaciones basadas en la evidencia científica revisada para que los profesionales sanitarios y los responsables de la formulación de políticas institucionales optimicen el control de la hipertensión en las personas mayores.

5.2. Propósito de la propuesta

Analizar un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia que aborden las barreras nutricionales, sociales y culturales identificadas en la revisión sistemática, mejorando así la aplicabilidad del patrón dietético DASH en diversos contextos geriátricos.

5.3. Implicaciones de los hallazgos para la salud pública

La evidencia científica revisada describe que la dieta DASH conforma una estrategia nutricional relevante la misma que se caracteriza por un alto consumo de potasio, fibra y minerales esenciales. Sobre la base de la evidencia científica, se establecen las siguientes recomendaciones de salud pública:

- a) Promoción de hábitos alimentarios saludables: Se recomienda que marcos de salud pública consideren dar prioridad a las campañas dirigidas a toda la

población que traduzcan los beneficios demostrados de la dieta DASH en directrices accesibles, abordando de manera eficaz las barreras socioeconómicas y culturales que dificultan su cumplimiento.

- b) Se sugiere fomentar un envejecimiento saludable: Las intervenciones educativas y estructurales se recomienda integrarse en el patrón alimentario DASH como medida preventiva primaria para apoyar el envejecimiento saludable y preservar la salud metabólica en los grupos demográficos de mayor edad.
- c) Es recomendable hacer un control sistémico de las patologías crónicas: Tal y como demuestran Belanger et al., la adherencia a la dieta actúa como un mecanismo no farmacológico para mitigar la inflamación sistémica y reducir los niveles de proteína C reactiva de alta sensibilidad (hs-CRP). Por ello, se sugiere que las instituciones sanitarias posicionen este patrón dentro de las políticas de salud pública para mitigar los riesgos cardiovasculares generalizados y las patologías crónicas a nivel comunitario.

5.4. Implicaciones de los hallazgos para enfermería comunitaria

En el ámbito de la enfermería comunitaria, los hallazgos de la evidencia científica sugieren un cambio de paradigma hacia una atención integral al paciente, reforzando el papel profesional y autónomo de la enfermera en la comunidad, en lugar de limitarse a proponer un programa operativo. Sobre la base de la evidencia científica, se describen las siguientes recomendaciones:

- a) Se sugiere que las enfermeras comunitarias promuevan activamente la dieta DASH a través de una educación nutricional estructurada, con la finalidad de adopción de estos hábitos para reducir significativamente la presión arterial.

- b) La evidencia demostrada por Belanger et al., describió que la adherencia a la dieta DASH actúa como un mecanismo crucial para mitigar la inflamación sistémica y reducir los niveles de proteína C reactiva de alta sensibilidad (hs-CRP). Por ello, es recomendable que los profesionales integren un seguimiento de biomarcadores en sus evaluaciones rutinarias, al tiempo que proporcionan un acompañamiento clínico continuo para garantizar la adherencia a largo plazo de los pacientes.
- c) La evidencia indica mejoras sustanciales en los perfiles glucémicos y lipídicos por ello, se sugiere que los profesionales aprovechen dichos hallazgos para poder manejar en colaboración con las familias y las comunidades la dieta de los pacientes. Es recomendable destinar modelos de atención holística y preventiva adaptados específicamente a los aspectos vulnerables de las poblaciones de adultos mayores.

5.5. Recomendaciones basadas en la evidencia científica revisada

Se recomienda que las estrategias de educación sanitaria deben dar prioridad a la identificación de fuentes ocultas de sodio en las tradiciones alimentarias locales. Se sugiere hacer hincapié en el consumo de productos lácteos bajos en grasa, ya que Francisco et al. identificaron esto como un diferenciador significativo entre los grupos de alta y baja adherencia. Además, la evidencia indica la necesidad de que las iniciativas educativas se adapten al nivel de alfabetización del paciente para mejorar la toma de decisiones en cuanto a la selección de alimentos.

Es de acotar que la evidencia indica la necesidad de reducir las barreras socioculturales y de conocimiento y para abordar la falta de educación sanitaria identificada por Geremew et al. y Oku et al., el marco sugiere las siguientes estrategias:

- a) Se sugiere identificación del sodio oculto: La instrucción o aprendizaje no debe restringirse a aconsejar solo el consumo de «menos sal», sino que es aconsejable que se direcciona específicamente al reconocimiento o identificación de las principales fuentes de sodio en las dietas locales.
- b) Es recomendable un asesoramiento centrado en la familia: Dado que Oku et al. identificaron la presión familiar como una barrera, las pautas dietéticas deben circunscribir la red de apoyo del paciente para garantizar la coherencia del entorno.
- c) Se recomienda la adaptación económica y contextual: La revisión indica que los bajos ingresos y la alta disponibilidad de sal son obstáculos importantes. Por lo tanto, se recomienda la formación de alternativas DASH de bajo coste, es decir, los protocolos dietéticos deberían adaptarse para incluir alimentos de temporada y disponibles localmente, a fin de contrarrestar la percepción de que la alimentación saludable es inasequible.

Adicional, se sugiere fortalecer la adaptación urbana frente a rural, es decir, las estrategias deben tener en cuenta las realidades específicas de las poblaciones urbanas, tal y como se destaca en los estudios de Shoaibinobarian et al.
- d) Siguiendo las observaciones de Idowu et al., la evidencia indica que las guías clínicas deberían ofrecer consejos genéricos a proporcionar un asesoramiento personalizado y empático que aborde las preferencias dietéticas específicas

del paciente de edad avanzada. Es recomendable que se integre en el plan terapéutico como una herramienta fundamental que reduce la inflamación y los biomarcadores cardíacos, tal y como demostraron Belanger et al.

5.6. Líneas para futuras investigaciones

La presente indagación no lleva a cabo una intervención, desde la evidencia esta revisión sistemática recomienda para futuras investigaciones académicas y profesionales lo siguiente:

- Se sugiere que las investigaciones futuras analicen el impacto a largo plazo del cumplimiento de la dieta DASH en la dependencia de la medicación antihipertensiva en las personas mayores.
- Es recomendable el desarrollo de investigaciones con métodos mixtos que combinen datos cuantitativos con aportaciones cualitativas para comprender mejor los matices psicológicos del comportamiento alimentario.

5.7. Conclusión

La evidencia revisada exterioriza que la dieta DASH es una herramienta terapéutica muy eficaz, pero infrautilizada. La literatura la resalta como una estrategia clínica multifactorial que requiere la sincronización de la ciencia nutricional, la educación y la sensibilidad socioeconómica para controlar eficazmente la hipertensión. Las implicaciones de dichos hallazgos en la población geriátrica dependen de un enfoque multidimensional que tenga en cuenta las realidades de las personas mayores.

Conclusiones

- A partir revisión de la literatura científica publicada entre 2020 al 2025, se concluye que la dieta DASH es una estrategia nutricional fundamental que se caracteriza por un elevado consumo de potasio, fibra y minerales esenciales. Las pruebas científicas recientes resaltan que este patrón alimentario reduce significativamente tanto la presión arterial sistólica como la diastólica. Además, reduce el colesterol y los triglicéridos, y mitiga la inflamación sistémica al reducir los niveles de proteína C reactiva de alta sensibilidad (hs-CRP) en las pacientes mayores.
- Desde el punto de vista cultural se concluye que existe una importante falta de educación sanitaria conduce a una mala selección de alimentos y a la incapacidad de identificar las principales fuentes de sodio en la dieta. Por otra parte, en una perspectiva social y económica, la gran disponibilidad y el bajo coste de la sal, combinados con la falta de alternativas saludables asequibles y los hábitos personales arraigados, crean una fuerte resistencia al cambio. Además, la presión de la dinámica familiar a menudo socava la constancia en la dieta.
- Se concluye finalmente que los estudios internacionales muestran que la implementación de la dieta DASH abarca un amplio panorama global, que incluye América del Norte (EE. UU.), América del Sur (en particular en las principales ciudades brasileñas como São Paulo y Río de Janeiro), Asia (China, Corea del Sur, Irán), Europa (Reino Unido, España, Italia, etc.) y África (Nigeria, Etiopía). Las pruebas exteriorizan un enfoque predominante en las poblaciones urbanas, como las de la provincia de Juzestán en Irán, lo que sugiere que, si bien el marco goza de reconocimiento internacional, su éxito depende en gran medida de la adaptación a las realidades socioeconómicas urbanas específicas de cada región.

Recomendaciones

- Desde el punto de vista metodológico es recomendable que las indagaciones futuras integren un enfoque multicéntrico y mixto con la incorporación de datos cuantitativos de múltiples regiones del mundo con grupos focales cualitativos para analizar el comportamiento de los pacientes. Esto proporcionará una comprensión más profunda de los matices psicológicos y culturales que definen los diferentes contextos socioeconómicos, superando las limitaciones de los datos transversales o puramente bibliométricos.
- Desde la perspectiva académica es recomendable que las instituciones y/o los organismos de exploración promuevan una mayor indagación acerca de la interacción entre la farmacoterapia y el alto cumplimiento de la dieta DASH en los adultos mayores. Ampliar los conocimientos actuales más allá de los cambios fisiológicos de la hipertensión para incluir el análisis económico, y analizar el impacto de las elecciones dietéticas en la dependencia a largo plazo de los antihipertensivos.
- Finalmente, en un enfoque práctico es recomendable ir más allá de los simples estudios dietéticos. Es decir, desarrollar programas educativos prácticos y específicos, orientados para los adultos mayores y sus redes de apoyo sanitario y/o familiar. Estos programas se centrarían de manera práctica en fuentes identificables de sodio, recetas de bajo coste.

Bibliografía

1. Masenga SK, Kirabo A. Hypertensive heart disease: Risk factors, complications and mechanisms. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2023; 10(12453).
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Hipertensión arterial en las Américas: datos y acciones para su control. 2023.
3. Piña-Pozas M, Araujo-Pulido G, Castillo-Castillo. Hipertensión arterial: un problema de salud pública en México. Instituto Nacional de Salud Pública; 2020.
4. Izquierdo Leydi ML. Universidad Cesar Vallejo. [Online]. [cited 2025 Marzo 29]. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/121692/Izquierdo_MJL-Maza_PNL-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
5. Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ, et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*. 2024; 42(1).
6. Chiavaroli L, Vigiouk E, Nishi ST, Blanco Mejia S, Rahelić D, Kahleová H, et al. DASH dietary pattern and cardiometabolic outcomes: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Nutrients*. 2019; 11(2).
7. Medlineplus.gov. Que es la dieta DASH. [Online]. [cited 2025 Marzo 28]. Available from: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000784.htm>.

8. Kenmoue M, Ngaha W, Fombang E. Assessing the effectiveness of a DASH diet in hypertensive patients attending the Ngaoundere Regional Hospital - Cameroon: a case-control study. *J Nutr Sci.* 2023; 12(1): p. e84.doi: 10.1017/jns.2023.67.
9. Challa HJ, Ameer MA, Uppaluri K. DASH diet to stop hypertension. StatPearls Publishing. 2023.
10. Salud OMdl. La OMS detalla, en un primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección y maneras de ponerle coto. [Online].; 2023 [cited 2025 Marzo 30. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>.
11. Onwuzo C, Olukorode J, Omokore OA, Odunaike OS, Omiko R, Osaghae OO, et al. DASH diet: A review of its scientifically proven hypertension reduction and health benefits. *Cureus.* 2023; 15(9).
12. Liu R, Chui TK. Effects of the variance in prevalence of the DASH diet in nursing homes on seniors with elevated blood pressure or hypertension. *medRxiv.* 2022.
13. Filippou CD, Tsioufis CP, Thomopoulos CG, Mihas CC, Dimitriadis KS, Sotiropoulou LI, et al. Dietary approaches to stop hypertension (DASH) diet and blood pressure reduction in adults with and without hypertension: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Advances in Nutrition.* 2020; 11(5).
14. Carrión K, Medina W. Intervención nutricional mediante dieta DASH para el control de la hipertensión arterial. [Online].; 2024 [cited 2025 ABRIL 26. Available from:

<https://dspace.udla.edu.ec/jspui/bitstream/33000/17186/1/UDLA-EC-TMND-2024-125.pdf>.

15. Bayas DMA. EPIDEMIOLOGIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL. [Online].; 2022 [cited 2025 ABRIL 26. Available from: <https://www.scardioec.org/epidemiologia-de-la-hipertension-arterial/>.
16. PAHO.ORG. HIPERTENSION. [Online]. [cited 2025 ABRIL 26. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
17. Chou T, Liu W, Lee C, Wang J. Adherence to the dietary approaches to stop hypertension diet and all-cause mortality in patients with a history of heart failure. *Sec. Clinical Nutrition*. 2022.
18. Chusquillo N. Consumo alimentario e hipertensión arterial Estudio de los Modos de Vida en pacientes y sus familias en el Centro de Salud La Concepción, cantón Mira. ; 2023.
19. Guo R, Li N, Yang R, Liao XY, Zhang Y, Zhu BF, et al. Effects of the modified DASH diet on adults with elevated blood pressure or hypertension: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Nutrition*. 2021; 8(725020).
20. Luengo-Dilla R, Ortega-Hernández A, Álvarez-González M, Gutiérrez-Corral J, Modrego J, Torrego-Ellacuría M, et al. Blood pressure control is associated with moderate, but not necessarily high, adherence to the DASH diet in older adults. *Nutrients*. 2026; 18(2).
21. Constitución de la República del Ecuador. Registro Oficial 449 de 20-oct.-2008. ; 2008.

22. Plan Nacional de Desarrollo, 2021-2025. Registro Oficial Suplemento 544. ; 2021.
23. Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006. ; 2015.
24. Decreto Ejecutivo N°. 8. ; 2017.
25. Ministerio de Salud Pública. Plan Intersectorial de alimentación y nutrición. ; 2022.
26. FAO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2023. ; 2023.
27. OMS. Definición de hipertensión arterial. ; 2023.
28. Leszczak J, Czenzek-Lewandowska E, Asif M, Baran J, Mazur A, & Wyszyńska J. Risk factors and prevalence of hypertension in older adults from south-eastern Poland: An observational study. *Scientific Reports*. 2024; 14(150).
29. Laurent S, Boutouyrie P. Arterial stiffness and hypertension in the elderly. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2020; 7(544302).
30. Abrahamowicz AA, Ebinger J, Whelton SP, Commodore-Mensah Y, Yang E. Racial and ethnic disparities in hypertension: Barriers and opportunities to improve blood pressure control. *Current Cardiology Reports*. 2023; 25(1).
31. Kou C, Zhao X, Fan X, Lin X, Wang Q, Yu J. Dietary sodium/potassium intake and cognitive impairment in older patients with hypertension: Data from NHANES 2011–2014. *The Journal of Clinical Hypertension*. 2023; 25(6).
32. Cecchini M, Filippini T, Whelton PK, Iamandii I, Di Federico S, Boriani G, et al. Systematic review and dose-response meta-analysis of nonexperimental cohort studies. *Hypertension*. 2024; 81(8).

33. Tsai HY, Chuang HJ, Liao WH, Wang YJ, Li PH, Wang WT, et al. Lifestyle modifications and non-pharmacological management in elderly hypertension. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2025; 124(1).
34. Istiana M, Yeni Y. The effect of psychosocial stress on the incidence of hypertension in rural and urban communities. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*. 2020; 15(4).
35. Elnaem MH, Mosaad M, Abdelaziz DH, Mansour NO, Usman A, Elrggal ME&CE. Disparities in prevalent hypertension management and control among populations with limited healthcare access: A review of current evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022; 19(21).
36. Toscano D, Ramos-Gavilán M, Velasco E. Hipertensión arterial en el adulto mayor: factores de riesgo, complicaciones clínicas y calidad de vida. *Revista Científica Arbitrada En Investigaciones de la Salud GESTAR*. 2026; 9(17).
37. Lee JH, Kim SH, Kang SH, Cho JH, Cho Y, Oh IY, et al. Blood pressure control and cardiovascular outcomes: Real-world implications of the 2017 ACC/AHA Hypertension Guideline. *Scientific Reports*. 2020; 8(13155).
38. Golla MSG, Shams P. Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF). *StatPearls*. 2024.
39. Sierra C. Hypertension and the risk of dementia. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*. 2021; 7(5).
40. Egan BM, Mattix-Kramer HJ, Basile JN, Sutherland SE. Managing hypertension in older adults. *Current Hypertension Reports*. 2023; 26(4).

41. Olivas-Valencia DR, Vela-Ruiz JM, De La Cruz Vargas JA. Impacto de la retinopatía hipertensiva asociada a cardiopatías coronarias. *Revista Cubana de Medicina*. 2022; 61(4).
42. Cruz JE. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Medicina Interna de México*. 2020; 35(4).
43. Theodoridis X, Triantafyllou A, Chrysoula L, Mermigkas F, et al. Impact of the Level of Adherence to the DASH Diet on Blood. *Metabolites*. 2023; 13(924): p. 1-23. <https://doi.org/10.3390/metabo13080924>.
44. Huang QF, Yang WY, Asayama K, Zhang ZY, Thijs L, Li Y, et al. Ambulatory blood pressure monitoring to diagnose and manage hypertension. *Hypertension*. 2021; 77(2).
45. Pakshirajan H, Ajit R. Ambulatory blood pressure monitoring in clinical practice: Current insights. *Hypertension Journal*. 2023; 9(2).
46. Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, Woo V, Bell AD, Daskalopoulou SS. Hypertension Canada's 2020 comprehensive guidelines for the prevention, diagnosis, risk assessment, and treatment of hypertension in adults and children.. *Canadian Journal of Cardiology*. 2020; 36(5).
47. Carrión K, Medina W. Intervención nutricional mediante dieta DASH para el control de la hipertensión arterial. ; 2024.
48. Shoaibinobarian N, Danehchin L, Mozafarinia M, Hekmatdoost A, et al. The Association between DASH Diet Adherence and Cardiovascular Risk Factors.

- International Journal of Preventive Medicine.[en linea]. 2023.[citado 18 de julio del 2025]; 14(1): p. 1-7.DOI: 10.4103/ijpvm.ijpvm_336_21.
49. Chan Q, Wren G, Ho C, Ebbels T, Gibson R, al e. Blood pressure interactions with the DASH dietary pattern, sodium, and potassium: The International Study of Macro-/Micronutrients and Blood Pressure (INTERMAP). *The American Journal of Clinical Nutrition*.[en linea]. 2022.[citado 18 de julio del 2025]; 116(1): p. 216-229.<https://doi.org/10.1093/ajcn/nqac067>.
50. Chang R, Xu M, Brown S, Cohen S, Yu D, al e. Relation of the Dietary Approaches to Stop Hypertension Dietary Pattern to Heart Failure Risk and Socioeconomic Status. *Am J Cardiol*.[en linea]. 2022.[citado 19 de julio del 2025]; 169: p. 71-77. doi: 10.1016/j.amjcard.2021.12.043.
51. Sangouni AA, Hosseinzadeh M, & Parastouei K. Effect of dietary approaches to stop hypertension diet on insulin resistance and lipid accumulation product in subjects with metabolic syndrome. *Scientific Reports*. 2025; 15(17025).
52. Rooholahzadegan F, Arefhosseini S, Tutunchi H, Badali T, Khoshbaten M, & Ebrahimi-Mameghani M. The effect of DASH diet on glycemic response, meta-inflammation and serum LPS in obese patients with NAFLD: a double-blind controlled randomi. *Nutrition & Metabolism*. 2023; 20(11).
53. Ibsen D, Levitan E, Åkesson A, Gigante B, Wolk A. The DASH diet is associated with a lower risk of heart failure: a cohort study. *European Journal of Preventive Cardiology*.[en linea]. 2022.[citado 18 de julio del 2025]; 29(7): p. 1114–1123, <https://doi.org/10.1093/eurjpc/zwac003>.

54. Belanger M, Kovell LTRMK, al e. Effects of the Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet on Change in Cardiac Biomarkers Over Time: Results From the DASH-Sodium Trial. *Journal of the American Heart Association*. [en línea]. 2023. [citado 29 de julio del 2025]; 12(2): p. <https://doi.org/10.1161/JAHA.122.026684>.
55. Geremew G, Ambaw F, Bogale E, Yigzaw Z. Adherence to Lifestyle Modification Practices and Its Associated Factors Among Hypertensive Patients in Bahir Dar City Hospitals, North West Ethiopia. *Integr Blood Press Control*. [en línea]. 2023. [citado 19 de julio del 2025]; 16: p. 111-122. DOI <https://doi.org/10.2147/IBPC.S436815>.
56. Oku A, Udonwa N, Oseni T, Ilori T, Salam T. Barriers and Facilitators to Dietary Salt Reduction Among Patients With Hypertension in Southern Nigeria: A Hospital-based Qualitative Study. *Health Services Insights*. [en línea]. 2024. [citado 19 de julio del 2025]; 17: p. 1-7. doi:10.1177/11786329241266674.
57. Idowu F, Odufuwa B, Ilori O, Onabanjo O. Factors Affecting Adherence to Dietary Approach to Hypertension (DASH) Treatment among Hypertensive Out-Patients in Selected Hospitals in Ogun State, Nigeria. *Mediterranean Journal of Social Sciences*. [en línea]. 2024. [citado 19 de julio del 2025]; 15(5): p. 75-83. DOI: <https://doi.org/10.36941/mjss-2024-0046>.
58. Francisco S, Araújo L, Griep R, al e. Adherence to the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) and hypertension risk: results of the Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *British Journal of Nutrition*. [en línea]. 2020. [citado 19 de julio del 2025]; 123(9): p. 1068-1077. doi:10.1017/S0007114520000124.

59. FAO. Ley Marco. Derecho a la alimentación, seguridad y soberanía alimentaria.

Panamá: XVIII Asamblea Ordinaria del Parlamento Latinoamericano. ; 2016.